

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

JOSÉ LUIS PACHECO PÉREZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ELEVAR O NÍVEL DE
ADESÃO AO TRATAMENTO E UM MELHOR CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NOS PACIENTES DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JARDIM PEROLA II.
GOVERNADOR VALADARES/MG**

GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS

2016

JOSÉ LUIS PACHECO PÉREZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ELEVAR O NÍVEL DE
ADESÃO AO TRATAMENTO E UM MELHOR CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NOS PACIENTES DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JARDIM PEROLA II.
GOVERNADOR VALADARES/MG**

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

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Castro d'Ávila

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS

2016

JOSÉ LUIS PACHECO PÉREZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ELEVAR O NÍVEL DE
ADESÃO AO TRATAMENTO E UM MELHOR CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM PACIENTES DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JARDIM PEROLA II.
GOVERNADOR VALADARES/MG**

Banca Examinadora

Examinador 1: Prof. Dr. Ronaldo Castro d'Ávila - UFMG

Examinador 2: Prof. Dr. Heriberto Fiuza Sanchez - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

DEDICATÓRIA

Aos meus três filhos, Rolando Yasell, Jose Rolando e Jose Luis, fonte de inspiração para que este trabalho se constitua uma referência em seu futuro.

Aos meus pais, Rolando e Noris sábios condutores da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas aquelas pessoas que contribuíram para que o presente trabalho fosse realizado, em especial a Leicy Del Todo, quem contribuiu enormemente na construção das ideias e na materialização de cada linha desse trabalho.

Ao professor orientador Ronaldo Castro d'Ávila por seu apoio no enriquecimento deste trabalho.

“Devemos abordar não apenas o que cada um diz, mas o que ele sente e a razão porque ele sente”.

Cícero

RESUMO

A ESF Jardim Pérola II localiza-se na zona urbana do município Governador Valadares, Minas Gerais, com uma população estimada de 3.769 habitantes, deles 881 pacientes são hipertensos. O presente trabalho objetiva a construção de um plano de ação para elevar o nível de adesão ao tratamento e um melhor controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no universo da população hipertensa. Para a consecução dos objetivos foi realizado um levantamento dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, uma revisão da literatura que sucedeu a formulação do plano de ação, discussões com os pacientes nos grupos de HIPERDIA e com a equipe de saúde. Realizou-se uma análise entre a realidade da população hipertensa da área de abrangência com o embasamento teórico científico acerca da Hipertensão Arterial Sistêmica, propondo-se um plano de ação com atividades fundamentalmente de promoção e educação para a saúde, focado na resolução dos nós críticos que levam a este problema. Espera-se que a implementação das ações aqui propostas alcance o objetivo almejado a médio e longo prazo e eleve o nível de controle efetivo da HAS nesse território, obtendo uma melhoria da qualidade de vida dessa população.

Palavras Chaves: Hipertensão Arterial Sistêmica. Adesão ao tratamento. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The ESF Jardim Pérola II located in the urban area of the city Governador Valadares, Minas Gerais, with an estimated population of 3769 habitants; 881 of them, are hypertensive. This project aimed to build an action plan to raise the level of adherence to treatment and better control of systemic hypertension in the universe of the hypertensive population. To achieve the goals was a survey of patients with systemic hypertension, a literature review that followed the formulation of the action plan, discussions with patients in groups HIPERDIA and the health team. Was realized an analysis of the reality of the hypertensive population of the area covered with the scientific theoretical foundation about the Systemic Arterial Hypertension, proposing an action plan to fundamentally promotion activities and health education, focused on solving the critical nodes that lead to this problem. It is expected that the implementation of the actions proposed here reach the goal is to increase adherence to treatment in the medium and long term and increase the level of effective control of hypertension in that territory, obtaining a better quality of life of this population.

Key Words: Systemic Arterial Hypertension. Adhesion and treatments. Primary Health Attention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB-	Atenção Básica.
APS -	Atenção Primária de Saúde.
ACS -	Agente Comunitário de Saúde.
AVC -	Acidente Vascular Cerebral.
DIC -	Doença Isquêmica Coronária.
DM -	Diabetes Mellitus.
DCNTs-	Doenças Crônicas não Transmissíveis.
ESF -	Equipe de Saúde da Família.
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HIPERDIA -	Grupo de Hipertensos / Diabéticos.
HTA -	Hipertensão Arterial.
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDHM -	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.
IC -	Insuficiência Cardíaca.
OMS -	Organização Mundial da Saúde.
PAC -	Programa de Academia da Cidade.
SIAB -	Sistema de Informação de Atenção Básica.
SUS -	Sistema Único de Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Classificação da Hipertensão arterial em Adultos	16
Gráfico 1: Descrição dos nós críticos da Hipertensão Arterial Sistêmica na população da ESF Jardim Pérola II.....	18
Figura 1: Fatores de Risco da HAS.	23
Quadro 2. Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da ESF Jardim Pérola II, no município de Governador Valadares, MG.	30
Quadro 3: Operações sobre a falta de conhecimento sobre a doença relacionado à baixa adesão ao tratamento em pacientes HAS na população da ESF Jardim Pérola II, no município Governador Valadares, MG.	34
Quadro 4: Operações sobre o estilo de vida inadequado e sua relação com a baixa adesão ao tratamento em pacientes HTAS na população da ESF Jardim Pérola II, no município Governador Valadares, MG.	36
Quadro 5: Operações sobre o Processo de Trabalho da ESF , relacionado à não adesão ao tratamento em pacientes HAS na população da ESF Jardim Pérola II, no município de Governador Valadares, MG.	38

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVO	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO DE LITERATURA	22
5.1 Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.....	23
5.1.1 Tratamento não medicamentoso.....	24
5.1.2 Tratamento medicamentoso	27
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	29
6.1 Identificação dos problemas.....	29
6.2 Priorização dos problemas.....	30
6.3 Descrição do problema.....	31
6.4 Explicação do problema	31
6.5 Seleção dos nós críticos.....	33
6.6 Desenho das operações.....	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, multifatorial, caracteriza-se pela presença de níveis de pressão arteriais elevados associados a alterações no metabolismo do organismo, nas musculaturas cardíaca e vascular. A pressão sanguínea envolve duas medidas, sistólica e diastólica, referente ao período em que o músculo cardíaco está contraído (sistólica) ou relaxado (diastólica). Ela ocorre quando o sangue bombeado do coração para as artérias encontra dificuldades no caminho que percorre pelo organismo. A maioria das vítimas da doença não sente absolutamente nada, o que contribui para que o diagnóstico e o tratamento sejam postergados. A pressão normal em repouso situa-se entre os 100 e 140 mm Hg para a sistólica e entre 60 e 90 mm Hg para a diastólica. Considera-se hipertensa a pessoa com PA maiores ou iguais a 140 mm Hg para a sistólica e 90 mm Hg para a diastólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012).

No mundo estima-se que 691 milhões de pessoas sofram com hipertensão arterial, muitas delas são adultas, dado as tendências mundiais ao aumento da expectativa de vida na maioria dos países e ao fato que a frequência de HAS aumenta com a idade (VIDAL, 2009). Sabe-se que a hipertensão é um inimigo silencioso, ela mata, por ano, 7,6 milhões de pessoas no mundo todo, devido às suas complicações como Acidente Vascular Cerebral (AVC), infarto, entre outras. Aproximadamente dois terços de hipertensos não têm conhecimento da sua doença. Além disso, a proporção entre os que são conscientes de serem hipertensos e que não se tratam ou o fazem inadequadamente é pequena em relação àqueles que se tratam e conseguem controlar a pressão arterial. Não raramente, o diagnóstico ocorre simultaneamente a desfecho que pode ser fatal ou que pode deixar sequelas permanentes (COTRAN; ROBBINS, 2005).

Segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), no Brasil a prevalência média de Hipertensão Arterial Sistêmica na população adulta (acima de 18 anos) é de 23,3%, sendo ligeiramente maior em mulheres (25,5%) do que em homens (20,7%) (BRASIL, 2009). Em ambos os sexos, os indivíduos com até oito anos de escolaridade são

os que mais referem o diagnóstico médico de HAS e o diagnóstico se torna mais comum com o avançar da idade, alcançando 50% dos indivíduos na faixa etária de 55 anos ou mais de idade (BRASIL, 2013).

Em Governador Valadares, no ano de 2014, existiam 19.895 usuários hipertensos cadastrados pela atenção básica de saúde, representando mais de 11% do total da população cadastrada. Desse total, 15.863 eram acompanhados pela atenção básica, quando foram oferecidas até julho daquele ano em torno de 28.000 consultas. É possível que os pacientes cadastrados e não acompanhados pela AB eram atendidos em instituição particulares ou não procuraram atendimento médico para tratamento. Levando em consideração a importância da concomitância do Diabetes Mellitus e a HAS no aumento do risco cardiovascular, é importante destacar que a DM é a segunda de maior prevalência no município de Governador Valadares, com cerca de 5.000 pacientes diabéticos cadastrados em 2014, o que representava mais de 3% do total dos usuários (BRASIL, 2014).

A presente proposta de intervenção está vinculada à Estratégia de Saúde da Família Jardim Pérola II, que se situa à Av. Humberto Tavares nº 78, Bairro Pérola no Município de Governador Valadares. A unidade está localizada no centro do bairro, facilitando o acesso especialmente para os usuários idosos e para aqueles que apresentam alguma doença limitante e ou incapacitante. O atendimento é feito diariamente de segunda a sábado de 15 horas até às 21 horas, por uma equipe multiprofissional composta por um médico, um enfermeiro, uma técnica em enfermagem, um técnico em farmácia, seis agentes comunitários e um profissional de serviços gerais. A área de abrangência da ESF foi dividida em seis micro áreas com o objetivo de organizar a atenção integral das equipes e facilitar o acesso dos usuários ao serviço, assim como seu acompanhamento pelas ACS. Ainda não contamos com profissionais como Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta ou Nutricionista no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para atenderem às demandas dos usuários.

O Bairro Jardim Pérola, conta com uma boa infraestrutura. Há escolas, farmácias e um comércio diversificado. A principal fonte da renda da população do bairro provém do trabalho no comércio e do trabalho autônomo. Predomina a classe

média baixa com o nível de escolaridade do ensino médio. Estão cadastradas 903 famílias no NASF, perfazendo um total de 3.769 pessoas provenientes em sua totalidade da área urbana. Deste total, 1.971 são do sexo feminino (52,3%) e 1.798 do sexo masculino (47,7%).

Na ESF Jardim Pérola II a HAS é uma das doenças de maior prevalência e representa o principal motivo de consultas realizadas na unidade - 26 a 33% das consultas do mês. Por este motivo é dedicado um dia por semana para atendimento desses pacientes através da realização do grupo de HIPERDIA (Grupo de Hipertensos / Diabéticos), quando são oferecidas atividades de promoção e educação para saúde pelos diferentes profissionais da equipe e consultas individuais para avaliação e acompanhamento do usuário. Na área de abrangência há 881 pacientes hipertensos cadastrados maiores de 15 anos, que representa mais de 12% do total de pacientes cadastrados e mais de 16% dos prontuários ativos no ano de 2014. Através de consulta aos prontuários, diálogo em consultas individuais, dados levantados pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dados da própria unidade, identificou-se que em torno de 55,7% dos pacientes hipertensos são mulheres e apenas 44,2 % são homens, somando um total de 491 e 390 respectivamente, onde 198 são maiores de 60 anos. Verificou-se que 121 deles também são diabéticos, 56 fumantes com predomínio do sexo masculino, e 23 fazem uso abusivo de álcool. Ainda existe uma baixa adesão dos pacientes hipertensos ao grupo de HIPERDIA, pois apenas 484 participam do grupo (em torno de 55 % deles). Do total dos pacientes hipertensos 25 não estão sendo acompanhados pela unidade, pois não realizaram nenhum tipo de consulta há mais de um ano, mais se conhece pelas ACS que têm planos de saúde e assistem a consultas particulares. Do total dos pacientes que estão sendo acompanhados, 361 deles já apresentaram, em consulta, PA maior do que 140/90 mm Hg no período estudado, o que representa em torno de 41% dos pacientes.

Após análise dos principais problemas identificados, chegamos à conclusão que a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica, constitui-se o principal problema de saúde desse território.

Para desenvolver-se uma análise criteriosa do problema apontado, é necessário entender-se a realidade da população alvo do presente estudo e voltarmos nossa atenção para as determinantes do processo saúde-doença¹ compreendendo que esse é um problema que possui um fim em si mesmo, vivido pelo próprio paciente como ser biopsicossocial, e que para resolvê-lo é preciso enfrentar os fatores intermediários que o provoca, pois este não tem percepção do risco (BACKES, 2009, p. 115). Claro está que entender o território, suas condições socioeconômicas, seus valores e cultura são fundamentais para entender as determinantes do processo saúde doença citando exemplos como hábitos alimentícios inadequados, o sedentarismo, o analfabetismo, baixo nível de conhecimento sobre a doença. Podemos perceber que essas condições estão diretamente vinculadas com a falta de controle da HAS na área.

Na população atendida pela ESF Jardim Pérola II, entre os pacientes com HAS, 84 são analfabetos, o que influencia no nível de controle da pressão arterial, sendo mais baixo nesse grupo específico, resultado da uma evidente dificuldade de adesão ao tratamento, que requer observância de horários, de doses, assim como o uso de todos os medicamentos prescritos. Ou seja, a não adesão fica evidenciada quando o comportamento do paciente no tratamento não condiz com as recomendações do médico e da equipe de saúde. Muitos pacientes vivem sozinhos ou com companheiros e filhos que apresentam, também, falta de conhecimento sobre a doença. Isto dificulta a identificação da medicação e cumprir a posologia, levando ao descontrole e dificuldade de ajuste das doses, já que não é possível estabelecer um parâmetro de funcionamento da medicação. Este fato coincide com o estudo de Moreira e Araújo (2001), o qual aponta que a falta de adesão dos pacientes ao tratamento da HAS está relacionada ao desconhecimento, à desinformação, à ausência de uma formação escolar básica que permita ao paciente compreender melhor a importância da adesão para controle da doença e das complicações oriundas dela. Neste sentido, muitos pacientes acreditam que quando a pressão está em níveis adequados já não precisam usar a medicação, desconhecendo que a HAS é uma doença crônica, incurável e que necessita o uso regular da medicação por toda a vida. Além disso,

¹ Os determinantes do processo saúde-doença são os fatores biológicos, econômicos, sociais e culturais envolvidos no surgimento de alguma doença. (BACKES, 2009. p. 115)

e de acordo com relatos dos próprios pacientes nos grupos de HIPERDIA e nas consultas médicas, equivocadamente, eles deixam de tomar a medicação no dia da consulta com o intuito de verificar se a pressão está controlada.

Os hábitos alimentares dos usuários hipertensos da ESF Jardim Pérola II, não são diferentes dos hábitos alimentares da população brasileira em geral. Segundo o IBGE (2008-2009), aproximadamente 90% dos brasileiros não tem uma dieta adequada ou similar à recomendada pela OMS, significando que a dieta é rica em calorias como carboidratos, gorduras e refrigerantes e pobre em nutrientes. Boa parte dos pacientes hipertensos possui uma baixa renda familiar vivendo apenas de programas assistenciais do governo, como o Programa Bolsa Família, o que dificulta a adoção de uma dieta saudável, composta por legumes, frutas, verduras, carne, etc.. Hábitos alimentares inadequados podem levar, com o tempo, ao aparecimento de outros fatores de risco, tais como a hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hiperglicemia e obesidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012).

Outro aspecto importante a ser considerado refere-se aos hábitos sedentários dos pacientes. Verificou-se que eles não realizam algum tipo de exercício físico, o que indica falta compreensão da importância dele, talvez resultado do baixo nível educacional e pouca percepção do sedentarismo como fator de risco para o agravamento da HAS. Além disso, há uma baixa adesão por parte dos pacientes hipertensos aos grupos operativos desenvolvidos pela Unidade, onde se realizam atividades que buscam esclarecer sobre a importância da redução de peso pelas pessoas com sobrepeso e obesas, por meio de dietas saudáveis e atividades físicas. Nestas atividades não contamos ainda com o apoio de nutricionista e profissional de Educação Física, já que pela distribuição da Coordenação de Saúde do município, não estabeleceram uma equipe do NASF para atender esta demanda, tornando-se necessário a ampliação das ações de promoção à saúde, inclusive com a possibilidade de contratação de educadores físicos e nutricionistas. Estas ações podem ocasionar uma diminuição no número de morbimortalidade e fatores de riscos que ocasionam DCNTs, principalmente através da conscientização de mudanças de estilo de vida da população, para que consigam adquirir uma melhor qualidade de vida; viver bem e com saúde.

Também há pouca adesão às atividades educativas nos grupos de HIPERDIA, que são aqueles constituídos na atenção básica de saúde para o acompanhamento dos pacientes Hipertensos e Diabéticos e para atividades educativas de promoção à saúde. O que se percebe é que os pacientes com HAS geralmente comparecem às consultas para renovar receitas médicas, talvez por acreditarem que o papel principal no controle da hipertensão é do médico e da medicação.

Portanto, podemos considerar que a falta de conhecimento sobre a HAS é um fator determinante para o controle da doença assim como seus fatores de risco. A não associação com os demais pilares do tratamento dificulta o controle da doença e leva a um excesso de medicalização. A maioria dos pacientes utiliza dois ou mais medicamentos e novos casos já se incluem no Estágio 2 da doença (Quadro 1), impossibilitando o uso de monoterapia. É muito importante, para o controle desta doença, a atenção aos fatores de riscos modificáveis², buscando, com isso, criar uma consciência (percepção do risco) adequada aos cuidados pessoais.

Quadro 1 - Classificação da Hipertensão arterial em Adultos

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	≥ <u>120-139</u>	≥ <u>85-89</u>
Estágio 1	≥ <u>140-159</u>	≥ <u>90-99</u>
Estágio 2	≥ <u>160 – 179</u>	≥ <u>100-109</u>
Estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90

Fonte: MENDES; 2011.

É válido, também, considerar que a adesão ao tratamento sofre influência de fatores próprios do paciente, de sua relação com membros da equipe multiprofissional de saúde e do contexto socioeconômico (COELHO; NOBRE, 2006).

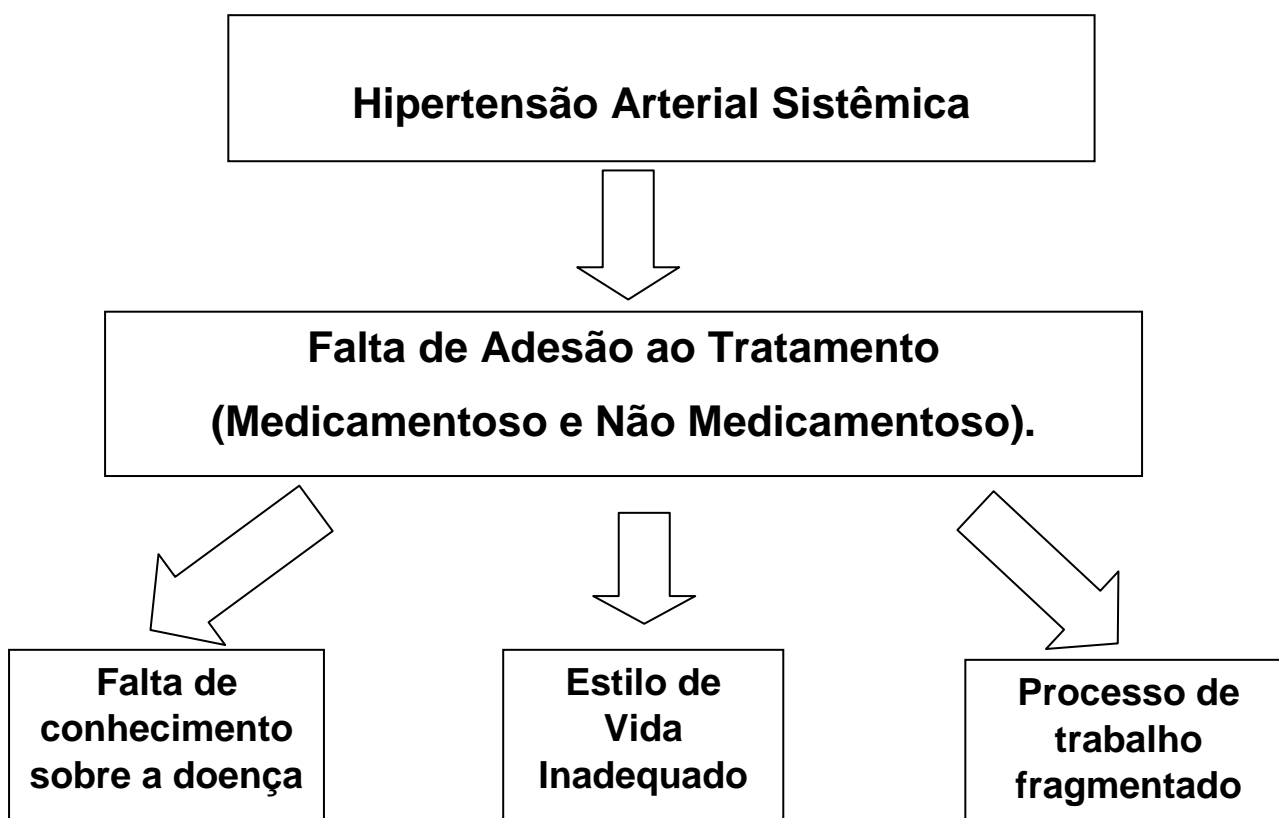
²Fatores de risco modificáveis são aqueles sobre os quais podemos influenciar, mudar, prevenir ou tratar; sobre os fatores não modificáveis não podemos mudar e por isso não podemos tratá-los.

Melhorar a adesão ao tratamento e um trabalho árduo, pois demanda uma revisão sistemática de intervenções baseada nos recursos tecnológicos, educativos e comportamentais da população e do serviço de saúde, para serem adaptadas às características e necessidades da população abrangente (SANTA-HELENA et al., 2010a). As ações educativas coletivas, chamadas de grupo de HIPERDIA, é uma grande ferramenta de trabalho para os profissionais, pois aumentam a adesão e eficácia do tratamento e conseqüentemente a qualidade de vida dos pacientes. A adesão ao tratamento relaciona as ações e comportamentos a respeito do paciente clínico, compreendendo consultas, palestras, grupos de apoio, utilização correta das medicações e prática de exercícios (FARIA, 2009). Essas ações e comportamentos são caracterizados como integrantes do comportamento do paciente em todos os aspectos, agregando todos à sua volta como familiares e amigos e influenciado por sua cultura (FUCHS; CASTRO; FUCHS, 2004). Um dos principais problemas dos profissionais da saúde é a adesão dos pacientes ao tratamento de forma irregular e assistemática, devido ao longo prazo e a dificuldade de alterar sua rotina, para isso os profissionais necessitam da participação e cooperação deles que convivem com a cronicidade para conseguirem alterar seu estilo de vida (CALIXTO, 2010; REINERS et al., 2008; STRELEC et al., 2004).

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, os agravos crônicos não transmissíveis são as principais causas da morbimortalidade na população e na área de abrangência da ESF Jardim Pérola II não é diferente. A HAS é a doença cardiovascular mais frequente que afeta mais de 40% dos usuários maiores de 15 anos - 881 pacientes hipertensos de um total de 2193 - sendo um dos principais fatores de risco para doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e outras, como doenças renais crônicas e retinopatia hipertensiva. A elaboração de um projeto de intervenção possibilita o enfrentamento do principal problema de saúde da ESF Jardim Pérola II, a alta incidência de hipertensão arterial sistêmica, identificado com a realização de análise situacional.

O problema priorizado tem uma origem multicausal onde os nós críticos estão descritos no seguinte gráfico:



A adesão ao tratamento é um conceito que devemos ter presente e com clareza, conforme encontramos em Freitas (2015):

“É definida como o grau em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida corresponde e concorda com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde. Essa definição expressa o sentido de compliance, em língua inglesa, o que implica concordância do paciente com as recomendações, pressupondo-se que o paciente conheça as alternativas terapêuticas e participe das decisões sobre seu tratamento. Outro aspecto importante é que o controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico” (Freitas, 2015, p.76).

Cerca de 50% dos 881 hipertensos cadastrados não possuem a pressão arterial controlada, justamente devido à falta de adesão ao tratamento. A falta de adesão ao tratamento, no caso dos nossos pacientes, pode ser atribuída a diversos fatores tais como o custo da medicação, informação inadequada do paciente, uso de mais de uma droga, efeitos adversos, cronicidade da doença e ausência de sintomas específicos, assim como a falta de conhecimento sobre a doença; é difícil detectar a falta de adesão e, mais ainda, quantificá-la. Ainda não há consenso acerca do padrão que constitui a taxa de adesão adequada para o tratamento de doenças crônicas. Alguns ensaios, relativos à hipertensão, consideram taxas acima de 80% aceitáveis (HIGGINS; REGAN, 2004).

Os nós críticos – falta de conhecimento da doença, estilo de vida inadequado e processo de trabalho da ESF inadequado serão discutidos no projeto de intervenção.

Acredito que a presente proposta de intervenção está adequada para aumentar a adesão ao tratamento e a melhora do nível de controle dos pacientes hipertensos da área de abrangência do ESF Jardim Pérola II, além de estimular a participação da comunidade nas ações previstas, justificando o desenvolvimento do presente trabalho pelos dados apresentados na introdução.

3 OBJETIVO

Constitui-se objetivo principal do presente trabalho elaborar um projeto de intervenção para elevar o nível de adesão ao tratamento e melhorar o controle da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Jardim Pérola II, Governador Valadares.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da presente proposta de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). A participação no encontro presencial proporcionado no curso foi fundamental para a delimitação da proposta. A coleta de dados foi feita por meio de observação dos casos onde se percebia a falta de adesão ao tratamento e o não controle da Hipertensão Arterial Sistêmica que evidenciados durante as consultas médicas; realização de entrevistas semiestruturadas com os pacientes hipertensos; discussão junto à equipe sobre a elaboração do projeto de intervenção; busca de informação no site do IBGE; consultas ao banco de dados do SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica do município de Governador Valadares. A revisão bibliográfica que fundamentou a presente proposta foi feita através de estudos de trabalhos científicos disponíveis, entre outros, no Scielo, no Arquivo Brasileiro de Cardiologia, Revista Brasileira de Hipertensão, usando como descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica. Adesão ao tratamento. Atenção Primária à Saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

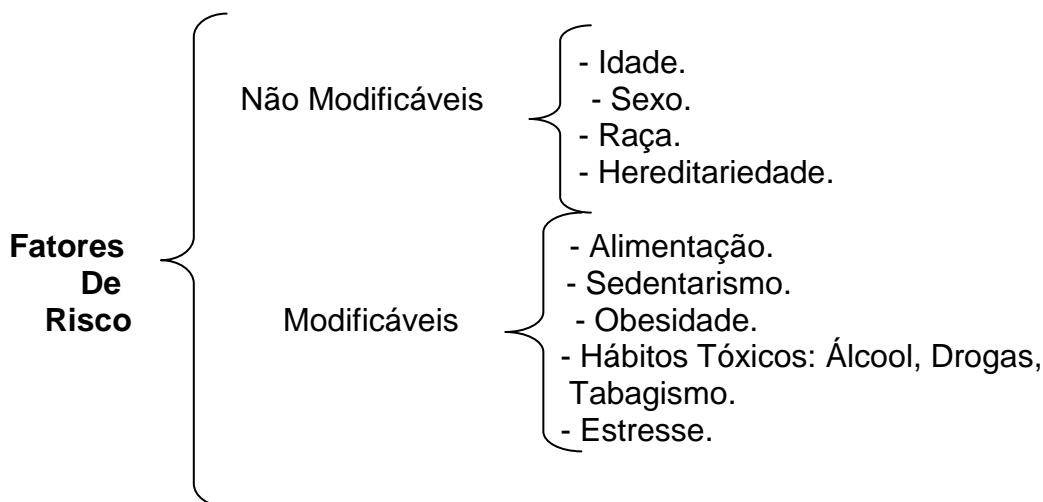
A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral, tromboembólico ou hemorrágico, enfarte agudo do miocárdio, aneurisma arterial (por exemplo, aneurisma da aorta), doença arterial periférica, além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca. Mesmo moderado, o aumento da pressão sanguínea arterial está associado à redução da expectativa de vida (WHITWORTH, 2003). Segundo a *American Heart Association* é a doença crônica que ocasiona o maior número de consultas nos sistemas de saúde, com um importantíssimo impacto econômico e social (LLOYD-JONES et al., 2010).

Numa análise bibliográfica efetuada entre 1998 e 2000, usando o Medline e complementada por pesquisa manual, foi feito um estudo estatístico na Universidade de Tulane (Nova Orleans) que chegou à conclusão de que cerca de um bilhão de pessoas sofrem de hipertensão arterial, o que corresponde a 26% da população adulta mundial (KEARNEY et al., 2005). No entanto, outro estudo mostra que a taxa varia de região para região, desde taxas de 0% nos Bushmen do deserto do Kalahari (a ausência de sal na alimentação tem sido considerada como uma das razões mas também a alimentação à base de carnes com pouca gordura, ausência de alimentos fritos, etc.), 3,4% (homens) e 6,8% (mulheres) na Índia rural, até taxas alarmantes de 34% na população americana, sendo que os adultos afro-americanos apresentam as taxas de hipertensão mais altas do mundo - 44% (LLOYD-JONES et al.,2010).

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade. No Brasil, projeções da Organização das Nações Unidas (ONU 2002) indicam que a mediana da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000, a 38,2 anos em 2050 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Uma das consequências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), entre elas a hipertensão.

São muitos os fatores identificados que contribuem para a elevação dos níveis pressóricos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012), entre os quais se destacam:

Figura 1: Fatores de Risco da HAS



Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010, p. 2-3).

Deste modo, para tornar o controle da hipertensão mais eficaz, torna-se indispensável, além do seu tratamento, também o enfrentamento dos fatores de risco modificáveis. Além disso, tem-se, também, que um dos maiores desafios no combate à hipertensão arterial ainda se deve à não adesão ao tratamento (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

5.1 Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso

Estudos mostram baixos níveis de adesão à terapia anti-hipertensiva, além de os maiores índices estarem associados a serviços de saúde especializados (BARBOSA; LIMA, 2006; GIROTTO et al., 2013). A adesão ao tratamento corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do próprio paciente. Porém, são muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, a

característica assintomática da doença e a sua cronicidade (BUSNELLO et al., 2001; LEITE; VASCONCELOS, 2006) .

A não adesão é um impedimento para o alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se em uma fonte de frustração para os profissionais. Cabe enfatizar que essa situação é um problema a ser enfrentado por todos os envolvidos na situação: o paciente hipertenso, sua família, a comunidade, as instituições e as equipes de saúde. Neste sentido vê-se a importância de reunir esforços para aperfeiçoar recursos e estratégias, com participação ativa do hipertenso e manutenção da qualidade de vida, visando a minimizar ou evitar essa problemática tão frequente entre paciente/profissional, para que seja alcançado o comprometimento dos portadores de hipertensão com seu próprio cuidado (MEDEIROS; VIANNA, 2006).

5.1.1 Tratamento não medicamentoso

O tratamento da hipertensão pode ser sem ou com medicamentos. O primeiro é feito por meio do controle do peso, da melhora do padrão alimentar, da redução do consumo do sal, da moderação no consumo de bebidas alcoólicas, da prática regular de exercício físico, da abstenção do tabagismo e do controle do estresse psicoemocional. O segundo, medicamentoso, tem por base o uso de drogas prescritas pelo médico, conforme a gravidade do quadro segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006).

Considerando a importância do tema e o destaque da HAS em termos epidemiológicos, assim como suas consequências sobre o quadro de morbidade-mortalidade cardiovasculares da população, já foram desenvolvidos diversos estudos sobre a adesão ao seu tratamento, demonstrando que a maior parte dos pacientes apresenta seu controle inadequado (LOPES et al, 2008).

➤ Estilo de vida e HAS

Segundo Gianini (2001) a HTA é uma doença crônica e assintomática no início, mas a partir do momento em que é diagnosticada e com o tratamento, o indivíduo e a família passam a vivenciar coisas novas que exigem redefinições e mudanças nos seus hábitos de vida. Levando em consideração que o paciente com HAS não é um ente único o separado do mundo, sua interação com a comunidade, com os

familiares, cônjuge, amigos, e outras pessoas que vivenciaram o mesmo processo da doença, ou que tenham conhecimento da mesma, facilita o seu esclarecimento de dúvidas de sintomas e tratamento (MELEIS et al. 2000). Na atualidade se atribui um papel primordial à família dos pacientes com HAS para mudança de estilos de vida, melhorar e manter comportamentos saudáveis para o controle da doença, o qual deve ser de forma crescente e contínua. O apoio familiar dispensado ao paciente hipertenso está estreitamente relacionado à adesão ao tratamento (DINIZ; TAVARES; RODRIGUES, 2009; TORRES, 2009). A alteração de estilos de vida como o padrão alimentar, a prática diária de exercício físico e a ingestão de medicamentos são objetivos difíceis de alcançar sem colaboração e participação dos familiares. A família pode incentivar a pessoa à mudança de hábitos e transformação do seu modo de viver, o que se constitui como fator relevante para o controle da doença e adesão ao tratamento.

➤ **Dieta**

Segundo Beria (1996), a falta de adesão ao tratamento é mais significativa quando está relacionada ao estilo de vida, no que se refere a hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo, etilismo, entre outros fatores. Estudos desenvolvidos por Ortiz et al. (2011) e Barreto et al. (2014), mostram a baixa adesão ao tratamento não medicamentoso na população em geral e em grupos específicos, tais como os hipertensos e diabéticos, mais sujeitos aos efeitos danosos do sedentarismo e da dieta não adequada. Investigação com hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA em um município paraense verificou que a restrição de consumo de sal é o principal artifício alimentar utilizado para o controle da hipertensão (63,0%), seguido da redução do consumo de gorduras (21,0%) e açúcar e doces (8,0%) (PIATI et al, 2009). Em pesquisa realizada com hipertensos e diabéticos no município de Francisco Morato (SP), foram identificados apenas 33,3% e 42,2% de indivíduos com dieta adequada e parcialmente adequada respectivamente, e somente 25 % realizavam atividade física de forma regular (PAIVA et al., 2006).

➤ **Atividade Física**

A atividade física é um componente fundamental do tratamento não medicamentoso da HAS, mas, de acordo com Santa Helena, Nemes e Eluf-Neto (2010b), há baixa adesão à esta, pois a maioria dos pacientes hipertensos não pratica nenhuma regularmente. Entre os exercícios físicos indicados para a prevenção, tratamento e controle da HAS, a caminhada, segundo Gomez (2010), é a mais utilizada pelos poucos pacientes que entendem os benefícios da atividade física.

➤ **Tabagismo**

Outro fator de risco, o tabagismo, provoca o agravamento de doenças crônicas não transmissíveis tais como a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus. O hábito de fumar prejudica os efeitos de alguns fármacos anti-hipertensivos como os betabloqueadores (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY/EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION, 2007). Segundo Girod et al (2009) nos fumantes o risco de Acidente Vascular Cerebral é duas vezes maior que os que não fumam, e o fato da pessoa ser hipertensa o risco é ainda maior. Neste sentido, é fundamental que os fumantes sejam incentivados ao abandono do hábito de fumar para prevenir o surgimento de doenças graves.

➤ **Adesão à consulta**

Outro dado importante para o presente estudo refere-se às pesquisas que abordaram sobre a não adesão ao tratamento que tomaram como referência dados sobre o comparecimento a consultas programadas. Em estudo realizado na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), na década de 1980, verificou-se que 33,5% dos pacientes compareciam a apenas uma consulta, sendo pior a adesão dos mais jovens do sexo masculino. Após dez anos, havendo um médico fixo para cada paciente, a taxa de abandono reduziu-se para 25%, mas apenas 41% dos pacientes compareceram a quatro consultas previstas (KRASILCIC et al. 1996). Entrevistando 200 pacientes ambulatoriais de baixo nível social, um estudo

desenvolvido em Salvador, BA, verificou que a adesão às consultas foi de 37%, sendo a adesão às consultas e ao tratamento, simultaneamente, de 30,5%, observando-se que 21,5% dos indivíduos estudados não aderiram a nenhum dos dois (LESSA; FONSECA, 1997).

5.1.2 Tratamento medicamentoso

Outro estudo analisou as razões que levavam os pacientes à interrupção do tratamento para hipertensão arterial. Foram entrevistados 401 pacientes em diferentes centros do estado da Bahia e as maiores razões observadas, que levaram à não adesão, foram: a normalização da pressão arterial que induzia à falsa noção de cura, efeitos colaterais da medicação, esquecimento de tomar as medicações, custo das medicações, medo de misturar medicamento e bebidas alcoólicas, desconhecimento da necessidade de continuidade do tratamento, uso de tratamentos alternativos, medo de intoxicação, medo de hipotensão e medo de misturar a medicação anti-hipertensiva com outras drogas (ANDRADE et al. 2002).

Em estudo realizado na Unidade Clínica de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto foram apontadas as principais dificuldades para a boa adesão em idosos hipertensos acompanhados em ambulatório especializado de geriatria. Foi citado o fator econômico, sendo que 60% não ficavam sem comprar a medicação e 33,3% não podiam comprar. Entre os pacientes, 80% referiram não compreender a letra do médico e 40% não compreendiam a receita. Verificou-se completa adesão aos medicamentos anti-hipertensivos em 66,6% dos pacientes e apenas 13,3% de adesão aos outros medicamentos, sendo o ácido acetilsalicílico o medicamento com menor adesão (BASTOS-BARBOSA *et al*, 2005). Neste estudo a pesar das dificuldades relatadas pelos idosos, o índice de adesão foi razoável em relação aos anti-hipertensivos.

No Brasil e no mundo tem realizado estudos que descrevem baixos índices de adesão ao tratamento entre os pacientes hipertensos. Os estudos muitas vezes não são comparáveis, por abordarem diferentes perfis de indivíduos e utilizarem diferentes métodos para identificar a adesão. Nos últimos anos, a adesão terapêutica tornou-se um dos maiores problemas enfrentados na prática médica

pela sua complexidade. Cerca de 40% a 60% dos pacientes não fazem uso da medicação prescrita (HIGGINS; REGAN, 2004). Dados mais atualizados indicam que existe uma estimativa do grau de não adesão mundial aos tratamentos de doenças crônicas não transmissíveis de 25% a 50% (BARRETOS; REINERS; MARCON, 2014).

Traçar estratégias visando melhorar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da HAS devem ser objetivo de todos os profissionais de saúde que atuam na rede pública, privada e de seus gestores, levando em conta que a hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente, com custo social elevado, e que, apesar dos avanços no conhecimento da sua fisiopatogênica e tratamento, continua a manter baixas taxas de adesão e controle, com consequentes repercussões nos altos índices de morbidade e mortalidade cardiovascular relacionadas a ela (MACHADO; KAYANUMA, 2010).

Um aspecto importante a ressaltar, após expor os diferentes fatores que ocasionam a falta de adesão ao tratamento e sobre o processo de trabalho inadequado, refere-se à interdisciplinaridade na saúde, a relação entre os membros da equipe, o NASF e o paciente. De acordo com Feuerweker (2001), os intercâmbios de opiniões e saberes entre os especialistas devem ser constantes, assim como também a integração real entre as áreas que compõem um mesmo projeto. O trabalho interdisciplinar compreende o respeito e a confiança mútuos, identificação dos limites de cada um, divisão de responsabilidades, utilização e aplicação adequada das normas previstas no serviço para garantir a qualidade da assistência, fato que em nossa área esta sendo afetado dado à ausência de uma equipe do NASF que brinde o apoio as atividades desenhadas no posto para melhora da adesão dos pacientes ao tratamento no medicamentoso das doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial sistêmica em nosso caso particular.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso pelos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da ESF Jardim Pérola II acaba por constituir-se um problema prioritário, porque provoca um nível baixo de controle da doença. O presente trabalho visa elaborar um projeto de intervenção para elevar o nível de adesão aos tratamentos e melhorar controle da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Jardim Pérola II, em Governador Valadares.

6.1 Identificação dos principais problemas da ESF Jardim Pérola II

Para a identificação dos problemas da ESF Pérola II usamos o método de estimativa rápida, pois se faz em curto período e sem altos gastos permitindo-nos coletar os dados pertinentes e necessários rapidamente; obter informações que possam refletir as condições e as especificidades locais e envolver a população na realização da estimativa rápida e na identificação de possíveis soluções.

Para a coleta de dados dividimos a equipe em grupos, sendo que cada um dedicou-se a buscar a informação num lugar específico, utilizando-se de registros escritos existentes e fontes secundárias (SIAB, DATASUS, registros históricos do município, estudos realizados por o organismo internacional, etc.); outros instrumentos de coleta de dados foram a observação ativa da área e entrevistas com informantes chave, utilizando roteiro ou questionários curtos. Após a coleta de dados foi realizada uma reunião na ESF com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e com a participação de atores, gestores, técnicos, profissionais e alguns líderes da comunidade. Usou-se a análise dos indicadores de morbidade, de mortalidade e de serviços de recursos. Analisaram-se as respostas das entrevistas e da informação coletada, registraram-se as ideias num quadro, onde ficaram os seguintes problemas:

- Hipertensão Arterial Sistêmica Descontrolada por falta de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.
- Baixas condições socioeconômicas da população.
- Elevado consumo de bebidas alcoólicas.

- Alta incidência de mulheres com corrimento vaginal.
- Demora das consultas com especialidades e exames complementares.

6.2 Priorização do Problema

Para a seleção do problema a ser enfrentado na área de abrangência da ESF Jardim Pérola II, aplicou-se os critérios de tendência, frequência, gravidade, disponibilidade de recursos para a solução, repercussão na população e nível de vulnerabilidade. Depois de selecionados os principais problemas existentes, eles foram classificados em: importante, menos importante e residual e se outorgou um valor a cada problema de zero a oito pontos, obtendo-se a seguinte ordem de prioridade:

Quadro 2: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da ESF Jardim Pérola II, no município de Governador Valadares, MG.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Hipertensão Arterial Sistêmica descontrolada por falta de adesão ao tratamento	Alta	8	Parcial	1
Baixas condições socioeconômicas da população	Alta	6	Parcial	3
Elevado consumo de bebidas alcoólicas.	Alta	6	Parcial	2
Alta incidência de mulheres com corrimento vaginal	Alta	5	Parcial	5
Demora para consultas com especialidades e exames complementares.	Alta	6	Parcial	4

1º) Hipertensão Arterial Sistêmica Descontrolada por falta de adesão ao tratamento.

2º) Elevado consumo de bebidas alcoólicas.

3º) Baixas condições socioeconômicas da população

4º) Demora das consultas com especialidades e exames complementares.

5º) Alta incidência de mulheres com corrimento vaginal

6.3 Descrição do problema priorizado

Para descrição do problema priorizado, a equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe, foram selecionados indicadores da frequência de alguns dos problemas relacionados com risco cardiovascular aumentado que pode nos dar uma ideia indireta da eficácia das ações. Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

De acordo com Silva, Rodrigues e Machado (2011), a HAS pode afetar órgãos importantes como: coração, artérias, cérebro, rins, olhos. Um dos problemas mais sérios relacionados à pressão alta é a arteriosclerose, que pode levar a doenças coronarianas. A combinação de diabetes e pressão alta pode potencializar o risco de doença cardiovascular. Além disso, a combinação de pressão alta e outra doença crônica não transmissível é um importante fator de risco para o desenvolvimento e piora das complicações.

Entre as causas de riscos que provocam esta doença, se relacionam a:

- a) Vida sedentária.
- b) Obesidade
- c) Tabagismo:
- d) Sensibilidade ao sódio.
- e) Nível de potássio baixo.
- f) Alcoolismo.
- g) Estresse.

6.4 Explicação do Problema

Para entender a gênese do problema que se pretende enfrentar é preciso partir da identificação das suas causas. Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas.

Principais causas relacionadas ao paciente:

- Baixa Escolaridade.

- Baixo nível de informação sobre a doença.
- Baixo nível sócio econômico.
- Sedentarismo.
- Resistência para mudança do estilo de vida.
- Traços culturais persistentes.
- Baixa adesão ao tratamento.
- Alcoolismo.
- Dificuldade de seguir as orientações.
- Alimentação inadequada.

Principais causas relacionadas ao processo de trabalho da equipe:

- São realizadas poucas atividades educativas de promoção e prevenção de doenças dirigidas aos portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs).
- A equipe possui pobres relatórios que especifiquem quais os principais fatores causadores e/ou influenciadores das DCNTs.
- Insuficiente conhecimento das complicações das DCNTs como a hipertensão arterial.
- Ausência de Equipe do NASF que apoie as atividades do processo de trabalho da ESF.

Principais causas relacionadas à Doença.

- Dislipidemias.
- Transtornos Renais.
- Cardiopatias.
- Retinopatia Hipertensiva.
- Diabetes Mellitus.
- Outras doenças crônicas não transmissíveis associadas.

Consequências da não adesão ao tratamento

- Dificuldade de controle dos níveis pressóricos
- ↓
- Risco Cardiovascular aumentado
- ↓
- Aumento das complicações da hipertensão: AVC, AIM.
- ↓
- Aumento de internações, invalidez, óbitos.
- ↓
- Aumento da demanda e os gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

6.5 Seleção dos nós críticos

Segundo Campos, Faria e Santos (2014),

“O nó crítico é “um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo” (Campos, Faria, Santos, 2014, p. 65).

Na base do exposto pela literatura a identificação das causas é fundamental, pois, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. Os autores afirmam, ainda, que:

“É necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem dele, as que precisam ser enfrentadas” (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2014, p. 65).

Foram selecionados os seguintes nós críticos:

- Falta de conhecimento sobre a doença.
- Estilo de vida inadequado.
- Processo de trabalho fragmentado.

6.6 Desenhos das operações

Neste passo, foram realizados os desenhos das operações, que estão apresentados nos quadros 3, 4 e 5 abaixo, considerando os seguintes objetivos:

- Descrever as operações para enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos.
- Identificar os resultados esperados e os produtos esperados.
- Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

Quadro 3: Operações sobre a falta de conhecimento sobre a doença relacionado à baixa adesão ao tratamento em pacientes HAS na população da ESF Jardim Pérola II, no município Governador Valadares, MG.

Nó crítico 1	Falta de conhecimento sobre a doença.
Operação	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar materiais educativos sobre a doença. - Construção de material de fácil compreensão para a organização da medicação -Educação sobre a doença a familiares responsabilizados cm pacientes hipertensos. - Elaborar materiais educativos sobre o tratamento não medicamentoso.
Projeto	Conhecer Mais.
Resultados esperados	Aumento do nível de conhecimento sobre a doença assim como sobre os pilares do tratamento medicamentoso e não medicamentoso e possíveis complicações que podem estar associadas à não adesão ao tratamento pelos pacientes e familiares.
Produtos esperados	<p>Pacientes com hipertensão arterial controlada.</p> <p>Ações de promoção e prevenção da doença (Palestras no grupo de HIPERDIA).</p> <p>Material Didático sobre a HAS gratuito para pacientes e familiares.</p>
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe básica da ESF (Médico, Enfermeira, ACS) Farmacêutico
Recursos necessários	<p>Estrutural: Organizar agenda de trabalho da equipe</p> <p>Cognitivo: Informação e conhecimentos Sobre o tema.</p> <p>Político: Mobilização dos gestores em torno das Questões; recursos para estruturar o serviço.</p> <p>Financeiro: recursos necessários para elaboração dos materiais gráficos de educação em saúde.</p>
Ação estratégica de motivação	Realização de palestras na comunidade e posto de saúde. Apresentação de Material audiovisual sobre Hipertensão Arterial nos Grupos de HIPERDIA.
Responsáveis	Médico e Enfermeira da ESF.
Cronograma/ Prazo	Início em dois meses. Término em 06 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	<p>Médico e Enfermagem da ESF.</p> <p>Avaliação mensal em reunião de equipe de saúde.</p> <p>Avaliação pelos pacientes e familiares das atividades desenvolvidas no projeto</p>

A adesão terapêutica do paciente hipertenso ao tratamento significa seguir a terapia indicada exatamente da forma que foi proposta pelos profissionais de saúde ao paciente. Essa adesão ao tratamento anti-hipertensivo compreende o grau de conhecimento do paciente e o comportamento dele diante das recomendações do profissional de saúde perante o regime terapêutico proposto para tratamento da HAS. A educação em saúde é uma das estratégias que pode contribuir para reduzir a alta prevalência de complicações em pessoas com esta doença, educar os pacientes portadores elevando o conhecimento sobre sua doença, controle e auto

cuidado podem ter papel fundamental no incentivo e apoio para assumirem a responsabilidade no controle da sua condição. Portanto, a proposta interventiva “Conhecer Mais” (Quadro 3) tem como objetivo levar os pacientes e familiares a elevar o nível de conhecimento sobre a doença assim motivá-los a cumprir a posologia dos remédios e alcançar valores de pressão arterial dentro das metas preconizadas pelo Ministério de Saúde. Outra ação que está sendo proposta nesse projeto é o compartilhamento das responsabilidades entre a equipe básica de saúde e os familiares dos pacientes hipertensos, realizando junto a estes, seja nos grupos de HIPERDIA, visitas domiciliares, consultas médicas conjuntas, reuniões com a comunidade, etc., discussões do plano terapêutico e atividades educativas sobre a HAS. A mobilização dos familiares foi identificada como recurso crítico, mas com motivação favorável por parte desses atores, o que torna viável este projeto.

Quadro 4: Operações sobre o estilo de vida inadequado e sua relação com a baixa adesão ao tratamento em pacientes HTAS na população da ESF Jardim Pérola II, no município Governador Valadares, MG.

Nó crítico 2	Estilo de Vida Inadequado.
Operação	- Distribuição materiais educativos a pacientes e seus familiares em visitas domiciliar, salão de aulas e consultas médicas. - Realização de atividades educativas com os pacientes e familiares, compartilhar responsabilização sobre mudança de estilo de vida. - Debate e discussão nas escolas da área sobre um estilo de vida saudável.
Projeto	Cuidar melhor
Resultados esperados	Reeducação alimentar para adoção de uma dieta saudável. Valorização da atividade física. Abandono de hábitos tóxicos.
Produtos esperados	Folheto ilustrativo e de fácil linguagem que aborde a importância do tratamento não medicamentoso. Capacitação dos pacientes, e familiares.
Atores sociais/ responsabilidades	ACS (Coordenação de ações). Médico e Enfermagem (executar ações de Educação em Saúde).
Recursos necessários	Estrutural: Organizar agenda de trabalho da equipe Cognitivo: Informação e conhecimentos Sobre o tema. Político: Mobilização do pessoal em torno das Questões; recursos para estruturar o serviço. Financeiro: Recursos necessários para elaboração dos materiais gráficos de educação em saúde. .
Ação estratégica	Realização de Palestras e outras ações educativas em comunidades e posto de saúde sobre nutrição, obesidade, sedentarismo, hábitos tóxicos e saúde mental. Debates sobre estilo de vida saudável com os jovens da área de abrangência. Reprodução de Material audiovisual sobre estilo de vida saudável e Hipertensão Arterial Linha de cuidado para pacientes com Hipertensão Arterial Recursos humanos capacitados. Gestão de linha de cuidado implantada. Solicitação a instâncias superiores de um nutricionista e um profissional de Educação Física para a equipe da ESF.
Responsáveis:	Médico e Enfermeira da ESF e ACS.
Cronograma/ Prazo	Início em quatro meses. Término em 08 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médico e Enfermagem da ESF. Avaliação integral (incluindo medidas antropométricas) dos pacientes e familiares em consultas e visitas programadas bimestrais para verificar as mudanças de hábitos. Avaliação mensal em reunião de equipe de saúde.

Considera-se que a adesão ao tratamento da HAS é fundamental para que o paciente tenha melhor qualidade de vida e menor risco de complicações

cardiovasculares. Em decorrência, entende-se que manter a pressão arterial sistêmica sob controle, constitui-se um indicador do cumprimento das orientações e prescrições recomendadas pelo médico e equipe de saúde seguindo os pilares do tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Uma alimentação saudável, abandono do hábito de fumar, a realização de atividade física regular, são fatores determinantes para se alcançar o controle adequado da HAS além do tratamento medicamentoso. Durante a realização desse estudo, identificou-se que os pacientes hipertensos da ESF Jardim Pérola II não possuem um estilo de vida adequado. Há uma série de fatores que influenciam para que isso aconteça, entre eles, e muito importantes, os fatores culturais e socioeconômicos. Um dos objetivos do projeto é educar os hipertensos em conjunto com o apoio familiar sobre o tipo de mudança que devem buscar, levando em consideração os fatores associados ao paciente (sexo, idade, etnia, fatores culturais, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico) além de fatores relacionados à doença (cronicidade, ausência de sintomas e de complicações). Tendo em vista estes fatores, percebe-se a complexidade do problema da adesão ao tratamento da HAS.

Quadro 5: Operações sobre o Processo de Trabalho da Equipe de Saúde da Família (ESF), relacionado à não adesão ao tratamento em pacientes HAS na população da ESF Jardim Pérola II, no município de Governador Valadares, MG.

Nó crítico 3	Processo de trabalho fragmentado.
Operação	-Orientar e capacitar os membros da equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial. -Organizar a agenda de trabalho. -Solicitar integração de um NASF a equipe.
Projeto	Todos Unidos.
Resultados esperados	Orientação e treinamento da equipe para uma assistência integrada e de qualidade ao paciente. Uma equipe completa de apoio e atenção ao paciente. (Médico, Enfermeiro, ACS, Nutricionista, Profissional de Educação Física, Odontólogo, Farmacêutico)
Produtos esperados	Capacitação dos técnicos de enfermagem e agentes comunitárias de saúde. Recursos Humanos capacitados. Estratégias que possam favorecer a adesão dos pacientes à terapia. Oficinas de Trabalho para discutir e implantar junto à equipe ações de monitoramento dos pacientes hipertensos: visitas domiciliares, consultas de enfermagem e médica e avaliação das entregas de medicamentos. Presença de Consultas de acompanhamento, planejadas e sistêmicas com Nutricionista, e atividades físicas monitoradas por Profissional de Educação Física.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico e Enfermagem (executar ações de Educação em Saúde).
Recursos necessários	Econômico: aquisição de recursos audiovisuais, panfletos e materiais para capacitação. Organizacionais: Reorganização do funcionamento da unidade. Cognitivos: Sensibilização da equipe. Políticos: Apoio e sensibilização dos gestores.
Ação estratégica de motivação	Capacitação dos técnicos de enfermagem e agentes comunitárias de saúde. Estabelecer junto à equipe estratégias que possam favorecer a adesão dos pacientes à terapia. Apresentar o Projeto para a Secretaria de Saúde e a Coordenação da Atenção Básica.
Responsáveis:	Médico e Enfermeiro da ESF e ACS. Coordenação de Atenção Primária. Secretaria Municipal de Saúde.
Cronograma/ Prazo	Início em dois meses. Término em três meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médico e Enfermagem da ESF. Avaliação pelos membros da equipe. Reunião geral com os membros da Coordenação Primária de Saúde.

Muitos fatores de risco para hipertensão são modificáveis, o que torna a hipertensão evitável na maioria dos casos ou com alta probabilidade de controle das pessoas hipertensas e a comunidade em geral devem ser informadas e educadas quanto a esses fatores; é necessário que todos saibam como os fatores

de risco podem desencadear o aumento da pressão para que possam optar conscientemente por uma vida mais saudável. Infelizmente, o número de hipertensos tratados ainda é pequeno diante da dimensão das pessoas com a doença. Nosso trabalho está voltado à necessidade de implementar medidas de atendimento mais eficientes e para um atendimento focado na prevenção das complicações da não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Na ESF Jardim Pérola II, a preparação da equipe é uma tarefa a ser priorizada, e, baseados em que, segundo Araújo e Guimarães (2007) o Ministério da Saúde promove e recomenda ações multiprofissionais na atenção básica, em conformidade com as políticas de promoção e proteção à saúde. Portanto, é nossa responsabilidade a atender estas orientações, para garantir um adequado acompanhamento da população hipertensa. O vínculo existente entre as equipes e as famílias é um importante caminho para gerar a motivação destes pacientes, de forma a melhorar a adesão ao tratamento orientado (BRASIL, 2006). Uma equipe completa bem preparada pode realizar melhores ações voltadas aos grupos, estimular a prática de hábitos que visem à melhoria da qualidade de vida, como redução de peso, dieta hipocalórica, diminuição do consumo de álcool e incremento da atividade física, assim como também pode detectar melhor e resolver mais eficientemente os problemas relacionados aos serviços prestados. Quando se trabalha em equipe, as ideias são enriquecidas, a criatividade aumenta, se trocam experiências e se estimula constantemente à autopreparação; em quanto que o equipe é fragmentado ou incompleto, o trabalho se não se conclui, se alonga, se desumaniza, se faz só uma atenção biológica não integral e biopsicossocial como e nosso objetivo na atenção primária de saúde. A integração entre a equipe e o NASF, volta-se um ponto indispensável no bom desenvolvimento de nosso trabalho na ESF Jardim Pérola II.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de adesão ao tratamento dos pacientes com Hipertensão Arterial na área de abrangência constitui um problema prioritário pela incidência e prevalência desta, provocando um nível baixo do controle da doença, oferecendo alto risco de morbidade e mortalidade cardiovascular, tal como procurei demonstrar ao longo do presente trabalho.

A adesão ao tratamento é uma meta primordial no direcionamento das ações da equipe de saúde. Aprofundar as ações de promoção e prevenção de saúde constitui um desafio para a ESF Jardim Pérola II. Assim, torna-se necessária a realização de estratégias que contribuam para uma melhor qualidade de assistência desses pacientes. Neste estudo, objetivou-se analisar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, quando é fundamental para os pacientes e suas famílias, aprender a conviver com a condição crônica da doença, e elevar a percepção de riscos de complicações.

O presente trabalho constitui-se um momento fundamental no qual os pacientes poderão compartilhar suas experiências pessoais, interagindo e aprendendo uns com os outros. Torna-se importante, portanto, que se trabalhe a Hipertensão Arterial Sistêmica numa perspectiva da saúde e não da doença, para que se motivem mudanças do modo e estilo de vida da população em geral.

A implementação do presente projeto pode estimular igualmente a participação comunitária e constituir-se como parte de uma política pública para a saúde no município de Governador Valadares, ampliado no que for possível para a prevenção, tratamento e controle de outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.41, n.3, p.368-374, jun. 2007.

BACKES M. T. S.; ROSA, L. M.; FERNANDES, G. C. M.; BECKER, S. G.; MEIRELLES, B. H. S.; SANTOS, S. M. A.. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista de Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1): 111-7.

BARBOSA, R. G. B., LIMA, N. K. C.. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**. 2006; 13 (1):35-38.

BARRETO, M. S.; REINERS, A. A. O.; MARCON, S. S.. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. maio-junho. 2014; 22(3):491-8., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00491.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2016.

BASTOS-BARBOSA, R. G. et al. Avaliação da adesão medicamentosa em idosos hipertensos em serviço ambulatorial de geriatria. **Hipertensão**. 2005; 8:30.

BÉRIA, J. U. **Prescrição de medicamentos. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.. Ed. Artmed. 1996, p.54-57.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF, 2006. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB**, 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>>. Acesso em: 28 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica**. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. **VIGITEL BRASIL 2009**. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/77/553a24c01eb80.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2015.

BUSNELLO, R. et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. 2001; 76 (5):349-351.

CALIXTO, A. A. T. F.. **Adesão ao tratamento**: estudo entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado do interior paulista [dissertação de mestrado] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2010. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-16112010-092027/pt-br.php>>. Acesso em: fev. 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A.. **Elaboração do plano de ação**. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON / UFMG, 2010. 118p.

COELHO E. B.; NOBRE, F.. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**. 2006; 13 (1):51-4.

COTRAN & ROBBINS. **Patologia estrutural e funcional**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CUSPIDI, C. et al. Compliance to hypertension guidelines in clinical practice: a multicentre pilot study in Italy. **Journal of Human Hypertension** 2002;16(10):699-703. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12420193>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

DINIZ, M. A.; TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, L. R. – Características sócio-demográficas e de saúde entre idosos com hipertensão arterial. **Revista Ciências Cuidados de Saúde**. 8 (4). Outubro/Dezembro. 2009. p. 607- 614.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY/EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION – Guidelines for the management of arterial hypertension. **Journal of Hypertension**. 25. 2007. p. 1105-1187. Disponível em: <<http://www.seh-lilha.org/pdf/guia2007seh.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

FREITAS, J. G. A; NIELSON, S. E. O.; PORTO, C. C. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. 2015 jan - mar;13(1):75-84. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4782.pdf>>. Acesso em: Jun. 2015.

FUCHS F. C.; GUS, M.; MOREIRA, W. D.. Blood pressure effects of antihypertensive drugs and changes in lifestyle in a Brazilian hypertensive cohort. **Journal of Hypertension**. 1997;15(7):783-92.

FUCHS, S. C.; CASTRO, M. S.; FUCHS, F. C. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise das evidências. **Revista Brasileira de Hipertensão**. 2004; 7(3): 90-93.

GIMENES, H. T.; ZANETTI, M. L.; HAAS, V. J. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Revista Latino americana de Enfermagem**. Vol. 17, n. 1, Ribeirão Preto. Janeiro / Fevereiro. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000100008&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 24 jun. 2016.

GIANINI, M. - **Câncer e gênero: enfrentamento da doença por Horne, R. – Compliance, adherence and concordance**. In: TAYLOR, K.; HARDING, G.. Pharmacy Practice. London: Taylor & Francis. 2001. p. 168-184.

GIROD, A. et al. Women and squamous cells carcinomas of the oral cavity and oropharynx: is there something new? **Journal Oral Maxillofacial Surgery**. 67. 2009. p. 1914-1920.

GIROTTTO, E. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de Saúde da Família, Londrina, PR [dissertação]. Disponível em<<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/96.pdf> >. Acesso em: 25 jun 2016.

GIROTTTO, E; Maffei, S. A; Sarria, M. A.C; Matsuo, T. **Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial**. Ciênc. saúde coletiva vol.18 no.6. Rio de Janeiro jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S1413-81232013000600027>. Acesso em: jan 2016

SILVA, A. G.; RODRIGUES, V. D.; MACHADO, L. F. **Hipertensão arterial: fatores de risco e complicações**. Revista Digital. Buenos Aires, Año 16, N°160, septiembre de 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd160/hipertensao-arterial-fatores-de-risco.htm>> Acesso: Janeiro 2016.

GOMES, R. C. A. **Mudança dos hábitos de vida das pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial**. Universidade Fernando Pessoa. Unidade de Ponte de Lima. 2010.

HIGGINS, N.; REGAN, C. A.. Systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes. **Age and Ageing**. 2004;33(3):224-9.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Consumo alimentar médio per capita (g/dia). Brasil – Censo 2008-2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_analise_consumo/defaulttab_pdf_alimentos.shtm>. Acesso em: 24 fev. 2016.

KEARNEY, P.M. [et al] - **Global burden of hypertension: analysis of worldwide data**. **Lancet**. 365. 2005. p. 217-223.

KRASILCIC S, Matavelli LC, Santello et al. **Liga de Hipertensão: reavaliação de adesão após uma década**. Tema livre, XVIII Congresso Brasileiro de Nefrologia, outubro de 1996, São Paulo.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C.. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Revista Ciências da Saúde Coletiva** 2003; 8(3):775-782. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17457>>. Acesso em: Jan 2015.

LESSA I, Fonseca J. Race. Compliance to treatment and/or consultation and control of arterial hypertension. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. 1997;68(6):443-9.

LLOYD-JONES, Donald; Adams RJ, Brown TM, Carnethon M et al. (Fevereiro 2010). Heart disease and stroke statistics - 2010 update: a report from the American Heart Association_ (inglês). *Circulation* 121 (7):e46-e215. DOI: 10.1161 / CIRCULATIONAHA. 109.192667. PMID 20019324

LOPES, M. C. L.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S.; SOUZA, A. C.; WAIDMAN, M. A. P. O Autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n 1, p. 198-211, 20. 2008 Disponível em: < www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a18.pdf>. Acesso em: Dez 2014.

MACHADO, C, A. KAYANUMA, E. Estratégias para implementar medidas de prevenção primária da hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. 7(2):111-116,2010. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-2/12-estrategias.pdf>>. Acesso em: Nov 2014.

MANO GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta Paul Enferm**. 2005;18(3):269- 75..Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a07v18n3.pdf>> . Acesso: 28 jan 2016.

MEDEIROS, A. R. C.; VIANNA, R. P. T. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade de saúde da família de João Pessoa, Paraíba. **Temas em Saúde**, v. 6, n. 30-41, p. 5-13, 2006. Disponível em: <<http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/dissertacoes2006/dissertacaoamirarose.pdf>>. Acesso em: nov 2014.

MELEIS, A. [et al] - **Experience Transitions: an emerging middle-range theory**. **Nursing Science**. 23(11). 2000.

MENDES, E. V.. As mudanças na atenção à saúde e a gestão da clínica In: MENDES, E. V.. **As redes de atenção à saúde**. 2ª edição, Brasil, Organização Pan Americana da Saúde, 2011.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães, ARAÚJO, Thelma Leite de. Falta de adesão ao tratamento da Hipertensão: Características de uma clientela distinta. **Revista Rene Fortaleza**, v.2, n.2, p. 39-46, jul./dez./2001. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1027/pdf>>. Acesso em: Dez 2014.

ORTIZ, M. et al. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. **Terapia Psicológica**. Vol. 29, n. 1. Santiago. Jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100001>. Acesso: 28 jan 2016

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L.. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. 2006; 22(2):377-385.

PIATI, J.; FELICETTI, C. R.; LOPES, A.C.. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. **Revista Brasileira de Hipertensão**. 2009; 16(2):123-129.

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 2008; 13(Supl. 2): 2299-306. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a34.pdf>>. Acesso em: Nov 2015.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF NETO, J. Fatores associados a não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**. 2010a; 26(12): 2389-98. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/17.pdf>>. Acesso em: Out 2015.

SANTA HELENA, E.T.; NEMES, M.I.B.; ELUF-NETO, J. – **Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de estratégia saúde da família**. Saúde Sociedade São Paulo. 19(3). 2010b. p. 614-626.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010**. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf> Acesso em: Outubro, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. [texto na internet]. São Paulo: 2006. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.pdf>>. Acesso em: Out 2014.

STRELEC M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JUNIOR, D.. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2003; 81(4): 343-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v81n4/17717.pdf>> Acesso em: Nov 2015.

TORRES, I.E.F. – Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. **Avances en Enfermeria**. 27(2). Julio-Dicembre. 2009. p. 25-32.

VIDAL, A. R. C. **Avaliação de Causas da Não Adesão dos Pacientes ao Tratamento de Hipertensão Arterial da Unidade de Saúde da Família Álvaro Bezerra em Formigas – Minas Gerais**, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>> Acesso em: Nov 2014.

VITOR, R. S.; SAKAI, F. K.; CONSONI, P. R. C.. Indicação e adesão de medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão arterial. **Revista AMRIGS**. 2009; 53 (2):117-121.

WHITWORTH, J. A.. International Society of Hypertension Writing Group. (Novembro,2003). 2003 World Health Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. **Journal of Hypertension**. 21 (11): 1983-92. PMID 14597836. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1459836>>. Acesso em: Dez 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Population aging; a public health challenge**. Geneva: WHO; 1998. Disponível em: <http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf>. Acesso em: Dez 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2002**. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf>. Acesso em: Dez 2014.