



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Especialização em Saúde da Família**



Yoaska Dalia Boffill Borroto

**Projeto de intervenção em pacientes hipertensos e sua adesão  
ao tratamento medicamentoso pertencente à unidade básica de  
saúde de São Geraldo município Cariacica /ES**

Rio de Janeiro

2015

Yoaska Dalia Boffill Borroto

**Projeto de intervenção em pacientes hipertensos e sua adesão  
ao tratamento medicamentoso pertencente à unidade básica de  
saúde de São Geraldo município Cariacica /ES**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado, como requisito parcial para  
obtenção do título de especialista em  
Saúde da Família, a Universidade Aberta  
do SUS.

Orientadora: Juliana Montez Ferreira

Rio de Janeiro

2015

## RESUMO

O tratamento adequado da HAS é fundamental para a redução da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares e consiste em mudanças no estilo de vida e uso contínuo de um ou mais tipos de medicamentos anti-hipertensivos. Na área de abrangência da unidade básica de São Geraldo, Município de Cariacica, Espírito Santo temos 15.3 % de prevalência de HAS numa faixa etária de 20 a 59 anos. Dentre os principais problemas de saúde desta população a hipertensão arterial não controlada é o principal. Este projeto de intervenção é para alcançar nos pacientes hipertensos sua adesão à terapêutica medicamentosa na unidade de saúde de São Geraldo. A amostra será representada por os pacientes hipertensos com acompanhamento em nossa Estratégia de Saúde da Família. Os resultados esperados são uma adequada adesão ao tratamento medicamentoso, melhora do conhecimento da população sobre a hipertensão e os fatores de risco associados, prevenção de complicações e mudanças no estilo de vida na comunidade de São Geraldo.

Descritores: Hipertensão; Adesão à Medicação; Assistência à saúde.

## SUMÁRIO

1. <b>INTRODUÇÃO</b> .....	3
1.1 Situação Problema.....	3
1.2 Justificativa.....	5
1.3 Objetivos.....	7
Objetivo Geral.....	7
Objetivo Específico.....	7
2. <b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	8
3. <b>METODOLOGIA</b> .....	10
3.1 Público-alvo .....	10
3.2 Desenho da Operação.....	10
3.3 Parcerias Estabelecidas.....	11
3.4 Recursos Necessários.....	11
3.5 Orçamento.....	11
3.6 Cronograma de Execução.....	12
3.7 Resultados Esperados.....	13
3.8 Avaliação.....	13
4. <b>CONCLUSÃO</b> .....	14
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	15

## 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho foi construído dentro do curso em especialização em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde Vinculada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para as doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração e para a carga global de doenças em homens e mulheres de todas as idades. É a principal causa de óbito prevenível no mundo. (Sociedade Brasileira de Cardiologia 2010; World Health Organization 2011).

Atualmente a prevalência média mundial estimada da hipertensão é de 26.4%, com uma ampla variação dependendo da população estudada, atingindo 33.5 a 38.7% nos países europeus, 15 a 21.7% nos países africanos e asiáticos, cerca de 40% na América Latina, 21.0% nos EUA e Canada. (Damasceno 2009; Mendéz-Chacón 2008; Wu Y et al 2008; Lee HS, Park YM 2010).

O Ministério da Saúde do Brasil estima que 22% da população com idade superior a 20 anos sejam portadores de hipertensão arterial. Esta é responsável por 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio, 80% dos casos de acidente cérebro vascular e 40% das aposentadorias precoces, significando para a saúde pública um custo de 475 milhões de reais por ano. (MMWR 2011)

Devido suas decorrentes complicações, como doenças cerebrovascular, arterial coronariana e vascular de extremidades, além de insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica. A hipertensão eleva o custo médico-social no país.(Lim, Vos, Flaxman, et al. 2012)

O tratamento adequado da HAS é fundamental para a redução da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares e consiste em mudanças no estilo de vida e uso contínuo de um ou mais tipos de medicamentos anti- hipertensivos. (Moreira 2013)

O presente estudo tem como pressuposto que os indivíduos que relatam diagnóstico médico de hipertensão arterial com indicação de uso de antihipertensivos deveriam utilizar medicamentos de uso contínuo, conforme orientam os protocolos de tratamento dessa condição. (Santa Helena 2010) Nesse sentido, a não utilização de medicamentos de uso contínuo é um

marcador de não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão.(Demoner 2012).

### 1.1 Situação-problema

O município de Cariacica foi criado pelo decreto 57, de 25 de novembro de 1890 e instalado em 30 de dezembro do mesmo ano. Pertence ao Estado de Espírito Santo localizado ao sudoeste do país. (Secretaria de Vigilância em Saúde 2012)

Possui uma superfície de 279,98 km<sup>2</sup>, correspondente ao 0,60 % do território estadual, limitando ao norte com Santa Leopoldina, ao sul com Viana, ao este com Vila Velha, Serra e Vitória e ao oeste com Domingos Martins. Encontra-se a 15 quilômetros da capital do estado, Vitória. Tem uma população de 361.058 habitantes, segundo estimações do ano 2006, estando 95% em zonas urbanas.

Cariacica é considerada a "porta de entrada" de Vitória. O município é cortado pelas Rodovias BR 101 e BR 262, as duas principais rodovias federais que atravessam o Estado do Espírito Santo. O município também é cortado pela Rodovia Estadual ES-080, que liga a região serrana do Espírito Santo à grande Vitória. Neste município também se encontra a Estação Ferroviária Pedro Nolasco, ponto de partida do trem de passageiros que liga a cidade a capital do estado de Minas Gerais, Belo Horizonte. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2009).

Seus centros comerciais são os bairros de Campo Grande, Bela Aurora, Castelo Branco, Jardim América, Porto de Santana e Itacibá.

A economia da cidade é voltada para o setor terciário, comércio exterior e indústrias. O bairro de Campo Grande é o que concentra o maior contingente de lojas comerciais, sendo considerado o maior *shopping* a céu aberto do Estado do Espírito Santo. É possível entrar em mais de 300 lojas em apenas uma rua, e achar diferentes produtos nas demais. Cariacica possui o maior porto seco da América Latina, além de várias empresas de logística. A cidade conta ainda com o Shopping Moxuara do Grupo Sá Cavalcante localizado na BR-262/101 no bairro de São Francisco, sendo o primeiro shopping center do município. Fica sediado neste município o Grupo Águia Branca, um dos

maiores grupos empresariais do país. Também são destaques no município a fábrica da Coca-Cola, a empresa Arcelor Mittal Cariacica e o Grupo Coimex.

A Estratégia de Saúde da Família, onde será realizado este trabalho chama-se São Geraldo I, e tem como área de abrangência os bairros São Geraldo I y II, São Conrado, Rosa da Pena e Maracanha. Os pacientes são agendados em consultas programadas durante toda a semana ou vão a unidade para consultas no mesmo dia por demanda espontânea e ainda são realizadas visitas domiciliares.

Em nossa área de cobertura existe uma escola pública, uma Faculdade, várias igrejas, sendo algumas católicas e outras evangélicas. A população é de 4.736 habitantes, com 2304 homens e 2432 mulheres, sendo 72.8 % de pacientes de 15 a 64 anos e 7.3% pacientes com 65 anos e mais. As condições de moradias são muito razoáveis na grande maioria da população.

O abastecimento de água é adequado, e realizado por redes públicas e a coleta do lixo acontece três vezes por semana. A população em sua maioria consome água tratada. As principais fontes de emprego são o comércio, trabalho doméstico e construção.

Dentre os principais problemas de saúde observados nesta população a hipertensão arterial não controlada é o principal. Em nossa área de abrangência temos 15.3 % de prevalência de HAS numa faixa etária de 20 à 59 anos.

## **1.2 Justificativa**

A hipertensão arterial representa atualmente uma das doenças mais prevalentes no Brasil e no mundo. É considerado, um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, como acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva. Tendo em conta o de cima, mas o elevado número de morbidade e mortalidade e dos custos hospitalares a adesão do paciente ao tratamento adequado é de essencial importância. (Nations M, 2011; Moreira JP, 2011 )

Em relação à hipertensão arterial, alguns os fatores podem estar relacionados com a adesão do paciente ao tratamento, ressaltando-se a falta de conhecimento sobre a doença e motivação para tratar uma doença crônica; o baixo nível socioeconômico; aspectos culturais (crenças inadequadas adquiridas no seu contexto familiar); baixa autoestima; relacionamento ineficaz com a equipe de saúde; tempo prolongado de atendimento; dificuldades no acesso aos serviços de saúde (consultas); custo dos medicamentos, bem como seus efeitos indesejáveis, os quais interferem na adesão ao tratamento e conseqüentemente, na qualidade de vida. (Szwarcwald CL, Souza-Júnior PR, Damacena GN, 2010)

Outros fatores que podem estar associados são fatores demográficos, clínicos e comportamentais, além de fatores psicológicos e sociais.(Cohen MJ, Shaykevich S. 2012).

Santa Helena e colaboradores, assim como Demoner Ms, Ramos ERP e Pereira ER, em suas trabalhos sobre fatores associados á adesão ou não ao tratamento em unidades básicas de saúde, em áreas urbanas e semiurbanas, coincidem com nossos argumentos.

Neste trabalho queremos intervir para melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos e assim diminuir suas complicações, diminuindo morbidade e mortalidade e elevando a expectativa de vida.



### 1.3 Objetivos

- *Objetivo geral*

- Diminuir a mortalidade e a morbidade provocadas pela HAS na população sob o cuidado da Unidade de Saúde de São Geraldo.

- *Objetivos específicos*

- Aumentar a adesão ao tratamento da HAS na população sob cuidado da Unidade de Saúde de São Geraldo;
- Aumentar a compreensão da população sobre HAS e seu tratamento;
- Criar espaço de escuta e acolhimento entre os pacientes com HAS;

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

A não adesão ao tratamento medicamentoso representa um problema de âmbito mundial, por reduzir os resultados terapêuticos, em especial de doenças crônicas, e aumentar os custos dos sistemas de saúde. A não adesão deve ser assumida como um constructo de múltiplas dimensões. Ela está relacionada não somente em tomar ou não medicamentos, mas como o paciente "administra" seu tratamento: comportamento em relação à dose, horário, frequência e duração. (Fonseca PP, Oliveira MG, Del Porto JA. 2012)

Existem poucos estudos no Brasil e no mundo que descrevem índices de adesão entre os pacientes hipertensos. A maioria das investigações tem sido direcionada para avaliação em centros urbanos, sem estender estes dados para áreas suburbanas, carentes, com características demográficas, hábitos alimentares e culturais, tipos de ocupação e acesso à assistência médicos bastante distintos. (Santa Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J, 2010).

A literatura mostra que a prevalência da não adesão de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ao tratamento medicamentoso é variada. Pesquisas realizadas com hipertensos em ambulatórios de hospitais brasileiros mostraram um percentual de não adesão de 86,7% em São José do Rio Preto e de 12,7% em Ribeirão Preto. Na atenção primária de uma pequena cidade do estado do Rio Grande do Sul a taxa de não adesão foi de 34,3%. Em Teresina (PI) a não adesão foi de 26,8% e em Maringá (PR) de 64,0%. (Nations M, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Uchôa E, 2011)

Relatório mundial mostra que a variabilidade observada na frequência da adesão depende da metodologia empregada para estimativa das características da população investigada e do tamanho da amostra. (Barreto SM, Figueiredo RC, 2009).

Em relação aos fatores que influenciam a adesão ao tratamento, pesquisadores apontam a multicausalidade, ou seja, a adesão depende da doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias), do tratamento (medicamentoso consumido), de características e crenças das pessoas (sexo, idade,

etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico), dos hábitos de vida, dos aspectos culturais (não percepção da seriedade da doença, desconhecimento, a doença no contexto familiar e autoestima) e do modo como às pessoas com HAS se relacionam com o serviço de saúde. (Almeida GBS, Paz EPA, Silva GA. 2013).

Estudos indicam que a não utilização de medicamentos anti-hipertensivos parece estar relacionada com características sociodemográficas, especialmente com o sexo masculino e as idades mais jovens, com os comportamentos relacionados à saúde, como tabagismo e sedentarismo, com as condições de saúde dos indivíduos e com utilização dos serviços de saúde. (Campos, F.C de Faria, Horácio P. Des, Max. A 2010).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada no ano de 2008 (PNAD 2008) contém informações sobre hipertensão arterial referida e uso contínuo de medicamentos. Entretanto, não há informação específica sobre o tipo ou finalidade do medicamento utilizado. A hipertensão arterial referida é um indicador simples, que pode ser usado quando a determinação da prevalência da hipertensão pela aferição da pressão arterial e uso de medicamentos anti-hipertensivos não é viável. Tem sido utilizada em inquéritos como o National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) nos Estados Unidos e o VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) no Brasil.

Estudos de validação da hipertensão referida realizados em população idosa e adulta no país mostram valores de sensibilidade de 72,1% a 84,4% e especificidade de 86,4% a 87,5%, respectivamente. (Gontijo MF, Ribeiro AQ, Klein CH, 2012).

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Público-alvo**

Hipertensos adultos maiores de 20 anos, na área de abrangência da unidade básica de saúde de São Geraldo, Cariacica, Espírito Santo. Como critério de exclusão, toma-se em conta idosos descapacitados com situações familiares desfavoráveis com pouca ou nenhuma possibilidade de participação em atividades planejadas.

#### **3.2 Desenho da operação**

O primeiro momento a ser realizado é a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, a fim de socializar os objetivos, metodologia e resultados esperados. Devem-se organizar com a coordenação da Secretaria de Saúde do Município, os departamentos de Promoção e Prevenção de Saúde e as redes sociais locais.

Com a aceitação e comprometimento da equipe de saúde da estratégia de saúde da família, será apresentado um cronograma com as atividades a serem desenvolvidas, prazos e elencados os responsáveis pelas atividades.

O segundo momento será aquele em que a equipe de saúde organiza os materiais, fará o levantamento dos recursos necessários para a plena execução do projeto. Neste momento, será solicitada à gestão regional a disponibilização de materiais de apoio. Em seguida, a equipe terá uma reunião para discussão dos instrumentos para implementação das atividades a serem desenvolvidas. Neste espaço dúvidas devem ser compartilhados, pactos entre a equipe devem ser selados, a fim de que a execução da atividade possa ser facilitada.

O terceiro momento é composto pela identificação das escolas, clubes, e outros lugares onde possam ser realizadas as atividades, assim como os líderes comunitários formais e informais que possam colaborar com o processo.

O quarto momento é a elaboração das atividades de educação, informação e comunicação, onde esteja registrado desde o acordo com os pacientes hipertensos e a família, o papel dos membros da equipe, o profissional de referência, cuja responsabilidade é de coordenar as ações. Também usaremos metodologias ativas de

ensino, como rodas de conversa ou dramatização para problematização, valorização da experiência prévia do indivíduo e a exposição dialogada.

### **3.3 Parcerias Estabelecidas**

Parcerias serão estabelecidas com espaços na comunidade como escolas e com líderes comunitários.

### **3.4 Recursos Necessários**

Recursos Humanos: pacientes hipertensos; famílias; população geral; equipe completa de ESF; instrutores de educação Física; NASF; professores; trabalhadores; líderes das comunidades.

Recursos materiais: escolas; locais para recreação na comunidade; clubes sociais; redes sociais; computadores; prontuários dos pacientes; papel A4; impressora.

### **3.5 Orçamento**

Este projeto se utilizará de recursos já existentes na unidade o que não exigirá orçamento específico.



### **3.7 Resultados esperados**

Lograr o controle pressórico de nossos pacientes hipertensos é uma prioridade pautada na agenda da equipe de saúde, esse projeto permitirá que os planos de cuidados e/ou os projetos terapêuticos singulares envolvam todos os membros da equipe, contribuindo para grandes mudanças como diminuir as complicações da doença, diminuir as taxas de morbimortalidade por hipertensão e elevar a educação sanitária.

Finalmente, uma política orientada em educação para a saúde melhora os indicadores relacionados com a incidência e prevalência de HTA.

Criar espaços de diálogo entre pacientes hipertensos, não hipertensos, jovens, professores, profissionais de saúde, responsáveis e a comunidade é, comprovadamente, um importante instrumento para construir uma resposta social com vistas à superação das relações de vulnerabilidade.

### **3.8 Avaliação**

Os dados quantitativos serão submetidos ao tratamento estatísticos descritivos e apresentados na forma de tabelas para sua análise. Faremos avaliações sobre os encontros com os pacientes e profissionais envolvidos. Em cada encontro desenvolveremos atividades participativas, com a técnica de as três carinhas. (sorrindo, uma sem expressão e outra chateada para incluir analfabetos na avaliação). Em cada reunião de equipe discutimos como o projeto vai, os pontos positivos e onde poderíamos melhorar.

#### **4. CONCLUSÃO**

Com esse plano de intervenção aplicado esperamos diminuir a mortalidade e a morbidade provocadas pela HAS em nossa Estratégia de Saúde da Família, São Geraldo, aumentar a adesão ao tratamento e a educação sanitária da os pacientes e criar espaço de escuta e acolhimento entre os pacientes.

Para o equipe de trabalho, nos projeto permitira planejar melhor as atividades a realizar, e fazer uma pesquisa adequada de fatores de risco e doenças em nossa população que podem perfeitamente ser detectadas, tratadas e modificadas melhorando assim a qualidade de vida dos moradores de nossa área de abrangência. Nossa experiência pode gerar desdobramentos não só em doenças crônicas não transmissíveis, também em outras doenças com alta mobilidade e mortalidade, além de isso pode estimular os profissionais e pacientes em novos projetos que beneficiaram a população.



## REFERÊNCIAS

Almeida GBS, Paz EPA, Silva GA. Representações sociais de portadores de hipertensão arterial sobre a doença: o discurso do sujeito coletivo. REME Rev Min Enferm. 2013; (17)01h46min-53.

Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, autoavaliação em saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. Rev. Saúde Pública 2009; 43 Suppl 2:S38-47.

Barros MB, Francisco PM, Zanchetta LM, César CL. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. Ciênc Saúde Coletiva 2011; 16h37min-68.

Campos, F.C de Faria, Horácio P. Des, Max. A. Dosplanejamento e avaliação das ações em saúde. Nescon/ufmg - curso de especialização em atenção básica em saúde da família2ed. Belo horizonte: nescon/UFMG, 2010. 110p.

### Outras referências.

Centers of Disease Control and Prevention. Vital sign.: prevalence, treatment and control of hypertension. United States, 1999-2002 and 2005-2008. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2011; 60h10min-8.

Cohen MJ, Shaykevich S, Cawthon C, Kripalani S, Paasche-Orlow MK, Schnipper JL. Predictors of medication adherence postdischarge: the impact of patient age, insurance status, and prior adherence. J Hosp Med. 2012; 7(6): 470-5.

Damasceno A, Azevedo A, Silva-Matos C, Prista A, Diogo B, Lunet N. Hypertension, prevalence, awareness, treatment and control in Mozambique. Hypertension 2009; 54:77-83.

Demoner MS, Ramos ERP, Pereira ER. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. Acta Paul Enferm. 2012; 25(n. esp. 1): 27-34.

Fonseca PP, Oliveira MG, Del Porto JA. A Questionnaire to evaluate the impact of chronic diseases: validated translation and Illness Effects Questionnaire (IEQ) reliability study. *J Bras Psiquiatr.* 2012; 61(3): 181-4.

Giatti L, Barreto SM. Situação no mercado de trabalho e utilização dos serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:3817-27.

Gontijo MF, Ribeiro AQ, Klein CH, Rozenfeld S, Acúrcio FA. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:1337-46.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008: notas metodológicas pesquisa básica, pesquisa especial de tabagismo e pesquisas suplementares de saúde e acesso à internet e posse de telefone móvel celular para uso pessoal. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009.

Lee HS, Park YM, Kwon HS, Lee JH, Park YJ, Lim SY, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among people over 40 years old in a rural area of South Korea: The Chungju Metabolic Disease Cohort (CMC) Study. *Clin Exp Hypertens* 2010; 32h16min-78.

Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380:2224-60.

Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health* 2012; 11h33min.

Méndez-Chacón E, Santamaria-Ulloa C, Rosero-Bixby L. Factors associated with hypertension prevalence, unawareness and treatment among Costa Rica elderly. *BMC Public Health* 2008; 08h27min.

Ministério da Saúde. Portaria no 184, de 3 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Diário Oficial da União 2011; 4 fev.

Moreira JPL, Moraes JR, Raggio RL. Prevalence of self-reported systematic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study. *Cad Saúde Pública* 2013; 29: 62-72.

Moreira JP, Moraes JR, Luiz RR. Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados da PNAD 2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16: 3781-93.

Nations M, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Uchôa E. Balking blood pressure “control” by older persons of Bambuí, Minas Gerais State, Brasil: an ethno-epidemiological inquiry. *Cad Saúde Pública* 2011; 27 Suppl 3:S378-89.

Osório RG, Servo LM, Piola SF. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16h37min-53.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377:1778-97.

Santa Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2389-98.

Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377:1949-61.

Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rev.Bras. Hipertens. 2010; 17(1): 5-6.

Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI diretrizes brasileiras de hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 Suppl 1): 1-51.

Szwarcwald CL, Souza-Júnior PR, Damacena GN. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. BMC Health Serv Res 2010; 10h21min.

Ungari AQ, Dal Fabbro AL. Adherence to drug treatment in hypertensive patients on the Family Health Program. Braz J Pharm Sci. 2010; 46(4): 811-18.

Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. Radis 2010; 96h12min-9.

World Health Organization. Non-communicable diseases country profile, 2011. [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_profiles2011/en/index.html](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html) (acessado em 24/Set/2014).

World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO [cited 2010 Mar]. Adherence to long-term therapies: evidence for action; [about 2 screens]. Available from: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf)

Wu Y, Huxley R, Li L, Anna V, Xie G, Yao C, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in China: data from China National Nutrition and Health Survey 2002. Circulation 2008; 118:2679-86.

