

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

**FERNANDA ANTUNES FREITAS**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO  
FARMACOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA DE CORAÇÃO DE JESUS, MG**

**MONTES CLAROS /MINAS GERAIS**

**2014**

**FERNANDA ANTUNES FREITAS**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO  
FARMACOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA DE CORAÇÃO DE JESUS, MG**

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

Orientadora: Professora Maria José Moraes  
Antunes

**MONTES CLAROS /MINAS GERAIS**

**2014**

**FERNANDA ANTUNES FREITAS**

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO  
FARMACOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA DE CORAÇÃO DE JESUS, MG

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

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria José Moraes  
Antunes

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria José Moraes Antunes

Prof. Dr. Heriberto Fiuza Sanchez

Aprovado em Belo Horizonte, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Agradeço a Deus,

a meu irmão Daniel.

Sem o apoio deles não seria possível.

## RESUMO

O estudo descreve uma proposta de intervenção sobre a má aderência ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica na comunidade rural de São Joaquim, município de Coração de Jesus-MG. Para essa proposta foram definidas três ações relacionadas a problemas intermediários que, resolvidos, ajudariam a encerrar ou minimizar o problema prioritário: (1) Necessidade de atualização científica permanente da equipe de Saúde da Família (Projeto Educação Permanente em Saúde); (2) Nível de informação inadequado e insuficiente por parte da população (Projeto Grupo operativo); e (3) Hábitos e estilos de vida inadequados (Projeto Viver com qualidade). A proposta envolve ações de educação permanente em saúde para a equipe profissional, ações educativas com a comunidade, por meio de grupos operativos e processos de melhoria da qualidade de vida, com a criação de grupos de caminhada orientada por profissional de educação física.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Adesão à medicação. Cooperação do paciente.

## ABSTRACT

The study show an intervention on bad adherence on medical and non-medical treatment of hypertension in the rural community “São Joaquim”, located at Coração de Jesus –MG. For the intervention proposed three actions related to intermediate problems that have been defined, resolved, would help to close or minimize the priority problem: (1) the need for on going scientific Team Update Family Health Project (Continuing Education in Health Project), (2) inadequate and insufficient information of the population (Operative Group Project), and (3) inadequate habits and styles of life (Living Well Project). The proposal involves actions of continuing health education for professional staff, educational activities with the community, through operative groups, and processes to improve the quality of life by creation of walking groups guided by the physical education professional.

**Key words:** Hypertension. Medication Adherence. Patient compliance.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**AVC** - Acidente Vascular Cerebral

**CMS**- Conselho Municipal de Saúde

**HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica

**ESF**- Equipe Saúde da Família

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IDH** - Índice de Desenvolvimento Humano

**MG**- Minas Gerais

**NASF** - Núcleo de Assistência a Saúde da Família

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PES** - Planejamento Estratégico Situacional

**SIAB** - Sistema de Informação da Atenção Básica

**SIM** - Sistema de Informação sobre Mortalidade

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UBS**- Unidade Básica de Saúde

**UPA**- Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	09
1.1 Descrição do município .....	09
1.2 Diagnóstico dos principais problemas de saúde e definição do problema .....	13
2 JUSTIFICATIVA .....	16
3 OBJETIVOS .....	17
3.1 Objetivo geral .....	17
3.2 Objetivos específicos .....	17
4 METODOLOGIA .....	18
5 REFERENCIAL TEÓRICO .....	19
5.1 Hipertensão arterial sistêmica (HAS) .....	19
5.2 . Aderência ao tratamento .....	20
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....	29
6.1 Ação “Educação Permanente em Saúde” .....	29
6.2 Ação “Grupo Operativo” .....	30
6.3 Ação “Viver com Qualidade” .....	31
7 CONCLUSÃO .....	33
REFERÊNCIAS .....	34



## **1 INTRODUÇÃO**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família consta da elaboração e apresentação de uma proposta de intervenção sobre um dos problemas de saúde considerados prioritários para a população da comunidade de São Joaquim, no município de Coração de Jesus, região de Montes Claros, onde atuo na equipe de saúde da família. Inicia-se com o relato do contexto social em que esse trabalho se desenvolve e o diagnóstico situacional em saúde.

### **1.1 Descrição do município**

Coração de Jesus situa-se a 77 km de Montes Claros e a 350 km de Belo Horizonte; sua área é 2.236,24 km<sup>2</sup>. A cidade nasceu a partir de expedições de bandeirantes, com o nome de Arraial do Sagrado Coração de Jesus. Em 1832, o Arraial é elevado à categoria de distrito. Em 1911, o então distrito emancipou-se do município de Montes Claros, e teve seu nome mudado para Inconfidência. Em 1928, passou a chamar-se definitivamente Coração de Jesus em homenagem ao Sagrado Coração de Jesus, padroeiro do lugar. (IBGE, 2010)

A economia de Coração de Jesus é subsistida na pecuária bovina de corte. A agricultura é praticamente de subsistência e o excedente é comercializado em municípios vizinhos. (IBGE, 2010)

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Coração de Jesus é 0,642, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,227), seguida por Longevidade e por Renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,223), seguida por Renda e por Longevidade. O IDHM passou de 0,517 em 2000 para 0,642 em 2010 - uma taxa de crescimento de 24,18%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 25,88% entre 2000 e 2010. Em relação aos 853 outros

municípios de Minas Gerais, segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013), Coração de Jesus ocupa a 588ª posição, sendo que 587 (68,82%) municípios estão em situação melhor e 266 (31,18%) municípios estão em situação pior ou igual.

Ainda conforme o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013) entre 2000 e 2010, a população de Coração de Jesus teve uma taxa média de crescimento anual de 0,12%. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 24,76%. Em 2010, a população era de 26.033 habitantes; sendo 56,72% moradores em área urbana e 43,28% em área rural.

Quanto à Estrutura Etária, o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013) entre 2000 e 2010, a razão de dependência de Coração de Jesus passou de 69,29% para 52,28% e a taxa de envelhecimento evoluiu de 5,80% para 8,34%. Em 2010, 8,34% da população tinha 65 anos ou mais.

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) em Coração de Jesus reduziu 44%, passando de 31,9 por mil nascidos vivos em 2000 para 17,8 por mil nascidos vivos em 2010. A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do (IDHM). Em Coração de Jesus, a esperança de vida ao nascer aumentou 9,4 anos nas últimas duas décadas, passando de 64,1 anos em 1991 para 69,0 anos em 2000, e para 73,5 anos em 2010. (IBGE, 2010)

No período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 21,62%; a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 52,51% entre 2000 e 2010 e a proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 102,70% no período de 2000 a 2010, a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 152,93% entre 2000 e 2010. Em 2010, 36,65% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 24,07% o ensino médio. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 12,31% nas últimas duas décadas. (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013).

A renda per capita média de Coração de Jesus cresceu 117,03% nas últimas duas décadas, passando de R\$132,37 em 1991 para R\$244,91 em 2000 e R\$287,28 em 2010. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas

com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 46,76% em 1991 para 30,15% em 2000 e para 13,79% em 2010.

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 60,43% em 2000 para 68,53% em 2010. Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 45,91% trabalhavam no setor agropecuário, 0,18% na indústria extrativa, 7,18% na indústria de transformação, 5,86% no setor de construção, 0,55% nos setores de utilidade pública, 9,54% no comércio e 28,40% no setor de serviços. (IBGE, 2010)

Em 2010, 62,05% da população moravam em domicílios com água encanada, 97,68% da população em domicílios com energia elétrica e 55,76% da população em domicílios com coleta de lixo, informações de acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013)

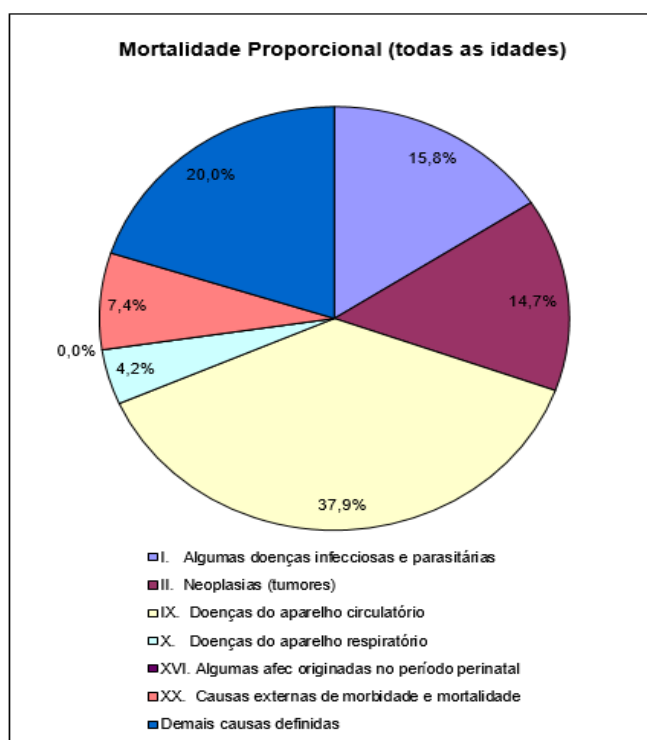
O município é sede da microrregião de saúde composta pelos municípios de Coração de Jesus, Jequitaiá, Lagoa dos Patos, São João da Lagoa, São João do Pacuí, ou seja, 48.866 pessoas. Apresenta serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade. Composta de um Hospital Geral, onze Unidades Básicas de Saúde, um Centro de Especialidades Odontológicas, um Laboratório de Próteses Dentárias, uma Clínica de Fisioterapia, um Laboratório de Análises Clínicas, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ambulatórios de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Oftalmologia e Psiquiatria. Dispõe de nove Estratégia de Saúde da Família (ESF), com cobertura de mais de 95% da população desde o ano de 2009. Os quadros e gráfico a seguir são representativos de importantes dados relacionados à saúde do município de Coração de Jesus, Minas Gerais.

**Tabela 01** – Distribuição do percentual das internações por grupo de causas e faixa etárias, local e residência referente ao ano de 2009.

Município: Coração de Jesus - MG										
Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10 (por local de residência)										
Capítulo CID	2009									
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	T
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,6	15,3	11,5	11,6	2,1	2,3	4,2	6,4	5,9	
II. Neoplasias (tumores)	-	1,7	-	-	0,7	2,2	3,6	6,4	5,3	
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1,2	-	-	4,7	-	0,7	-	0,4	0,3	
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4,9	1,7	3,8	7,0	2,9	5,3	8,9	12,3	11,6	
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	0,8	0,5	-	0,3	
VI. Doenças do sistema nervoso	-	1,7	3,8	4,7	-	0,7	0,5	0,4	0,3	
VII. Doenças do olho e anexos	-	3,4	-	-	-	0,1	-	-	-	
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	1,7	-	-	-	-	-	-	-	
IX. Doenças do aparelho circulatório	2,5	-	-	-	0,7	8,4	39,6	33,2	36,3	
X. Doenças do aparelho respiratório	23,5	49,2	30,8	7,0	-	4,3	10,4	15,7	14,9	
XI. Doenças do aparelho digestivo	4,9	13,6	3,8	11,6	1,4	8,5	12,0	8,1	7,6	
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,2	-	11,5	-	-	0,9	2,1	0,4	0,3	
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	2,3	-	0,8	0,5	0,9	0,7	
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,2	-	19,2	9,3	5,0	5,1	5,7	8,1	7,6	
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	16,3	80,0	49,5	-	-	-	
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	51,9	-	-	-	-	-	-	-	-	
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	3,4	-	7,0	-	0,4	-	-	-	
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	3,4	-	-	1,4	0,5	1,6	0,4	1,0	
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	3,4	15,4	18,6	4,3	7,3	9,9	7,2	7,9	
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	1,7	-	-	1,4	1,9	0,5	-	-	
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Fonte: SIHSUS. Situação da base de dados nacional em 03/05/2010.

**Gráfico 01** – Demonstra a mortalidade proporcional em porcentagem.



Fonte: DATASUS

**Tabela 02** – Apresenta o coeficiente de mortalidade por 100.00 habitantes.

Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes)							
Causa do Óbito	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aids	-	-	-	-	-	3,8	-
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	-	7,8	-	-	-	-	-
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulh)	-	-	-	-	-	7,7	-
Infarto agudo do miocárdio	7,7	11,6	15,4	3,8	-	7,6	7,4
Doenças cerebrovasculares	27,1	54,0	57,7	45,9	30,5	53,3	44,4
Diabetes mellitus	3,9	7,7	11,5	15,3	3,8	7,6	11,1
Acidentes de transporte	15,5	-	3,8	15,3	11,5	7,6	3,7
Agressões	3,9	11,6	19,2	15,3	7,6	19,0	3,7

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.  
Nota: Dados de 2008 são preliminares.

Outros Indicadores de Mortalidade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total de óbitos	87	157	175	137	78	145	146
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	3,4	6,1	6,7	5,2	3,0	5,5	5,4
% óbitos por causas mal definidas	18,4	28,0	20,6	30,7	15,4	33,8	34,9
Total de óbitos infantis	10	7	7	7	4	6	2
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	-	-	1	-	-	-	1
% de óbitos infantis no total de óbitos *	11,5	4,5	4,0	5,1	5,1	4,1	1,4
% de óbitos infantis por causas mal definidas	-	-	14,3	-	-	-	50,0
Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos **	25,2	16,5	18,2	16,1	35,4	14,5	5,2

\* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional  
\*\*considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC  
Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.  
Nota: Dados de 2008 são preliminares.

## 1.2 Diagnóstico dos principais problemas de saúde da população adscrita e definição do problema

A zona rural é extensa, sendo que a ESF de São Joaquim se divide entre as comunidades de São Geraldo e de São Joaquim, que ficam a 24 km e 48 km da sede, respectivamente, e juntas totalizam 3.500 habitantes. As populações referidas vivem da agricultura de subsistência ou do trabalho em fazendas de criação de gado de corte. É uma população de baixa renda que não tem acesso a rede de água e esgoto e grande parte sem escolaridade. Devido a isso a dificuldade para que sigam corretamente as prescrições médicas e de enfermagem. A baixa renda dificulta o deslocamento dos mesmos para consultas especializadas e realização de exames na cidade de Coração de Jesus ou em Montes Claros.

A ESF de São Joaquim é constituída de seis agentes de Saúde, uma técnica de enfermagem, um enfermeiro, uma técnica em higiene dental e um médico. Cada comunidade é atendida dois dias na semana.

As unidades básicas de saúde são novas, mas a infraestrutura é precária: a maca fica de frente à pia de lavagem das mãos em um dos consultórios, a médica atende com a janela fechada, pois bate sol durante a manhã, um dos consultórios médicos não dispõe de pia de lavagem de mãos; não há computadores instalados, nem recursos para pequenas cirurgias e outros procedimentos simples. A unidade de saúde não dispõe de termômetro ou otoscópio, não há balança infantil na unidade de São Geraldo. O horário de funcionamento das Unidades de Saúde é de 8:00 às 17:00.

As funções do médico e do enfermeiro são: atender a demanda espontânea, renovar receitas e realizar algumas visitas domiciliares. Encontramos dificuldade em realizar grupos e o HIPERDIA – nome dado ao Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - devido à extensão do território e a dificuldade de transporte até as unidades pelos pacientes.

As comunidades de São Joaquim e São Geraldo enfrentam diversos problemas. Usando de avaliações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), das reclamações dos agentes de saúde e observando a realidade destacamos:

- falta de creche na comunidade,
- falta de água tratada,
- alto índice de gravidez na adolescência,
- má aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica,
- má qualidade das estradas,
- falta de acesso a celular e internet,
- alto índice de alcoolismo.

Conhecendo os principais problemas dessas comunidades e seguindo o método de planejamento em saúde, avançou-se em direção à escolha de um problema prioritário.

Para tanto, utilizaram-se os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento. Segundo esses critérios, o problema escolhido foi a baixa adesão ao tratamento farmacológico em pacientes hipertensão arterial sistêmica (HAS).

De fato, a maior dificuldade está no manejo dos pacientes hipertensos atendidos pela ESF de São Joaquim, sendo baixa a adesão ao tratamento farmacológico.

Como “nós críticos” para enfrentamento do problema destacamos os maus hábitos, estilo de vida e baixo nível de informação da população.

## 2 JUSTIFICATIVA

Na ESF de São Joaquim, a baixa adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica foi escolhida pela Equipe de Saúde da Família como problema essencial e urgente a ser abordado.

A maioria dos pacientes hipertensos da unidade não aderem ao tratamento farmacológico e não-farmacológico proposto pela Equipe de Saúde da Família (FROES, 2014).

Para mudar esse quadro houve um investimento em educação em saúde aumentando as orientações sobre os benefícios dos tratamentos principalmente na necessidade do uso contínuo da medicação, detalhando as mudanças de estilo de vida, pois o nível escolar é baixo, abordando os possíveis efeitos adversos dos medicamentos, cuidados e atenções particularizadas em conformidade com as necessidades.

No entanto essas ações não têm dado resultados significativos; estudar as causas do problema e propor um plano de intervenção para qualificar o atendimento aos hipertensos da localidade justificam a realização deste trabalho.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Apresentar uma proposta de intervenção para minimizar o problema da baixa adesão dos pacientes hipertensos atendidos pela Equipe de Saúde da Família da Comunidade de São Joaquim.

#### **3.2 Específicos.**

- Descrever, consultando a literatura científica atual, os fatores que determinam a baixa adesão ao tratamento farmacológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica.
- Mapear os efeitos colaterais dos medicamentos para hipertensão padronizados no SUS brasileiro.
- Apresentar um Plano de ação para melhorar a cooperação do paciente com seu próprio tratamento.

## 4 METODOLOGIA

Realizou-se revisão da literatura pertinente, para identificar os fatores que prejudicam a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento farmacológico, em artigos científicos nacionais e internacionais na internet. Foram utilizados os bancos de dados virtuais tais como Scielo e Medline, a partir das palavras-chave “cooperação”, “adesão”, “tratamento”, “hipertensão arterial sistêmica”.

Os artigos que tratavam especificamente dos fatores que interferem na cooperação do paciente ao tratamento farmacológico em hipertenso foram lidos e serviram de base para a construção do trabalho final, um plano de intervenção, que objetiva melhorar a adesão ao tratamento farmacológico dos pacientes hipertensos da Comunidade de São Joaquim.

O plano de intervenção foi construído a partir do método de planejamento em saúde proposto por Campos *et al* (2010), que compreende os passos de “seleção de nós críticos”, “desenho das operações”, “identificação dos recursos críticos”, “análise da viabilidade do plano” e “elaboração do plano operativo”.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

É definida como pressão arterial sistólica igual ou maior que 140 mmHg e pressão arterial diastólica igual ou maior que 90mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (CONCEIÇÃO *et al*, 2006).

A HAS é o maior fator de risco para doenças cardiovasculares e renais, e quando não tratada reduz a expectativa de vida em aproximadamente cinco anos. 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, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (CHOR, 1998)

A prevalência da HAS na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%. Os dados sobre a prevalência da HAS no Brasil variam, de acordo com os critérios de classificação e instrumentos de medida utilizados nos diferentes estudos sobre o tema. Encontrou-se, em estudos populacionais, que a prevalência entre os homens varia entre 15 e 30% e, entre as mulheres, entre 15 e 27% (CONCEIÇÃO *et al*, 2006).

Os profissionais de saúde da atenção primária têm papel fundamental na abordagem do paciente hipertenso, seja na definição do diagnóstico, da terapêutica medicamentosa indicada, dos esforços para educar e informar os indivíduos hipertensos ou de estratégias para conseguir aderência ao tratamento proposto (BRASIL, 2006)

A HAS é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares. Estudos demonstram que o tratamento da hipertensão leve a moderada é capaz de reduzir o risco de acidente vascular encefálico em 30 a 43% e de infarto em 15%. Além disso, vale ressaltar que o controle adequado da pressão arterial reduz riscos de outros eventos adversos, destacadamente insuficiência cardíaca, demência, falência renal e, nos diabéticos, diminui ainda o risco de cegueira (OMS, 2003)

Não há cura para a HAS, mas há controle. Este depende de medidas não farmacológicas e farmacológicas, reconhecidamente eficazes no controle dos níveis pressóricos. No entanto, percebe-se um descompasso entre o amplo arsenal terapêutico que se pode oferecer hoje ao indivíduo hipertenso e os

resultados alcançados na prática. Por exemplo, nos EUA, o estudo *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III) indicou que menos de um quarto dos hipertensos tem níveis pressóricos bem controlados (abaixo de 140x90mmHg). Na Finlândia, um estudo nacional conduzido na atenção primária na década de 1990 revelou que apenas um quinto dos hipertensos em tratamento médico tinham seus níveis pressóricos em níveis satisfatórios (JOSIKALO *et al*, 2002).

Ao lado da terapia medicamentosa, recomendam-se modificações de hábitos e de estilo de vida, estratégia reconhecidamente efetiva em reduzir os níveis de pressão arterial e que deve ser recomendada a todo paciente hipertenso. Incluem-se perda de peso, atividade física regular, redução do sódio e aumento do potássio na dieta, redução no consumo de álcool e adoção de dieta rica em frutas e carboidratos complexos e pobres em gorduras saturadas. Para exemplificar, conseguem-se reduções na pressão arterial sistólica de 5 a 10 mmHg com redução ponderal de 10 kg, de 2 a 8 mmHg com redução da ingestão de sódio, de 4 a 9 mmHg com aumento da atividade física (CHOBANIAN *et al*, 2003).

## 5.2 Aderência ao tratamento

A literatura reconhece que o principal motivo para o controle inadequado da HAS é a má-aderência ao tratamento (SARQUIS *et al*, 1998).

“Aderência” ou “adesão” tem sido definida como sendo a extensão em que o comportamento do indivíduo coincide com o conselho médico ou de saúde, no que se refere a tomar os medicamentos, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas (SARQUIS *et al*, 1998).

A aderência ao tratamento, comumente vista como variável dicotômica (aderência ou não aderência) seria mais bem compreendida como um *continuum* que varia de zero a mais de 100%, quando o indivíduo adota medidas além das prescritas pelos profissionais de saúde (BARBOSA; LIMA, 2006).

A má aderência ao tratamento preconizado pelos profissionais de saúde é tema antigo, já abordado inclusive por Hipócrates (BARBOSA; LIMA, 2006), mas permanece atual porque permeia o dia-a-dia dos serviços e das ações de saúde em todo o mundo. Nos EUA, apenas 20 a 80% dos indivíduos mantêm a

aderência ao tratamento medicamentoso em longo prazo (OMS, 2003). As taxas de aderência, quando o tratamento envolve mudanças do estilo de vida, são ainda mais baixas (BARBOSA; LIMA, 2006).

No caso da hipertensão, o problema da má aderência é especialmente preocupante devido à prevalência da doença e dos riscos associados, quando não é controlada. Mais de 50% dos hipertensos deixam o acompanhamento médico dentro de um ano depois do diagnóstico, e dos que persistem sendo acompanhados, apenas cerca de 50% usam 80% ou mais dos medicamentos prescritos. Devido à má aderência ao tratamento anti-hipertensivo, aproximadamente 75% dos hipertensos não obtêm bom controle dos níveis pressóricos (OMS, 2003).

Quanto aos fatores envolvidos na aderência ao tratamento anti-hipertensivo, reconhecem-se os ligados ao indivíduo, à hipertensão arterial enquanto doença crônica, ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e ao sistema de saúde.

Os fatores ligados ao indivíduo se relacionam a características como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida e culturais, e crenças de saúde. Com relação ao sexo, os estudos parecem concordar que as mulheres aderem mais ao tratamento, comparadas aos homens (SARQUIS *et al*, 1998; ARAÚJO; GARCIA, 2006).

Indivíduos de idade mais avançada parecem ser mais aderentes que os mais jovens. Uma explicação possível seria o indivíduo idoso estar mais preocupado com sua saúde, apegando-se ao tratamento como alternativa para prolongar a vida, enquanto o jovem comumente não se sente vulnerável à doença (SARQUIS *et al*, 1998).

Em relação à escolaridade estudo encontrou que, entre os hipertensos com curso superior completo ou incompleto, a chance de se tratar era seis vezes maior que entre os que não haviam ingressado na universidade. (CONCEIÇÃO *et al*, 2006)

A situação conjugal parece ter um peso considerável. Os indivíduos casados são duas vezes mais propensos a aderir ao tratamento anti-hipertensivo que os solteiros. (CHOR, 1998)

As crenças e percepções que o indivíduo tem sobre a doença também merecem destaque. Para uma decisão em relação à própria saúde ser tomada, é preciso que o indivíduo perceba a doença como ameaça. (SARQUIS *et al*, 1998).

A HAS é condição em geral assintomática, o que explicaria porque muitos indivíduos não tomam os medicamentos ou só o fazem de modo irregular, quando percebem ou acreditam estarem elevados os níveis pressóricos. O nível de informação do indivíduo sobre a doença tem relação com grau de conscientização, que, por sua vez, é um dos determinantes para a adoção à terapêutica não farmacológica e ao uso dos medicamentos (JARDIM; SOUZA; MONEGO, 1996).

Fatores ligados ao tratamento medicamentoso também têm sido destacados na literatura. Favorecem a aderência regimes de monoterapia; doses menos frequentes dos medicamentos; menos mudanças nos medicamentos prescritos; novas classes de medicamentos anti-hipertensivos, com destaque para bloqueadores dos receptores da angiotensina, inibidores da enzima conversora da angiotensina e bloqueadores dos canais de cálcio. Por outro lado, prejudicam a aderência os regimes posológicos complexos, a baixa tolerabilidade aos medicamentos e os efeitos adversos associados (OMS, 2003).

A aderência ao tratamento não farmacológico é mais difícil que a aderência à prescrição medicamentosa. (KYNGÄS; LAHDENPERÄ, 1999) Muitos hipertensos acreditam que os medicamentos são suficientes para o controle da HAS, e deixam de seguir as orientações sobre dieta e atividade física. A preocupação nessa constatação é que as mudanças no estilo de vida não visam simplesmente a reduzir a PA, mas também a intervir sobre outros fatores de risco cardiovascular, como a obesidade e a dislipidemia. (SARQUIS *et al*, 1998).

Em relação ao sistema de saúde, favoreceria a aderência o bom relacionamento entre o médico e o paciente. Seriam desfavoráveis à aderência a falta de conhecimento e de treinamento dos profissionais de saúde no manejo da HAS; o relacionamento não satisfatório entre o profissional de saúde e o paciente; a falta de tempo para as consultas; e a falta de *feedback* sobre o desempenho no tratamento da HAS (OMS, 2003).

Tratamentos não medicamentosos e alterações do estilo de vida têm sido recomendados para o controle da pressão arterial e outras doenças crônicas: abandono do tabagismo, controle do peso, redução do consumo de bebidas alcoólicas, exercício físico, redução da ingestão de sal. Alguns autores, entretanto, questionam a eficácia das intervenções educativas na mudança dos estilos de vida e, conseqüentemente, na prevalência dos fatores de risco das doenças crônicas. O que se observa é que, muitas vezes, torna-se necessário o tratamento do paciente portador de hipertensão arterial com medicamentos anti-hipertensivos. Muitos estudos de intervenção têm demonstrado que a terapia anti-hipertensiva reduz a morbidade e a mortalidade por doenças cardiovasculares, inclusive em pacientes idosos com hipertensão sistólica isolada.(REGO; BERARDO; RODRIGUES *et al*, 1990)

Os medicamentos para hipertensão são divididos em seis classes principais: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), bloqueadores dos canais de cálcio e antagonistas do receptor AT<sub>2</sub> da angiotensina II (AII). A combinação de fármacos é freqüentemente utilizada, já que a monoterapia inicial é eficaz em apenas 40 a 50% dos casos.(FREITAS *et al*, 2001)

Um dos aspectos importantes nesse contexto é a relação de custo-efetividade dos medicamentos no combate à Hipertensão arterial. Pensar em custo-benefício da utilização de medicamentos, a análise de custos deve, portanto, não só considerar o custo de aquisição do medicamento, mas todos os outros custos relacionados ao tratamento: visitas médicas, internações, exames de laboratório, atendimento de enfermagem, serviço social ou saúde mental. Os efeitos adversos, os fatores subjetivos de bem estar do paciente, a facilidade de administração do medicamento (todos afetando a adesão do paciente ao tratamento) são determinantes do resultado final obtido e da eficácia do tratamento. (SHIRASSU; CASTILLO, 2001)

A Tabela a seguir apresenta as características importantes que devem apresentar os medicamentos anti-hipertensivos (JUNIOR *et al*, 2010).

<b>Tabela 1</b> CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DO ANTI-HIPERTENSIVO	
Ser eficaz por via oral	Ser seguro e bem tolerado e com relação de risco/benefício favorável ao paciente
Permitir a administração em menor número possível de tomadas, com preferência para dose única diária	Ser iniciado com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente ressaltando-se que, quanto maior a dose, maiores serão as probabilidades de efeitos adversos
Não ser obtido por meio de manipulação, pela inexistência de informações adequadas de controle de qualidade, bioequivalência e/ou de interação química dos compostos	Ser considerado em associação para os pacientes com hipertensão em estágios 2 e 3 e para pacientes de alto e muito alto risco cardiovascular que, na maioria das vezes, não alcançam a meta de redução da pressão arterial preconizada com a monoterapia
Ser utilizado por um período mínimo de quatro semanas, salvo em situações especiais, para aumento de dose, substituição da monoterapia ou mudança das associações em uso	Ter demonstração, em ensaios clínicos, da capacidade de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares associadas à hipertensão arterial (característica para preferência de escolha)

A Tabela a seguir apresenta as principais classes de medicamentos anti-hipertensivos disponíveis para uso clínico (JUNIOR *et al*, 2010);

<b>Tabela 2</b> CLASSES DE ANTI-HIPERTENSIVOS DISPONÍVEIS PARA USO CLÍNICO
Diuréticos
Inibidores adrenérgicos
Ação central – agonistas alfa-2 centrais
Betabloqueadores – bloqueadores beta-adrenérgicos
Alfabloqueadores – bloqueadores alfa-1 adrenérgicos
Vasodilatadores diretos
Bloqueadores dos canais de cálcio
Inibidores da enzima conversora da angiotensina
Bloqueadores do receptor AT <sub>1</sub> da angiotensina II
Inibidor direto da renina

O **quadro 01** abaixo apresenta as principais reações adversas relacionadas às classes de medicamentos (JUNIOR *et al*, 2010):

<b>Diuréticos</b>	Hipopotassemia, por vezes acompanhada de hipomagnesemia, que pode induzir arritmias ventriculares, e hiperuricemia. O emprego de baixas doses diminui o risco de efeitos adversos, sem prejuízo da eficácia anti-hipertensiva, especialmente quando em associação com outros anti-hipertensivos. Os
-------------------	---



	<p>diuréticos também podem provocar intolerância à glicose aumentar o risco do aparecimento do diabetes melito, além de promover aumento de triglicérides, efeitos esses, em geral, dependentes da dose.</p>
<p><b>Inibidores adrenérgicos</b> <b>Ação central</b></p>	<p>São, em geral, decorrentes da ação central, como sonolência, sedação, boca seca, fadiga, hipotensão postural e disfunção sexual. A frequência é um pouco menor sexual. A frequência é um pouco menor com os inibidores de receptores imidazolidínicos. A alfametildopa pode provocar, ainda, embora com pequena frequência, galactorreia, anemia hemolítica e lesão hepática, sendo contraindicada se há insuficiência hepática. No caso da clonidina, destaca-se a hipertensão de rebote, quando da suspensão brusca da medicação, e a ocorrência mais acentuada de boca seca.</p>
<p><b>Betabloqueadores</b></p>	<p>Broncoespasmo, bradicardia, distúrbios da condução atrioventricular, vasoconstrição periférica, insônia, pesadelos, depressão psíquica, astenia e disfunção sexual.</p> <p>Betabloqueadores de primeira e segunda geração podem acarretar</p>

	também intolerância à glicose, induzir ao aparecimento de novos casos de diabetes, hipertrigliceridemia com elevação do LDL-colesterol e redução da fração HDL-colesterol.
<b>Alfabloqueadores</b>	Hipotensão postural, mais evidente com a primeira dose, sobretudo se a dose inicial for alta, palpitações e, eventualmente, astenia.
<b>Vasodilatadores diretos</b>	Pela vasodilatação arterial direta, promovem retenção hídrica e taquicardia reflexa, o que contraindica seu uso como monoterapia.
<b>Antagonistas dos canais de cálcio</b>	Cefaleia, tontura, rubor facial – mais frequente com diidropiridínicos de curta ação – e edema de extremidades, sobretudo maleolar.
<b>Inibidores da enzima conversora da angiotensina</b>	Tosse seca, alteração do paladar e, mais raramente, reações de hipersensibilidade com erupção cutânea e edema angioneurótico.
<b>Bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina I</b>	Os bloqueadores do receptor AT1 apresentam bom perfil de tolerabilidade. Foram relatadas tontura e, raramente, reação de hipersensibilidade cutânea (“rash”).
<b>Inibidores diretos da renina</b>	Apresentam boa tolerabilidade. “Rash” cutâneo, diarreia (especialmente com doses elevadas, acima de 300 mg/dia), aumento de CPK e tosse são os eventos mais frequentes, porém em

	geral com incidência inferior a 1%. Seu uso é contraindicado na gravidez.
--	---

A Tabela a seguir apresenta sugestões para aumentar e melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo:

**Tabela 8** PRINCIPAIS SUGESTÕES PARA A MELHOR ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO

Educação em saúde com especial enfoque sobre conceitos de hipertensão e suas características

Orientações sobre os benefícios dos tratamentos, incluindo mudanças de estilo de vida

Informações detalhadas e compreensíveis aos pacientes sobre os eventuais efeitos adversos dos medicamentos prescritos e necessidades de ajustes posológicos com o passar do tempo

Cuidados e atenções particularizadas em conformidade com as necessidades

Atendimento médico facilitado sobretudo no que se refere ao agendamento de consultas

É fundamental que o profissional de saúde, sobretudo o médico, esteja atento para as questões da interação medicamentosa e suas nuances relacionadas aos cuidados com o paciente hipertenso; conforme a tabela abaixo (JUNIOR *et al*, 2010):

**Tabela 6** ANTI-HIPERTENSIVOS: INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Anti-hipertensivo	Medicamentos	Efeitos
<b>Diuréticos</b>		
Tiazídicos e de alça	Digitálicos	Intoxicação digitálica por hipopotassemia
	Anti-inflamatórios esteroides e não esteroides	Antagonismo do efeito diurético
	Hipoglicemiantes orais	Efeito diminuído pelos tiazídicos
	Lítio	Aumento dos níveis séricos do lítio
Poupadores de potássio	Suplementos de potássio e inibidores da ECA	Hipercalemia
<b>Inibidores adrenérgicos</b>		
Ação central	Antidepressivos tricíclicos	Redução do efeito anti-hipertensivo
Betabloqueadores	Insulina e hipoglicemiantes orais	Redução dos sinais de hipoglicemia e bloqueio da mobilização de glicose
	Amiodarona quinidina	Bradicardia
	Cimetidina	Redução da depuração hepática de propranolol e metoprolol
	Cocaína	Potencialização do efeito da cocaína
	Vasoconstritores nasais	Facilitação do aumento da pressão pelos vasoconstritores nasais
	Diltiazem, verapamil	Bradicardia, depressão sinusal e atrioventricular
	Dipiridamol	Bradicardia
	Anti-inflamatórios esteroides e não esteroides	Antagonismo do efeito hipotensor
	Diltiazem, verapamil, betabloqueadores e medicamentos de ação central	Hipotensão
	<b>Inibidores da ECA</b>	
	Suplementos e diuréticos poupadores de potássio	Hipercalemia
	Ciclosporina	Aumento dos níveis de ciclosporina
	Anti-inflamatórios esteroides e não esteroides	Antagonismo do efeito hipotensor
	Lítio	Diminuição da depuração do lítio
	Antiácidos	Redução da biodisponibilidade do captopril
	Hipoglicemiantes da classe dos inibidores da enzima DPP4	Aumento do risco de angioedema associado ao uso de IECA
<b>Bloqueadores dos canais de cálcio</b>		
	Digoxina	Verapamil e diltiazem aumentam os níveis de digoxina
	Bloqueadores de H <sub>2</sub>	Aumento dos níveis dos bloqueadores dos canais de cálcio
	Ciclosporina	Aumento do nível de ciclosporina, com exceção de anlodipino e felodipino
	Teofilina, prazosina	Níveis aumentados com verapamil
	Moxonidina	Hipotensão
<b>Bloqueadores do receptor AT<sub>1</sub></b>		
	Moxonidina	Hipotensão com losartana
	Suplementos e diuréticos poupadores de potássio	Hipercalemia
<b>Inibidor direto da renina</b>		
	Ciclosporina e cetoconazol	Aumento da concentração plasmática de alisquireno
	Furosemida	Redução da biodisponibilidade da furosemida – redução do efeito natriurético
	Suplementos e diuréticos poupadores de potássio	Hipercalemia

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta deste trabalho é apresentar algumas ações para resolver ou minimizar o problema de má aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica na comunidade. Para o problema selecionado, foram definidos três nós críticos, ou seja, situações que, abordadas a contento, ajudam a resolver ou minimizar o problema prioritário.

Para cada nó crítico é definida uma operação, aqui denominada “projeto”, da qual se registram os resultados esperados, e os produtos, as ações estratégicas necessárias para isso, com definição de responsável (eis), prazo, acompanhamento e avaliação, e viabilidade. A referência é a proposta da Seção 3 *Elaboração do Plano de Ação*, do módulo *Planejamento e avaliação das ações em saúde* (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os nós críticos e os respectivos projetos são:

1. Necessidade de atualização científica permanente da equipe de Saúde da Família (Projeto Educação Permanente em Saúde)
2. Nível de informação inadequado e insuficiente por parte da população (Projeto Grupo Operativo)
- 3 Hábitos e estilo de vida inadequados (Projeto Viver com Qualidade)

### 6.1 Ação “Educação Permanente em Saúde”

**Quadro 02** – Projeto “Educação Permanente em Saúde”: operação sobre o nó crítico 1 para intervenção sobre o problema prioritário “Má aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica”.

Problema prioritário	Má aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica
----------------------	--

Nó crítico 1	Necessidade de atualização científica permanente da equipe de Saúde da Família
Projeto	Educação Permanente em Saúde
Operação 1	Reunir a equipe para debater o tema “abordagem do tratamento da hipertensão arterial sistêmica”
Resultados esperados	Informação atualizada e compartilhada entre os membros da equipe de Saúde da Família sobre hipertensão arterial sistêmica
Produto	Reunião mensal para atualização sobre hipertensão arterial sistêmica
Ações estratégicas	Sensibilizar a Equipe de Saúde da Família e o gestor local. Organizar agenda.
Responsável	Equipe
Prazo	5 meses para início do projeto
Acompanhamento e avaliação	Avaliação mensal, após cada reunião
Viabilidade	Alta

## 6.2 Ação “Grupo Operativo”

**Quadro 03** – Projeto “Grupo Operativo”: operação sobre o nó crítico 2 para intervenção sobre o problema prioritário “Má aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica”.

Problema prioritário	Má aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica
----------------------	--

Nó crítico 2	Nível de informação inadequado e insuficiente por parte da população
Projeto	Grupo operativo
Operação 2	Informar a população adscrita com hipertensão arterial sistêmica sobre tratamento medicamentoso e não medicamentoso
Resultados esperados	Nível satisfatório de informação da população sobre hipertensão arterial sistêmica e sobre tratamento
Produto	Grupo operativo de educação em saúde com reuniões mensais
Ações estratégicas	Sensibilizar a Equipe de Saúde da Família e o gestor local. Organizar infraestrutura
Responsável	Equipe
Prazo	3 meses para início do projeto
Acompanhamento e avaliação	Avaliação mensal, após cada grupo operativo
Viabilidade	Alta

### 6.3 Ação “Viver com Qualidade”

**Quadro 04** – Projeto “Viver com qualidade”: operação sobre o nó crítico 3 para intervenção sobre o problema “Má aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica”

Problema prioritário	Má aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica
Nó crítico 4	Hábitos e estilo de vida da população inadequados

Projeto	Viver com qualidade
Operação 4	Modificar hábitos e estilo de vida
Resultados esperados	Reduzir o número de hipertensos sedentários e obesos
Produto	Grupos de caminhada orientada implantados, com definição de processos (vestimenta adequada, alongamentos, exercício específico, hidratação), e processos de apoio ( aferição da pressão arterial), cronograma
Ações estratégicas	Adesão do gestor municipal. Incluir profissional educador físico no trabalho desenvolvido pela equipe de Saúde da Família.
Responsável	Médico
Prazo	3 meses para início do projeto
Acompanhamento e avaliação	Médico, por meio de consultas individualizadas, no mínimo a cada 3 meses
Viabilidade	Alta



## 7 CONCLUSÃO

Os obstáculos à aderência ao tratamento da HAS são frequentes e complexos, exigindo das equipes de Estratégia de Saúde da Família medidas diversificadas. Na ESF São Joaquim, as propostas apresentadas para o enfrentamento do referido problema devem ser uma constante na busca de maximizar a adesão dos pacientes hipertensos aos programas oferecidos pela equipe da Atenção Básica. De fato, não eram realidade na rotina do serviço prestado pela ESF de São Joaquim. A implementação das mesmas apresenta ocorrência dinâmica e rápida.

A educação permanente em saúde permitirá à Equipe repensar e reavaliar continuamente as práticas no cuidado com os usuários, especialmente os hipertensos.

Os grupos operativos voltados a esses usuários serão oportunidades de orientação e troca de experiências a respeito do tratamento da HAS. Aliados aos grupos de caminhada servirão de estímulo para que os usuários hipertensos entendam a importância de um tratamento abrangente para sua doença.

Espera-se que as intervenções propostas tenham impacto importante, a curto e longo prazo, na Comunidade de São Joaquim, não só no que se refere ao tratamento da HAS, mas à promoção de estilos de vida mais saudáveis.

## REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL 2013. Disponível em [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/coracao-de-jesus\\_mg#caracterizacao](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/coracao-de-jesus_mg#caracterizacao). Acessado em 10/10/2014.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL 2013. Disponível em [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/coracao-de-jesus\\_mg#caracterizacao#demografia](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/coracao-de-jesus_mg#caracterizacao#demografia). Acessado em 10/10/2014.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL 2013. Disponível em [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/coracao-de-jesus\\_mg](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/coracao-de-jesus_mg). Acessado em 10/10/2014.

ARAÚJO, G.B.S.; GARCIA, T.R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 02, p. 259 - 272, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm)>. Acesso em 07/01/2014.

BARBOSA, R.G.B.; LIMA, N.K.C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, p.35-38, 2006. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/09-indices-de-adesao.pdf>>. Acesso em 07/01/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica15.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf)>. Acesso em 05/11/2013.

BRASIL. DATASUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>. Acessado em 10/10/2014.

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

CHOBANIAN, A.V *et al*. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. **JAMA**, v.289, p.2560-72, 2003. Disponível em: <<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>>. Acesso em 03/11/2013.

CHOR, D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.71, n.5, p.100–119, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v71n5/a03v71n5.pdf>>. Acesso em 03/11/2013.

CONCEIÇÃO, T.V. *et al.* Valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovasculares em servidores da Universidade de Brasília. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.86, p. 26-31, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2006000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006000100005)>. Acesso em 03/11/2013.

EBRAHIM, S.; SMITH, G. D. Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. **BMJ.** v. 314, p.1666-74, 1997.

FRANCO, O.H. *et al.* Blood pressure in adulthood and life expectancy with cardiovascular disease in men and women. **Hypertension**, v. 46, p.280-6, 2005. Disponível em: <<http://hyper.ahajournals.org/content/46/2/280.long>>. Acesso em 05/11/2013.

FROES, S.S. Projeto de intervenção para aumentar os indicadores de adesão terapêutica dos hipertensos do Território da unidade de saúde do Acaraí, Pintopólis – MG. Programa de Pós-Graduação em atenção básica em saúde da família. **UFMG**, 2014.

FREITAS, O. C. *et al.* Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the State of São Paulo, Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** v.77, v.1, p. 9-21, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. DADOS DO MUNICÍPIO. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/coracao-de-jesus|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>. Acessado em 08/07/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. DADOS DO MUNICÍPIO. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/coracao-de-jesus|infograficos:-dados-historicos-do-municipio>. Acessado em 10/07/2014.

JARDIM, P. C. B. V.; SOUZA, A. L. L.; MONEGO, E.T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina**, v.29, p.232–238, 1996. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/viewFile/743/756>>. Acesso em 05/11/2013.

JOSIKALO, E. *et al.* Factors related to non-compliance with antihypertensive drug therapy. **Journal of Human Hypertension**, v.16, p.577-583, 2002.

JUNIOR, O. K.; *et al.* Tratamento Medicamentoso. **Jornal Brasileiro de Nefrologia.** v.32, Supl1, S29-S43, 2010.

KYNGÄS, H.; LAHDENPERÄ, T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. **Journal of Advanced Nursing**, v.29, n.4, p.832–839,1999.

MEDINA, M. C. G. *et al.* Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em Graça, Emilianópolis, Presidente Venceslau, Qualis (Itaquera) – 1998. **Mimeo.**

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Adherence to long-term therapies - Evidence for action**. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde, 2003.

Disponível em:

<<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>>. Acesso em 02/10/2013.

REGO, R. A.; BERARDO, F. A. N.; RODRIGUES, S. S. R, *et al*. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, São Paulo, Brasil; metodologia e resultados preliminares. **Revista Saúde Pública**. v.24, p.277-85, 1990.

SARQUIS, L.M.M. *et al*. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.32, n.4, p. 335-53, dez. 1998.

Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/450.pdf>>. Acesso em 17/10/2013.

SHIRASSU, M. M; CASTILLO, S. **Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre funcionários públicos estaduais – 2001**.