

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA**

YAIMA SERRANO ARTEYES

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA AREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE ITAPINOVA NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR
VALADARES - MINAS GERAIS**

GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS

2016

YAIMA SERRANO ARTEYES

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA AREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE ITAPINOVA NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR
VALADARES - MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2016

YAIMA SERRANO ARTEYES

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA AREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE ITAPINOVA NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR
VALADARES - MINAS GERAIS**

BANCA EXAMINADORA

Bruno Leonardo de Castro Sena - Orientador

Maria Rizeide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 13 / 06 / 2016

DEDICATÓRIA

Aos meus pacientes, que de forma ativa e direta me proporcionaram refletir em algo que pode mudar a qualidade de vida de cada um deles.

À minha mãe e filha que são minha fonte de inspiração e meu motor impulsor.

AGRADECIMENTOS

À minha filha e mãe que são minha razão de viver e a todos que de forma direta ou indireta fizeram parte deste trabalho.

Ao meu orientador por ter tido paciência durante todas as fases que passamos e por ter me auxiliado na formação e criação.

Aos pacientes que se propuseram a participar e foram meu motor impulsor.

À Deus por ter me ajudado a escolher essa profissão, para ajudar ao próximo.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica, com altos índices de ocorrência no Brasil e no mundo. É considerado um problema de saúde pública. Esta doença merece atenção dos setores de saúde, pois ações de caráter educativo podem contribuir tanto para a prevenção quanto para a qualidade de vida e manutenção da saúde dos hipertensos. A baixa adesão ao tratamento da hipertensão é visto como um desafio para profissionais da atenção básica. Pensando nesta problemática, o objetivo desse trabalho é propor um plano de ação educativo que contribua para uma melhor adesão dos usuários ao tratamento da hipertensão na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Itapinoã em Governador Valadares, Minas Gerais. Inicialmente foi realizado um diagnóstico situacional, pelo método da estimativa rápida, onde se detectou os principais problemas da área e priorizou-se a hipertensão e a baixa adesão dos hipertensos ao tratamento. Também foi feito um levantamento do referencial teórico sobre o tema, em artigos científicos e materiais atualizados acerca da hipertensão, nas seguintes bases de dados SciELO, LILACS e BIREME, incluindo somente artigos publicados entre os anos de 2000 e 2015 para subsidiar a proposta. O passo seguinte foi à elaboração de um plano de ação específico, seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional, para a demanda de atenção à saúde dos hipertensos. Destaca-se a importância de buscar ações conjuntas envolvendo equipe de saúde e usuário hipertenso, para melhor abordagem do assunto e minimização dos agravos da doença.

Descritores: Hipertensão. Doenças crônicas. Prevenção.

ABSTRACT

Hypertension is a chronic disease with high occurrence rates in Brazil and worldwide. a public health problem is considered. This disease deserves attention from health sectors as educational character actions can contribute to both prevention and for the quality of life and maintaining the health of hypertensive. Low adherence to treatment of hypertension is seen as a challenge for primary care professionals. Thinking about this problem, the objective of this work is to propose an educational action plan that contributes to unite better adherence of the users to the treatment of hypertension in the area covered by the Health Strategy Itapinoã Family in Governador Valadares, Minas Gerais. Initially it conducted a situational diagnosis, the method of rapid assessment, which was detected the main problems of the area and prioritized hypertension and low adherence of hypertensive treatment. It was also made a survey of the theoretical framework on the subject, in scientific articles and updated materials about hypertension, the following bases of SciELO data, LILACS and BIREME, including only articles published between 2000 and 2015 to support the proposal. The next step was to draw up a specific action plan, following the method of Situational Strategic Planning, to the demand for health care of hypertensive. It highlights the importance of seeking joint actions involving health staff and hypertensive patients to better approach the subject and minimizing disease aggravations.

Keywords: Hypertension. Chronic diseases. Prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

DCV - Doença Cardiovascular

CADEF - Centro de Apoio aos Deficientes Físicos

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEREST - Centro de Referência e Saúde ao Trabalhador

CERSAM - Centro de Referência de Saúde Mental

CRASE - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRAP - Centro de Referência de Atendimento à População de rua

CREDEM PES - Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais

CROS - Centro de Referência em Oftalmologia Social

CVV - Centro Viva Vida

ESF - Estratégia da Saúde da Família

FR - Fatores de Risco

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM - Infarto Agudo de Miocárdio

IRC - Insuficiência Renal Crônica

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PA - Pressão Arterial

PES - Planejamento Estratégico

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Contexto Geral.....	10
1.2 Diagnóstico Situacional	13
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS.....	22
3.1 Objetivo Geral.....	22
3.2 Objetivos Específicos.....	22
4 METODOLOGIA	23
5 REVISÃO DE LITERATURA	24
5.1 A problemática da hipertensão arterial	24
5.2 Definindo a Hipertensão.....	25
5.3 Classificação dos Valores da Pressão Arterial.....	28
5.4 Diagnóstico da Hipertensão Arterial.....	28
5.5 Estratégias para Aumento da Adesão ao Tratamento.....	33
6 PLANO DE AÇÃO	36
6.1 Identificação do problema	36
6.2 Priorização dos problemas.....	36
6.3 Descrição do problema.....	37
6.4 Seleção dos nós críticos.....	37
6.5 Desenho das operações.....	38
6.6 Identificação dos recursos críticos.....	40
6.7 Análise da viabilidade do plano.....	41
6.8 Elaboração do plano operativo.....	42
6.9 Gestão do Plano.....	44
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto Geral

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

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, 54% por AVE e 47 % por doença isquêmica do coração sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 e 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (AVILA *et al.*, 2010).

A HAS é um dos principais problemas de saúde a nível mundial, representa grave problema de saúde no Brasil:

Não só pela elevada prevalência cerca de 20% da população adulta, como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratada de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento (SILVA; SOUZA, 2011, p. 9).

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

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a PA, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com: diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II (BRA II), antagonistas dos canais de cálcio (ACC), embora a maioria dos estudos utilize, no final, associação de anti-hipertensivos. Esse benefício é observado com a redução da PA per se e, com base nos estudos disponíveis até o momento, parece não depender da classe de medicamentos utilizados. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A elevação da HAS representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A HAS apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, IC, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o AVC, acometendo as mulheres em maior proporção. Observa-se tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular. A doença cerebrovascular, cujo fator de risco principal é a hipertensão, teve redução anual das taxas ajustadas por idade de 1,5% para homens e 1,6% para mulheres. O conjunto das doenças do coração, hipertensão, doença coronária e IC também tiveram taxas anuais decrescentes de 1,2% para homens e 1,3% para mulheres. No entanto, apesar do declínio, a mortalidade no Brasil ainda é elevada em comparação a outros países, tanto para doença

cerebrovascular como para doenças do coração. Entre os fatores de risco para mortalidade, HAS explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA, a partir de 115x75 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

A hipertensão está associada a diversas doenças graves como: Insuficiência cardíaca, Infarto do miocárdio, Arritmias cardíacas, Morte súbita, Aneurismas, Perda da visão (retinopatia hipertensiva), Insuficiência renal crônica, AVC isquêmico e hemorrágico, Demência por micro infartos cerebrais, Arteriosclerose. A HAS raramente tem cura e o objetivo do tratamento é evitar que órgãos como coração, olhos, cérebro e rins, chamados de órgãos alvo, sofram lesões que causem as doenças descritas acima. Como já mencionei, as lesões iniciais da HAS são assintomáticas, porém, existem exames que podem detectá-las precocemente (PINHEIRO, 2009).

Uma vez feito o diagnóstico da hipertensão, todos os doentes devem se submeter a mudanças de estilo de vida antes de se iniciar terapia com medicamentos. As principais são: redução de peso, iniciar exercícios físicos, abandonar cigarro, reduzir o consumo de álcool, reduzir consumo de sal, reduzir consumo de gordura saturada, aumentar consumo de frutas e vegetais (PINHEIRO, 2009).

1.2 Diagnóstico Situacional

Figura 1: Vista panorâmica do município Governador Valadares-Minas Gerais



Fonte: Cidades do meu Brasil (2015).

Governador Valadares é uma cidade no interior do estado de Minas Gerais, pertencente à microrregião de mesmo nome e à mesorregião do Vale do Rio Doce, encontra-se a nordeste da capital do estado, distando desta cerca de 320Km. Sua população foi contada em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 263 594 habitantes, sendo assim o nono município mais populoso do estado de Minas Gerais e o primeiro de sua mesorregião e microrregião. Está a 960 quilômetros de Brasília, a capital federal. Ocupa uma área de 2348,1km². Desse total, 24,3674km² estão em perímetro urbano (CIDADES DO MEU BRASIL, 2015).

A maior parte de seu território situa-se na margem esquerda do Rio Doce. O município é servido pela Estrada de Ferro Vitória a Minas, da Companhia Vale do Rio Doce e pela rodovia Rio-Bahia (BR-116). Liga-se à capital do estado pela BR-381 (CIDADES DO MEU BRASIL, 2015).

A cidade ainda se destaca em seu turismo. Com 1123 metros de altitude, é um dos pontos mais altos do Leste mineiro. É sede de uma das etapas do Campeonato Brasileiro de Voo Livre sendo que os competidores saltam do Pico, de onde se pode avistar toda a região do Vale do Rio Doce, cujo leito está aos pés do pico. Também sedia vários campeonatos internacionais de voo livre (CIDADES DO MEU BRASIL, 2015).

História da cidade de Governador Valadares

A primeira exploração do Vale do Rio Doce data de 1573, quando Sebastião Fernandes Tourinho, partindo do litoral, subiu o rio até alcançar a foz do rio Suaçuí Grande, com a finalidade de descobrir ouro e pedras preciosas.

Posteriormente, Marcos de Azeredo, seguindo o itinerário de Tourinho, transpôs o rio Doce e avançou uma extensão maior do que a alcançada pela primeira expedição, até atingir a barra do rio Suaçuí Pequeno.

Os desbravadores encontraram uma série de obstáculos, não só o rio com seus bancos de areia, dificultando a interiorização da bacia, como as impenetráveis florestas e, mais ainda, a ferocidade dos índios botocudos. Esses fatores impediram, por muito tempo, o estabelecimento de núcleos regulares de população. Com o intuito de conter os constantes ataques dos silvícolas, instalou-se no Vale, no local conhecido como Porto de Dom Manuel, uma das seis Divisões Militares do Rio Doce, criadas pela Carta Régia de 13 de maio de 1808. Surgiu então um povoado em torno do Quartel de Dom Manuel. A partir de 1809, há iniciativas visando à efetiva ocupação do rio Doce, culminando com o decreto de Outubro de 1832, que abria o rio à navegação, oferecendo ainda inúmeras concessões e privilégios à Companhia que se organizou com aquele objetivo. Apesar disso, somente em 1897 se iniciou a navegação regular em pequeno trecho do rio (CIDADES DO MEU BRASIL, 2015).

Em 1882, o povoado do Porto de Dom Manuel passou a distrito de Paz com a denominação de Baguari, e em 1884, a Distrito do município de Peçanha, mudando

seu topônimo para Santo Antônio de Figueira; em 1923, para Figueira e, em 1938, para Governador Valadares (CIDADES DO MEU BRASIL, 2015).

A geografia influenciou a opção por este local: a via fluvial, permitindo a atividade do porto entre Aimorés e Naque, além de ser o rio Doce ligação com o litoral do Espírito Santo. O Pico do Ibituruna, com 1.123 metros de altitude, era um marco referencial para os que penetravam na região (CIDADES DO MEU BRASIL, 2015).

Instalado o Distrito, foi grande o surto de progresso, especialmente quando da construção da Estrada de Ferro Diamantina, hoje Vitória-Minas. Esse empreendimento muito influiu na colonização do Vale e no rápido progresso de Governador Valadares. Em agosto de 1910, foi inaugurada a Estação Ferroviária, que deu características de entreposto comercial ao Distrito. Em 1928 foi construída a rodovia Figueira-Coroaci, o que permitiu o escoamento de produtos originários dos municípios vizinhos, e também a distribuição de produtos de outras regiões. Em 1937, a conexão Vitória-Minas com a Central do Brasil colocou a cidade em ligação com grandes centros consumidores, consolidando sua situação privilegiada na região. A atividade econômica de Figueira, baseada na exploração da mica, madeira, carvão vegetal e pedras preciosas promoveu o processo de urbanização do Distrito, resultando na fixação de contingentes humanos (CIDADES DO MEU BRASIL, 2015).

Paralelamente à intensificação das atividades econômicas e ao processo de urbanização, surgiu a necessidade de maior organização político-administrativa. As ideias de emancipação tomaram corpo em 1937. O Partido Emancipador de Figueira concretizou seus objetivos com a criação do Município, emancipando-se de Peçanha em 31 de dezembro de 1937. Em 30 de janeiro de 1938 aconteceu a instalação do Município e a posse do primeiro Prefeito. Em 17 de dezembro de 1938, o Município passou a denominar-se Governador Valadares (CIDADES DO MEU BRASIL, 2015).

O Distrito foi criado em 6 de novembro de 1882, pela Lei nº 3.077. O Município de Figueira foi criado em 31 de dezembro de 1937, pelo Decreto-Lei Estadual nº 32

Em 17 de dezembro de 1938, teve seu topônimo mudado para Governador Valadares, através do Decreto-Lei Estadual nº 148. Na ocasião, ficou composto dos distritos de Governador Valadares/Sede (ex-Figueira); Brejaubinha; Xonim e Naque.

Atualmente, além do distrito Sede, figura com os distritos: Alto de Santa Helena; Baguari; Brejaubinha; Derribadinha; Goiabal; Penha do Cassiano; Santo Antônio do Pontal; São José do Itapinoã; São Vítor; Vila de Nova Floresta; Xonim (ou Chonim); Xonim de Baixo (ou Chonim de Baixo) (CIDADES DO MEU BRASIL,2015).

Tabela 1: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade
Governador Valadares (MG)

Mais de 100 anos	18	0,0%	0,0%	34
95 a 99 anos	47	0,0%	0,0%	116
90 a 94 anos	164	0,1%	0,1%	323
85 a 89 anos	434	0,2%	0,3%	730
80 a 84 anos	950	0,4%	0,5%	1.433
75 a 79 anos	1.760	0,7%	0,9%	2.419
70 a 74 anos	2.479	0,9%	1,3%	3.331
65 a 69 anos	3.118	1,2%	1,6%	4.149
60 a 64 anos	4.077	1,5%	2,0%	5.198
55 a 59 anos	5.363	2,0%	2,5%	6.536
50 a 54 anos	6.599	2,5%	3,0%	7.882
45 a 49 anos	7.845	3,0%	3,4%	9.031
40 a 44 anos	8.757	3,3%	3,8%	9.979
35 a 39 anos	8.613	3,3%	3,8%	9.971
30 a 34 anos	10.049	3,8%	4,2%	11.163
25 a 29 anos	10.959	4,2%	4,5%	11.800
20 a 24 anos	11.385	4,3%	4,5%	11.988
15 a 19 anos	11.401	4,3%	4,5%	11.828
10 a 14 anos	11.871	4,5%	4,4%	11.720
5 a 9 anos	10.240	3,9%	3,7%	9.874
0 a 4 anos	9.108	3,5%	3,4%	8.947
		Homens Mulheres		

Fonte: IBGE (2010).

O município possui 151 estabelecimentos de saúde, sendo 78 deles privados e 73 municipais entre hospitais, pronto-socorro, unidades básicas de saúde e serviços odontológicos. A cidade possui 180 leitos para internação em estabelecimentos de saúde. Na cidade, existem 2 hospitais especializados (ambos privados) e 7 gerais,

sendo 1 público, 2 filantrópicos e 4 privados. Governador Valadares conta ainda com 152 médicos cirúrgicos, 175 clínicos, 52 complementares, 73 obstétricos, 146 pediátricos e 1 de outra especialidade, totalizando 599. No ano de 2006, foram registrados 4.156 de nascidos vivos, sendo que a Taxa Bruta de Natalidade é de 16.0. O município ainda possui outros hospitais particulares. O município de Governador Valadares conta com 10 centros de referência: CRASE, CERSAN, CAPS AD, CVV, POLICLINICA, CADEF, CREDENP'S, CEREST, CROS, CENTRO DE CONVIVÊNCIA.

Figura 2: Vista da ESF Itapinoã, município Governador Valadares, Minas Gerais



Fonte: Aatoria Própria (2016).

A ESF Itapinoã tem em sua área de abrangência 1.998 habitantes e 692 famílias cadastradas, se divide em cinco microáreas. A equipe é formada por um médico, um enfermeiro, três técnicas de enfermagem, sete Agentes Comunitários de Saúde, um cirurgião dentista, um Auxiliar de Saúde Bucal. No ano de 2013, dados levantados do SIAB (2013) mostram que a unidade apresenta um alto número de pacientes com HAS.

O horário de funcionamento da unidade é de 7 as 17 horas. A região com igrejas católicas e algumas evangélicas. O dia a dia da ESF é caracterizado pelas consultas agendadas, seja medica, odontológica e de enfermagem. Os agentes comunitários da saúde fazem visitas às famílias da comunidade, acompanhando as

condições de vida, situação sanitária e de higiene, adesão ao tratamento proposto e identificação de pacientes com necessidade de visita domiciliar pelo médico e enfermeiro.

Com todo o exposto e pelo impacto em saúde pública que a doença hipertensiva causa é que se faz necessário a realização de um projeto de intervenção, com elementos de educação para pacientes com hipertensão arterial na ESF Itapinoã, do município Governador Valadares, com o objetivo de reduzir os níveis pressóricos e diminuir a incidência de doenças cardiovasculares.

2 JUSTIFICATIVA

Durante a realização do Curso de Especialização Saúde da Família pelo médico da equipe da ESF Itapinoã, buscou-se desenvolver um projeto de intervenção sobre um problema escolhido pela equipe de saúde entre vários elencados, de acordo com a governabilidade da equipe.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um importante problema de saúde pública, por se tratar de uma doença de grande prevalência, e devido aos riscos, quando não controlada, de morbimortalidades cardiovasculares, principalmente infarto do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos (AVE), os quais são as principais causas isoladas de óbitos atualmente.

Com prevalência de aproximadamente 30%, estima-se que cerca de 30 milhões de brasileiros tenham essa doença. Ela é responsável por 54% de todos os casos de AVE e 47% dos casos de infarto, fatais e não fatais (LANCET, 2008 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA, 2010). Por ano, aproximadamente 400 mil brasileiros morrem devido a HAS (ALVES; CALIXTO, 2012).

Outro dado importante é sobre o grande número de internações e de gastos com essa morbidade, tanto pela doença quanto por suas complicações. Segundo dados do Datassem 2007, registraram-se 1.157.509 internações por doenças cardiovasculares (DCV) no SUS, já em novembro de 2009, foram 91.970 internações por DCV, com custo de R\$165.461.644,33 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA, 2010).

Todavia apesar de sua importância, os percentuais de controle de pressão arterial (PA) são muitos baixos (20% a 40%), devido à baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA, 2010).

Na Conferência de Alma-Ata realizada em 1978, definiu a atenção básica como o pilar para a organização dos sistemas de saúde. Definiu-se também neste evento que o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde ocorrendo na atenção

básica tem potencial para solucionar parte significativa dos problemas que ele apresenta (ARAÚJO *et al.*, 2009).

Dilélio *et al.*, (2011) comentam que os sistemas de saúde que priorizam o fortalecimento da atenção básica e que apresentam estrutura para atender a maior parte dos problemas de saúde da população, não podem deixar de priorizarem também as ações de promoção da saúde e de prevenção.

O trabalho interdisciplinar é uma diretriz importante que deve ser incorporado em todos os níveis do sistema de saúde uma vez que é justamente a partir de tal trabalho que se almeja alcançar uma abordagem integral sobre os fenômenos que interferem na saúde da população (CREPALDI *et al.*, 2009).

De acordo com Scotti *et al.* (2013) embora o aumento da aderência ao tratamento para hipertensão aumente o custo da compra dos medicamentos, pode levar a importantes benefícios em reduzir o risco cardiovascular.

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de usuarios portadores de HAS dadastrados na ESF Itapinoã com baixa adesão ao tratamento, o que ocasiona quadros de HAS descompensada. Muitas pessoas que não aderem ao tratamento, apresentam dificuldades de controles dos indices pressorios e controle da doença, além de não seguir as orientações dos profissionais de saúde.

Adicionalmente, a HAS é doença uma que requer boa adesão ao tratamento, justificando a relevância do presente trabalho, principalmente pelo fato de possibilitar formas de controle da doença. Por isso, o profissional da saúde deve estar inserido nest problemática propondo estratégias de ação que envolva o usuário e equipe neste foco, sendo essa a realidade preocupante na ESF Itapinoã.

A HAS descompensda pode acarretar várias consequências ao usuario, como doenças cardiovasculares, insuficiência renal crônica, acidentes vasculares entre outros (LIMA, 2010). Com tudo, em muitas situações o paciente não tem conhecimento dos agravos que a doença pode acometer, desta forma, não se cuidam e nem buscam formas de controle dos niveis pressórios.

Por isso é necessário fazer ações imediatas e montar um planejamento adequado e um plano de ação para o diagnóstico precoce, tratamento adequado e a oferta de ações para prevenir esta doença.

Nesse sentido, com a adesão ao tratamento os pacientes conseguirão controlar os níveis de hipertensão evitando as consequências negativas de morbimortalidades cardiovasculares, e como viver com mais qualidade por meio da mudança do estilo de vida.

Busca-se, desta forma, reforçar os princípios estabelecidos pela lei 8080/90 do Sistema Único de Saúde (BRASIL,1990) a universalidade, a equidade e integralidade dos serviços disponibilizados aos cidadãos, efetivando assim a resolubilidade do problema por eles apresentados.

Após discussão com a equipe de saúde, a análise situacional construída foi de um serviço fragmentado, com alguns pontos requerendo reorganização no sentido de fazer com que o serviço de atenção à saúde não seja apoiado apenas nos processos curativos.

A construção de um projeto de intervenção facilitará este manejo pela equipe da ESF Itapinoã com os pacientes hipertensos não aderentes ao tratamento.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um plano de ação para prevenir a hipertensão arterial sistêmica e reduzir os níveis pressóricos, diminuindo assim a incidência de doenças cardiovasculares em pacientes hipertensos da área de abrangência da unidade básica de saúde Itapinoã, no município de Governador Valadares/MG.

3.2 Específicos

Possibilitar a adesão do paciente ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e assim, minimizar a morbidade e a mortalidade do paciente hipertenso por complicações cardiovasculares;

Vincular os pacientes à grupos de hipertensos, qualificando o grupo conforme recomendado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e equipe do núcleo de apoio a saúde da família.

4 METODOLOGIA

Primeiramente foi realizado um diagnóstico situacional na saúde da área de abrangência da referida UBS. Para a elaboração do plano de ação e levantamento dos dados, o método da Estimativa Rápida foi utilizado, a partir de fontes de observação como: registros escritos (prontuários) feito nas consultas, observação ativa da unidade e visitas domiciliares. Todas essas estratégias possibilitaram visualizar e coletar melhor os reais problemas enfrentados na unidade.

Foi realizada uma busca de referencial teórico que subsidiasse a proposta, trazendo material científico referente a hipertensão arterial sistêmica. Para isso, foi feito um levantamento bibliográfico no banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na base de dados municipal do e-SUS, no LILACS, Bireme e SciELO. Além disso, foi realizada uma busca sistematizada na literatura e foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: hiperetensão, doenças crônicas e prevenção e selecionados artigos científicos publicados entre os anos de 2000 e 2015. As informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação e delineamento das ações nele previstas.

Para o desenvolvimento do plano de ação utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de acordo com as orientações do módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde onde foram identificados os problemas relevantes no território da unidade e feito a priorização dos mesmos. O PES possibilitou a incorporação dos pontos de vista dos setores sociais, incluindo a população e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em questão (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 A problemática da Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma das doenças mais prevalentes no mundo, acometendo cerca de um terço da população. A hipertensão pode surgir em qualquer época da vida, inclusive durante a gravidez, mas é muito mais comum na população adulta e nos idosos. Estima-se que até 80% da população com mais de 60 anos seja hipertensa. Nas últimas décadas, o número de hipertensos tem aumentado progressivamente, devido a fatores como maior expectativa de vida, maior incidência de obesidade, sedentarismo e de maus hábitos alimentares. A elevada prevalência associada ao fato de que apenas metade dos pacientes hipertensos consegue manter sua PA devidamente controlada mantém a hipertensão com o título de principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e AVC (PINHEIRO, 2009).

A HAS é um dos principais problemas de saúde a nível mundial, representa grave problema de saúde no Brasil, “não só pela elevada prevalência cerca de 20% da população adulta, como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratada de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento” (SILVA; SOUZA, 2004, p. 331).

A HAS é das doenças de maior prevalência na população. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm hipertensão. No mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes hipertensos vem aumentando a cada dia. A SBH estima que 5% da população com até 18 anos tenham hipertensão – são 3,5 milhões de crianças e adolescentes brasileiros (ABC-MED, 2008).

A HAS é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, traz grande impacto econômico, pelo gasto que acarreta ao sistema de saúde, e social e pelo reflexo na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos que acometem (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Trata-se, portanto, de um agravo de etiologia multifatorial que, devido à grande variedade de consequências, constitui a origem de várias doenças cardiovasculares, sendo o principal fator de risco para agravos comuns na saúde coletiva, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006 *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2011, p. 29).

Uma vez identificada a pressão arterial elevada, deve ser monitorada a intervalos regulares, porque a hipertensão é uma condição para o resto da vida. Tendo como meta do tratamento evitar a morte e as complicações, buscando atingir e manter a pressão arterial mais baixa que 140/90 mmHg. Sabe-se que, toda mudança requer um processo educativo, e esse se dá de uma forma lenta e deve ser contínuo. Assim, as ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham com esses pacientes, devem atender às necessidades de cada um, à medida que se tenta manter o tratamento por longo período (ALMEIDA, 2004).

Hoje a doença hipertensiva é tida um grande problema de saúde pública e quando não tratada adequadamente pode acometer outros órgãos e passar a ser associada a outras patologias, o que pode agravar ainda mais o quadro da doença (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

5.2 Definindo a HAS

A hipertensão arterial sistêmica, também conhecida como pressão alta, é conceituada pela V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, que consistem na hipertrofia cardíaca e vascular (GOMES; ALVES, 2009).

Pressão alta é uma doença que afeta qualquer pessoa mesmo mulheres e homens, brancos e pretos, adultos e crianças, pobres e ricos, gordos e magros, pessoas calmas e nervosas, em fim é uma doença democrática.

Em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva, tendo sido esses valores encontrados (pressão arterial acima de 14 por 9 ou 140 x 90 milímetros de mercúrio), em pelo menos duas aferições, realizadas na mesma ocasião ou em momentos próximos. Mas atenção, só é considerada pressão alta quando ela permanece elevada consistentemente. A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA).

Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 17).

A HAS tem alguns fatores de riscos como genéticos e ambientais, esses últimos envolvem alimentação com excesso de sal, alcoolismo, tabagismo e sedentarismo. Além do uso das diversas classes de medicamentos anti-hipertensivos, a mudança do estilo de vida, com alimentação saudável, cessação do tabagismo e do estilismo e a prática de exercícios físicos conseguem reduzir os níveis de PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão sintetizam os fatores causais: psicossociais, estresse emocional, baixa autoestima ligados ao desencadeamento e a manutenção da HAS; fatores ligados ao tratamento: dosagem e posologia de difícil administração; fatores educacionais: falta de conhecimento pelos pacientes sobre a importância de tratar uma doença na maioria das vezes assintomática e crônica; fatores econômicos: baixa renda para adquirir a medicação, aspectos culturais e crenças errôneas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, relação ruim com os profissionais de saúde, dificuldade de marcação de consultas, tempo prolongado de atendimento, falta de equipe multidisciplinar e a

falta de busca ativa dos pacientes; fatores ligados às medicações: efeitos colaterais, e interferência na qualidade de vida após início do tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Um dos grandes problemas da hipertensão arterial é o fato desta ser assintomática até atingir fases muito avançadas. Não existe um sintoma típico que possa servir de alarme para estimular a procura por um médico (PINHEIRO, 2009).

Pinheiro (2009) alerta para o fato de que achar que é possível adivinhar se a pressão arterial está alta ou normal baseado na presença ou na ausência de sintomas, como dor de cabeça, cansaço, dor no pescoço, dor nos olhos, sensação de peso nas pernas ou palpitações, etc., é um erro muito comum. Um indivíduo que não costuma medir sua pressão arterial simplesmente porque não tem nenhum sintoma, pode muito bem ser hipertenso e não saber. Por outro lado, se o paciente é sabidamente hipertenso, mas também não mede a pressão arterial periodicamente, pode ter a falsa impressão de ter a PA controlada. Não existe nenhuma maneira de avaliar a pressão arterial sem que se faça a aferição da mesma através de um aparelho específico, chamado esfigmomanômetro, conhecido popularmente como “aparelho de pressão”.

O fato de algumas pessoas terem dor de cabeça ou mal estar quando apresentam pressões arteriais muito elevadas, na opinião de Pinheiro (2009) não significa que estes sintomas sirvam de parâmetro. Estas mesmas pessoas podem ter picos de hipertensão assintomáticos e não se darem conta disso. É bom salientar que a dor aumenta a pressão arterial, sendo difícil saber nestes casos se a pressão subiu pela dor de cabeça ou a dor de cabeça surgiu pela pressão alta.

Por isso, todas as pessoas devem ter sua pressão arterial aferidas pelo menos uma vez a cada dois anos. Quem nunca procura saber como anda sua pressão arterial porque acha que algum sintoma irá alertá-lo sobre o problema, pode estar neste momento com a pressão elevada, sofrendo danos em órgãos vitais (PINHEIRO, 2009).

5.3 Classificação dos Valores da Pressão Arterial

Ela é considerada uma síndrome de origem multifatorial, sendo considerado os valores, a partir de 139mmHg para a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e 89mmHg para a Pressão Arterial Diastólica (PAD) para indivíduos adultos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA, 2010).

Quadro 1: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos):

Classificação da PA	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	> 180	> 110
Hipertensão sistólica isolada	> 140	< 90

Legenda: ≤ (menor ou igual), < (menor), ≥ (maior ou igual), > (maior).

Fonte: ABNT (2002).

5.4 Diagnóstico e tratamento da HAS

Considera-se HAS quando os níveis de PA sistólica estão ≥ 140 mmHg e os PA diastólica estão ≥ 90 mmHg em medidas de consultório, em pelo menos três ocasiões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA, 2010).

O diagnóstico de hipertensão é feito pela medida da pressão. A forma mais comum é a medida casual, feita no consultório com aparelhos manual ou automático que é o

elemento chave para o estabelecimento do diagnóstico da HAS e onde é preciso ter em conta uma série de requerimentos os quais são mostrados na seguinte tabela.

Tabela 2: Procedimento correto para aferição da pressão arterial

PROCEDIMENTOS GERAIS
Explicar o procedimento ao paciente
Repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo
Evitar bexiga cheia
Não praticar exercícios físicos 60 a 90 minutos antes
Não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não fumar 30 minutos antes
Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado.
Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito
Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.
Solicitar para que não fale durante a medida
Procedimento de medida da pressão arterial
Medir a circunferência do braço do paciente
Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço
Colocar o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm
Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial
Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva
Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg do nível estimado da pressão sistólica
Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo)
Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é um som fraco seguido de batidas regulares e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação
Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff)
Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa
Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero
Esperar 1 a 2 minutos antes de novas medidas
Informar os valores de pressão arterial obtidos para o paciente

Fonte: Pedrosa e Drager (2010).

A HAS tem alguns fatores de riscos como genéticos e ambientais, esses últimos envolvem alimentação com excesso de sal, alcoolismo, tabagismo e sedentarismo. Além do uso das diversas classes de medicamentos anti-hipertensivos, a mudança do estilo de vida, com alimentação saudável, cessação do tabagismo e do estilismo

e a prática de exercícios físicos conseguem reduzir os níveis de PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA, 2010).

O controle da HAS está interligado a intensidade da adesão ao tratamento visto que é a taxa de abandono, grau máximo da falta de adesão, que cresce com o tempo de tratamento.

Diversos são os fatores relatados como possíveis causas da má adesão. Na ESF Itapinoã, durante reunião, as ACS listaram dois motivos identificados pela observação direta: hipertensos com morbidade de alcoolismo e hipertensos idosos sem cuidadores para administrar remédios.

A influência negativa do uso de bebidas alcoólicas também foi vista no trabalho de Giroto (2013) e no trabalho de Leão e Silva *et al.* (2013). Dessa forma, os idosos deixam de usar a medicação para ingerir bebidas alcoólicas.

Leão e Silva *et al.* (2013), em pesquisa qualitativa com idosos, verificaram que estes pacientes possuem conhecimento adequado sobre o tratamento, no entanto, são impulsionados a agirem de acordo com suas opiniões e experiências compartilhadas socialmente, construídas ao longo do tempo.

Leão e Silva *et al.* (2013) delinham mais outras causas de má adesão, as quais são mostradas a seguir:

- Considerar a HAS como uma doença aguda, sintomática e ligada a estados emocionais. Dessa forma, acreditam que em vez de tomar o medicamento para reduzir a pressão devem buscar outros meios de aliviar seu estado emocional momentâneo como desentendimentos, raiva, tristeza e decepção por meio de conversas com amigos e parentes, ou dormir bem.
- A condição socioeconômica desfavorável pode dificultar adesão ao tratamento não medicamentoso, pois segundo os idosos daquela pesquisa aos alimentos saudáveis são mais caros. O grupo que menos aderiu ao tratamento possuía maior proporção de classe socioeconômica mais baixa (64,2%).

- Devido a HAS ser silenciosa e crônica, o "sentir nada" é visto como não ter a doença, não sendo necessário usar a medicação.
- Considerar a realização de exercícios físicos desagradável.
- O estado fisiológico de idosos, alguns relataram esquecimento, dificuldades em relação ao número de medicamentos, complexidade de regimes terapêuticos.
- As crenças e práticas culturais em relação ao tratamento, uma vez que acreditam que chás de origem caseira produzidos com folhas e frutos regionais são tão bons quanto a tratamento medicamentoso.

As medidas não farmacológicas para diminuir a pressão são muito importantes, no entanto, são baixas as taxas de adesão à atividade física. No trabalho de Giroto *et al.* (2013), apenas 17% a realizam regularmente. Além de auxiliar no controle da pressão, as atividades físicas contribuem para melhora das condições físicas e psicológicas. Estes autores ainda citam a Política Nacional de Promoção à Saúde, a qual refere que as atividades físicas devem fazer parte dos trabalhos da atenção básica, e que se devem buscar parcerias intersetoriais para garantir espaços públicos e realizar mobilização da população.

Estes autores ainda encontraram que os exercícios físicos são feitos mais pelos homens que pelas mulheres, e inferem que este achado pode significar que a alta jornada de trabalho das mulheres pode ser um fator causal.

No trabalho de Giroto *et al.* (2013) embora a adesão a dieta tenha sido alta (69,5%), os autores ressaltaram que, em geral, os pacientes entendem mudança somente ao que se refere a redução de consumo de sal, gorduras, doces e açúcares, porém a mudança dos hábitos alimentares requer ainda o consumo de frutas, hortaliças, verduras, legumes, que são alimentos protetores.

Ribeiro *et al.* (2012) enfatizam a necessidade de acompanhamento especializado por nutricionista, referindo que os profissionais de saúde não têm formação adequada para orientações nutricionais, muitas vezes abordando este aspecto do tratamento de forma equivocada. Eles verificaram também, que, além da melhora no

controle da pressão arterial, a dieta adequada esteve relacionada à melhora do sono e do funcionamento intestinal de pacientes hipertensos em sua pesquisa.

Apontaram ainda, que o consumo de frutas, verduras e legumes é menor naqueles com menor escolaridade e renda. Isso pode explicar, em parte, a baixa adesão à dieta dos pacientes adscritos na ESF Itapinoã, que tem perfil semelhante por serem de baixa renda e escolaridade.

Carvalho *et al.* (2012) concluíram em sua pesquisa que os hipertensos que são diabéticos são os mais aderentes.

De forma semelhante, Giroto *et al.* (2013) relataram que quanto maior a faixa etária maior a adesão, podendo entender que as pessoas idosas por terem maior prevalência de doenças crônico-degenerativas estão mais preocupadas com sua saúde, então acompanham os serviços mais regularmente, assim maior controle da HAS. Assim, deve-se garantir o acesso às consultas para obter maior adesão ao tratamento.

5.5 Estratégias para aumento da adesão ao tratamento

Diante dos problemas identificados como causadores da má adesão e sua consequência negativa, os desfechos de morbimortalidade cardiovascular, faz-se necessário traçar estratégias que aumentem a aderência ao tratamento.

É fundamental que o hipertenso tenha conhecimento a respeito de seu processo de saúde-doença para aumentar a sua adesão e, por conseguinte, o controle da doença. O empoderamento leva a percepção e a conscientização do controle do próprio corpo, permitindo o autocuidado em saúde e estimula a mudança comportamental, melhorando a adesão ao tratamento. Dessa forma, as equipes da ESF devem utilizar estratégias de educação em saúde para que o portador de HAS tenha autonomia e se aproprie de meios para praticar o autocuidado (RIBEIRO, 2012).

Lopes (2008) citado em Cardoso (2011), define autocuidado como a "prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício para a

manutenção da vida, da saúde e do bem-estar". O autocuidado é influenciado pelas habilidades, limitações, valores e regras do indivíduo.

De acordo com Ribeiro *et al.* (2012) a adesão está intimamente relacionada ao reconhecimento, à aceitação e à adaptação à condição, de saúde bem como à identificação de fatores de risco no estilo de vida adotado e ao desenvolvimento do autocuidado e de hábitos e atitudes saudáveis.

Como a HAS é assintomática na maioria das vezes, sem modificar a prática das atividades da vida diária, isso pode interferir na realização do autocuidado. Dessa forma, é necessário que haja correta orientação sobre a hipertensão e as suas consequências se descontrolada (LOPES, 2008 *apud* CARDOSO, 2011).

Além disso, a participação da família é fundamental, pois as mudanças nos hábitos de vida muitas vezes exigem a transformação dos costumes de toda a família. Ela é o suporte social para motivar a mudança dos hábitos de vida (RIBEIRO, 2012). Para esses autores, o vínculo é um princípio para o aumento da adesão ao tratamento, pois induz confiança e responsabilização do paciente. Esse aspecto foi demonstrado naquele trabalho, por meio de visitas domiciliares, consideradas como espaço privilegiado para realizar orientações com a família, envolvendo a todos no processo terapêutico. Assim, Ribeiro *et al.* (2012) sugerem a estratégia de adotar o cuidado domiciliar (*home care*), para ajudar no aumento da adesão terapêutica.

Carvalho *et al.* (2012) prezam pelo estabelecimento de relação confiável entre o usuário e os profissionais de saúde, com finalidade de melhorar a adesão, assim como desenvolver atividades de promoção e prevenção de saúde, com a necessidade de fortalecer as ações da Atenção Básica.

O uso das tecnologias de grupos operativos pode contribuir para adesão ao tratamento, pois ajudam a complementar ações individuais, propiciando que os usuários compartilhem experiências, criem vínculos e sintam acolhidos pela equipe de saúde. Além disso, montar uma linha de cuidado, valorizando as individualidades também pode ser benéfico (GIROTTI *et al.*, 2013).

Outras estratégias também são sugeridas por Santos *et al.* (2013): educação em saúde sobre o paciente (ensino didático), sobre o profissional de saúde (tutoriais), estratégias comportamentais sobre o paciente (motivação, suporte, pacotes de fármacos, simplificação de doses), auto monitoramento domiciliar da PA, uso das tecnologias da informação e comunicação (como o monitoramento eletrônico das doses dos medicamentos), maior interatividade nas relações entre médico-paciente e o uso da telessaúde para encurtar as distancias dos especialistas.

A simplificação do regime terapêutico, por meio de número menor de tomadas, é a medida de maior impacto para aumentar a adesão, além de diminuir efeitos colaterais de uso de muitos medicamentos (CARDOSO, 2011).

O uso de linguagem simples, sem termos técnicos, adequados aos usuários, facilita o entendimento, assim como clareza nas receitas médicas, que devem ser legíveis (CARDOSO, 2011).

A abordagem multidisciplinar com nutricionistas, farmacêuticos, educador físico, e consultas com enfermagem são importantes. Os enfermeiros podem atender a pacientes hipertensos em consulta de enfermagem. Os farmacêuticos podem esclarecer sobre o uso adequado dos medicamentos, como número de tomadas diárias, duração do tratamento e acondicionamento das drogas. Os nutricionistas podem estimular o consumo de alimentos adequados disponíveis à época do ano, informar sobre a medida correta do uso de sal, propor o consumo de alimentos cardioprotetores. Já o educador físico pode orientar sobre a forma correta de realização de atividades físicas, como caminhadas orientadas, que complementem a prescrição médica (CARDOSO, 2011).

Em se tratando de uma doença que na maioria das vezes é silenciosa, deve-se adotar medidas de rastreio da HAS na população considerada hígida, pois a HAS tratada no estágio inicial diminui o risco de haver lesão de órgãos-alvo. Além disso, esses pacientes, por estarem assintomáticos, têm maior chance de não adesão ao tratamento (GIORGIO, 2006 *apud* CARDOSO, 2011).

Os pesquisadores Glynn *et al.* (2010) afirmam que as equipes de Saúde da Família devem organizar um sistema de acompanhamento regular e de revisão de seus pacientes hipertensos. Para eles, ainda, o auto monitoramento dos níveis de PA e a utilização de lembretes podem ajudar no aumento da adesão por parte dos pacientes, porém exigem avaliação mais aprofundada. Péres (2003) citado em Cardoso (2011) propõe ainda: a realização de processo educativo, que contemple o conhecimento das atitudes, pensamentos, crenças e práticas da população hipertensa adstrita, o incentivo a sua participação ativa no tratamento, ter adequada relação profissional de saúde-paciente, realizando acolhimento, utilizando de escuta, da fala acessível, buscar participação familiar e desenvolver os aspectos cognitivos e psicossociais da população assistida.

Através dessas estratégias mencionadas por vários autores, pretende-se que a equipe de Saúde de Itapinoã desenvolva seus próprios projetos para solucionar o problema de má adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificação do problema

O presente trabalho foi realizado no ano de 2015 com pacientes pertencentes à área de abrangência da ESF Itapinoã, município Governador Valadares, Minas Gerais, 2015.

As ações para a realização do estudo foram divididas da seguinte forma:

- Os Agentes Comunitários de Saúde eram responsáveis de conduzir os pacientes maiores de 15 anos, com sintomas, para a realização do exame;
- As técnicas de enfermagem capacitadas foram responsáveis por todos os exames realizados e responsáveis pelas palestras educativas em acolhimento de pacientes na sala da UBS e ainda fazendo um registro dos nomes e dos casos positivos;
- O médico foi responsável pelo exame, receituário médico para a prescrição da medicação aos casos positivos, acompanhar a medicação dada e a reavaliação dos casos.

Foi realizada uma busca ativa dos usuários da unidade onde foram examinados e os casos positivos adequadamente tratados.

A hipertensão arterial foi diagnosticada e classificada de acordo com os critérios da OMS para detecção epidemiológica da doença.

6.2 Priorização do problema

Após a definição dos problemas, a equipe procedeu a priorização dos mesmos. Como sugerido por Campos, Faria e Santos (2010), os critérios para priorização dos problemas foram: importância e a capacidade de enfrentamento do problema.

Dentre todos os problemas apontados foi priorizado pela equipe de saúde o alto índice de pacientes com HAS na ESF Itapinoã, Governador Valadares, Minas Gerais.

6.3 Descrição do problema

A HAS, por ser uma doença multifatorial, exige atenções voltadas para vários objetivos e várias abordagens. Prevenir e tratar a HAS envolve fornecer informações sobre a doença, suas complicações, o que sugere modificações no estilo de vida e adequações ao tratamento medicamentoso (BRASIL, 2005).

A HAS foi escolhida como prioridade e merece atenção e planejamento de estratégias de enfrentamento. Essa doença é considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, cerebrovasculares, renais e artérias periféricas. Este problema de saúde foi destacado como prioritário devido ao alto índice de hipertensos na área descrição e o baixo controle da HAS.

O impacto da baixa adesão na área envolve os agravos da doença como acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica entre outros e ainda altos índices de morbimortalidade, sendo consideráveis e desta forma, possíveis de intervenções por parte da ESF que possibilitem abordar a problemática existente na unidade.

6.4 Seleção dos nós críticos

Após a seleção dos problemas na unidade prioriza-se o alto índice de pacientes hipertensos, foram identificados alguns nós críticos para o problema prioritário na ESF Itapinoã em Governador Valadares, Minas Gerais:

- Hábitos e estilos de vida não adequados em pacientes com HAS;
- Pressão social;
- Nível de informação;
- Estrutura de os serviços de saúde;

Processo de trabalho de equipe de saúde diante deste levantamento acima e da realidade apontada no diagnóstico situacional em saúde da ESF Itapinoã é que se apresenta o Plano de Ação a seguir. Este plano tem como relevância intervir em uma realidade vivenciada na área de abrangência e passível de enfrentamento.

6.5 Desenho das Operações

O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Essas operações consomem vários tipos de recursos, a saber: econômicos (também denominados financeiros); organizacionais (referente à estrutura física, recursos humanos), cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados); de poder (também denominados recursos políticos) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O problema prioritário escolhido foi da prevalência de hipertensão arterial, se identifiquei os nós críticos sendo: hábitos e estilos de vida inadequados, baixo nível de informação, e processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema.

Os objetivos desse passo são descrever as operações para enfrentar os nós críticos, identificar os produtos e resultado para cada operação definida, e identificar os recursos necessários.

Tabela 2: Problema: Alta incidência e prevalência de hipertensão arterial.

NOS CRÍTICOS	OPERAÇÃO /PROJETO	RESULTADO ESPERADO	PRODUTOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Hábitos e estilos de Vida não adequados em pacientes com HAS.	Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir número de pacientes obesos e o sedentarismo, reduzir a Ingestão de comidas gordurosas, e o consumo de sal. Aumentar o consumo de frutas, legumes e vegetais. Aumentar o número de pacientes que pratiquem exercícios físicos.	Programa de caminhadas e campanha na rádio local, convidar aos pacientes para academia e para o poliesportivo.	Organizacional, para caminhadas e aeróbios Cognitivo, informação, Estratégias político, Conseguir local, capacidade de mobilização social e financeira, para os recursos audiovisuais, folhetos educativos, cadernetas.
Pressão social	Aumentar a oferta de empregos, fomentar a paz para viver melhor.	Diminuição de desemprego, diminuição da violência. Diminuição dos problemas da família.	Programa de geração de empregos, programa de fomento de cultura pôr a paz.	Informação sobre o tema de geração de empregos e da violência, político; mobilização social e aprovação dos projetos. Financeiro, Financiamento dos projetos.
Nível de informação	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares para melhor conhecimento de sua doença	População mais informada.	Avaliar o nível de informação da população de risco, campanha na rádio local programa escolar palestras em na ESF sobre os fatores de riscos cardiovasculares.	Cognitivo conhecimentos sobre estratégia de comunicação políticas articulação intersetorial em parceria com a educação e mobilização social.
Estrutura de os serviços de saúde.	Melhorar a Estrutura do Serviços de saúde para o atendimento dos pacientes.	Garantia de medicamentos e exames.	Capacitação pessoal contratação de médicos clínicos gerais e cardiologistas. Compra de medicamentos. Exame e consulta especializadas compra de aparelhos adequados	Políticos -+ decisão de recursos para estruturar a atenção em saúde. Financeiro aumento de oferta de exame e consultas cognitivo. Elaboração e adequação da estratégia de saúde.

			(esfigmomanômetros), estetoscópios, aparelho para fazer ECG).	
Processo de trabalho da equipe de saúde.	Agenda com programação de consultas de hipertensos, organizar a estrutura do serviço para melhorar atendimento a hipertensos, busca ativa de pacientes com esta doença.	Agenda bem organizada, satisfação do usuário por atendimento programado, terminar com as filas em posto de saúde.	Maior número de pacientes hipertensos avaliados, acompanhamentos dos agentes comunitários em visitas domiciliares, programação cada mês de atividades de promoção.	Cognitivo --+ elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos. Político --+ articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Organizacional --+ adequação de fluxos (referência e contra referência).

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.6 Identificação dos recursos críticos

Se relaciona à identificação dos recursos necessários para a implementação de cada uma das operações propostas no plano de ação. Existem vários tipos de recursos, a saber:

- Econômicos (também denominados como financeiros)
- Organizacionais (referentes à estrutura física, recursos humanos, equipamentos etc.)
- Cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados)
- De poder (também denominados como recursos políticos)

Tabela 3: Recursos críticos

+ Saúde	Político: conseguir o espaço na rádio local; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Viver Melhor	Organizacional: mobilização social em torno a desemprego e da violência. Político: articulação Intersetorial e aprovação dos projetos; Financeiro: financiamento do projeto.
Saber +	Político: articulação Intersetorial.
Cuidar Melhor	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Linha de Cuidado	Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos). Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.7 Análise da viabilidade do plano

Para analisar a viabilidade de um plano devem ser identificados: quais são os atores que controlam os recursos críticos, quais recursos cada um desses atores controla, qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

- **Motivação favorável** - o ator que controla determinado recurso crítico para execução do plano coloca-o à disposição, como que “transfere” o controle do recurso para o ator que está planejando;
- **Motivação indiferente** - pressupõe que o apoio do ator que controla o recurso crítico ainda não está garantido, assim como não está claro se ele, ativamente, fará oposição à utilização desse recurso crítico para execução do plano;
- **Motivação contrária** - caracteriza-se por uma oposição ativa à utilização do recurso, ou seja, pode-se também considerá-la como uma oposição ativa contra o plano.

Tabela 4: Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operações/projeto.	Recursos críticos.	Controle de recurso críticos. Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
+ saúde modificar hábitos e estilos de vida.	Político: conseguir o espaço na rádio local; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Setor de comunicação social. Secretaria de saúde.	Favorável.	Não necessária.
Viver Melhor Aumentar empregos. Fomentar a paz.	Organizacional: mobilização social em torno a desemprego e da violência. Político: articulação Inter setorial e aprovação dos projetos; Financeiro: financiamento do projeto.	Ministério de ação social. Secretaria de saúde. Educação, associações de bairros, cultura e laser, sociedade civil, defesa.	Indiferente Favorável. Algumas favoráveis outras indiferentes.	Projeto de apoio a instituições.
Saber + Aumentar nível de conhecimentos sobre risco cardio-vascular.	Político: articulação Inter setorial.	Secretaria de saúde.	Favorável.	
Cuidar Melhor.	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro, recursos necessários para equipamento das redes (exame, medicamentos, consultas	Prefeitura. Secretaria de saúde. Fundo nacional de saúde.	Favorável. Favorável. Indiferente.	Projeto de estruturação da rede.

	especializadas.			
Linha de Cuidado.	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.	Secretaria de saúde.	Favorável.	

Fonte: Autoria Própria (2016).

6.8 Elaboração do plano operativo

A principal finalidade é a designação de responsáveis pelos projetos e estabelecer os prazos. O gerente de uma operação /projeto é aquele que se responsabiliza pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas e deve contar com o apoio de outras pessoas.

Tabela 5: Elaborações de plano operativo

Operação	Gerente de operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo.
Modificar hábitos e estilos de vida.	Médico.	Programa exercícios aeróbios e caminhadas.	Enfermeira.	Dos meses.	Em andamento implantado em todas as micro áreas.		
Pressão social	Agentes comunitários de saúde.	Programa de fomento de cultura pôr a paz.	Enfermeira e agentes comunitários de saúde.	Três meses.	Fase de elaboração do projeto parceiros sensibilizados.		Nove meses.
Nível de informação da população Sobre risco cardiovascular.	Médico.	Avaliação Sobre risco cardiovascular Campanha na rádio local Programa de saúde escolar Capacitação dos ACSs.	Enfermeira.	Início dos meses culminação cinco meses Início um mês culminação seis meses.	Projeto de avaliação elaborado E iniciado Formato definido e horário.		
Cuidar melhor Melhorar a Estrutura do Serviços Para o	Médico	Equipamento da rede Compra de exame, medicamentos.	Médico e coordenadora de APS.	Início de projeto dos meses. Apresentação seis	Projeto elaborado e submetido a fundo nacional.		

Atendimento.				meses.			
Cobertura do 100 % da população com Cardiovascular aumentado.	Médico	Implantar a linha De cuidados para risco Cardiovascular aumentado Implantar o sistema de referência e contra referência Linha de cuidados.	Médico e coordenadora APS.	Dos meses Finalizado doce meses.	Projeto elaborado e submetido a fundo nacional.		

Fonte: Aatoria Própria (2016).

6.9 Gestões do Plano de Ação

O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões mensais. As ações estratégicas devem ser sempre executadas e avaliadas ao mesmo tempo para que os problemas sejam detectados e corrigidos no menor tempo possível.

O sistema de gestão deve garantir, além disso, a eficiente utilização dos recursos, com plena comunicação entre os planejadores e executores. Tem que ser observado se o prazo foi cumprido e com integrantes da equipe participando como foi determinado.

É importante saber qual é o estado de satisfação da população com as mudanças e se tem alguma nova sugestão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão bibliográfica confirma a importância de monitorar os portadores de hipertensão arterial na atenção básica para evitar complicações e gastos desnecessários para o serviço de saúde e mostrou a importância de se conseguir o aumento da adesão ao tratamento de hipertensão, por meio de ações interdisciplinares e cuidados integrais, que considerem o indivíduo hipertenso e seu contexto social, econômico e cultural. Essas medidas reduzirão a morbimortalidade por complicações cardiovasculares e aumentarão a qualidade de vida.

Com este trabalho pretendemos acompanhar a situação da doença na área de abrangência da unidade, assim obtendo os números de casos de hipertensão, podendo estender a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de todos os casos presentes em toda comunidade.

Este estudo permitiu-nos conhecer a realidade da área de abrangência da ESF Itapinoã com relação aos fatores de risco e as complicações da HAS, constatando uma realidade não muito diferente da brasileira, que foi apresentada pelos estudos citados.

Uma boa gestão do plano garantirá o seu sucesso. Assim, deve-se acompanhá-lo e avaliá-lo frequentemente. É fundamental que toda a equipe esteja envolvida e motivada a trabalhar, determinando coordenadores para cada projeto.

Deve-se então, efetuar monitoramento das ações dos planos com frequência regular, avaliando o que já foi feito, quais os motivos dos possíveis atrasos ou falhas. Estabelecer prazos e verificar, antes de terminados os prazos, se eles serão ou não cumpridos no tempo inicialmente proposto. Estar dispostos a reorganizar o planejamento, corrigindo possíveis erros e traçando novas metas de acordo com as necessidades, além de apresentar os resultados (mesmo os parciais) como forma de prestação de contas e até de incentivo a equipe.

A melhor forma de avaliar o projeto é se as ações estão conseguindo atingir os objetivos e se os usuários dos serviços de saúde estão satisfeitos com os resultados. Isso será feito com avaliação dos dados do SIAB, verificação do cartão de acompanhamento de pressão arterial dos pacientes e pela observação nos grupos operativos. Os problemas foram elencados pelos ACS que são bons representantes das comunidades e atores sociais envolvidos, então eles foram considerados no trabalho como os informantes-chaves, ademais os líderes comunitários.

Com base no trabalho proposto, concluiu-se que:

- A HAS tem grande incidência na área de abrangência da equipe;
- Para reduzir o índice de agravamento da situação é necessário levar conhecimento aos pacientes e suas famílias;
- Será necessário muito envolvimento e empenho da equipe da ESF no sentido de mobilizar a comunidade, dando início ao movimento em prol da mudança de hábitos;
- A maior garantia de que o plano de ação será bem sucedido apoia-se no volume e na forma como as informações forem divulgadas;
- É necessária a articulação de diferentes tipos de estratégias e de diferentes setores sociais, governamentais e não governamentais para a implementação das ações conjuntas.

Este trabalho tem o mérito de abordar uma doença muito prevalente, com conceitos embasados na literatura recente, na implantação de um bom protocolo e de uma equipe melhor capacitada para o trabalho.

REFERÊNCIAS

ABC-MED, 2008. **Hipertensão Arterial**. Disponível em <http://www.abc.med.br/p/hipertensao-arterial/22140/hipertensao+arterial.htm>. Acesso em: 31 jan. 2016.

ALMEIDA, K. M. S. **Compreensão dos hipertensos sobre sua doença e motivação para o autocuidado em um grupo do PSF no município de Nova Cruz- RN**. 2004. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2004.

ALVES, B. CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *Journal of the Health Sciences Institute*, v. 30, n.3, p. 255-60, 2012.

ARAÚJO, E. C. *et al.* Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n. 6, p.1316-1324, 2009. <www.sbh.org.br/documentos/index.asp.

AVILA, A. *et al.* *Jornal Brasileiro de Nefrologia: Conceituação, epidemiologia e prevenção primária*. **J. Bras. Nefrol.**, v. 32, supl.1, p.1-8, São Paulo Sept., 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000500003&script=sci_arttext. Acesso em: 11/05/2016.

BRASIL. Lei 8.080, de 11 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CAMPOS, F. C; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

CARDOSO, G. N. **Além da prescrição: a má adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares. 2011.

CARVALHO, A. L. M. *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1885 - 92, 2012.

CIDADES DO MEU BRASIL, 2010, Governador Valadares-Minas Gerais. Disponível em <http://www.cidadesdomeubrasil.com.br/cidade.php/governador-valadares?uf=mg&cidade=governador-valadares>. Acesso em: 20 de abr. 2016.

CREPALDI, M. A. *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, n.1, p.1463-1472, 2009

DILÉLIO, A. S. *et al.* Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.11, p.4395-4404, 2011.

GIROTTO, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1763 - 72, 2013.

GLYNN, L. G. *et al.* Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. **Cochrane database of Systematic Reviews**, v. 17, n.3, mar. 2010.

GOMES, B. M. R.; ALVES, J. G. B. Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em estudantes de Ensino Médio de escolas públicas da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil, 2006. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.2, p.375-381, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Populacional 2010**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em 10 de Maio de 2015.

LEÃO, L. M. D.; SILVA, L. O. *et al.* "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.227 - 42, 2013.

LIMA JUNIOR, E.; LIMA NETO, E. Hipertensão arterial: aspectos comportamentais. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.17(4), p. 210-225, 2010. Disponível em <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-4/revisao-hipertensao.pdf>>. Acesso em 30 de abril de 2016.

MALTA, D. C. *et al.* **Doenças Crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006** in Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília, p.337–362, 2009.

OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Bioquímica da Hipertensão**. v. 07, n. 14. São Paulo – SP, 2011. Disponível em <<http://bioquimicadahipertensao2011.blogspot.com>. Acesso em 15 de Abril de 2015.

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**, v.15, n.1, p.35-45, 2006.

PEDROSA, R. L.; DRAGER, M. B. C. **Diagnóstico e Classificação da HAS**. 2010. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/diagnostico_e_classificacao_da_hipertensao_arterial_sistemica.html>>. Acesso em: 06 de mar de 2016.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 342. São Paulo, 2003.

PINHEIRO, P. 2009. **Hipertensão Arterial: sintomas, causas e tratamento**. MD. Disponível em: <<<http://www.mdsaude.com/2009/02/sintomas-e-tratamento-da-hipertensao.html>>>. Acesso em: 15/03/2016.

RIBEIRO, A. G. *et al.* Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Revista Nutrição**. Campinas, v.25, n.2, p. 271 - 82, mar./abr., 2012.

SANTOS, M. V. R. *et al.* Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo. v.11, n.1, p. 55 - 61, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. v. 5, n. 14, p. 1-48, 2006. Acesso em: 15 de mar de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. **Arq. Bras. Cardiol**. v.89, n. 3, São Paulo Sept., 2007. Acesso em: 21/05/2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.

SCALA, L. C. N. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Card** .v. 88, n. 4, p. 452–457, 2007.

SCOTTI, L. *et al.* Cost-effectiveness of enhancing adherence to therapy with blood pressure-lowering drugs in the setting of primary cardiovascular prevention. **Value Health**, v.16, n.2, p. 318 - 24, 2013.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 3, 2004. Disponível em: www.fen.ufg.br.