

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

RANVIER FASSHEBER COELHO

**ADESÃO TERAPÊUTICA AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA DE UMA UNIDADE DA ESF, DE MUNICÍPIO
MINEIRO**

Governador Valadares-MG
2015

RANVIER FASSHEBER COELHO

**ADESÃO TERAPÊUTICA AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA DE UMA UNIDADE DA ESF, DE MUNICÍPIO
MINEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Ayla Norma Ferreira Matos

RANVIER FASSHEBER COELHO

**ADESÃO TERAPÊUTICA AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA DE UMA UNIDADE DA ESF, DE MUNICÍPIO
MINEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Banca Examinadora

Prof. Ayla Norma Ferreira Matos
Prof. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovada em Belo Horizonte _____/_____/_____

RESUMO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade no Brasil, representando importante problema de saúde pública. Nos últimos anos observa-se aumento da prevalência de casos de hipertensão arterial sendo de fundamental importância a adesão ao tratamento. O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção com vistas a ampliar a adesão dos usuários de uma Unidade da Estratégia Saúde da Família de Ipaba/MG, ao tratamento da Hipertensão Arterial. Na fundamentação teórica foi feita uma revisão narrativa a respeito da adesão ao tratamento ambulatorial da hipertensão arterial, em trabalhos publicados em língua portuguesa, buscados na biblioteca virtual do Scielo e PubMed, a partir de 2004, e como orientação principal sobre tratamento as Diretrizes Brasileiras para Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), de 2010. Os unitermos utilizados para a pesquisa são: adesão, tratamento, hipertensão, tratamento medicamentoso, tratamento não-medicamentoso. Após a revisão foi elaborado um plano de intervenção, de acordo com o módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF). Na sequência elaborou-se uma proposta de intervenção com o objetivo de aumentar a adesão terapêutica dos usuários hipertensos. Pois, a hipertensão é uma doença silenciosa e de grande impacto na vida das pessoas. A adesão é um fenômeno multidimensional necessitando um trabalho em equipe e multisetorial para ajudar os pacientes na adoção de estilos de vida mais saudáveis. Com isso espera-se, aumentar a conscientização dos pacientes visando desenvolver o autocuidado e, diminuir os riscos do surgimento de complicações.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial; adesão ao tratamento; tratamento medicamentoso; tratamento não-medicamentoso.

ABSTRACT

Cardiovascular disease is the leading cause of morbidity and mortality in Brazil, representing a major public health problem. In recent years there has been increasing prevalence of cases of hypertension are of fundamental importance to adherence to treatment. The objective of this study was to develop an action plan aimed at increasing the membership of the users of a Health Strategy Unit Ipaba Family / MG, treatment of Hypertension. In the theoretical foundation was made a narrative review about the adherence to outpatient treatment of hypertension in studies published in Portuguese, sought in the virtual library SciELO and PubMed from 2004 and focused primarily on the Brazilian Guidelines for treatment hypertension of the Brazilian Society of Cardiology (SBC), 2010. The key words used in the research are: membership, treatment, hypertension, drug treatment, non-drug treatment. After review and a plan of action, according to the Planning and Evaluation module of the Shares on Health Specialization Course in Primary Health Care Family (CEABSF). Following elaborated a proposal for intervention in order to increase the adherence of hypertensive patients. For high blood pressure is a silent disease and major impact on people's lives. Adherence is a multidimensional phenomenon requiring teamwork and multi-sector to help patients to adopt healthier lifestyles. Thus it is hoped, increase awareness of patients in order to develop self-care, and reduce the risk of onset of complications.

Keywords: adherence, treatment, hypertension, drug treatment, non-drug treatment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Evolução do analfabetismo em Ipaba – MG, 2010	5
Figura 2 - Despesas com saúde, por grupo de acordo com a natureza da despesa, do município de Ipaba-MG, 2013.	6
Figura 3 - Despesas próprias com saúde, ações e serviços públicos de saúde, do município de Ipaba-MG, 2013.	6
Figura 4 - Indicadores financeiros – investimentos em Saúde em Ipaba – MG, 2013.	7
Figura 5 - Mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência no município de Ipaba - MG, 2013	8
Figura 6 - Internações de habitantes de acordo com CID 10, de Ipaba – MG, em 2013	8
Tabela 1 - Operações relacionadas à dificuldade de adesão ao tratamento de hipertensão arterial no município de Ipaba – MG.....	25
Tabela 2 - Identificação dos recursos críticos para aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial no município de Ipaba-MG.....	27
Tabela 3 - Análise de viabilidade do plano, relacionadas a dificuldade de adesão ao tratamento de hipertensão no município de Ipaba – MG.....	28
Tabela 4 - Elaboração do plano operativo, relacionadas a dificuldade de adesão ao tratamento de hipertensão arterial no Município de Ipaba – MG.....	30
Tabela 5 – Acompanhamento de projeto: informando a população	31
Tabela 6 – Acompanhamento de projeto: mudanças nos hábitos de vida	31
Tabela 7 – Acompanhamento de projeto: otimizando o trabalho em equipe.....	32
Tabela 8 - Planilha de acompanhamento de ações: monitoramento da equipe	33
Tabela 9- Planilha de acompanhamento de ações: adesão terapêutica	33
Tabela 10 - Planilha de acompanhamento de ações: caminhada orientada	34
Tabela 11 - Planilha de acompanhamento de ações: reuniões hiperdia	34

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	4
2	JUSTIFICATIVA.....	10
3	OBJETIVO	11
3.1	Objetivo geral	11
3.2	Objetivos específicos	11
4	METODOLOGIA	12
5	REFERENCIAL TEÓRICO	16
5.1	A Hipertensão Arterial	16
5.2	Tratamento para a hipertensão arterial	18
5.3	Abordagem da Hipertensão Arterial na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família.....	21
6	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	24
6.1	Primeiro passo – Definição dos problemas	24
6.2	Segundo passo – Priorização dos problemas	24
6.3	Terceiro passo – Descrição do problema selecionado.....	24
6.4	Quarto passo – Explicação do problema.....	25
6.5	Quinto passo - Identificação dos nós críticos	25
6.6	Sexto passo - Desenho das operações.....	25
6.7	Sétimo passo – Identificação dos recursos críticos.....	27
6.8	Oitavo passo – Análise de viabilidade do plano	28
6.9	Nono passo – Elaboração do plano operativo.....	29
6.10	Décimo passo – Gestão do plano	31
6.11	Monitoramento e avaliação das ações.....	32
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
	REFERÊNCIAS.....	37

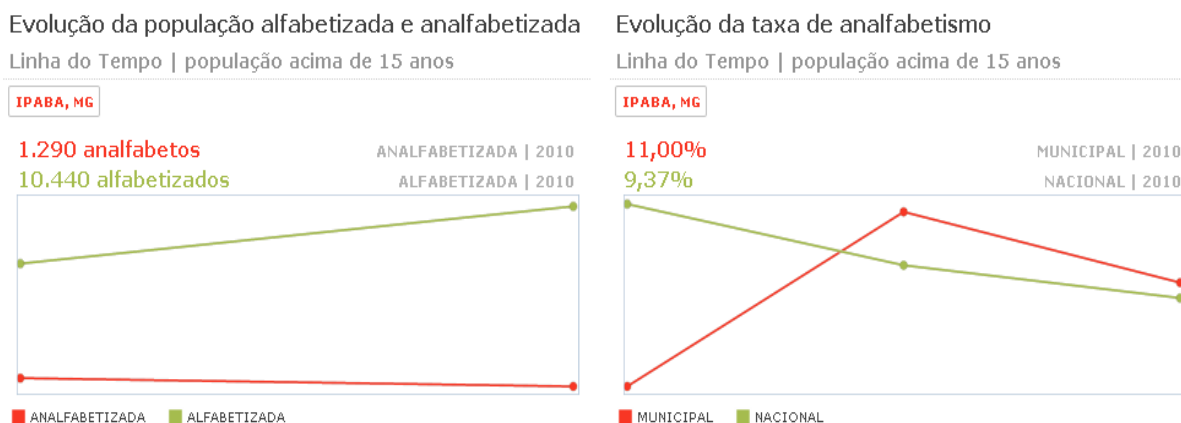
1 INTRODUÇÃO

O município de Ipaba está localizado no leste de Minas Gerais, região conhecida como Vale do Aço, encontra-se a 248 km da capital Belo Horizonte e 22 km de Ipatinga, cidade mais próxima. Possui uma extensão territorial de 111 km², uma concentração habitacional de 17 mil habitantes, sendo 15 mil habitantes na zona urbana e 2 mil na zona rural, totalizando o número de 4663 domicílios, sendo 4162 urbanos e 501 rurais. O município surgiu por volta de 1914 com a construção da estrada de ferro Vitória a Minas pelos irmãos Mafra e os Abrantes. O nome Ipaba provém da junção “Ipa” de Ipatinga e “ba” de Bacia do Rio Doce. Foi elevado a categoria distrito de Caratinga em 8 de outubro de 1982 e emancipou-se em 27 de abril de 1992. A pecuária e a Empresa Cenibra com plantação de eucalipto são os principais postos de trabalho, sendo a taxa de desemprego em torno de 15% (IBGE, 2010).

O município possui 1 distrito (Vale Verde) e 5 povoados (Água Limpa dos Vieira, Água Linda dos Antunes, Água Limpa dos Gonçalves, Boachá e Beija-Flor). A cidade vive basicamente da agricultura (milho, arroz, feijão) e da extração de madeira (eucalipto pela empresa CENIBRA e CAF). O município possui 98% de cobertura de saneamento básico com abastecimento de água tratada e rede de esgoto pela COPASA (IBGE, 2010).

Na área da Saúde 99% dos usuários são dependentes do SUS, pois a maioria da população é carente, estando 5% abaixo da linha da pobreza e elevado índice de analfabetismo, quando comparado com o nível nacional de alfabetização. No ano de 2010 o número de analfabetos era de 1.290, comparando-se com 10.440 alfabetizados, porém, observa-se, no Gráfico 1, que o índice de analfabetismo da população acima de 15 anos vem diminuindo (11%), chegando-se próximo ao índice nacional que é de 9,37% (IBGE, 2010).

Figura 1 - Evolução do analfabetismo em Ipaba – MG, 2010



FONTE: IBGE, 2010

O atendimento de urgência e emergência e o cuidado hospitalar são realizados na cidade vizinha de Ipatinga, devido à estrutura física ser preparada apenas para atendimento da atenção primária e secundária no município de Ipaba. Para o atendimento da população está disponível 1 centro de saúde com atendimento 24hrs todos os dias da semana - porém, após as 21h apenas suporte de técnicos de enfermagem e ambulâncias - localizado no centro da cidade e 4 postos de saúde que funcionam no horário de 08 as 16 horas de segunda as sexta-feira distribuídos pelos bairros, distritos e povoados.

No município existem 6 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo 1 equipe responsável pela zona rural (Boachá) e as outras 5 equipes (Bela Vista, São Jose, Vale Verde, Centro, Nossa das Graças) responsáveis pela zona urbana, totalizando 98 profissionais atuando na assistência à saúde, sendo que os mesmos foram implantados a partir de em 2002, obtendo-se uma cobertura de 100% da população. Há também a atuação do conselho municipal de saúde compostos por 24 pessoas eleitas em conferência, sendo representantes da população, trabalhadores da área de saúde e gestores. As reuniões são feitas, segundo informações da própria presidente, mensalmente, em toda última quinta-feira.

Em valores, o investimento em saúde é em torno de R\$ 6,1 milhões, conforme a Tabela 1, enquanto que a despesa total anual com saúde, para cada habitante, é de R\$ 359,45 como indica a tabela 2, observa-se também que o município gasta com a manutenção da saúde mais do que os 15% do fundo de participação municipal conforme preconizado pelo ministério da saúde (FERREIRA, 2014).

Figura 2 - Despesas com saúde, por grupo de acordo com a natureza da despesa, do município de Ipaba-MG, 2013.

DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) (R\$)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (d) (R\$)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) (R\$) Dez (d) (R\$)	% ((d+e)/c)
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA UNICO DE SAÚDE-SUS	2.317.180,89	2.982.937,82	2.089.850,73	69,38	0,00
Provenientes da União	2.274.353,76	2.274.353,76	1.828.744,11	80,40	0,00
Provenientes dos Estados	0,00	695.000,00	228.796,99	32,92	0,00
Provenientes de Outros Municípios	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS	42.827,13	13.583,86	12.309,63	90,61	0,00
TRANSFERÊNCIAS VOLUNTARIAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RECEITA DE OPERAÇÕES DE CREDITO VINCULADAS À SAÚDE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	2.317.180,89	2.982.937,82	2.089.850,73	69,38	0,00

Fonte: FERREIRA, 2014.

Figura 3 - Despesas próprias com saúde, ações e serviços públicos de saúde, do município de Ipaba-MG, 2013.

DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) (R\$)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (d) (R\$)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) (R\$) Dez (d) (R\$)	% ((d+e)/c)
DESPESAS CORRENTES	5.506.860,00	6.756.554,51	5.872.676,20	12.397,20	87,11
Pessoal e Encargos Sociais	2.361.180,00	2.921.816,76	2.805.766,37	0,00	96,03
Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	3.144.700,00	3.833.737,73	3.066.909,83	12.397,20	80,32
DESPESAS DE CAPITAL	598.800,00	602.056,62	500.067,97	28.579,23	87,81
Investimentos	598.800,00	602.056,62	500.067,97	28.579,23	87,81
Inversões Financeiras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amortização da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (IV)	6.104.660,00	7.357.611,13		6.413.720,60	87,17

Fonte: FERREIRA, 2014.

Figura 4 - Indicadores financeiros – investimentos em Saúde em Ipaba – MG, 2013

Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	23,62%
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	32,29%
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	7,85%
participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	11,25%
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	2,62%
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	45,07%
Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$359,45
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	78,84%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	13,71%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no	88,88%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	10,65%
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	90,25%
Participação da receita de impostos total do município	4,79%

Fonte: FERREIRA, 2014.

A ESF de atuação do autor está localizada no Bairro Bela Vista e é composta pela seguinte equipe: uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais, seis agentes de saúde, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, dois médicos, um médico responsável pelo atendimento de demanda espontânea e outro responsável pelas atividades da Saúde da Família. A equipe presta assistência a uma população de 3000 habitantes, e está localizada no centro da cidade. Integrado a UBS está a atuação de programas como o NASF e o CEO, além da Equipe de Saúde Bucal (ESB) com 3 dentistas. Infelizmente o serviço de contra-referencia é precário, não existindo um protocolo, necessitando muitas vezes do retorno informado pelo próprio paciente.

Observa-se nas tabelas 3 e 4, que a maior causa de morbi-mortalidade refere-se a patologias relacionadas a doenças do aparelho circulatório juntamente com doenças endócrino-metabólicas, as quais encontram-se incluídas comorbidades crônicas como doenças cardiovasculares e complicações de Diabetes e Hipertensão Arterial. Sendo que a principal comorbidade da população é a hipertensão com 341 pacientes (FERREIRA, 2014).

Já em relação a afecções agudas mais prevalentes, segundo dados coletados em prontuários dos pacientes nos últimos 6 meses, são: IVAS, Gastroenterites, Infecções do trato urinário.

Figura 5 - Mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência no município de Ipaba - MG, 2013

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80	Idade ignorada
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0
Capítulo II Neoplasias [tumores]	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	4	3	0
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	2	1	0
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	1	1	1	1	3	3	12	0
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	0
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	2	3	1	0	0	1	0
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2	2	0
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	0	0	0	1	3	3	0	0	0	1	1	0
Total	1	0	0	0	2	6	8	6	9	12	14	23	0

Fonte: FERREIRA, 2014.

Figura 6 - Internações de habitantes de acordo com CID 10, de Ipaba – MG, em 2013

Internações por Capítulo CID-10	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4
Capítulo II Neoplasias [tumores]	11
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	8
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	2
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	2
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	22
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	6
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	7
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	1
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	8
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	9
Total	81

Fonte: FERREIRA, 2014.

O Hiperdia é um programa formado por um número de pacientes hipertensos e diabéticos, com encontros pré-agendados onde em que são organizados palestras a fim de orientar a população sobre a hipertensão e a diabetes. Além dos encontros nos grupo agenda-se consultas antes de suas receitas vencerem, para que os pacientes não fiquem sem medicação. Ao grupo hiperdia são disponibilizadas 20

vagas por semana, previamente preenchidas, a fim de que haja um acompanhamento mínimo de todos os pacientes de 6 em 6 meses.

Após análise por observação ativa e coleta de dados a partir de prontuários dos pacientes no município de Ipaba-MG, assim como na realidade brasileira, notou-se uma prevalência significativa de pacientes portadores de hipertensão no município. Além disso, foi possível observar a ocorrência da falta de adesão do tratamento proposto aos pacientes portadores de hipertensão arterial. Os mesmos só se preocupam apenas em “trocar/renovar receitas”, não aderindo as orientações na modificação do estilo de vida, muitas vezes ingerindo os medicamentos de forma errada e, sem qualquer preocupação com o acompanhamento de comorbidades, a fim de se evitar uma descompensação clínica.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença silenciosa comum em todo o mundo, acometendo, principalmente, adultos e idosos de ambos os sexos, de qualquer nível social. Causa grande impacto devido as suas complicações, como infarto agudo do miocárdio, doença arterial coronariana, insuficiência renal e doença cérebro vascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão pode ocasionar transformações significativas na vida dos indivíduos, tanto na esfera psicológica, familiar, social e econômica, principalmente pela possibilidade do surgimento do agravo a curto e longo prazo. Atuar na prevenção de complicações e comorbidades, na educação e na adesão dos pacientes ao tratamento é fundamental para melhorar a qualidade de vida dos mesmos e reduzir as possíveis complicações, conseqüentemente, diminuindo os custos à saúde pública e número de hospitalizações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Diante disso, nota-se a importância de buscar conhecimento e aprofundar sobre os aspectos envolvidos na adesão ao tratamento da hipertensão e quais os fatores que favorecem e dificultam essa adesão. O tratamento ao nível primário é de suma importância para minimizar futuros danos a saúde e prevenir riscos.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção, visando o aumento da adesão terapêutica ao tratamento hipertensão arterial sistêmica a nível ambulatorial, reduzindo assim o aparecimento de complicações.

3.2 Objetivos específicos

- Efetuar levantamento bibliográfico na literatura nacional sobre a adesão do tratamento medicamentoso e não medicamentoso da hipertensão arterial.
- Identificar as principais dificuldades na adesão ao tratamento da hipertensão.
- Buscar estratégias e alternativas que aumentem a adesão ao tratamento da hipertensão.
- Elaborar estratégias de intervenção e educação em saúde que auxiliem na adesão dos pacientes do município de Ipaba-MG.

4 METODOLOGIA

Um dos grandes desafios para o fortalecimento do SUS é que esta tarefa exige cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde das comunidades e, a definição de intervenções eficientes e eficazes (CAMPOS; FARIA, SANTOS, 2010).

Segundo Campos; Faria, Santos (2010) uma das ferramentas disponíveis seria o Planejamento Estratégico em Saúde (PES). É um método de planejamento por problemas e trata, principalmente, dos problemas semi estruturados e complexos, para os quais não existe solução normativa ou previamente conhecida como no caso daqueles mais estruturados. Os problemas devem ser abordados em suas múltiplas dimensões - política, econômica, social, cultural, etc. e em sua multissetorialidade, pois suas causas não se limitam ao interior de um setor ou área específicos e sua solução depende, muitas vezes, de recursos extra-setoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação.

A proposta do PES é estruturada em quatro momentos, que consiste numa visão dinâmica do processo de planejamento, caracterizado pela permanente interação de suas fases ou momentos e pela constante retomada dos mesmos. O método PES prevê quatro momentos para o processamento dos problemas (CAMPOS; FARIA, SANTOS, 2010):

- a) explicativo: é o momento da seleção e análise dos problemas considerados relevantes para o ator social e sobre os quais este pretende intervir.
- b) normativo: é o momento de desenhar o plano de intervenção, ou seja, de definir a situação objetivo ou situação futura desejada e as operações/ações concretas que visam resultados, tomando como referência os nós críticos selecionados.
- c) estratégico: neste momento é realizada a análise de viabilidade do plano nas suas várias dimensões: política, econômica, cognitiva, organizativa.
- d) tático-operacional: momento da ação e implementação do plano.

Seguindo a metodologia do PES simplificado, após levantamento das situações problemas e feito o diagnostico situacional da população atendida e sua área de abrangência, inicia-se a construção do plano de ação para um problema escolhido a partir do diagnostico. Assim, para cada problema selecionado, deve ser

feito um único projeto de intervenção, podendo ter tantos projetos quanto a equipe queira trabalhar, desde que seja viável. A este conjunto de projetos denominamos plano de ação. A elaboração desse plano de ação deve ser estruturada, seguindo os 10 passos (CAMPOS; FARIA, SANTOS, 2010):

1- Primeiro passo: definição dos problemas

Deve-se identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência, produzir informações que permitam conhecer as causas e as consequências do problema.

2- Segundo passo: priorização de problemas

Seleção ou priorização dos problemas que serão enfrentados, uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais, etc.).

3- Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Caracterizar o problema para ter-se a idéia da sua dimensão e de como ele se apresenta em determinada realidade.

4- Quarto passo: explicação do problema

Buscar entender a gênese do problema a ser enfrentado a partir da identificação das suas causas.

5- Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Após a identificação das causas é necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. Essa causa é chamada de “nó crítico” e uma vez “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

6- Sexto passo: desenho das operações

Este passo tem como objetivos descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida; e identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

7- Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação.

8- Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Neste passo são identificados os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano.

9- Nono passo: elaboração do plano operativo

Este passo tem como objetivos designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definir os prazos para a execução das operações.

10- Décimo passo: gestão do plano

Neste passo desenha-se um modelo de gestão do plano de ação; e discuti e defini o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Assim, adotou-se a referida metodologia para a identificação e estruturação das situações problemas de saúde do município de Ipaba-MG. Para o levantamento do diagnóstico situacional da situação de saúde do município de Ipaba-MG, inicialmente realizou-se entrevistas com os membros da equipe da Estratégia de Saúde da Família, afim de elencar as principais dificuldades encontradas. Entre as queixas e dificuldades apresentadas, a que mais destacou foi a não adesão as recomendações terapêuticas para os pacientes hipertensos.

Após esse levantamento, iniciou-se coleta de dados nos prontuários dos pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica para saber quais as principais queixas apresentadas por eles nas consultas e, também o acompanhamento da evolução dos níveis pressóricos. Observou-se que a maioria dos pacientes não seguem as recomendações de dieta, atividade física e mudanças de estilo de vida, além da dificuldade, principalmente por parte dos idosos, de tomar mais do que duas medicações.

Assim, para subsidiar o projeto de intervenção foi realizado um levantamento bibliográfico a respeito da adesão ao tratamento ambulatorial da hipertensão arterial,

uma vez que, o tratamento a nível primário é de suma importância para minimizar futuros danos a saúde e prevenir riscos.

Foi realizado levantamento bibliográfico em trabalhos publicados em língua portuguesa, entre 2004 a 2014 que contenham relatos, descrições e abordagens sobre o tema de adesão terapêutica ao tratamento da hipertensão arterial, sendo utilizado como base de dados Scielo e PubMed. Os unitermos utilizados para a pesquisa são: adesão, tratamento, hipertensão, tratamento medicamentoso, tratamento não-medicamentoso. Foi utilizada ainda como orientação principal sobre tratamento, as Diretrizes Brasileiras para Hipertensão (2010) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), que aborda o tratamento da hipertensão.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 A Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial sistêmica é uma patologia de causas múltiplas, que se caracteriza por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, associada freqüentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo, aumentando o risco de eventos cardiovasculares. É definida quando a pressão arterial sistólica for maior ou igual a 140 mmHg e a pressão arterial diastólica for maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. É considerado um problema de saúde pública devido à magnitude de seu impacto e por sua morbimortalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Brasil as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas e foram a primeira causa de hospitalização no setor público entre 1996 e 1999 para as pessoas com idade entre 40 e 59 anos (17%) e entre aquelas com 60 ou mais anos (29%) (BRASIL, 2004).

Nos últimos anos observou-se o aumento do número de casos e da prevalência na população mundial e no Brasil. As estimativas é que cerca de um quarto da população brasileira sofra com a hipertensão, aumentando as chances de desenvolvimento de complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo a VI Diretriz Brasileira para Hipertensão (2010) deve ser realizado no paciente uma avaliação clínica e laboratorial inicial para a estratificação de risco e o estabelecimento da melhor terapêutica. A avaliação clínica inclui a realização de uma história clínica completa e um exame físico minucioso, buscando sinais sugestivos de lesões em órgãos alvos e hipertensão secundária. Os exames complementares investiga a presença de lesões clínicas ou subclínicas com o objetivo de melhor estratificação do risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo Passos et al (2006) a maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. Ainda segundo a autora, os estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica

redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial.

Assim os principais fatores de risco para a hipertensão arterial são: idade (prevalência de maior na faixa etária acima de 65 anos); gênero e etnia (PA mais elevada nos homens até os 50 anos, igualando homens e mulheres após a quinta década, e duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca); excesso de peso e obesidade; ingestão de sal; etilismo; sedentarismo; fatores socioeconômicos; genética e outros fatores de risco cardiovascular que se apresentam de forma agregada a predisposição genética e os fatores ambientais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Bloch; Rodrigues, Fiszman (2006) afirmaram que conhecendo os fatores de risco para hipertensão arterial nos grupos populacionais pode-se desenvolver estratégias para a redução desse importante problema de saúde pública. Os inquéritos populacionais fornecem informações sobre o perfil de saúde das populações e têm sido largamente utilizados para este fim.

Esses mesmos autores acima citados apresentaram uma revisão bibliográfica a respeito dos estudos publicados na literatura nacional a sobre a prevalência dos fatores de risco da hipertensão arterial na nossa população. Dos trabalhos selecionados, notou-se inicialmente uma variação no estabelecimento de pontos de corte dos valores laboratoriais para o diagnóstico de dislipidemias e diabetes mellitus. Da análise realizada pelos autores, observou-se um aumento da prevalência de sedentarismo e excesso de peso, sendo que alguns estudos têm demonstrado o aumento da obesidade em todas as regiões do país, principalmente entre as mulheres e nas classes socioeconômicas mais baixas (BLOCH; RODRIGUES, FISZMAN, 2006).

A respeito da intervenção nos fatores de risco, para melhora do níveis pressóricos, Bundchen et al. (2013) realizaram um experimento com grupo de pacientes hipertensos, sedentários e sob tratamento farmacológico, com o objetivo de demonstrar que a prática de atividade física seria suficiente para manter os níveis pressóricos sob controle. Ao final do estudo, os autores encontraram que os pacientes submetidos à intervenção da atividade física mantiveram os níveis pressóricos semelhantes ao grupo controle, submetido ao tratamento farmacológico. Além da avaliação do impacto nos níveis pressóricos, observou-se também a qualidade de vida dos pacientes e notou que o grupo que sofreu intervenção com

exercício físico regular, apresentou melhor qualidade de vida relacionada a saúde tanto emocional como física, bem como, utilizavam menos fármacos.

Ainda se tratando do exercício físico Rondon; Brum (2003) destacaram que diversos estudos têm demonstrado que o treinamento físico aeróbio provoca importantes alterações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular, provocando importante efeito hipotensor. O treinamento físico levaria a importantes alterações na resistência vascular periférica, diminuição da atividade nervosa simpática e aumento da sensibilidade barreflexa. Contudo, estes mesmos autores, afirmaram ainda que, somente 75% dos pacientes são responsivos ao treinamento físico, devendo haver atenção à prescrição dessa prática à pacientes hipertensos.

Sobre os hábitos alimentares, uma pesquisa conduzida por Oliveira et al. (2012) em paciente hipertensos do município de Recife-PE, revelou que 86% dos pacientes ao saberem que eram hipertensos mudaram seus hábitos, porém somente cerca de 30% dos pesquisados citaram a redução da ingestão de sal. Conforme apontado por estes autores, o aumento do consumo de sal é importante fator de risco cardiovascular em paciente hipertenso, devendo haver um aumento na conscientização dos indivíduos na construção de uma vida saudável, por meio da adoção de hábitos alimentares mais adequados, associado à prática de atividade física regular.

A VI Diretriz Brasileira para Hipertensão (2010) chama a atenção que, além dos fatores clássicos de risco cardiovascular, novos fatores de risco vem sendo identificados e sendo sugeridos como marcadores de risco adicional em diferentes diretrizes: glicemia de jejum (100 a 125 mg/dL) e hemoglobina glicada anormal, obesidade abdominal (circunferência da cintura > 102 cm para homens e > 88 cm para mulheres), pressão de pulso > 65 mmHg (em idosos), história de pré-eclampsia na gestação, história familiar de hipertensão arterial (em hipertensos limítrofes) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

5.2 Tratamento para a hipertensão arterial

O tratamento da hipertensão arterial atualmente é um grande desafio aos profissionais da saúde, pois, os mesmos encontram dificuldades para abordar e controlar a sua evolução clínica e o aparecimento de complicações. Um dos

aspectos que dificulta o controle da hipertensão é a falta de adesão, por parte dos pacientes, ao tratamento. A adesão significa o grau de concordância entre a orientação recebida, como a frequência de consultas, os cuidados, a terapia medicamentosa e não medicamentosa, e a conduta do paciente frente a essas orientações (GUSMÃO et al., 2009).

A terapêutica da hipertensão arterial é baseada em dois principais pontos: nas modificações do estilo de vida e no tratamento medicamentoso. O objetivo primordial do tratamento medicamentoso é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os medicamentos anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina (BRA II) e com antagonistas dos canais de cálcio (ACC). Este benefício é observado com a redução da pressão arterial, e, com base nos estudos disponíveis até o momento, parece independe da classe de medicamentos utilizados. Qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos citados, desde que resguardadas as indicações e contra-indicações específicas, podem ser utilizado para o tratamento da hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Sobre o tratamento não medicamentoso, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), esse tratamento se baseia nas modificações do estilo de vida do paciente nos seguintes aspectos: controle de peso, modificações no padrão alimentar, redução no consumo de sal, moderação no consumo de álcool e prática de atividade física.

Deve-se ficar atento se o paciente segue essas orientações corrente, pois a não adesão ao tratamento pelo paciente tem sido identificado como a causa principal da pressão arterial não controlada, representando um risco significativo de eventos cardiovasculares (BASTOS-BARBOSA et al., 2012).

Segundo Dalla et al. (2009) o aumento da aderência é influenciada pela qualidade da comunicação do médico com seu paciente, principalmente quando se aborda aspectos práticos da condição ou doença e seu tratamento, assim como aspectos fisiopatológicos e efeitos colaterais palpáveis do uso de medicamentos.

Estes autores acima citados, relataram ainda que, as variáveis socioeconômicas e de hábitos tiveram maior força de associação com o nível de aderência do que as relacionadas com a doença ou com o tratamento, sendo assim, a melhoria da aderência a tratamentos medicamentosos não é exclusivamente um problema do médico ou apenas do paciente (DALLA et al., 2009).

Em pesquisa qualitativa realizada por Manfroi; Oliveira (2006), com objetivo do estudo é avaliar os fatores envolvidos na dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, sob o ponto de vista do paciente, apontaram sobre a importância da equipe saber lidar com as dificuldades apresentadas pelo paciente. Um dos aspectos ressaltados pelos autores são que as percepções em relação a saúde e a doença são diferentes da parte do médico e dos pacientes, sendo esse um dos fatores determinantes sobre a “aceitação” ou não do “diagnostico” de HAS dado pelo médico e o tratamento a ser seguido. Assim, não se trata de somente educar o paciente, mas iniciar uma abordagem terapêutica que inclua uma negociação sobre o tratamento e o seu seguimento partindo das concepções que o paciente tem a respeito da sua doença. Portanto, o foco passa, do seguimento adequado para a comunicação adequada.

Atividades de educação em saúde em grupo possibilitam a construção de novos conhecimentos a partir da socialização das experiências de cada paciente, acrescida dos conhecimentos transmitidos pelos profissionais. Portanto, educar em grupo é crescer e contribuir para o crescimento. Para tal, há necessidade de que todos os participantes envolvidos no processo educativo se posicionem de maneira receptiva, sem atitudes que denotem falta de compromisso, buscando uma comunicação cada vez mais acessível e assimilando a cada encontro as necessidades dos pacientes. Quando o profissional reconhece e valoriza o conhecimento socialmente produzido pelo paciente, ocorre a produção efetiva de novos conhecimentos, modificando o comportamento de saúde do paciente (TOLEDO; RODRIGUES, CHIESA, 2007).

Em levantamento realizado, por Bastos-Baborsa et al. (2012), em uma população idosa, a adesão ao tratamento demonstrou-se baixa, sendo associada ao fato de nessa faixa etária haver algumas peculiaridades: os pacientes utilizavam mais de quatro medicamentos, ocorrendo mais efeitos adversos; e dificuldade para lembrar-se de tomar a medicação nos horários corretos e para ler e entender a prescrição.

Assim como na terapêutica não farmacológica, a adesão do paciente às medicações prescritas é um ponto fundamental para o tratamento. Em estudo, realizado por Giroto et al. (2013), encontrou-se que a não adesão ao tratamento farmacológico foi de 41%, sendo os principais motivos encontrados foram o esquecimento e achar que a pressão estava controlada. Outro ponto destacado na pesquisa é que, a escolaridade mostrou-se associada apenas à adesão ao tratamento não farmacológico, e maior escolaridade mostrou associação positiva com a atividade física. Outras duas correlações associadas à maior adesão ao tratamento farmacológico foram a maior faixa etária associando à melhor adesão (o aumento da idade está ligado à maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, e isto pode tornar o indivíduo mais preocupado com seu estado de saúde, aumentando a adesão ao tratamento) e pacientes que possuíam histórico familiar de doenças cardiovasculares.

5.3 Abordagem da Hipertensão Arterial na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família

A implantação de estratégias que aumentam a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da hipertensão arterial é o grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. De acordo com Giroto et al. (2013) a adesão ao tratamento medicamentoso e o incremento das medidas farmacológicas não podem se restringir às consultas médicas. As equipes de saúde da família devem atuar, de forma integrada, na abordagem da avaliação de risco, na adoção de medidas de promoção à saúde e no atendimento aos portadores de hipertensão arterial. Assim, as estratégias utilizadas pelas equipes refletem diretamente na demanda dos serviços e nas condições de saúde dos usuários dos serviços e comunidade.

Segundo Machado; Kayanuma (2010) as estratégias que tenham como objetivos ações de prevenção primária da hipertensão arterial devem ser desenvolvidas sempre que possível em parcerias com todos os segmentos de atendimento a saúde da população; sendo a Atenção Básica (AB) o local adequado para o desenvolvimento de todas as ações de diagnóstico precoce e tratamento dos hipertensos, bem como o desenvolvimento de ações de prevenção primária da doença e de promoção a saúde.

Após a confirmação diagnóstica do paciente com hipertensão arterial, deve ser traçado um plano terapêutico em parceria com o paciente, visando os seguintes objetivos: conscientizar o paciente sobre a doença e a necessidade de tratamento; reduzir a pressão arterial para níveis normais com o mínimo de efeitos colaterais; estar atento a não aderência ao tratamento; manter o tratamento simples e não dispendioso; realizar a investigação necessária para afastar causas secundárias; utilizar o menor número de doses diárias necessárias; adicionar um medicamento por vez; iniciar em pequenas doses; e avaliar os efeitos colaterais a partir do relato do próprio paciente, ajustando quando necessário (FAJARDO, 2006).

A estratégia principal de organização de serviço na AB é a ESF, que conta com uma equipe multiprofissional para abordagem dos principais problemas de saúde da população, sendo assim, o ideal no enfrentamento de doenças crônicas, mostrando mais adequada na abordagem da hipertensão arterial (MACHADO; KAYANUMA, 2010).

Segundo Borges; Caetano (2005), apesar do grande desenvolvimento farmacológico o controle da hipertensão/diabetes em termos epidemiológicos, ainda não é adequado e a redução da morbidade e mortalidade de suas complicações não atingiu os índices desejados.

A não adesão ao tratamento é a principal causa de insucesso no controle dessas doenças. Fazer com que o paciente prossiga o tratamento, realizando o tratamento farmacológico e não farmacológico ainda é uma necessidade presente nos serviços de saúde, passível de mudança se obtivermos ações de monitoramento e acompanhamento eficazes (CUNHA, 2009).

Dessa forma nota-se que o desenvolvimento de ações para a prevenção de complicações da hipertensão arterial, devem ser adotadas medidas em todos os setores de atendimento, com todos os profissionais que compõem a equipe e lidam direta e indiretamente com o paciente, através de parceria com outros setores, e, principalmente, através do entendimento e adesão do paciente ao tratamento farmacológico e adoção de hábitos de vida saudáveis (BORGES; CAETANO, 2005).

De acordo com Silva; Santos (2004) a educação em saúde em grupo deve ser feita de forma interativa, integrando o profissional ao grupo, fazendo com que os educando-os possam refletir e criticar a sua realidade, observar os problemas mais comuns entre eles e trocar experiências. Os profissionais devem adaptar as informações às necessidades dos indivíduos e o conhecimento deve fluir sem

imposição de idéias, a fim de facilitar o esclarecimento de dúvidas, aumentar a segurança do paciente na equipe de saúde e caracterizar maior observância ao tratamento.

O controle da HAS se faz com participação ativa dos hipertensos, co-participação da família e dos profissionais da saúde. É importante que exista processos de educação em saúde e o comprometimento da equipe multiprofissional, com o objetivo de reduzir o índice de letalidade da patologia, estando sempre em pauta a conscientização da população (RUFINO; DRUMMOND, MORAES; 2012).

A educação em saúde tem sido apontada como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento. Para que o processo educativo seja eficaz, é necessário conhecer a atitude do indivíduo a respeito da doença da qual é portador. Muitas vezes, os costumes sobre as práticas de saúde, os valores e as percepções do paciente em relação à doença e ao tratamento são diferentes daqueles pensados pelos profissionais da saúde, já que são dois grupos socioculturais, lingüísticos e psicológicos distintos. Assim, torna-se, então, necessário adotar uma estratégia de conhecer e considerar as práticas populares de saúde para uma maior efetividade do atendimento (PERES; MAGNA, VIANA; 2003).

Para uma efetividade do processo de educação, é necessário que o profissional, no papel de educador, tenha disponibilidade para o diálogo, estabelecendo uma posição democrática entre pacientes e profissionais. Os sujeitos do diálogo devem conservar e manter a sua identidade possibilitando que cresçam conjuntamente. O diálogo favorece o ato de ensinar, complementando-se no ato de aprender, e ambos somente se tornam verdadeiramente possíveis quando o pensamento crítico e inquieto do educador não freia a capacidade do educando de também pensar criticamente (TOLEDO; RODRIGUES, CHIESA; 2007).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A construção e o desenvolvimento do plano de intervenção seguirá a metodologia proposta pelo PES simplificado (CAMPOS; FARIA, SANTOS, 2010), que consta de 10 passos.

6.1 Primeiro passo – Definição dos problemas

Foi realizado o levantamento através de entrevistas com os membros da equipe da ESF e de coleta de dados nos prontuários dos pacientes e identificado os seguintes problemas:

- Falta de controle dos níveis pressóricos
- Baixa adesão à atividade física e mudanças nos hábitos de vida
- Baixa adesão terapêutica ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, principalmente por parte da população idosa.
- Falta de cuidados com saneamento básico, tais como: preocupações com a coleta do lixo e uso de fossa séptica.
- Crianças e adultos com quadro de parasitoses intestinais
- Crianças com queixas de infecções respiratórias

6.2 Segundo passo – Priorização dos problemas

Para intervenção junto a população assistida, elegeu-se como prioridade, a elaboração de projetos que visem incentivar e aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, principalmente por parte da população idosa, uma vez que os mesmos não seguem as recomendações de dieta, atividade física, mudanças dos hábitos de vida e, principalmente por parte dos idosos, a polifármacia.

6.3 Terceiro passo – Descrição do problema selecionado

Entende-se como a falta de adesão o não seguimento das orientações para a prática de atividade física, das recomendações dietéticas e do uso incorreto das medicações. Foi observado durante as consultas que os pacientes não seguiam as recomendações passadas, visto que, os níveis pressóricos não estavam satisfatórios. Além disso, quando interrogados sobre a prática de atividade física e o

seguimento da dieta, a maioria respondia que não estava praticando as atividades com regularidade, pois tinham dificuldades em fazer e que de vez em quando faziam a dieta. O correto seguimento da dieta foi a queixa mais freqüente.

6.4 Quarto passo – Explicação do problema

A falta de adesão da população assistida está associada à falta de compreensão e entendimento dos riscos e potenciais complicações que a hipertensão podem causar. Por se tratar de uma doença silenciosa, os pacientes não compreendem a importância das recomendações quanto às mudanças no estilo de vida para o controle dos níveis pressóricos.

Essa falta de associação, por vezes, pode estar ligada ao baixo acesso a informações sobre a patologia. Disponibilizando conteúdo acessível, de maneira que possa ser compreendido pela população é uma forma de aumentar a adesão dos mesmos ao tratamento.

Além disso, observou-se ainda, que falta conhecimento aos membros da equipe para orientar corretamente os pacientes quanto à adoção dessas medidas. Os mesmos não sabiam explicar quais as principais complicações e quais os benefícios que as medidas tomadas podem trazer para a saúde do paciente. A falta de informação da parte do pacientes, era devido ao baixo conhecimento da equipe.

6.5 Quinto passo - Identificação dos nós críticos

Foram identificados como nós críticos na população assistida:

- Baixo nível de informação da população acerca da Hipertensão arterial;
- Hábitos e estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares, com ênfase no sedentarismo e tabagismo;
- Processo de trabalho inadequado da equipe.

6.6 Sexto passo - Desenho das operações

Tabela 1 - Operações relacionadas à dificuldade de adesão ao tratamento de hipertensão arterial no município de Ipaba – MG

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Baixo nível de informação da população acerca da Hipertensão arterial	Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial	População mais informada sobre a hipertensão arterial. (tratamento)	- Aumento de informação sobre a Hipertensão arterial - Campanha de	- Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias pedagógicas e de

		medicamentoso e não-medicamentoso)	divulgação de informações na radio local - Campanha de orientação e informação na sala de espera da Unidade de Saúde	comunicação. - Político: parceria, mobilização social. - Organizacional: definir e organizar agenda - Financeiro: Disponibilização de materiais educativos relacionados a hipertensão arterial.
Hábitos e estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares, com ênfase no sedentarismo e tabagismo.	Modificar hábitos e estilos de vida da população	- Diminuição do número de pacientes sedentários em 50%. - Espera-se 50 % dos pacientes alterando seus hábitos alimentares, aderindo a uma dieta adequada, com pouco sal.	- Programa de caminhada orientada; - Programa alimentação saudável. - Criar grupo para trabalhar o abandono ao hábito de fumar.	- Cognitivo: Informação sobre o tema - Político: Conseguir espaço local e articulação setorial (educador físico e nutricionista) e intersetorial. - Organizacional: Organizar as Caminhadas e palestras sobre educação alimentar e malefícios do cigarro. - Financeiro: Folhetos educativos e recursos audiovisuais relacionados à alimentação saudável.
Processo de trabalho inadequado da equipe	Aumentar o nível de conhecimento da equipe saúde da família sobre hipertensão arterial, com foco na importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo	- Aumento da cobertura em 80% da população com hipertensão arterial.	- Estabelecimento de linha de cuidado para hipertensão - Implantação de protocolos de cuidados - Capacitação da equipe.	- Cognitivo: Elaborar projeto de linhas de cuidado juntamente com a equipe - Político: Adesão dos profissionais - Organizacional: organização da agenda para a capacitação, visando a apropriação de metodologias constructivistas

Fonte: Autoria própria, 2014.

Conforme apontado por Bastos-Barbosa et al. (2012) a não adesão ao tratamento pelo paciente tem sido identificado como a causa principal da pressão arterial não controlada, representando um risco significativo de eventos cardiovasculares.

Entre os fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento Daniel; Veiga (2013) apontam como fatores facilitadores da adesão terapêutica a compreensão da doença e do tratamento, a promoção de educação e conhecimento dos pacientes, e proximidade com as equipes de saúde. Nota-se assim a importância do esclarecimento e informação da população sobre a doença, tratamento e efeitos colaterais do medicamento, como forma de fortalecimento da adesão.

Cunha (2009) ressaltou que para alcançar o objetivo do aumento da adesão terapêutica e conseqüentemente melhor controle dos níveis pressóricos do paciente, deve-se adotar como estratégia principal a capacitações com os profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos, através de treinamento adequado, reciclagem, troca de experiências, esclarecimento de dúvidas, esclarecimento do sistema como um todo desde como é implantado, até o seu desenvolvimento na rede básica de saúde.

Os profissionais de saúde devem ser sensibilizados, considerando que a hipertensão arterial é uma doença crônica com alta prevalência e que, hoje investir na prevenção é a melhor maneira de evitar agravos, hospitalizações e conseqüentes gastos públicos (CUNHA, 2009).

Inclusive, Oliveira et al. (2013) apresentaram um estudo sobre práticas educativas com uma população, onde houve melhora significativa na prática de atividades físicas, índices de IMC e redução nos valores de circunferência abdominal. A educação em saúde é eficaz no incentivo a adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial, evidenciando a relevância da adoção dessas estratégias educacionais pelos profissionais de saúde.

6.7 Sétimo passo – Identificação dos recursos críticos

Tabela 2 - Identificação dos recursos críticos para aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial no município de Ipaba-MG

Operação/ projeto	Recursos críticos
Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial	<ul style="list-style-type: none"> - Políticos: mobilizar parcerias com a população e outros setores da rede e conseguir espaço na radio local. - Financeiros: recursos para confecção de materiais educativos (panfletos e cartazes) relacionados à hipertensão arterial.
Modificar hábitos e estilos de vida da população	<ul style="list-style-type: none"> - Organizacionais: organizar caminhadas orientadas e palestras sobre educação alimentar e combate ao tabagismo. - Político: conseguir espaço para realização das atividades e a disponibilização do educador físico e nutricionista para as orientações. - Financeiros: conseguir recursos para os folhetos educativos e recursos audiovisuais relacionados à alimentação saudável.
Aumentar o nível de conhecimento da Equipe Saúde da Família sobre hipertensão arterial com foco na importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo	<ul style="list-style-type: none"> - Políticos: disponibilizar materiais educativos para a equipe. - Organizacionais: organização da agenda para os cursos e oficinas de reciclagem com equipe sobre HAS.

Fonte: Autoria própria, 2014.

6.8 Oitavo passo – Análise de viabilidade do plano

Tabela 3 - Análise de viabilidade do plano, relacionadas a dificuldade de adesão ao tratamento de hipertensão no município de Ipaba – MG

Operação/projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
- Multiplicar o conhecimento: aumentar o nível de informação da população idosa sobre hipertensão arterial	<ul style="list-style-type: none"> - Políticos: mobilizar parcerias com a população e outros setores da rede e conseguir espaço na radio local. - Financeiros: recursos para confecção de materiais educativos (panfletos e cartazes) relacionados à hipertensão arterial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Associação de moradores - Secretário municipal de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Favorável - Favorável 	- Apresentar projeto para população
Cuidar melhor: modificar hábitos e estilos de vida da população	- Organizacionais: organizar caminhadas orientadas e	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe de Saúde da Família. - Secretaria Municipal de 	<ul style="list-style-type: none"> - Favorável - Favorável - Favorável 	- Apresentar projeto para Secretaria de Saúde

	<p>palestras sobre educação alimentar e combate ao tabagismo.</p> <p>- Político: conseguir espaço para realização das atividades e a disponibilização do educador físico e nutricionista para as orientações.</p> <p>- Financeiros: conseguir recursos para os folhetos educativos e recursos audiovisuais relacionados à alimentação saudável.</p>	<p>Saúde.</p> <p>- Secretário municipal de saúde</p>		<p>- Apresentar o projeto para a população</p>
<p>Capacitação da equipe: aumentar o nível de conhecimento da equipe saúde da família sobre importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo</p>	<p>- Políticos: disponibilizar materiais educativos para a equipe.</p> <p>- Organizacionais: organização da agenda para os cursos e oficinas de reciclagem com equipe sobre HAS.</p>	<p>- Equipe de Saúde da Família.</p> <p>- Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>- Favorável</p> <p>- Favorável</p>	<p>- Apresentar projeto para equipe.</p>

Fonte: Autoria própria, 2014.

Machado; Kayanuma (2010) ressaltaram que a implementação de ações educativas devem contar com redes de parcerias construídas entre as sociedades científicas, o governo e a sociedade civil organizada, de modo a garantir amplo acesso aos pacientes e suporte as complicações que surgirem. Destaca-se assim a necessidade de construção de parcerias intersetoriais para o desenvolvimento de ações que visam melhorar a qualidade de vida do paciente hipertenso, bem como melhor controle dos níveis pressóricos.

6.9 Nono passo – Elaboração do plano operativo

Tabela 4 - Elaboração do plano operativo, relacionadas a dificuldade de adesão ao tratamento de hipertensão arterial no Município de Ipaba – MG

Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Operações Estratégicas	Responsável	Prazo
Multiplicar conhecimento Aumentar o nível de informação da população idosa sobre hipertensão arterial	População mais informada sobre a hipertensão arterial. (tratamento medicamentos o e não-medicamentos o)	- Aumento de informação sobre a Hipertensão arterial - Campanha de divulgação de informações na radio local - Campanha de orientação e informação na sala de espera da Unidade de Saúde	- Apresentar projeto para equipe. - Estruturação das Redes	- Equipe de Saúde da Família. - Secretaria Municipal de Saúde.	6 meses para o início das atividades
Cuidar melhor Modificar hábitos estilos de vida da população	- Diminuição do número de pacientes sedentários em 50%. - Espera-se 50% dos pacientes alterando seus hábitos alimentares, aderindo a uma dieta adequada, com pouco sal.	- Programa de caminhada orientada; - Programa alimentação saudável. - Criar grupo para trabalhar o abandono ao hábito de fumar.	- Apresentar projeto para equipe e comunidade - Estruturação das Redes	- Equipe de Saúde da Família. - Secretaria Municipal de Saúde.	6 meses para o início das atividades
Capacitação profissional fundamental Aumentar o nível de conhecimento da equipe de ESF sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e suas consequências	- Aumento da cobertura em 80% da população com hipertensão arterial.	- Estabeleciment o de linha de cuidado para hipertensão - Implantação de protocolos de cuidados - Capacitação da equipe.	- Apresentar projeto para equipe	- Equipe de Saúde da Família. - Secretaria Municipal de Saúde	6 meses para o início das atividades

Fonte: Autoria própria, 2014.

O tratamento da hipertensão arterial é pautado em dois principais pontos: nas modificações do estilo de vida e no tratamento medicamentoso. A importância da orientação nas modificações do estilo de vida foi destacada por Bastos-Barbosa et al. (2012), pois a não adesão ao tratamento pelo paciente tem sido identificado como a causa principal da pressão arterial não controlada, representando um risco

significativo de eventos cardiovasculares. Segundo os autores a ingestão correta de pelo menos 80% dos medicamentos receitados é uma forma geral de considerar a adequada adesão à medicação.

Propostas de aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial já foram realizadas antes e, visavam mostrar a interferência dos fatores de riscos não modificáveis, como hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo, obesidade, tabagismo e etilismo. Essas propostas se baseiam de modo geral em ações junto a população para a informação e a conscientização da modificação dos fatores, que interferem nos níveis pressóricos (VIANA, 2014; FROES, 2014; RAMOS, 2014).

6.10 Décimo passo – Gestão do plano

Tabela 5 – Acompanhamento de projeto: informando a população

Aumento do nível de conhecimento da população sobre a hipertensão arterial					
Coordenação: Ranvier					
Avaliar novamente em 6 meses					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Aumento de informação sobre a hipertensão arterial	- Equipe de saúde da família - Ranvier	3 meses	Palestras informativas realizadas durante as reuniões do HiperDia		
Campanha de divulgação de informações na radio local	- Equipe de saúde da família - Ranvier	6 meses	Orientações durante a programação da rádio com dicas e informações		
Campanha de orientação e informação na sala de espera da Unidade de Saúde	- Equipe de saúde da família - Ranvier	1 mes	Orientações aos pacientes pela equipe de ACS		

Tabela 6 – Acompanhamento de projeto: mudanças nos hábitos de vida

Mudanças nos hábitos e estilo de vida da população					
Coordenação: Ranvier					
Avaliar novamente em 6 meses					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
- Programa de caminhada orientada;	- Equipe de saúde da família - Ranvier	3 meses	Atrasado	Falta do educador físico	2 meses
Programa alimentação saudável.	- Equipe de saúde da família - Ranvier	3 meses	Atrasado	Falta do nutricionista	2 meses
Grupo para	- Equipe de saúde	1 mes	Reuniões		

trabalhar o abandono ao hábito de fumar.	da família - Ranvier		realizadas mensalmente		
--	-------------------------	--	------------------------	--	--

Tabela 7 – Acompanhamento de projeto: otimizando o trabalho em equipe

Melhorando o processo de trabalho da equipe					
Coordenação: Ranvier					
Avaliar novamente em 6 meses					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Estabelecimento de linha de cuidado para hipertensão	Ranvier	3 meses	Projeto implementado		3 meses
Implantação de protocolos de cuidados	Ranvier	6 meses	Projeto implementado		6 meses
Capacitação da equipe	Ranvier	1 mês	Realizadas reuniões e oficinas de capacitação		

6.11 Monitoramento e avaliação das ações

A medida que as intervenções forem sendo realizadas, ocorrerá encontros periódicos com a equipe para, primeiramente, haver uma discussão das dificuldades encontradas e quais as alternativas podem ser buscadas para resolvê-las; e, conseqüentemente, avaliar o nível de entendimento e envolvimento da equipe nas mudanças propostas.

Como os pacientes são acompanhados mensalmente pelo programa HiperDia, será feito acompanhamento dos valores de níveis pressóricos do paciente, como medida para avaliar a adesão do mesmo. Nesses encontros será uma oportunidade de conversar com o paciente, conhecer mais sua realidade, entender o significado na hipertensão no cotidiano da vida dele e, reforçar a orientação quanto às mudanças de hábito de vida.

Tabela 8 - Planilha de acompanhamento de ações: monitoramento da equipe

A) Monitoramento da equipe										
Membro da equipe	Nº de reuniões participantes	Atual			Em 3 meses			Em 6 meses		
		Nº de hipertensos	Nº de pacientes em uso irregular da medicação	Nº de pacientes sedentários	Nº de hipertensos	Nº de pacientes em uso irregular da medicação	Nº de pacientes sedentários	Nº de hipertensos	Nº de pacientes em uso irregular da medicação	Nº de pacientes sedentários

Tabela 9- Planilha de acompanhamento de ações: adesão terapêutica

B) Adesão terapêutica							
Indicadores	Atual		Em 3 meses		Em 6 meses		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Nº de pacientes cadastrados							
Presentes nas reuniões							
Frequentando os grupos de caminhada orientada							
Comparecimento nas consultas							

Tabela 10 - Planilha de acompanhamento de ações: caminhada orientada

C) Caminhada orientada		
	Nº cadastrados	Nº presentes
Micro-área: _____		
Responsável: _____		
Data: __/__/____		

Tabela 11 - Planilha de acompanhamento de ações: reuniões hiperdia

D) Reuniões Hiperdia		
	Nº cadastrados	Nº presentes
Micro-área: _____		
Responsável: _____		
Data: __/__/____		

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial sistêmica e o seu tratamento adequado envolvem uma multiplicidade de fatores extremamente complexos, que exigem de todos os envolvidos o emprego de estratégias combinadas que atendam essa complexidade.

Em se tratando da adesão a um tratamento, percebe-se que há inúmeras questões envolvidas no sucesso ou no fracasso em obtê-la. Portanto, não é tão simples e nem rápido, alcançar os resultados esperados, pois alterar estilos de vida implica em ações muito maiores do que simplesmente informar as pessoas que é necessário

Os profissionais que atuam junto à clientela de hipertensos devem estar atentos a todos os aspectos do plano terapêutico, compreendendo que o esquema medicamentoso, embora importante, não garante por si só o sucesso do tratamento. Algumas estratégias foram levantadas para aumentar a adesão ao tratamento de hipertensão arterial, uma delas seria conscientizar o paciente dos malefícios da hipertensão arterial, além dos riscos inerentes ao tratamento, suas peculiaridades e benefícios, fazendo assim, que o indivíduo se torne um elemento ativo no processo de tratar. Pois, é de autonomia dele mudar ou não. Assim, neste perspectiva, destacamos que essa conscientização vai muito além do que meramente repassar informação, é preciso lembrar que a mudança a ser feita precisa ter um significado importante para ele e, claro, que tenha condições de fazer. Um projeto terapêutico deve ser elaborado não apenas para ele, mas com ele. É ele quem vai desenvolver/realizar o que for acordado/planejado.

Diante de todo o desenvolvimento deste projeto, percebe-se que o número de pacientes que aderem ao tratamento anti-hipertensivo ainda é muito pequeno e que a melhor forma de tentar conscientizar os pacientes para que possam aderir ao tratamento anti-hipertensivo é através da conscientização e de orientações sobre a hipertensão arterial, mudanças de hábitos, estilos de vida e a inclusão do grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.

Uma vez que, a problemática da adesão ao tratamento é complexa, envolvendo vários fatores associados, como o paciente, a doença, questões culturais, o tratamento e as políticas de saúde; espera-se encontrar dificuldades principalmente no envolvimento e participação da população nos projetos apresentados. Apesar do apoio favorável da secretaria de saúde para o

desenvolvimento das ações, acredita-se que estimular e manter a população participante em todos os encontros seja a maior dificuldade. Além disso, é necessária uma preparação constante dos profissionais e dos conteúdos a serem abordados, de modo, que não se estabeleça temas repetitivos e cansativos para população.

O desenvolvimento desse projeto é exequível e deve-se ter atenção em seu monitoramento e avaliação visando superar algumas dificuldades para alcançar os resultados esperados: a primeira é o aumento da adesão e participação da população no processo terapêutico; e o segundo educar e preparar a equipe para orientar a população sobre a importância da adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

BASTOS-BARBOSA, R. G. et al. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, p. 636-641, 2012.

BLOCH, K. V; RODRIGUES, C. S.; FISZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n. 2, p.134-143, 2006.

BORGES, P. C. S.; CAETANO, J. C. C. Abandono do tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes cadastrados no Hiperdia/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis-SC. **Arq Catar Med**, v. 34, n. 3, p. 45-50, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº648 de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o PSF e o PACS. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 10 maio 2014

BUNDCHEN, D. C.; et al. Exercício físico controla pressão arterial e melhora qualidade de vida. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 19, n. 2, p. 91-94, 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CUNHA, C. W. **Dificuldades no Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Básica de Saúde Através do Hiperdia – Plano de Reorganização da Atenção** 2009, 42f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Porto Alegre, 2009.

DALLA, M. B. D. et al. **Aderência ao Tratamento Medicamentoso**. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Hansenologia. PROJETO DIRETRIZES. Associação Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina. São Paulo, 2009.

DANIEL, A. C.; VEIGA, E. V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein**, v. 11, n. 3, p. 331-337, 2013.

FAJARDO, C. A importância da abordagem não-farmacológica da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com**, v. 1, n. 4, 2006.

FERREIRA, H. C. **Relatório Anual de Gestão 2014**. Secretaria Municipal de Saúde de Ipaba. Ipaba, 2014.

FROES, S. S. **Projeto de intervenção para aumentar os indicadores de adesão terapêutica dos hipertensos no território da unidade de saúde do Acari, Pintópolis-MG** 2014, 39f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

GIROTTO, E.; et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p.1763-1772, 2013.

GUSMÃO, J. L.; et al. Adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.16, n. 1, p. 38-43, 2009.

MACHADO, C. A. e KAYANUMA, E. Estratégias para implementar medidas de prevenção primária da hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 2, p. 111-116, 2010.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com**, v. 2, n. 7, p. 165-176, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Brasil, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf> Acesso em: 10 maio 2014.

OLIVEIRA, M. F. G. et al. Hábitos alimentares utilizados no tratamento dos usuários adultos hipertensos e/ou diabéticos da comunidade do Alto da Brasileira, Recife-PE. **Revista de Ciências Médicas PE**, v. 8, n. 2, p. 22-29, 2012.

OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 2, p. 179-84, 2013

PASSOS, V. M. A. et al. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasil, v. 15, p. 35-45, 2006.

PERES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003.

RAMOS, L. P. **Adesão ao tratamento antihipertensivo na estratégia de saúde da família de Sobralia**, Minas Gerais 2014, 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso

RONDON, M. U. P. B.; BRUM, P. C. Exercício físico como tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 10, p.134-139, 2003.

RUFINO, D. B. R.; DRUMMOND, R. A. T.; MORAES, W. L. D. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde. **J Health Sci Inst.**, v. 30, n. 4, p. 336-342, 2012

SILVA, S. P.; SANTOS, M. R. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde. **Arq Ciênc Saúde**, v. 11, n. 3, p. 169-73, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 95 (1 supl.1), p. 1-51, 2010.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M.. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 16, n. 2, p. 233-238, 2007

VIANA, I. A. C. **Fatores de risco modificáveis para controle da hipertensão arterial: como orientar os usuários de um programa de saúde da família do norte de Minas Gerais** 2014, 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.