

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

ANNIE SUAREZ RODRIGUEZ

**ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA COMUNIDADE NOSSA SENHORA DO CARMO EM
CORONEL FABRICIANO- MINAS GERAIS**

IPATINGA - MINAS GERAIS

2018

ANNIE SUAREZ RODRIGUEZ

**ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA COMUNIDADE NOSSA SENHORA DO CARMO EM
CORONEL FABRICIANO- MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

IPATINGA - MINAS GERAIS

2018

ANNIE SUAREZ RODRIGUEZ

**ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA COMUNIDADE NOSSA SENHORA DO CARMO EM
CORONEL FABRICIANO- MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira – orientadora (UFMG)

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 09 de junho de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, por dar-me toda a força para seguir dando o melhor de mim aqui no Brasil. Aos meus professores, que me ajudaram a chegar ao final deste projeto.

AGRADECIMENTOS

A Deus por dar-me força para suportar a distância da minha família e reverter essa tristeza em luta pelo bem da sociedade brasileira, que me acolheu com tanto respeito.

Aos professores brasileiros que tanto me ajudaram em especial a Maria Dolôres Soares Madureira, pela gentileza, paciência e amor ao me orientar.

"O mais importante é a mudança, o movimento, o dinamismo, a energia. Só o que está morto não muda! Repito por pura alegria de viver: a salvação é pelo risco, sem o qual a vida não vale à pena!"

Clarice Lispector

RESUMO

O município de Coronel Fabriciano possui uma população estimada para 2017 de 110.326 habitantes em uma área de 221.252 Km² e localiza-se na região do vale do aço no estado de Minas Gerais. A rede de saúde do município é composta por 13 Unidades de Atenção Primária à Saúde e 14 equipes de Estratégia de Saúde da Família. As referências para a média e alta complexidade são os municípios de Belo Horizonte e Ipatinga, Governador Valadares, Tarumirim, Bom Jesus do Galho, Muriaé e Sabinópolis. A área de abrangência da equipe apresenta 934 famílias cadastradas em sua totalidade. As morbidades encontradas na UBS em estudo foram Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Pneumonia, Acidente Vascular Encefálico e dor precordial, sendo o problema priorizado na área de abrangência a hipertensão e seus “nós críticos”. Os problemas foram hierarquizados de acordo com a importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe. Portanto pretende-se elaborar uma proposta de intervenção para o desenvolvimento de ações educativas para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência equipe de saúde da localidade Nossa Senhora do Carmo em Coronel Fabriciano. Utilizou-se o método de planejamento estratégico situacional, fazendo uma análise situacional e, a partir de revisão de literatura, uma descrição sobre o tema. Concluiu-se que os projetos “Hábitos e estilos de vida saudáveis na praça”, “O controle da Hipertensão é de sua responsabilidade” e “Saber mais para cuidar Melhor” sejam apropriados para a modificação dos hábitos e estilo de vida dos pacientes hipertensos; para conscientizar os pacientes sobre os fatores de risco da não adesão ao tratamento medicamentoso e quanto aos benefícios do uso contínuo de medicamentos; capacitar os profissionais da saúde no acolhimento, atendimento e fortalecimento do vínculo profissional/usuário, proporcionando-lhes um retorno positivo sobre a qualidade de vida e o sistema de saúde em geral. Espera-se que a execução do plano de ações possibilite a redução do alto índice da hipertensão arterial sistêmica e suas consequências na comunidade.

Palavras-chave: Hipertensão. Risco. Educação em saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The municipality of Coronel Fabriciano has an estimated population for 2017 of 110,326 inhabitants in an area of 221,252 km² and is located in the region of the steel valley in the state of Minas Gerais. The health network of the municipality is composed of 13 Units of Primary Health Care and 14 teams of Family Health Strategy. The reference for medium and high complexity are the municipalities of Belo Horizonte and Ipatinga, Governador Valadares, Tarumirim, Bom Jesus do Galho, Muriaé and Sabinópolis. The area covered by the team has 934 families registered in its entirety. The morbidities found in the Basic Health Unit under study were Systemic Arterial Hypertension, Diabetes Mellitus, Pneumonia, Stroke and precordial pain. The problem was prioritized in the area of hypertension and its "critical nodes". The problems were categorized according to the importance, urgency and coping capacity of the team. Therefore we intend to draw up a proposal for the development of educational activities for the control of Hypertension in the area covered by the health team location our Nossa Senhora do Carmo in Coronel Fabriciano. We used the situational strategic planning method, making a situational analysis and, from a literature review, makes a description about the theme. It was concluded that the projects "Healthy habits and lifestyles in the square", "The control of hypertension is their responsibility" and "Know more to take care of better" are appropriate for the modification of the habits and lifestyle of hypertensive patients; make patients aware of the risk factors for non-adherence to drug treatment and the benefits of continued drug use; to train health professionals in the reception, care and strengthening of the professional / user relationship, providing them with a positive return on the quality of life and the health system in general. It is expected that the implementation of the plan of action makes it possible to reduce the high rate of hypertension and its consequences in the community.

Key words: Hypertension. Risk factors. Health education. The family health strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente comunitário de saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CASAM	Centro de Atenção à Saúde Mental
CEPS	Centro de Especialidades em Programas de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DVP	Doença Vascular Periférica
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
NEPS	Núcleo Especializado em Programas de Saúde
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PA	Pressão Arterial
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
RMVA	Região Metropolitana do Vale do Aço
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Morro do Carmo, município de Coronel Fabriciano, estado de Minas Gerais.....	17
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” (Hábitos e estilos de vida inadequados) relacionado ao problema “Hipertensão Arterial Sistêmica e baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Laranja, do município Coronel Fabriciano, estado de Minas Gerais.....	28
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” (Dificuldade dos pacientes em tomar os medicamentos) relacionado ao problema “Hipertensão Arterial Sistêmica e baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Laranja, do município Coronel Fabriciano, estado de Minas Gerais.....	29
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” (Falha na comunicação da equipe com os pacientes) relacionado ao problema “Hipertensão Arterial Sistêmica e baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Laranja, do município Coronel Fabriciano, estado de Minas Gerais.....	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Aspectos gerais do município.....	11
1.2 Aspectos da comunidade.....	11
1.3 O sistema municipal de saúde.....	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde da Comunidade Nossa Senhora do Carmo.....	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família Laranja.....	13
1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.	14
1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção.....	15
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivo geral.....	18
3.2 Objetivos específicos.....	18
4 METODOLOGIA.....	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
5.1 A hipertensão.....	20
5.2 Fatores que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo.....	21
5.3 Medidas na atenção primária à saúde que incentivam a adesão ao tratamento.....	22
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	26
6.1 Descrição do problema selecionado.....	26
6.2 Explicação do problema.....	26
6.3 Seleção dos nós críticos.....	26
6.4 Desenho das operações.....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município

Coronel Fabriciano é um município do estado de Minas Gerais, região Sudeste do país. Pertence à mesorregião do Vale do Rio Doce, à microrregião de Ipatinga e à Região Metropolitana do Vale do Aço e se localiza a leste da capital do estado, distando desta cerca de 200 km (IBGE, 2017).

O município de Coronel Fabriciano faz limites com os municípios de Joanésia e Mesquita a norte, Ferros a oeste, Antônio Dias a sudoeste, Ipatinga a leste e Timóteo a sul. A intensificação do crescimento da região tem tornado as fronteiras políticas entre seus municípios pouco efetivas, formando-se a Região Metropolitana do Vale do Aço (RMVA) com os municípios: Coronel Fabriciano, Ipatinga, Santana do Paraíso e Timóteo, além dos outros 24 que fazem parte do chamado colar metropolitano.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), ocupa uma área de pouco mais de 221,252 km², representando 0,0377% do estado de Minas Gerais, 0,0239% da Região Sudeste do Brasil e 0,0026% de todo o território brasileiro; possui 17 km² em área urbana. Sua população estimada para 2017 é de 110.326 habitantes (IBGE, 2017).

1.2 Aspectos da comunidade

Nossa Senhora do Carmo é um bairro de Coronel Fabriciano e localiza-se no Setor 1 do Distrito-Sede. É vizinho do Centro da cidade e juntamente com parte do bairro Nossa Senhora da Penha constitui o segundo aglomerado subnormal mais populoso de Coronel Fabriciano, o chamado Morro do Carmo, que reúne 3.500 habitantes e 644 domicílios particulares, segundo o IBGE em 2010 distribuídos em uma área de 0,2 km² (IBGE, 2017).

A população é muito humilde com grande número de desempregados e subempregados. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. A estrutura de saneamento básico na comunidade é precária, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. O

analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre menores de 18 anos.

1.3 O sistema municipal de saúde

Em 2009, Coronel Fabriciano contava 78 estabelecimentos de saúde, incluindo hospitais, pronto-socorro, unidades de saúde e serviços odontológicos; 57 deles eram privados, 20 públicos municipais e um público estadual. Neles havia 143 leitos para internação, sendo 98 deles cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Hospital Doutor José Maria Morais Hospital é o principal hospital de Coronel Fabriciano com atendimento público e leitos para internação, entretanto não conta com maternidade; não existe maternidade pública no município. O Hospital Metropolitano Unimed Vale do Aço oferece atendimento emergencial e internação, porém não atende pelo SUS, servindo apenas à população que conta com planos de saúde ou particular.

A rede de saúde do município é composta por 13 Unidades de Atenção Primária à Saúde e 14 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), possuindo ainda um Centro de Especialidades em Programas de Saúde (CEPS), além de um Centro de Atenção à Saúde Mental (CASAM) onde é disponibilizado atendimento de psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais. Aos pacientes com doenças sexualmente transmissíveis e Tuberculose e Hanseníase é oferecido atendimento especializado no Núcleo Especializado em Programas de Saúde (NEPS). Conta também com Núcleo Odontológico, Setor de Fisioterapia, NEPS, programa de pré-natal de alto risco (PNAR), Programa de DSTs com testagens e tratamentos rápidos, laboratórios municipais, farmácia central e farmácias nas unidades de saúde, Hospital Municipal São Camilo e Apoio do “Corujão” (plantão de 16h às 22h com especialistas variados).

O município possui seis ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de atendimento dentro e fora da cidade, um micro-ônibus para o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e seis carros pequenos para serviços ambulatoriais.

A referência para a média e alta complexidade são os municípios de Belo Horizonte, Ipatinga, Governador Valadares, Tarumirim, Bom Jesus do Galho, Muriaé e

Sabinópolis. Ainda não funciona corretamente o sistema de referência e contrarreferência, entretanto, a gestão pública da Secretaria de Saúde e o gabinete procuram maneiras de solucionar tal questão.

1.4 A Unidade Básica de Saúde da Comunidade Nossa Senhora do Carmo

A Estratégia de Saúde da Família Morro do Carmo, equipe laranja, abrange uma população de 3496 pessoas cadastradas, composta por seis micro áreas, sendo todas localizadas na zona urbana. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é de fácil acesso para a população e tem uma boa infraestrutura, tendo as consultas ar condicionado e boa iluminação. Está integrada por uma gerente, uma médica, uma enfermeira, técnicas de enfermagem, farmacêutico, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), recepcionista e faxineira.

A UBS no ano passado foi avaliada pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), obtendo bons resultados. Tem como princípio oferecer a possibilidade de um cuidado contínuo para a população, baseado em promoção e prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis, assim como suas complicações.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Laranja

A equipe de Saúde da Família Laranja, onde atuo, conta com um total de 13 funcionários: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um supervisor, um auxiliar de serviços gerais e dois vigias.

A área de abrangência da equipe apresenta 644 famílias cadastradas em sua totalidade. Quanto à área física, a UBS possui: área destinada à recepção, que é pequena, uma sala de espera onde não existe espaço nem cadeiras para todos, sendo que muita gente tem que aguardar o atendimento em pé.

As reuniões com a comunidade, grupos de HIPERDIA, por exemplo, são realizadas na sala de espera porque não temos uma sala maior. A unidade tem também dois consultórios, sendo um para a ginecologia, uma sala de curativo, uma sala de vacina, uma sala de triagem, uma farmácia, um almoxarifado, uma sala de expurgo, uma cozinha, uma lavanderia e quatro banheiros.

No seu dia a dia, a equipe de Saúde da Família Laranja trabalha continuamente, a fim de contribuir com o controle dos principais problemas de saúde enfrentados pela comunidade como: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), levando para os pacientes um estado de saúde favorável.

Esta unidade possui vários grupos de intervenção comunitária para pacientes diabéticos, hipertensos e saúde mental que fazem consultas programadas de pré-natal e puericultura com seguimento contínuo pelo pediatra e obstetra em caso necessário. Além do programa de prevenção do câncer de colo de útero através das coletas de exames citopatológicos. A mamografia é indicada como outra forma de prevenção e seguimento das patologias mamárias. Os pacientes têm a possibilidade de agendamento de consultas com fácil acesso, além da demanda espontânea.

1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

A Equipe de Saúde da Família Laranja tem um total de 341 pacientes hipertensos e 90 diabéticos cadastrados. Os principais problemas de saúde enfrentados pela comunidade são: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo e, conseqüentemente o desenvolvimento de doenças cardiovasculares como o infarto agudo do miocárdio (IAM), doença vascular periférica (DVP), acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal, podendo ainda levar o paciente a óbito. Foram identificados também como principais problemas: dificuldade dos pacientes em tomar medicamentos, seguir uma dieta e / ou modificar o estilo de vida e falha na comunicação dos profissionais da saúde com os pacientes.

Outro problema enfrentado é a demora nos agendamentos para certas especialidades e a falha no uso da referência e contrarreferência, e diagnóstico tardio. Na maioria das vezes, as consultas são realizadas somente quando o paciente já se encontra com complicações graves.

O município fornece exames laboratoriais com certa cobertura e rapidez, exceto em casos de exames imagiológicos como Ressonância Magnética (RM), Ultrassonografia (US), e Raio-X que tem uma demora maior.

Além do baixo nível educacional da população em geral, ressalta-se as condições higiênico-sanitárias nessa área de abrangência, que são muito desfavoráveis, tendo na maioria das vezes, insalubridade e acumulações de lixo que favorecem a proliferação e transmissão de doenças em geral, sendo as verminoses as mais comuns.

1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde da Família Laranja, Unidade Básica de Saúde da Comunidade Nossa Senhora do Carmo, município de Coronel Fabriciano, Estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento**	Seleção/ Priorização****
Hipertensão	Alta	7	Parcial	1
Baixa adesão ao tratamento da hipertensão	Alta	7	Parcial	2
Diabetes Mellitus	Alta	5	Parcial	5
Dificuldade dos pacientes em tomar medicamentos, seguir uma dieta e / ou modificar o estilo de vida.	Alta	6	Parcial	3
Falha na comunicação dos profissionais da saúde com os pacientes.	Alta	5	Parcial	4

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Conforme o quadro anterior, a Hipertensão Arterial Sistêmica foi o problema prioritário definido para o plano de intervenção.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) caracteriza-se como um dos problemas da saúde pública, mais importantes no mundo atual, com maior impacto na morbidade e mortalidade. No Brasil, sua elevada prevalência atinge cerca de um em cada três brasileiros (25% da população), sendo que 50% destes são idosos e 5% crianças e adolescentes. Sendo que a expectativa é que até em 2015 o número de hipertensos no Brasil atingirá 80%, destacando-se principalmente os obesos em comunidades pobres, devido à complexa relação entre a obesidade e a pobreza (BRASIL, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A HAS é um importante é o fator de risco cardiovascular mais prevalente na maioria das populações, e até 26% e 28% da doença cardiovascular incidente em homens e mulheres, respectivamente, que rivalizam com a dislipidemia e a obesidade em importância para o desenvolvimento da doença aterosclerótica. As ações conjuntas para implementar medidas de prevenção primária podem reduzir os resultados relacionados a doenças hipertensivas, especialmente doença cardíaca isquêmica e acidente vascular cerebral (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

De acordo com Simone *et al.* (2006), existem evidências substanciais de que obesidade ou sobrepeso e o aumento da PA são fortes preditores de hipertensão definida em populações. O status socioeconômico também influencia a incidência de hipertensão arterial. Magnabosco *et al.* (2017) citaram ainda, as características sociodemográficas, os hábitos de vida e o modo de relacionar-se com os serviços de saúde, independentemente do local de residência. Assim, esforços devem ser dedicados à prevenção do desenvolvimento da HAS.

2 JUSTIFICATIVA

Diante do aumento rápido da prevalência da HAS, que é considerada um fenômeno mundial representando um dos principais problemas de saúde pública no século XXI, este estudo justifica-se por considerar importante desenvolver ações educativas que contribuam para melhoria da adesão à medicação, incentivo da mudança de hábitos e estilo de vida desses pacientes, com o intuito de prevenir as complicações e seus agravos.

Muitas vezes, devido à falta de sintomas da HAS, seu diagnóstico é tardio causando complicações que são muito dispendiosas para o paciente, em termos de saúde e qualidade de vida e para a sociedade.

Para a prevenção dessas complicações é necessário que o diagnóstico precoce e intervenções que favoreçam o prognóstico, bem como monitoramento regular para controlar a pressão sanguínea, e outros fatores de risco cardiovasculares. Esses fatos acentuam a necessidade de um diagnóstico precoce, de sensibilizar os pacientes hipertensos para a gravidade da doença e seu impacto no seu estilo de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Desta forma, é necessário que os profissionais da saúde ofereçam cuidados e educação em saúde, para ajudar e orientar o atendimento ao paciente e prevenir as complicações da HAS e melhorar a atenção primária.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Elaborar uma Proposta de Intervenção para o desenvolvimento de ações educativas para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência equipe de saúde da localidade Nossa Senhora do Carmo em Coronel Fabriciano – Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Verificar os riscos da HAS;
- Identificar os fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso;
- Propor ações educativas para melhorar o conhecimento dos pacientes quanto à necessidade de adesão aos medicamentos;
- Sugerir atividades para incentivar a mudança de estilo de vida e hábitos saudáveis dos pacientes;
- Indicar ações educativas para melhor capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento eficaz aos pacientes hipertensos.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração da proposta de Intervenção a fim de desenvolver ações educativas para o controle da HAS utilizou-se o Planejamento Estratégico Situacional, por meio do qual foi possível realizar uma estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, conforme Campos, Faria e Santos (2010). Para ordenar os problemas, foi feita a priorização dos mesmos, de acordo com a importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe, alcançando o consenso da prioridade dos problemas.

Para subsidiar o tema, foi realizada uma revisão da literatura, nas bases de dados da saúde, como a Biblioteca Virtual em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias e outros), nos idiomas português e inglês, entre os anos de 2000 a 2017, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (BRASIL, 2017): Hipertensão; Risco; Educação em saúde; Estratégia Saúde da Família e seguindo as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Textos Científicos, conforme Corrêa, Vasconcelos e Souza (2013).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes) são consideradas os principais desafios para a saúde, em nível mundial durante as próximas décadas (SOUZA *et al.*, 2014). As DCNT “são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais” (MALTA *et al.*, 2017, p.2s).

Uma das DCNT é a hipertensão arterial sistêmica (HAS) que representa, de forma significativa, fator de risco para doenças cardiovasculares. Segundo Aronow (2012) *apud* Souza *et al.* (2014, p.572), a HAS “está presente em 69% dos pacientes com um primeiro infarto do miocárdio, em 77% dos pacientes com um primeiro AVC, em 74% dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica e em 60 % de pacientes com doença arterial periférica”.

A hipertensão também é um importante fator de risco para aneurisma dissecante da aorta, morte súbita cardíaca, angina pectoris, fibrilação atrial, diabetes mellitus, síndrome metabólica, doença renal crônica, aneurismas da aorta torácica e abdominal, hipertrofia ventricular esquerda, demência vascular, doença de Alzheimer, e distúrbios oftalmológicos (MANGIONE; LEITE; GUTIERREZ, 2012).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um quadro clínico multifatorial condição “caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg.” É frequentemente associada a “distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus”. Além disso, geralmente se associa, independentemente, a outros eventos como morte súbita e acidente vascular encefálico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.1).

A prevalência da HAS em várias cidades brasileiras está “entre 19% e 44% (dependendo do critério adotado e do processo de avaliação), com maiores taxas entre indivíduos com mais de 60 anos e com menor nível educacional” (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006 *apud* ROCHA *et al.*, 2015, p.123).

Considerando o Registro de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), atualmente incorporado ao Sistema Eletrônico Básico de Saúde (e-SUS AB), o controle da PA não é satisfatoriamente alcançado ou mantido, pois os pacientes hipertensos mostram o controle mais inadequado da PA e adesão ao tratamento insuficiente (SOUZA *et al.*, 2014).

Souza *et al.* (2014) destacam que a não adesão ao tratamento, seja este medicamentoso ou não medicamentoso, tem sido motivo de preocupação para os profissionais de saúde e para os gestores.

5.2 Fatores que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo

De acordo com Rocha *et al.*(2015, p.127), a adesão refere-se ao cumprimento das recomendações terapêuticas, sendo que as taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo variam muito de acordo com os estudos analisados por estes autores, dependendo dos perfis abordados e dos métodos de investigação utilizados.

Atualmente, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo tornou-se um dos maiores problemas na prática médica devido à sua complexidade. Cerca de 40 a 60% dos pacientes não fazem uso de medicação prescrita e, essa porcentagem aumenta quando o estilo de vida é avaliado. Variáveis como o tabagismo e o retorno do paciente para uma consulta de acompanhamento, renda, ocupação, alcoolismo, caracterizam-se como fatores negativos à adesão ao tratamento (ROCHA *et al.*, 2015).

Para Tsiantou *et al.* (2010), a não-adesão do paciente ao tratamento anti-hipertensivo está relacionada à mistura de variáveis demográficas, organizacionais, psicológicas, à doença e à medicação. Assim, investigar as crenças dos pacientes em relação à hipertensão e ao tratamento anti-hipertensivo, bem como os fatores de comunicação que afetam a adesão, pode ter um grande impacto no planejamento de intervenções efetivas para melhorar a adesão ao tratamento.

Nesse sentido, Bezerra, Lopes e Barros (2014) ressaltam alguns fatores que interferem na adesão do paciente ao tratamento: característica silenciosa da HAS; desconhecimento sobre a doença e falta de motivação para tratá-la, baixa autoestima; condições socioeconômicas; aspectos culturais que envolvem crenças inadequadas em relação à doença; acesso aos profissionais e serviços de saúde.

Conforme Daniel e Veiga (2013, p.336), os fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa estão “relacionados aos aspectos biossociais e culturais dos indivíduos, processos comportamentais de adaptação e compreensão da doença e do tratamento”. Os fatores idade, gênero e raça são considerados fatores individuais, que tanto podem facilitar como também dificultar a adesão ao tratamento, “dependendo da característica, da história de vida, da maneira de enfrentamento da doença e o tratamento prescrito”, de cada pessoa.

5.3 Medidas na atenção primária à saúde que incentivam a adesão ao tratamento

Segundo Tavares e Barreto Filho (2017), a maioria da população brasileira tem acesso à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção primária à saúde é o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o SUS, proporcionando atendimento a pessoas próximas de suas moradias, sendo o primeiro elemento do processo contínuo de atenção à saúde.

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 1997).

Desempenha um papel fundamental no primeiro contato da população com o SUS e na continuidade e coordenação da atenção à saúde, funcionando como base de estruturação da rede de atenção à saúde, contando com o apoio de serviços de diagnóstico, atendimento especializado e hospitalar (TAVARES; BARRETO FILHO, 2017).

Tsiantou *et al.* (2010) concluíram que os fatores cognitivos e de comunicação, tornam os pacientes mais bem informados, com experiências anteriores da doença, e um bom relacionamento e comunicação com o profissional da saúde são fatores determinantes para a adesão. Esses resultados podem servir de base para o planejamento de intervenções eficazes, visando tanto melhorar a comunicação médico-paciente quanto fortalecer o próprio paciente, a fim de melhorar a adesão dos medicamentos aos hipertensos e, conseqüentemente, reduzir os custos relacionados à hipertensão.

Para Rocha *et al.* (2015), a presença dos pacientes nas consultas agendadas do médico tem correlação positiva com a adesão ao tratamento, ou seja, quanto mais regularmente os pacientes comparecerem às consultas, maior será a adesão ao tratamento. É importante ressaltar ainda, que a mudança de hábitos e estilo de vida deve ser enfatizada como parte do cuidado terapêutico do paciente hipertenso, pois contribui significativamente para a redução da pressão arterial (PA).

A modificação do estilo de vida deve ser usada para prevenir a hipertensão leve e diminuir os níveis de dosagem dos medicamentos necessários para controlar a hipertensão. A redução de peso, consumindo uma dieta rica em frutas, vegetais e produtos lácteos com baixo teor de gordura com uma quantidade reduzida de gordura saturada e gordura total, redução de sódio para não exceder 1,5 gramas por dia, cessação do tabagismo, atividade física aeróbica regular, evitar o consumo excessivo de ingestão de álcool, evitar cafeína excessiva e evitar medicamentos que podem aumentar a pressão arterial, incluindo anti-inflamatórios não-esteroides, glicocorticoides e simpatomiméticos são recomendados. A implementação de um programa nacional de redução de sal é provavelmente uma maneira simples e econômica de melhorar a saúde pública (ARONOW, 2012).

A educação em saúde, de acordo com Lu *et al.* (2015), pode resultar em modificações no estilo de vida e aumentar a adesão aos medicamentos anti-hipertensivos para melhorar o controle efetivo da pressão arterial (PA) em pacientes hipertensos, pois melhora de maneira geral o conhecimento dos pacientes sobre uma doença e sua terapia, levando a uma melhor adesão ao tratamento, além de um papel mais positivo no manejo de sua saúde.

Daniel e Veiga (2013) destacaram a necessidade de uma maior utilização de ações educativas referentes à motivação e ao direcionamento ao autocuidado, como também, o fortalecimento de vínculos na relação paciente/ profissional de saúde, por meio de uma abordagem multidisciplinar e individualizada de atenção a saúde, a fim de contribuir com o *processo* de adesão terapêutica em indivíduos com HAS.

A educação em saúde pode desempenhar um papel fundamental no manejo de pacientes hipertensos. Dentre as ferramentas comuns de educação em saúde podem-se ressaltar os cartazes, cartilhas, palestras individualizadas e palestras públicas. No entanto, é preciso considerar que a maioria dos pacientes tem níveis educacionais relativamente baixos, o que torna estes métodos, muitas vezes, ineficazes. Portanto, as oficinas educativas interativas podem ser a estratégia mais eficaz em programas comunitários de educação em saúde para pacientes hipertensos, melhorando o conhecimento dos mesmos sobre a hipertensão e aliviando os fatores de risco clínicos para prevenir complicações relacionadas a esta patologia (LU *et al.*, 2015).

Almeida, Moutinho e Leite (2014, p.336) enfatizam que a educação em saúde “promove mudanças de estilo de vida, possível pela reflexão acerca da doença e busca de um caminho terapêutico adequado ao cotidiano do usuário, o que pode favorecer sua autonomia e a capacidade de cuidar de si”.

Neste sentido, Bezerra, Lopes e Barros (2014, p. 554) reafirmam que é de competência da equipe de saúde a realização de intervenções de educação em saúde, tendo como foco “o empoderamento do paciente no reconhecimento da doença, bem como no entendimento da necessidade e importância da adesão”.

Para que os cuidados de saúde primários contribuam na prevenção e controle das doenças crônicas, além de aumentar a quantidade de pessoas cuidadas, é necessário melhorar o acesso ao sistema, estimular a autogestão da saúde do paciente e melhorar a capacitação dos profissionais da equipe de saúde, por meio da educação dos profissionais e apoio aos gestores de saúde. Faz-se necessário ainda, incentivar a comunicação com outros níveis de atenção à saúde, a fim de facilitar o acesso a serviços especializados de diagnóstico e tratamento, bem como a implantação de sistemas eficientes para melhorar o registro e uso da informação, a

coordenação da prescrição de medicamentos e o acompanhamento dos resultados (TAVARES; BARRETO FILHO, 2017).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Hipertensão Arterial Sistêmica e baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; CAMPOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado

O principal problema de saúde identificado na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Laranja é a alta incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como a Hipertensão Arterial Sistêmica e baixa adesão ao tratamento; grande parte das pessoas com HAS não faz uso contínuo do tratamento medicamentoso nem do tratamento não medicamentoso, além de desconhecerem os fatores de risco e suas consequências e terminam com uma qualidade de vida inadequada.

6.2 Explicação do problema selecionado

A HAS caracteriza-se como uma doença crônica, que se constitui em um grande desafio para a saúde pública, devido à sua alta prevalência e risco de diversas comorbidades como as doenças cardiovasculares e renais. A baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso compromete gravemente a eficácia do tratamento, transformando a HAS em um problema crítico para a saúde da população.

Portanto, é importante a aproximação do paciente e de sua família com o profissional da saúde, formando um vínculo privilegiado com o intuito de acompanhar esses pacientes, elaborando e implementando medidas na atenção primária à saúde que incentivem a adesão ao tratamento, bem como a avaliação da adesão ao tratamento.

6.3 Seleção dos “nós críticos”

A partir da classificação de prioridade para os problemas, foram identificadas: dificuldade dos pacientes em tomar medicamentos; seguir uma dieta e / ou modificar

o estilo de vida; falha na comunicação dos profissionais da saúde com os pacientes, além da demora nos agendamentos para certas especialidades e a falha no uso da referência e contrarreferência, e diagnóstico tardio. Na maioria das vezes, as consultas são realizadas somente quando o paciente já se encontra com complicações graves.

Portanto, a equipe de Saúde da Família Laranja, Unidade Básica de Saúde da Comunidade Nossa Senhora do Carmo, identificou como “nós críticos” do problema “Hipertensão Arterial Sistêmica e baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo”:

- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Dificuldade dos pacientes em tomar os medicamentos;
- Falha na comunicação da equipe com os pacientes.

6.4 Desenho das operações

Tendo como eixos os “nós críticos”, o plano operativo foi desenhado considerando: operações, denominação do projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários, recursos críticos, controle desses recursos, ações estratégicas necessárias, prazo para desenvolvimento das operações, responsáveis pelo acompanhamento das ações e o processo de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

O desenho das operações está representado nos quadros 2, 3 e 4, a seguir.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” (Hábitos e estilos de vida inadequados) relacionado ao problema “Hipertensão Arterial Sistêmica e baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Laranja, do município Coronel Fabriciano, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados
Operações	Desenvolver ações como parte do cuidado terapêutico, com o objetivo de enfatizar a necessidade da mudança de hábitos e estilo de vida dos pacientes hipertensos, a fim de contribuir com o aumento da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, reduzindo, conseqüentemente os agravos à saúde causados pela HAS.
Projeto	“Hábitos e estilos de vida saudáveis na praça”
Resultados esperados	Modificação dos hábitos e estilo de vida dos pacientes hipertensos, por meio da modificação dos hábitos alimentares, manutenção e redução de peso; prática de atividades físicas e momentos de lazer regulares; abandono do sedentarismo, tabagismo e consumo de álcool; adesão ao tratamento anti-hipertensivo; estabelecer mecanismos que associem o uso de medicamentos às atividades do dia a dia.
Produtos esperados	Rodas de conversas; criação de grupos para o desenvolvimento de atividades físicas e momentos de lazer; Confeção de cartazes educativos e de cartilha com dicas e receitas para garantir hábitos e estilos de vida saudáveis.
Recursos necessários	Estrutural: local para a confecção de cartazes e cartilha; praça pública para encontros com os grupos e o desenvolvimento das atividades de conversa, atividades físicas e de lazer. Cognitivo: criação e orientação de grupo para planejar, elaborar e confeccionar cartazes, cartilha e dirigir as rodas de conversa. Financeiro: para obter recursos para confecção dos cartazes e cartilha; Político: Envolvimento dos setores de saúde, da gestão e dos profissionais da saúde da atenção primária.
Recursos críticos	Recursos para confecção dos cartazes e cartilha.
Controle de recursos críticos	Conscientização e mobilização dos atores envolvidos para cooperar com a busca dos recursos necessários.
Ações estratégicas	Motivação de todos os atores envolvidos por meio de reuniões para a apresentação do projeto e dos resultados esperados.
Prazo	Seis meses
Responsável pelo acompanhamento das ações	Equipe de Saúde da Família Laranja
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento e avaliações periódicas e acompanhamento dos resultados das taxas de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” (Dificuldade dos pacientes em tomar os medicamentos) relacionado ao problema “Hipertensão Arterial Sistêmica e baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Laranja, do município Coronel Fabriciano, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Dificuldade dos pacientes em tomar os medicamentos
Operações	O objetivo é de conscientizar os pacientes sobre os fatores de risco da não adesão ao tratamento medicamentoso e dos benefícios do uso contínuo de medicamentos.
Projeto	“O controle da Hipertensão é de sua responsabilidade”
Resultados esperados	Otimizar a relação de toda a equipe de profissionais da saúde na atenção primária, visando a adesão do usuário à terapia medicamentosa; facilitar o acesso ao serviço de saúde, bem como a distribuição dos medicamentos; aumento e manutenção da adesão ao tratamento.
Produtos esperados	Consultas médicas e multiprofissionais na atenção primária; disponibilização de medicamentos; palestras informativas.
Recursos necessários	Estrutural: disponibilização dos profissionais da saúde e de medicamentos. Cognitivo: elaboração de palestras informativas; coordenação e organização dos serviços; Financeiro: para obter recursos para a organização das palestras e disponibilização gratuita de medicamentos; Político: Envolvimento dos setores de saúde, da gestão e dos profissionais da saúde da atenção primária.
Recursos críticos	Cognitivo: elaboração de palestras informativas; coordenação e organização dos serviços;
Controle de recursos críticos	Mobilização dos profissionais da saúde sobre a importância da educação em saúde para garantir a distribuição dos medicamentos; aumento e manutenção da adesão ao tratamento.
Ações estratégicas	Motivação de todos os atores envolvidos por meio de reuniões para a apresentação do projeto e dos resultados esperados.
Prazo	Seis meses
Responsável pelo acompanhamento das ações	Equipe de Saúde da Família Laranja
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento e avaliações periódicas e acompanhamento dos resultados das taxas de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” (Falha na comunicação da equipe com os pacientes) relacionado ao problema “Hipertensão Arterial Sistêmica e baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Laranja, do município Coronel Fabriciano, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Falha na comunicação da equipe com os pacientes
Operações	Capacitar toda a equipe para disponibilizar um atendimento de qualidade que garanta um vínculo de confiança com os pacientes hipertensos, a fim de que estes consigam assumir responsabilidade quanto os cuidados com sua saúde.
Projeto	“Saber mais para cuidar Melhor”
Resultados esperados	Capacitação dos profissionais da saúde para o acolhimento, atendimento e fortalecimento do vínculo profissional/usuário.
Produtos esperados	Fortalecimento do vínculo profissional/usuário, individualizado com monitoramento contínuo e responsável na atenção primária.
Recursos necessários	Estrutural: elaboração de apostilas para curso Cognitivo: Cursos de capacitação para os profissionais da saúde Financeiro: para obter recursos para a organização do curso de capacitação; Político: envolvimento dos profissionais da saúde da atenção primária
Recursos críticos	Estrutural: elaboração de apostilas para curso
Controle de recursos críticos	Conscientização e mobilização dos atores envolvidos para cooperar com o alcance dos recursos necessários.
Ações estratégicas	Motivação de todos os atores envolvidos por meio de reuniões para a apresentação do projeto e dos resultados esperados.
Prazo	Seis meses
Responsável pelo acompanhamento das ações	Equipe de Saúde da Família Laranja
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento e avaliações periódicas e acompanhamento dos resultados das taxas de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A resistência do paciente hipertenso à não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso é uma das causas reconhecidas de baixo controle da HAS.

Espera-se que os projetos “Hábitos e estilos de vida saudáveis na praça”, “O controle da Hipertensão é de sua responsabilidade” e “Saber mais para cuidar Melhor” sejam apropriadas para a modificação dos hábitos e estilo de vida dos pacientes hipertensos; conscientize os pacientes sobre os fatores de risco da não adesão ao tratamento medicamentoso e dos benefícios do uso contínuo de medicamentos e capacitem os profissionais da saúde para o acolhimento, atendimento e fortalecimento do vínculo profissional/usuário, proporcionando-lhes um retorno positivo sobre a qualidade de vida e o sistema de saúde em geral.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S.. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde debate**, v.38, n.101, p.328-337, 2014.
- ARONOW, W. S.. Treatment of systemic hypertension. **American Journal of Cardiovascular Disease**, v.2, n. 3, p. 160–170, 2012.
- BEZERRA, A. S. M.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. L.. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Rev Bras Enferm.**, v.67, n.4, p.550-555, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/>>
- CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S .L.. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2013. 140p.
- DANIEL, A. C. Q. G.; VEIGA, E. V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein**, São Paulo, v.11, n.3, p.331-337, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082013000300012&lng=en&nrm=iso>.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Minas Gerais**. 2017. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311940&search=minas-gerais|coronel-fabriciano> > Acesso em: 12 nov. 2017.
- LU, C. H.*et al.*. Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 33, 2015.
- MAGNABOSCO, P. *et al.*. Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 20-71 jan-fev, 2015.
- MALTA, D. C. *et al.*. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Ver Saúde Pública.**, v.51, Supl., p.1:4s., 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

MANGIONE, F. M.; LEITE, T. N. P.; GUTIERREZ, P. S. Caso 05/12: mulher de 67 anos portadora de hipertensão arterial e fibrilação atrial com choque seguido de parada cardíaca sem pulso dois meses após cirurgia para correção de aneurisma de aorta ascendente. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.99, n.5, p.153-158, 2012.

OLIVEIRA, G. M. M. *et al.*. Diretrizes para o manejo da hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários nos países de língua portuguesa. **Rev Port Cardiol.** v. 36, n. 11, p. 789-798, nov. 2017.

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

ROCHA, T. P. O. *et al.* Estudo Comparativo entre Diferentes Métodos de Adesão ao Tratamento em Pacientes Hipertensos. **Int J Cardiovasc Sci.**, v. 28, n. 2, p. 122-129, 2015.

SIMONE, G. *et al.* Risk factors for arterial hypertension in adults with initial optimal blood pressure: the Strong Heart Study. **Hypertension**, v. 47, n. 2, p. 162-7, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.107, n.3, supl.3, 2016.

SOUZA, C. S. *et al.* Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base Territorial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 102, n. 6, p. 571–578, 2014.

TAVARES, G. A.; BARRETO-FILHO, J. A. S. Potencial da Estratégia de Saúde da Família no combate às doenças cardiovasculares. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 109, n. 6, p. 507-508, dez 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2017001500507&lng=en&nrm=iso>.

TSIANTOU, V. *et al.* Factors affecting adherence to antihypertensive medication in Greece: results from a qualitative study. **Patient Preference and Adherence**, v. 4, n. 1, p. 335–343, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2943225>>