

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ACÁCIA MARIS DA COSTA ESTANISLAU

**ADESÃO AO TRATAMENTO POR PACIENTES HIPERTENSOS NO MUNICÍPIO
DE MÁRIO CAMPOS: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2014

ACÁCIA MARIS DA COSTA ESTANISLAU

**ADESÃO AO TRATAMENTO POR PACIENTES HIPERTENSOS NO MUNICÍPIO
DE MÁRIO CAMPOS: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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.

Orientadora: Professora Maria José Moraes Antunes

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2014

ACÁCIA MARIS DA COSTA ESTANISLAU

**ADESÃO AO TRATAMENTO POR PACIENTES HIPERTENSOS NO MUNICÍPIO
DE MÁRIO CAMPOS: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes

Profa.

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ / ____ / ____

RESUMO

Este estudo se caracteriza como um projeto de intervenção para o enfrentamento do problema da baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial, na UBS Joventina Ferreira da Silva, em Mário Campos, Minas Gerais. Justifica-se pela existência de um grupo de risco de hipertensos, em mal estado de saúde por apresentarem morbidades por inconsistência no tratamento da doença. A metodologia usada para o diagnóstico situacional constou de busca virtual nos sites dos bancos de dados do IBGE, SIAB, DATASUS; consulta ao plano diretor do município, além de informações colhidas pelos agentes de saúde. Foram identificados 3 principais nós críticos do problema: analfabetismo e baixo grau de instrução dos usuários, dificultando a identificação da medicação para posologia correta; baixo nível de informação e conhecimento dos usuários a respeito das morbidades envolvidas, importância do tratamento e acompanhamento clínico; dependência dos usuários (nos mais variados graus) de um cuidador. Para a elaboração do plano de Intervenção, utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido em reuniões sucessivas com os trabalhadores da equipe de saúde amarela. Os documentos teóricos base do plano foram o Caderno de Atenção Básica nº 05 - Hipertensão Arterial Sistêmica (Ministério da Saúde, 2006) e as Diretrizes Europeias para Tratamento da Hipertensão Arterial (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2014). Propôs-se o desenvolvimento de 4 sub projetos: **Caixinha do dia a dia; Farmácia em casa; Saber mais; Padrinho saúde.** Concluiu-se que ações planejadas permitem o trabalho efetivo em equipe da saúde da família e aumenta a viabilidade dos resultados esperados.

Palavras-chave: hipertensão, terapêutica; cooperação do paciente; planejamento do tratamento, saúde da família.

ABSTRACT

This study is presented as an Intervention Project on the combat of the low adherence to the arterial hypertension treatment at the Joventina Ferreira da Silva Basic Health Unit, in Mario Campos, Minas Gerais state, Brazil. It is justified by the existence of a group of affected patients under bad health conditions by showing comorbidity because of treatment inconsistencies. The methodology used for the situational diagnosis was based on researches on public databases websites such as IBGE, SIAB and DATASUS; queries on city documents and information gathered by local health agents. A set of three main nodes was identified as critical for the problem: illiteracy and undereducation of the users, difficulting them to identify the right medication for the correct posology at each time; low level of knowledge of the users about the related comorbidities, the importance of the clinical treatment and follow-up; patients (on the most varied stages) being dependent on carers. For the elaboration of the intervention plan, the method chosen was the Strategic Situational Planning (SSP), developed through successive meetings with the members of the city's yellow team. The plan was based on publications from The Brazilian Health Department and from The Brazilian Hypertension Association. The development of four sub-projects was proposed: **Caixinha Dia a Dia**, **Farmácia em Casa**, **Saber Mais** and **Padrinho da Saúde**. As a conclusion, was perceived that planned actions enable an effective work of the Family Health Team and maximizes its expected results.

Keywords: hypertension, therapeutic; patient cooperation; treatment planning, family health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CMS- Conselho Municipal de Saúde

DASH - Dietary Approaches to Stop Hypertension (Abordagens Dietéticas para Evitar a Hipertensão)

ESF- Equipe Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

MG- Minas Gerais

NASF - Núcleo de Assistência a Saúde da família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PES - Planejamento Estratégico Situacional

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Hipertensão Arterial: Conceito e Importância.....	7
1.2 Aspectos geográficos, sociais, epidemiológicos e organização da atenção básica de saúde do município	7
1.3 Diagnóstico dos principais problemas de saúde e descrição do problema priorizado	10
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo Geral.....	17
3.2 Objetivos Específicos.....	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO DE LITERATURA	19
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

1.1 Hipertensão Arterial: Conceito e Importância

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica definida por valores de PAS > 140mmHg e/ou PAD > 90mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014). É uma das principais causas de morbidade e mortalidade, sendo importante fator de risco para doenças coronarianas e cerebrovasculares (BRASIL, 2006). Estima-se que cerca de 60% dos idosos brasileiros sejam hipertensos, sendo predominante nesta faixa a hipertensão isolada da pressão arterial sistólica, favorecendo a relação com eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014). Estes dados demonstram a importância que a morbidade exerce sobre a saúde da população, pois se trata de um dos mais importantes fatores de risco para uma das principais causas de morte no mundo atual.

1.2 Aspectos geográficos, sociais, epidemiológicos e organização da atenção básica de saúde do município

A cidade de Mário Campos se localiza na região metropolitana de Belo Horizonte, a 46 km de distância da capital mineira. Foi criada em 1982 como distrito subordinado a Ibirité e elevada à categoria de município em 1995.

Compreende uma área total de 35,06 km² e de acordo com o Censo 2010 possui 13.192 habitantes, e estimativa de 14.222 habitantes em 2014, sendo a maioria que vive em território urbano em condições que se confundem com características rurais e de cidade dormitório.

A população se concentra em área urbana e apresenta hábitos rurais, com maior fonte de renda na produção de hortaliças. Esta conformação urbana define uma densidade demográfica significativa na região central e uma parcela significativa da população tem moradia no município mas trabalha na região metropolitana de Belo Horizonte, caracterizando Mário Campos como “cidade dormitório”.

A população é predominantemente branca e a pirâmide etária tem maior concentração na faixa de 20 a 49 anos, considerada faixa etária produtiva. Apresenta ainda um número ligeiramente maior de homens, o que exige a

implementação de estratégias diferenciadas da captação das ações de saúde direcionadas à população masculina.

O perfil demográfico sinaliza o controle de natalidade, mas enfatiza a necessidade de controle das condições crônicas para redução da mortalidade precoce. A mortalidade a partir dos 50 anos é relevante para o planejamento da política de saúde e de outras políticas públicas no município.

A estrutura de saneamento básico é precária, sendo que 1.343 famílias possuem um sistema adequado de esgoto e 1.246 famílias possuem a fossa séptica. O abastecimento de água pela rede pública atende 2.558 famílias.

A população empregada vive basicamente de trabalho nas empresas rurais cuja atividade predominante é a horticultura, localizadas principalmente na região do bairro Bom Jardim. Devido à recente implantação do PSF e carência de agentes de saúde, dados mais específicos não foram coletados até o momento.

O SUS de Mário Campos é integrante da microrregião de Região de Betim (Micro Betim) e da macrorregião Belo Horizonte, tendo como referência a Superintendência Regional de Saúde Belo Horizonte (SRS/BH).

O nível de atenção básica à saúde predominante é Atenção Básica, com duas Unidades Básicas de Saúde, modelo tradicional, sendo uma na região central e outra na região do bairro Bom Jardim.

O município conta também com um Centro de Fisioterapia, implantada em 2011. No início de 2013 foi iniciada a reorganização das equipes de Atenção Primária à Saúde, com o processo de implantação de 3 equipes da ESF (Estratégia de Saúde da Família), além da implantação do SSAM – Serviço de Saúde Mental, mantido com recursos próprios.

Mário Campos é integrante do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (CISMEP), onde presta serviços de média complexidade/atenção secundária. Mário Campos possui uma rede referenciada de urgência e emergência, ou seja, suas demandas são atendidas em municípios pactuados.

Apesar de não contar com instalações próprias de serviço de atendimento de urgência, como estratégia para garantir acesso e assistência qualificados aos usuários, a Unidade de Atenção Primária Jonas Vicente Pinto funciona 24h como Suporte Básico, acolhendo e encaminhando para pontos da rede pactuada de acordo com a necessidade e complexidade dos casos.

A população conta com 3 Equipes de PSF e duas UBS, tendo espaço ainda para mais 2 equipes de PSF que se encontram hoje como proposta de implantação futura.

Estas 3 equipes foram criadas há pouco mais de 2 anos e ainda está em fase de implantação. As últimas administrações não fizeram investimentos importantes na saúde e a cidade não conta com hospital ou pronto-atendimento, e a população ainda tem o hábito de procurar o sistema de saúde apenas em casos mais graves e como troca de favores com a administração, o que hoje é um dos maiores desafios para o bom funcionamento dos PSFs.

A administração atual investiu em setores de promoção da saúde, como a construção de praças e academias públicas, além de uma unidade de Fisioterapia voltada para a reabilitação. A população ainda necessita de investimentos que promovam o convívio social e o bem-estar.

Em Mário Campos o Sistema de Saúde está estruturado em redes de Atenção à Saúde sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) organizada dentro das diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, como ordenadora, da Rede de Saúde, viabilizando a integralidade da atenção, a qualificação das práticas e a gestão do cuidado, de forma a assegurar a resolubilidade dos serviços prestados e a ampliação do acesso com equidade.

A Atenção Primária à Saúde do município de Mário Campos apresenta atualmente uma cobertura de 90% da população.

- Unidade Básica de Saúde Joventina Ferreira da Silva:

Localizada à Rua Três Irmãos, 363, Bairro Maria Antonieta (região de Bom Jardim) e comporta duas equipes, sendo uma a Equipe Amarela do Programa de Saúde da Família e a outra, a equipe da UBS. Presta atendimentos ambulatoriais e de demanda espontânea e atua na vigilância em saúde. Não possui leitos cadastrados.

Possui os seguintes equipamentos: 01 monitor de pressão não invasiva e 01 Reanimador pulmonar/ambu:.

A UBS possui as seguintes instalações Físicas para Assistência:

- i. Consultório clínico básico: 02
- ii. Consultório indiferenciado: 01

- iii. Sala de curativo: 01
- iv. Sala de enfermagem: 01
- v. Sala de imunização: 01
- vi. Sala de nebulização: 01
- vii. Sala de pequena cirurgia: 01

A UBS tem ainda os serviços de Apoio (recursos próprios):

Ambulância,
Central de esterilização de materiais,
Farmácia,
Lavanderia,
Serviço de prontuário de paciente e
Serviço de manutenção de equipamentos, sendo apenas este último serviço terceirizado.

Serviços Especializados (SUS) oferecidos – apenas ambulatorial:

- Estratégia de Saúde da Família
- Atenção à Saúde Reprodutiva
- Atenção ao Paciente com Tuberculose
- Atenção ao Pré-natal, Parto e Nascimento
- Atenção Domiciliar
- Atenção Psicossocial
- Farmácia
- Vigilância em Saúde

O quantitativo de trabalhadores da unidade são os seguintes:

Médicos: Clínico: 02; Pediatra: 01; Ginecologista/obstetra: 02

Enfermeiros: 02

Auxiliar de enfermagem: 03

Recepcionistas: 02

Agentes de saúde: 04

1.3 Diagnóstico dos principais problemas de saúde e descrição do problema priorizado

Para o diagnóstico situacional, faz-se necessário portanto, por parte da equipe que executa o planejamento, o conhecimento dos principais problemas de saúde de determinado território, suas causas e consequências.

“Situação de saúde é o conhecimento, a interpretação que um ator social produz para agir e transformar a qualidade da vida da população de um determinado território. Território este historicamente produzido e em permanente processo de transformação.” (Ferreira, Sibeles; 1999, p 5)

De acordo com Campos et al (2010), “um problema pode ser definido como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada”. Estes problemas, após serem identificados e classificados em ordem de urgência pela equipe envolvida, serão mais facilmente resolvidos a partir da elaboração de um plano de ação.

Dessa forma, o diagnóstico situacional é uma etapa de suma importância no processo de planejamento de saúde, permitindo melhor identificação dos pontos que necessitam reparos e que resultarão em propostas de intervenção com maior impacto positivo, com benefícios verdadeiramente significativos para a saúde.

Tabela 03: Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional segundo urgência e capacidade de enfrentamento, na área de abrangência da equipe Amarela e UBS Joventina Ferreira da Silva.

Comunidade de Abrangência da UBS Joventina Ferreira da Silva – Priorização dos Problemas			
Principais Problemas	Urgência *	Capacidade de enfrentamento	Ordem de Prioridade
Baixa adesão ao tratamento farmacológico pelos pacientes, principalmente hipertensos e diabéticos	10	Dentro	1
Alto risco de doenças infectocontagiosas e parasitárias	8	Parcial	2
Alto índice de drogadição e alcoolismo	6	Parcial	3
Poucas atividades educativas em grupo realizadas pela equipe	6	Dentro	3
Número insuficiente de agentes de saúde	10	Fora	4
Ausência de serviço de pronto-atendimento para acolhimento e tratamento dos casos de urgência/emergência	10	Fora	4

Ausência de distribuição da população adscrita entre as equipes de saúde	9	Fora	5
Saneamento básico insuficiente	7	Fora	6
Unidade de Saúde com estrutura inadequada	4	Fora	7
Falta de áreas de recreação e lazer	2	Fora	8

*Considerado como referência uma escala da 0 a 10, sendo 0 a ausência de urgência e 10 a urgência imediata, baseando-se no grau de impacto sobre a saúde.

Elaborado por: Equipe Amarela do PSF Mário Campos (2014).

Para melhor identificação dos problemas existentes na área de abrangência da Unidade Joventina Ferreira da Silva, a Equipe Amarela se reuniu para listar e classificar os problemas existentes, utilizando-se dados epidemiológicos, econômicos e demográficos do município (Tabela 03). Para a classificação, foram considerados como critérios a capacidade de enfrentamento do problema pela equipe e a urgência de sua resolução.

O problema selecionado pela Equipe Amarela como prioridade foi **“Baixa adesão ao tratamento farmacológico pelos pacientes, principalmente hipertensos e diabéticos”**.

A necessidade imediata de resolução deste problema foi o principal fator considerado para a sua priorização, dado à importância e ao impacto de suas consequências sobre a saúde individual e coletiva.

Além disso, foi o problema com maior capacidade de enfrentamento pela equipe, o que torna sua proposta de intervenção imediatamente viável.

A baixa adesão ao tratamento pelos pacientes, observada principalmente entre os hipertensos e diabéticos, exerce forte impacto sobre a saúde individual e coletiva.

Muitos dos pacientes com estas morbidades procuram a UBS Joventina Ferreira da Silva com crises hipertensivas e quadros de hiperglicemia importantes, muitas vezes ocupando todos os horários reservados ao atendimento de demanda espontânea e urgências.

O número de indivíduos com complicações decorrentes dessas morbidades é bastante elevado, o que acarreta em custo mais elevado para tratamento e acompanhamento destes pacientes, uma vez que é necessário maior número de consultas especializadas e propedêutica de alto custo, devido às complexidades dos casos.

As informações obtidas do levantamento realizado pelos agentes de saúde no último ano, apesar de serem subestimadas devido ao número insuficiente de ACS, possibilitam visualizar melhor esse impacto.

Dentro da população adscrita atual, 437 usuários são hipertensos e/ou diabéticos. Destes, 46 não usam a medicação corretamente e frequentemente procura a Equipe de Saúde para atendimento de urgência/emergência.

Além disso, o tempo médio de consulta destinado a estes pacientes é bem mais alto que a média de tempo das consultas habituais, sendo necessária a permanência do paciente em consultório por cerca de 40 minutos, sendo uma consulta habitual de duração média de 20 minutos. Mesmo na consulta de retorno o tempo de consulta se mantém acima da média habitual.

Isso evidencia que além de custos financeiros para o município, o uso inadequado da medicação pode comprometer a eficiência da UBS, uma vez que são deixados de atender cerca de dois pacientes por dia, devido ao acompanhamento que se faz necessário aos pacientes do grupo de hipertensos supracitado.

Determinantes do problema selecionado:

Durante as reuniões com as equipes alguns pontos foram identificados como principais causas da má adesão ao medicamento:

- Analfabetismo e baixa instrução,
- Abandono pela família,
- Desconhecimento sobre a doença e o tratamento,
- Transtorno depressivo,
- Demência,
- Falta de acompanhamento pela equipe de saúde,
- Falhas na dispensação.

O analfabetismo é o fator mais frequente entre os pacientes pré-selecionados para participarem do projeto de intervenção.

Muitos tomam a medicação de acordo com as cores dos comprimidos, de acordo com a orientação no momento da dispensação do medicamento, e quando este medicamento é comprado de outro laboratório, passam a usar em horários errados, deixam de tomar ou até mesmo tomam em dobro.

O abandono pela família também é uma causa frequente, sendo observado em muitos idosos que vivem sozinhos, em condições precárias de autocuidado.

Com menor frequência, seguem o transtorno depressivo e a demência, que acometem um grande número de pacientes e nestes casos o impacto sobre a adesão é importante quando este fator se associa ao abandono pela família.

A ausência de um cuidador nestes casos dificulta muito o uso correto da medicação por estes pacientes.

Em relação aos serviços prestados pela equipe de saúde, encontramos falhas tanto no acompanhamento quanto na dispensação da medicação.

O acompanhamento não é feito para todos os casos identificados pois não há no momento agentes de saúde em número suficientes para cobrir todo o território de abrangência.

A dispensação da medicação não conta com dispositivos auto explicativos, que facilitem a organização e tomada da medicação durante o dia/semana, o que poderia melhorar a adesão e tratamento.

Entre os principais fatores agravantes para a má adesão à medicação, observou-se que o mais frequente e que abrange diversas faixas etárias da população é o analfabetismo. Este também é o fator que melhor pode ser abordado pela equipe na proposta de intervenção.

A UBS conta com apenas uma equipe de PSF e mais 4 profissionais (2 técnicos, 1 enfermeira e 1 médica) que integram a equipe da UBS. Dessa forma, cerca de 50% da população do território de abrangência da UBS não possui cobertura pelo PSF. Adicionalmente, a Equipe Amarela sofre com a deficiência de 3 ACS, reduzindo ainda mais a população acompanhada pelo programa. Na tentativa de controlar um problema de grande impacto para a saúde, considerando as deficiências da UBS, assim como deficiência de profissionais, optou-se por unir a Equipe Amarela à Equipe Parametrizada, somando esforços para que fosse desenvolvida esta proposta de intervenção.

A Equipe Amarela atualmente não atende apenas a população adscrita, na prática todos já atuam em prol da UBS, compartilhando as mesmas dificuldades e os mesmos pacientes.

Isso resulta em inúmeras dificuldades e agravantes para o desenvolvimento e atuação ideal do PSF, e várias propostas de readequação dos atendimentos e distribuição das micro áreas estão em andamento.

Entretanto, optou-se por desenvolver um projeto de intervenção que fosse viável e que resultasse em grande impacto na saúde no momento atual, enquanto trabalha-se em conjunto também para reorganização de todo o PSF, específico para os pacientes mais descompensados identificados pela equipe. Por apresentarem controle inadequado das comorbidades e uso inadequado da medicação.

2 JUSTIFICATIVA

Através da observação, acolhimento e atendimentos realizados e diagnóstico situacional realizado pela ESF, foi priorizado para intervenção o problema da baixa adesão ao tratamento por um grupo de pacientes hipertensos, usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) Joventina Ferreira da Silva. As morbidades associadas e a baixa cooperação dos pacientes selecionados para o grupo vêm acarretando diversas complicações individuais e coletivas.

Para minimizar esta situação decidiu-se elaborar um plano de intervenção específico para este grupo. Melhorar a qualidade de vida de seus componentes, subjetivar e qualificar o atendimento oferecido justificam a realização deste trabalho.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um Projeto Intervenção para melhorar a adesão de um grupo de portadores de hipertensão, que apresentam morbidades associadas e uso inadequado da medicação, selecionados entre os residentes no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde Joventina Ferreira da Silva no Município de Mário Campos, MG.

3.2 Objetivos Específicos

Propor ações efetivas para o uso correto da medicação para os hipertensos analfabetos ou com baixo grau de instrução.

Pautar programas que ampliem o nível de informação e conhecimento dos usuários a respeito das morbidades envolvidas, da importância do tratamento e acompanhamento clínico na hipertensão arterial.

Elaborar programa que identifique e oriente cuidadores para os usuários com baixa adesão ao tratamento da hipertensão.

4 METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como um projeto de intervenção que tem como objetivo propor um plano de ação para o enfrentamento do problema de baixa adesão ao tratamento pelos usuários portadores de hipertensão, em mal estado de saúde devido ao controle inadequado das morbidades, residentes no território de abrangência Unidade Básica de Saúde Joventina Ferreira da Silva. Foram utilizados para o diagnóstico situacional os bancos de dados do IBGE, SIAB, DATASUS; o plano diretor do município, além de informações colhidas pelos agentes de saúde, que permitiram a elaboração do diagnóstico situacional.

O Plano de Intervenção foi elaborado utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que propõe o desenvolvimento do planejamento comum do processo participativo, incluindo opiniões e sugestões de diferentes setores da população, de forma a enriquecer o processo de planejamento e aumentar a viabilidade política do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O PES conta com dez passos descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, seguidos no desenvolvimento deste trabalho. Todos foram desenvolvidos em reuniões periódica, com a contribuição de todos os trabalhadores da equipe.

Os documentos teóricos base do plano foi o Caderno de Atenção Básica nº 05 - Hipertensão Arterial Sistêmica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) e as Diretrizes Europeias para Tratamento da Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014).

5 REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica é uma entidade clínica de origem multifatorial que se caracteriza por níveis de pressão sistólica (PAS) e ou diastólica (PAD) elevados. Pode ser classificada em hipertensão primária, poligênica, e em hipertensão secundária, associada a uma causa específica. A hipertensão é definida pelos valores $>140\text{mmHg}$ da PAS e/ou $>90\text{ mmHg}$ da PAD. Esses valores foram determinados a partir da análise de diversos estudos e que evidenciaram que em doentes com esses valores de PA, demonstrou-se que a redução de PA induzida pelo tratamento é benéfica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014).

A prevalência da hipertensão parece ser aproximadamente 30-45% na população em geral, com um aumento acentuado relacionado com o aumento da idade da população, principalmente após os 30 anos. Atualmente, a pressão arterial (PA) elevada causa cerca de 54% dos AVC e 47% das doenças cardíacas isquêmicas no mundo inteiro, sendo a principal causa de morte no mundo e um dos maiores problemas de saúde pública (BONOW et al, 2013).

A epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil é semelhante à de outros países, ocupando uma parcela importante na mortalidade, como desigualdade social na distribuição do risco de morte, no acesso ao diagnóstico de hipertensão arterial e na proporção de indivíduos com pressão arterial elevada. A doença cerebrovascular representa a principal causa de mortalidade, tendo sido a primeira causa de morte em 2002, seguida pela doença coronariana (SERRANO et. al, 2009). Estima-se que pelo menos 60% dos idosos brasileiros sejam hipertensos, principalmente por hipertensão isolada ou aumento predominante da PAS. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006). Esses dados justificam a importância sobre a morbimortalidade que a hipertensão exerce sobre o sistema de saúde nos dias atuais, tal como os benefícios de seu tratamento adequado.

Na maioria dos pacientes com hipertensão primária, observa-se alguns comportamentos contribuintes para PA elevada, como a nicotina, uso de álcool, ingestão de cafeína proveniente de refrigerantes dietéticos e inatividade física. Os hábitos alimentares ao longo da vida influenciam o risco para desenvolvimento da hipertensão, sendo que dietas pobres em frutas frescas podem contribuir para o aumento do risco de desenvolver hipertensão. Entretanto, o consumo excessivo de calorias e de sódio ainda são os dois determinantes comportamentais de maior

importância. O risco de desenvolver hipertensão aumenta com o consumo de sódio na dieta e diminui com o consumo de potássio (ADROGUE; MADIAS; 2007).

O tratamento da HAS, cujo objetivo é a redução da morbimortalidade cardiovascular do paciente, é constituído basicamente por duas modalidades: a farmacológica e a não-farmacológica.

O tratamento farmacológico pode ser realizado por uma variedade de classes de anti-hipertensivos e suas associações, que atuam em diversos locais de ação, permitindo variadas vias alternativas de tratamento. Para qualquer alteração de pressão arterial acima de 120/80 mmHg, alterações no estilo de vida deveriam ser fortemente recomendadas. Pode-se usar a presença de risco global acima de 10% nos próximos 10 anos (escore de Framingham) para o início de um tratamento farmacológico. Em pacientes idosos, com hipertensão sistólica isolada, recomenda-se que seja iniciado o tratamento, de acordo com as atuais diretrizes. Essa recomendação se explica pois idosos têm um risco absoluto mais alto de doença cardiovascular e, portanto, adquirem maior benefício com o tratamento. Independentemente da idade, o tratamento farmacológico deve ser iniciado em casos de PAS acima de 160 mmHg, com ou sem aumento de PAD. (BONOW et al, 2013)

O tratamento não-farmacológico é constituído por adaptações nos hábitos alimentares e estilo de vida, com o objetivo de evitar comportamentos nocivos à saúde, além de medidas implementadoras para manutenção da saúde (como acompanhamento periódico com a ESF). Entre as opções, algumas medidas exercem efeito hipotensor, tal como perda de peso, dieta, redução da ingestão de sódio, atividade física e restrição da ingestão de álcool (Tabela 01). Outras medidas, apesar de não estarem relacionadas com redução da PA, reduzem o risco cardiovascular, tais como combate à obesidade, diminuição do estresse, restrição de ingestão de gorduras saturadas e eliminação do tabagismo (SERRANO et. al, 2009).

Tabela 01: Modificações no estilo de vida para tratamento da hipertensão

Modificação	Recomendação	Redução da PA
-------------	--------------	---------------

Redução de peso	Manter peso corporal normal (IMC entre 18,5-24,9 Kg/m ²)	5 - 20 mmHg/10kg
Adoção do plano alimentar DASH	Consumir dieta rica em frutas, legumes e laticínios de baixo índice de gorduras, com conteúdo reduzido de gordura saturada e total.	8 - 14 mmHg
Redução de sódio na dieta	Reduzir a ingestão de sódio a, no máximo, 100 mmol/dia (2,4g de sódio ou 6g de cloreto de sódio)	2 - 8 mmHg
Atividade física	Adotar atividade aeróbica regular, como caminhada rápida (pelo menos 30 min/dia, na maioria dos dias da semana).	4 - 9 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo diário a não mais que duas doses (30 mL de etanol – 720 mL de cerveja, 300 mL de vinho ou 90 mL de uísque a 40%) para homens e uma dose para mulheres e pessoas de peso mais baixo.	2,5 - 4 mmHg

Fonte: BONOW et al, 2013

O início da terapia farmacológica deve ser estabelecido quando as medidas não-farmacológicas não geram resultados que mantenham a PA aos níveis pressóricos recomendados, ou quando os níveis iniciais da hipertensão atinjam valores de maior risco (> 160/100 mmHg). A escolha do fármaco e suas associações deve ser orientada através dos algoritmos elaborados pelas sociedades profissionais competentes, baseado em estudos observacionais que evidenciam graus de evidência relevantes.

Os profissionais de saúde enfrentam um obstáculo importante: a falta de adesão à terapêutica, seja ela medicamentosa ou não. A adesão ao tratamento é complexa e se associa a diversos fatores, dependendo de característica individuais, sociais, culturais, além dos fatores intrínsecos ao tratamento (DERMONER et. al, 2012). Entende-se por não-adesão ao regime terapêutico a presença de atitudes e comportamentos do paciente que não condizem com as medidas terapêuticas prescritas para o tratamento da doença, sejam elas farmacológicas ou não-farmacológicas.

A não adesão ao tratamento é mais frequentemente encontrada em certos grupos, sendo mais prevalente em pacientes negros que em brancos. (CLARK, 1991). Há ainda, uma relação importante de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo em indivíduos com sobrepeso e em indivíduos que não praticam atividade física. Além disso, os pacientes que têm hábitos de tabagismo e ingestão

de bebida alcoólica, cerca de 77% não aderem ao tratamento medicamentoso (Dermoner et. al, 2012). Esses dados corroboram para as múltiplas causas de não-adesão ao tratamento, e demonstram a importância da implementação de medidas que visam melhorar a adesão, de forma a combater e remediar as suas múltiplas causas. A escolaridade parece estar mais relacionada ao tratamento não-farmacológico, de forma que a maior escolaridade tem associação positiva com a atividade física. Por outro lado, a adesão à dieta associa-se à menor escolaridade. Em relação à faixa etária, observa-se que a melhor adesão ao tratamento farmacológico é associada à maior faixa etária.

Quando se decide por terapêutica medicamentosa, recomenda-se seguir as diretrizes baseadas em princípios farmacológicos conhecidos e modos comprovados de melhorar a adesão, conforme Tabela 02.

Tabela 02: Diretrizes Gerais para Melhorar a Manutenção do Tratamento Anti-hipertensivo

Estar ciente do problema e alerta para sinais de ingestão inadequada da medicação:

- Reconhecer e tratar a depressão

Articular o objetivo da terapia, que é reduzir a pressão arterial até quase a normotensão com poucos efeitos colaterais ou mesmo nenhum.

Orientar o paciente sobre a doença e seu tratamento:

- Providenciar avaliações individuais de riscos atuais e benefícios potenciais de controle.
- Envolver o paciente na tomada da decisão.
- Fornecer instruções por escrito.
- Incentivar o apoio familiar.

Manter contato com o paciente:

- Incentivar consultas e telefonemas a profissionais de saúde aliados.
- Permitir que o farmacêutico monitore a terapia.
- Fornecer *feedback* ao paciente por meio de leituras domiciliares da pressão arterial.
- Fazer contato com pacientes que não retornam.

Manter o atendimento barato e simples

- Fazer a mínima investigação necessária para descartar causas secundárias.
- Pedir exames laboratoriais de controle apenas anualmente, a menos que haja indicação para aumento da frequência.
- Usar leituras domiciliares da pressão arterial.
- Usar terapias sem medicamentos e com baixo custo.
- Usar doses, uma vez ao dia, de fármacos com ação longa.
- Usar genéricos e partir ao meio os comprimidos com doses maiores.
- Se apropriado, usar comprimidos combinados.
- Usar embalagens com blisters contendo calendário (quando fabricados).
- Moldar a medicação para as rotinas diárias.
- Usar protocolos clínicos detalhados monitorados por enfermeiros e assistentes.

Prescrever de acordo com os princípios farmacológicos:

-
- Acrescentar um medicamento por vez.
 - Iniciar com doses pequenas, visando reduções de 5-10 mmHg a cada etapa.
 - O paciente deve tomar a medicação imediatamente ao acordar pela manhã ou depois de 4 horas da madrugada, caso acorde para urinar.
-

Estar disposto a parar a terapia que não tiver sucesso e tentar uma abordagem diferente.

Antecipar e abordar os efeitos colaterais:

- Ajustar a terapia para abrandar os efeitos colaterais que não desaparecerem espontaneamente.
-

Continuar a acrescentar agentes eficazes e tolerados em doses suficientes para atingir o objetivo da terapia.

Fornecer retorno e validação de sucesso.

Fonte: BONOW et al, 2013.

Para melhorar a adesão visando sucesso da terapêutica, é importante a presença não apenas do médico, mas de toda a equipe de saúde se relacionando com o paciente, facilitando seu acesso ao sistema de saúde, sua compreensão sobre sua doença, acesso à medicação, integrando o indivíduo e considerando-o em todos os seus aspectos sociais e culturais (Rangel, 2007).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

A Equipe Amarela selecionou os seguintes fatores causais e agravantes do problema selecionado, considerando a importância e o impacto que exercem sobre o problema:

- 1 Analfabetismo e baixo grau de instrução dos usuários;
- 2 Baixo nível de informação e conhecimento dos usuários a respeito das comorbidades envolvidas, importância do tratamento e acompanhamento clínico;
- 3 Dependência dos usuários nos mais variados graus (necessidade de um cuidador ou responsável por buscar a medicação).

Para resolver ou minimizar estes 3 “nós críticos” a Equipe Amarela propôs operações a serem desenvolvidas em 4 sub projetos. São eles:

- **Caixinha do dia a dia;**
- **Farmácia em casa;**
- **Saber Mais e**
- **Padrinho da saúde.**

Os sub projetos foram definidos e nomeados com palavras de fácil associação ao significado e objetivos individualizados. Vários artigos e teses de mestrado /doutorado foram usadas como base para desenvolvimento das ideias e implantação de cada um dos sub projetos, buscando utilizar meios e temas com maior eficácia para resolução e melhora dos problemas (nós críticos) identificados, com base em evidências científicas e experiências registradas na literatura.

Na sequência descreve-se nas tabelas de 04 a 07 os objetivos, as ações, os resultados esperados e estratégias necessárias para a solução de cada um dos sub projetos.

Tabela 04: Descrição do sub projeto Caixinha do Dia a dia

Caixinha do Dia a dia	
Objetivos	Desenvolver um mecanismo para manter a medicação semanal separada por horários de fácil entendimento pelo usuário, evitando erros de posologia e melhorando a adesão farmacológica
Ações/Produtos	<ul style="list-style-type: none"> • Caixinha plástica adaptada para distribuição e organização dos medicamentos, possuindo em sua parte interna 3 espaços separados e demarcados com símbolos que evidenciam os horários de tomada das medicações. • Grupo educativo periódico desenvolvido por equipe multiprofissional para manutenção e conferência da caixinha. • Capacitação da ESF.

Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar significativamente a adesão dos pacientes deste grupo, melhorando a qualidade do tratamento de cada um dos pacientes envolvidos. • Melhorar a capacitação da equipe para orientação do uso e dispensação da medicação.
----------------------	--

Fonte: produzido pela autora, 2014.

Tabela 05: Descrição do sub projeto Farmácia em Casa

Farmácia em Casa	
Objetivos	Disponibilização de um pequeno estoque de medicação para melhorar a adesão a partir da melhor compreensão e organização do paciente ao receber imediatamente a medicação no momento da visita domiciliar.
Ações/Produtos	Caixa de estoque extra com medicações de uso mais frequente que irá acompanhar o médico às visitas domiciliares.
Resultados Esperados	Acesso imediato à medicação de forma a evitar transtornos que prejudiquem à adesão ao tratamento.

Fonte: produzido pela autora, 2014.

Tabela 06: Descrição do sub projeto Saber Mais

Saber Mais	
Objetivos	Realizar reuniões periódicas para disponibilizar aos usuários a possibilidade de aumentar o conhecimento acerca das comorbidades visando melhorias na prevenção, controle, adesão ao tratamento e acompanhamento clínico.
Ações/Produtos	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo educativo e periódico para discussão de temas relacionados às comorbidades, principais dúvidas e aflições que acometem os pacientes envolvidos.
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação do conhecimento da população acerca das comorbidades, complicações e principalmente, forma de controle e prevenção. Importância do uso contínuo e correto da medicação. • Mudança nos estilos de vida e aumento da adesão farmacológica.

Fonte: produzido pela autora, 2014.

Tabela 07: Descrição do sub projeto Padrinho Saúde

Padrinho Saúde	
----------------	--

Objetivos	Promover a inclusão de um amigo ou parente do usuário nas reuniões para mantê-lo informado de forma que possa auxiliá-lo no uso da medicação e controle da doença.
Ações/Produtos	Encontros periódicos destinados aos amigos e parentes cuidadores que auxiliam no processo de organização da Caixinha dia-a-dia, além de outras formas em que pode ser útil.
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Melhor informação deste “padrinho” acerca das comorbidades envolvidas para melhor auxílio ao paciente. • Acompanhamento e conferência da caixinha dia-a-dia por um parente ou amigo.

Fonte: produzido pela autora, 2014.

A adesão ao tratamento pode ser definida como a correspondência entre o comportamento do paciente (tomada da medicação e mudança de estilo de vida e alimentação) e as recomendações efetuadas pelo médico/equipe de saúde (SILVA, 2010 *apud* WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). A adesão pode ser influenciada por inúmeros fatores, principalmente relacionados aos pacientes, à doença, aos medicamentos e ao médico/equipe de saúde.

O trabalho de SILVA (2010) demonstra a importância da atenção farmacêutica para melhoria da adesão medicamentosa e não medicamentosa em pacientes com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Nele, verificou-se níveis elevados e crescentes de adesão ao tratamento medicamentoso. Além disso, percebe-se que a abordagem multidisciplinar tem contribuído para melhoria da adesão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2007). Entretanto, esta abordagem demanda esforços contínuos e trabalho em equipe por parte dos profissionais de saúde.

A Caixinha do Dia a Dia foi elaborada com o intuito de organizar as medicações de uso para facilitar o uso e melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso, no que se refere ao uso da medicação, uma vez que ao facilitar a organização irá agilizar sua tomada e conseqüentemente sua adesão. As caixinhas foram produzidas com recursos de doação e produção voluntária de alguns membros e familiares de membros da Equipe. As divisões e símbolos são de fácil entendimento e bastante didáticos, de forma a garantir o entendimento pelos pacientes de baixa escolaridade e idosos, o que favorece a eficácia do tratamento.

A Farmácia em Casa foi criada com o objetivo de fornecer a medicação àqueles pacientes que recebem a visita domiciliar do médico por incapacidade/dificuldade de deslocamento, de forma a facilitar o entendimento do paciente e familiar ou cuidador já no momento da consulta. A compreensão da posologia favorece a adesão ao tratamento (SILVA, 2010), assim como sua persistência.

O Padrinho da Saúde surgiu para aproximar os cuidadores à Equipe de Saúde, ressaltando a importância que eles exercem na vida dos pacientes, além de buscar a valorização desses cuidadores. Saraiva et. al. (2007) revelou em seu estudo que os cuidadores, em sua maioria, eram familiares de média idade (40 a 49 anos) e mais de 48% tinham escolaridade mais avançada que a dos pacientes, com melhores condições de compreensão da doença, exercendo grande importância na adesão ao tratamento quando participam deste cuidado.

O Saber Mais busca criar um ambiente de conscientização e informação, de forma a atingir tanto os pacientes quanto seus cuidadores. Conforme descrito por SILVA, 2010, o conhecimento sobre as doenças e seus tratamentos não garantem a adesão, mas é um fator de extrema importância para a participação ativa do paciente nas decisões acerca seu estado de saúde. A partir disso, o Saber Mais busca cobrir uma grande lacuna existente no tratamento das doenças crônicas, o que pode prejudicar de forma importante a adesão. Segundo Mion et. al. (1995), o desconhecimento sobre o tratamento não farmacológico da hipertensão é elevado, e a melhoria deste parâmetro pode ser buscada através das reuniões do Saber Mais, discutindo-se e relembrando as principais medidas não farmacológicas e sua importância, atividade que se torna extremamente difícil de ser realizada apenas no consultório durante a consulta médica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial sistêmica é uma das principais causas de morbidade e mortalidade, sendo importante fator de risco para doenças coronarianas e cerebrovasculares (BRASIL, 2006). Estima-se que cerca de 60% dos idosos brasileiros sejam hipertensos. A partir dessa informação, pode-se ter uma ideia do número de hipertensos que hoje vivem no município de Mário Campos. Considerando a estimativa para 2014 (Censo de 2010), pode-se calcular portanto cerca de 8.500 pacientes hipertensos. Este número permite ter uma ideia do impacto que a hipertensão arterial sistêmica exerce sobre a saúde do município, em todos os graus de atenção.

Este projeto de intervenção foi criado com o objetivo de melhorar o cuidado com estes pacientes, e como consequência, minimizar os custos gerados de complicações dessa morbidade. Apesar das múltiplas dificuldades enfrentadas, o projeto foi adaptado para contornar os entraves e permitir sua existência na prática.

O município de Mário Campos possui a implantação da Atenção Primária ainda em andamento, havendo espaço para mais duas equipes. Conseqüentemente, a escassez de mão de obra e número insuficiente de equipes para cobertura de toda a área do município se apresenta como um grande obstáculo. Apenas no início de 2013 foi iniciada a reorganização das equipes de Atenção Primária à Saúde, com o processo de implantação de 3 equipes da ESF. A cidade não conta com hospital ou pronto-atendimento, e a população ainda tem o hábito de procurar o sistema de saúde apenas em casos mais graves, o que hoje é um dos maiores desafios para o bom funcionamento dos PSFs. Além disso, a unidade Joventina Ferreira da Silva, na qual o projeto de intervenção foi implantado, atende toda a demanda da área de Bom Jardim, correspondendo a demanda em que seriam necessárias 2 equipes de PSF, fazendo desde o atendimento inicial de casos de urgência/emergência ao atendimento de PSF habitual. Uma importante dificuldade enfrentada devido a este acúmulo de atribuições na unidade é a incapacidade física para atendimento de toda a demanda gerada, o que acaba por prejudicar o funcionamento ideal do PSF e seus programas.

Para viabilidade do projeto, foi necessário realizarmos a busca ativa de um número pequeno de pacientes, selecionando aqueles que apresentavam crises

hipertensivas frequentes e/ou parâmetros laboratoriais que indicavam a morbidade mal controlada. Desta forma, este projeto não se limitou apenas às áreas de abrangência do PSF, mas de toda a região de Bom Jardim, tendo como parâmetro de seleção o agravo ou complicação decorrente de hipertensão e diabetes, e não a área de abrangência do PSF.

A Equipe Amarela do PSF da Unidade Joventina Ferreira da Silva selecionou como primeira prioridade o problema “**Baixa adesão ao tratamento farmacológico pelos pacientes, principalmente hipertensos e diabéticos**”. A necessidade imediata de resolução deste problema foi o principal fator considerado para a sua priorização, dado à importância e ao impacto de suas consequências sobre a saúde individual e coletiva. Durante as reuniões com as equipes alguns pontos foram identificados como principais causas da má adesão ao medicamento, entre eles analfabetismo e baixa instrução, abandono pela família, desconhecimento sobre a doença e o tratamento, transtorno depressivo, demência, falta de acompanhamento pela equipe de saúde e falhas na dispensação. O analfabetismo é o fator mais frequente entre os pacientes pré-selecionados para participarem do projeto de intervenção.

Visando resolver ou minimizar estes problemas, a Equipe Amarela propôs operações a serem desenvolvidas em 4 sub projetos: **Caixinha do dia a dia; Farmácia em casa; Saber Mais e Padrinho da saúde**. Cada um destes sub projetos busca atingir as maiores causas dos problemas identificados, na tentativa de contornar o analfabetismo, o abandono de pacientes, a falta de conhecimento do próprio paciente sobre a morbidade que possui e o acesso à medicação. Através da realização de reuniões mensais, espera-se ainda a aproximação do paciente junto à Equipe de Saúde, de forma a melhorar o relacionamento e facilitar o acesso, para que o cuidado com a saúde seja facilitado e entendido como um cuidado contínuo.

As duas primeiras reuniões, ocorridas nos meses de novembro e dezembro de 2014, foram motivadoras e bem recebidas por todos os pacientes participantes. De imediato já foi possível observar a melhora dos níveis pressóricos de alguns pacientes, além de maior participação da família daqueles que aparentemente estavam abandonados. Apenas 60% dos pacientes selecionados estiveram presentes na primeira reunião, o que demonstra a necessidade de intensificar o atendimento domiciliar, ao mesmo tempo em que se motiva a equipe e consequentemente, os pacientes. Apesar da ausência de quase metade dos

pacientes selecionados, aqueles que estiveram presentes se mostraram interessados e entusiasmados por estarem participando do projeto com tal, uma experiência ainda não vivida pelos moradores da região. Mais importante que os resultados obtidos, que certamente trarão inúmeros benefícios para a população, é o fato de este projeto representar o início de uma série de outros projetos que, a partir da construção inicial deste, poderão ser desenvolvidos futuramente.

REFERÊNCIAS

- ADROGUE HJ, MADIAS NE: **Sodium and potassium in the pathogenesis of hypertension**. N Engl J Med 356:1996, 2007.
- BONOW, R. O.; MANN, D. L; ZIPES, D. P; LIBBY, P. **Braunwald, Tratado de doenças cardiovasculares**. 9ª ed. 2v. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional para 2013**. Brasília: IBGE, 2011.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) - 2009/2011**. Brasília: MEC, 2012.
- BRASIL. Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA). **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal no Brasil**. Brasília: IPEA, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, **Hipertensão arterial sistêmica** – Cadernos de Atenção Básica n 15. Brasília, D.F., 2006.
- CAMPOS, F. C. C. de ; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.
- CLARCK, L.T. **Improving compliance and increasing control of hypertension: needs of special hypertensive populations**. Am. Heart J., v. 121, n. 1, p. 664-9, 1991.
- DERMONER, M. S; RAMOS, E. R. P; PEREIRA E. R. **Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde**. Acta Paul. Enferm. Vol 25. São Paulo, 2012.
- LEVINE, R.J. **Monitoring for adherence: ethical considerations**. Am. J. Resp. Crit. Care Med., v. 149, n. 2, p. 287-8, 1994.
- MION Jr., D. **Aderência do paciente hipertenso ao tratamento**. / Apresentado no 42. Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Brasília, 1987.
- MION Jr., D. et al . **Conhecimentos, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico**. J. Bras. Nefrol., v. 17, n.4, p. 229-36, 1995.
- MION Jr., D.; PIERIN, A M.G. **Causas de baixa adesão ao tratamento e o perfil de pacientes hipertensos**. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO 5, São Paulo, 1996. Anais. São Paulo, Sociedade Brasileira de Hipertensão, 1996. p. 120.

RANGEL-S ML. **Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar.** Cin Saude Colet, 2007.

SILVA, Nilcéia Lopes da. **Avaliação da adesão de pacientes portadores de síndrome metabólica ao tratamento: acesso e uso de medicamentos e conhecimento de fatores de risco.** São Paulo, 2010.

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

SERRANO Jr, C. V.; TIMERMAN, A; STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia SOCESP.** 2ª ed. Barueri: Manole, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, **Diretrizes Europeias para Tratamento da Hipertensão Arterial.** Revista de Hipertensão – V 17 n 1-2, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial: abordagem multiprofissional.** 2006B.