

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RAQUEL FERREIRA VAZ

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: PLANO DE AÇÃO PARA
MELHOR ADESÃO AO TRATAMENTO NA ÁREA
DO PSFJACI EM CANDEIAS/MG**

FORMIGA - MINAS GERAIS

2014

RAQUEL FERREIRA VAZ

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: PLANO DE AÇÃO PARA
MELHOR ADEÇÃO AO TRATAMENTO NA ÁREA
DO PSFJACI EM CANDEIAS/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família da Universidade Federal de Alfenas, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

FORMIGA - MINAS GERAIS

2014

RAQUEL FERREIRA VAZ

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: PLANO DE AÇÃO PARA
MELHOR ADEÇÃO AO TRATAMENTO NA ÁREA
DO PSFJACI EM CANDEIAS/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

BANCA EXAMINADORA

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Prof. Ana Mônica Serakides Ivo (UFMG)

Aprovado em 01 / 12 / 2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus por me dar saúde e sabedoria para vencer mais uma etapa.

Agradeço à minha família pela compreensão e apoio durante a realização desta pós-graduação.

Agradeço ainda ao meu orientador Prof. Bruno Sena pela paciência e dedicação e a toda equipe da Nescon pela ajuda durante este processo de crescimento pessoal e profissional.

DEDICATÓRIA

Dedico esta revisão ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, por renovar em mim o desejo de crescimento pessoal e profissional.

*“Se quer viver uma vida feliz, amarre-se a
uma meta, não às pessoas nem às coisas”*

Albert Einstein

RESUMO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no Brasil e a hipertensão arterial está entre os seus principais fatores de risco. A não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial é um dos mais importantes problemas enfrentados pelos profissionais que atuam na atenção primária. O desenvolvimento de ações e estratégias para a implementação de medidas preventivas e de promoção à saúde, controle da hipertensão arterial e suas complicações são diretrizes previstas no curso Estratégia em Saúde da Família. Este trabalho teve como objetivo elaborar um plano de ação para enfrentamento de um problema: o acompanhamento deficiente aos indivíduos que possuem hipertensão arterial sistêmica na área do PSF Jaci em Candeias-MG. Para o embasamento científico, foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados LILACS e SciELO, além de programas do Ministério da Saúde, tendo como critério de inclusão os artigos em português e publicados entre os anos de 1998 e 2014. O plano de ação foi elaborado a partir do diagnóstico situacional e do método do Planejamento Estratégico Situacional. Busca-se vincular as pessoas desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático mediante ações de capacitações dos profissionais e reorganização dos serviços. O estudo mostrou que o acolhimento é o primeiro contato do paciente com a equipe de saúde, exercendo um fator crucial para o fortalecimento do vínculo, adesão ao tratamento, podendo garantir o controle efetivo da hipertensão.

Palavras-chave: hipertensão, tratamento, adesão do paciente

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the leading cause of death in Brazil and hypertension are among its main risk factors. Non-adherence to treatment of hypertension is one of the most important problems faced by professionals working in primary care. The development of actions and strategies for the implementation of preventive measures will promote health, control of arterial hypertension and its complications are guideline laid down by the Strategy of the family health. This study aimed to develop a plan of action for dealing with a problem, given priority in the area covered by the Family Health Program Jaci: poor to patients with hypertension monitoring. Scientific basis for a review of the literature in the database LILACS and SciELO, in addition to the Ministry of Health programs and the inclusion criterion Articles in Portuguese and published between the years 2009 and 2012. Plan's of action was drawn from the situation analysis and the method of situational Strategic Planning with the prioritization of the problem. This programs searches links those carries of these diseases, health units to monitory and ensuring their systematic treatment with the action of professional training, reorganization of services. The study showed that the host is the first patient contact with the healthcare team playing a pivotal factor for the strengthening of the bond, adherence to treatment, ensuring effective control disease.

Keywords: hypertension arterial systemic (HAS), treatment, adherence

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** População segundo faixa etária na área de abrangência PSF Jaci, Município de Candeias, no ano de 2014.....19
- Tabela 2:** Tratamento de água no domicílio das famílias cadastradas no PSF Jaci, município de candeias em 201419
- Tabela 3:** Número de famílias cobertas por abastecimento de água e a porcentagem referida no ano de 2014.....20
- Tabela 4:** Número de famílias cobertas por instalações sanitárias e a porcentagem referente na área abrangente do PSF Jaci em 201420
- Tabela 5:** Inserção da população a partir de 7 anos de idade da área de abrangência do PSF Jaci, em 2014.....21
- Tabela 6:** Número de pessoas que possuem doenças encontradas na unidade relacionando com a idade na área de abrangência do PSF Jaci em 2014.....21
- Tabela 7:** Identificação e priorização dos problemas do PSF Jaci em Candeias/MG.....32
- Tabela 8:** Plano de ação para melhor adesão ao tratamento da hipertensão..35

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Pedra do Lençol em Candeias/MG.....	18
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVOS.....	24
3.1 Objetivo Geral.....	24
3.2 Objetivos Específicos.....	24
4 METODOLOGIA	25
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	26
5.1 A doença e o tratamento.....	26
5.2 Situação atual das doenças cardiovasculares no Brasil.....	27
5.3 Adesão ao tratamento anti-hipertensivo.....	28
6 PLANO DE AÇÃO.....	31
6.1 Definição do problema	31
6.2 Priorização do problema.....	32
6.3 Nós críticos.....	32
6.4 Priorizando nó crítico.....	33
6.5 Como o problema foi identificado.....	33
6.6 Como controlar o problema.....	34
6.7 Elaboração do plano operativo.....	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil, são cerca de 17 milhões de pessoas que possuem de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. Esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também tenham a doença. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta sendo considerada um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

Apesar de o seu surgimento estar intimamente relacionado aos fatores de risco constitucionais – idade, sexo, raça e história familiar -, a prevenção ou postergação da HAS pode ser obtida através da eliminação ou controle dos fatores de risco ambientais- sedentarismo, sobrepeso, consumo de alimentos insalubres (excesso de sal, gordura animal, preferência por carboidratos simples e complexos, ingestão diária acima de 100 ml de café ou de bebidas que contêm cafeína, uso abusivo de álcool, estresse não gerenciado e tabagismo), adotando-se estilo de vida saudável que, por sua vez, inclui a prática regular de exercício físico, o controle do peso, a alimentação saudável, consumo moderado de álcool, a abolição do hábito do tabagismo e o gerenciamento do estresse (SANTOS, 2003).

A vivência da educação em saúde através de grupos favorece a participação como forma de garantir ao indivíduo e à comunidade a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos, e a capacitação destes sujeitos para atuarem na melhoria do seu nível de saúde (BUSS, 2003).

Trabalho em Candeias, cidade a 173 km da capital Belo Horizonte, área territorial 721 km², altitude da sede 967m. Sua população estimada em 2010 era de 14.592 habitantes. O povoado, inicialmente chamado Pouso de Candeias, foi fundado em 1866, pelo Alferes Domingos Tendais e sua esposa. Os primitivos habitantes, os índios Cataguases, foram catequizados por Antônio Rodrigues Tendais.

Segundo a tradição, o nome Candeias deve-se às densas matas de candeias, árvores da região, que cobriam vários hectares de terra. A freguesia, de 1866, tem seus primórdios na doação de sesmarias, realizada em 1777. O distrito de Nossa Senhora das Candeias data de 1836. O município, criado em 1938, tem, portanto, um histórico de mais de cem anos.

O turismo ainda é pouco explorado apesar de Candeias possuir vários pontos nos quais essa atividade poderia ser mais exercida. A figura 1 representa a Pedra do Lençol. Ponto turístico da cidade.

Dentre as festas de destaque do município podemos destacar a Festa do Produtor Rural, Festa da Padroeira Nossa Senhora das Candeias e a comemoração do Dia da Cidade em 17 de Dezembro.

O prefeito atual é Hairton de Almeida. A secretária municipal de saúde é Marcia Aparecida Nogueira Pivato.

As tabelas e quadros seguintes sintetizam os dados coletados da situação do PSF Jaci a partir de dados do SIAB, entrevistas e observação ativa.

Figura 1: Pedra do Lençol em Candeias/MG



Fonte: www.candeias.mg.gov.br

1.1 Aspectos demográficos

Entre os 2712 habitantes da área de abrangência do PSF Jaci, 1361 são homens e 1351 são mulheres, distribuídos por faixa etária de acordo com o que é apresentado na tabela 1.

Tabela 1: População segundo faixa etária na área de abrangência PSF Jaci, Município de Candeias no ano de 2014

Sexo	Faixa etária										Total
	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	
Masculino	16	67	25	50	96	114	404	180	183	226	1361
Feminino	19	58	30	48	84	118	400	197	180	217	1351
Número de pessoas	35	125	55	98	180	232	804	377	363	443	2712

Fonte: SIAB (2013).

1.2 Aspectos Ambientais

A estrutura de saneamento básico e tratamento da água na comunidade deixam muito a desejar. Parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. São estabelecidos na tabela 2 os dados do tratamento de água nos domicílios. Apesar de predominar a filtração, por experiência vivida, a área apresenta um elevado número da população que são portadores de verminoses. A mais comum ao exame parasitológico de fezes são cistos de *Giardia Lamblia*.

Tabela 2: Tratamento de água no domicílio das famílias cadastradas no PSF Jaci, município de candeias em 2014.

Tratamento água no domicílio	Número de famílias	%
Filtração	935	98,52
Fervura	2	0,21
Cloração	2	0,21
Sem tratamento	10	1,05

Fonte: SIAB (2013).

Em relação ao abastecimento de água, há um predomínio na rede pública, conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3: Número de famílias cobertas por abastecimento de água e a porcentagem referida no ano de 2014

Abastecimento de água	Número de famílias	%
Rede pública	930	98,00
Poço ou nascente	19	2,00
Outros		

Fonte: SIAB (2013).

A tabela 4 mostra as famílias cobertas por instalações sanitárias enfatizando o que foi dito anteriormente sobre a precariedade do saneamento, apesar da maioria ser realizada por sistema de esgoto.

Tabela 4: Número de famílias cobertas por instalações sanitárias e a porcentagem referente na área abrangente do PSF Jaci em 2014

Destino	Número de famílias	%
Fezes/ urina		
Sistemas de esgoto	926	97,58
Fossa	21	2,21
Céu aberto	2	0,21

Fonte: SIAB (2013).

1.3 Aspectos Sócios Econômicos

Candeias já obteve destaque nacional e internacional há alguns anos com o granito extraído em seu município, mas atualmente essa atividade não se encontra tão em alta, dando lugar ao setor agropecuário.

O município destaca-se como grande produtor de café dentre outros produtos agrícolas, visto que nos dias atuais são essas atividades as grandes responsáveis por mover a economia na cidade.

Um dos principais polos empregatícios na cidade hoje é o setor de confecções. O comércio local também é destaque, além de indústrias que nos últimos anos, através do apoio do poder executivo e legislativo se instalaram na cidade.

Segundo dados levantados, a tabela 5 mostra inserção da população da área que abrange o PSF Jaci.

Tabela 5: Inserção da população a partir de 7 anos de idade da área de abrangência do PSF Jaci em 2014.

	Número de pessoas	%
7 a 14 anos na escola	227	81,65
15 anos e mais alfabetizados	2054	92,56
Pessoas cobertas com plano de saúde	127	4,68
Número de famílias no Bolsa Família	127	13,38
Famílias inscritas no CAD-Unico	131	13,08

Fonte: SIAB (2013).

1.4 Aspectos Epidemiológicos

A Unidade de Saúde do PSF Jaci consta com 949 famílias cadastradas, sendo 13 destas da zona rural.

Algumas doenças ditas mais comuns na área de abrangência são encontradas na tabela 6, já especificadas pela faixa etária. Dentre elas, alcoolismo, deficiências físicas em geral, diabetes mellitus, epilepsia, hipertensão arterial e tuberculose.

Tabela 6: Número de pessoas que possuem doenças encontradas na unidade relacionando com a idade na área de abrangência do PSF Jaci em 2014

Faixa Etária	DOENÇAS REFERIDAS					
	Alcoolismo	Deficiências	DIA	Epilepsia	HIPERT.	TUBERC.
0 a 14 anos		1				
15 anos e mais	13	40	120	17	495	1
Total	13	41	120	17	495	1

Fonte: SIAB (2013).

Não há dúvidas de que a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são as doenças mais comuns encontradas na área evidenciando a necessidade de orientar a população sobre a importância do tratamento e prevenção destas doenças para evitar futuras complicações relacionadas a elas sendo a principal a cardiovascular.

1.5 Produções da Equipe de Saúde

Em relação aos hipertensos da área de abrangência, a equipe conseguiu realizar três consultas/ ano e duas reuniões com 75% dos hipertensos diagnosticados. A cobertura de consulta dos diabéticos foram 1 consulta/ano para 90% dos diabéticos diagnosticados.

1.6 Recursos em Saúde

A Unidade de Saúde do Jaci está situada na zona urbana da cidade de Candeias, perto do centro. É um local em ótimas condições, muito bem estruturado. Local construído para esse propósito, diferente da maioria que são casas antigas adaptadas. Ao entrar, se encontra a recepção que é grande, com cadeiras para os pacientes, não criando tumulto nos horários de pico. Não é necessário que os pacientes aguardem em pé, pois há lugar para todos sentarem. Há uma sala de reuniões com computador e televisão. As reuniões com a comunidade, grupos de hipertensos, diabéticos, mulheres e crianças são realizadas nesta sala.

Há salas de esterilização, observação, enfermagem, local para curativos, vacinas e cozinha. A unidade é muito bem adaptada às necessidades da população.

Recursos da comunidade, incluindo área de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, igrejas) também existem em Candeias. Os pacientes podem ser encaminhados para a emergência se o médico da UBS achar necessário e há disponibilização de ambulância se o paciente não estiver capacitado a se movimentar até o hospital, além do carro da prefeitura quando são realizadas as visitas domiciliares.

Todos os serviços como luz elétrica, água, telefonia, correios, bancos existem na Unidade ou próximo a ela se houver necessidade de uso pela população.

2 JUSTIFICATIVA

A identificação de vários fatores de risco para hipertensão arterial, tais como: a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o *status* socioeconômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais (VARGAS *et al.*, 2000; OPARIL, 2001; BASSETT, 2001; MATTHEWS *et al.*, 2002) muito colaboraram para os avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos.

Outras formas de manejo da hipertensão arterial, como a prática de atividade física e a dieta também são importantes (VITOR, 2009).

Um dos maiores desafios no combate à hipertensão arterial ainda se deve a não adesão ao tratamento (LEITE, 2003). Estudos mostram baixos níveis de adesão à terapia anti-hipertensiva, além de os maiores índices estarem associados a serviços de saúde especializados (BARBOSA, 2006).

Entretanto, a simples criação de políticas e/ou programas para prevenção das doenças cardiovasculares pode não ser garantia de resolutividade do problema. Para isso, faz-se necessário a adesão do usuário ao esquema terapêutico proposto. Tal adesão depende de três fatores: do mesmo estar ciente de sua condição de saúde e comprometido com o tratamento, dos profissionais de saúde através dos esclarecimentos e incentivos e do apoio familiar (KLEIN; GONÇALVES, 2005).

A hipertensão arterial é a doença crônica mais prevalente na área onde trabalho, Candeias, pois das 2712 pessoas cadastradas na área, 495 são hipertensas. O conhecimento do perfil sócio demográfico dos pacientes hipertensos, das estratégias terapêuticas que conhecem e utilizam, são importantes para direcionar intervenções mais eficazes de controle da doença (ZAITUNE, 2006)

Nenhum plano de ação estava sendo realizado até então para melhor adesão ao tratamento dos pacientes com hipertensão arterial na área do PSF Jaci em Candeias MG. É importante priorizar este tema devido à quantidade de pessoas portadoras da doença e aos graves riscos que ela proporciona.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar uma proposta de intervenção para estimular uma melhor adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial sistêmica na área do PSF Jaci, município de Candeias- MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Obter informações através do registro da equipe sobre condições associadas à hipertensão: idade de início da doença, história familiar, comorbidades associadas, associação com vícios como álcool, tabaco e drogas ilícitas;
- Diminuir o risco de doenças cardiovasculares associados à hipertensão e indiretamente diminuir mortalidade;
- Manter o grupo de reuniões com hipertensos e elaborar um projeto com mais reuniões e palestras para maior conhecimento da doença;
- Aumentar a informação da equipe sobre o problema através de disponibilização de material educativo para estudo e realização de capacitação;
- Elaborar ações intersetoriais para confecção de atividades profissionalizantes, dança, teatro, música a fim de aumentar as perspectivas dos idosos fazendo com que haja maior estímulo em seguir corretamente o tratamento.

4 METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado o Diagnóstico Situacional através do método de estimativa rápida (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010). Os dados foram coletados das seguintes fontes: registros da Unidade de Saúde e de fontes secundárias como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); entrevistas com informantes-chave da comunidade utilizando questionários curtos e observação ativa da área pelos membros da equipe especialmente os agentes comunitários de saúde.

Após a realização do diagnóstico situacional, a metodologia utilizada para realização deste trabalho (plano de ação) foi baseada no método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (MATUS, 1993).

Em reuniões de equipe, verificamos os problemas mais comuns da comunidade e em seguida priorizamos o problema – má adesão ao tratamento da hipertensão- a partir da sua importância e da nossa capacidade de enfrentamento. Descrevemos o problema, caracterizando-o da maneira mais precisa possível. Através da identificação de suas causas, identificamos os nós críticos necessários para impactá-lo e transformá-lo. A partir desse detalhamento, iniciamos o planejamento para operacionalização das estratégias de enfrentamento. Analisamos os recursos financeiros, organizacionais, cognitivos e políticos para realização das ações propostas. A viabilidade do projeto foi analisada e os prazos e responsáveis escolhidos.

Para a fundamentação teórica deste trabalho, foi feita pesquisa bibliográfica na modalidade de revisão de literatura nos seguintes bancos de dados: SciELO, LILACS, MEDLINE, utilizando os seguintes descritores de modo isolado ou em associação: hipertensão, tratamento, adesão do paciente, no período de 1999 a 2013. Também foram utilizados manuais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 A doença e o tratamento

Guyton (2000) afirma que HAS significa a pressão arterial do sangue aumentada, que pode ser causada por diversos distúrbios fisiológicos como deficiência do funcionamento renal, distúrbios hormonais e, mais frequente, a hipertensão essencial ou de causa desconhecida, sendo responsável por 95% dos casos, envolvendo principalmente fatores genéticos e emocionais. Esse problema de saúde pode acometer 1 em cada 5 pessoas antes do final de suas vidas.

As possíveis causas da HAS primária podem ser resumidas em alterações do sistema nervoso autônomo, no sistema renina – angiotensina – aldosterona, em variações genéticas, na reabsorção do sódio renal e na resistência à insulina. As prováveis causas da HAS secundária podem ser agrupadas em feocromocitoma, síndrome de Cushing, hipertireoidismo e hipotireoidismo, doença renal crônica, distúrbios renovasculares, uso de anticoncepcionais orais, coarctação da aorta, e aldosteronismo primário (WOODS *et al.*, 2005).

A pessoa é considerada hipertensa quando os valores pressóricos apresentados são iguais ou maiores que 140 x 90 mmHg, verificados duas ou três vezes no dia de forma correta. Deve-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesão nos órgãos-alvo (BRASIL, 2006).

A abordagem no tratamento da HAS poderá ser medicamentosa ou não medicamentosa e depende de vários fatores tais como evolução da doença, classificação dos fatores de risco, classificação da HAS, da combinação medicamentosa ou não medicamentosa. Após o conhecimento dos valores e das associações é que deverão ser instituídas metas preconizadas o mais precocemente possível. O objetivo primordial deve ser reduzir a morbimortalidade cardiovascular (VIDBH, 2010).

Intervenções não-farmacológicas têm sido apontadas na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial.

Dentre elas estão a redução do peso corporal, restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 1998).

O tratamento farmacológico é indicado para hipertensos moderados e graves, e para aqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou lesão importantes de órgãos-alvo. No entanto, poucos hipertensos conseguem o controle ideal da pressão com um único agente terapêutico e, muitas vezes, faz-se necessária a terapia combinada, principalmente em indivíduos idosos e com co-morbidades relevantes (OPARIL, 2001).

Particularmente, o trabalho causa grande impacto no cotidiano do trabalhador, uma vez que grande parte de sua vida se passa no ambiente laboral. Além disso, o trabalho pode influenciar comportamentos e oferecer condições de risco que podem afetar o processo saúde-doença, conduzindo a pessoa à doença (LUCAS, 2004).

As crescentes evidências de várias partes do mundo sugerem que os pacientes melhoram ao receber tratamento eficiente e apoio regular. Os objetivos do tratamento dos problemas crônicos de saúde são reduzir a morbimortalidade e manter a qualidade de vida das pessoas enfermas (OMS, 2003).

5.2 Situação atual das doenças cardiovasculares no Brasil

A população brasileira, desde a metade do século passado, sofreu intensas transformações sociais, econômicas, políticas e culturais, o que inclui no seu perfil epidemiológico o aumento das taxas de morbimortalidade por problemas crônicos de saúde que alteram a qualidade de vida e de saúde das pessoas (REINERS *et al.*, 2008).

A HAS é um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil, responsável por 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25% das ocorridas por doença arterial coronariana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

Estima-se que a hipertensão arterial atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do

miocárdio e 40 % das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano (BRASIL, 2001).

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

Segundo Luna (1990), a prevalência de casos de HAS em negros é quase o dobro do que em pessoas de cor branca, devido à baixa atividade da renina plasmática presente em negros em qualquer nível de PA, o que leva a implicações terapêuticas. Nos negros, existe a redução de calicreína urinária dentre outras alterações genéticas.

A grande prevalência de HAS e de seus fatores de risco multiplica o risco de doenças cardiovasculares, colaborando para incrementar as taxas de morbimortalidade e os custos socioeconômicos, destacam Andrade *et al.* (2002) e Converso e Leocádio (2005). Com relação à hipertensão do idoso, esta se caracteriza por apresentar aumento da resistência periférica com decréscimo do débito cardíaco e volume intravascular, hipertrofia cardíaca concêntrica, redução da frequência cardíaca e volume sistólico, além de ser acompanhada de gasto cardíaco elevado (CAVAGNA, 1998).

A HAS e as doenças relacionadas à PA são responsáveis por uma alta frequência de internações. Como exemplo, em 2005, ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$ 1.323.775.008,28 (VDBH, 2006).

5.3 Adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Vários são os fatores que dificultam o controle e o tratamento da HAS, como a não-adesão ao tratamento, fato que é muito observado pelos profissionais de saúde. Embora não seja um problema exclusivo da HAS, por

ser frequente em outros regimes terapêuticos prolongados, a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo se aprofunda em complexidade (REINERS, 2004).

Apesar de o tratamento farmacológico ser considerado pela maioria como aquele que promove maior facilidade de adesão, várias são as dificuldades quando os hipertensos em questão são idosos pois, quanto maior o tempo de terapêutica, mais elevada se torna a taxa de falta de adesão ao tratamento e seu abandono (MION, 2001).

Além disso, tempo de espera e atendimento, acesso, meio de locomoção e distância do paciente da localidade de Saúde também podem interferir nesse processo de tratamento. Ainda hoje, as políticas públicas de saúde não contribuem nesse sentido (DOSSE *et al.*, 2009).

Um dos fatores que também dificulta a adesão é a ausência de sintomas da HAS, porque apenas metade das pessoas que sofrem de pressão alta sabem que têm a doença, pois como não apresentam sintomas, geralmente têm a impressão de gozar de boa saúde. Essas pessoas podem ter alteração na pressão arterial e, em conjunto, hábitos e comportamentos de saúde que favoreçam a permanência elevada. Em sua maioria tomam conhecimento do diagnóstico desse agravo, quando são vítimas de alguma complicação, como infarto, aneurisma e insuficiência renal (SANTOS e LIMA, 2008).

A terapia medicamentosa, apesar de eficaz na redução dos valores pressóricos, da morbidade e da mortalidade, tem alto custo e pode ter efeitos colaterais motivando o abandono do tratamento (SHOJI, 2000).

Muitos são os elementos que tornam a questão da adesão ao tratamento motivo de estudo entre os pesquisadores, desde sua definição até as formas de lidar com ela. Vários estudos focalizam-se em estratégias para melhorar a adesão aos medicamentos, em mudanças de comportamento de promoção à saúde e em teorias sobre os motivos apresentados por algumas pessoas para justificar certos tipos de comportamento (GREEN, 1987).

Porém, os profissionais de saúde tendem a abordar a questão da adesão/não adesão somente sob suas perspectivas, ignorando as do paciente. Eles deixam de considerar a variabilidade e negam a legitimidade dos comportamentos que diferem das suas prescrições. Agindo assim, distanciam-

se das ações e razões dos pacientes, julgando-os e rotulando-os, em vez de conhecê-las e entendê-las (TROSTLE, 1988).

A adesão ao tratamento em pacientes crônicos representa a extensão no qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde, contemplando três estágios: 1) concordância: o paciente, inicialmente, concorda com o tratamento, seguindo as recomendações dadas pelos profissionais de saúde. Existe, frequentemente, uma boa supervisão, assim como elevada eficácia do tratamento. 2) Adesão: fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado. Com vigilância limitada, o paciente continua com seu tratamento, o que implica em grande participação e controle da sua parte. 3) Manutenção, quando, já sem vigilância (ou vigilância limitada), o paciente incorpora o tratamento no seu estilo de vida, possuindo determinado nível de autocontrole sobre os novos comportamentos (SOARES *et al.*, 1997).

Um dos determinantes da não-adesão pode ser o analfabetismo. No Brasil, além da baixa escolaridade, segundo o IBGE (2000), ainda há grande número de analfabetos. Esse problema se concentra entre a população com mais de 10 anos (12,8%), principalmente na faixa etária dos 50 anos ou mais, a qual representa quase metade (48,7%) dos analfabetos brasileiros, sendo ainda, o número de mulheres analfabetas (16,1%) com mais de 60 anos é proporcionalmente maior que o dos homens analfabetos (15,3%) (RIBEIRO, 2006).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Definição do Problema

Os problemas definidos foram: priorizar ações que promovam a qualidade no acolhimento e o incentivo ao tratamento dos pacientes com hipertensão, diminuindo as vulnerabilidades no que tange esse grupo destacando-se ainda, capacitação dos profissionais das diversas especialidades da ESF do município de Candeias e de lideranças comunitárias. Conforme relata Campos (2010), quantificar o problema é um passo relevante uma vez que realizada essa quantificação, nos permite avaliar o impacto alcançado pelo plano de intervenção. Foram evidenciados outros problemas de relevância que mereceram destaque:

- Diabetes;
- Drogas;
- Doenças cardiovasculares;
- Violência;
- Alcoolismo.

6.2 Priorização do Problema

A hipertensão arterial é a doença crônica mais prevalente na área onde trabalho, pois das 2712 pessoas cadastradas na área, 495 são hipertensas. Nenhum plano de ação estava sendo realizado até então para melhor adesão ao tratamento dos pacientes com hipertensão arterial na área do PSF Jaci em Candeias MG.

Utilizando a metodologia da estimativa rápida criou-se planilha em que os seis principais problemas foram identificados e selecionados quanto à prioridade, da seguinte forma:

- Atribuiu-se valor “alto, médio, baixo” para a importância do problema;
- Distribuíram-se pontos de acordo com sua urgência;
- Definiu se a resolução do problema está dentro, fora, ou parcialmente dentro do espaço de governabilidade da equipe;
- Numeraram-se os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios acima relacionados (Tabela 7).

TABELA 7: Identificação e priorização dos problemas do PSF Jaci em Candeias/MG

Identificação e Priorização dos Problemas				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/prioridade
Hipertensão	Alta	5	Parcial	1 ^o
Diabetes	Alta	4	Parcial	4 ^o
Saúde do idoso	Alta	4	Parcial	3 ^o
Drogas	Alta	3	Parcial	6 ^o
Gravidez na adolescência	Alta	4	Parcial	5 ^o
Adesão ao tratamento	Alta	5	Parcial	2 ^o

Fonte: Autoria Própria (2014).

O problema priorizado foi a hipertensão e, em segundo lugar, foi a adesão ao tratamento, pois obteve a maior pontuação nos critérios de urgência e importância, tendo em vista crescente demanda desta população que busca o atendimento no PSF Jaci. Foi observado também que a equipe precisaria se capacitar e ter apoio junto aos órgãos responsáveis (Secretaria de Saúde, Secretaria de Assistência Social) devido à importância do problema, a fim de, criar planos de intervenção eficazes.

6.3 “Nós críticos”

Dias e Savassi (2007) apontam que, para um problema ser considerado um nó crítico, ele precisa ser capaz de mudar positivamente o vetor descritor do problema, ser politicamente oportuno e estar dentro da governabilidade dos atores envolvidos.

Realizou-se reunião com a equipe de saúde para identificar os nós críticos a serem trabalhados. A reunião foi realizada na ESF de Candeias e foram selecionados os “nós críticos” citados abaixo:

- Falta de capacitação dos profissionais de saúde;
- Falta de campanhas educativas;
- Abandono de Tratamento.

6.4 Priorizando o “Nó” Crítico

Compreender o mundo atual nos direciona, com mais frequência, a percorrer caminhos diversos: o social, cultural, biológico, econômico e psíquico. Entretanto, ainda existe a tendência a buscarmos a causa biológica como o fator desencadeante da maioria das doenças em detrimento de outras causas de igual importância, mas podemos afirmar que qualquer doença só pode ser entendida quando inserida na sociedade em que ocorre, considerando a classe social do indivíduo (PEREIRA, 2009).

A prevalência de atendimento para os casos de hipertensão foi priorizada pelas equipes por haver uma alta demanda de confirmação do diagnóstico. Sendo assim, o acolhimento a esses grupos estava deficiente e passou-se a priorizar o acolhimento a esses indivíduos, como forma de garantir a adesão e o controle da doença, fortalecendo e criando vínculo com a equipe.

6.5 Como o Problema foi Identificado?

Nas consultas, observei pouca adesão ao tratamento por parte de muitas pessoas que possuem HAS, falta de conhecimento da importância do mesmo e a quantidade de pessoas que possuem a mesma. Sendo assim, houve a necessidade de criar um plano operacional para o enfrentamento do problema, focando o acolhimento pautado na qualidade e resolutividade.

A realização do diagnóstico situacional realizado na área do PSF Jaci em Candeias/Minas Gerais, possibilitou investigar quais eram os problemas e agravos mais comuns da população assistida e a necessidade de intensificar ações de prevenção e promoção em saúde, reforçando a autonomia do usuário em relação ao cuidado com sua saúde. Nele mostrou-se o alto índice de pacientes hipertensos que não procuram a UBS para a realização de cuidados com a saúde, principalmente no que se refere à realização da aferição da pressão e exames para prevenção de doenças cardiovasculares.

Desta forma, percebe-se o quanto comum é a existência de doenças cardiovasculares relacionadas à doença.

Mesmo sabendo que o SUS proporciona a realização de exames e consultas gratuitas, sabe-se que, nem todos os hipertensos podem comparecer

durante o horário de funcionamento normal da UBS, devido às condições de trabalho ou dificuldade de locomoção.

Uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência das equipes de saúde da UBS do Jaci, foi construído o plano de ação para o problema, escolhido a partir do diagnóstico realizado.

6.6 Como Controlar o Problema

Dentre os planos resolvemos obter informações e realizar ações através do registro da equipe sobre condições associadas à hipertensão:

- idade de início da doença
- história familiar
- comorbidades associadas
- associação com vícios como álcool, tabaco e drogas ilícitas
- diminuir o risco de doenças cardiovasculares associados à hipertensão e indiretamente diminuir mortalidade;
- manter o grupo de hipertensos e elaborar um projeto com mais reuniões e palestras para maior conhecimento da doença;
- aumentar a informação da equipe sobre o problema através de disponibilização de material educativo para estudo e realização de capacitação;
- elaborar ações intersetoriais para confecção de atividades profissionalizantes, dança, teatro, música a fim de aumentar as perspectivas dos idosos fazendo com que haja maior estímulo em seguir corretamente o tratamento;
- palestras educativas para família dos doentes para auxiliar na adesão ao tratamento;
- capacitação dos profissionais de Saúde: Capacitar os profissionais para uma melhor abordagem ao paciente hipertenso;
- intensificar as visitas domiciliares: aumentar as visitas domiciliares, através de intervenções realizadas pelo enfermeiro, médico, aferindo pressão arterial

- problema Priorizado: melhorar a qualidade do acolhimento ao hipertenso.

6.7 Elaboração do Plano Operativo

Tabela 8: Plano de ação para melhor adesão ao tratamento da hipertensão

Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
“Todos devem saber”: visa capacitar profissionais de saúde e lideranças comunitárias.	Aumentar a busca ativa principalmente durante as visitas domiciliares	Capacitação de pessoal; avaliar o nível de informação das pessoas envolvidas	Não é necessário	Enfermeiro e 01 ACS	02 meses para apresentação do projeto e 04 meses para o início das ações
“Candeias com maior controle doença”. Campanhas educativas para a população	População mais informada sobre como tratar a doença	Campanhas educativas com panfletos e na rádio local; educação constante da população	Apresentar o projeto apoio do prefeito e Secretário da Saúde	Médico e coordenação de epidemiologia	03 meses para apresentação do projeto, divulgação em 04 meses e campanhas nos meses subsequentes, cada mês em uma instituição.
Mutirão visando à aferição da pressão dos doentes	Captação do maior número possível de pacientes doentes na comunidade	Criação de mutirões em pontos estratégicos, com datas pré-fixadas, e informar a população sobre o mesmo	Não é necessário	Tec. de enfermagem e 02 ACS	03 meses para apresentação do projeto, 05 meses para o primeiro mutirão e novo mutirão a cada 04 meses
“Mais cuidados”, criação de uma referência dentro do município para atender casos diagnosticados	Confirmar ou descartar a doença. Em caso positivo, iniciar tratamento	Investigação qualificada no diagnóstico de hipertensão, por profissional capacitado	Não é necessário	Médico, enfermeiro	01 mês para divulgação do protocolo e 02 meses para iniciar as atividades. Finaliza quando atingir o objetivo de menos de 01 caso novo por 10.000 habitantes por ano

Fonte: Autoria Própria (2014).

Após reunião com toda equipe que participou na elaboração do diagnóstico situacional, detectados os nós críticos e levantados os problemas das áreas de abrangência do PSF Jaci do município de Candeias e envolvidas no planejamento, ficou definido por consenso a divisão de responsabilidades

por operação e pelos prazos para a realização de cada produto, com o objetivo de fortalecer adesão ao tratamento, garantindo o controle da doença por meio da promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde dos usuários.

Para avaliação e monitorização no fim de todo mês, será realizada pela equipe (agentes, enfermeiros, médicos) uma quantificação dos pacientes hipertensos e se estes estão aderindo ao tratamento. As ações poderão ser monitoradas por alguém da equipe escolhido pelo grupo por votação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de intervenção proposto é abrangente ao planejar ações para melhor adesão ao tratamento da hipertensão. Além disso, propõe ações contínuas na medida em que o tema é inserido na rotina do ambiente da estratégia de saúde da família. Concluímos que não há intervenção única para abordar um problema de saúde de alta complexidade e abrangente como a hipertensão.

Hoje, os governos e todas as sociedades são reféns dessa doença. Resta aos governos investir em ações de conscientização de toda a população, da importância do tratamento e em ações para prevenir a que a doença se instale.

Com base no trabalho proposto concluiu-se que:

- ✓ apesar de haver programas nas unidades básicas de saúde, é essencial elaborar um planejamento local que valorize as particularidades da comunidade;
- ✓ é essencial elaborar ações que estimulem a prevenção como prática de exercício físico, diminuição consumo de sal, perda de peso, dentre outras
- ✓ os profissionais que trabalham na estratégia de saúde da família devem agir conjuntamente, ou seja, devem se sentir parte de uma equipe, para abordagem dos pacientes hipertensos;
- ✓ ações em nível de atenção primária para educação e tabagismo também devem ser priorizadas envolvendo a comunidade e o adolescente como alvo;
- ✓ o grupo de hipertensos pode ser um ponto de partida importante para prevenção;
- ✓ é necessária a articulação de diferentes tipos de estratégias e de diferentes setores sociais, governamentais e não governamentais. As ações devem ser conjuntas.

Toda e qualquer ação dirigida ao controle e adesão ao tratamento da hipertensão deve ter um foco muito além da dimensão do indivíduo, buscando abarcar as variáveis sociais, políticas e econômicas.

A participação no curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família contribuiu para melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes hipertensos da área do PSF Jaci em Candeias principalmente pela reorganização do trabalho e possibilitou que todos os membros da equipe refletissem como estavam lidando com as demandas de hipertensos e como as atividades estavam sendo realizadas. Ao elaborar um plano de ação para melhor adesão ao tratamento, toda a equipe percebeu a importância de se fazer um diagnóstico situacional para conhecer os problemas da área e identificar quais são passíveis de resolução e qual a prioridade de cada problema no cotidiano. A utilização do PES para elaboração da proposta do plano de ação permitiu que a equipe formulasse propostas baseadas em evidências e com grande possibilidade de serem resolutivas.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. P. *et al.* Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Arq. Bras. Cardiol**; v.79, n.4: p.375-379, 2002.
- BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Rev Bras Hipertens** 2006; 13(1): 35-38
- BASSETT, J. R. *et al.* Physical activity and ethnic differences in hypertension prevalence in the United States. **Prev Med** 2002; 34:179-86.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52p
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório técnico da campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus**. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, Ministério da Saúde; 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, **Hipertensão arterial sistêmica – Cadernos de Atenção Básica n 15**. Brasília, D.F., 2006.
- BUSS, P.M. **Promoção da saúde: conceitos reflexões, tendências**. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003.
- CAVAGNA, L.M. Atualidades em hipertensão arterial. **Atual. Geriatr**. Argentina, v.3, n.17, p.53-57, Jun. 1998.
- CONVERSO, M. E. R.; LEOCÁDIO, P. L. L. F. Prevalência da hipertensão arterial e análise de seus fatores de risco nos núcleos de terceira idade de Presidente Prudente. **Rev. Ciências em Extensão**, v.2, n.1: p13-23,2005.
- DIAS, R. B; SAVASSI, L. C. M. **Planejamento de Ações na Equipe**. Grupo de Estudos em Saúde da Família (GESF), 2007. Disponível em:< <http://www.smmfc.org.br/gesf>> Acesso em: março de 2014.
- DOSSE, C. *et al.* Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n.2, abr. 2009.
- GREEN, C.A. **What can patient health education coordinators learn from ten years of compliance research?** *Patient Educ Couns* 1987; 10: 167-174
- GUYTON, A. C. **Fisiologia Humana**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- KLEIN, J. M.; GONÇALVES, A. G. A. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. **Psico – USF** 2005;10(2): 113-120.
- LEITE, S. N.; VASCONSELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Cien Saude Colet** 2003; 8(3): 775-782
- LUCAS, A.J. **O processo de enfermagem do trabalho: a sistematização da assistência de enfermagem em saúde ocupacional**. São Paulo (SP): Iátria; 2004.
- LUNA R. L. **A epidemiologia da Hipertensão Arterial – O Problema Social**. Hipertensão Arterial. Rio de Janeiro: MEDSI, p.21-43, 1990.

MATTHEWS, K. A. *et al.* Socioeconomic trajectories and incident hypertension in a biracial cohort of young adults. **Hypertension** 2002; 39:772-6.

MION, J. R. D. Tratamento da hipertensão arterial – respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, 2001.

OPARIL, S. Hipertensão Arterial. In: GOLDMAN, L.; BENNET, J. C. organizadores. Cecil – **Tratado de medicina interna**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. P. 289-92.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas componentes estruturais de ação: Relatório Mundial**. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2003.

PEREIRA, A. A.; VIANA, P.C.M. **Saúde Mental**. Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2009.

REINEIRS, A. A. O., AZEVEDO, R.C. de S.; VIEIRA, M.A.; ARRUDA, A.L. G. de. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 2299-2306, 2008.

REINEIRS, A. A. O. Hipertensão arterial: perfil de saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Texto contexto Enferm**. 2004; 13(1): 41-49

RIBEIRO V.M. Analfabetismo e alfabetismo funcional no Brasil. Boletim INAF. São Paulo: Instituto Paulo Montenegro, jul.-ago. 2006.

SANTOS, Z. M. S.; LIMA, H. DE P. Tecnologia Educativa em Saúde na Prevenção da Hipertensão arterial em Trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto e contexto Enferm**. Florianópolis, 2008

SANTOS, Z.M.S.A.; SILVA, R.M. **Hipertensão arterial: abordagem para a promoção do cuidado humano**. Fortaleza (CE): Brasil Tropical; 2003

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

SHOJI, V.M; Forjaz C.L.M. Treinamento físico da hipertensão. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, 2000.

SOARES M.C, RIBEIRO A, LIMA P, RIBEIRO J. **O efeito do fornecimento da informação na ansiedade pós-operatória numa população portuguesa de pacientes candidatos a cirurgia cardíaca**. In: Actas do 2 congresso Nacional de Psicologia da Saúde; 1997; Lisboa

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol**, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. III **Consenso brasileiro de hipertensão arterial**. Rev Bras Cardiol 1998; 1: 92-133.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. V **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo (SP): SBH; 2006

TROSTLE J.A. **Medical compliance as an ideology**. Soc Sci Med 1988; 27(12): 1299- 1308

VARGAS, C. M.; INGRAM, D. D.; GILLUM, R. F. Incidence of hypertension and educational attainment. **Am J Epidemiol** 2000; 152:272-8.

VITOR, R. S.; SAKAI, F. K.; CONSONI, P. R. C. Indicação e adesão de medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão arterial. **Ver AMRIGS** 2009; 53(2): 117-121.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2006

WOODS, S.; SIJARAM, E.; MOTZER, S.; **Enfermagem em Cardiologia**. Barueri: Manole, 2005.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/vdiretriz.asp> Acesso em: 27-10-14