

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

YELENY TORRES JIMÉNEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PROMOVER A ADESÃO DE
PACIENTES AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
NO MUNICÍPIO DE CÓRREGO DANTA- MINAS GERAIS**

BOM DESPACHO - MINAS GERAIS

2016

YELENY TORRES JIMÉNEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PROMOVER A ADESÃO DE
PACIENTES AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
NO MUNICÍPIO DE CÓRREGO DANTA- 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: Prof^a Dra. Ivana Montandon Soares Aleixo.

BOM DESPACHO - MINAS GERAIS
2016

YELENY TORRES JIMÉNEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PROMOVER A ADESÃO DE
PACIENTES AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
NO MUNICÍPIO DE CÓRREGO DANTA- MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Examinador 1: Prof.^a Ivana Montandon Soares Aleixo (orientadora)

Examinador 2: Prof. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, em 29 de fevereiro de 2016

DEDICATÓRIA

À minha família, por eles sou quem sou por eles sou uma melhor pessoa.

AGRADECIMENTOS

Aos meus professores do curso de Especialização Estratégia Saúde da Família.

À minha Equipe de Saúde da Família Córrego Danta. Minas Gerais sem eles não teria sido possível.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um dos grandes problemas para a saúde pública no Brasil, agravada por sua prevalência e detecção quase sempre tardia, além de constituir um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. A HAS é uma síndrome multifatorial, e multissistêmica. Seu aparecimento está relacionado ao estilo de vida inadequado, considerando também os fatores constitucionais, como: sexo, idade, raça/cor e história familiar; e os ambientais, como: sedentarismo, estresse, tabagismo, alcoolismo, alimentação insalubre e obesidade. O presente trabalho seguiu a metodologia de análise conceitual e foi realizado através de um levantamento bibliográfico de artigos científicos da área médica e de enfermagem pertinentes à temática com objetivo de avaliar os fatores associados à má adesão ao tratamento anti-hipertensivo. A partir do estudo elaboramos um plano de ação apontando como foco a proposta de mudanças do estilo de vida, com o objetivo de uma melhor adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial dos usuários da equipe de Saúde Córrego Danta, Minas Gerais. É importante a equipe de saúde conhecer as dificuldades dos pacientes em aderir ao tratamento anti-hipertensivo para planejar ações para tentar superá-las e alcançar assim melhor controle de HAS. Visamos aumentar assim a qualidade de vida da nossa comunidade.

Palavras chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Hypertension is considered an important public health problem in Brazil, which is aggravated by its high prevalence and late detection. In addition, it is one of the major risk factor for cardiovascular and cerebrovascular diseases. Hypertension is a multifactor and a multisystem syndrome. It can appear by multiple causes, most of them related to inadequate life style, constitutional factors, such as: sex age, race/color and family history; as well as environmental issues, such as: sedentary lifestyle, stress, smoking, alcoholism, inadequate diet and obesity. This study followed the methodology of conceptual analysis and it was conducted through a literature review of scientific articles in medical and nursing will issue relevant to evaluate the factors associated with poor adherence to antihypertensive treatment. From the study we draw an action plan aiming to focus the proposed lifestyle changes in order to better adherence to treatment of Hypertension users Health Team of Córrego Danta, Minas Gerais. The health care team is important to know the difficulties of patients to adhere to antihypertensive treatment to plan actions to try to overcome them and achieve thus better control of hypertension. So we aim to increase the quality of life of our community.

Key words: Hypertension. Family Health Program.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS_____ Agente comunitário de saúde.
APS_____ Assistência primária à saúde.
AVC_____ Acidente Vascular Cerebral
DATASUS_ Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
Dra._____ Doutora
Dr._____ Doutor
FJP_____ Fundação João Pinheiro
HA_____ Hipertensão Arterial.
HAS_____ Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM_____ Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE_____ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH_____ Índice de desenvolvimento humano
IDH-M____ Índice de desenvolvimento humano municipal
IPEA_____ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NASF_____ Núcleos de apoio à saúde da família
OMS_____ Organização Mundial de Saúde
PA_____ Pressão Arterial
PAD_____ Pressão Arterial Diastólica
PAS_____ Pressão Arterial Sistólica
PES_____ Planejamento Estratégico Situacional
PNUD_____ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROVAB__ Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
Prof^a._____ Professora.
Prof ._____ Professor.
SIAB_____ Sistema de Informação de Assistência Básica.
TIC _____ Tecnologias da informação e comunicação
UBS_____ Unidade básica de saúde.
VIGITEL____ Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

LISTA DE QUADROS

- **Quadro 1:** Total da população segundo idade e sexo. Município Córrego Danta. Minas Gerais.....13
- **Quadro 2 :** Desenho das operações para os “nós” críticos do problema da não adesão ao tratamento da HAS no PSF Córrego Danta. Minas Gerais.....24
- **Quadro 2:** Análise de viabilidade do plano, relacionadas a dificuldade de adesão ao tratamento da HAS no PSF Córrego Danta. Minas Gerais.....26
- **Quadro 3:** Elaboração do plano operativo, relacionado à dificuldade de adesão ao tratamento de hipertensão arterial no PSF Córrego Danta. Minas Gerais.....27

SUMÁRIO

1 Introdução.....	11
2 Justificativa.....	15
3 Objetivos.....	17
4 Metodologia.....	18
5 Revisão de Literatura.....	19
5.1 Hipertensão.....	19
5.2 Fatores de Risco para não adesão ao tratamento anti-hipertensivo.....	20
5.3 Estratégias para aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo..	22
6 Plano de Intervenção	
6.1 Identificação dos nós críticos.....	25
6.2 Desenho das operações.....	26
6.3 Análise de viabilidade.....	28
6.4 Plano Operativo.....	29
6.5 Avaliação e monitoramento.....	31
7 Considerações Finais.....	31
Referências	32
Anexo	37

1. INTRODUÇÃO

No Brasil cerca de 17 milhões de pessoas são de portadoras de hipertensão arterial e na faixa etária dos 40 anos são um 35 % e esse número via só aumentando; “seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras” (BRASIL, 2006, p.7). “A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo” (BRASIL, 2006, p.7).

No processo terapêutico e na prevenção da hipertensão as modificações de estilo de vida são vistas de fundamental importância. As preocupações com uma alimentação adequada, com o consumo de sal, com a prática de atividade física, com o controle do peso, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser controlados.

A HAS é uma condição clínica multifatorial, que se caracteriza por níveis elevados e sustentados da pressão arterial “frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais em órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e artérias periféricas) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais” (FREEMAN, 2008; ACCORD STUDY GROUP, 2010 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.1).

Segundo Law, Morris, Wald, (2009) há uma relação estreita entre níveis de pressão arterial (PA) e risco de eventos cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC) e doença renal. O menor risco cardiovascular verifica-se com PA de 115/75 mmHg, e para cada aumento de 20mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) e 10 mmHg na pressão arterial diastólica (PAD) dobra o risco de eventos cardiovasculares maiores e AVC. O risco de eventos está relacionado aos níveis de PAS. Após 50-60 anos a PAD pode reduzir, mas a PAS tende a aumentar durante a vida. O aumento da PAS e redução da PAD, com a idade, reflete a progressiva rigidez da circulação arterial (LAW, MORRIS, WALD, 2009).

Obviamente, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida que reduzirão o risco de

exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos para a prevenção da HAS e redução da carga de doenças devida às doenças cardiovasculares em geral.

No ano 2013 o número de hipertensos no município em pacientes maiores de 15 anos era de 534 pacientes (DATASUS, 2013) agora até setembro 2015 de um total de 2721 pacientes maiores de 15 anos, 563 são hipertensos, que representam um 20,6 % o qual é muito elevado. Observa-se um incremento de mais de 15 pacientes por ano (DATASUS, 2015).

Córrego Danta é um município brasileiro do estado de Minas Gerais que possui cerca de 3.391 habitantes. Localizado no Centro-Oeste mineiro, na região do Alto São Francisco. Emancipado em 1.949, distante da capital 230 km, Córrego Danta limita-se com os municípios de Luz, Bambuí, Tapiraí, Santa Rosa da Serra, Campos Altos e Estrela do Indaiá. As Rodovias BR262, BR354 e MG891 servem de acesso ao município. Sua altitude máxima é 1146 e a mínima é de 686 (DIVISÃO TERRITORIAL DO BRASIL, 2008).

O município tem uma área de 657,425 km², a densidade populacional é de 5,16 hab./km². Os habitantes em sua maioria são idosos, aposentados, que residem sozinhos em residências próprias. Tem aproximadamente 962 famílias, delas 595 na área urbana e 367 na área rural (IBGE Famílias, 2010).

Dos 3.391 habitantes, 1.789 homens e 1.602 são mulheres, a zona rural tem 1.303 habitantes e a zona urbana tem 2.088 habitantes, conforme mostra o quadro 1 (IBGE, Características da População, 2010)

A densidade populacional é de 5,25 hab./km². A cobertura da população estimada pelas equipes de atenção básica é de um 100% (Perfil básico municipal- Densidade demográfica).

Quadro 1- Total da população segundo idade e sexo. Município Córrego Danta. Minas Gerais. Ano 2015

MUNICÍPIO CORREGO DANTA																					
Total da população: 3391																					
Nº de indivíduos	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-25		26-39		40-59		60 e +		Sub Total		Total
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Área urbana	13	15	53	31	74	68	65	71	76	69	83	58	192	176	267	243	195	152	1042	1047	2089
Área rural	5	2	27	28	52	51	62	53	60	46	37	55	146	158	239	189	143	137	747	555	1302
Total	18	17	80	59	126	119	127	124	136	115	120	113	338	334	506	432	338	289	1789	1602	3391

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

A atenção básica conta com três unidades básica de saúde, sendo estas: unidade básica de saúde de Córrego Danta a qual conta com PSF (programa saúde da família), saúde bucal, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, ginecologia/obstetrícia, psiquiatria, núcleos de apoio saúde da família (NASF) composto por um fisioterapeuta, um educador físico e uma nutricionista. A unidade básica de saúde de Cachoeirinha e a unidade básica de saúde do Alto da Serra ainda estão em fase final de acabamento.

Nosso município conta com laboratórios para análises clínicas, eletrocardiograma e os demais exames diagnósticos são pactuados com outros municípios. Temos vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância ambiental.

O município possui o programa “Farmácia de Minas” onde tem assistência farmacêutica em tempo integral e distribuição gratuita de medicamentos da farmácia básica.

Segundo o levantamento Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), a hipertensão arterial atinge 25,4% das mulheres e 19,5% entre os homens sem um total de 22,7% da população adulta brasileira (BRASIL, 2012).

Apesar de apresentar alta incidência e prevalência no município, ainda existe uma grande porcentagem de indivíduos que desconhecem serem portadores da doença e dos pacientes que sabem do diagnóstico, muitos não têm aderido

ao tratamento. Além disso, apenas uma pequena parte dos pacientes está com os níveis de pressão arteriais devidamente controlados e com tratamento permanente. Desta forma a importância de realização um projeto de intervenção para o pronto atendimento na medida em que detecta o diagnóstico no tratamento desses pacientes e assim aumentar a adesão ao tratamento diminuindo os agravos que surgem desta doença.

O principal fator de risco no nosso município para a hipertensão arterial é a idade, sendo que 35% da população tem de 40 a 59 anos e o 23% é maior de 60 anos. Ou seja, é uma população em sua maioria idosa, aposentada, sedentária, os quais favorecem ao aumento de peso, e isto ao mesmo tempo também é um fator de risco para a hipertensão arterial. No município não se recolhem os dados exatos das dislipidemias e por centos elevados da população tem altos níveis de colesterol e triglicérides. O sedentarismo leva também ao hábito de fumar e o consumo de bebidas alcoólicas, o qual é muito comum assim como o alto consumo de gordura animal muito intrínseco na cultura desta zona.

A predominância da HAS aumenta com a idade (cerca de 60 a 70% da população acima de 70 anos é hipertensa). Em mulheres, a HAS apresenta um aumento significativo após os 50 anos, sendo esta mudança relacionada de forma direta com a menopausa (ALESSI *et al.*, 2005).

Neste caso, a idade não é um fator que possa ser tratado, nem o sexo, nem a raça não podem mudar, mas podemos atuar sobre o estilo de vida das pessoas uma vez que a baixa qualidade de vida e o alto nível de sedentarismo e obesidade levam finalmente a elevados valores de hipertensão arterial. Se conseguirmos atuar sobre o estilo de vida, mudar hábitos dietéticos, incrementar a prática de atividade física diminuirão os agravos ao controlar a doença.

2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial Sistêmica (HAS) ou pressão alta é uma doença que se caracteriza pela elevação dos níveis tensionais no sangue (MANO, 2009).

A hipertensão acontece quando nossas artérias sofrem algum tipo de resistência, perdendo a capacidade de contrair e dilatar, ou então quando o volume se torna muito alto, exigindo uma velocidade maior para circular. Hoje, podemos considerar a hipertensão com uma das principais causas de morte no mundo, pois pode favorecer uma série de outras doenças (MION, *et al.*, 2006).

A hipertensão é geralmente hereditária, também em uma minoria, a hipertensão pode ser causada por uma doença relacionada, como distúrbios da tireoide ou em glândulas endócrinas, como a suprarrenal (BARRETO-FILHO; KRIEGER, 2003).

Entretanto, há vários outros fatores que influenciam os níveis de pressão arterial, entre eles:

- Hábito de fumar.
- Consumo de bebidas alcoólicas.
- Obesidade
- Estresse
- Elevado consumo de sal
- Dislipidemias.
- Sedentarismo
- Diabetes Mellitus e outras doenças relacionadas.
- Insônia.

Neste contexto, segundo Mendes, Barata, (2008), sabe-se que a incidência da hipertensão aumenta com a idade, porque com o passar do tempo nossas artérias começam a ficar envelhecidas, calcificadas, perdendo a capacidade de dilatar - são chamados de vasos menos complacentes. Assim, a HAS é mais fácil de acontecer acima dos 50 ou 60 anos apresentando uma média de 70% dos adultos possuírem a doença.

A hipertensão arterial atinge 23,3% dos brasileiros, segundo pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde (2006). A proporção de brasileiros diagnosticados com hipertensão arterial, de acordo com o levantamento,

aumentou nos últimos cinco anos, passando de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010 (BRASIL, 2012).

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial entre os idosos na comunidade. Pelo grande número de idosos com níveis de pressão não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências, é necessário realizar um trabalho que ajude a conscientizar aos pacientes hipertensos sobre a importância de adesão ao tratamento, melhorando a qualidade de vida destes pacientes.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um plano de intervenção para uma melhor adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial pelos pacientes em acompanhamento na Equipe de Saúde Córrego Danta, Minas Geras.

3.2 Específicos

Realizar uma pesquisa bibliográfica sobre hipertensão arterial sistêmica.

Identificar e analisar os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, através da proposta de intervenção.

4. METODOLOGIA

Propôs-se neste estudo elaborar o Plano de ação utilizamos o planejamento estratégico Situacional baseando-nos nas informações conseguidas da revisão da literatura para programar ações futuras que ajudem a efetivar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos.

Foi feito um levantamento de artigos nacionais na *internet e artigos científicos* publicados em periódicos utilizando palavras chave como Hipertensão arterial sistêmica e Programa Saúde da Família.

Primeiramente fizemos uma reunião com toda a equipe de saúde incluindo líderes da comunidade com o objetivo de identificar os principais problemas que segundo eles, estão afetando a adesão ao tratamento. Depois se analisaram algumas operações que puderam ser conflitivas do ponto de vista político, econômico ou que demande de uma alta tecnologia. Tivemos em conta quais são os obstáculos a superar para mudar a realidade; neste caso, não podemos mudar a idade das pessoas, o sexo, a raça, que são fatores que influenciam na aparição de mais e mais pacientes hipertensos a cada dia no posto de saúde. Entretanto, podemos trabalhar conscientizando a população sobre a importância de, uma vez diagnosticada a doença, ter uma boa adesão ao tratamento e o controle em consultas e visitas domiciliares para o acompanhamento da doença, podemos conscientizar falando sobre os agravos, elevando o conhecimento da população sobre os mesmos e quais são as causas que os provocam. Para obtenção da informação contamos com os dados do Sistema de Informação de Assistência Básica (SIAB) disponível na secretaria de saúde do município, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o DATASUS, os dois disponíveis na *internet* assim como outras referências relacionadas com o tema que ajudaram a elevar a qualidade de nossa investigação.

Após esta análise conceitual foi elaborado um plano de ação visando aumentar a adesão da população hipertensa. Na proposta de execução do plano, levaremos em conta a gerência e organização, prestação de contas, supervisão, acompanhamento e avaliação das ações.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão

A hipertensão arterial sistêmica, também conhecida como pressão alta, é conceituada pelas *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007)*, como uma síndrome que se caracteriza pela presença de níveis elevados de Pressão Arterial o qual se associa muitas vezes a alterações metabólicas. A origem pode dever-se a multiplex fatores e se consideram valores a partir de 139 mmHg para a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e 89 mmHg para a Pressão Arterial Diastólica (PAD) para indivíduos adultos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006). O controle da pressão arterial sistêmica está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao tratamento.

Amodeo (2000) define adesão como uma relação em que colaboram tanto o paciente como o profissional de saúde que inclui tomar as medicações orientadas pelo médico, nos horários corretos e nas doses corretas, onde, além disso, são necessárias modificações dos estilos de vida. Ele define também como formas de não adesão ao tratamento.

Definem também, como formas de não adesão a tratamento, o fato que o paciente não tenha uma prescrição emitida recentemente ou não se adapte ao tratamento ou ao estilo de vida orientado ou recomendado pelo médico que faz acompanhamento.

As variáveis relativas aos pacientes, tais como idade, sexo, raça, nível socioeconômico, escolaridade, hábitos de vida, aspectos culturais, crenças de saúde, dentre outras também influenciam a adesão ao tratamento. Os Homens, pessoas jovens, com baixa escolaridade tendem a compor um quadro menos aderente ao tratamento e à aquisição das medicações. Estudos realizados mostraram que, em relação aos remédios, os motivos que mais contribuíram para que os pacientes deixassem de tomá-los foram os custos, ter que tomar várias vezes ao dia e efeitos indesejáveis das drogas (MION; PIERIN; 2001).

5.2 Fatores de Risco para não adesão para o tratamento anti-hipertensivo.

Os estudos analisados acerca da temática apontaram múltiplos fatores que predispõem os indivíduos portadores de HA a não aderirem ao tratamento anti-hipertensivo, os fatores apontados pelos autores como causa da não adesão estão relacionados às razões ligadas à própria instituição assistencial e profissional de saúde, socioeconômicos e demográficos, aspectos psicossociais e culturais, apoio social e familiar, e ao tratamento terapêutico. A seguir alguns dos fatores enfatizados pelos autores.

Segundo Mendes *et al.*, (2014, p 63) cita que nos estudos de Duarte (*et al.*, 2010) para identificar os motivos apontados pelos pacientes ao abandono do seguimento médico e terapêutico. Os motivos relatados pelos participantes dessa pesquisa foram às razões ligadas à organização e estrutura do serviço, dentre as quais se destacaram o intervalo longo entre as consultas; dificuldade para agendar consulta; demora em ser atendido; horário de atendimento incompatível com o do trabalho ou com as ocupações diárias; mudança de médico responsável pela assistência e impossibilidade de acesso ao médico especialista. Ainda segundo os autores no mesmo estudo, os participantes se mostraram descontentes e insatisfeitos com a assistência prestada pelos profissionais de saúde, sendo uma das causas apontada como fatores para o abandono do tratamento:

Diante dessas observações, percebeu-se que a estrutura e organização do serviço de saúde e a qualidade da assistência prestada pela equipe multiprofissional exerce uma forte influência quanto à motivação na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Dessa forma, observou-se que o acompanhamento ao paciente hipertenso tem sido realizado de forma inadequada, configurando-se um fator determinante para a não adesão ao tratamento. Em relação aos fatores ligados aos aspectos socioeconômicos e demográficos, identificaram-se algumas variáveis altamente relevantes, nos artigos analisados, como: Indivíduos do sexo masculino, idade avançada, baixa condição socioeconômica e de escolaridade estão associados à menor adesão ao tratamento. Porém outros estudos indicam a idade mais avançada como um facilitador do processo de adesão em relação aos mais jovens (MENDES *et al.*, 2014, p 63,64).

De acordo com Veras e Oliveira (2009), apud Mendes *et al.*,(2014, p 64) “os indivíduos de idade mais avançada são mais propensos à adesão, visto que os jovens não se sentem vulneráveis à doença, enquanto os idosos são mais preocupados com a saúde e se apegam ao tratamento como alternativo de prolongamento da vida”. É de relevância segundo o autor que a baixa renda interfere na aquisição de medicamento, quando este não está disponível na Unidade Básica de Saúde.

A participação da família vem se comprovando ser fundamental no apoio ao tratamento da HAS, é importante para estimular o autocuidado dos indivíduos. A família neste caso agiria como um elo facilitador para a resposta ao tratamento e à sua continuidade. Segundo Mendes *et al.*,(2014, p 64) alguns autores destacaram que:

Indivíduos que compartilham experiências com seus cônjuges e deles recebem apoio, podem ter uma melhor participação no seguimento do tratamento, porém aqueles indivíduos que não conviviam com o cônjuge e residiam com filhos ou outras pessoas tinham uma adesão menor ao regime terapêutico. Isso pode ser atribuído à falta de estímulo que o hipertenso sofria para seguir o tratamento ou mesmo pela adequação que ele tinha que fazer para agradar os outros familiares (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010 IN MENDES *et al.* 2014, p. 64)

Segundo Soares *et al.*,(2011), algumas dificuldades são encontradas para o atendimento as pessoas hipertensas, a falta de adesão ao tratamento é reconhecida como umas das principais causas. Esta falta de adesão pode estar associada “principalmente por encontrarem dificuldades no cumprimento da dieta e da prática de atividade física”.

Segundo Machado (2008), a adesão ao tratamento é um dos mais importantes desafios inclui fatores relacionados ao paciente, à doença, à terapêutica, socioeconômicos e ao sistema de saúde. Dentre os fatores relacionados ao paciente, o mais importante é a falta de informação sobre a doença e suas possíveis consequências.

5.3 Estratégias para aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

A adesão terapêutica dos pacientes hipertensos ao tratamento significa também seguir o tratamento indicado pelo médico da forma que foi proposta. Esta adesão ao tratamento anti-hipertensivo também precisa de certo grau de conhecimento dos pacientes sobre a doença e como ele se comporta frente às orientações recomendadas pelo médico tratante da HAS. A adesão terapêutica anti-hipertensiva também está relacionada à condição de saúde do paciente e o compromisso dele ao tratamento terapêutico, influencia também, a participação dos profissionais de saúde através dos esclarecimentos e o apoio familiar para o sucesso da terapia anti-hipertensiva (BASTOS-BARBOSA, FERRIOLLI, MARIGUTI, NOGUEIRA, NOBRE, UETA 2012).

Sabemos que para manter níveis tensionais controlados conforme as características do indivíduo e diminuir o risco de doenças relacionadas a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia(2010) considera que o conhecimento a respeito dessa adesão e dos fatores a ela relacionados podem direcionar ações facilitadoras de maior aderência.

Iniciativas inovadoras têm surgido para enfrentar o problema da adesão em seus vários aspectos. As principais estratégias atualmente em destaque compreendem a combinação de drogas anti-hipertensiva em doses fixas, o suporte farmacêutico, o automonitoramento domiciliar da PA e as estratégias associadas às tecnologias da informação e comunicação (TIC) em saúde, tais como a telemedicina. Essas estratégias são detalhadas a seguir:

a) Combinações de doses fixas:

No grupo das estratégias comportamentais, o uso de combinações de fármacos anti-hipertensivos em doses fixas tem demonstrado ser uma opção bem sucedida, pois tem sido associada a aumento das taxas de adesão ao tratamento (SHAYA, DU, GBARAYOR *et al.*,2009). A principal razão para o sucesso dessa estratégia está relacionada à busca por uma terapia mais tolerável. A simplificação do ato de usar a medicação é outra grande razão. Grandes estudos demonstram que há uma diferença na tolerabilidade, na eficácia e na adesão persistente de acordo com o fármaco utilizado (ERDINE, 2010) A tolerabilidade de um fármaco exerce papel determinante na adesão do

paciente ao uso de um anti-hipertensivo. Dados do estudo Ongoing Telmisartan Alone or in combination with Ramipril Global End point Trial (ONTARGET) confirmam esse conceito (ERDINE, 2010).

b) Suporte farmacêutico

A participação dos profissionais farmacêuticos é uma estratégia que tem crescido como modalidade para aumentar a adesão ao tratamento. A maioria dos trabalhos evidenciou um aumento nas taxas de controle da PA usando essa estratégia (ROBINSON *et al.*,2010) relataram que 50% dos pacientes com hipertensão descontrolada normalizaram seus níveis pressóricos após a assistência farmacêutica em um ensaio controlado em comparação com apenas 22% dos que receberam cuidado usual em seguimento de 12 meses.

c) Auto monitoramento domiciliar da PA.

Outra estratégia em investigação é o automonitoramento domiciliar da pressão com aparelhos automáticos. Tem-se demonstrado resultados positivos na melhoria da adesão com o uso dessa estratégia em relação à abordagem clássica (92,3 versus 90,9%; $p = 0,043$) (VAN ONZENOORT *et al.*,2010).

MÁRQUEZ-CONTRERAS *et al.*,(2006), realizaram um ensaio controlado, aleatorizado, no qual 200 pacientes recém-diagnosticados ou descontrolados foram seguidos por seis meses. A mensuração de adesão foi medida por dispositivo eletrônico Medication Events Monitoring System (MEMS). O grupo de intervenção recebia um controle através da medição do esfigmomanômetro OMRONR. Os resultados mostraram maior adesão no grupo de monitoramento da PA domiciliar 92% versus 74%, $p < 0,0001$.

d) Uso das tecnologias da informação e comunicação (TIC).

As TIC estão se desenvolvendo rapidamente e, nesses últimos tempos, como resultado de vários estudos, estão sendo empregadas nos serviços de saúde com o objetivo de melhorar seus resultados clínicos. Não há dúvidas de que a estratégia de emprego das TIC com objetivo de aumentar a adesão ao tratamento da HAS tem inúmeros potenciais. Dentre as possibilidades, a técnica de mensuração eletrônica de doses é um importante recurso desta tecnologia (KROUSEL-WOOD *et al.*, 2004). A adoção da mensuração eletrônica, além de ser uma técnica de mensuração da adesão, pode levar a

uma redução ou mesmo a normalização dos níveis de PA em pacientes hipertensos (GREEN *et al.*, 2008).

A eficácia do sistema de mensuração eletrônica em detrimento das intervenções clínicas usuais é clara, haja vista os resultados de estudos e ensaios clínicos recentes (ADAMSON; BACHMAN, 2010). Esta técnica permite, ainda, saber o nível de adesão ao tratamento dos pacientes e é uma alternativa eficaz para a prática clínica, podendo melhorar a adesão ao tratamento (BLANCHET, 2008). A prática de monitoramento eletrônico, em geral, pode ser recomendada em situações nas quais os pacientes não atingem metas satisfatórias dos níveis de PA, mesmo com uso de medicação. Portanto, o monitoramento eletrônico amplia as possibilidades terapêuticas na adesão ao tratamento da hipertensão (MOREIRA *et al.*, 2009). Outro aspecto favorável é a utilização das tecnologias para favorecer a comunicação entre os profissionais e os pacientes (ADAMSON; BACHMAN, 2010). Nesse sentido, são necessárias estratégias de implementação baseadas em modelos assistenciais com suporte para autogestão de intervenção, o monitoramento domiciliar da PA, um local seguro para o paciente, com serviços de endereço eletrônico, reposição da medicação, apoio farmacêutico clínico e ainda cursos interativos (GABARRÓ, 1999). Em modelos assistenciais assim concebidos, a tecnologia da informação deve estar centrada nos cuidados ao paciente e organizada através de um sistema de informações clínicas (WETZELS *et al.*, 2007) Sistemas integrados de monitoramento que utilizam bancos de dados eletrônicos de instituições de serviços de saúde reduzem significativamente a utilização dos recursos habituais e melhoram a adesão ao tratamento alcançando resultados objetivos não só na adesão ao tratamento, mas também adequando os tipos de tratamento aos pacientes com níveis de PA mais resistentes (BOSWORTH *et al.*, 2007)

e) Interatividade médico-paciente

Maior interatividade nas relações entre médico-paciente também contribui para melhorar a adesão através do desenvolvimento dos seguintes aspectos: a conscientização da necessidade de o paciente persistir no tratamento; a predisposição para mudança nas doses através da combinação de fármacos; e o grau de conhecimento das despesas com medicamentos e cobertura de

seguro, como também a complexidade do regime, tolerabilidade e a duração da terapia (MOREIRA *et al.*, 2009). A persistência no processo de conscientização do paciente hipertenso pode aumentar a adesão à terapia. Tornar o paciente mais consciente de seus níveis de PA aumenta a compreensão do paciente acerca do caráter assintomático e da natureza crônica da doença e desenvolvem estímulos motivacionais para a adesão ao tratamento, assim como também à dieta e à atividade física (ROBINSON *et al.*, 2010). É através da implementação, de cursos e programas de educação e informação para pacientes e profissionais da saúde (enfermeiros, médicos e auxiliares), em intervenções combinadas, envolvendo esses dois universos distintos que pode haver melhoria significativa nas relações interpessoais resultando no aumento da adesão (KROUSEL-WOOD *et al.*, 2004). A educação médica é mais efetiva quando mais de uma intervenção ocorre, especialmente se essas intervenções ocorrem durante um período prolongado, ocasionando também mudanças comportamentais nos pacientes (SATTERLEE; EGGERS; GRIMES, 2008). O grande desafio é integrar pacientes, médicos, enfermeiros e os profissionais de saúde permitindo que a educação continuada em saúde seja mais bem sucedida em mudanças no comportamento dos prestadores de cuidados de saúde e nos pacientes (WETZELS; NELEMANS; SCHOUTEN, 2007).

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1. Identificação dos nós críticos

Para realizar essa análise, utilizamos o conceito de “nó crítico” proposto pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.65).

Desta forma, a equipe selecionou como “nós críticos” as situações relacionadas com o problema principal sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de

ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido. Sendo assim, os problemas considerados “nós críticos” foram:

- Baixo número de cadastros mensais de pacientes hipertensos na Unidade Básica de Saúde e Fase inicial da doença assintomática.
- Uso de medicamento somente na presença de sintomas e abandono do tratamento quando a doença está controlada.
- Baixa qualidade de vida das pessoas da comunidade com alto nível de sedentarismo e obesidade o que leva a mais pacientes com hipertensão.
- Falta de medicamento gratuito na unidade de saúde fornecido pelo SUS.

6.2. Desenhos das operações

O desenho das operações tem como objetivo “descrever o conjunto de ações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida; e identificar os recursos necessários para a concretização” delas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.66).

O quadro 2 apresenta o desenho das operações para os “nós” críticos relacionadas com o problema apresentado da não adesão ao tratamento da HAS.

Quadro 2: Desenho das operações para os “nós” críticos relacionadas com a não adesão ao tratamento da HAS no PSF Córrego Danta, Minas Gerais.

Nó Crítico	Operações/projeto	Resultado esperado	Produto esperado	Recursos necessários
Baixo número de cadastros mensais de pacientes hipertensos na UBS e Fase inicial da doença assintomática.	<p>“Comunidade acompanhada”</p> <p>Pesquisa ativa de hipertensos durante a consulta médica e a visita domiciliar.</p>	Aumento do registro de hipertensos cadastrados.	Pacientes hipertensos com melhor controle e conhecimento da doença.	<p>Estrutural: Instrumental medica confiável para aferir pressão arterial, espaço com condições adequadas para os procedimentos.</p> <p>Cognitivo: Conhecimento da equipe acerca dos temas abordados e os procedimentos.</p> <p>Organizacionais: Adequar a agenda dos atores sociais responsáveis.</p> <p>Financeiro: Aquisição de</p>

				formulários e folhas para os registros estadísticos.
Uso de medicamento somente na presença de sintomas.	<p>“Construindo Saber”</p> <p>Melhorar o nível de informação da população a respeito de hipertensão arterial.</p>	Hipertensão arterial controlada com uso do medicamento permanente	Comunidade com mais conhecimento sobre a doença e maior adesão ao tratamento.	<p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema.</p> <p>Políticos: parceria, mobilização social.</p> <p>Financeiros: disponibilização de materiais educativos relacionados a hipertensão arterial.</p>
Baixa qualidade de vida das pessoas da comunidade com alto nível de sedentarismo e obesidade o que leva a maior quantidade de hipertensos.	<p>“Educando”</p> <p>-Criar espaços educativos para a população (praça, escolas, igrejas, instituições sociais e unidade básica de saúde) para promoção de hábitos e estilos de vidas saudáveis.</p> <p>-Divulgar fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica e outras doenças crônicas.</p> <p>- Capacitar a equipe de saúde sobre fatores de risco e agravos da HAS</p>	<p>Mudanças nos hábitos e estilos de vida não saudáveis (sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, hábitos alimentares não saudáveis).</p> <p>Aumentar o conhecimento da população sobre os fatores de risco da hipertensão e outras doenças crônicas.</p>	<p>Avaliação dos conhecimentos da população sobre hábitos e estilos de vidas saudáveis e fatores de risco da hipertensão arterial e outras doenças crônicas.</p> <p>Programas educativos na rádio e escolas.</p>	<p>Organizacionais: Locais para fazer palestras e colocar pôsteres informativos, folhetos, cartazes, etc.</p> <p>Cognitivo: Conhecimentos científicos sobre os temas.</p> <p>Políticos: Disponibilizar o local e a articulação</p> <p>Intersetorial: Disponibilizar espaços educativos na rádio local.</p> <p>Financeiro: Aquisição de recursos educacionais, Folhetos e meios audiovisuais.</p>
Falta de medicamento gratuito pelo SUS	<p>“planejamento é prevenção”</p> <p>- fazer coincidir o número real de hipertensos com a quantidade de medicamentos oferecida nas farmácias populares.</p> <p>- incrementar o uso de medidas não farmacológicas no controle da HAS</p> <p>- planejar conjuntamente com a secretaria de saúde a distribuição de medicamentos nas farmácias</p>	<p>Mais pacientes cadastrados nas farmácias populares fazendo uso do medicamento oferecido pelo SUS.</p> <p>Diminuir o consumo de medicamento e incrementar medidas que melhorem o estilo e a qualidade de vida dos hipertensos.</p> <p>Aumentar o número de medicamentos nas farmácias populares em dependência da quantidade de pacientes cadastrados.</p>	Pacientes hipertensos melhor controlados	<p>Organizacionais: Locais para fazer palestras e colocar pôsteres informativos sobre a doença</p> <p>Cognitivo: Conhecimentos científicos sobre os temas.</p> <p>Políticos: Disponibilizar locais e recursos médicos. Intersetorial: Disponibilizar espaços educativos na rádio e suficiente quantidade de medicamentos nas farmácias populares.</p> <p>Financeiro: Aquisição de recursos educacionais, Folhetos e meios audiovisuais. Aquisição de medicamentos nas farmácias populares.</p>

Fonte: autor

6.3. Análises de viabilidade

A análise da viabilidade tem como objetivo “identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.68).

O quadro 3 apresenta Análise de viabilidade do plano relacionada com o problema identificado.

Quadro 3- Análise de viabilidade do plano, relacionada a dificuldade de adesão ao tratamento da HAS no PSF Córrego Danta. Minas Gerais.

Resultados esperados	Ações	Facilidades	Dificuldades	Intervenções
Aumento do registro de hipertensos cadastrados.	Pesquisa ativa em consulta e visitas domiciliares.	Quantidade suficiente de pessoal para pesquisa ativa.	Equipe com poucos conhecimentos sobre hipertensão e que precisaria de treinamento.	Apresentar o projeto da equipe ao coordenador da APS.
Hipertensão arterial controlada com uso do medicamento permanente	Acompanhamento mensal dos hipertensos nas visitas domiciliares e cada três meses em consulta	Bom vínculo com a comunidade	Negação ao diagnóstico Falta de apoio familiar	Confeccionar um plano personalizado explicativo com figurinhas para ajudar na tomada da medicação.
Mudanças nos hábitos e estilos de vida não saudáveis (sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, hábitos alimentares não saudáveis). Aumentar o conhecimento da população sobre os fatores de risco da hipertensão e outras doenças crônicas.	Realizar atividade física conjuntamente com a comunidade. Incentivar a prática de atividade física. Criar grupos operativos para hipertensos, diabéticos e outras doenças crônicas.	Orientações e boa comunicação com a comunidade.	Espaço para reunião com o grupo	Orientações e educação sobre a hipertensão, prevenção e tratamento. Realizar dinâmicas grupais.
Mais pacientes cadastrados nas farmácias populares fazendo uso do medicamento oferecido pelo SUS.	Fazer coincidir o cadastro de hipertensos do posto de saúde com o cadastro de medicamentos na	Vínculo PSF-Farmácia popular.	Demora de abastecimento dos medicamentos pelo SUS.	Apresentar o projeto da equipe à secretaria de saúde.

<p>Diminuir o consumo de medicamento e incrementar medidas que melhorem o estilo e a qualidade de vida dos hipertensos.</p> <p>Aumentar o número de medicamentos nas farmácias populares em dependência da quantidade de pacientes cadastrados.</p>	farmácia popular.			
---	-------------------	--	--	--

Fonte: autor

6.4. Plano operativo

Nesta etapa se apresenta a elaboração do plano operativo dentro do qual se designam os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e se definem os prazos para a execução delas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 4 apresenta a elaboração do plano operativo, o responsável de cada ação ou projeto, os resultados e produtos esperados para cada ação estratégica assim como o responsável e o prazo para o início das atividades.

Quadro 4: Elaboração do plano operativo, relacionado à dificuldade de adesão ao tratamento de hipertensão arterial no PSF Córrego Danta. Minas Gerais.

Operações/Projetos	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
“Comunidade acompanhada”	Aumento do registro de hipertensos cadastrados.	Pacientes hipertensos com melhor controle e conhecimento da doença.	Apresentar o projeto da equipe ao coordenador da APS.	Médico e ACS	2 meses para início das atividades
“Construindo Saber”	HAS controlada com uso do medicamento permanente	Comunidade com mais conhecimento sobre a doença e maior adesão ao tratamento.	Apresentar o projeto da equipe ao coordenador da APS, aos gestores, a todos os profissionais envolvidos na capacitação e à comunidade, repassando em reuniões comunitárias e associação de bairro.	Médico e ACS	3 meses para início das atividades

<p>“Educando”</p>	<p>Mudanças nos hábitos e estilos de vida não saudáveis</p> <p>Aumentar o conhecimento da população sobre os fatores de risco da hipertensão e outras doenças crônicas.</p>	<p>Avaliação dos conhecimentos da população sobre hábitos e estilos de vidas saudáveis e fatores de risco da hipertensão arterial e outras doenças crônicas.</p> <p>Programas educativos na radio e escolas.</p>	<p>Apresentar o projeto da equipe ao coordenador da APS.</p>	<p>-Enfermeira -Técnicas de enfermagem -Nutricionista</p>	<p>2 meses para início das atividades</p>
<p>“Planejamento é prevenção”</p>	<p>Mais pacientes cadastrados nas farmácias populares fazendo uso do medicamento oferecido pelo SUS. Diminuir o consumo de medicamento e incrementar medidas que melhorem o estilo e a qualidade de vida dos hipertensos.</p> <p>Aumentar o número de medicamentos nas farmácias populares em dependência da quantidade de pacientes cadastrados.</p>	<p>Pacientes hipertensos melhor controlados</p>	<p>Apresentar o projeto da equipe à secretaria de saúde.</p>	<p>-Médico -Enfermeira -Secretaria de saúde</p>	<p>2 meses para início das atividades</p>

Fonte: autor

6.5. Avaliação e monitoramento

“O monitoramento consiste em um esforço institucional com propósitos semelhantes ao da avaliação, porém realizados de forma contínua e permanente” e não somente momentâneo na sua atividade cotidiana (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.81-82).

O projeto será monitorado pela enfermeira coordenadora do projeto e a enfermeira do PSF Córrego Danta, através de uma planilha de avaliação (anexo A) onde serão discutidos os impactos causados pelo projeto e a necessidade de possíveis adequações. E desta forma apresentação à gestão local.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é uma doença que não devemos esquecer, temos que manter a pesquisa diária de casos na nossa comunidade, seja nas consultas, visitas domiciliares, nos grupos operativos de outras doenças crônicas, uma vez que sabemos que ela pode se apresentar sozinha ou associada à Diabetes Mellitus ou fatores de risco como hiperlipidemias mistas, obesidade e sedentarismo. A participação no Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família contribuiu e ajudou a melhorar a qualidade da assistência aos pacientes do PSF Córrego Danta, principalmente através de uma nova visão de reorganização do processo de trabalho. Possibilitou que a equipe refletisse como estava atuando frente às demandas e como as atividades estavam sendo realizadas de forma superficial e automática, esquecendo-se da importância da estratégia da saúde da família no cuidado da comunidade. Ao elaborar o plano de ação para acompanhamento dos pacientes hipertensos, a equipe percebeu a importância de se fazer um diagnóstico situacional para conhecer os problemas da área de abrangência e, qual a prioridade de cada problema no cotidiano. A utilização do planejamento estratégico para elaboração da proposta de intervenção permitiu a equipe formular propostas baseadas em evidências e com grande probabilidade de serem resolutivas. Espera-se que com a realização deste trabalho, as necessidades e anseios dos pacientes portadores de HAS no nosso Polo sejam atendidos e eficazes na adesão dos pacientes no seu tratamento contra a hipertensão arterial.

REFERÊNCIAS

ADAMSON, S.C.; BACHMAN, J. W. Pilot study of providing online care in a primary care setting. **Mayo Clinic Proceedings**, v.85, n.8, p.70410, 2010.

ALESSI, A, BRANDÃO AA, PIERIN A, FEITOSA AM, MACHADO CA, de Moraes Forjaz CL, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Guideline for ambulatory blood pressure monitoring. II Guideline for home blood pressure monitoring. IV ABPM/II HBPM. **Arquivos Brasileiros**; 85 Suppl 2:1-18. 2005.

AMODEO, C. J. *Terceiro Congresso Latino-Americano de Hipertensão. Adesão à terapia Anti-hipertensiva: **Novas Abordagens***. Caracas, Venezuela, 2000.

BARRETO-FILHO, J. A. S; KRIEGER, J. E. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica. **Revista da Sociedade de Cardiologia Estado de São Paulo**, v.13, n.1, p. 46-55, 2003.

BASTOS-BARBOSA RG, FERRIOLLI E, MARIGUTI JC, NOGUEIRA CB, NOBRE F, UETA J. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2012; 99(1): 636-41.

BLANCHET, K. D. Innovative programs in telemedicine: Great Plains Telehealth **Resource and Assistance Center Telemedicine and e-Health**; 14(9):870-4. 2008.

BOSSAY, D. et al. Fatores associados à não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Ensaio e Ciências, Campo Grande*, v. 10, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26012809008>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

BOSWORTH HB, OLSEN MK, MCCANT F, et al. Hypertension Intervention Nurse Telemedicine Study (HINTS): testing a multifactorial tailored behavioral/educational and a medication management intervention for blood pressure control. **American Heart Journal**,153(6):918-24. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípio e diretrizes) Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_integral.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2012.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. VIGITEL 2011: **vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde.-2ª ed.- Belo Horizonte: **Nescon/UFMG**, Coopmed, 2010. 114 p.: il, 22 x 27 cm.

CHAVES, E. S. et al. Eficácia de programas de educação de adultos portadores de pressão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, Brasília, jul/ ago. 2006.

DATASUS. Sistema de Informação de Atenção Básica - Cadastramento Familiar – Brasil HipertArter 15a+ segundo Município. Município: 311980. Córrego Danta. Período: Dez/2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>>. Acesso em: 25 de outubro 2015.

DATASUS. Sistema de Informação de Atenção Básica - Cadastramento Familiar – Brasil HipertArter 15a+ segundo Município. Município: 311980. Córrego Danta. Período: Set/2015. Disponível em<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFbr.deff>> Acesso em: 25 de outubro 2015.

"DIVISÃO TERRITORIAL DO BRASIL". *Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 1 de julho de 2008.* Consult. 12 de fevereiro de 2016.

DUARTE, M. T. C. et al. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123201000050034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2012.

ERDINE, S. Compliance with the treatment of hypertension: the potential of combination therapy. **J. Clin Hypertens.**;12(1):40-6. 2010.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paul Enferm. São Paulo*, v. 23, n. 6, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/11.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

FREEMAN R. Clinical practice. Neurogenic orthostatic hypotension. *New England. Journal of Medicine*, 358(6): 615-624. 2008.

GREEN BB, RALSTON JD, FISHMAN PA, et al. Electronic communications and home blood pressure monitoring (e-BP) study: design, delivery, and evaluation framework. **Contemp Clin Trials**, 29(3):376-95. 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Características da População. Disponível em <<http://cod.ibge.gov.br/UHL>>. Acesso em: 25 de outubro 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Famílias. Disponível em <<http://cod.ibge.gov.br/UHL>>. Acesso em: 25 de outubro 2015.

KROUSEL-WOOD, M.; THOMAS, S.; MUNTNER, P. et al. Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. **Curr Opin Cardiol.**;19(4):357-62. 2004.

LAW, M. R.; MORRIS, J. K.; WALD, N. J. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomized trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. **BMJ**; 338:b1665. 2009.

MACHADO, CA. Adesão ao tratamento – Tema cada vez mais atual. Rev Bras Hipertens vol.15(4):220-221, 2008. Disponível em <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-4/11-comunicacao-breve.pdf>>. Acesso em 02/12/2014.

MANO, Reinaldo. Hipertensão Arterial Sistêmica. 2009. Disponível em: <<http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/Pag1.shtml>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

MÁRQUEZ-CONTRERAS, E.; MARTELL-CLAROS, N.; GIL-GUILLÉN, V. et al. Efficacy of a home blood pressure monitoring programme on therapeutic compliance in hypertension: the EAPACUM-HTA study. **J. Hypertens.**;24(1):169-75. 2006.

MENDES, R.; BARATA, J. L. T. Envelhecimento e pressão arterial. **Acta Med Port.**; 21(2): 193-98. 2008.

MENDES, L.M. O; TORRES E BARROS, J. S.; BATISTA, N N.L. A. L.; SILVA, J. M.O. Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. **Revista Univap**. São José dos Campos-SP- v. 20, n. 35, jul.2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG,. 186 p. 2006.

MION, JR et al.V **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia.São Paulo.2006.

MOREIRA, G. C.; CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. et al. Evaluation of the awareness, control and cost-effectiveness of hypertension treatment in a Brazilian city: populational study. **J Hypertens.**;27(9):1900-7. 2009.

PERFIL BÁSICO MUNICIPAL. Atlas de desenvolvimento humano. Córrego Danta. Minas Gerais. Densidade demográfica. Disponível em

http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/corrego-danta_mg. Acesso em: 25 de outubro 2015.

PICKERING, T. G. et al. Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals. Part 1: Blood pressure measurement in humans. A statement for professionals from the subcommittee of professional and public education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research **Hypertension**, Dallas, v.45, n.1, p. 142-161, 2005.

PIERIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em unidade básica de saúde localizadas na região oeste da cidade de São Paulo. **Rev. Ciência Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700074&lng=en&nrm=iso Acesso em: 09 dez. 2012.

ROBINSON, J. D.; SEGAL, R.; LOPEZ, L. M. et al. Impact of a pharmaceutical care intervention on blood pressure control in a chain pharmacy practice. **Ann Pharmacother.**;44(1):88-96. 2010.

SATTERLEE, W. G.; EGGERS, R. G.; GRIMES, D. A. Effective medical education: insights from the Cochrane Library. **Obstet Gynecol Surv.**;63(5):329-33. 2008.

SCHROEDER, K.; FAHEY, T.; EBRAHIM, S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? Systematic review of randomized controlled trials. **Arch Intern Med.**;164(7):722-32. 2004.

SOARES, M. M. et al. Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 17, n. 1, 2011. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/26389/17582>. Acesso em: 30 jul. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2006. São Paulo. Disponível em: <http://itpack31.itarget.com.br/uploads/sbh/arquivos/14.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2014.

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.

SHAYA, F. T.; DU, D.; GBARAYOR, C. M. et al. Predictors of compliance with antihypertensive therapy in a high-risk medicaid population. **J Natl Med Assoc.**;101(1):34-9. 2009.

VAN ONZENOORT, H. A.; VERBERK, W. J.; KROON, A. A. et al. Effect of self-measurement of blood pressure on adherence to treatment in patients with mild-to-moderate hypertension. **J. Hypertens**; 28(3):622-7. 2010.

VERAS, R. F. S.; OLIVEIRA, J. S. Aspectos sócio-demográfico que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/10.3/html/15.htm>. Acesso em: 09 dez. 2012.

WETZELS, G. E.; NELEMANS, P. J.; SCHOUTEN, J. S. et al. Electronic monitoring of adherence as a tool to improve blood pressure control. A randomized controlled trial. **Am J. Hypertens**. 2007;20(2):119-25.

ANEXO

PLANILHA DE MONITORAMENTO			
Indicadores	Momento atual	Em 6 meses	Em 1 ano
Hipertensos cadastrados			
Hipertensos confirmados			
Hipertensos acompanhados			
Hipertensos obesos			
Hipertensos sedentários			
Complicações devido à pressão alta			