

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

CRISTINA ADÉLIA CAVALCANTE BATISTA

**BAIXAS TAXAS DE ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSOS
EM UNIDADE DE SAÚDE NA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE
ESTRELA DE ALAGOAS - AL: PLANO DE INTERVENÇÃO.**

**MACEIÓ, AL
2015**

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

CRISTINA ADÉLIA CAVALCANTE BATISTA

**BAIXAS TAXAS DE ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSOS
EM UNIDADE DE SAÚDE NA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE
ESTRELA DE ALAGOAS – AL: PLANO DE INTERVENÇÃO.**

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

Orientador: Profª Polyana Oliveira Lima

**MACEIÓ, AL
2015**

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

CRISTINA ADÉLIA CAVALCANTE BATISTA

**BAIXAS TAXAS DE ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSOS
EM UNIDADE DE SAÚDE NA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE
ESTRELA DE ALAGOAS – AL: PLANO DE INTERVENÇÃO.**

Banca Examinadora

Examinador 1: Polyana Oliveira Lima – UFAL

Examinador 2: Valéria Bezerra Santos – UFAL

Aprovado em Belo Horizonte, em de dezembro de 2015.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das principais causas de morbimortalidade dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Sendo a baixa adesão ou não adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo um problema de saúde pública e um dos maiores obstáculos para o sucesso do tratamento da hipertensão arterial, este trabalho apresenta uma Proposta de Intervenção, para a equipe 01 de Saúde da Família da zona rural, povoado de Impoeiras, no município de Estrela de Alagoas – AL, com o propósito de intervir sobre o grande número de pacientes com a pressão arterial não controlada residentes no território. Para isso foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional – PES e realizado coleta dos dados sobre a realidade do município e do território, elaborando-se uma lista de problemas dos quais o mais relevante foi priorizado e uma revisão de literatura. Esse projeto foi pensado para que permitisse entender onde estava dificuldade no controle dos níveis pressóricos da população atendida na unidade de saúde do povoado Impoeiras, estimular a prevenção de complicações para esses indivíduos e possíveis mudanças de comportamentos relacionados aos fatores de risco para a HAS, além de uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso.

Palavras-Chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Adesão, Tratamento, Anti-hipertensivos.

ABSTRACT

Systemic hypertension (SH) is a major cause of morbidity and mortality in developed and developing countries. Being poor adherence or non-adherence to antihypertensive drug treatment a public health problem and a major obstacle to the successful treatment of high blood pressure, this work presents a proposal of intervention for Health 1 Team family - Impoeiras , rural area of the municipality Estrela de Alagoas, Al, in order to intervene on the large number of patients with blood pressure uncontrolled residing in the territory. For this we used the Situational Strategic Planning, collected data on the reality of the city and the territory by developing a list of issues of which the most important was prioritized. From there, they were then defined the causes of this problem present in the territory and proposed action strategies that encourage the actors involved (family, population, professionals and managers) towards the improvement of health conditions.

Keywords: Hypertension, Accession, Treatment, Anti-hypertensive.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 JUSTIFICATIVA.....	8
3 OBJETIVOS	9
4 METODOLOGIA.....	10
5 REVISÃO DE LITERATURA	11
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	14
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p7).

O município de Estrela de Alagoas, antes conhecido como povoado Bola e pertencente à cidade de Palmeira dos Índios foi fundado em outubro de 1992, tendo como seu primeiro prefeito o Sr. Adalberon Alves Duarte, tomado posse no dia 1 de janeiro de 1993, data da instalação do município. Situa-se na Mesorregião do Agreste Alagoano e na Microrregião de Palmeira dos Índios, o município é limitado ao norte pelo município de Bom Conselho; ao sul pelo município de Igaci; a leste pelo município de Palmeira dos Índios; a oeste pelos municípios de Minador do Negrão e Cacimbinhas. Segundo censo 2010, apresenta uma população total de 17.251 pessoas, 48,7% do sexo masculino dos quais 77% estão na zona rural e 23% na zona Urbana; 51,3% são mulheres, das quais, 24% estão na zona urbana e 76% na zona rural. Em média, 44% da população é analfabeta (SIAB, 2014).

Funcionam sete unidades de saúde, das quais duas na zona urbana e cinco na zona rural; 9 equipes de saúde bucal, um NASF e um CAPS recém implantados. A Unidade de Saúde Impoeiras, é localizada na Zona Rural do município, e, em sua estrutura física é composta por um consultório odontológico, um consultório médico e um consultório de enfermagem, uma sala de vacina, uma sala de curativos e triagem e uma farmácia, além da recepção, arquivo e dois banheiros. Trabalham na unidade: um médico, um odontólogo, um enfermeiro, um auxiliar de consultório dentário, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar administrativa, uma auxiliar serviços gerais e 6 agentes comunitários de saúde. O serviço de urgência utilizado como referência local é a UPA localizada a 15km, no município de Palmeira dos Índios. Serviço ambulatorial de especialidades é feito na capital do Estado. A comunidade local sobrevive da agricultura e de bolsas de programas sociais.

Segundo dados do SIAB (2015) há 2198 pessoas cadastradas na Unidade de Saúde 1 – Impoeiras das quais 232 são hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA, sendo em média 20% desse número os que procuram a unidade de

saúde mensalmente e destes, 45,8% apresentam níveis pressóricos elevados no momento da consulta.

2 JUSTIFICATIVA

Esse projeto foi pensado para que permitisse entender onde estava dificuldade no controle dos níveis pressóricos da população atendida na unidade de saúde do povoado Impueiras, município de Estrela de Alagoas, Al. A partir de então, estimular a prevenção de complicações para esses indivíduos e possíveis mudanças de comportamentos relacionados aos fatores de risco para a HAS, além de uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Conhecer os principais entraves para baixa taxa adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica dos pacientes atendidos na Unidade de Saúde 1 do povoado Impoeiras no município de Estrela de Alagoas, Al.

Objetivos Específicos

- Caracterizar os sujeitos participantes;
- Verificar as dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento;
- Propor soluções para melhora da compreensão e adesão ao tratamento.

4 METODOLOGIA

O Planejamento Estratégico Situacional (PES), implica no desenvolvimento do planejamento de forma participativa, incluindo a população como ator social, com o intuito de identificar as demandas, as sugestões e as posições de todos os atores frente a uma situação e possibilitar uma negociação levando em conta as diferenças existentes. Através do PES, foi então planejado esse trabalho.

Portanto, uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência, foi construído o plano de ação seguindo alguns passos: Levantamento dos principais problemas; Priorização dos problemas de acordo com a sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento do mesmo; Caracterização e descrição do problema; Entender a origem do problema a partir da identificação das suas causas; Identificar os “nós críticos”; descrição de operações para enfrentar os “nós críticos”; Identificar os recursos críticos que deve ser utilizados em cada operação; Identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação problema; Elaboração do plano operativo; Desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Hipertensão Arterial Sistêmica

Segundo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

A hipertensão arterial sistêmica é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006 p.22).

No estudo realizado por Saraiva *et. al.*, (2007 p.11) os autores relataram que no Brasil a prevalência da HAS era de aproximadamente 10% a 20%, o que resulta em 15 a 30 milhões de indivíduos hipertensos, sendo: 65% entre os idosos, 7% entre crianças e adolescentes, chegando a 25% na raça negra. Outro fator observado é que dos hipertensos que iniciam o tratamento 50% desistem da medicação anti-hipertensiva no primeiro ano e muitos portadores de hipertensão não fazem tratamento e às vezes desconhecem que são hipertensos.

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p7.).

A Promoção da Saúde é uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e co-responsabilidade (BRASIL,2006, p.29.)

Esta doença ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica, e constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas (ARAÚJO & GARCIA, 2006, apud LOPES, 2012, p.14).

‘Raramente manifesta algum sintoma ou desconforto físico, e isso constitui uma das razões do hipertenso não aderir às condutas necessárias ao seu controle, pois os mesmos só percebem que estão doentes, quando qualquer alteração na qualidade de vida os impeçam de realizar suas atividades normais’ (SANTOS *et. al.*, 2005 *apud* LOPES, 2012, p.14). ‘Damasceno (2010) *apud* Lopes, (2012, p.14), explica que por se tratar de uma patologia de curso assintomático isto faz com que os pacientes negligenciem o tratamento, podendo levar a complicações cardiovasculares’.

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

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

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

‘O tratamento da HAS tem por objetivo reduzir a morbimortalidade fazendo-se necessário uma abordagem multidisciplinar associada ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e apoio da equipe multiprofissional’ (NEVES; BURLÁ; OIGMAN, 2005 *apud* MACIEL 2012, p.23). Em relação ao tratamento não medicamentoso segundo MACIEL (2012, p.24),

“[...]os que têm benefícios comprovados são: ‘redução de peso, restrição de sódio, suplementação de potássio e outras medidas dietéticas, exercício físico, abandono do tabagismo e alcoolismo, controle do estresse psicoemocional, abordagem multidisciplinar, adesão ao tratamento e mudança do estilo de vida’.

Os medicamentos anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Os mesmos exercem sua ação terapêutica através de distintos mecanismos que interferem na fisiopatologia da doença. São conhecidas as seguintes classes de anti-hipertensivos: os Diuréticos, Inibidores adrenérgicos, Vasodilatadores diretos, Antagonistas do sistema renina-

angiotensina e os Bloqueadores dos canais de cálcio (BRASIL, 2006, p.31).

Araújo & Garcia (2006) *apud* Lopes (2012, p.16), afirmam que:

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo tem como objetivo a redução na incidência de complicações e melhoria na qualidade de vida. O tratamento adequado com o controle dos níveis tensionais reduz tanto a mortalidade, quanto a morbidade associadas à doença. 'A descontinuidade do tratamento é um problema observado na maioria das doenças crônicas que requerem tratamento em longo prazo. Vários determinantes, isoladamente ou associados, atuam na problemática da adesão' (PIERIN *et al.*, 2001, *apud* LOPES 2012, p.16).

A equipe de saúde tem importância fundamental no controle da hipertensão na comunidade, pois a mesma sensibiliza o paciente no diagnóstico clínico, na conduta terapêutica, informando e educando para que o mesmo possa seguir e aderir corretamente o tratamento (PINHEIRO, 2009, *apud* LOPES 2012, p16).

Piancastelli; Spirito e Flisch 2011 *apud* PEREIRA 2015, p 26, definem adesão como um envolvimento amplo do paciente, de natureza ativa, voluntária e colaborativa gerando comportamentos que irão influenciar nos resultados terapêuticos e controle da doença.

Manfroi e Oliveira, 2006 *apud* PEREIRA 2015, p27 reforçam que a educação em saúde é imprescindível para haver o controle da pressão arterial, o paciente deverá ser instruído em tudo que rege seu tratamento desde os medicamentos até os principais efeitos colaterais, assim o mesmo sentiria mais confiança e disposição a aderir ao tratamento.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção foi construído seguindo os passos do PES:

- Levantamento dos principais problemas: acompanhamento deficiente dos hipertensos, dificuldade no acesso ao medicamento, baixa adesão a terapia anti-hipertensiva, alto índice de pacientes com alteração nos níveis pressóricos e a baixa qualificação da equipe de saúde.
- Priorização dos problemas de acordo com a sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento do mesmo: a baixa adesão ao tratamento pelos hipertensos foi priorizado por abranger alguns dos outros problemas identificados.
- Caracterização e descrição do problema: Dos pacientes cadastrados no HIPERDIA e diagnosticados como hipertensos, um grande número não adere ao tratamento e encontra-se com os níveis pressóricos aumentados no momento da consulta.
- Entender a origem do problema a partir da identificação das suas causas: Baixa adesão aos serviços de saúde; baixa escolaridade levando a deficiência de informação; doença é assintomática, culturas (remédios caseiros); Baixa renda familiar, dificuldade no acesso ao medicamento, Hábitos de vida inadequados, desinformação dos profissionais quanto à melhor forma de abordar o paciente hipertenso; falta de programação eficiente das consultas.
- Identificando os “nós críticos”: Deficiência de informação, Hábitos de vida inadequados, Dificuldade no acesso ao medicamento.
- Descrição de operações para enfrentar os “nós críticos”, identificando assim os resultados, os produtos e os recursos necessários para a finalização do mesmo (ver quadro 1).
- Identificar os recursos críticos que deve ser utilizados em cada operação (Ver quadro 2, 3 e 4)
- Desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Quadro 01 – Operações para enfrentar os “Nós Críticos”

Nó Crítico	Operação	Produtos Esperados	Resultados Esperados	Recursos Necessários
DEFICIÊNCIA DE INFORMAÇÃO	Aprender e Cuidar: e Aumentar o nível de informação da população e da equipe sobre os riscos da hipertensão descontrolada.	-Avaliação do nível de informação; -Programa de saúde escolar; -Trabalho com grupos (pacientes e familiares); -Capacitação dos ACS's	População e equipe mais informadas sobre características da doença, prevenção, tratamento, posologia e efeitos colaterais das medicações, complicações e cuidados, melhorando a adesão ao tratamento e prevenindo novos casos.	Organizacionais: organização da agenda para as campanhas e divulgação. Cognitivos: conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; apoio da equipe de saúde. Políticos: apoio da gestão; aquisição de espaço na rede local. Econômico: aquisição de material educativo.
HÁBITOS DE VIDA INADEQUADOS	Modificar hábitos e estilo de vida	-Programa de caminhada orientada; -Grupos operativos (tabagismo e etilismo); -Oficinas sobre alimentação saudável	Redução do número de obesos, tabagistas, etilistas e sedentários que são hipertensos e dos que não são hipertensos	Econômico: financiamento do material educativo. Organizacionais: organização da caminhada; Implantação da agenda para consultas de orientação alimentar; planejamento das ações. Participação da secretaria de esporte Cognitivos: conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; Políticos: apoio da gestão.
DIFICULDADE NO ACESSO AO MEDICAMENTO	Melhorar a estrutura da unidade para um melhor acolhimento e atendimento aos hipertensos	Oferta dos medicamentos de terapia anti-hipertensiva; Equipamentos de boa qualidade para um melhor atendimento; Programa Farmácia Popular. Exames Laboratoriais Gratuitos.	Medicações de controle sempre disponíveis; acompanhamento regular desses pacientes; garantia de exames (avaliação laboratorial básica).	Econômico: aquisição de medicamentos, insumos e apoio de farmácias locais para implantar o Programa Farmácia Popular Organizacionais: reorganização do funcionamento da unidade. Cognitivos: sensibilização da equipe. Políticos: apoio e sensibilização dos gestores.

Quadro 2: “Operação sobre o nó-crítico 1: deficiência de informação.”

Nó-crítico 1	DEFICIÊNCIA DE INFORMAÇÃO
Operação 1	Aumentar o nível de informação da população e da equipe sobre os riscos da hipertensão descontrolada
Projeto	Resgatando e Ensinando
Recursos críticos	Aquisição de Material Educativo; Parceria com Secretaria de Educação.
Atores que controlam os recursos críticos	Secretarias de Saúde e Educação
Recursos necessários	Salão com cadeiras, Projetor de imagens, Panfletos, Cartazes.
Ações estratégicas	Apresentar o Projeto para as Secretarias de Saúde e Educação.
Produtos	-Campanhas educativas na unidade, escolas e na comunidade em geral informando sobre os riscos da pressão arterial descontrolada. -Grupos Operativos para levantamento de possíveis hipertensos. -Treinamento periódico das Agentes Comunitárias de saúde. -Fornecimento de cartão de controle de Pressão arterial.
Resultados esperados	-População informada sobre a hipertensão arterial, seus fatores de risco, sintomas e tratamento. -Redução de pacientes com índices pressóricos alterados
Responsáveis	Médico, Enfermeiro, Técnico, Professores, ACSs, Odontólogo;
Prazo	A cada três meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Em Implantação

Fonte: Equipe Saúde da Família Impoeirás no Município de Estrela de Alagoas

Quadro 3: “Operação sobre o nó crítico 2: Hábitos de vida inadequado

Nó-crítico 2	HÁBITOS DE VIDA INADEQUADOS
Operação 2	Modificar hábitos e estilo de vida
Recursos críticos	Aquisição de Material educativo; Parceria com NASF.
Projeto	Sendo Saudável
Recursos críticos	Aquisição de Material Educativo; Parceria com Secretaria de Educação.
Atores que controlam os recursos críticos	Secretaria de Saúde; NASF
Recursos necessários	Salão com cadeiras, Projetor de imagens, Panfletos, Cartazes, espaço e material para atividade física.
Ações estratégicas	Apresentar Projeto para Secretaria de Saúde e Coordenação da Atenção Básica.
Produtos	-Formação de grupos para atividade física;

	-Informações de alimentação saudável e consultas com nutricionista;
Resultados esperados	-Conscientizar a população da importância de hábitos saudáveis; -Diminuir o índice de pacientes sedentários e obesos
Responsáveis	Médico, ACS, Enfermeiro, NASF, Técnico
Prazo	Semanal
Gestão, acompanhamento e avaliação	Em Implantação

Fonte: Equipe Saúde da Família Impoeiras no Município de Estrela de Alagoas

Quadro 4: “Nó-crítico 3” Dificuldade no acesso ao medicamento

Nó-crítico 3	DIFICULDADE NO ACESSO AO MEDICAMENTO
Operação 3	Melhorar a estrutura da unidade para um melhor acolhimento e atendimento aos hipertensos
Recursos críticos	Aquisição de medicamentos, insumos e material mínimo necessário; Reorganização do funcionamento da unidade; Disponibilizar exames.
Projeto	Remediando
Recursos críticos	Aquisição de Material Educativo; Parceria com Secretaria de Educação.
Atores que controlam os recursos críticos	Secretaria de Saúde; Proprietários de Farmácias locais
Recursos necessários	Medicamentos, Laboratórios, Farmácias
Ações estratégicas	Apresentar projeto pra Secretaria de Saúde e proprietários de farmácias locais.
Produtos	-Aquisição e manutenção da demanda de medicamentos, -Implantação do Programa Farmácia popular por empresário; -Reorganização do funcionamento da unidade; -Disponibilizar exames; -Consultas médica e de enfermagem periódicas; -Aferição de PA e anotação da mesma em um cartão para controle.
Resultados esperados	Medicações de controle sempre disponíveis; acompanhamento regular desses pacientes; garantia de exames (avaliação laboratorial básica).
Responsáveis	Gestores Municipais; Médico; Enfermeiro; ACS; Técnico; Empresário farmacêutico; Farmacêutico.
Prazo	Mensal
Gestão, acompanhamento e avaliação	Em Implantação

Fonte: Equipe Saúde da Família Impoeiras no Município de Estrela de Alagoas

O monitoramento e avaliação dar-se-á a partir de um cadastro que será controlado pela equipe, em especial os Agentes Comunitários de Saúde onde constará a aferição de PA mensal, a adesão ou não do grupo de atividade física,

acompanhamento com nutricionista, acesso à medicação e adesão ao tratamento medicamentoso, além de informações tais como perda de peso, cessação do tabagismo e etilismo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os obstáculos identificados, podemos destacar: a recusa de mudanças nos hábitos de vida, falta de informação adequada sobre a doença, dificuldade no acesso aos medicamentos, baixa escolaridade, fatores econômicos, falta acompanhamento pela família e cuidador, falta de monitoramento pela equipe de saúde, idade avançada. Constata-se então que o número de pacientes que aderem ao tratamento anti-hipertensivo ainda é muito pequeno e que orientações e informações sobre hipertensão arterial, mudanças de hábitos, estilos de vida e a inclusão do grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos são medidas de grande relevância.

É importante perceber que o usuário não é apenas um indivíduo isolado pronto para receber e compreender automaticamente o que é dado como correto, o mesmo está inserido em um contexto sócio cultural e possui suas singularidades. Sendo assim, o esforço em busca da adesão aos tratamentos da hipertensão estabelece grande um desafio que envolve não só os profissionais de saúde com a criação de programas multidisciplinares de atendimento aos pacientes hipertensos, mas também a família e os gestores municipais, a fim de que as intervenções sejam mais eficazes.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica** - Cadernos de Atenção Básica nº15. Brasília, D.F.2006, 58-p.

CAMPOS F.C.C.; FARIA H.P.; SANTOS M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114 p. Disponível: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 12 de novembro 2015

LOPES, M. T. A. **Baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial pelos idosos** - elaboração de um plano de ação. Monografia – UFMG, Araçuaí, MG, 2012.

MACIEL, E. A. M.. **A não adesão ao tratamento da hipertensão por pacientes trabalhadores**. Monografia – UFMG, Belo Horizonte, 2012.

NEVES, P. D. M. M. et al.. Pesquisa de doença aterosclerótica multiarterial em pacientes hipertensos com estenose de artéria renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.34, n.3, p. 243-250, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/v34n3a05.pdf>. Acesso em: 24 out. 2015.

PEREIRA, Ivana Maria Onofri. Proposta de intervenção interdisciplinar para a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Liph Science**, v. 2, n. 2, p. 21-40, abr./jun., 2015. Disponível em:< <http://crfmg.org.br/comunicacao/proposta%20de%20intervencao.pdf>>. Acesso em: 25 Out. 2015

SARAIVA; KROSANTOS, Z. M. S. A.; LANDIM, F. L. P; LIMA, H. P.; SENA, V. L. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 16(1): 63-70, 2007 Jan-Mar.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo v.89 n3 Sept. 2007. Disponível: <<http://www.scielo.com>>. Acesso em: 30 de outubro 2015.

V Diretrizes Brasileiras de hipertensão arterial 2006 / v brazilian guidelines for arterial hypertension 2006. *int. j. atheroscler.*, v. 1, n. 2, p. 71-123, 2006.