

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

**LEONARDO MICHEL LOPEZ BATISTA**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O ÍNDICE  
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE SANTA LÚCIA EM  
DIVINÓPOLIS - MINAS GERAIS**

**DIVINÓPOLIS - MINAS GERAIS**

**2016**

**LEONARDO MICHEL LOPEZ BATISTA**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O ÍNDICE  
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE SANTA LÚCIA EM  
DIVINÓPOLIS - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

**DIVINÓPOLIS - MINAS GERAIS**

**2016**

**LEONARDO MICHEL LOPEZ BATISTA**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O ÍNDICE  
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE SANTA LÚCIA EM  
DIVINÓPOLIS - MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, 02 de junho de 2016.

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma das doenças mais prevalentes no mundo necessitando, para seu controle, de tratamento farmacológico e não farmacológico. No Brasil representa um dos principais problemas de saúde pública devido à sua alta prevalência e baixa adesão das pessoas ao tratamento, apesar de seus fatores de risco ser modificáveis. Suas complicações mais frequentes incluem: acidente vascular encefálico, doenças cardiovasculares e insuficiência renal crônica, gerando impactos socioeconômicos. Este estudo tem como objetivo elaborar um plano de intervenção com vistas a melhorar o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações na área de abrangência da equipe de saúde Santa Lúcia em Divinópolis - Minas Gerais. Foram realizados o diagnóstico situacional e uma revisão de literatura sobre o tema para subsidiar a elaboração do projeto de intervenção. A partir da identificação das causas da alta incidência de hipertensão arterial sistêmica não controlada na comunidade, foram planejadas as ações para enfrentar o problema. Espera-se que este projeto de intervenção possa ser implantado e assim ocorra uma redução da incidência da hipertensão arterial sistêmica e suas complicações na área de abrangência da equipe, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida das pessoas.

Palavras chave: Hipertensão Arterial. Fatores de risco. Educação em saúde. Atenção primária à saúde.

## **ABSTRACT**

Hypertension is one of the most prevalent diseases in the world needing to your control, pharmacological treatment and pharmacological not. In Brazil represents one of the major public health problems due to its high prevalence and low adhesion of the people to treatment, although their risk factors are modifiable. Their most frequent complications include: stroke, cardiovascular disease and chronic renal failure, generating socio-economic impacts. This study aims to develop a contingency plan in order to improve the control of Hypertension and its complications in the area of Santa Lúcia health team in Divinópolis - Minas Gerais. Situational diagnosis were made and a review of literature on the topic to subsidize the development of the intervention project. From the identification of the causes of the high incidence of hypertension not controlled in the community, were planned actions to address the problem. It is hoped that this intervention project can be deployed and thus a reduction in the incidence of hypertension and its complications in the area covered by the team, thus contributing to a better quality of life.

Key words: Arterial hypertension. Risk factors. Health education. Primary health care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 População residente por área e faixa etária, Divinópolis, 2010.
- Quadro 2 Distribuição da população no ESF Santa Lúcia, município de Divinópolis, por faixa etária e gênero- 2015.
- Quadro 3 Classificação da pressão arterial, sistólica e diastólica, em indivíduos maiores de 18 anos.
- Quadro 4 Priorização dos problemas segundo levantamento de necessidades realizado na ESF Santa Lúcia, Divinópolis, 2015.
- Quadro 5 Desenho das operações para resolução dos “nós” críticos do problema da elevada prevalência de hipertensos no ESF Santa Lúcia, Divinópolis, 2015.
- Quadro 6 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações para enfrentamento dos “nos” críticos do problema.
- Quadro 7 Proposta de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de ação.
- Quadro 8 Plano operativo para enfrentamento do problema da elevada prevalência de hipertensos da ESF Santa Lúcia, Divinópolis, 2015.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de Saúde
AMVI	Associação dos Municípios da Microrregião do Vale do Itapecerica
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CASMUC	Centro de Atenção à Saúde da Mulher e Criança
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAPA	Monitorização ambulatorial da pressão arterial
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa de Saúde da Família
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIM SAÚDE	Sistema Integrado Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade da Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>1.1</b>	<b>Aspectos gerais do município</b> .....	<b>10</b>
<b>1.2</b>	<b>Sistema local de saúde</b> .....	<b>12</b>
<b>1.3</b>	<b>Diagnóstico situacional de Saúde</b> .....	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b> .....	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>Adesão ao Tratamento</b> .....	<b>21</b>
<b>6</b>	<b>PROJETO DE INTERVENÇÃO</b> .....	<b>25</b>
<b>6.1</b>	<b>Identificação dos problemas</b> .....	<b>25</b>
<b>6.2</b>	<b>Priorização dos Problemas</b> .....	<b>25</b>
<b>6.3</b>	<b>Descrição do Problema</b> .....	<b>26</b>
<b>6.4</b>	<b>Explicação do problema</b> .....	<b>26</b>
<b>6.5</b>	<b>Identificação dos nós críticos</b> .....	<b>26</b>
<b>6.6</b>	<b>Desenho das operações</b> .....	<b>28</b>
<b>6.7</b>	<b>Identificação dos recursos críticos</b> .....	<b>30</b>
<b>6.8</b>	<b>Análise da viabilidade</b> .....	<b>30</b>
<b>6.9</b>	<b>Elaboração do plano operativo</b> .....	<b>32</b>
<b>6.10</b>	<b>Gestão do plano</b> .....	<b>32</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>34</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>35</b>



## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Aspectos gerais do município**

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade de Divinópolis teve sua origem há cerca de duzentos anos como Arraial do Espírito Santo da Itapecerica, sendo fundada pelo Manoel Fernandes Teixeira no dia 25 de março de 1770. Pertenceu à cidade de Itapecerica, antes conhecida como São Bento do Tamanduá até sua emancipação em 1º de Junho de 1912. Embora não existam evidências suficientes sobre como surgiu o arraial do Espírito Santo, informações registradas obtidas pela tradição oral relacionam o início do povoado aos fugitivos da Guerra dos Emboabas (IBGE, 2014).

O município Divinópolis recebeu seu primeiro nome de Distrito de Espírito Santo e com sua emancipação foi renomeado por Vila Henrique Galvão, porém teve novamente seu nome alterado em setembro de 1912 para Vila Divinópolis, ano de sua fundação.

Divinópolis é uma região de terras altas, sendo 15% de terrenos montanhosos, 53% de campos e 32% de áreas planas. Localiza-se a 106 km da capital Belo Horizonte na região Centro-Oeste de Minas. Limita-se ao norte com Nova Serrana, ao noroeste com Perdígão, a oeste com Santo Antônio do Monte, a sudoeste com São Sebastião do Oeste, ao sul com Cláudio e a leste com Carmo do Cajuru e São Gonçalo do Pará (IBGE, 2014).

Possui uma área aproximada de 708 km<sup>2</sup>, equivalente a 0,12% da área do Estado. Em extensão territorial, a área urbana possui 192 km<sup>2</sup>. Sua altitude máxima é de 1.106 na Serra dos Caetanos e mínima de 670 m na Foz do Morro Grande. Apresenta clima quente e semiúmido com umidade relativa do ar em média de 72%, temperatura no inverno de 18,5°C, no verão de 29°C e temperatura média nas outras estações de 23,8°C. O Índice Médio Pluviométrico Anual é de 1.200 a 1.700 mm (IBGE, 2014).

Sua população, segundo o último censo realizado em 2010, era de 217.404 habitantes, sendo que a população estimada para 2015 é de 230.848 habitantes (IBGE, 2014).

O município é sede da Administração Regional do Alto São Francisco e da Associação dos Municípios da Microrregião do Vale do Itapeçerica (AMVI). Está inserido, de acordo com dados do IBGE (2014) e da SEPLAN-MG, nas seguintes regiões político-administrativas: Mesorregião Geográfica: Oeste de Minas, Região Geográfica: Sudeste, Região de Planejamento: Metalúrgica e Campo das Vertentes, Macrorregião de Planejamento: Centro-Oeste de Minas, Região Administrativa: Região Administrativa do Alto São Francisco.

Em se tratando de Regionalização da Assistência Divinópolis é referenciada como sede da Regional de Saúde, da Microrregião de Saúde (Divinópolis/Santo Antônio do Monte) e da Macrorregional de Saúde Oeste.

Divinópolis tem como principais fontes de renda a indústria de confecções, a metalurgia e a siderurgia. A maior atração da cidade é o turismo de negócios que atrai milhares de compradores do setor vestuário. A “Princesinha do Oeste”, como é carinhosamente chamada, é reconhecida como cidade universitária, com grandes festas e eventos durante o ano; “é sinônimo de trabalho, cultura, educação, progresso e oportunidades” (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINOPOLIS, 2015, sp.).

Quadro 1 - População residente por área e faixa etária, Divinópolis, 2010.

Grupo de idade	Masculino	Feminino	Total
- 1 ano	1347	1270	2617
0-4	5095	5115	10210
5-9	7136	6898	14034
10-14	8523	8256	16779
15-19	8970	8809	17779
20-24	9892	9615	19507
25-39	26989	27881	54870
40-59	27084	29906	56990
60 e mais	10754	13864	24618
Total	105790	111614	217404

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINOPOLIS (2015).

## **1.2 Sistema Local de Saúde**

A Prefeitura Municipal de Divinópolis juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e o Ministério Público elaboraram um projeto denominado Sistema Integrado Municipal de Saúde (SIM SAÚDE). Este propõe o redesenho do sistema atual com foco na reorganização da Atenção Primária, através do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. A meta final para 2016 é a cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em 100%.

Sistema de Referência e Contrarreferência: se faz através de ficha de referência e contrarreferência dos pacientes encaminhados a especialidades.

Redes de Média e Alta Complexidade: Diretoria de Saúde Mental: Rede de Atenção Psicossocial, Diretoria de Urgência e Emergência: Rede de Urgência e Emergência (UPA/Hospital).

Diretoria de Regulação em Saúde: Rede de Atenção de Assistência Odontológica, Rede de Atenção em Reabilitação Física, Rede de Serviços Especializados de Reabilitação em Deficiência Intelectual (SERDI-PIPA), Programa de Intervenção Precoce e Avançado e Rede de Atenção Materno-Infantil.

Rede de Alta Complexidade em: Oncologia, Nefrologia, Cardiologia, Oftalmologia, Neurologia e Neurocirurgia.

### **Unidade de Saúde da Família Santa Lúcia**

A Unidade de Saúde da Família Santa Lucia localiza-se na área urbana periférica, região sudeste distante, Rua Altino de Oliveira Campos, s/n, bairro Padre Eustaquio. A equipe de saúde da unidade é composta por um médico do Programa Mais Médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma técnica de farmácia, três agentes comunitários de saúde, uma cirurgiã dentista e uma técnica em saúde bucal.

A área de abrangência está delimitada e possui 1.036 famílias, sendo 3.280 moradores, de acordo com dados obtidos do cadastramento básico.

Quadro 2 - Distribuição da população no ESF Santa Lúcia, município de Divinópolis, por faixa etária e gênero- 2015.

Faixa etária (anos)	Gênero masculino	Gênero feminino	Total
0-1	28	30	58
1-4	96	112	208
5-9	152	157	309
10-14	131	144	275
15-19	126	144	270
20-29	252	274	526
30-39	358	348	706
40-49	191	243	434
50-59	109	119	228
60-69	53	83	136
70-79	32	37	69
+ 80	25	36	61
	1553	1727	3280

Fonte: ESF Santa Lúcia 2015

A comunidade conta com serviços de luz elétrica, água encanada, telefonia fixa e móvel. Na área existem duas creches, uma escola estadual e quatro igrejas. As atividades econômicas mais comuns na população estão relacionadas ao comércio e às confecções de roupas.

As principais causas de morte estão relacionadas a: aparelho circulatório (cardiopatia isquemia, acidente vascular encefálico), ao aparelho respiratório (doença pulmonar obstrutiva crônica), tumores, endócrinas, nutricionais e metabólicas.

As atividades realizadas pela equipe de saúde são: cadastramento atualizado e identificação de indivíduos e famílias expostos a riscos e orientação do uso adequado dos serviços de saúde; atendimento familiar, individual e por grupos priorizados, acolhimento, atenção a grupos especiais, atenção pré-natal, saúde da criança, saúde da mulher, Hipertensão, atenção a idosos, além da demanda espontânea. São desenvolvidas também atividades de vigilância ambiental, consultas especializadas e exames complementares, demanda de atividade do Núcleo de Apoio da Saúde de Família (NASF), exames preventivos para controle de câncer de colo de útero e mama.

Dá-se ênfase na prevenção sem descuidar do atendimento curativo, procurando

estabelecer uma informação contínua da equipe e em sua vinculação com a comunidade.

### **1.3 Diagnóstico Situacional de Saúde**

O planejamento é um mediador entre o conhecimento e a ação. Portanto, é necessário conhecer o território onde se atua, seus problemas de saúde, mais importantes, bem como suas causas e consequências (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Ainda segundo Campos, Faria e Santos (2010, p.37), um dos desafios ao se planejar as ações em saúde está relacionado à capacidade da equipe em “identificar, descrever e explicar os principais problemas de saúde num determinado território, buscando definir prioridades quanto às soluções para reduzir esses problemas e elaborando um plano de ação baseado nessas prioridades”.

Considerando a escassez de tempo dos profissionais e de recursos financeiros para se coletar as informações que direcionam a elaboração de um plano de ação, o método de Estimativa Rápida possibilita, em curto tempo e com custo mínimo, avaliar os aspectos qualitativos e quantitativos dos problemas de saúde de um determinado território. Este método permite que a equipe de saúde “examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e fazendo observações sobre as condições da vida da comunidade que se quer conhecer” defina o diagnóstico de saúde de seu território de abrangência, estabelecendo os principais problemas de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.37).

Um problema de saúde é algo que exige, ou pode exigir uma ação do profissional de vezes, constituem problemas a ser resolvidos pelos profissionais, sendo importante analisar as suas causas, entretanto não é fácil o diagnóstico precoce em nossa comunidade.

Na Estratégia Saúde da Família Santa Lúcia, as equipes de saúde estão incompletas, apesar disso fizemos ações de saúde. Fizemos um levantamento sobre as doenças que levam os pacientes a consultar com mais frequência e sobre os principais problemas que afetam a população da área de abrangência utilizando o método de estimativa rápida. Sem ter uma visão muito profunda dos problemas,

conseguimos identificar os principais problemas de saúde da comunidade, como: alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica, alta prevalência de Diabetes Mellitus, alta incidência de Dislipidemias, de Doenças Respiratórias, alto consumo de álcool e de outras drogas, elevado consumo de ansiolíticos e antidepressivos, hábitos higiênicos e dietéticos inadequados.

O problema de saúde definido para elaboração desse projeto de intervenção foi a alta prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica é considerada como principal fator de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares, atingindo altas taxas de prevalência em todo o mundo. Segundo Nakamoto (2012), levantamentos realizados no Brasil e em outros países mostram que a morbidade e mortalidade das doenças do aparelho circulatório ocupam primeiro lugar, o que reflete no aumento das internações hospitalares e nos custos com a saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, ela é responsável por pelo menos 40 % das mortes por AVC e 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença muito frequente na população, constituindo-se um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo conhecida como a mais frequente das doenças cardiovasculares. “É também o principal fator de risco para complicações mais comuns como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal” (BRASIL, 2006, p.7).

A equipe de saúde definiu a alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica como o problema prioritário, sendo uma das causas mais frequentes nas consultas médicas.

Este trabalho se justifica pelo alto número de pacientes hipertensos existentes na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Santa Lúcia. A equipe de saúde, após a análise do diagnóstico situacional e a priorização do problema, considerou que os recursos humanos e materiais disponíveis são suficientes desenvolver um Projeto de Intervenção. A finalidade deste é reduzir o índice de HAS e suas consequências, uma vez que este problema afeta grande número da população da área adscrita, e assim contribuir para uma qualidade de vida das pessoas.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de intervenção com vistas a melhorar o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações na área de abrangência da equipe de saúde Santa Lúcia em Divinópolis - Minas Gerais.



## METODOLOGIA

Os procedimentos metodológicos para a construção deste trabalho aconteceram em três etapas:

- Diagnóstico situacional, com a colaboração da equipe de saúde da família (ESF) Santa Lucia;
- Revisão narrativa da literatura sobre o tema.
- Elaboração do projeto de intervenção.

O diagnóstico situacional contou com a colaboração da equipe e possibilitou identificar os principais problemas da área de abrangência.

A revisão narrativa constitui basicamente da análise de publicações pesquisadas, onde o autor faz uma interpretação e uma análise crítica sobre a temática específica (ROTHER, 2011). Este tipo de revisão é recomendado para elaboração de projetos de intervenção “pelas características de menor complexidade” e “pelo tempo disponível para conclusão da publicação” (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013, p.39).

A busca da literatura sobre o tema foi realizada nos *sites*: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), da Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e na biblioteca virtual da plataforma do programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON).

Para a busca da literatura foram utilizados os descritores: Hipertensão Arterial, Fatores de risco, Educação em saúde.

A elaboração do projeto de intervenção seguiu os passos do Planejamento Estratégico em Saúde (PES), segundo Campos, Faria e Santos (2010):

1. Definição dos problemas
2. Priorização de problemas
3. Descrição do problema selecionado

4. Explicação do problema
5. Seleção dos “nós críticos”
6. Desenho das operações
7. Identificação dos recursos críticos
8. Análise de viabilidade do plano
9. Elaboração do plano operativo
10. Gestão do plano

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica é uma das doenças mais prevalentes na população mundial, sendo que, no Brasil, afeta de 22,3 a 43,9% da população adulta. Segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2011), a prevalência média de HAS autorreferida na população brasileira acima de 18 anos, é de 22,7%, sendo que no sexo feminino (25,4%) essa prevalência é maior do que no sexo masculino (19,5%).

Por ser assintomática, na maioria dos casos, torna-se ainda mais grave, por se constituir um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, é responsável por 54% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração no mundo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é uma doença de origem multifatorial, “caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ( $PA \geq 140 \times 90 \text{ mmHg}$ )” e está associada à presença de diversos fatores de risco, como hereditariedade, sedentarismo, tabagismo, etilismo, ingestão elevada de sal e obesidade (BRASIL, 2013, p.19).

Quadro 3 - Classificação da pressão arterial, sistólica e diastólica, em indivíduos maiores de 18 anos.

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130 - 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	$\geq 180$	$\geq 110$
Hipertensão sistólica isolada	$\geq 140$	<90

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010)

O tratamento da HAS, envolvendo a utilização correta dos medicamentos, associado às mudanças de hábitos de vida, contribui efetivamente para o sucesso do

tratamento e a redução de eventos cardiovasculares fatais. As mudanças nos hábitos de vida, como o controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis com redução do consumo de sal e gordura, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e prática de atividade física regular, são indicadas para todos os hipertensos, independente do tratamento medicamentoso estar instituído. Em indivíduos com pré-hipertensão ou hipertensão leve, sem fatores de risco, realizar mudanças no estilo de vida é o suficiente para controlar a pressão arterial (PA) e evitar ou adiar a manifestação de comorbidades. Em contrapartida, na presença de fatores de risco e na hipertensão grave é necessário o tratamento medicamentoso (BRASIL, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

## **5.2 Adesão ao Tratamento**

O conceito de adesão ao tratamento varia bastante entre os autores, mas pode ser entendido como a “utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento” (LEITE; VASCONCELLOS, 2003, p.777). Um conceito mais complexo aborda o tema relacionando-o com uma escolha livre das pessoas de adotarem ou não certa recomendação, refere-se ao entendimento do papel do paciente como sujeito ativo, que participa e assume responsabilidades sobre seu tratamento (FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015).

Para Freitas, Nielson e Porto (2015, p.76), citando Rezende (2011), “adesão é o comportamento de um paciente diante das recomendações médicas ou de outros profissionais de saúde quanto ao uso de medicamentos, adoção de dietas ou mudanças do estilo de vida”.

Weber, Oliveira e Cole (2014, 120), em trabalho realizado sobre a adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde, concluíram que a adesão ao tratamento é um processo complexo, “pois não depende somente da orientação do profissional e do fornecimento apropriado dos medicamentos, mas também do correto

entendimento por parte do usuário e de seu engajamento com a terapia proposta”. Uma das causas da não adesão é que muitas vezes o tratamento medicamentoso não está associado do tratamento não medicamentoso.

Portanto, torna-se importante conhecer as causas de não adesão “para que os profissionais de saúde possam conscientizar os pacientes sobre a necessidade do seguimento correto da terapia prescrita, condição necessária para obtenção do benefício esperado” (FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015, p.77).

Percebe-se que há a necessidade de traçar estratégias para aumentar adesão do paciente ao tratamento. Estas estratégias, segundo Weber, Oliveira e Cole (2014), devem ser planejadas coletivamente e individualmente, a partir das potencialidades e limitações de cada usuário e do contexto sociocultural em que está inserido.

A adoção de estilo de vida e hábitos saudáveis faz-se necessária, pois a maioria das pessoas hipertensas é sedentária, não praticando atividades físicas; são obesas ou se encontram acima do peso ideal (WEBER; OLIVEIRA; COLE, 2014).

A hipertensão arterial é uma doença multifatorial, não existindo uma causa bem determinada. Na sua origem, têm importância os aspectos genéticos e ambientais, uma vez que a complexa interação entre ambos de forma adversa pode determinar a elevação pressórica. O ambiente exerce aspectos determinantes que contribuem para os fatores de risco da hipertensão (PÓVOA, 2014, p.61).

A ingestão de sal provoca resposta na PA e o grau dessa resposta “varia consideravelmente de indivíduo para indivíduo e no mesmo indivíduo testado em diferentes momentos”, sendo que a sensibilidade da pessoa ao sal aumenta à medida que a pessoa envelhece (OBARZANEK *et al.*, 2003 *apud* BOMBIG; FRANCISCO; MACHADO, 2014, p.64).

O relatório “Estatísticas Mundiais de Saúde 2012”, da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) afirma que morrem 2,8 milhões de pessoas por ano em consequência da obesidade.

Baseado em dados de 194 países, o departamento de estatísticas sanitárias e sistemas da informação da OMS afirma que, em todas as regiões do mundo, a obesidade duplicou entre 1980 e 2008. Os dados divulgados alertam, em síntese, para o aumento das doenças

não contagiosas ligadas à obesidade: diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, as quais representam dois terços das mortes do mundo (BURGOS *et al.*, 2014, p.68).

Como foi dito anteriormente, a hipertensão arterial é o principal fator de risco para a morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. O sedentarismo é um dos fatores que contribuem para a elevação da pressão arterial, como também está associado a outras condições que agravam a situação hipertensiva, entre elas, diabete, obesidade, dislipidemia e síndrome metabólica (BRASIL, 2013).

Diversos estudos populacionais têm mostrado haver uma relação entre álcool e HAS, entretanto as evidências observadas não confirmam que a ingestão dessa substância em indivíduos hipertensos de fato represente risco cardiovascular. “O principal desafio é a quantificação do nível de hipertensão em relação aos padrões de consumo do etanol, bem como a análise de resultados em populações com diferentes padrões de consumo” (SOUZA, 2014, p.83).

A hipertensão arterial sistêmica é uma das doenças mais prevalentes no mundo necessitando, para seu controle, de tratamento farmacológico e não farmacológico.

Souza e Yamaguchi (2015, p.119) ressaltam a necessidade de se conhecer os fatores de adesão e não adesão das pessoas ao tratamento anti-hipertensivo, pois esse conhecimento “contribui para novas estratégias no campo de promoção da saúde e para uma avaliação precisa e integral sobre este paciente, não apenas da adesão, mas dos fatores que influênciam a não adesão dos idosos a terapia anti-hipertensiva”.

O adequado conhecimento dos pacientes sobre a HAS e seu tratamento é um fator fundamental para a adesão aos medicamentos prescritos e incorporação de hábitos e estilo de vida saudáveis, ou seja, o nível de conhecimento sobre a terapia farmacológica e não farmacológica interfere diretamente no controle da pressão arterial (PA) (CHAVES *et al.*, 2006; MOREIRA *et al.*, 2008; LUSTOSA; ALCAIRES; COSTA, 2011).

O Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

(HIPERDIA) recomenda ações multidisciplinares, enfocando a educação e orientação do cliente (LIMA *et al.*, 2011).

Diante do exposto, as intervenções de educação em saúde são muito importantes para o controle da pressão arterial e adesão ao tratamento e sua prática deve ser incentivada e fazer parte do planejamento das ações de saúde pelas equipes de saúde (WEBER; OLIVEIRA; COLE, 2014).

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Identificação dos problemas

Por meio do diagnóstico situacional a ESF Santa Lúcia identificou em seu território os principais problemas de saúde da comunidade:

- Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Alta prevalência de Diabetes Mellitus.
- Alta incidência de Dislipidemias.
- Maus hábitos higiênicos - dietéticos.
- Alto consumo de álcool
- Elevado consumo de ansiolíticos e antidepressivos
- Alta incidência de Doenças Respiratórias.
- Uso de multidrogas

### 6.2 Priorização dos Problemas

Uma vez que os problemas foram levantados na etapa anterior, foi necessário priorizá-los, conforme o quadro 4, abaixo:

Quadro 4 - Priorização dos problemas segundo levantamento de necessidades realizado na ESF Santa Lúcia, Divinópolis, 2015.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de HAS	Alta	9	Parcial	1
Alta prevalência de Diabetes Mellitus.	Alta	9	Parcial	2
Alta incidência de Dislipidemias	Alta	8	Parcial	3
Maus hábitos dietéticos e de estilo de vida	Alta	7	Parcial	4
Alto consumo de álcool	Meia	5	Parcial	5
Alto consumo de ansiolíticos e antidepressivos.	Meia	5	Parcial	5
Alta incidência de Doenças Respiratórias.	Meia	5	Parcial	5
Uso de multidrogas	Meia	4	Parcial	6



### 6.3 Descrição do Problema

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006, p.36).

Segundo Passos, Assis e Barreto (2006), as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos brasileiros com causas conhecidas, ocupando um grande número de leitos hospitalares, principalmente por pessoas com idade acima de 40 anos.

### 6.4 Explicação do problema

As principais causas da alta prevalência da hipertensão arterial sistólica estão relacionadas com: educação insuficiente sobre a HAS, estilo de vida e hábitos inadequados, abandono de tratamento, estrutura dos serviços de saúde, processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema, entre outras.

### 6.5 Identificação dos nós críticos

“Nó crítico” é um tipo de causa que, ao ser combatido, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Traz também a ideia de algo sobre o qual se pode intervir, ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade do interventor (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Depois desta análise identificamos como principais "nós críticos" do problema:

1. Educação insuficiente sobre a hipertensão arterial. Muitos pacientes não fazem uso seguro das medidas terapêuticas por falta de conhecimento, portanto é um “nó” crítico que necessita ser trabalhado pela equipe de saúde

por meio de ações educativas e orientações. Na realidade brasileira, algumas ações de controle da hipertensão arterial são desenvolvidas na atenção básica à saúde, destacando-se as ações desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, trabalhando a educação em saúde com foco na promoção, proteção à saúde e assistência numa abordagem multiprofissional (CHAVES *et al.*, 2006).

2. Inadequados hábitos e estilo de vida. Hábitos e estilo de vida podem ser modificados como, alimentação rica em sal e gorduras, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, entre outros. Para que essas mudanças ocorram é necessária a conscientização do paciente sobre as suas próprias necessidades e como é possível mudar os hábitos e estilo de vida. “A percepção do indivíduo sobre um problema a ser enfrentado, em seu ritmo natural, é um fator importante que influencia na reação para a busca de melhorias” (SILVA; SOUZA, 2004, sp.).
3. Abandono de tratamento. As principais razões para a não aderência ao tratamento estão relacionadas a causas multifatoriais, envolvendo desde a falta de orientação adequada dos profissionais até aspectos culturais e socioeconômicos.
4. Estrutura dos serviços de Saúde. Relacionados com a estrutura dos serviços estão: pouco tempo para avaliar as necessidades do paciente devido a alta demanda espontânea, falta de agilidade no agendamento das consultas, acesso restrito aos medicamentos prescritos e exames laboratoriais.
5. Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema. Alguns membros da equipe não se encontram capacitados para enfrentar o problema; ainda se utiliza um modelo tradicional para se abordar o problema.

## **6.6 Desenho das operações**

Após a explicação e identificação das causas consideradas mais importantes, é necessário elaborar soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração de um plano de ação. Assim, conforme mostra o quadro 5, foram descritas as operações para o enfrentamento dos “nós críticos” e identificados os produtos e resultados para cada operação definida e os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 5 - Desenho das operações para resolução dos “nós” críticos do problema da elevada prevalência de hipertensos no ESF Santa Lúcia, Divinópolis, 2015.

Desenho de operações para os “nós” críticos do problema: Alta prevalência de Hipertensão Arterial.				
Nos críticos	Operações/projetos	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Educação insuficiente sobre a Hipertensão Arterial.	<b>Saber +</b> Aumentar o nível de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial.	População com mais conhecimento sobre Hipertensão Arterial.	Avaliação do nível de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial; campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: organização da agenda; Político: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Abandono do tratamento	<b>Tratamento correto</b> Aumentar o nível de informação da população sobre a importância da continuidade do tratamento na HAS.	População mais informada sobre a importância da continuidade do tratamento na HAS.	Avaliação do nível de informação da população sobre a importância da continuidade do tratamento na HAS; campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: organização da agenda; Político: articulação Intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Hábitos e estilos de vida inadequados.	<b>+Saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vida inadequados.	Diminuir o número de tabaquistas, obesos; aumentar a prática esportiva.	Programa de caminhadas; campanha educativa na rádio local; capacitação dos ACS.	Organizacional: para caminhadas; Cognitivo: informação de estratégias; Político: conseguir local, mobilização social, articulação intersetorial com a rede; Financeiros: para recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Estrutura dos serviços de saúde.	<b>Cuidar Melhor</b> Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento de pacientes com HAS.	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 80% dos Hipertensos.	Capacitação de pessoal; contratação de compra de exames e consultas especializadas; compra de medicamentos.	Políticos: decisão de recursos para estruturar o serviço; Financeiros: aumento de oferta de exames; Cognitivo: elaboração adequada.
Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema.	<b>Linha de Cuidado.</b> Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção a pacientes Hipertensos. Capacitar a equipe para as ações educativas.	Cobertura de 80% da população acima dos 15 anos.	Linha de cuidado para atenção a Hipertensos; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado.	Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional: adequação de fluxos.

## 6.7 Identificação dos recursos críticos

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano

Quadro 6 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações para enfrentamento dos “nos” críticos do problema.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Saber +	Político: articulação intersetorial.
+ Saúde	Político: conseguir o espaço na rádio local; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Tratamento correto	Político: articulação intersetorial; Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (medicamentos e equipamentos).
Cuidar Melhor	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).
Linha de Cuidado	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

## 6.8 Análise da Viabilidade

Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais recursos cada um desses atores controla; qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano. E então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou motivar o ator que controla os recursos críticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O quadro 7 descreve as ações necessárias para a execução do plano operativo, os atores responsáveis e ações estratégicas para o enfrentamento do problema de elevada prevalência de hipertensos da ESF Santa Lúcia, Divinópolis, 2015.

Quadro 7 - Proposta de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de ação

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<b>Saber +</b> Aumentar o nível de conhecimento da população sobre hipertensão arterial sistêmica.	Político: articulação intersectorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Setor de comunicação social; Secretaria de Educação Secretário de Saúde	Favorável  Favorável  Favorável	Não é necessária
<b>+Saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vida inadequados.	Político: articulação com a Secretaria de Educação e líderes da comunidade. NASF	Secretaria de Educação	Favorável	Não é necessária
<b>Tratamento correto</b> Aumentar o nível de informação da população sobre a importância da continuidade do tratamento da HAS.	Político: articulação com a Secretaria de Educação e líderes da comunidade. NASF	Secretaria de Educação e de Saúde	Favorável	Não é necessária
<b>Linha de Cuidado.</b> Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção a pacientes Hipertensos. Capacitar a equipe para as ações educativas.	Político: articulação entre os setores assistenciais da saúde.	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	Não é necessária
<b>Cuidar Melhor</b> Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento de pacientes com HAS.	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros: recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas).	Prefeito Municipal Secretário de Saúde Secretário Municipal de Saúde Fundo Nacional de Saúde	Favorável Favorável  Indiferente	Apresentar projeto de estruturação da rede.

### **6.9 Elaboração do plano operativo**

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O plano operativo para enfrentamento do problema da elevada prevalência de hipertensos da ESF Santa Lúcia está visualizado no quadro 8.

### **6.10 Gestão do plano**

Os objetivos, resultados e impactos definidos serão acompanhados e orientados para permitir uma resposta satisfatória, utilizando os recursos disponíveis de maneira racional, evitando o fracasso e o gasto desnecessário.

Quadro 8 - Plano operativo para enfrentamento do problema da elevada prevalência de hipertensos da ESF Santa Lúcia, Divinópolis, 2015.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<b>Saber +</b> Aumentar o nível de conhecimento da população sobre hipertensão arterial sistêmica.	População com mais conhecimento sobre Hipertensão Arterial.	Avaliação do nível de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial; campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS.	Palestras e atividades em grupo com os pacientes e a comunidade	Equipe Básica de Saúde.	Três meses para o início das atividades.
<b>Tratamento correto</b> Aumentar o nível de informação da população sobre a importância da continuidade do tratamento na HAS.	População mais informada sobre a importância da continuidade do tratamento na HAS.	Avaliação do nível de informação da população sobre a importância da continuidade do tratamento na HAS; campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS.	Palestras e atividades em grupo com os pacientes e a comunidade	Equipe Básica de Saúde.	Início em quatro meses e término em seis Meses; Avaliações a cada semestre; Início em dois meses e término em 3 meses
<b>+Saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir o número de tabaquistas, obesos; aumentar a prática esportiva.	Programa de caminhadas; campanha educativa na rádio local; capacitação dos ACS.	Palestras e atividades em grupos com os pacientes e familiares	Equipe Básica de Saúde. NASF	
<b>Cuidar Melhor</b> Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento de pacientes com HAS.	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 80% dos Hipertensos.	Capacitação de pessoal; contratação de compra de exames e consultas especializadas; compra de medicamentos.	Apresentar o projeto de estruturação da rede	Secretaria de Saúde Municipal.	Quatro meses para apresentação do projeto e oito meses para aprovação e liberação dos recursos; Quatro meses para compra dos equipamentos; Início: quatro meses finalização: oito meses.
<b>Linha de Cuidado.</b> Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção a pacientes Hipertensos. Capacitar a equipe para as ações educativas.	Cobertura de 80% da população acima dos 15 anos.	Linha de cuidado para atenção a Hipertensos; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado.	Grupos de trabalho com os profissionais de saúde	Equipe Básica de Saúde. Secretaria de Saúde Municipal.	Início em três meses e finalização em 12 meses.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A estratégia saúde da família veio para reorganizar o processo de atenção primária a saúde, onde equipes compostas por médicos, enfermeiros, dentistas e outros profissionais de nível médio atendem as necessidades de saúde de uma área adscrita. Para isso, é importante que a equipe de saúde esteja capacitada para identificar os problemas de saúde da população e planejar as suas ações.

Quanto à redução da pressão arterial, é fundamental que a pessoa com HAS, sua família e comunidade sejam sensibilizadas quanto à doença em si, o que favorecerá as mudanças nos hábitos e estilo de vida não saudáveis e a adesão à proposta terapêutica, uma vez que não basta apenas o tratamento medicamentoso.

Espera-se que este projeto de intervenção possa ser implantado e assim ocorra uma redução na incidência da hipertensão arterial sistêmica e suas complicações na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Santa Lúcia, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida das pessoas.



## REFERÊNCIAS

BOMBIG, M. T. N.; FRANCISCO, Y. A.; MACHADO, C. A.. A importância do sal na origem da hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.21, n.2, p.63-67, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR\\_2011.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BURGOS, P. F. M.; COSTA, W.; BOMBIG, M. T. N.; BIANCO, H. T.. Obesidade como fator de risco para a hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.21, n.2, p.68-74, 2014.

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p.

CHAVES, E. S.; LÚCIO, I. M. L.; ARAÚJO, T. L.; DAMASCENO, M. M. C.. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. **Rev. bras. enferm.**, v. 59, n. 4, p. 543-547, 2006 .

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S .L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2013. 140p.

FREITAS, J. G. A.; NIELSON, S. E. O.; PORTO, C. C.. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Soc Bras Clin Med.**, v.13, n.1, p.75-84, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Minas Gerais**. 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=312230&search=|divi nopolis>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C.. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.8, n.3, p.775-82, 2003.

LIMA, L. M. *et al.*. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre , v. 32, n. 2, p. 323-329, June 2011

LUSTOSA, M. A.; ALCAIRES, J.; COSTA, J. C. da. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. **Rev. SBPH**, v.14, n. 2, p. 27-49, 2011.

MOREIRA, L. B. *et al.*. Conhecimento sobre o tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.44, n. 2, p.315-325, 2008.

NAKAMOTO, A. Y. K. Como diagnosticar e tratar a hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**, v.69, n.4, p. p 78-86, 2012.

OBARZANEK, E.; PROSCHAN, M. A.; VOLLMER, W. M. *et al.* Individual blood pressure responses to changes in salt intake: results from the DASH-Sodium trial. **Hypertension**, v.42, n.4, p.459-67, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estatísticas da Saúde Mundial 2012**. Genova: OMS; 2012. 119p.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M.. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.15, n.1, p.35-45, 2006.

PÓVOA, R.. Editorial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.21, n.2, p.61, 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINOPOLIS. **Cidade de Divinópolis**. 2015. Disponível em: <[www.divinopolis.mg.gov.br](http://www.divinopolis.mg.gov.br)> Acesso em: 27 jan. 2016.

REZENDE, J. M.. **Linguagem Médica**. São Paulo: Velpes, 2011.

ROTHER, E. T. Pesquisa Sistemática x pesquisa narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.2, abr./jun. 2007.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. de. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, suppl.1, p.51, 2010.

SOUZA, A. O.; YAMAGUCHI, M. U.. Adesão e não adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo. **Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. edição especial, p.113-122, 2015.

SOUZA, D. S. M.. Álcool e hipertensão. Aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e clínicos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.21, n.2, p.83-86, 2014.

WEBER, D.; OLIVEIRA, K. R.; COLE, C. F.. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.21, n.2, p.114-121, 2014.