

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

**BAIXA ADESÃO AO PROCESSO DE TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA MARIA, EM ILICÍNEA –  
MINAS GERAIS**

**THAÍS RODRIGUES BALDONI**

**ILICÍNEA – MINAS GERAIS**

**2014**

THAÍS RODRIGUES BALDONI

**BAIXA ADESÃO AO PROCESSO DE TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA MARIA, EM ILICÍNEA –  
MINAS GERAIS**

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

Professora Orientadora: Profa. Dra. Márcia Helena Miranda Cardoso Podestá

**ILICÍNEA – MINAS GERAIS**

**2014**

THAÍS RODRIGUES BALDONI

**BAIXA ADESÃO AO PROCESSO DE TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA MARIA, EM ILICÍNEA –  
MINAS GERAIS**

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova o trabalho apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica da Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais.

Aprovada em:

Profa. Dra. Márcia Helena Miranda Cardoso Podestá

Instituição: Unifal

Assinatura:

Profa. Dra. Walnéia Aparecida de Souza

Instituição: Unifal

Assinatura:

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus que me fez perseverante na realização desse trabalho, mostrando que tudo se torna possível quando se tem dedicação e força de vontade.

Aos profissionais que trabalham na equipe Santa Maria, diariamente, e que permitiram a realização deste trabalho.

Às instituições UFMG e UNIFAL, que permitiram meu aperfeiçoamento nessa área em que atuo e gosto muito de trabalhar.

À minha família e ao Túlio apoio incondicional.

## RESUMO

A Hipertensão Arterial atinge 18,06% da população da Unidade de Saúde Santa Maria, do município de Ilícinea-MG. A baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial, em sua área de abrangência, é uma realidade enfrentada pelos profissionais atuantes na atenção primária. Objetivou-se com esse estudo, propor um plano de intervenção com vistas a ampliar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial por parte dos hipertensos. A metodologia utilizada foi executada em três etapas, a primeira foi diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e por último os passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Além disso, realizou-se a elaboração de um instrumento de acompanhamento dos níveis pressóricos e fatores correlacionados como o uso regular de medicação, hábitos de vida saudáveis e nível de conhecimento, com base nas análises do PES. Verificou-se, também, que a adesão ao tratamento da hipertensão arterial está relacionada aos hábitos de vida saudáveis, tratamento medicamentoso e aos níveis de conhecimento e de conscientização apresentados pelo usuário. Espera-se com este trabalho um comprometimento dos usuários hipertensos investigados com seu tratamento.

Palavra-chave: Hipertensão Arterial, Atenção Primária, Tratamento, Planejamento Estratégico.

## **ABSTRACT**

Arterial Hypertension affects 18.06% of the population of Santa Maria Health Unit, the town of Illicínea-MG. The low uptake to hypertension treatment in their coverage area, it is a reality faced by professionals working in primary care. The objectives of this study propose an action plan to broaden adherence to treatment of Arterial Hypertension by the hypertensive. The methodology was performed in three stages, the first was situational diagnosis, literature review and last steps of the Situational Strategic Planning (PES). Moreover, there was the development of an instrument for monitoring blood pressure and factors related such as the regular use of medication, healthy lifestyle and knowledge level, based on the analysis of the PES. It was found also that adherence to the treatment of arterial hypertension is related to healthy lifestyle, drug treatment and levels of knowledge and awareness displayed by the user. It is hoped that this work a commitment of hypertensive patients investigated his treatment.

Keyword: Arterial Hypertension, Primary Care, Treatment, Strategic Planning

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1:</b> Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade do PSF Santa Maria.....	20
<b>Quadro 2:</b> Descritores da Hipertensão Arterial.....	21
<b>Quadro 3:</b> Desenho de operações para os "nós" críticos do problema adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial (HAS).....	24
<b>Quadro 4:</b> Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós" críticos do problema adesão ao tratamento da HAS.....	25
<b>Quadro 5:</b> Propostas de ações para a motivação dos atores.....	26
<b>Quadro 6:</b> Plano Operativo.....	27
<b>Quadro 7:</b> Planilhas de acompanhamento da gestão de projetos.....	29
<b>Figura 1:</b> Árvore explicativa do problema adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial.....	22

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVEATURAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BIREME - Biblioteca Regional de Medicina

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA – Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PSF - Programa Saúde da Família

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais



## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	A hipertensão na atenção primária à saúde.....	13
1.2	Adesão ao tratamento da hipertensão.....	15
2.	JUSTIFICATIVA.....	17
3.	OBJETIVO GERAL.....	18
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4.	METODOLOGIA.....	19
5.	PLANO DE AÇÃO.....	20
5.1	Primeiro passo: Definição dos problemas.....	20
5.2	Segundo passo: Priorização dos problemas.....	20
5.3	Terceiro passo: Descrição do problema selecionado.....	20
5.4	Quarto passo: Explicação do problema selecionado.....	21
5.5	Quinto passo: Seleção dos nós críticos.....	22
5.6	Sexto passo: Desenhos das operações.....	23
5.7	Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos.....	25
5.8	Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano.....	25
5.9	Nono passo: Elaboração do plano operativo.....	26
5.10	Décimo passo: Gestão do plano.....	27
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
	REFERÊNCIAS.....	32
	APÊNDICE A.....	36

## 1. INTRODUÇÃO

O município de Ilicínea, Minas Gerais, está localizado a 302 Km da capital mineira, Belo Horizonte, 785 Km de Brasília, DF e 420 Km de São Paulo, SP. O Prefeito Aluísio Borges de Souza encontra-se em seu segundo mandato e seu vice Edvaldo Belinelli em seu primeiro. O cargo de Secretário Municipal de Saúde é ocupado por Brenda Vaneli. O Coordenador da Atenção Básica é o enfermeiro Joilson Gomes Leonardo e a Coordenadora da Atenção à Saúde Bucal é a dentista Gisele Damasceno. Sua população, incluída a zona rural, é de 11.221 habitantes, de acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Congonhas foi o primeiro nome dado ao povoado que, em 1938, como distrito, recebeu o nome de Ilicínea. Em 1953, desmembrando do município de Boa Esperança, foi elevada a igual categoria de cidade.

Está situada em uma região fortemente marcada pelo complexo hidrográfico de Furnas. Sua posição estratégica permite o fácil deslocamento para os principais pontos da represa. Ilicínea limita-se com os municípios de Boa Esperança, Carmo de Rio Claro e Guapé. É servida por estradas de rodagem federal, estadual e municipal o que também permite o fácil acesso aos principais pólos regionais e estaduais. Possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual a 0,758, sendo considerado um IDH médio. A taxa de urbanização equivale a 54,6% do total da população.

O abastecimento de água tratada para os domicílios da zona urbana ocorrem em 93,26% das casas. Já na zona rural, é ofertado abastecimento de água tratada em apenas 67,18% das residências.

O município possui uma área total de 383,1 km<sup>2</sup>. O número aproximado de domicílios e famílias é de 3.571 de acordo com dados do SIAB. A principal atividade econômica de Ilicínea é a colheita do café em época certa do ano. As indústrias e confecções de vestuário em jeans são a principal forma do lucro da cidade.

A taxa de crescimento anual da população é de 0,87%. A densidade demográfica é de 25,92 hab./km<sup>2</sup>. A taxa de escolarização é de 84,84%. De acordo com o Índice de desenvolvimento da educação básica 2009-2011, o município está na 870ª posição, entre os 5.565 do Brasil, quando avaliados os alunos da 4ª série e da 8ª série do Ensino Fundamental.

Neste município, de 2000 a 2010, a proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 140,00 reduziu em 49,4%. Para alcançar a meta de redução de 50%, deve ter, em 2015, no máximo 7,1%. Da população total, 99,54% necessita da assistência à saúde financiada pelo SUS.

O Conselho Municipal de Saúde é composto por 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% prestadores de serviços privados, que se reúnem mensalmente, na sala de reunião da câmara dos vereadores. O Fundo Municipal de Saúde funciona adequadamente, permitindo assim receber os recursos das demais instâncias. O município destina 15% dos seus recursos arrecadados à saúde.

O município pertence à microrregião de Varginha/MG e à macrorregião Sul. O Sistema de Referência e Contra referência funciona de acordo com sua microrregião. Os pacientes são referenciados a outros municípios como o de Varginha, Boa Esperança, Três Pontas, quando não possui a especialidade solicitada ou para todos os procedimentos de média e alta complexidade.

O serviço de saúde de Illicínea oferece ginecologia/obstetrícia, psiquiatra, psicólogo de adulto e infantil, cardiologista, pediatra e fisioterapia em domicílio; são oferecidos serviços de exames laboratoriais que quando não realizados no município, são encaminhados a um laboratório de Varginha. Realiza também eletrocardiograma comum e computadorizado, sendo este último por meio do Telecardio da UFMG. Possui um hospital filantrópico e um pronto atendimento com novas instalações.

O município possui 5 unidades cadastradas no Programa Saúde da Família (PSF), cobrindo 100% de sua população, sendo uma delas destinada a população da zona rural. A saúde bucal está presente em 4 unidades. O município era vinculado ao Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) de Boa Esperança-MG. Desde junho de 2012, houve a desvinculação e seleção de novos profissionais como fisioterapeutas, nutricionista e educador físico. O centro de Saúde Mental possui instalações próprias, atendendo a demanda de usuários portadores de doenças psiquiátricas.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Maria possui, segundo dados do cadastro familiar e do SIAB, uma população de 2.697 habitantes, num total de 804 famílias. Na área de responsabilidade da UBS, estão localizados os bairros: Santa Maria, Novo Horizonte, Jardim Aeroporto, Populares e parte do Centro.

Foi identificado que 90% da população entre 7 a 14 anos está frequentando a escola, bem como 93,53%, dos usuários de 15 anos e mais, são alfabetizados em relação à população descrita.

A maioria da população possui emprego, segundo um levantamento realizado pelos agentes comunitários de saúde. Em sua área de abrangência da equipe de saúde Santa Maria, concentra-se a maioria das fábricas de costura de jeans da cidade. No bairro novo horizonte, está a maioria dos lavradores pertencentes à região. A população em geral vive bem, principalmente graças à oferta de emprego. O envelhecimento da população está presente, assim como as doenças crônicas.

Em relação às demais unidades de saúde, a equipe Santa Maria é a que mais possui gestante e crianças, sendo 4 gestantes com idade abaixo de 15 anos e 1,44% da população são menores de 1 ano.

A maioria das residências (99,38%) é de tijolo, com acesso à energia elétrica (99,88%) e 100% com abastecimento de água da rede pública. Quanto ao saneamento básico, 99,13% das residências possuem rede de esgoto sanitário. A coleta de lixo ocorre diariamente de segunda à sexta-feira. Há, neste território, uma área com risco ambiental, que são as casas da última rua do Bairro das populares, que foram construídas debaixo de um barranco.

Neste território, existe um campo de futebol, uma avenida plana, onde a população realiza caminhada e pratica atividades físicas em uma academia ao ar livre, além de dois parques de diversão para crianças e outra academia que está sendo projetada ao lado da unidade básica. Há, também, uma creche de fácil acesso. Na rua acima da unidade de saúde, encontra-se uma igreja católica e na avenida, encontra-se uma igreja evangélica. A região possui um supermercado e várias mercearias e padarias de fácil acesso. O comércio ainda está presente com lojas de roupas e vendas de automóveis.

A unidade básica de saúde situa-se no bairro Santa Maria, permitindo fácil acesso aos demais bairros pertencentes a sua área de abrangência, distando-se do centro da cidade, aproximadamente 655 metros. A unidade funciona das 7 às 16 horas, não fechando para horário de almoço. Todos os profissionais cumprem jornada de trabalho de 40 horas semanais. Foi inaugurada em maio de 2012, em sua nova instalação, situada à Rua Arildo Vilela Moscardini, 487, no Bairro Santa Maria.

Possui uma equipe de saúde da família composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de serviços gerais. O núcleo de saúde bucal possui uma dentista e uma auxiliar de consultório dentário. Todos cumprem uma carga horária de 8 horas/dia, ou seja, 40 horas/semanais, exceto o médico, que cumpre 32 horas/semanais. A equipe de enfermagem realiza um revezamento de horário, no período de almoço.

A unidade comporta ainda um centro de fisioterapia, com instalações adequadas, onde trabalham duas fisioterapeutas das 7 às 16 horas e um fisioterapeuta das 16 às 22 horas.

Possui uma recepção subdividida; banheiro masculino e feminino para os usuários; sala de reunião; sala de triagem para adultos e crianças; três salas de fisioterapia; um consultório de enfermagem; um consultório médico; consultório de ginecologia com banheiro; uma sala de curativo; consultório odontológico; escovódromo; sala de inalação; sala de lavagem e outra de esterilização de materiais; uma sala das ACS; lavanderia; almoxarifado; banheiro masculino e feminino para funcionários; cozinha; sala para guardar lixo; rouparia; sala para guardar de materiais de limpeza.

Problemas identificados pela equipe de Saúde da Família Santa Maria foram a baixa de adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial, número elevado de gestantes, o sistema de referência e contra referência do município e uma área de risco ambiental.

A hipertensão arterial foi diagnosticada em 18,06% dos usuários da área de abrangência e é o pior problema enfrentado pelos profissionais da unidade, devido à dificuldade de adesão ao tratamento por parte dos hipertensos, segundo dados do Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB).

### **1.1 A hipertensão na atenção primária à saúde**

A Hipertensão Arterial (HAS) configura-se como um dos agravos crônicos mais comuns e com repercussões clínicas mais graves. É definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Define-se Hipertensão Arterial, segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010, considerando valores de PA sistólica maior ou

igual a 140 mmHg e/ou de PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg em medidas de consultório. Para o diagnóstico deverá ser avaliada repetidas medidas, em condições ideais, mínimo três vezes.

A HAS está frequentemente associada 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 (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Quando associada a patologias como diabetes mellitus (DM), tabagismo e dislipidemia, a HAS aumenta, ainda mais, a incidência de doenças cardíacas, como o infarto agudo do miocárdio e a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), além dos acidentes vasculares cerebrais (AVC), colaborando para a diminuição da sobrevivência da população (ALVES; WAJNGARTEN; BUSATTO FILHO, 2005).

São muitos os fatores identificados que contribuem para a elevação dos níveis pressóricos, entre os quais se destacam: genéticos, idade, gênero, etnia, sobrepeso, obesidade, ingestão de sal, uso excessivo de álcool, sedentarismo e fatores socioeconômicos (LINHA-GUIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETES MELLITUS E DOENÇA RENAL CRÔNICA, 2013). O tratamento desta patologia requer terapia medicamentosa anti-hipertensiva e tratamento não medicamentoso.

No Brasil, os hipertensos atendidos em programas de hipertensão das unidades básicas de saúde (UBS) apresentavam somente 39% de controle da PA (< 140/90 mmHg) e 33% desses pacientes foram classificados como estágios 2 ou 3 de HA (PA > 160/110 mmHg) (ALMEIDA et al., 2003; GREZZANA et al., 2013).

Na última década, o número de casos de hipertensão arterial no Brasil atingiu índices que indicam a necessidade de intervenção prioritária de Saúde Pública, tanto na atenção em saúde como na tomada de medidas preventivas (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Segundo Lopes et al. (2003), para o controle dos níveis pressóricos é necessário adequado tratamento, que possibilite a redução da mortalidade e morbidade associada à HAS. O tratamento não farmacológico deve ser a primeira escolha terapêutica, principalmente nos casos de HAS leve, ou estágio I, em que os níveis pressóricos estão entre 140-159/ 90-99 mmHg. O tratamento baseia-se na mudança do estilo de vida, principalmente pela realização de atividade física regular

e uma dieta reduzida de alimentos ricos em sódio e gorduras. A terapia farmacológica anti-hipertensiva somente é utilizada quando valores pressóricos são superiores aos citados acima, porém sempre associado aos hábitos de vida saudáveis. No entanto, o tratamento farmacológico é o principal método utilizado pelos serviços e profissionais de saúde (FUCHS; GUS; MOREIRA, 2005).

Em incentivo a essas práticas, o governo criou a Política Nacional de Promoção à Saúde, que visa à disponibilidade e incentivo às práticas de atividade física, incluindo pessoas com deficiência nos trabalhos efetuados pela rede básica de saúde, por meio do desenvolvimento de ações de aconselhamento sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis e a redução dos fatores de risco para doenças não transmissíveis (BRASIL, 2006d).

Para a utilização do tratamento mais adequado é necessário que as equipes de saúde da família atuem de forma integrada na abordagem da avaliação de risco, na adoção de medidas preventivas primárias e no atendimento aos portadores de hipertensão arterial (BRASIL, 2006c).

Novamente, a relação entre equipe de saúde e paciente deve proporcionar sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. A abordagem multidisciplinar ao hipertenso pode facilitar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, aumentar o controle (PIERIN; STRELEC; MION JR, 2004).

## **1.2 Adesão ao tratamento da hipertensão**

A adesão ao tratamento é definida como o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a pressão arterial em níveis normais (CAR et al., 1991).

O grau de adesão pode estar relacionado às características individuais, como: sexo, idade, etnia, escolaridade, estado civil e nível socioeconômico; às patologias quanto à cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias; às percepções de sua saúde, hábitos de vida e cultura; ao tratamento incluindo custos, efeitos indesejáveis dos fármacos, esquemas terapêuticos complexos; à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera/tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde (CRAMER; SPILKER, 1991).

Vale ressaltar que a adesão abrange reconhecer a vontade do portador da patologia em participar e colaborar com seu tratamento (GUSMÃO; MION Jr, 2006). A participação ativa do hipertenso, a colaboração da família e dos profissionais da saúde, bem como a utilização efetiva dos programas de saúde constituem mecanismos indispensáveis ao melhor controle da patologia (LESSA, 2006).

Entretanto, um dos maiores desafios no combate à hipertensão arterial, ainda, se deve a não adesão ao tratamento (GIROTTTO et al., 2013). As taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo variam, no Brasil, entre 23% e 62,1% (GREZZANA et al., 2013). As baixas taxas de adesão ao tratamento medicamentoso proposto são uma das principais causas do inadequado controle da hipertensão arterial (PRADO; KUPEK; MION, 2007).

Podemos observar que a não aderência ao tratamento anti-hipertensivo é um dos principais fatores responsáveis pelas altas taxas de doenças cerebrovasculares em nosso país (LESSA, 2006).



## 2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial quando não diagnosticada e tratada adequadamente, conduz a graves consequências a órgãos alvos vitais, podendo levar ao óbito. Para Carvalho et al. (1998), a HAS tem se demonstrado um dos mais graves problemas de saúde pública. Assim consideramos significativo o quadro apresentado pela área de abrangência da equipe Santa Maria, onde 488 usuários (18,06%) do total da população adscrita são portadores da Hipertensão Arterial.

A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômico elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades.

Segundo Car e Pierin (1991), uma das dificuldades encontradas no atendimento a pacientes hipertensos é a falta de aderência ao tratamento. Um tratamento efetivo da HAS requer a administração correta dos medicamentos e mudanças nos hábitos de vida.

O tratamento da HA é baseado em três recursos principais, podendo ser medicamentoso, não medicamentoso e medidas associadas (MION Jr., PIERIN & GUSMÃO, 2002).

Modificar os hábitos de vida inclui mudanças na forma de viver e também na percepção que o indivíduo possui de suas condições (JARDIN, et al., 1996). Tornase, então, necessário conhecer e considerar as práticas populares de saúde para uma maior efetividade do atendimento.

Um aliado dos profissionais da saúde é a promoção à saúde coletiva, destinada aos hipertensos, com ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e tratamento farmacológico, dando oportunidade para que os envolvidos expressem suas vivências, dificuldades e questionamentos.

Assim, o estudo apresenta como objetivo propor um plano de intervenção com vistas a melhorar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial por parte dos hipertensos da área de abrangência da Equipe Santa Maria, do município de Ilícinea. O mesmo se justifica, por se tratar de um agravante de complicações na vida dos hipertensos e nos indicadores de saúde.

### **3. OBJETIVO GERAL**

- Propor um plano de intervenção com vistas a melhorar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial por parte dos hipertensos da área de abrangência da Equipe Santa Maria, do município de Ilícínea, MG.

#### **3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar os fatores determinantes que dificultam os hipertensos a aderir ao tratamento da Hipertensão Arterial.
- Elaborar proposta de ações para a motivação da Equipe de Saúde da Família para aperfeiçoar o atendimento aos portadores de Hipertensão Arterial.

#### 4. METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste estudo foi a aplicação do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo chileno Carlos Matus (1989; 1993). Esse sistema constitui-se da combinação do nível no qual se pratica o planejamento, a natureza do trabalho, a complexidade dos problemas e a capacidade de governo.

Esse método responde fundamentalmente às questões de ordem política, com envolvimento de outros atores, além daqueles diretamente relacionados com as ações de assistência à saúde.

O método Planejamento Estratégico Situacional (PES) é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso. É fundamental que a equipe esteja atenta, acompanhando cada passo e os resultados das ações implementadas, para fazer as correções de rumo necessárias para garantir a qualidade do trabalho (CAMPOS, et al., 2010).

Para realizar o PES, foi utilizado o diagnóstico situacional com reconhecimento do município de Ilicínea e da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Santa Maria.

A segunda etapa consistiu-se em uma revisão de literatura nas bases eletrônicas da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Ministério da Saúde (MS), utilizando os seguintes descritores: hipertensão arterial, atenção primária à saúde, adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

Cumprida estas etapas, iniciaram-se os passos do PES.

## 5. PLANO DE AÇÃO

### 5.1 Primeiro passo: Definição dos problemas

Primeiramente, definiram-se os problemas priorizados pela equipe, utilizando a estimativa rápida, permitindo conhecer as causas e consequências dos problemas. Os problemas identificados foram: a falta de adesão ao tratamento da HAS, número elevado de gestantes, o sistema falho de referência e contra referência e área de risco ambiental.

### 5.2 Segundo passo: Priorização dos problemas

Após a identificação dos problemas, foi realizada a priorização de cada um a ser enfrentado, levando em conta os critérios: importância, urgência, capacidade de enfrentamento e seleção (Tabela 1):

**Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade do PSF Santa Maria.**

Comunidade do PSF SANTA MARIA - Priorização dos Problemas				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial	Alta	7	Parcial	1
Gestantes	Alta	6	Parcial	2
Referência e Contra-Referência	Alta	5	Parcial	3
Área de risco ambiental	Alta	5	Fora	4

Elaborado pelos profissionais atuantes na Equipe Santa Maria (2013).

Para definir as intervenções na perspectiva de solucioná-los, foi necessária a descrição do problema selecionado que foi a adesão ao tratamento da HAS.

A Hipertensão Arterial está diagnosticada em 18,06% da população com mais de 15 anos no território da UBS Santa Maria. Esse foi o problema definido como prioridade número 1 pela equipe, pela dificuldade de adesão ao tratamento.

### 5.3 Terceiro passo: Descrição do problema selecionado

Para descrição do problema priorizado, os profissionais da unidade utilizaram alguns dados fornecidos pelo SIAB, programa HIPERDIA e outros que foram produzidos pela própria equipe. Foram selecionados indicadores da ação da equipe frente a esse problema (cobertura, controle de hipertensão, etc.) e também indicadores que pode nos dar uma ideia indireta da eficácia das ações (internações e óbitos). Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

## Quadro 2 – Descritores da Hipertensão Arterial

Descritores da Hipertensão Arterial		
Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos esperados	419	Estudos Epidemiológicos
Hipertensos cadastrados	374	SIAB
Hipertensos acompanhados	326	Registro da Equipe
Hipertensos classificados quanto ao risco	294	Registro da Equipe
Hipertensos com tratamento medicamentoso	93	HIPERDIA
Hipertensos com tratamento não medicamentoso	-	HIPERDIA

Elaborado pelos profissionais atuantes na Equipe Santa Maria (2013).

A baixa da adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial (HAS) é um grande problema evidenciado pela equipe da UBS Santa Maria. Para o Ministério da Saúde, ter pressão arterial elevada aumenta as chances de ocorrência de infarto do coração, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e renal, impotência sexual, além de outras complicações que alteraram significativamente a qualidade de vida.

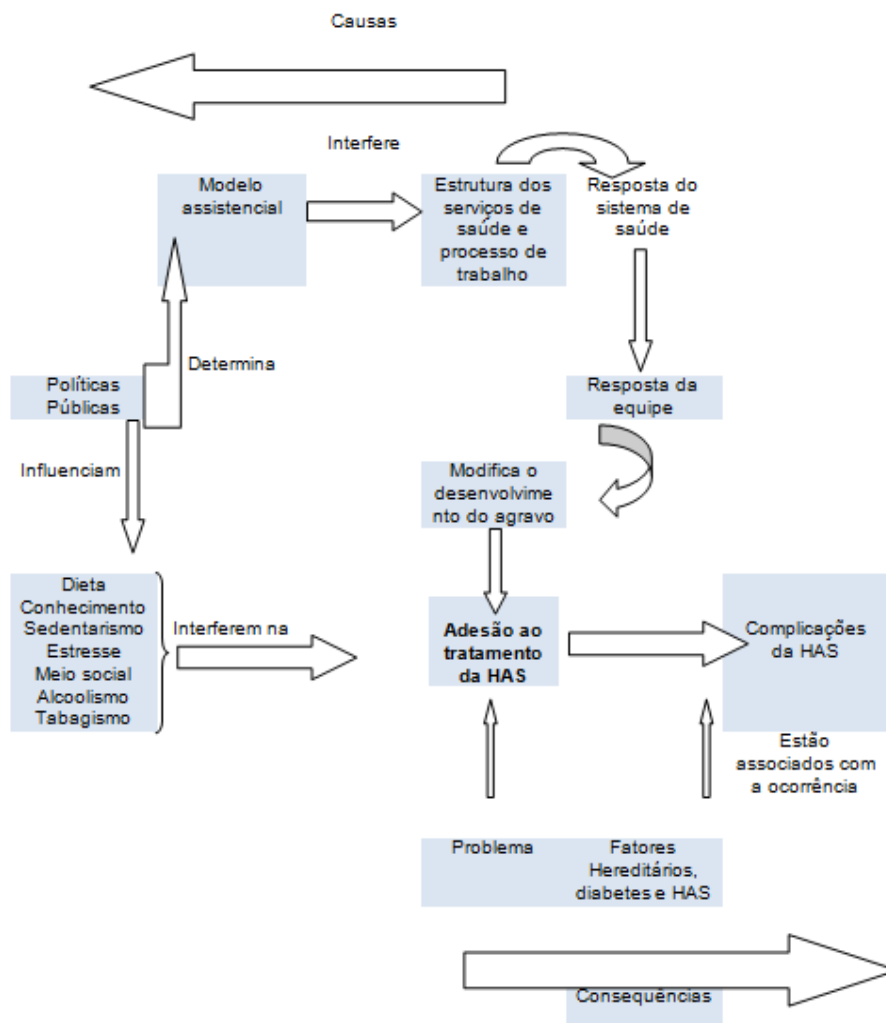
Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), quem é hipertenso e não faz o controle adequado pode ter uma redução na expectativa de vida de até 16 anos e seis meses.

### 5.4 Quarto passo: Explicação do problema selecionado

Este quarto passo realizado apresenta como objetivo entender a gênese do problema que queríamos enfrentar a partir da identificação das suas causas. Assim,

a equipe criou um esquema para explicar o problema da falta adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial.

**Figura 1 - Árvore explicativa do problema adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial**



Elaborado por Thaís Rodrigues Baldoni (2013).

### 5.5 Quinto passo: Seleção dos “nós” críticos

A equipe de profissionais da UBS Santa Maria definiu os seguintes “nós críticos”, tendo como propósito impactar e/ou transformar o problema escolhido:

- Hábitos e estilos de vida inadequados;

- Nível de informação a respeito da patologia e tratamento medicamentoso e não medicamentoso;
- Estrutura dos serviços de saúde;
- Processo de trabalho da equipe de saúde ineficiente para enfrentar o problema.

Tal ação corresponde ao quinto passo do método PES, e é fundamental, para enfrentar um problema, o que permitiu apontar com mais clareza onde atuar.

A equipe priorizou a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial, como principal agravante, por fazer parte da realidade do seu processo de trabalho. Mas, isso não indica que os outros problemas não sejam de relevância.

Ao levantar o problema número de gestantes, a equipe equiparou-se com o número das demais unidades do município, onde a UBS Santa Maria possui maior número de gestantes em relação às outras, sendo 18 grávidas.

O sistema de referência e contra referência é deficiente, mas não depende somente de ações dos profissionais da unidade, assim como a área de risco ambiental, com casas construídas em terreno inadequado.

### **5.6 Sexto passo: Desenhos das operações**

O passo seguinte utilizado foi o desenho das operações. Foi fundamental, neste momento, ter claro, também, os produtos e os resultados esperados de nossas operações, pois eles nos ajudaram no monitoramento do nosso plano de ação.

A Equipe Santa Maria propôs, a partir dos "nós críticos" identificados, as operações/projetos necessários à sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução, cujo detalhamento encontra-se no quadro 3:

### Quadro 3 - Desenho de operações para os "nós" críticos do problema adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial (HAS).

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	<b>Viva + Saúde</b> <i>Modificar hábitos e estilo de vida.</i>	Diminuir em 25% o número de sedentários, tabagistas e obesidade no prazo de 12 meses.	Caminhada coletiva e palestras educativas.	Organizacional → para organizar as caminhadas; Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político → conseguir profissionais para as palestras Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Nível de informação	<b>Bem Saber</b> Aumentar o nível de informação da população alvo sobre a importância da adesão adequada ao tratamento da HAS.	Hipertensos informados sobre a importância da adesão adequada ao tratamento da HAS.	Avaliação do nível de informação dos hipertensos a respeito do tratamento adequado à HAS; realização de palestras; educação permanente com os profissionais da equipe e cuidadores.	Cognitivo → conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional → organização da agenda; Político → articulação intersectorial mobilização social.
Estrutura dos serviços de saúde	<b>Cuidar 1º</b> Atender os hipertensos com qualidade.	Garantia de medicamentos, insumos e orientações adequadas a respeito do tratamento para 85% dos portadores de HAS.	Educação continuada com os profissionais da equipe, disponibilidade de exames, consultas especializadas e medicamentos.	Políticos → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros → aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos; Cognitivo → elaboração do projeto de adequação.
Processo de trabalho da equipe ineficiente para abordar o problema .	<b>Programa de cuidado</b> Estabelecer um plano de cuidado para os hipertensos e continuidade do tratamento garantido.	Cobertura de 75% dos portadores de HAS.	Plano de cuidado para hipertensos, protocolos e recursos humanos atuantes, gestão e regulação do plano de cuidados.	Cognitivo → elaboração de projeto do plano de cuidados e de protocolos; Político → articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional → adequação de fluxos de referência e contra-referência, para continuidade do tratamento.

Elaborado pelos profissionais atuantes na Equipe Santa Maria (2013).



### 5.7 Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

O sétimo passo consistiu em identificar os recursos críticos que foram consumidos em cada operação. Representado pelo quadro 4:

#### Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nos" críticos do problema adesão ao tratamento da HAS.

Operação/Projeto	Recursos Críticos
<i>Viva + Saúde</i>	Político → conseguir profissionais para as palestras Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<i>Bem Saber</i>	Político → articulação intersetorial mobilização social.
<i>Cuidar 1º</i>	Políticos → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros → aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos;
<i>Programa de cuidado</i>	Político → articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;

Elaborado pelos profissionais atuantes na Equipe Santa Maria (2013).

### 5.8 Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano

No oitavo passo, realizou-se uma análise de viabilidade do que foi planejado, levando em consideração os recursos necessários para a execução do seu plano. Identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano. Tal passo segue-se no quadro 5:

### Quadro 5 - Propostas de ações para a motivação dos atores

Operação/ Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Ações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<b>Viva + Saúde</b> <i>Modificar hábitos de vida</i>	Político → conseguir profissionais para as palestras Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Setor de comunicação social Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Não é necessária
<b>Bem Saber</b> Aumentar o nível de informação dos hipertensos sobre a adesão adequada ao tratamento da HAS	Político → articulação intersetorial mobilização social.	Secretaria de Educação	Favorável	
<b>Cuidar 1º</b> Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	Políticos → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros → aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos;	Prefeito Municipal Secretário Municipal de Saúde Fundo Nacional de Saúde	Favorável Favorável Indiferente	Apresentar projeto de estruturação da rede
<b>Programa de cuidado</b> Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado.	Político → articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	

Elaborado pelos profissionais atuantes na Equipe Santa Maria (2013).

### 5.9 Nono passo: Elaboração do plano operativo

A elaboração do plano operativo é o nono passo. Nesse passo, designou-se os responsáveis e definiram-se os prazos para cada operação. Para isto, a equipe criou o quadro 6:

## Quadro 6 - Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
<b>Viva + Saúde</b> <i>Modificar hábitos de vida</i>	Diminuir em 25% o número de sedentários, tabagistas e obesidade no prazo de 12 meses.	Caminhada coletiva e palestras educativas.		José Maria, Deyse e Roberto	Dois meses para início das atividades
<b>Bem Saber</b> Aumentar o nível de informação dos hipertensos sobre a adesão adequada ao tratamento da HAS	Hipertensos informados sobre a importância da adesão adequada ao tratamento da HAS.	Avaliação do nível de informação dos hipertensos a respeito do tratamento adequado à HAS; realização de palestras; educação permanente com os profissionais da equipe e cuidadores.		Gisele, Sueli e Mislene	Início em três meses e término e seis meses; Início em dois meses e término em seis meses; avaliação a cada trimestre
<b>Cuidar 1º</b> Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	Garantia de medicamentos, insumos e orientações adequadas a respeito do tratamento para 85% dos portadores de HAS.	Educação continuada com os profissionais da equipe, disponibilidade de exames, consultas especializadas e medicamentos.	Apresentar projeto de estruturação da rede	Joilson (coordenador da atenção básica) e Thaís	Três meses para apresentação do projeto e seis meses para aprovação e liberação dos recursos e três meses para compra de insumos . Início em três meses.
<b>Programa de cuidado</b> Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado.	Cobertura de 75% dos portadores de HAS.	Plano de cuidado para hipertensos, protocolos e recursos humanos atuantes, gestão e regulação do plano de cuidados.		Joilson (coordenador da atenção básica) e Thaís	Início em três meses e término em doze meses.

Elaborado pelos profissionais atuantes na Equipe Santa Maria (2013).

### 5.10 Décimo passo: Gestão do plano

De acordo com o método PES, o décimo passo consiste em desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Esse momento é crucial para o êxito do processo de planejamento. Isto porque não basta contar com um plano de ação bem formulado e com garantia de disponibilidade dos recursos demandados. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores (CAMPOS et al., 2010).

O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implantado, depende de como será feita sua gestão. Por isso, seguem-se as planilhas de acompanhamento dos projetos elaboradas pelos profissionais da unidade Santa Maria.

### Quadro 7 – Planilhas de acompanhamento da gestão de projetos

<b>Operação: Viva + Saúde</b> <b>Coordenação: Thaís Rodrigues Baldoni</b>					
Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Caminhada coletiva	José Maria, Roberto e Deyse	Maio/2013			
Educação em saúde	Gisele e Sueli	Junho/2013			

<b>Operação: Bem Saber</b> <b>Coordenação: Thaís Rodrigues Baldoni</b>					
Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Grupo educativo com a população alvo	Dentista Gisele e ACS Mislene	Junho/2013			
Capacitação dos profissionais da equipe Santa Maria	Enfermeira Thaís	Maio/2013			

<b>Operação: Cuidar 1º</b> <b>Coordenação: Thaís Rodrigues Baldoni</b>					
Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Rede estruturada garantia de medicamentos e exames	Joilson	Julho/2013			
Orientações adequadas aos portadores de HAS	Thaís	Julho/2013			

<b>Operação: Programa de cuidado</b> <b>Coordenação: Thaís Rodrigues Baldoni</b>					
Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Planos de cuidados	Joilson	Julho/2013			
Basear o cuidado em protocolos e linha guia	Thaís e Gisele	Junho/2013			

Após a implementação do plano de ação foram realizadas avaliações semestrais, permitindo reavaliar a adesão ao tratamento da HAS por partes dos portadores desta patologia.

Um indicador utilizado para verificar os efeitos do plano de ação foi a mensuração dos valores da Pressão Arterial de todos os hipertensos frequentadores da unidade em busca ativa domiciliar. O indicador foi avaliado através de uma planilha de acompanhamento dos níveis pressóricos, levantamento dos fatores

relacionados, como a adesão ao tratamento medicamentoso, hábitos de vida e o nível de conhecimento do usuário em péssimo, regular e bom. (APÊNDICE A).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado permitiu concluir que a adesão ao tratamento da hipertensão arterial constitui um desafio para os profissionais da equipe de saúde da família. É de extrema importância e necessidade a implementação de medidas de reabilitação, prevenção e promoção em saúde neste sentido.

A utilização do PES foi fundamental para essas ações, na medida em que permitiu, através do diagnóstico situacional, identificar os principais agravantes na área de abrangência, a criação de um plano de intervenção, bem como as medidas de colocá-lo em prática, além de sua avaliação.

Verificou-se também que a adesão ao tratamento da hipertensão arterial, além de se relacionar aos hábitos de vida saudáveis e tratamento medicamentoso, está diretamente relacionada aos níveis de conhecimento e conscientização que o usuário possui sobre a doença.

Naturalmente, as informações e conclusões deste estudo não esgotam a abrangência do tema, entretanto podem ser úteis para auxiliar os profissionais de saúde da atenção primária na orientação e acompanhamento dos hipertensos, colaborando para melhor compreensão do tratamento adequado.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F.A.; SANTANA, I.M.; FARIA, C.S.; ALMEIDA, J.P.; REIS, M.A.; CAMARGO, M.N., et al. O conhecimento sobre a doença do paciente com hipertensão arterial nas unidades básicas de saúde (UBS). **In: 9º Encontro Paulista de Nefrologia**, São Paulo, 2003.

ALVES, T.C.T.F.; WAJNGARTEN, M.; BUSATTO FILHO, G. Fatores de risco cardiovascular, declínio cognitivo e alterações cerebrais detectadas através de técnicas de neuroimagem. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v.32, n.3, p.160-169, mai./jun. 2005.

BALDISSERA, V.D.A., CARVALHO, M.D.B., PELLOSO, S.M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, p.27-32, mar, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. **Índice de desenvolvimento da educação básica**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=336>>. Acesso em: 03 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Informações de Saúde- Informações gerais- Município/Ilicínea/MG**. Disponível em: <[ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/geral/mg/MG\\_Ilicinea\\_Geral.xls](ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/geral/mg/MG_Ilicinea_Geral.xls)> Acesso em: 04 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, DF, 2006c. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF, 2006d. 60p.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CAR, M.R.; PIERIN, A.M.G.; AQUINO, V.L.A. Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enf. USP**, p.259-269, 1991.



CARVALHO, F., TELAROLLI JR, R.; MACHADO, J.C.C.S. Uma investigação antropológica na 3ª idade: concepções sobre a hipertensão arterial. **Cad Saúde Pública**, v.14, n.3, p.21-617, 1998.

CENSO POPULACIONAL 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (29 de novembro de 2010). Disponível em: <[33TTP://www.ibge.gov.br/home/](http://www.ibge.gov.br/home/)> Acesso em: 03 abr. 2013.

CRAMER, J. **Identifying and improving compliance patterns**. In: Cramer JA, Spilker B. Patient compliance in medical practice and clinical trials. **New York: Raven Press**, p.387-392, 1991.

DIRETRIZES. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.13, n.1, p. 1-51,2010.

FUCHS, F.D.; GUS, M.G.; MOREIRA, L.B. Hipertensão arterial sistêmica: estudos terapêuticos. **Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul, Porto Alegre**, v.25, n.3, p.46-51, dez. 2005.

GIROTTI, E.; ANDRADE, S.M.; CABRERA, M.A.S.; MATSUO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v..18, n.6, p.1763-1772, 2013.

Google maps. Disponível em: <<http://maps.google.com.br/>> Acesso em: 02 abr. 2013.

GREZZANA, G.B.; STEIN, A.T.; PELLANDA, L.C. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas **Arq. Bras. Cardiol.**, v.100, n.4, p.355-361, 2013.

GUSMÃO, J.L.; MION JR, D. Adesão ao tratamento – conceitos Adherence to the treatment – concepts. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.13, N.1, p.23-25, 2006.

JARDIM, P.C.B.V.; SOUZA, A.L.L.; MONEGO, E.T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina.**, v.14, n.3, p. 29-238, 1996.

LESSA I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial **Rev. Bras. Hipertens.**, v.13, n.1, p.39-46, 2006.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec; 1998.

LOPES, H.F.; BARRETO-FILHO, J.A.S.; RICCIO, G.M.G. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol.** São Paulo, v.13, n. 1, p.55-148, 2003.

MATUS, C. **Fundamentos da planificação situacional**. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, p.105-176, 1989.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MION, D., Jr.; PIERIN, A. M. G., & GUSMÃO, J. L. **Desafios no controle da pressão arterial no Brasil**. A qualidade de vida e a terapêutica anti-hipertensiva. São Paulo: Laboratório Novartis, 2002.

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

PIERIN, A.M.G.; STRELEC, M.A.A.M.; MION Jr.D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Ed. Manole; p.89-275, 2004.

PRADO JC JR, KUPEK E, MION D JR. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. **J. Hum. Hypertens.**, v.21, n.7, p.84-579, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ILICÍNEA. Disponível em:  
<[www.ilicinea.mg.gov.br/](http://www.ilicinea.mg.gov.br/)> Acesso em: 01 abr. 2013.

SECRETARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Atenção à Saúde do Adulto. **Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica**. Belo Horizonte, MG, 3ª Ed., 204p., 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ILICÍNEA/MG. **Sistema de Informação da Atenção Básica.** Consolidado das Famílias cadastradas no ano de 2013 da zona geral. Impresso dia 04 abr. 2013.

## APÊNDICE A

<b>Planilha de acompanhamento dos níveis pressóricos dos portadores de HAS e fatores correlacionados – PSF SANTA MARIA</b>								
Data	Nome do Hipertenso	PA SISTÓLICA	PA DIASTÓLICA	Em uso regular de medicação		Hábitos de vida saudáveis		Nível de conhecimento
				SIM	NAO	SIM	NAO	

- **Avaliar o nível de conhecimento em:**
  - Péssimo
  - Regular
  - Bom