

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

YAILIER RAFAEL MILANES ARIAS

**EFETIVIDADE DE UMA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NO CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM GRUPO OPERATIVO DA ESF
SAGRADA FAMÍLIA - DIVINÓPOLIS**

BOM DESPACHO - MINAS GERAIS

2015

YAILIER RAFAEL MILANES ARIAS

**EFETIVIDADE DE UMA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NO CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM GRUPO OPERATIVO DA ESF
SAGRADA FAMÍLIA - DIVINÓPOLIS**

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

Orientadora: Profa. Dra Maria Jose Moraes Antunes

BOM DESPACHO - MINAS GERAIS

YAILIER RAFAEL MILANES ARIAS

**EFETIVIDADE DE UMA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NO CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM GRUPO OPERATIVO DO ESF
SAGRADA FAMÍLIA - DIVINÓPOLIS**

Banca examinadora

Examinadora 1: Profa. Dra. Maria Jose Moraes Antunes

Examinadora 2 – Profa. Ms. Maria Dolores Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, em _____ de _____ de 2015.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo o que significa na minha vida.

Agradeço ao Ministério da Saúde do Brasil pela iniciativa de viabilizar o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica, possibilitando prestação de serviço à sociedade e aperfeiçoamento profissional na prática.

Agradeço a todos os profissionais do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais que viabilizaram a pós-graduação em Atenção Básica.

Ao Governo da República Federativa do Brasil pela criação do programa Mais Médicos para o Brasil.

Aos meus pais, que fizeram parte desta conquista.

À minha orientadora.

A toda a Equipe de Estratégia de Saúde da Família Sagrada Família, pelo apoio.

“Os homens perdem sua saúde para juntar dinheiro; e depois perdem o dinheiro para recuperar a saúde; por pensarem ansiosamente no futuro, perdem o presente de tal forma que acabam por nem viver o presente nem o futuro; vivem como se nunca fossem morrer, eles morrem como se nunca tivessem vivido “.

Dalai Lama

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer.”

Mahatma Gandhi

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica está relacionada à grande morbimortalidade cardiovascular, sendo responsável por elevados gastos devido ao descontrole e múltiplas internações e à falta de tratamento adequado. Apesar do tratamento, medicamentoso e não medicamentoso, a adesão ao tratamento é baixa. Este trabalho apresenta um projeto de intervenção com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento da população hipertensa adscrita ao território da Unidade de Saúde Sagrada Família do município de Divinópolis - MG. Foi realizada uma revisão da bibliografia recente relacionada ao tema da má adesão ao tratamento anti-hipertensivo e paralelamente, construído um projeto de intervenção utilizando-se como base metodológica o Planejamento Estratégico Situacional, envolvendo a Equipe de saúde. O projeto de intervenção incluiu estratégias para aumentar o conhecimento sobre a doença, estimular a mudança dos hábitos e estilos de vida saudáveis, além de ações para reorganizar o processo de trabalho da equipe. Espera-se que com a implantação das atividades do plano de ação se incremente o nível de conhecimento da população adscrita à área de abrangência sobre a HAS, prevendo complicações, promovendo mudanças favoráveis nos hábitos e estilos de vida dos pacientes, assim como uma melhora na estrutura e qualidade dos serviços de saúde que garantem um melhor controle desta doença.

Palavras- chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, adesão ao tratamento, complicações da doença e fatores de risco.

ABSTRACT

The Systemic Hypertension is related to the high cardiovascular morbidity and mortality, accounting for high expenses due to the uncontrolled and multiple hospitalizations and lack of proper treatment. Despite the treatment, drug and non-drug, treatment adherence is low. This paper presents an intervention project with the aim of increasing adherence to treatment of the hypertensive population enrolled the territory of the Health Unit of the municipality of Divinópolis Holy Family - MG. A review of recent literature related to the topic of poor adherence to antihypertensive treatment and was carried out in parallel, built an intervention project using as a methodological basis the Situational Strategic Planning, involving the health team. The intervention project included strategies to increase knowledge about the disease, stimulate change of healthy habits and lifestyles, as well as actions to reorganize the team work process. It is expected that with the implementation of the action plan of activities is increased the level of knowledge of the enrolled population the catchment area on hypertension, predicting complications, promoting favorable changes in habits and lifestyles of patients, as well as an improvement in structure and quality of health services to ensure better control of this disease.

Keywords: Hypertension, adherence to treatment, complications of the disease and risk factors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS--- Agentes Comunitários de Saúde.

ASB--- Auxiliar de Saúde Bucal.

BDENF--- Banco de Dados de Enfermagem.

DCV--- Doença Cardiovascular.

ESF--- Estratégia de Saúde da Família.

FR--- Fator de Risco.

HAS--- Hipertensão Arterial Sistêmica.

IBGE--- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IDHM--- Índice de Desenvolvimento Humano.

LILACS--- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

MG--- Minas Gerais.

NASF--- Núcleo de Atenção à Saúde da Família.

PA--- Pressão Arterial.

PES--- Planejamento Estratégico Situacional.

SciELO--- *Scientific Electronic Library Online*.

SEMUSA--- Secretaria Municipal de Saúde.

SIAB--- Sistema de Informação da Atenção Básica.

SUS--- Sistema Único de Saúde.

UFSJ--- Universidade Federal de São Joao do Rei.

UPA--- Unidade de Pronto Atendimento.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS.....	17
4 METODOLOGIA.....	18
5 REFERENCIAL TEÓRICO	19
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	33

INTRODUÇÃO

“Divinópolis é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Polo da região centro-oeste de seu estado. Caracteriza-se principalmente pela indústria confeccionista e metalurgia/siderurgia” (IBGE, 2012).

A povoação que deu origem ao município de Divinópolis surgiu há cerca de duzentos anos. Os primeiros colonizadores, fugindo da perseguição política, esconderam-se no sertão de Itapecerica, liderados por Manoel Fernandes de Miranda, apelidado Candidés, porque a região era habitada pelos índios desta etnia. A primeira capela, consagrada ao Divino Espírito Santo e São Francisco de Paula, foi erigida em 1767 e o arraial tomou grande impulso quando foi construída a linha férrea até a cidade de Oliveira. Cerca de um ano depois realizou-se o ato de inauguração da estação ferroviária, que recebeu o nome de Henrique Galvão, um dos construtores da estrada (IBGE, 2014).

Divinópolis situa-se na interseção das coordenadas geográficas: 20° 8` 21" de latitude sul e 44° 53` 17" de longitude oeste. O Município limita-se ao norte com Nova Serrana e Perdígão; ao sul com Cláudio; a leste com São Gonçalo do Pará e Carmo do Cajuru; a oeste com São Sebastião do Oeste e Santo Antônio do Monte (DIVINÓPOLIS, 2013).

O território do Município possui uma área de 716 km², equivalente a 0,12% da área do Estado. Em extensão territorial, a área urbana possui 192 km². A vegetação predominante no município de Divinópolis é a do cerrado, caracterizada pela existência de um estrato arbustivo com árvores espaçadas, retorcidas, em geral dotadas de cascas grossas e suberosas (consistência semelhante à cortiça) e de raízes profundas, e pela existência de um estrato herbáceo-gramíneo. Entretanto, o campo cerrado encontra-se, em grande parte, degradado pela atividade pastoril, que no município é praticada de forma extensiva (DIVINÓPOLIS, 2013).

O clima do Município está classificado como mesotérmico, caracterizado por invernos secos e verões chuvosos. O município de Divinópolis é banhado pelos rios Pará e Itapecerica, tendo sua sede cortada por este último e seus afluentes (DIVINÓPOLIS, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Divinópolis é 0,764, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,844, seguida de Renda, com índice de 0,753, e de Educação, com índice de 0,702. Divinópolis ocupa a 304ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul) e o menor é 0,418 (Melgaço) (BRASIL, 2013).

Entre 2000 e 2010, a população de Divinópolis cresceu a uma taxa média anual de 1,47%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 96,69% para 97,42%. Em 2010 viviam, no município, 213.016 pessoas. População Total, por Gênero, Rural/Urba - Divinópolis - MG :Homens 48,74%, Mulheres 51,26%, Urbana 97,42%, Rural 2,58% (BRASIL, 2013).

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 1,0 anos na última década, passando de 74,6 anos, em 2000, para 75,6 anos, em 2010. Em 1991, era de 70,9 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991(BRASIL, 2013).

Proporções de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. No município, a proporção de

crianças de 5 a 6 anos na escola é de 96,14%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 91,90%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 68,60%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 49,11%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 49,75 pontos percentuais, 43,39 pontos percentuais, 50,40 pontos percentuais e 36,96 pontos percentuais (BRASIL, 2013).

A renda per capita média de Divinópolis cresceu 107,71% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 418,17, em 1991, para R\$ 646,77, em 2000, e para R\$ 868,57, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,92%. A taxa média anual de crescimento foi de 4,96%, entre 1991 e 2000, e 2,99%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 24,71%, em 1991, para 9,77%, em 2000, e para 2,67%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,54, em 1991, para 0,53, em 2000, e para 0,47, em 2010 (BRASIL, 2013).

O abastecimento de água no município encontra-se representado pelo 92,36 % da rede pública, 7,32% com poço ou nascimento e um 0,32% representados por outros (SIAB, 2014).

Os aspectos demográficos se encontram representados na seguinte tabela.

TABELA 1: Distribuição da população por idade e sexo. Divinópolis. 2014.

Sexo	< 1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-29	40-49	50-59	> 60	Total
	Masculino	202	1706	987	1711	2980	4464	12800	5588	4314	3761
Feminino	189	1680	968	1540	2965	3246	13147	5825	4522	4100	38182
Total	392	3386	1955	3251	5945	6710	25947	11413	8836	7861	75696

Fonte: SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica. Secretaria Municipal de Saúde. Consolidado das famílias cadastradas do ano de 2014.

Segundo Censo realizado no ano de 2010 pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), Divinópolis ocupa a 12ª posição do total de 853 cidades, no ranking das cidades mais populosas do estado de Minas Gerais, com população total de 213.076 habitantes, estando à frente de cidades como Poços de Caldas, Varginha, Barbacena, Ituiutaba, Araguari e Pouso Alegre. Pelo IBGE, 2014, Divinópolis apresenta um quadro social com alta taxa de alfabetização (94,7%). A taxa de Crescimento populacional de Divinópolis é da ordem de 4,2% ao ano.

Divinópolis abriga também o Campus Dona Lida da Universidade Federal de São João Do Rei (UFSJ). A unidade oferta quatro cursos na área da saúde: Bioquímica, Enfermagem, Farmácia e Medicina. O Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET-MG) também possui uma unidade na cidade, oferecendo três cursos técnicos integrados ao ensino médio, Eletromecânica, Informática e Produção de Moda, além do curso em nível superior de Engenharia Mecatrônica. Ambas as instituições visam formar profissionais nessas áreas para suprir a demanda de mão-de-obra nos setores que mais empregam na região centro-oeste de Minas.

Distribuição da Rede de Ensino:

UNIDADES ESCOLARES	NÚMERO
Municipais	77
Estaduais	04
Federais	2
Particulares	113
Total	196

Fonte: Secretaria Municipal de Educação de Divinópolis. 2012.

O SUS em Divinópolis é gerido pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) e já prestou 209 mil procedimentos a mais de 41 mil pacientes apenas em 2014, (SEMUSA, 2014).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 a partir da promulgação da Constituição Federal daquele ano. Trata-se de um sistema abrangente que garante desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, assegurando acesso universal e gratuito a toda população do país (GAZETA DO OESTE, 2014).

A cidade conta com 13 centros de saúde, 23 equipes de Estratégia de Saúde da Família, duas equipes de Prevenção e Acompanhamento, um Serviço Especializado em Odontologia, um Centro de Reabilitação em Fisioterapia, um Centro de Referência em Saúde Mental (SERSAM), uma policlínica, seis farmácias municipais, um laboratório central e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (GAZETA DO OESTE, 2014).

O Programa Saúde da Família foi implantado em 1996, a primeira equipe foi na zona rural. Equipe atípica com médico, enfermeira, técnica de enfermagem, assistente social, psicóloga, dentista e auxiliar de saúde bucal, mas sem agente comunitário de saúde (ACS). Em 1998 ampliou para mais três equipes, sendo uma de zona rural e duas de zona urbana na periferia do município, composta por equipe mínima (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, quatro ACS, dentista e ASB). Os profissionais médicos, enfermeiros e dentistas foram selecionados por concurso público, os demais foram contratados. Este processo de implantação foi realizado em parceria com a comunidade através de reuniões com os conselhos de saúde distrital, local e municipal com o objetivo de explicar a nova forma de atendimento centrada na prevenção de doenças, promoção da saúde sem prejuízo da resolução dos problemas já existentes.

Hoje temos 23 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), apenas quatro não têm equipe de saúde bucal. A Prefeitura Municipal de Divinópolis juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e o Ministério Público elaboraram um projeto denominado Sistema Integrado Municipal de Saúde – SIM SAÚDE, que propõe o redesenho do sistema atual com foco na reorganização da Atenção Primária através do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família.

A meta final para 2016 é a cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em 100%. Para tanto, foi elaborado um cronograma de conversão das Unidades tradicionais em Saúde da Família.

Está sendo prevista a implantação de 13 equipes ESF. Os NASF estão em processo de implantação do projeto inicial é para implantação de cinco NASF. Sistema de Referência e Contrarreferência: se faz através de ficha de referência e contra referência dos pacientes encaminhados à especialidades (SEMUSA, 2015).

Segundo o SIAB da ESF Sagrada Família o número de famílias é de 936 e de 3227 habitantes cadastrados.

Ao analisar os indicadores de morbidade, da região Sudoeste de Divinópolis / ESF: Sagrada Família, baseando-se na causa principal da procura por assistência médica, podemos constatar que mais de 30% apresentaram doenças do aparelho circulatório, dentre elas quadros de Hipertensão Arterial Sistêmica, seguidas das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (20 %), dentro de elas o Diabetes Mellitus e os quadros de intolerância à glicose (SIAB, 2014). Levando assim à Equipe de Saúde a estabelecer como prioritárias a implementação de ações urgentes de prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis.

Em nossa área de abrangência contamos com duas escolas municipais e estaduais, uma creche, numerosas igrejas protestantes. Existindo serviços de luz elétrica, água, telefonia. O ESF Sagrada Família está inserida na rua Bom Jardim ,470 bairro Vale de Sol. Os recursos humanos da unidade estão representados por um Técnico de enfermagem, uma Enfermeira, um Auxiliar de serviço, um Médico clínico, uma Referência de gerencia e quatro Agentes comunitários; todos com uma carga horaria de quarenta horas por semana. .

2 JUSTIFICATIVA

“A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 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, p.7).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) 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 pressão arterial (PA) (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010, p).

“No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais” (BRASIL, 2006, p.7).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010, p.).

A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à HAS é muito alta e por tudo constitui um problema grave de saúde pública no mundo, no Brasil, no município de Divinópolis, afetando também a população da área de abrangência da equipe da ESF Sagrada Família, o que justifica a realização deste projeto de intervenção.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Elaborar plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de pacientes hipertensos, adscritos no ESF: Sagrada Família, do município Divinópolis –MG.

Objetivos Específicos:

- * Identificar os fatores causais envolvidos com a má adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos.
- * Conhecer estratégias já existentes na literatura para aumentar a adesão terapêutica anti-hipertensiva.
- *Propor um plano de intervenção visando o aumento da adesão ao tratamento dos hipertensos.

4 METODOLOGIA

A metodologia deste estudo se caracteriza como um projeto de intervenção, apoia-se na análise e no diagnóstico situacional, revisão bibliográfica que tem como objetivo elaborar um plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de pacientes hipertensos adscritos na área de abrangência da ESF: Sagrada Família do município Divinópolis –MG.

Para a realização do trabalho foi realizada uma busca sistematizada na literatura disponível em sites como: *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, edições do Ministério da Saúde e outros.

Os descritores utilizados foram: Hipertensão Arterial Sistêmica, adesão ao tratamento, complicações da doença e fatores de risco. Foram buscados textos publicados entre 2005 e 2015, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. As informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação.

Para a construção do plano de ação do Projeto de Intervenção foram utilizados os dados da realização do diagnóstico situacional, usando como referência os dez passos propostos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 58-79).

Com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação, executado pelo método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) de acordo com Campos, Faria e Santos (2010), para melhoria da qualidade de vida dos hipertensos e prevenção de novos casos de HAS. A ESF Sagrada família colaborou com a elaboração do plano de ação para abordagem do problema, utilizando-se como metodologia PES.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

“A HAS é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva” (BRASIL, 2006, p.14).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) 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 e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Por ser uma doença crônica, ela pode ser controlada, mas não curada (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

A adesão ao tratamento é definida e caracterizada quando o conselho médico ou de saúde coincide com o comportamento do indivíduo, em relação ao hábito de usar medicamentos, isso é, seguir as mudanças no estilo de vida preconizadas e comparecer às consultas médicas (HAYNES *et al.*, 2004 *apud* DOSSE *et al.*, 2009, p.202).

Adesão “expressa o sentido de *compliance*, em língua inglesa, o que implica concordância do paciente com as recomendações, pressupondo-se que o paciente conheça as alternativas terapêuticas e participe das decisões sobre seu tratamento” (FUCHS; CASTRO; FUCHS, 2004 *apud* DOSSE *et al.*, 2009, p.202).

A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associados: paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível sócio-econômico); doenças (cronicidade, assintomatologia); crenças, hábitos culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, auto-estima); tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida); instituição (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e de atendimento); e relacionamento com equipe de saúde (envolvimento e relacionamento inadequados). Por conseguinte, a adesão do cliente deve ser apreciada com vista a esses fatores (SANTOS *et al.*, 2005, p.).

” Várias são as formas de se estimar a adesão ao tratamento. Dentre elas destacam-se a frequência às consultas e o comportamento frente ao uso dos fármacos prescritos” (DOSSE *et al.*, 2009).

O teste de escala de auto relato de Morisky-Green, composto por quatro perguntas permite identificar atitudes e comportamentos em relação ao seguimento das recomendações, podendo ser utilizado para mapear a adesão ou não adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso (DOSSE *et al.*, 2009).

Segundo Pierin, Gusmão, Carvalho (2004 *apud* DOSSE *et al.*, 2009): os motivos relatados pelos pacientes, quanto ao controle da pressão arterial, constituem-se em outros fatores para melhor compreensão da adesão ao tratamento. Esses dados podem ajudar a otimizar o resultado da atuação da equipe de saúde, permitindo a identificação dos fatores envolvidos à não adesão ao tratamento. Para ARAUJO, GARCIA (2006 *apud* DOSSE *et al.*, 2009): “Dessa forma, o controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico”.

“Estudo brasileiro revelou que, em indivíduos adultos, 50,8% sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada” (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Segundo Béria (1996 *apud* BASTOS, LIMA, 2006, p.36): Nos últimos anos, a adesão terapêutica tornou-se um dos maiores problemas enfrentados na prática médica pela sua complexidade. Cerca de 40% a 60% dos pacientes não fazem uso da medicação prescrita. Essa porcentagem aumenta quando a falta de adesão relaciona-se a itens como estilo de vida, ressaltando-se dieta, sedentarismo, tabagismo, etilismo, entre outros fatores.

A magnitude e o impacto da baixa adesão em países em desenvolvimento também é consequência tanto da escassez como da desigualdade de acesso aos

serviços de saúde, como ocorre na China, na Gâmbia e Seychelles, que apresentam índices de adesão à medicação de apenas 43%, 27% e 26%, respectivamente (WHO, 2003 *apud* BASTOS, LIMA, 2006, p.36). A adesão completa ao tratamento farmacológico foi de apenas 7% na Eslováquia, utilizando avaliação prospectiva com questionários, sendo que os pacientes que aderiram mais tiveram maior queda na pressão arterial (HORVATHOVA *et al.*, 2003 *apud* BASTOS, LIMA, 2006, p.36).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Segundo o descrito por Campos; Faria; Santos (2010, p. 58), nesta parte do trabalho procede-se à descrição dos diferentes passos para a elaboração do plano de ação do problema escolhido pela equipe de saúde do ESF Sagrada Família como prioritário.

Primeiro passo: definição dos problemas

Depois de ter realizado o diagnóstico situacional da nossa área de abrangência e discussão com a equipe de saúde da ESF Sagrada Família, foi possível a definição dos problemas, os quais relacionam-se a continuação por ordem de prioridade:

1. Elevada porcentagem de Hipertensos não controlados e com má adesão ao tratamento;
2. Elevada porcentagem de Diabetes Mellitus tipo II;
3. Aumento de doenças cardiovasculares;
4. Alta incidência de Dislipidemias;
5. Alta incidência de Doenças Mentais;
6. Alta incidência de Doenças Dermatológicas;
7. Maus hábitos dietéticos;
8. Elevado índice de usuários que consomem droga e álcool;
9. Elevado número de pacientes fumadores;
10. Insuficiência na disponibilidade dos serviços de saúde devido ao retardo na marcação de consultas especializadas.

Segundo passo: priorização de problemas

Os problemas identificados foram priorizados de acordo com a importância, urgência e capacidade de enfrentamento aos mesmos, sendo apresentados no quadro 1.

Quadro 1- Priorização dos problemas identificados. ESF Sagrada Família.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Elevada porcentagem de Hipertensos não controlados e com má adesão ao tratamento	Alta	9	Parcial	1
Elevada porcentagem de Diabetes Mellitus tipo II	Alta	8	Parcial	2
Aumento de doenças cardiovasculares	Alta	7	Parcial	3
Alta incidência de Dislipidemias	Média	5	Parcial	4
Alta incidência de Doenças Mentais	Média	5	Parcial	4
Alta incidência de Doenças Dermatológicas	Média	5	Parcial	4
Maus hábitos dietéticos	Média	4	Parcial	6
Elevado índice de usuários que consomem droga e álcool	Média	3	Fora	7
Elevado número de pacientes fumadores	Média	3	Fora	8
Insuficiência na disponibilidade dos serviços de saúde devido ao retardo na marcação de consultas especializadas	Média	3	Fora	8

Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Em nossa área de abrangência contamos com 671 pacientes hipertensos cadastrados, o 56 % deles levam acompanhamento pela equipe da ESF Sagrada Família e o 35,37% apresentam descontrole da doença, sendo assim o problema escolhido como prioritário por constituir uma das principais causas de assistência a consulta médica.

Quarto passo: explicação do problema

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença altamente presente na população adulta, cuja prevalência no Brasil oscila entre 22% e 44%. A HAS é uma doença que atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros e cerca de 50% destes não sabem que são hipertensos por serem muitas vezes assintomáticos, sendo considerada importante fator de risco para as doenças cardiovasculares ateroscleróticas, incluindo acidente vascular cerebral, doença coronariana, insuficiência vascular periférica e cardíaca. Mesmo a população portadora de hipertensão leve está sob o jugo do risco aumentado (SANTOS *et al*, 2005, p.).

A HAS é uma doença crônica e assintomática que constitui uma das principais causas de assistência à consulta médica em nossa área de abrangência e a maior porcentagem dentro das doenças não transmissíveis. Percebem-se a presença de hábitos alimentares inadequados, etilismo, tabagismo, sobre peso e sedentarismo como os principais fatores de risco da mesma.

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Depois da análise do problema, pela equipe de saúde foram identificados como "nós críticos":

- A má adesão ao tratamento devido à falta de conhecimento da população sobre a doença;
- Os hábitos e estilos de vida inadequados;
- O processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado.
- Estrutura dos serviços de saúde ineficiente.

Sexto passo: desenho das operações

Após a identificação dos “nós críticos” foi desenhado um conjunto de ações para enfrentar os mesmos; as ações serão desenvolvidas durante a execução do plano.

Quadro 2 - Desenho das operações para os “nós críticos”. ESF Sagrada Família.

Nó Crítico	Operação / Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Má adesão ao tratamento devido à falta de conhecimento da população sobre a doença.	Saber + Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a HAS.	População mais informada sobre prevenção, riscos e complicações da HAS. Aumento na adesão ao tratamento.	Palestras educativas em grupos operativos; capacitação dos ACS e cuidadores.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema, estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: organização da agenda; Político: articulação intersectorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Hábitos e estilos de vida inadequados	+Saúde Modificar hábitos e estilos de vida.	Elevar a percentagem de pacientes hipertensos incorporados à prática de exercício físico e com alimentação saudável.	Aumento da prática de exercício físico diante grupos operativos (grupos de caminhada; grupos operativos para orientação nutricional.	Organizacional: organização dos grupos operativos. Cognitivo: informação sobre o tema, estratégias de comunicação. Político: conseguir local, mobilização social, articulação intersectorial com a rede. Financeiros: para recursos audiovisuais, folhetos. educativos.
Estrutura dos serviços de saúde ineficiente.	Cuidar Melhor Melhorar a estrutura dos serviços para o atendimento dos pacientes hipertensos.	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos, assim como consultas especializadas.	Profissionais de saúde capacitados para oferecer aos hipertensos serviços de qualidade assim como a contratação de compra de serviços de consultas especializadas, exames complementares e medicamentos.	Organizacional: envolvimento da equipe; Políticos: decisão de aumentar recursos para estruturar o serviço; Financeiros: aumento de oferta de exames, consultas especializadas e medicamentos.

Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado.	Linha de Cuidado Implementar linha guia segundo o protocolo da atenção básica para atenção aos pacientes com HAS.	Cobertura total da população com risco cardiovascular aumentado.	Protocolos e linha guia de cuidados para os pacientes com risco cardiovascular aumentado implementada; recursos humanos capacitados.	Cognitivo: elaboração do projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional: adequação de fluxos.
--	---	--	--	---

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

O processo de transformação da realidade depende, com mais ou menos necessidade, algum tipo de recurso, alguns críticos ou indispensáveis.

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.69).

Portanto, transformar a realidade depende da disponibilidade dos recursos a favor ou contra as mudanças.

Quadro 3 - Recursos críticos para o enfrentamento dos problemas. ESF Sagrada Família.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Saber +	Político: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
+Saúde	Político: conseguir local, mobilização social, articulação intersetorial com a rede. Financeiros: para recursos audiovisuais, folhetos.
Cuidar Melhor	Políticos: decisão de aumentar recursos para estruturar o serviço. Financeiros: aumento de oferta de exames, consultas especializadas e medicamentos.

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

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

(...) os objetivos desse passo: Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação; fazer análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano; desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.70-71),

Quadro 4 - Proposta de ações para motivação dos atores. ESF Sagrada Família.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saber + Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a HAS.	Político: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.	Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessária
+Saúde Modificar hábitos e estilos de vida.	Político: conseguir local, mobilização social, articulação intersetorial com a rede. Financeiros: para recursos audiovisuais, folhetos.	Secretaria de Educação Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Não é necessária
Cuidar Melhor Melhorar a estrutura dos serviços para o atendimento dos pacientes hipertensos.	Políticos: decisão de aumentar recursos para estruturar o serviço. Financeiros: aumento de oferta de exames, consultas	Prefeito Municipal Secretário de Saúde Secretário Municipal de Saúde Fundo Nacional de	Favorável Favorável Favorável Indiferente	Apresentar projeto de estruturação da rede.

	especializadas e medicamentos.	Saúde.		
Linha de Cuidado Implementar linha guia segundo o protocolo da atenção básica para atenção aos pacientes com HAS.	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	Não é necessária

Nono passo: elaboração do plano operativo

“A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.73).

Quadro 5 - Elaboração do plano operativo. ESF Sagrada Família.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Profissionais Envolvidos	Prazo
Saber + Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a HAS.	População mais informada sobre prevenção, riscos e complicações da HAS. Aumento na adesão ao tratamento.	Palestras educativas em grupos operativos; capacitação dos ACS e cuidadores.	Não é necessária	Equipe de Saúde.	Quatro meses para o início das atividades.
+Saúde Modificar hábitos e estilos de vida.	Elevar a porcentagem de pacientes hipertensos incorporados à prática de	Aumento da prática de atividade física através de grupos	Não é necessária	Equipe de Saúde.	Início em quatro meses.

	exercício físico e com alimentação saudável.	operativos (grupos de caminhada, dança, etc.); grupos operativos para orientação nutricional.			
Cuidar Melhor Melhorar a estrutura dos serviços para o atendimento dos pacientes hipertensos.	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos, assim como consultas especializadas.	Profissionais de saúde capacitados para oferecer aos hipertensos serviços de qualidade assim como a contratação de compra de serviços de consultas especializadas, exames complementares e medicamentos.	Apresentar projeto de estruturação da rede.	Secretário de Saúde e Coordenadora de ABS.	Quatro meses para apresentação do projeto e seis meses para aprovação e liberação dos recursos; quatro meses para compra dos equipamentos início em quatro meses.
Linha de Cuidado Implementar linha guia segundo o protocolo da atenção básica para atenção aos pacientes com HAS.	Cobertura total da população com risco cardiovascular aumentado.	Protocolos e linha guia de cuidados para os pacientes com risco cardiovascular aumentado implementada; recursos humanos capacitados.	Não é necessária.	Secretário de Saúde e Coordenadora de ABS.	Início em três meses.

Décimo passo: gestão do plano

Para lograr a efetividade da implementação de um plano, vai depender de como será feita sua gestão (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 6 - Planilha de acompanhamento do projeto: **Saber +**. ESF Sagrada Família.

Operação: Saber +					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Palestras educativas em grupos operativos; capacitação dos ACS e cuidadores.	Equipe de Saúde.	Quatro meses para o início das atividades.	Aguardando implantação		

Quadro 7 - Planilha de acompanhamento do projeto: **+Saúde**. ESF Sagrada Família.

Operação: +Saúde					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Aumento da prática de exercício físico diante grupos operativos (grupos de caminhada; grupos operativos para orientação nutricional.	Equipe de Saúde.	Início em quatro meses.	Aguardando implantação		

Quadro 8 - Planilha de acompanhamento do projeto: **Cuidar Melhor**. ESF Sagrada Família.

Operação: Cuidar Melhor					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Profissionais de saúde capacitados para oferecer	Secretário de Saúde e Coordenador de ABS.	Quatro meses para apresentação do projeto	Aguardando implantação		

aos hipertensos serviços de qualidade assim como a contratação de compra de serviços de consultas especializadas, exames complementares e medicamentos.		e seis meses para aprovação e liberação dos recursos; quatro meses para compra equipamentos início em quatro meses.			
---	--	--	--	--	--

Quadro 9 - Planilha de acompanhamento do projeto: **Linha de Cuidado**. ESF Sagrada Família.

Operação: Linha de Cuidado					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Protocolos e linha guia de cuidados para os pacientes com risco cardiovascular aumentado implementada; recursos humanos capacitados.	Secretário de Saúde e Coordenador a de ABS.	Início em três meses.	Aguardando implantação		

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois da realização do estudo sobre o comportamento da HAS em nossa área de abrangência, podemos concluir que a mesma constitui uma das causas mais frequentes de procura à consulta médica, devido às suas complicações derivadas da má adesão ao tratamento.

Comportamentos que colaboram com a manutenção da hipertensão são: alimentação inadequada, com excesso de sal, gorduras e açúcares e o sedentarismo que levam à obesidade. Outros fatores da persistência da hipertensão são: consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e abandono do tratamento.

A pouca importância e o desconhecimento sobre as causas e complicações da doença são os responsáveis pela má adesão ao tratamento.

Espera-se que, com a implantação das atividades do plano de ação, se consiga ampliar o nível de conhecimento da população adscrita à área de abrangência sobre a HAS, prevenindo complicações, promovendo mudanças favoráveis nos hábitos e estilos de vida dos pacientes.

Espera-se ainda um aporte de recursos críticos necessários para melhorar a estrutura e qualidade dos serviços de saúde oferecidos sem os quais fica difícil garantir um melhor controle desta doença.

REFERÊNCIAS

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.

BASTOS, R.G.B; COSTA, N.K.L. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. Adherence rates of hypertension treatment in Brazil and around the world. **Rev Bras Hipertens**, Brasil, 2006, vol.13, p. 35-38. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/09-indices-de-adesao.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

BRASIL. ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/divinopolis_mg.

BRASIL. Cadernos De Atenção Básica – Nº 15. **Hipertensão Arterial Sistêmica**, Brasília- DF, 2006, p. 7, 14. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf. Acesso em: 25 ago. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE-Cidades**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=312230&search=minas-gerais|divinopolis|infograficos:-historico>. Acesso em: 26 ago. 2015.

CAMPOS, F.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010. p. 58-79. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=CAMPOS%3B+FARIA%3B+SANTOS%2C+2010%2C+p.37&ie=utf-8&oe=utf-8>

[8#q=CAMPOS%3B+FARIA%3B+SANTOS,+2010,+p.37&start=0](#). Acesso em: 25 ago. 2015.

DIVINÓPOLIS (MG). Prefeitura, 2013. <http://www.divinopolis.mg.gov.br/portal/paginas/geografia.php#>. Acesso em: 26/08/2015.

DIVINÓPOLIS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SEMUSA), MINAS GERAIS, 2015. Disponível em: <http://www.divinopolis.mg.gov.br/portal/>. Acesso em: 26 agosto, 2015.

DOSSE, C. *et al.* Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento da Hipertensão Arterial. **Rev Latino-am Enfermagem** 2009 março-abril; 17(2) Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_10.pdf. Acesso em: 25 ago. 2015.

GAZETA DO OESTE, DIVINÓPOLIS MINAS GERAIS, 2015. Disponível em: <http://www.g37.com.br/index.asp?c=padrao&modulo=conteudo&url=032906&ss=5>. Acesso em: 26 agosto, 2015.

SANTOS, Z. M. S. A. *et al.* ADESÃO DO CLIENTE HIPERTENSO AO TRATAMENTO: ANÁLISE COM ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR. **Texto Contexto Enferm** 2005 Jul-Set; 14(3):332-40. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_10.pdf. Acesso em: 25 ago. 2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB), Divinópolis, 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/Siab>. Acesso em: 10 mai. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível

em:http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. Acesso em: 25 ago. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2015.

HAYNES, R. B. *et al*, 2004. In: DOSSE, C. *et al*. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento da Hipertensão Arterial. **Rev Latino-am Enfermagem** 2009 março-abril; 17(2) Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_10.pdf. Acesso em: 25 ago.2015.

FUCHS, S. C; CASTRO, M. S; FUCHS, S. C, 2004. In: DOSSE, C. *et al*. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento da Hipertensão Arterial. **Rev Latino-am Enfermagem** 2009 março-abril; 17(2) Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_10.pdf. Acesso em: 25 ago.2015.

PIERIN, A. M. G; GUSMÃO, J. L; CARVALHO, L. V. B, 2004. In: DOSSE, C. *et al*. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento da Hipertensão Arterial. **Rev Latino-am Enfermagem** 2009 março-abril; 17(2) Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_10.pdf. Acesso em: 25 ago.2015.

ARAUJO, G. B. S; Garcia, T. R, 2006. In: DOSSE, C. *et al*. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento da Hipertensão Arterial. **Rev Latino-am Enfermagem** 2009 março-abril; 17(2) Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_10.pdf. Acesso em: 25 ago.2015.

BERIA, J. U, 1996. In: BASTOS, R.G.B; COSTA, N.K.L. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. Adherence rates of hypertension

treatment in Brazil and around the world. **Rev Bras Hipertens**, Brasil, 2006, vol.13, p. 35-38. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/09-indices-de-adesao.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

Horvathova H, 2003. In: BASTOS, R.G.B; COSTA, N.K.L. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. Adherence rates of hypertension treatment in Brazil and around the world. **Rev Bras Hipertens**, Brasil, 2006, vol.13, p. 35-38. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/09-indices-de-adesao.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

WHO, 2003. In: BASTOS, R.G.B; COSTA, N.K.L. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. Adherence rates of hypertension treatment in Brazil and around the world. **Rev Bras Hipertens**, Brasil, 2006, vol.13, p. 35-38. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/09-indices-de-adesao.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.