

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

**WESLEY DA CRUZ SOARES**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA**

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**  
**2016**

**WESLEY DA CRUZ SOARES**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA**

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

Orientador: Prof. Ms. Alexandre Ernesto Silva

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS  
2016**

**WESLEY DA CRUZ SOARES**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA**

**Banca examinadora**

Prof. Ms. Alexandre Ernesto Silva – Orientador

Examinador 2 – UFMG (depois colocar o nome do examinador 2)

Aprovado em Belo Horizonte, em: / /2016

Dedico este trabalho à todos os pacientes que estiveram sob a minha responsabilidade.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus por ter permitido a realização deste trabalho.

À minha família pelo apoio que sempre tem me dado.

A equipe da Unidade de Saúde pela força e colaboração nas tarefas diárias.

Aos pacientes pelo carinho e por ter me aceito como o médico da família.

## RESUMO

Este trabalho foi desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier, no município de Piraúba, Minas Gerais. Percebeu-se a necessidade de atuar junto aos usuários hipertensos que não aderiam corretamente ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, por ser um público prevalente na ESF. Além disso, grande parte dos usuários apresentam complicações da doença ocasionadas pelo descontrole pressórico. O objetivo foi elaborar um plano de intervenção para aumentar a adesão dos usuários ao tratamento da hipertensão na área de abrangência desta unidade. Inicialmente foi realizada uma revisão da literatura sobre o assunto e em seguida, reuniões com a equipe para traçar as ações, o cronograma de execução e os prazos das atividades a serem desenvolvidas. As ações foram baseadas nos seguintes nós críticos: hábitos e estilo de vida inadequados (sedentarismo, tabagismo, obesidade), baixo nível de informação dos usuários e de maior vulnerabilidade. Para agir sobre esses nós, serão realizadas atividades sócio educativas incentivando práticas de exercícios, diminuição e ou ausência do tabagismo, álcool e ingestão de sal. Será implantado grupos operativos, campanhas educativas e palestras na unidade de saúde da família além do cuidado continuado através de aferição de pressão arterial e oferecimento dos exames necessários, prescrição de medicamentos acessíveis e consultas médicas. Espera-se que com as ações os usuários melhorem seus conhecimentos e hábitos de vida para prevenir a hipertensão arterial sistêmica e suas complicações.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial. Fatores de risco. Tratamento.

## ABSTRACT

This work was developed in the Family Health Strategy (FHS) Mayor Dr. André Carlos Ferreira Xavier, in the municipality of Piraúba, Minas Gerais. He realized the need to work together to hypertensive patients who did not adhere properly to the treatment of Hypertension, being a prevalent public on the FHT. In addition, most users have complications of the disease caused by uncontrolled pressure. The goal was to develop an action plan to increase the membership of users to the treatment of hypertension in the area covered by this unit. Initially a literature review on the subject and then meeting with the team to trace the actions, the implementation schedule and deadlines of activities to be developed. The actions were based on the following critical problems: inadequate habits and style of life (sedentary lifestyle, smoking, obesity), low level of information of users and most vulnerable. To act on these nodes will be held socio educational activities encouraging exercise practices, and decrease or absence of smoking, alcohol and salt intake. It will be deployed operative groups, educational campaigns and lectures on health family unit beyond the care continued through measurement of blood pressure and offering the necessary tests, prescription affordable medicines and medical consultations. It is expected that with the users actions to improve their knowledge and lifestyle habits to prevent hypertension and its complications.

**Keywords:** Hypertension. Risk Factors. Treatment.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
ACS	Agente Comunitário de Saúde
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
MAPA	Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial
MRPA	Monitorização Residencial da Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PDACF	Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier
PA	Pressão Arterial
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Quadro 1** - Priorização dos problemas na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier, Piraúba, Minas Gerais.

**Quadro 2** - Operações sobre o nó crítico 1 relacionado ao problema Hábitos e estilo de vida inadequados da Estratégia de Saúde da Família Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier, Piraúba, Minas Gerais.

**Quadro 3** - Operações sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema Baixo nível de informação da Estratégia de Saúde da Família Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier, Piraúba, Minas Gerais.

**Quadro 4** – Operações sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema População de maior vulnerabilidade da Estratégia de Saúde da Família Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier, Piraúba, Minas Gerais.

**Quadro 5** – Recursos críticos relacionados a má adesão da hipertensão arterial da Estratégia de Saúde da Família Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier, Piraúba, Minas Gerais.

**Quadro 6** – Motivação dos autores.

**Quadro 7** – Plano de intervenção.

**Quadro 8** – Gestão do plano para enfrentamento da má adesão da HAS.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>1.1 Breves Informações Sobre o Município Piraúba</b> .....	10
<b>1.2 Sistema Municipal de Saúde</b> .....	10
<b>1.3 Estratégia de saúde da Família Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier, Território e População</b> .....	10
<b>1.4 Problemas de Saúde do Território e da Comunidade</b> .....	11
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	13
<b>3 OBJETIVO</b> .....	14
<b>3.1 Objetivo Geral</b> .....	14
<b>3.2 Objetivos Específicos</b> .....	14
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	15
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	17
<b>5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica</b> .....	17
<b>5.2 Fatores de Risco</b> .....	17
<b>5.3 Fatores Relacionados à HAS e Impactos Para Saúde</b> .....	19
<b>5.4 Diagnóstico e Tratamento</b> .....	20
<b>5.5 Adesão ao Tratamento</b> .....	21
<b>5.6 Ações de Prevenção e Controle</b> .....	22
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	24
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	33
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	34

## **1 INTRODUÇÃO**

O autor desse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é profissional médico da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier (PDACF), do município de Piraúba, Minas Gerais.

### **1.1 Breves Informações sobre o Município Piraúba**

Piraúba pertencente à mesorregião da Zona da Mata encontra-se a 262 quilômetros da capital Belo Horizonte. Possui aproximadamente 10.862 habitantes distribuídos em 81,15% pessoas que residem na zona urbana e 18,85% na zona rural (IBGE, 2010). Sua economia gira em torno da linha de produção de confecções de roupas, fábricas de móveis e a agricultura local (SIABMUN, 2015).

Os indicadores socioeconômicos do município têm apresentado uma melhoria nos últimos anos devido ao investimento público nos setores de saúde e educação, porém os indicadores nacionais (IDH Brasil: 0,730) continuam superiores, (IDH Piraúba: 0,684) (PNUD, 2010).

### **1.2 O Sistema Municipal de Saúde**

Piraúba possui quatro unidades da atenção primária e um hospital para atendimentos de urgência e emergência. Apresenta como referência para atendimentos de atenção secundária e terciária os municípios mineiros de Ubá e Juiz de fora, onde são direcionadas consultas especializadas, exames de média e alta complexidade e internações hospitalares (SIABMUN, 2015).

### **1.3 Estratégia de Saúde da Família Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier, território e população**

A ESF PDACF foi inaugurada em dezembro de 2007 e projetada para comportar os serviços de atendimento da atenção básica. Foi construída em um local de fácil acesso, centralizada na área de abrangência, possui acesso físico apropriado para os usuários cadeirantes e espaço para ambulância.

A unidade atende uma população de 2.089 pessoas sendo 1.027 do sexo masculino e 1.062 do sexo feminino. A equipe de profissionais da Saúde é composta por dois médicos, dois agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, um auxiliar de serviços gerais e uma recepcionista. Está dividida em quatro microáreas, sendo que duas estão cobertas por ACS e as outras não possuem cobertura devido a demissão das ACS responsáveis e a não contratação de novos funcionários (SIABMUN, 2015).

#### **1.4 Problemas de Saúde do território e da comunidade**

Ao decorrer da rotina de trabalho na ESF PDACF foi observado inúmeros problemas de saúde dos usuários e após reuniões, elencou-se àqueles considerados prioritários pela equipe da ESF: i) falta de medicamentos na unidade, o que torna necessário o auxílio do hospital para resolução de quadros agudos que já poderiam ser abordados inicialmente; ii) preenchimento incompleto do prontuário dificultando o atendimento e gerando consultas demoradas para obtenção dos dados, além de não possuir um prontuário digital que facilitaria a comunicação intersetorial e iii) acessibilidade a unidade em horário comercial, pois parte da população encontra-se trabalhando no horário de atendimento.

Mediante esse cenário, levantamos como um problema relevante o grande número de usuários hipertensos na área de abrangência onde muitos apresentam complicações causadas pela má adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como o acidente vascular encefálico (AVE). Ressalta-se que parte dos usuários acometidos pelo AVE estão em tratamento para reabilitação com fisioterapia na unidade.

Ainda em meio às observações, foi notória a baixa adesão ao tratamento devido a fatores como dificuldade de compreensão durante a consulta, conhecimento a respeito da doença e necessidade de tratamento. E ainda, o baixo investimento da gestão com campanhas de conscientização no município. Acredita-se que devido a esses problemas muitos usuários não utilizam anti-hipertensivos da forma correta e não aderem ao tratamento não medicamentoso que consiste no controle do peso, adoção de dieta balanceada e saudável, redução do consumo de

sal, cessação do tabagismo, realização de exercícios físicos e controle do estresse emocional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os nós críticos identificados pela equipe foram: hábitos e estilo de vida inadequados dentre eles o sedentarismo, tabagismo e obesidade. Outros nós evidenciados foram o baixo nível de informação e população de maior vulnerabilidade para complicações da HAS. Acredita-se que ações transformadoras voltadas para estes pontos seriam fundamentais para mudança do perfil da HAS na região sendo capaz de melhorar significativamente a evolução da doença, diminuindo as internações ocasionadas pelas complicações da doença.

Ao realizar o perfil de mortalidade da cidade foi verificado que uma das principais causas é o infarto agudo do miocárdio (IAM), seguido de doenças cerebrovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Com relação às principais causas de internações hospitalares, no período de janeiro a setembro de 2015 foi verificado que as doenças do aparelho circulatório foram a 3ª principal causa, ficando atrás das doenças do aparelho respiratório e dos pacientes internados devido a gravidez, parto e puerpério. E, em 2014, as doenças do aparelho circulatório foi a segunda principal causa de internação no município de Piraúba (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Na área de abrangência da ESF Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier existem 498 pessoas cadastradas com Hipertensão arterial. Após o levantamento rápido de dados verificamos que existem sabidamente 30 (6,02%) usuários com má adesão ao tratamento e quatro (0,8%) que possuem diagnóstico de HAS, mas não realiza nenhum tipo de tratamento (SIABMUN, 2015).

Assim, para aumentar a adesão de usuários em tratamento de hipertensão arterial sistêmica na ESF, verificou-se a necessidade de desenvolver um projeto de intervenção para que essas medidas sejam concretizadas e façam parte das ações prioritárias realizadas pela unidade de saúde. Espera-se que essas estratégias possam melhorar o controle pressórico dos usuários e diminuir taxas de internação hospitalar devido às complicações da HAS e conseqüentemente redução dos gastos públicos.

## 2 JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier realizou diagnóstico e levantamento dos principais problemas, sendo identificado o grande número de usuários hipertensos e a grande quantidade de sequelas causadas pela má adesão ao tratamento da HAS na comunidade.

A HAS é um problema de grande importância para a saúde pública, pois a mortalidade por doenças cardiovasculares (DCV) está diretamente relacionada com a elevação e descontrole da pressão arterial (PA) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007). Diante disso, a detecção precoce, tratamento e controle são fundamentais para diminuição da morbimortalidade pelas complicações dessa doença. Essa condição crônica de saúde é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento evitando novos casos e reduzindo complicações nos casos presentes.

Na área de atuação da ESF PDACF existe vários hipertensos sem controle efetivo da PA, com acompanhamento inadequado, baixo nível de informação além de usuários com diagnóstico confirmado sem realização de tratamento. Devido a esse quadro o trabalho proposto tem o intuito de melhorar o controle pressórico dos usuários hipertensos, evitando as complicações da doença.

É importante incorporar nas atividades da equipe, estratégias coletivas que busquem melhorar a qualidade da atenção à saúde, pois desta forma, seria possível alcançar um melhor controle dos níveis pressóricos dos usuários hipertensos.

Desta forma esse trabalho justifica-se devido à grande importância da abordagem desse problema e do desenvolvimento de um plano de ação para melhorar a adesão ao tratamento, reduzir as complicações da doença e diminuir os gastos públicos com tratamentos de intercorrências.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Implementar um projeto de intervenção para melhorar a adesão dos usuários ao tratamento da HAS na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família de Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier em Piraúba Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Realizar ações de educação em saúde com uma equipe multiprofissional para sensibilizar a população sobre a necessidade de adesão ao tratamento da HAS;
- Promover o processo de empoderamento dos usuários para incentivar mudanças dos hábitos e estilo de vida;
- Realizar busca ativa de indivíduos juntamente com os ACS para rastreamento dos usuários com HAS.

## 4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de planejamento estratégico situacional (PES) conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema (CAMPOS *et al.*, 2010). O PES propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo possibilitando integração dos pontos de vista dos vários setores sociais, e permite que os diferentes atores sociais evidenciem suas demandas, propostas e estratégias de solução. É dividido em quatro momentos: i) explicativo - no qual busca conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas, ii) normativo - são formuladas soluções para enfrentar esses problemas, iii) estratégico - busca analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaborada, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos e iv) tático-operacional - é o momento da execução de um plano (CAMPOS *et al.*, 2010; CORRÊA *et al.*, 2013).

Para elaboração do plano de ação deve-se conhecer todo o contexto no qual se pretende atuar, além de construir alternativas para reverter a situação-problema, ter compreensão do esforço necessário para realizá-lo e a capacidade para propor e viabilizar a intervenção (PAZ *et al.*, 2013).

Na ESF o problema identificado foi má adesão ao tratamento da HAS. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi à descrição do problema selecionado. Acredita-se que esse problema é de grande importância devido ao grande número de usuários portadores de HAS que não aderem ao tratamento e a falta de medidas na unidade que busquem mudanças nesse perfil.

Para a descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção de dados. Foram selecionados indicadores de frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento da má adesão ao tratamento da HAS.

Com o problema explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, passou-se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do

mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização.

Por meio de reuniões com a equipe, foi selecionado os seguintes nós críticos: hábitos e estilo de vida inadequado dentre eles o sedentarismo, tabagismo, obesidade, baixo nível de informação da população, população de maior vulnerabilidade. Acredita-se que ações direcionadas para esses nós críticos implicariam na mudança do perfil da HAS na região.

Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano. Os principais recursos observados foram: i) estrutural - devido à necessidade da disponibilização de um ambiente para realização das atividades e ii) financeiro - com necessidade de custeio de materiais para campanhas de conscientização e de exames e medicamentos necessários.

Identificados os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

O público alvo do projeto será todos os usuários que apresentam má adesão ao tratamento da HAS. Considera-se adesão ao tratamento da HAS o grau de coincidência entre a prescrição médica e orientações não farmacológicas com o comportamento adotado pelo usuário dentre eles o uso efetivo do medicamento, realização de mudanças no estilo de vida e comparecimento às consultas médicas (MANFROI; OLIVEIRA, 2006).

Para a elaboração do plano operativo, foi realizada uma reunião com todos os profissionais envolvidos no planejamento onde ficou estabelecido a divisão das responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma doença multifatorial caracterizada pelo aumento sustentado da pressão arterial, é uma das principais causas de morbi-mortalidade no mundo, considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública (WILLIAMS, 2010). Possui alta prevalência e baixas taxas de controle. Geram risco aumentado para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência renal e insuficiência cardíaca congestiva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). São responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos bastante elevados, além de aumentar progressivamente a mortalidade por DCV (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil a prevalência da HAS varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a valores maiores que 50% para indivíduos entre 60-69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2013).

O impacto ocasionado por esses níveis pressóricos elevados justifica a alta prioridade que deve ser dada à sua detecção e tratamento precoce. Apesar da grande variedade e disponibilidade dos agentes anti-hipertensivos disponíveis para o tratamento da HAS, menos de um terço dos usuários hipertensos adultos tem a sua pressão adequadamente controlada (ANDRADE *et al.*, 2002).

### 5.2 Fatores de risco

A HAS possui alguns fatores de risco, sendo eles modificáveis como excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo e fatores socioeconômicos, sendo o último difíceis de serem estabelecidos devido a sua complexidade (CONEN *et al.*, 2009).

O excesso de peso e obesidade se associa com maior prevalência de HAS desde jovens até a vida adulta, mesmo entre indivíduos que praticam atividades físicas. A obesidade central aumenta os risco de HAS e DCV. A ingestão de sal excessiva tem sido correlacionada com elevação da PA. O padrão alimentar da população brasileira é rico em sal, açúcar e gorduras, o que aumenta ainda mais a incidência da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e o seu consumo excessivo está associado com a ocorrência de HAS e aumento da mortalidade cardiovascular e geral (KOHLMANN *et al.*, 1999). A realização atividade física periódica reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Existem ainda os fatores de risco não modificáveis que incluem a idade, gênero, etnia e genética (WESCHENFELDER; GHE, 2012). Segundo a SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2010), existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos.

Com relação aos gêneros, a prevalência entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década, em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos negros (CESARINO *et al.*, 2008). A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para predizer o risco individual de desenvolver HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

As demais características, tais como etnia, estado civil, escolaridade, renda salarial e ocupação, não influenciam significativamente no controle da PA (PIERIN *et al.*, 2011).

É importante destacar que grande parte dos usuários hipertensos possui conhecimento sobre o tratamento não medicamentoso e são capazes de identificar as principais medidas para melhorar o controle pressórico como melhora nos hábitos alimentares, interrupção do tabagismo, redução do peso, prática de exercícios, redução da ingestão de bebida alcoólica (FIRMO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2004).

### 5.3 Fatores relacionados à HAS e impactos para a saúde

A principal causa de morte em todo o mundo são constituídas pelas DCV (SCHMIDT *et al.*, 2011). É crescente o número de pessoas que morrem anualmente dessas doenças quando comparadas com qualquer outra causa, dentre as principais, podemos considerar doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e as doenças dos vasos periféricos, incluindo patologias da aorta, dos rins e de membros (BRASIL, 2006). No Brasil, as DCV são a primeira causa de morbimortalidade em adultos. Destaca-se que a HAS, além de ser uma doença cardiovascular, multiplica o risco para adquirir outras doenças cardiovasculares (SILVA; CADE; MOLINA, 2012).

A hipertensão contribui com efeitos adversos graves na saúde, incluindo, entre outras, mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral (UNA-SUS/UFMA, 2014). Recomenda-se o rastreamento a cada dois anos nas pessoas com PA menor que 120/80 milímetros de mercúrio (mmHg) e rastreamento anual se a pressão sistólica estiver entre 120 e 139 mmHg ou a diastólica entre 80 e 90 mmHg (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004).

A HAS é um fator de risco cardiovascular de alta prevalência no nosso país que pode ser controlado com a diminuição dos níveis pressóricos com auxílio da terapia farmacológica específica, atividade física regular, alimentação saudável; interrupção do tabagismo; adequação do peso e da circunferência abdominal (BRASIL, 2010). Quando está indicado o uso de anti-hipertensivos, devemos optar pelo uso de um diurético tiazídico. As intervenções de intensidade moderada iniciam com a intensificação de hábitos de vida saudáveis sendo eles a recomendações de dieta com características nutricionais cardioprotetoras; a diminuição do uso do álcool; e aumento das quantias de fitosteróis, grãos e feijões ingeridas.

O uso de medicações para interrupção do tabagismo deve ser considerado se o usuário não tenha parado apenas com o aconselhamento do médico. Pode-se considerar o uso de antiplaquetários (aspirina, se possível), principalmente nos que possuem maior risco. Já as intervenções de alta intensidade incluem o uso de fármacos como estatinas e inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA). Nos usuários pós Infarto do miocárdio e portadores de insuficiência cardíaca consideramos o uso do beta-bloqueador (BRASIL, 2006).

O Diabetes *Mellitus* é um fator de risco cardiovascular importante é considerada como equivalente coronariano necessita de tratamento intensivo em termos de meta para controle da pressão e dos níveis de colesterol. O controle rigoroso da PA aumenta a sobrevida do usuário com diabetes, pois estes são muito vulneráveis ao efeito deletério da hipertensão arterial (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2002).

A identificação precoce e a abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da HAS devem fazer parte das metas dos profissionais de saúde, principalmente na população de alto risco. Entre as medidas preventivas, destacam-se a adoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividade física e a cessação do tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

#### **5.4 Diagnóstico e tratamento**

Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

O principal método diagnóstico é a aferição ambulatorial com esfigmomanômetro, considerando hipertensão os adultos com pressão sistólica igual ou superior a 140 mmHg ou uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg. Devido à variabilidade individual da medida da pressão arterial, é recomendado, para que seja feito o diagnóstico, que se obtenham duas ou mais aferições em pelo menos duas ou mais visitas ao longo de um período de uma ou mais semanas. A relação entre a pressão diastólica e sistólica com o risco cardiovascular é contínua e gradual. O nível de pressão elevado não deve ser o único valor para determinar o tratamento, deve ser considerado o perfil global de risco cardiovascular para tomar a decisão de tratamento. Estima-se que são necessárias de 274 a 1.307 pessoas rastreadas para HA acompanhadas por um período de cinco anos com tratamento efetivo para evitar uma morte (BRASIL, 2010).

As novas orientações recomendam a utilização da monitorização ambulatorial de pressão arterial (MAPA) e da monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) na investigação de usuários com suspeita de hipertensão. Orienta-se que

sempre que for possível, medir a PA fora do consultório para esclarecimento do diagnóstico, identificação da hipertensão do avental branco (HAB) e da hipertensão mascarada (BRASIL, 2006; TOBE *et al.*, 2009).

A decisão terapêutica não deve ser tomada apenas pelo nível da PA, deve ser baseada no risco cardiovascular, considerando se o usuário possui fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida. Para usuários hipertensos sem risco adicional deve considerar o tratamento não-medicamentoso isolado; para os usuários com risco adicional baixo realizar Tratamento não-medicamentoso isolado por até seis meses, caso não atinja a meta, associar tratamento medicamentoso; para aqueles com risco adicional médio, alto e muito alto o tratamento não-medicamentoso mais medicamentoso está indicado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O diagnóstico precoce e o tratamento efetivo da HAS constitui o meio mais eficiente de combater as complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

## **5.5 Adesão ao tratamento**

O questionamento que se faz sobre o controle insatisfatório da HAS é que tal situação pode ser devido à redução insuficiente dos níveis da PA pela proposta de tratamentos pouco eficazes. Outra possibilidade para o controle ineficiente está relacionada com a pouca ou a falta de adesão ao tratamento (LESSA, 2010). Cerca a 40% a 60% dos usuários não fazem uso da medicação prescrita de maneira correta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Essa porcentagem aumenta quando a falta de adesão relaciona-se a itens como estilo de vida inadequado, ressaltando-se dieta, sedentarismo, tabagismo, etilismo, entre outros fatores que interferem no tratamento. Podemos considerar adesão ao tratamento o grau de cumprimento das medidas terapêuticas propostas, sejam elas medicamentosas ou não medicamentosas, com o objetivo de manter a pressão arterial em níveis normais (CAR; PIERIN; AQUINO, 1991; LESSA, 2010).

No Brasil a taxa de usuários em tratamento da HAS gira em torno de 34,9% e a de controle em 26,1% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Usuários que possuem sua PA controlada são aqueles que, sabidamente, mantêm uma boa aderência ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. De acordo com Andrade *et al.* (2002), cerca de 16% a 50% dos usuários, descontinuam a medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso e grande parte daqueles que permanecem em uso da medicação fazem de maneira inadequada. Assim, a não aderência constitui um sério problema e deve ser considerada um dos principais obstáculos para um tratamento eficaz da HAS (SILQUEIRA *et al.*, 2007).

Vários fatores influenciam nesse processo de má aderência tais como os relacionados ao usuário, como características biossociais; à doença na sua cronicidade como ausência de sintomas e consequências tardias; ao tratamento como os efeitos adversos das medicações e esquemas complexos; aspectos institucionais como acessibilidade ao serviço de saúde e ao relacionamento da equipe de saúde com o usuário (CONSTANTINE *et al.*, 2008).

Mesmo com o amplo arsenal farmacológico para tratamento da HAS, como as variadas formas não terapêuticas, apenas 10% da população brasileira apresentam controle da pressão arterial, confirmando que a adesão ao tratamento da HAS é um desafio para os profissionais da saúde (TACON *et al.*, 2012).

## **5.6 Ações de prevenção e controle**

O controle da pressão arterial é fundamental para a prevenção de lesão a órgãos induzida pela hipertensão, desta forma usuários com bom controle pressórico reduzem significativamente os riscos de complicações, internações e mortes precoces (CIPULLO *et al.*, 2009).

Os profissionais da atenção básica apresentam grande importância nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da HAS. Deve-se manter o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle da hipertensão (BRASIL, 2013).

Para que se possa atingir e manter os níveis pressóricos controlados, o usuário hipertenso requer estímulo constante para as mudanças de estilos de vida e

ajustes ao tratamento. Esses estímulos podem ser realizados com inserção de medidas de educação continuada através de atividades coletivas. Diante do panorama traçado, ressalta-se a grande importância do direcionamento de programas e políticas de saúde para a atenção no contexto da HAS. A criação de uma rede de informação que sustente a caracterização da população-alvo e permita viabilidade do seguimento desses usuários constitui etapa importante da assistência (PIERIN *et al.*, 2011).

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção para abordagem da adesão ao tratamento da hipertensão na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier foi elaborado a partir dos 10 passos utilizados para realização do Planejamento Estratégico Situacional.

### 6.1 Primeiro passo: definição dos problemas

Através da Estimativa rápida foi possível identificar os principais problemas da unidade:

- Acessibilidade ao atendimento médico;
- Falta de medicamentos na unidade;
- Má adesão ao tratamento da HAS;
- Preenchimento incompleto do prontuário;

### 6.2 Segundo passo: priorização dos problemas

Identificados os problemas, foi priorizado um deles, devido à impossibilidade da abordagem de todos nesse momento. Para selecioná-lo, foi considerada a sua importância, urgência e a capacidade para enfrentamento, conforme apresentado no quadro 1.

**Quadro 1** - Priorização dos problemas na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier, Piraúba, Minas Gerais.

<b>Problemas principais</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Acessibilidade	Alta	2	Fora	4
Falta de medicamentos na unidade	Alta	4	Parcial	2
Má adesão ao tratamento da HAS	Alta	8	Parcial	1

---

Preenchimento incompleto do prontuário	Alta	4	Parcial	3
--	------	---	---------	---

---

### 6.3 Terceiro passo: descrição do problema

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares, por ser inicialmente assintomática em grande parte dos casos, a não adesão ao tratamento aumenta o risco a IAM, AVC e doença renal crônica (BRASIL, 2006). É uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, considerada um dos principais fatores de risco modificáveis com alta prevalência e baixas taxas de controle (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier, há um grande número de hipertensos que não aderem corretamente ao tratamento adequado. Desta forma, construir um plano de intervenção que consiga melhorar essa realidade é importante, pois implica em mudanças no perfil da saúde desta comunidade, levando a melhora da qualidade de vida dos usuários com redução das complicações ocasionadas pela má adesão, e consequentemente diminuição dos gastos públicos.

### 6.4 Quarto passo: explicação do problema

A má adesão ao tratamento da HAS engloba vários fatores, dentre eles podemos considerar o acompanhamento inadequado pelos profissionais da atenção básica, o baixo nível de informação da população e a ausência de estímulos para mudança dos hábitos e do estilo de vida. Devido a esse quadro o trabalho proposto tem o intuito de melhorar o controle pressórico dos usuários, evitando as complicações da HAS.

Os profissionais de saúde possuem importância fundamental no controle da hipertensão arterial, tanto na realização do diagnóstico clínico quanto na conduta terapêutica e seguimento desses usuários.

Para enfrentar esse problema, a equipe formulou a seguinte pergunta para direcionar a elaboração de um plano de ação: A implementação do projeto de

intervenção melhora a adesão dos usuários ao tratamento da HAS? A partir dessa pergunta norteadora são propostas ações para enfrentar o problema da HAS em usuários da ESF Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier.

### **6.5 Quinto passo: seleção dos nós críticos**

Os nós críticos identificados são:

- Hábitos e estilo de vida inadequados (sedentarismo, tabagismo, obesidade);
- Baixo nível informação da população;
- Identificar os usuários de maior vulnerabilidade.

### **6.6 Sexto passo: desenho das operações**

Foram criadas soluções e estratégias para enfrentamento do problema através da descrição das operações, identificação de produtos e resultados. As operações são ações desenvolvidas durante a execução do plano. As ações serão apresentadas de acordo com cada nó crítico identificado.

**Quadro 2** – Operações sobre o nó crítico 1 relacionado ao problema Hábitos e estilo de vida inadequados da Estratégia de Saúde da Família Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier, Piraúba, Minas Gerais.

<b>Operações</b>	<b>Ações Desenvolvidas</b>
<b>Nó Crítico 1</b>	Hábitos e estilo de vida inadequados (sedentarismo, tabagismo, obesidade).
<b>Operação</b>	Criar atividades socioeducativas para promover mudança dos hábitos e do estilo de vida.
<b>Projeto</b>	Projeto de Realização de atividades sócioeducativas, incentivando práticas de exercício, cessação e/ou diminuição do tabagismo, da ingestão de sal e álcool.
<b>Resultados Esperados</b>	Reduzir obesidade, melhorar qualidade de vida, incentivar prática de exercício e cessação do tabagismo.
<b>Produtos Esperados</b>	Atividades sócioeducativas em locais estratégicos.
<b>Recursos Necessários</b>	Estrutural: Local para realização das atividades. Cognitivo: informação. Financeiro: Cartazes, panfletos informativos material audiovisual. Político: Mobilização social, permissão para atividades.

**Quadro 3** – Operações sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema Baixo nível de informação da Estratégia de Saúde da Família Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier, Piraúba, Minas Gerais.

<b>Operações</b>	<b>Ações desenvolvidas</b>
<b>Nó Crítico 2</b>	Baixo nível de informação da população.
<b>Operação Projeto</b>	Aumentar o conhecimento da população sobre HAS. Realização de campanhas educativas, palestras na unidade de saúde e educação coletiva.
<b>Resultados Esperados</b>	Aumentar o conhecimento da população sobre HAS.
<b>Produtos Esperados</b>	Identificação do grau de conhecimento da população; realização de campanhas de promoção e prevenção da HAS; Aumentar o comprometimento dos usuários com o tratamento da HAS.
<b>Recursos Necessários</b>	Estrutural: Local para realização dos grupos e campanhas. Cognitivo: Conhecimento, Informação. Financeiro: Cartazes, panfletos, materiais audiovisuais. Político: Mobilização social, disponibilização de funcionários e materiais para as campanhas.

**Quadro 4** – Operações sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema População de maior vulnerabilidade da Estratégia de Saúde da Família Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier, Piraúba, Minas Gerais.

<b>Operações</b>	<b>Ações desenvolvidas</b>
<b>Nó Crítico 3</b>	População de maior vulnerabilidade.
<b>Operação</b>	Identificar usuários com maior vulnerabilidade para complicações da HAS.
<b>Projeto</b>	Identificação dos usuários através de entrevistas, busca ativa nos prontuários e aferição de pressão, oferecimento dos exames necessários, prescrição de medicamentos acessíveis, consultas com especialistas e acessibilidade ao atendimento médico.
<b>Resultados Esperados</b>	Diagnosticar precocemente e prevenir as complicações da HAS.
<b>Produtos Esperados</b>	Pesquisa através de entrevistas, busca ativa nos prontuários, aferição de pressão.
<b>Recursos Necessários</b>	Estrutural: Local para atendimento. Cognitivo: Informação Financeiro: Custeio de exames, aparelho de aferição de PA, Medicamentos, consultas especializadas. Político: Articulação entre os níveis de atenção, disponibilização de exames, mobilização social.

### **6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos**

Para cada nó crítico foram identificados os recursos críticos necessários para implementação de cada operação, descritos no quadro 5 a seguir.

**Quadro 5** - Recursos críticos relacionados a má adesão da hipertensão arterial da Estratégia de Saúde da Família Prefeito Dr. André Carlos Ferreira Xavier, Piraúba, Minas Gerais.

<b>Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>
Mudança dos Hábitos e do estilo de vida	Estrutural: disponibilidade do ambiente para realização das atividades.
Conhecimento da População sobre HAS	Financeiro: Recursos para confecção de cartazes, panfletos informativos e materiais audiovisuais.
Identificação dos usuários com maior vulnerabilidade para complicações da HAS	Financeiro: Recurso para realização de exames, compra de material médico necessário, custeio de consultas especializadas e custeio de medicação.

### 6.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Para viabilidade do plano foi identificado os atores que controlam os recursos críticos, seu posicionamento em relação ao problema e a ação estratégica necessária para modificar sua motivação, descritos na tabela abaixo.

**Quadro 6** - Motivação dos autores

<b>Operação</b>	<b>Ator que Controla</b>	<b>Motivação</b>	<b>Ação Estratégica de Motivação</b>
Modificar hábitos e estilo de vida.	Médico, Enfermeiro, Técnica em enfermagem, ACS.	Favorável	Não é necessário
	Secretaria de Saúde	Favorável	
Aumentar o conhecimento da população sobre HAS.	Médico, Enfermeiro, Técnica em enfermagem, ACS.	Favorável	Apresentar o projeto
	Secretaria de saúde	Indiferente	
Identificar os usuários de maior vulnerabilidade.	Médico, Enfermeiro, Técnica em enfermagem, ACS.	Favorável	Não é necessário
		Favorável	

### 6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

O plano operativo possui como principal finalidade a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas e estabelecimento de prazos para o cumprimento das ações.

Para obter a efetividade no plano de ação em saúde é necessário a elaboração de um modelo de avaliação e monitoramento. Assim 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 7 - Plano de intervenção

<b>Operação</b>	<b>Prazo de Implantação</b>	<b>Responsáveis</b>
Modificar hábitos e estilo de vida.	3 meses	Médico, Enfermeiro, Técnica em enfermagem, ACS.
Aumentar o conhecimento da população sobre HAS.	3 meses	Médico, Enfermeiro, Técnica em enfermagem, ACS.
Identificar os usuários de maior vulnerabilidade.	3 meses	Médico, Enfermeiro, Técnica em enfermagem, ACS.

### 6.10 Décimo passo: gestão do plano

A tabela a seguir representa as ações que serão desenvolvidas ao longo da execução do plano.

**Quadro 8:** Gestão do plano para enfrentamento da má adesão da HAS.

<b>Operação</b>	<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>
Modificar hábitos e estilo de vida.	Reuniões com a população para analisar o envolvimento com as atividades e o interesse de mudança dos hábitos e do estilo de vida.
Aumentar o conhecimento da população sobre HAS.	Reunião com a equipe após o prazo de implantação, seguida de reuniões mensais para analisar os resultados e verificar o conhecimento adquirido.
Identificar os usuários de maior vulnerabilidade.	Após o prazo, analisar os prontuários e dados dos atendimentos. Identificar os usuários que não fazem acompanhamento e buscá-los ativamente.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de monitoramento será realizado com base no planejamento situacional, ações modificadoras voltadas aos nós críticos serão implantadas na unidade. O principal desafio encontrado está sendo a dificuldade para estabelecer uma rotina de acompanhamento para os usuários hipertensos. Já foi iniciada a identificação dos usuários com má adesão ao tratamento da HAS para que as medidas socioeducativas possam ser realizadas e direcionadas para a população alvo.

A consolidação das medidas de promoção de saúde na rotina da atenção primária é de grande importância para o tratamento da HAS e, juntamente com o diagnóstico precoce e tratamento adequado, poderá colaborar na redução da morbimortalidade e no aumento da adesão ao tratamento.

Sendo assim espera-se que esse trabalho possa contribuir para modificar o perfil da má adesão ao tratamento da HAS, por meio do aprimoramento das práticas de atenção a saúde da ESF PADCF do município de Piraúba/MG.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J.P.; BOAS, F.V.; CHAGAS, H. ANDRADE, M. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arq Bras Cardiol**, Salvador, v.79, supl 4, p. 375-379, 2002.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. **Diabetes Care**, v. 25, s. 1, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Cadernos de Atenção primária**. n. 15 Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. **Cadernos de Atenção Básica**. n. 14 Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rastreamento. **Cadernos de Atenção primária**. n. 29 Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica n.37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, p. 118, 2010.
- CAR, M. R.; PIERIN, A. M. G.; AQUINO, V. L. A. Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.25, p. 259-269, 1991.
- CESARINO, C. B; *et al.* Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq Bras Card**, v.91, n.1, p.31-35, 2008.
- CIPULLO, J. P. *et al.* Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v.94, n.4, 2010.
- CONEN D.; *et al.* Socioeconomic status, blood pressure progression, and incident hypertension in a prospective cohort of female health professionals. **Eur. Heart. J.**, v. 30, p. 1378–1384, 2009.
- CONSTANTINE, R.; *et al.* Strategies for controlling blood pressure among low-income populations in Georgia. **Prev. Chronic Dis.**, v. 5, n. 2, 2008. Disponível em: <[http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/apr/07\\_0200.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/apr/07_0200.htm)> Acesso em 13 de janeiro 2016.
- CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 08 de janeiro de 2016.

FIRMO, J. O. A.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 512-521, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), **indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 08 de janeiro de 2016.

KOHLMANN J. O.; *et al.* III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 257-286, Aug. 1999. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27301999000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000400004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 de janeiro de 2016.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n. 8, ago 2010. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311x2010000800001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311x2010000800001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 de janeiro de 2016.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações de Saúde (TABNET) Estatísticas Vitais**. 2013. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10>> Acessado em: 20 de novembro de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIHD/>> Acessado em: 20 de novembro de 2015.

PAZ, A. A. M. *et al.* **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: <[http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc\\_Orientador\\_PIL.pdf](http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf)>. Acesso em: 08 de janeiro de 2016.

PIERIN, A. M. G. *et al.* Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1389-1400, 2011.

**PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNDU)**. 2010. Disponível em: < <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/ranking-idhm->

municipios-2010.aspx> Acesso em: 10 de novembro de 2015.

SCHMIDT, M. I.; *et al.* Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet.**, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, 2011.

SILQUEIRA, S. M. F.; *et al.* A consulta de enfermagem como estratégia para a mudança no estilo de vida de pacientes hipertensos. **REME – Ver. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 331-337, 2007.

SILVA, V. R.; CADE, N. V.; MOLINA, M.C.B. Risco coronariano e fatores associados em hipertensos de uma unidade de saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro. v. 20, n. 4, p. 439-44. 2012.

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA MÓDULOS MUNICIPAL (SIABMUN)**. 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>> Acesso em: 10 de novembro 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** p. 1-48, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 89, n. 3, p. 24-79, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI. **Rev Bras Hipertens** v.17, supl. 1, p. 7-11, 2010.

TACON, K. C.; PEREIRA, S. A.; SANTOS, H.C.; CASTRO, E.C.; AMARAL, W.N. Perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica em paciente atendidos em uma instituição de ensino superior. **Rev. Bras. Clin. Med.** São paulo, v.10, n.03,p. 189-193, 2012.

TOBE, S.; *et al.* Evidence-Based Recommendations Task Force 2008 for the 2009 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for the Management of Hypertension. **hypertension.ca/chep/wp-content/uploads/2009/04/09-complete-recs. pdf.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UNA-SUS/UFMA). Saúde do adulto e a Saúde da Família: **acolhimento da demanda e classificação de risco**/Dayana Dourado de Oliveira Costa; Edeane Rodrigues Cunha; Regimarina Soares Reis (Org.). - São Luís, 2014.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **NIH Publication** n. 04-5230, 2004. WESCHENFELDER M. D.; GUE M. J. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. **Enferm. glob.**, , v. 11, n. 26, p. 344-353, abr. 2012. Disponível em <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000200022&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200022&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 10 de novembro 2015.

WILLIAMS B. The year in hypertension. **JACC** v. 55, n.1, p. 66-73, 2010.