



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Camila Helena de Oliveira

Projeto de Intervenção para melhoria na adesão de hipertensos acompanhados pela Unidade Básica de Saúde Meia Praia II, Itapema - SC.

Florianópolis, Abril de 2017

Camila Helena de Oliveira

Projeto de Intervenção para melhoria na adesão de hipertensos
acompanhados pela Unidade Básica de Saúde Meia Praia II,
Itapema - SC.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Michelle Kuntz Durand
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Camila Helena de Oliveira

Projeto de Intervenção para melhoria na adesão de hipertensos
acompanhados pela Unidade Básica de Saúde Meia Praia II,
Itapema - SC.

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Michelle Kuntz Durand
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: As estatísticas de saúde pública tanto no Brasil quanto no mundo apontam as doenças cardiovasculares como as grandes responsáveis pela maioria das complicações e óbitos atualmente. Dentre suas causas, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica, doença silenciosa que acomete grande parte da população brasileira e é considerada um dos principais fatores de risco relacionados a morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório. A adesão ao tratamento anti-hipertensivo é fator determinante para o controle da doença. **Objetivo:** Implantar projeto de intervenção que promova adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos pacientes em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde Meia Praia II por meio de ações educativas realizadas no Grupo de Hipertensos. **Metodologia:** o projeto será realizado pela Estratégia de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Meia Praia II, localizada no município de Itapema, Santa Catarina, por meio de seis reuniões mensais com temas relacionados à Hipertensão Arterial Sistêmica, organizadas pelos profissionais da equipe de saúde. Os pacientes serão selecionados para as reuniões segundo os critérios de inclusão: ambos os sexos e de qualquer idade, com diagnóstico de hipertensão há mais de um ano; pacientes com diagnóstico há menos de um ano, porém com sinais de má adesão; pacientes com história de lesão em órgão alvo (doença renal, cardíaca, Acidente Vascular Cerebral, retinopatia). Todos deverão estar em acompanhamento médico periódico na Unidade de Saúde. **Resultados Esperados:** Promoção de maior conscientização da população, estímulo à adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e um decréscimo nas internações e óbitos por doença cardiovascular na região.

Palavras-chave: Hipertensão, Adesão, Atenção Primária à Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

O município de Itapema está localizado no litoral do estado de Santa Catarina, a 68 quilômetros da capital Florianópolis. Suas origens, assim como das demais cidades da região, estão associadas à imigração de açorianos. A história começa por volta de 1670, quando já existiam algumas casas de pescadores e colonos na região. O primeiro nome dado à cidade foi Tapera, devido ao tipo característico de casas construídas. Em 1850, Tapera elevou-se à categoria de Vila, pertencendo ao município de Porto Belo. A emancipação do município de Itapema ocorreu em 1962, sendo Osni Santos seu primeiro prefeito (CATARINA, 2017).

O turismo seria o grande impulsionador da economia de Itapema e, desde os anos 70, a região de Meia Praia foi a de maior destaque neste quesito. Além da bela orla marítima, Meia Praia oferece restaurantes, bares e comércio que atraem turistas de todo Brasil e Mercosul interessados em aproveitar o verão à beira mar. Atualmente, Itapema é o terceiro município que mais recebe turistas no estado de Santa Catarina. Por conta dessa grande procura de veraneio, Itapema aparece como um dos polos estaduais da indústria da construção civil (CATARINA, 2017).

O bairro de Meia Praia é uma região urbanizada e bem desenvolvida, composta em sua maioria por moradores oriundos do Rio Grande do Sul e do interior de Santa Catarina, que encontram no local um balneário com infraestrutura e tranquilidade para se morar.

A rede de saúde de Meia Praia é composta de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a UBS Meia Praia 1 e UBS Meia Praia 2, ligadas à Estratégia de Saúde da Família. Os pacientes contam com atendimento de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogo e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), de segunda à sexta, das 8 às 17 horas. Pacientes que necessitam de atendimento hospitalar são referenciados ao Hospital Santo Antônio, localizado no bairro Várzea.

Segundo dados de 2010 do IBGE, o município de Itapema possui uma população residente de 45.797 pessoas, sendo 22.391 homens e 23.406 mulheres. Quase 90% da população é alfabetizada. Sua população economicamente ativa é de 23.284 pessoas, com renda média mensal de R\$1.777,42 (IBGE, 2010). O valor de rendimento mediano mensal per capita na área urbana é de R\$792,00. Na comunidade de Meia Praia é predominante moradores com bom nível socioeconômico, bem instruídos e com acesso à informação.

Nos aspectos relacionados ao saneamento básico, Meia Praia oferece tratamento de esgoto, água potável e coleta de lixo assim como nos outros bairros da cidade, o qual acontece três vezes por semana. A população de Meia Praia em sua maioria conta com boas condições de moradia, com diversos edifícios de apartamentos predominando na região e com ruas pavimentadas para o acesso.

A Unidade Básica de Saúde Meia Praia II é responsável pelo acompanhamento de

4387 pessoas, das quais 2149 são homens e 2238 são mulheres. No mês de maio de 2016, a prevalência de HAS foi de 7% e de DM de 2%, sendo esses pacientes acompanhados por meio de consultas periódicas (um dia da semana é reservado para esse atendimento) e pelo acolhimento realizado diariamente.

Dentre as queixas mais comuns na UBS em 2015, podem-se destacar as relacionadas ao aparelho circulatório, dores articulares, infecções respiratórias, endocrinopatias e diarreia. A equipe sempre programa os atendimentos de acordo com a demanda esperada e suas variações sazonais. Também se leva em conta o perfil etário da população residente da região (muitos idosos) e a partir disso são realizadas palestras nas salas de espera, distribuição de informativos e a agenda é preparada para o atendimento das enfermidades mais prevalentes.

Em 2015 a Unidade registrou que infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, neoplasias e infecções respiratórias foram as principais causas de morte nos residentes do bairro. Em relação às internações hospitalares dos idosos, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, neoplasias, infecções respiratórias e quedas foram as principais causas.

Ao se analisar os principais motivos de consultas e causas de óbito na comunidade de Meia Praia, percebe-se que a situação local acompanha as estatísticas das demais regiões do Brasil e do mundo, sendo as doenças do aparelho cardiovascular as campeãs em prevalência. Nesse contexto, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem destaque como um dos grandes fatores de risco associados a essas doenças e um dos mais importantes problemas de saúde pública, como citado nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. A HAS é um fator de risco modificável, portanto o diagnóstico precoce, tratamento e controle adequado dos níveis pressóricos em pacientes hipertensos devem ser prioridades na Atenção Básica, a fim de que a morbidade, internações e mortalidade por suas complicações possam ter suas taxas minimizadas.

O tratamento da HAS consiste em medidas farmacológicas e não farmacológicas. O Sistema Único de Saúde disponibiliza inúmeras classes de drogas anti-hipertensivas, com seus variados mecanismos de ação, potência, posologia e eventos adversos. Uma das grandes dificuldades no manejo da HAS está relacionada à adesão do paciente à prescrição médica. A má adesão à prescrição médica é uma realidade constante nos atendimentos na Unidade Básica de Saúde Meia Praia II.

Visto que esta problemática apresenta importante impacto em relação à morbimortalidade e a altos custos econômicos aos cofres públicos, medidas de fácil execução e baixo custo que reforcem a adesão são fundamentais na realidade da saúde pública da comunidade de Meia Praia.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

* Implantar projeto de intervenção que promova adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos pacientes em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde Meia Praia II por meio de ações educativas realizadas no Grupo de Hipertensos.

2.2 Objetivos Específicos

* Identificar pacientes hipertensos com má adesão ao tratamento proposto na Unidade de Saúde Meia Praia II.

* Planejar estratégias de intervenção em equipe.

* Implantar o grupo de hipertensos.

* Desenvolver ações educativas que reforcem a adesão ao tratamento da hipertensão.

3 Revisão da Literatura

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, conceitua-se HAS como uma condição clínica multifatorial definida por níveis de pressão arterial maiores ou iguais a 140x90 mmHg, sendo responsável por importante aumento no risco de eventos cardiovasculares e suas complicações (CARDIOLOGIA, 2016). A HAS é um dos principais problemas de saúde pública no mundo e também no Brasil, por ser uma condição clínica “silenciosa” e se constituir em um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, tendo como consequência a incapacitação laborativa, sofrimento físico e mental, e por fim óbitos. Além disso, também acarreta elevados custos financeiros ao Estado nos setores de saúde e previdência social. A HAS é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o Diabetes Mellitus, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2017b).

A transição epidemiológica vivida pelo Brasil desde meados do século passado foi caracterizada pelo envelhecimento da população, associada ao processo de urbanização e às mudanças no estilo de vida das pessoas. Tal fato justifica o importante aumento na prevalência das doenças cardiovasculares e contextualiza uma nova situação de abordagem desses pacientes, com ênfase em diagnóstico e tratamento precoces, além de implementação de medidas educativas pertinentes (BRASIL, 2017b). O aumento da expectativa de vida no mundo, onde se estima para 2020 mais de 2 bilhões de habitantes com mais de 60 anos de idade se deve especialmente ao envelhecimento da população no terceiro mundo, sendo o Brasil um dos responsáveis por esta estatística (SAÚDE, 2017). O aumento das condições crônicas de saúde, dentre elas a HAS, é esperado para o Brasil em uma velocidade acima do que ocorria nas décadas anteriores. Estas doenças crônicas relacionadas ao envelhecimento será a primeira causa de incapacidades e óbitos no Brasil e no mundo (SOUZA; MINAYO; MALAQUIAS, 2005).

No Brasil, 32,5% dos adultos são portadores de HAS, contribuindo para a estatística na qual a doença cardiovascular se encontra como principal causa de mortalidade (BRASIL, 2017b). Segundo o Ministério da Saúde, existem no Brasil 17 milhões de adultos com diagnóstico firmado de HAS, sendo que destes 35% estão abaixo de 40 anos de idade. Este enorme contingente de pessoas doentes deve ser consistentemente monitorados e tratados com envolvimento de toda equipe de saúde, do próprio paciente e de seus familiares (BRASIL, 2017a).

A HAS é uma enfermidade que possui tratamento plenamente eficaz com medidas comportamentais, dietéticas, atividade física e, principalmente, com a disponibilidade de uma gama muito grande de fármacos de diversas classes que, utilizados isolados ou em associações, provém o controle adequado dos níveis pressóricos. Portanto, a doença em si

em um indivíduo isolado não parece apresentar maiores dificuldades para seu tratamento e controle, mesmo sendo uma doença de característica crônica e com tratamento contínuo na maioria das vezes por toda a vida do paciente.

Para as equipes de atenção básica, o grande desafio consiste em promover a adesão dos pacientes aos tratamentos propostos. Este é o ponto chave dos resultados mal sucedidos do controle da doença em populações hipertensas e, conseqüentemente, de sua evolução para as condições mais graves e de risco. A adesão ao tratamento reflete o modo como a pessoa compreende sua condição e como assume o cuidado com sua própria saúde (HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010). Não é suficiente apenas tratamentos eficazes, é necessário que o paciente de fato entenda a situação e faça sua parte como indivíduo participante de uma comunidade, na qual o seu bem-estar é também o bem de todos. Porém, a baixa adesão à terapia medicamentosa é uma das principais razões do pequeno percentual de controle da doença dentre os hipertensos (JR. et al., 2006).

Reiners et al. (2012) observaram que em uma população de 54 hipertensos, nenhum adere totalmente ao tratamento, apenas 50% adere parcialmente e 50% simplesmente não aderem aos tratamentos propostos. Em um estudo realizado no município de Jequié – BA, dos 35 hipertensos pesquisados, 58,7% acompanharam o tratamento e 41,3% o abandonaram (MASCARENHAS; OLIVEIRA; SOUZA, 2006). Em outra pesquisa realizada em São José do Rio Preto-SP, 86,93% dos 68 hipertensos investigados não aderiram ao tratamento (DOSSE et al., 2009). A não adesão ao tratamento em uma amostra de 595 usuários hipertensos investigados em Blumenau - SC foi de 53,1% (HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010). Em uma pesquisa realizada com 220 pacientes hipertensos de uma policlínica, foi constatado que 54% dos pacientes não praticavam atividade física, 46% fumavam ou haviam fumado em determinados momentos da vida, 59% apresentavam algum transtorno emocional e 64% diziam preparar a dieta com pouco sal. Quando se investigou a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos (atividade física, etilismo, tabagismo e dieta hipossódica), constatou-se que, dos 123 participantes, 86,76% não aderiram ao tratamento farmacológico e 85,29% ao não farmacológico (DOSSE et al., 2009). Da mesma forma, em outro estudo, dos 72 hipertensos pesquisados, a adesão ao tratamento não farmacológico novamente foi baixa, especialmente em relação à dieta e atividade física (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009).

A adesão ao tratamento de uma condição crônica é um fenômeno complexo, ao contrário do que se imagina à primeira impressão. Sabe-se que entre a prescrição de um medicamento, por exemplo, e o real controle desta condição, há diversos fatores interpostos que são de grande influência para um resultado positivo. Estes estão relacionados com o usuário, o próprio tratamento, a doença, os serviços de saúde, bem como com o meio social e cultural do paciente e sua família. A atuação da equipe de saúde é decisiva na adesão quando considerados todos os fatores relacionados. A estratégia de abordagem deve ser centrada na pessoa e sua família, sua condição social e cultural e também em suas

expectativas em relação a saúde em sua vida, seus valores, interesses e conhecimento. Um bom acolhimento é necessário tanto para tratar melhor os usuários, quanto para manter a população mais informada a respeito dos riscos da hipertensão arterial, sua evolução, a necessidade de medidas comportamentais e a importância da adesão aos planos propostos.

Quando se tem o conhecimento da real prevalência da não adesão ao tratamento da HAS, torna-se viável a avaliação da qualidade do processo de cuidado em saúde em cada comunidade (HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010). Além disso, a adesão ao tratamento é essencial na assistência de saúde em qualquer condição de doença e principalmente na HAS, por suas características silenciosas e de fator de risco para doenças graves. Quanto maior o conhecimento dos profissionais de saúde a respeito de seus pacientes, mais fácil se torna o trabalho de identificação daqueles que aderem e os que não aderem ao tratamento, bem como levantar os motivos pelos quais os hipertensos assistidos não estão seguindo o tratamento. O conhecimento da prevalência da HAS na comunidade em estudo permitiu não apenas o levantamento de hipóteses que esclarecessem os motivos da não adesão, como também auxiliaram no planejamento de medidas clínicas e educativas para realização de correções adequadas com enfoque na melhora da adesão ao tratamento da HAS (ELSEN et al., 2009)(SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Cabe ressaltar que a adesão ao tratamento medicamentoso e o incremento das medidas farmacológicas não podem se restringir às consultas médicas. As equipes de saúde da família devem atuar, de forma integrada, na abordagem da avaliação de risco, na adoção de medidas de promoção à saúde e no atendimento aos portadores de hipertensão arterial (BRASIL, 2017d). As estratégias utilizadas por essas equipes refletem diretamente na demanda dos serviços e nas condições de saúde dos usuários dos serviços e comunidade (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004). Portanto, o planejamento e a execução de suas atividades são fundamentais para minimizar os gastos dos serviços, especialmente os de média e alta complexidade e, principalmente, para melhorar a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2017c).

Ao se analisar as diversas abordagens para a adesão dos pacientes, uma das que tem demonstrado ótimos resultados atualmente é a criação dos grupos de hipertensos. Esse modelo de abordagem para condições crônicas tem se mostrado uma ferramenta decisiva para intervir e reverter dificuldades na adesão ao tratamento de pacientes hipertensos. É importante que as equipes de saúde desenvolvam estratégias a fim de estimular a participação dos usuários em atividades coletivas. Nos grupos, os pacientes podem interagir com outras pessoas que vivem a mesma situação, relatando e superando dificuldades por meio da reflexão, da troca de experiências e do apoio mútuo. Além disso, ao compartilhar suas limitações, os participantes trazem à equipe um conhecimento rico em detalhes a respeito de questões que podem ser melhoradas e aspectos que devem ser enfatizados (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

A Atenção Básica tem sido a área que mais tem utilizado os modelos de abordagem em

grupos no Sistema Único de Saúde no Brasil atualmente. Os grupos podem ser aplicados tanto para promoção da saúde, como também para prevenção de doenças e prestação de cuidados específicos, possibilitando uma melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas (FORTUNA et al., 2005)(ALMEIDA; SOARES, 2010). A educação em saúde em grupo deve ser feita de forma interativa, unindo o profissional ao grupo, proporcionando aos pacientes a possibilidade de refletir a respeito de sua doença e criticar a sua realidade, observar os problemas mais comuns entre eles e trocar experiências. Os profissionais de saúde devem adaptar as informações às necessidades dos indivíduos e o conhecimento deve fluir sem imposição de ideias, a fim de facilitar o esclarecimento de dúvidas, aumentar a segurança do paciente na equipe de saúde e assim despertar um maior interesse e adesão ao tratamento (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2000). Por possuírem uma prática coletiva de problematização e discussão, tais grupos geram um processo de aprendizagem crescente e efetivo. Têm apresentado como benefícios a maior otimização do trabalho, diminuição das consultas individuais, participação ativa do paciente no processo educativo e o aumento no fortalecimento do vínculo entre a equipe de profissionais e o doente, com consequências positivas do ponto de vista individual e coletivo (SOARES; FERRAZ, 2007).

4 Metodologia

A intervenção será realizada no bairro de Meia Praia, no município de Itapema, litoral de Santa Catarina. A proposta será desenvolvida para área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Meia Praia III, a qual conta com uma população de 4387 pessoas, com prevalência de 7% de hipertensos.

Serão incluídos no grupo de hipertensos: pacientes de ambos os sexos e de qualquer idade, com diagnóstico de hipertensão há mais de 1 ano; pacientes com diagnóstico há menos de 1 ano, porém com sinais de má adesão; pacientes com história de lesão em órgão alvo (doença renal, cardíaca, AVE, retinopatia). Todos deverão estar em acompanhamento médico periódico na Unidade de Saúde.

O grupo de hipertensos se reunirá mensalmente na Associação de Moradores da Meia Praia para palestras informativas ministradas pelo médico, enfermeiras, nutricionista, educador físico e psicóloga. Será fornecido material digital por meio de apresentações em PowerPoint, distribuição de folhetos informativos e realização de dinâmicas em grupo. Os temas abordados serão: 1) Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento; 2) Fatores de risco; 3) Dieta hipossódica; 4) Atividade física; 5) Álcool e tabagismo; 6) Abordagem psicológica da doença crônica.

As reuniões terão início em abril de 2017, com datas e horários a serem definidos de acordo com a disponibilidade dos pacientes e da equipe. Serão programadas 6 reuniões, das quais os participantes devem estar presentes em pelo menos 4 atividades.

5 Resultados Esperados

Com a introdução do estudo, é esperado que os pacientes hipertensos participantes do grupo tenham um programa motivador e incentivador ao autocuidado, relacionado à promoção, manutenção e restauração da saúde. Os mesmos serão identificados nos arquivos de prontuários médicos, além das consultas com as profissionais médica e enfermeira, levando-se em consideração os critérios de inclusão propostos na metodologia.

Espera-se implantar o cronograma do grupo mensalmente, com reuniões nas primeiras quintas-feiras do mês, a depender da disponibilidade dos envolvidos. A divulgação do grupo será realizada por todos os membros da equipe, nas consultas, visitas, sala de espera, redes sociais. Acredita-se que com essa abordagem será possível alcançar a maioria dos pacientes, bem como despertar o interesse nas atividades e assim obter uma maior participação da comunidade no projeto.

As palestras educativas serão previamente planejadas, com temas pré-determinados e início previsto para o mês de abril. As duas primeiras reuniões terão como temas “fisiopatologia, diagnóstico e tratamento” e “fatores de risco”, com as quais espera-se que o doente se informe ao máximo sobre o que desencadeou seu quadro, a história natural da doença e suas repercussões, opções terapêuticas e quais os fatores de risco associados à patologia. Essas reuniões iniciais serão ministradas pela médica e enfermeira da Unidade de Saúde. Em seguida, os três encontros contarão com o apoio da nutricionista e do educador físico e terão como enfoque o despertar a uma dieta hipossódica; o estímulo a prática de atividade física; os malefícios do álcool e tabagismo, fornecendo então informação e incentivo à mudança de estilo de vida necessária para o controle da hipertensão e de suas complicações. Para o encontro final, o tema discutido será a “abordagem psicológica da doença crônica”, onde a psicóloga pretende explorar com os pacientes suas dificuldades, crenças e expectativas em torno de sua condição clínica e manejo de doença crônica. Além da parte expositiva nas reuniões, espera-se realizar atividades dinâmicas com exercício físico, degustação de alimentação saudável para hipertensos, orientação para cessação de tabagismo e etilismo, apresentação de vídeos, fornecimento de material educativo, entre outros.

Com toda informação transmitida e atividades propostas, espera-se encontrar durante as consultas pacientes com níveis pressóricos dentro do preconizado, diminuição nos números de doentes com complicações relacionadas à má adesão e que a população hipertensa acompanhada na UBS Meia Praia II se mostre mais consciente a respeito da importância da associação de tratamento farmacológico às mudanças de estilo de vida. Acredita-se que tais reuniões auxiliarão no enfrentamento das dificuldades e também reforçarão o vínculo equipe-comunidades, fator determinante para o sucesso nos resultados.

Referências

- ALMEIDA, S. P. de; SOARES, S. M. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. *Ciência Saúde Coletiva*, p. 1123–1132, 2010. Citado na página 15.
- BALDISSERA, V. D. A.; CARVALHO, M. D. de B.; PELLOSO, S. M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, p. 27–32, 2009. Citado na página 14.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica para o sistema Único de saúde*. 2017. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>>. Acesso em: 29 Jan. 2017. Citado na página 13.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Doenças cardiovasculares no Brasil no ano de 2000*. 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 05 Fev. 2017. Citado na página 13.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 05 Fev. 2017. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais*.: Cadernos de atenção básica, n. 14. 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 05 Fev. 2017. Citado na página 15.
- CARDIOLOGIA, S. B. de. Vii diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, n. 3, p. 1–6, 2016. Citado na página 13.
- CATARINA, B. S. *Prefeitura de Itapema*. 2017. Disponível em: <<http://www.itapema.sc.gov.br/>>. Acesso em: 12 Jan. 2017. Citado na página 9.
- DIOGO, M. J. D.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. Implantação do grupo de atenção à saúde do idoso (grasi) no hospital de clínicas da universidade estadual de campinas (sp): Relato de experiência. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, p. 85–90, 2000. Citado na página 16.
- DOSSE, C. et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Revista Latino Americana Enfermagem*, p. 201–206, 2009. Citado na página 14.
- ELSEN, I. et al. O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. *Ciência, cuidado e saúde*, p. 11–22, 2009. Citado na página 15.
- FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, p. 262–268, 2005. Citado na página 15.
- HELENA, E. T. de S.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 3, p. 614–626, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.

- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - 2010*. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: 12 Jan. 2017. Citado na página 9.
- JR., D. M. et al. A importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 13, n. 1, p. 55–58, 2006. Citado na página 14.
- MASCARENHAS, C. H. M.; OLIVEIRA, M. M. L.; SOUZA, M. S. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do bairro joaquim romão. *Revista Saúde.com*, p. 30–38, 2006. Citado na página 14.
- PAULA, K. A. de; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? *Revista Interface- Comunicação, Saúde e Educação*, p. 331–348, 2004. Citado na página 15.
- REINERS, A. A. O. et al. Adesão ao tratamento de hipertensos na atenção básica. *Ciência, cuidado e saúde*, p. 581–587, 2012. Citado na página 14.
- SAÚDE, O. M. de. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acesso em: 05 Fev. 2017. Citado na página 13.
- SILVEIRA, L. M. C. da; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Revista Interface- Comunicação, Saúde e Educação*, p. 91–104, 2005. Citado na página 15.
- SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, p. 52–57, 2007. Citado na página 16.
- SOUZA, E. R. de; MINAYO, M. C. de S.; MALAQUIAS, J. V. Violência no trânsito: expressão da violência social. In: BRASIL, M. da Saúde do (Ed.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros* Edinilsa Ramos de Souza. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 279–312. Citado na página 13.