

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

**LIDIA ESTHER GARCÍA LÓPEZ**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL POR  
IDOSOS DA ESF SÃO VICENTE**

**UBERABA/ MINAS GERAIS**

**2016**

**LIDIA ESTHER GARCÍA LÓPEZ**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL POR  
IDOSOS DA ESF SÃO VICENTE**

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

Orientadora: Prof. Dra. Maria Beatriz Guimarães Ferreira.

**UBERABA/ MINAS GERAIS**

**2016**

**LIDIA ESTHER GARCÍA LÓPEZ**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL POR  
IDOSOS DA ESF SÃO VICENTE**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof. Zilda Cristina dos Santos. Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM.

Examinador 2: Prof.

Aprovado em Uberaba, em     de     de 2016

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, meu esposo, minhas filhas e irmãos, que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

À minha família, por acreditarem e investirem em mim. Mãe: “Seu cuidado e dedicação foram, em alguns momentos, a esperança para seguir”. Pai: “Sua lembrança significa segurança, e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada”.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao mundo por nos mostrar que podemos modificar as coisas, transformando-as em pesquisas pelas quais descobrimos o que fazer. Assim concluo este trabalho

Agradeço também a meu esposo, Pedro, que de forma especial e carinhosa me deu forças e coragem, apoiando-me nos momentos de dificuldades. Agradeço também as minhas filhas, Vivianne e Lilianne, que embora não pudessem entender a importância de este fato, ainda assim iluminaram de maneira especial os meus pensamentos numa busca por mais conhecimentos. De forma grata e com orgulho agradeço a minha mãe e rogo todas as noites pela minha existência.

A todos os professores do curso, tão importantes na minha vida acadêmica, e, no desenvolvimento deste trabalho

*“Eu digo que se alguém não faz, o tempo todo, tudo aquilo que pode e até mais do que pode, é exatamente como se não fizesse absolutamente nada.”*

*—Fidel Castro*

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um problema de saúde pública cujo controle, de forma continuada, visa prevenção de alterações irreversíveis no organismo e relacionadas a morbimortalidade cardiovascular. O controle da Hipertensão Arterial está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico, seja ele medicamentoso ou não. A área de abrangência da ESF São Vicente, dentre seus principais problemas de saúde, possui como destaque a Hipertensão Arterial e a adesão ao tratamento da mesma principalmente na população idosa pelo seu predomínio. Portanto, o estudo tem por objetivo elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de pacientes idosos hipertensos. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES. Portanto, foram realizadas entrevistas individuais semanais, com os pacientes portadores de HAS, abordando questões relativas às características sócio-demográficas, clínicas, cumprimento do tratamento não farmacológico e farmacológico e elementos intervenientes na sua adesão terapêutica. As ações de intervenção consistiram em práticas de educação em saúde com os usuários, a família e os profissionais por meio de palestras, oficinas temáticas, consultas educativas, criação de espaços para discussão de dúvidas e realização de consulta interdisciplinar com auxílio da psicologia, fisioterapia e educação física. Não obstante, os resultados obtidos através da implantação de programas efetivos de educação em hipertensão com estímulo ao autocuidado e as modificações do estilo de vida são notadamente positivos, sobrepondo os custos relacionados à sua implementação. Os resultados de este projeto apontam que é necessária uma constante e criteriosa avaliação dos determinantes da adesão e não da adesão do tratamento do paciente envelhecido, de forma a estabelecer estratégias para reduzir ou eliminar a não adesão e proporcionar promoção à saúde, longevidade a essa população com qualidade de vida.

**Palavras Chave:** *Idoso, Hipertensão, Adesão ao tratamento.*

## ABSTRACT

The Systemic Hypertension is a public health problem whose control, continuously aims to prevent irreversible changes in the body and related to cardiovascular morbidity and mortality. Control of Hypertension is directly related to the degree of patient adherence to treatment regimen, whether medicated or not. The coverage area of São Vicente ESF, among its main health problems, has as highlight the Hypertension and adherence to treatment in the same mainly in the elderly for their dominance. Therefore, the study aims to develop an intervention project to increase adherence to treatment of elderly hypertensive patients. For the development of the Intervention Plan will use the Strategic Planning Method Situational - PES. Therefore, weekly individual interviews were conducted with patients with SAH, addressing issues relating to sociodemographic characteristics, clinical, compliance with nonpharmacological treatment and pharmacological and elements involved in their adherence. The intervention activities consisted of health education practices with users, families and professionals through lectures, thematic workshops, educational visits, creating spaces for discussion of questions and conducting interdisciplinary consultation with the aid of psychology, physiotherapy and PE. Nevertheless, the results obtained through the implementation of effective education programs in hypertension with stimulating self-care and lifestyle changes are especially positive, overlapping costs related to its implementation. The results of this point project a constant and careful evaluation of the determinants of adherence and not the accession of the aged patient treatment is necessary in order to establish strategies to reduce or eliminate non-compliance and provide health promotion, longevity to this population quality of life.

**Keywords:** *Elderly, Hypertension, Treatment adherence.*

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1:</b>	Localização de Uberaba em Minas Gerais.....	12
<b>Tabela 1</b>	Aspectos Demográficos do Município Uberaba. Período 2012.....	14
<b>Figura 2:</b>	Distribuição da população segundo escolaridade. Uberaba 2012.....	15
<b>Tabela 2</b>	Distribuição da população segundo faixa etária e sexo da área de abrangência ESF São Vicente. 2014 .....	19
<b>Tabela 3</b>	Priorização de problemas de saúde da ESF São Vicente. 2014.....	23
<b>Tabela 4</b>	Descrição do problema priorizado. ESF São Vicente 2014 .....	24
<b>Figura 3</b>	Consequências da Hipertensão Arterial .....	25
<b>Figura 4</b>	Identificação dos Nós Críticos .....	26
<b>Tabela 5</b>	Classificação do comportamento da Pressão Arterial, pela medida de consultório (> 18 anos) segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI .....	33
<b>Tabela 6</b>	Definição e classificação do comportamento da Pressão Arterial (em mmHg) nas medidas de consultório, segundo o "Guideline" das Sociedades Europeias de Cardiologia e Hipertensão Arterial 2013.....	34
<b>Tabela 7</b>	Desenho das operações. ....	39
<b>Tabela 8</b>	Identificação dos recursos críticos .....	41
<b>Tabela 9</b>	Análise de viabilidade do plano.....	41
<b>Tabela 10</b>	Elaboração do plano operativo.....	42
<b>Tabela 11</b>	Gestão do plano.....	44

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	11
1.1. Identificação do Município .....	11
1.2. Histórico de criação do município.....	11
1.3. Descrição do município .....	12
1.3.1. Aspectos Geográficos.....	12
1.3.2. Aspectos socioeconômicos.....	12
1.3.3. Dados de Saneamento de Uberaba .....	13
1.3.4. Principais Atividades Econômicas .....	13
1.3.5. Aspectos demográficos .....	14
1.3.6. Sistema local de saúde.....	15
1.4. Programa Saúde da Família.....	16
1.5. Território / área de abrangência .....	18
1.5.1. Recursos da comunidade .....	20
1.5.2. Unidade Básica de Saúde .....	20
1.5.3. Recursos humanos da Unidade.....	21
1.5.4. Recursos materiais .....	21
1.6. Diagnóstico Situacional .....	21
1.6.1. Identificação dos Problemas de Saúde .....	22
1.6.2. Priorização dos Problemas .....	22
1.6.3. Descrição do Problema .....	23
1.6.4. Explicação do problema .....	24
1.6.5. Identificação dos nós críticos.....	26
2. JUSTIFICATIVA .....	27
3. OBJETIVOS .....	28
4. METODOLOGIA.....	29
5. REFERENCIAL TEÓRICO .....	31
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	39
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	46
8. REFERÊNCIAS.....	47

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Identificação do Município**

Uberaba é município de Minas Gerais localizado na região Triângulo Mineiro pertencente à Mesorregião e microrregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba. Se encontra a 416,29km de Belo Horizonte. Sua população é de 322.126 habitantes, segundo a estimativa do IBGE para o ano de 2015, que ocupam uma área de 4.540,51 km<sup>2</sup> (UBERABA, 2014).

O município tem atualmente como prefeito o Sr. Paulo Piau Nogueira; como secretário municipal de saúde Marco Tulio Azevedo Cury e a Diretora do Departamento de Atenção Básica Sra. Ana Paula Coelho Jardim.

### **1.2. Histórico de criação do município**

Segundo Pontes (1970), a cidade de Uberaba originou-se nos primeiros anos do século XIX, como parte do processo de exploração e escoamento de minerais preciosos do Brasil Central, situando-se às margens de rota conhecida como Estrada Real ou Anhangüera, que ligava São Paulo a Goiás.

Em 1820, o rei D. João VI eleva Uberaba à condição de Freguesia, o que significou a emancipação em assuntos de ordem civil, militar e religiosa. Em 1840, tornou-se sede de Comarca, em 1856, da condição de Vila para Cidade. (NABUT,1986).

Conforme Sampaio, (1971) a inauguração da Estrada de Ferro, em 1889, atraiu imigrantes europeus e desenvolveu a pecuária zebuína, além de atividades industriais e de comércio, promovendo a estruturação urbana. Em meados do século XX, já tinha faculdades de Medicina, Engenharia, Enfermagem, Filosofia e de Odontologia.

A partir dos anos 70 aumentou a diversificação econômica, visando à ampliação do parque industrial, na área de fertilizantes e defensivos agrícolas, implementação do polo moveleiro, e outros projetos, buscando o progresso econômico desta cidade.

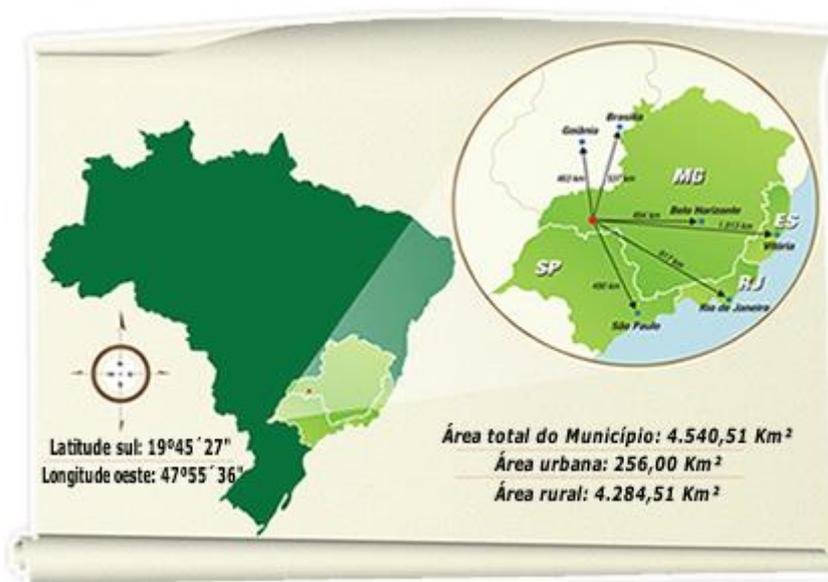
### 1.3. Descrição do município

#### 1.3.1. Aspectos Geográficos

Uberaba é um município do Estado de Minas Gerais, localizado na microrregião do Triângulo Mineiro; com latitude sul 19°45'27" e longitude oeste a 47°55'36", conforme figura 1. Encontra-se a 500 km aproximadamente de Belo Horizonte. (UBERABA, 2014a).

Uberaba é considerada cidade polo dentre os municípios de Veríssimo; Conquista; Delta; Conceição das Alagoas; Campo Florido e Água Comprida que compõem a microrregião. (UBERABA, 2010).

**Figura 1:** Localização de Uberaba em Minas Gerais.



**Fonte:** Uberaba. Prefeitura Municipal. Localização.

#### 1.3.2. Aspectos socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM, medido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento foi de 0,77, indicando que Uberaba saltou da 9ª para a 4ª colocação em Minas Gerais, num período de 10 anos (UBERABA, 2014).

Em 2010 o município teve como tripé da economia os serviços com 59,30%, responsável pela maior parcela da movimentação financeira do município, seguido

pela indústria com 32,05% e pela agropecuária com 8,65%. A renda média domiciliar per capita da população aumentou de R\$ 410,61 em 1991 para R\$ 955,49 em 2010 e conseqüente (UBERABA, 2014b).

### **1.3.3. Dados de Saneamento de Uberaba**

Em 1966, foi criada a empresa de economia mista, a Companhia de Água de Uberaba, até então um Departamento. Em 1967 possuía 8.963 ligações de água, com uma produção diária de 5mil m<sup>3</sup> de água captada do rio Uberaba. Em 1972 começou a funcionar a segunda Estação de Tratamento de Água - ETA, passando a produção diária para 35 mil m<sup>3</sup>. O Centro Operacional de Desenvolvimento e Saneamento de Uberaba – CODAU, é uma autarquia municipal criada pela lei complementar 106/1998 e é responsável pelos serviços de captação, tratamento, reservação, distribuição de água potável, coleta, tratamento e neutralização de esgotos sanitários. Devido à seca, em 2003, no município, começou a funcionar o Sistema de Transposição das Águas do Rio Claro.

O CODAU produz mais de 70 milhões de litros de água por dia e abastece mais de 99% dos imóveis de Uberaba, o que equivale a 100 mil ligações de água. Em 98% da cidade, há coleta de esgoto sanitário com mais de 96 mil ligações. A extensão da rede de água é de 698,65 km e da rede de esgoto é de 655,25 km (CODAU, 2014).

O CODAU visa a excelência do seu trabalho a través de melhoria contínua dos serviços, responsabilidade socioambiental, inovações tecnológicas e capacitação contínua de seus servidores, assegurando a melhoria dos indicadores de qualidade.

### **1.3.4. Principais Atividades Econômicas**

A cidade de Uberaba é bastante famosa pela sua economia bastante agropecuária. Famosa pela criação de gados Zebu, a Expozebu é hoje uma das maiores feiras do mundo no ramo de pecuária. Apesar da ainda forte presença do campo na economia da cidade, nas últimas décadas, um grande esforço tem sido feito no sentido de modernizar a indústria e serviços. Várias indústrias foram trazidas para a cidade e isso resultou que hoje, Uberaba já conta com três distritos industriais. O Uberaba Comércio é muito forte e representativo na região.

### 1.3.5. Aspectos demográficos

Segundo dados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010), Uberaba contava com 295.988 habitantes, sendo 151.527 mulheres e 144.461 homens. A distribuição da população, em 2010, caracterizava-se por uma população urbana de 289.376 habitantes e a rural de 6.612 habitantes. Entretanto, para o ano de 2015 a estimativa é de 322.126 hab. com densidade demográfica de 65,43 (hab./km<sup>2</sup>). O município possui área territorial de 4.523,957 km<sup>2</sup>. (IBGE, 2010).

**Tabela 1 - Aspectos Demográficos do Município Uberaba. Período 2015.**

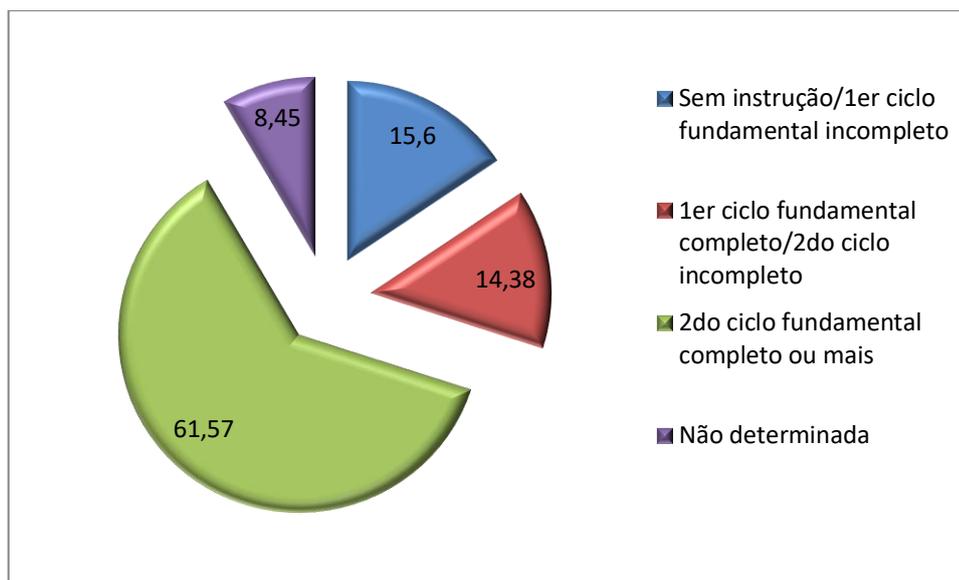
Faixa Etária	No.	%
Menor de 1 ano	5012	1,555
1 a 4 anos	15626	4,850
5 a 9 anos	19320	5,997
10 a 14 anos	22784	7,073
15 a 19 anos	25156	7,809
20 a 29 anos	57632	17,89
30 a 39 anos	49163	15,26
40 a 49 anos	45143	14,01
50 a 59 anos	37898	11,74
60 a 69 anos	22922	7,115
70 a 79 anos	14183	4,402
80 e mais anos	7287	2,262
Total	322126	100,00

**Fonte:** IBEG – Estimativa da população 2015.

No que se refere à educação, levantamentos de dados realizados pela Secretaria Municipal de Saúde com base no censo do IBGE de 2010 mostram o bom desenvolvimento da educação em Uberaba.

A taxa de analfabetos em Uberaba é de 4,22% considerando alunos acima de 15 anos, sendo que a maioria de analfabetos encontra-se na faixa etária acima de 60 anos, de acordo com o censo do IBGE de 2010. A maioria da população alfabetizada encontra-se na faixa etária entre 25 a 59 anos; houve um aumento de 1991 a 2010 em todas as faixas etárias discriminadas (UBERABA, 2014b, p.48).

**Figura 2- Distribuição da população segundo escolaridade. Uberaba 2012.**



Fonte: IBEG, Censos Demográficos, 2012

A Taxa de longevidade aumentou de 68,97 para 73,93 anos, uma das maiores do país e a expectativa de vida da população é de 73,9 anos. Já no que se refere à taxa de mortalidade infantil da cidade, o valor é de 9,51%, uma das menores do Brasil.

### **1.3.6. Sistema local de saúde**

O Conselho Municipal de Saúde de Uberaba tem como Presidente Rita de Cássia Rodrigues Sene. Tem como regulamentação a Lei nº 10.157/2007. As reuniões ordinárias realizam-se em todas as primeira Quartas-feiras de cada mês, às 18h30 e ficam abertas à população.

A Mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde é composta por:

Presidente Beatriz Alves Ferreira

Vice – Presidente: Marco Túlio Azevedo Cury

Primeira Secretária: Genilda de Almeida Brito

Segundo Secretário: Antônio Reginaldo Correa da Fonseca

A Mesa Diretora reúne-se em horário definido por seus componentes, na segunda e na última quarta-feira do mês, às 16h., na Secretaria Municipal de Saúde ou extraordinariamente quando convocada pelo Presidente ou por 50% de seus membros.

O Plano Municipal de Saúde 2014-2017 assinala que o Fundo Municipal de Saúde é instituído por lei e constitui-se em uma unidade orçamentária gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde (art 14 Lei Complementar 141/2012). A gestão do Fundo Municipal de Saúde é do Secretário de Saúde (Constituição Federal 198, I ; Lei 8080, art. 9 ; art.32 § 2o e art.33 § 1o ), que tem autonomia total na gestão dos recursos orçamentários e financeiros, mas ainda mantém a contabilidade de forma centralizada na Secretaria Municipal da Fazenda. O orçamento destinado à saúde é de 18% do orçamento municipal (R\$67.560.652,96 de recursos próprios em 2013) com controle das despesas e a execução da gestão municipal da saúde (UBERABA, 2014).

#### **1.4. Programa Saúde da Família**

O fortalecimento da atenção básica é o eixo fundamental para a reorientação do modelo assistencial do SUS, sendo resolutivo para cerca de 85% das necessidades de atenção à saúde da população. A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação da saúde das coletividades. Este programa tem uma cobertura do 52,44% e está composta por 22 Unidades de Saúde da Família, nove Unidades Matriciais de Saúde, seis Núcleos de Atenção à Saúde da Família, 47 Equipe de Saúde da Família e três Centros Especializados Odontológicos.

Neste município o sistema de saúde está organizado por níveis de atenção os quais constituem redes, assim por exemplo temos:

I. Nível primário ou rede de Atenção Básica à Saúde: Constitui a porta de entrada dos pacientes ao sistema de saúde. Nela se encontram as Unidades Básicas de Saúde entre as que estão: USF: Edison Reis Lopes, USF Virilânea Augusta Lima, USF Julieta Andrade, UBS Dona Aparecida C. Ferreira, USF Rosa Maria, USF Residencial 2000, USF Fco José S. Sabiá, Central de Rede De Frio, UBS Juca Inácio, USF Lecir Nunes Ramos, USF Sebastião L. Costa, USF Beija Flor,

USF Romes Cecílio, USF JD Copacabana, USF Fausto Cunha, USF Maria de Oliveira, USF Jacob José Pinto, USF Inimá Baroni, USF Palmira Conceição, USF Norberto, Eurico Vilela Farmácia. Estas unidades básicas oferecem serviços de clínico geral, odontologia, psicologia, nutrição, fisioterapia, entre outros as quais prestam serviço das 07:00 horas até 17:00Horas.

Nesta rede de atenção há unidades matriciais, nesta modalidade existem dois tipos: as que oferecem serviços de Equipe de Saúde da Família, pediatria e ginecologia, além de plantão clínico geral, e seu atendimento é das 07:00 horas até 22:00 horas, dentre elas estão UMS Guaritá, UMS Nossa Senhora Abadia, UMS Maria Tereza, UMS Nidia M Veludo, UMS Luiz Meneghello e UMS Êzio Martino. A segunda também oferece serviço de pediatria e ginecologia, mas seu horário de trabalho contempla das 07:00 as 19:00 horas. São exemplos, UMS George Chiree, UMS Prof. Aluizio Prata e UMS Valdemar Hial.

II. Nível secundário ou rede de Atenção Secundária: Este tipo de atenção é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Dentre estas unidades estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) Humberto Ferreira e São Benedito e as Unidades Regional de Saúde (URS) São Cristóvão e Boa Vista. Neste nível há também Centros Especializados em reabilitação, Centros de Saúde Mental, Álcool e Drogas (CAPS`D e CAPS), Centros de Testagem Anônima (CTA), Centros Especializados em Saúde da Mulher (CAISM), Centro de Referência a Saúde do Trabalhador (CEREST).

III. Nível Terciário ou Rede de Atenção Terciária: Está constituída pela Atenção Hospitalar a qual oferece atendimento a pacientes de alto risco e com doenças de maior complexidade. Dentre deles, há o Hospital de Clínicas de Uberaba e o Mário Palmério Hospital Universitário. Nesta atenção está, também, a modalidade de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para pacientes com doenças de alta complexidade e sua solução encontra-se fora do município, o sistema garante transporte para levar os pacientes a outros municípios onde realizam tratamentos ou avaliações, como por exemplo Ribeirão Preto, Uberlândia, etc.

Além dos serviços já citados, o município oferece outros serviços, que também se põem a disposição da população, por exemplo: distribuição de vacinas, ambulâncias, farmácias de medicamentos excepcionais, Centro de Referência Infantil (CRIA) para crianças e adolescentes com problemas mentais e de conduta, almoxarifado para distribuição de medicamentos às unidades, unidades de atendimento móvel de urgência (SAMU), serviço de zoonose para pacientes com doenças transmitidas por roedores ou outros animais, Serviço residencial terapêutico (SRT) para oferecer tratamento aos pacientes com problemas mentais que não ficam no sanatório, farmácia popular com medicamentos de graça para hipertensão arterial e diabetes mellitus, e a UBS mista que presta serviços de farmácia popular e especialidades para as doenças Hanseníase e Tuberculose.

Existem convênios com cidades vizinhas, 27 municípios do entorno que enviam seus pacientes a receberem a atenção nos hospitais do município.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família, ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

### **1.5. Território / área de abrangência**

A área de abrangência da ESF São Vicente tem um total de 818 família e uma população total de 2889 habitantes. A Tabela 2 mostra a distribuição da população da área segundo faixa etária e sexo, a qual evidencia predomínio da população de 20 a 39 anos seguido dos idosos.

**Tabela 2 - Distribuição da população segundo faixa etária e sexo da área de abrangência ESF São Vicente. 2014**

Faixa Etária	sexo		Total
	Masculino	Feminino	
<1	12	20	32
1 - 4	56	69	125
5 - 9	90	125	215
10 - 14	104	115	219
15 - 19	117	124	241
20 - 39	441	454	895
40 - 49	182	213	395
50 - 59	170	184	354
>60	180	233	413
Total	1352	1537	2889

**Fonte:** Sistema de Informação da Atenção Básica, 2014.

O nível de alfabetização é variável porque os adultos fazem o básico e tem voltado a estudar no período noturno, sendo que predomina o sexo feminino. Cerca de 20% são analfabetos.

A Taxa de Emprego da área é baixa e os principais postos de trabalho são: mercearias e lojas de roupa.

Na área de abrangência da ESF São Vicente as casas, de modo geral, são construídas de alvenaria, acabamentos simples, muitas recobertas com telhas tipo Eternit – Brasilit. A média dos moradores por domicílio varia de 5 a 8 pessoas. A iluminação é feita pela rede pública CEMIG, esgoto por CODAU. A maioria das casas são próprias, sendo que algumas são alugadas ou cedidas. O transporte é feito predominantemente por ônibus e bicicletas. Alguns moradores possuem motos e carros. A renda familiar oscila, mas a média é um pouco mais que o salário mínimo. Há distribuição de cestas básicas de sopa e de roupas, para pessoas com dificuldades temporárias e permanentes, (geralmente feitas por instituições religiosas católicas e espírita).

O número de nascimentos na área é elevado, no ano 2014 se produziram 18 nascimentos, para uma taxa de 6,23 nascidos por cada mil habitantes (SIAB, 2014).

As doenças predominantes em crianças são: resfriados e gripe, geralmente por falta de higiene pessoal e doméstica, má alimentação e falta de conscientização das mães.

Em adultos e idosos as principais doenças são: Hipertensão Arterial, Diabetes e doenças decorrentes do Diabetes (Úlcera do pé diabético), Dependência Química, Depressão, Cardiopatias, Artrose, etc. (SIAB, 2014). Nos idosos, pela falta de uso diário das medicações em especial a Hipertensão Arterial e o consumo de bebidas alcoólicas.

As principais causas de morte são acidentes de trânsito, violência (causada pelo uso de drogas e álcool) e problemas cardíacos. Os óbitos em geral são de idosos, seguidos dos adultos. No ano 2014 de 18 óbitos na área sete foram causados por acidentes de trânsito e cinco foram mortes violentas. Destas mortes nove foram de idosos, seis adultos e três menores de 20 anos (SIAB, 2014).

As causas mais comuns de doenças são resultadas do estilo de vida das pessoas, tais como: tabagismo, consumo de drogas e obesidade. Esta área possui 821 fumantes, 157 obesos e 89 dependentes químicos conhecidos (SIAB, 2014).

#### **1.5.1. Recursos da comunidade**

Na área, a maioria das casas são abastecidas de água pelo CODAU, mas existem algumas casas com cisternas. Há serviço de coleta de lixo regular (duas vezes por semana) mas existem áreas de acúmulo em alguns terrenos baldios e quintais. Na área da ESF tem uma escola, não há creches, as crianças estudam nesta escola e muitas na escola municipal "Geni Chaves", que é próxima à área de abrangência.

#### **1.5.2. Unidade Básica de Saúde**

A UMS Nossa Senhora Abadia está inserida no meio da população de abrangência. É muito procurado o atendimento nas equipes de saúde da família para acompanhamento de doenças crônicas. Existe dificuldade para a marcação de consultas com especialidades pois a fila eletrônica é muito demorada. A UMS Nossa Senhora Abadia tem horário de funcionamento das 7:00 às 19:00 horas, pois oferece serviço de plantão de clínico geral. Tem 3 equipes de Saúde da Família completas.

### **1.5.3. Recursos humanos da Unidade**

UMS Nossa Senhora Abadia conta com 62 trabalhadores, dentre eles são 21 profissionais, três enfermeiras de PSF, três médicos de PSF dois técnicos de enfermagem, três dentistas, três técnicos de Higiene Bucal, um gerente, um assessor de gerência, duas enfermeiras da rede, 14 ACS, três recepcionistas, três colaboradoras de limpeza, dois clínicos gerais da matricial, uma pediatra, três técnicas em enfermagem da rede, dois psicólogas, um contador e dois assistentes sociais.

A Equipe de Saúde da Família se chama São Vicente e está composta por:

1 Médica: Lidia Esther García López

1 Enfermeira: Adervânia Lima da Silva Cruvinell

1 Técnica em Enfermagem: Marisa Aparecida Custódio Mendes

1 Dentista: Ana Lúcia Mendes

1 Técnica de saúde Bucal: Denise Nascimento

8 Agentes Comunitários de Saúde: Daniela Costa , Vanessa Dias, Maria Helena Borges, Maria José de Fatima, Eliana Massako, Patricia Aparecida, Mara Lucia, Ana Daniela Barbosa.

### **1.5.4. Recursos materiais**

A UMS tem uma área física de 75 m<sup>2</sup>, tem três consultórios de ESF, uma sala de papanicolau, um posto de enfermagem, dois consultórios para plantão de clínico geral, um consultório de pediatria, um consultório para psicólogas, uma sala dos agentes, local para o contador, recepção, farmácia, sanitários, armazém e sala de nebulização.

## **1.6. Diagnóstico Situacional**

Ao utilizar a metodologia do Planejamento Estratégico em Saúde (PES), realizou-se o Diagnóstico de Saúde da área de abrangência (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 110).

Em reunião com os principais líderes da comunidade e os membros da equipe, observou-se diversos problemas de saúde existentes na área na qual

apresenta-se com dificuldades a abordagem dos mesmos para uma possível solução.

### **1.6.1. Identificação dos Problemas de Saúde**

Mediante a aplicação da Estimativa rápida em reunião com a Equipe de Saúde da Família identificaram-se os seguintes problemas de saúde:

- Falta de adesão ao tratamento de pacientes maiores de 60 anos hipertensos.
- Diabetes Mellitus Descompensada.
- Dependência a medicamentos psicoativos.
- Dependência de drogas.
- Higiene pessoal e ambiental desfavorável.
- Repetição de prescrição a detentos.
- Alta incidência de Depressão.
- Evasão escolar pelos adolescentes.
- Alto consumo de Álcool.
- Úlceras do Pé diabético e Úlceras por pressão.
- Maus Hábitos Alimentares.

### **1.6.2. Priorização dos Problemas**

A priorização dos problemas foi feita junto aos agentes comunitários de saúde, analisando algumas características dos mesmos como: magnitude, importância, viabilidade e vulnerabilidade, utilizando métodos qualitativos e quantitativos, pontuando cada uma destas características. As pontuações variavam entre um e dez pontos. Foram priorizados os problemas com pontuações mais altas.

**Tabela 3 - Priorização de problemas de saúde da ESF São Vicente. 2014**

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Magnitude</b>	<b>Viabilidade</b>	<b>Vulnerabilidade</b>	<b>Soma</b>	<b>Prioridade</b>
Falta de adesão ao tratamento de pacientes idosos hipertensos	10	10	10	10	40	1
Diabetes Mellitus descompensada	10	10	7	7	34	3
Maus hábitos alimentares	8	7	5	2	22	8
Dependência a medicamentos psicoativos e drogas	10	10	8	7	35	2
Higiene pessoal e ambiental desfavorável	10	10	6	6	32	5
Repetição de prescrição a pacientes detentos	6	7	6	5	24	7
Alta incidência de depressão	9	8	8	8	33	4
Evasão escolar pelos adolescentes	6	5	5	4	20	9
Alto consumo de álcool	9	9	6	5	29	6
Úlceras do Pé diabético e Úlceras por pressão	7	7	7	4	24	7

### **1.6.3. Descrição do Problema**

O tema escolhido para ser abordado foi a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo de pacientes maiores de 60 anos. A área possui um total de 426 hipertensos acompanhados, dos quais 234 são idosos, 95 não são alfabetizados, 21 moram sozinhos. Há que se destacar que destes idosos, 88 apresentam complicações e 133 tem associação ao Diabetes Mellitus.

**Tabela 4- Descrição do problema priorizado. ESF São Vicente 2014.**

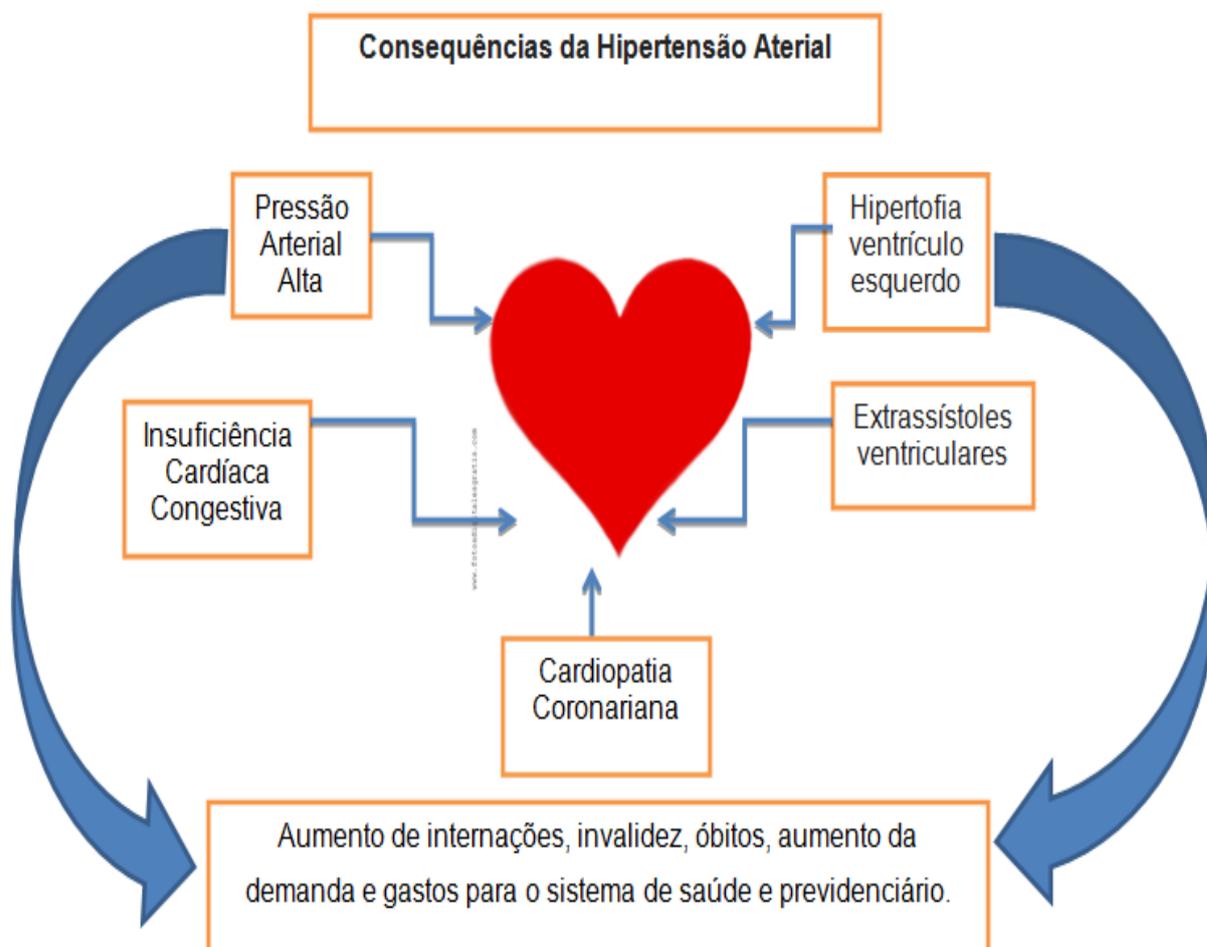
<b>Micro Área</b>	<b>Hipertensos idosos</b>	<b>Residem sozinhos</b>	<b>Paciente e/ou cuidador analfabeto</b>	<b>Complicações</b>	<b>Associação a Diabetes Mellitus</b>	<b>Não adesão ao tratamento</b>	<b>Não controlados</b>
Microárea 1	31	3	12	15	23	13	11
Microárea 2	35	2	15	13	21	16	9
Microárea 3	25	2	8	8	12	9	6
Microárea 4	26	1	14	9	16	15	8
Microárea 5	29	5	12	10	17	13	12
Microárea 6	27	1	11	6	15	12	9
Microárea 7	33	3	13	14	18	13	11
Microárea 8	28	4	10	13	11	11	12
<b>Total</b>	<b>234</b>	<b>21</b>	<b>95</b>	<b>88</b>	<b>133</b>	<b>102</b>	<b>77</b>

#### **1.6.4. Explicação do problema**

Neste passo são explicadas as principais causas ou fatores que influem diretamente no problema e em suas consequências.

- Possibilidades econômicas.
- A disponibilidade do fármaco.
- Organização dos serviços de saúde e a qualidade dos cuidados.
- Comunicação profissional de saúde-paciente.
- Satisfação com o atendimento recebido.
- Apoio familiar e social.
- Manifestações da doença.
- Complexidade do tratamento.
- Conhecimento e crenças sobre a doença e tratamento.
- Motivação para a saúde e bem-estar.
- Esquecimento do tratamento.
- Confrontos com a doença e compreensão das direções.
- Características psicológicas (qualidades volitivas, traços de caráter, hábitos e habilidades).
- Baixa escolaridade.

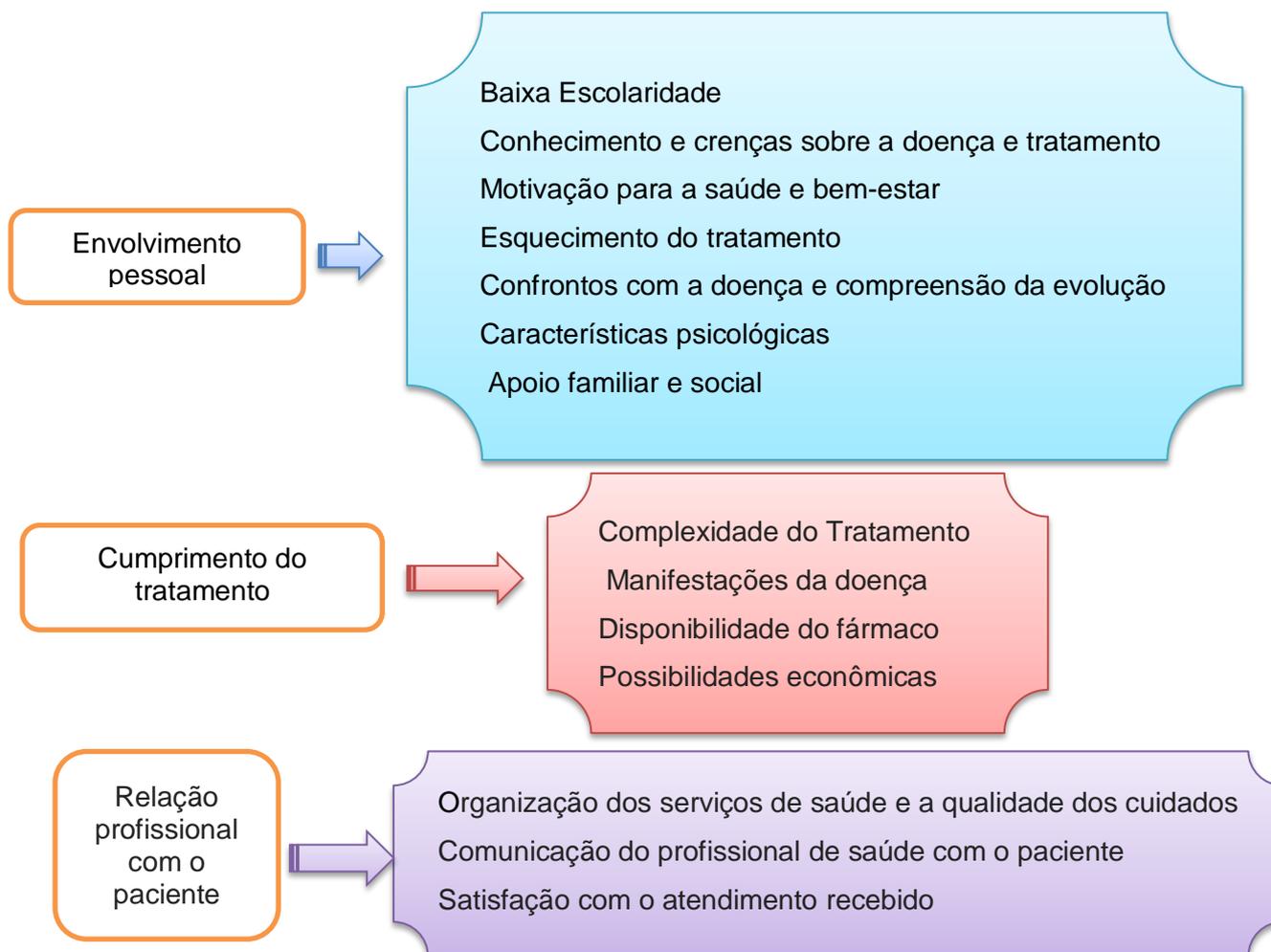
**Figura 3-** Consequências da Hipertensão Arterial.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2014.

### 1.6.5. Identificação dos nós críticos

Figura 4- Identificação dos Nós Críticos



A baixa adesão ao tratamento dos pacientes idosos hipertensos constitui um problema influenciado por fatores, que podem ser modificáveis, relacionados tanto com o envolvimento pessoal, cumprimento do tratamento e ao relacionamento dos profissionais da saúde com os pacientes. Há possibilidades de intervenção sobre estes fatores com ações educativas para atingir uma melhoria da adesão ao tratamento e da qualidade de vida destes pacientes.

## **2. JUSTIFICATIVA**

Fica clara a relevância da construção deste projeto pelo fato de existir, na área de abrangência em estudo, um alto índice de pacientes idosos com níveis pressóricos alterados. Tal descontrole pode ser pelo não cumprimento do tratamento farmacológico, bem como, o não farmacológico, além da baixa adesão ao grupo de educação em saúde Hipertensão, passividade das técnicas grupais usadas, entre outros.

Ressalta-se, ainda, que o desenvolvimento do projeto permitirá intervir sobre fatores de risco para o desenvolvimento da HAS, além de outras doenças, como o tabagismo, obesidade, sedentarismo e dislipidemias, visando a modificação de estilos de vida, controle da doença e melhora do conhecimento tanto da população como da equipe de saúde sobre a doença e forma de abordagem.

### **3. OBJETIVOS**

#### Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de pacientes idosos hipertensos da ESF São Vicente.

#### Objetivos específicos

Identificar as pessoas com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo na Equipe de Saúde da Família São Vicente.

Desenvolver uma intervenção educativa junto aos hipertensos para ampliar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

#### 4. METODOLOGIA

Este é um projeto de intervenção a ser desenvolvido na área de abrangência da ESF São Vicente do Município de Uberaba. O projeto envolverá 234 pacientes hipertensos maiores de 60 anos e tem como intuito melhorar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da doença.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Este método constitui um processo participativo onde cada momento deste permite a incorporação dos critérios de diferentes setores sociais e da população.

- Momento explicativo: Nesta etapa ocorre a identificação, análise e priorização dos problemas da área de abrangência com a participação da equipe e alguns atores sociais como membros do conselho de saúde, coordenador da unidade, professores da escola, líderes religiosos e outros membros da população.
- Momento normativo: A equipe junto com os participantes do diagnóstico situacional elaboraram propostas para dar solução a estes problemas.
- Momento estratégico: Realizou-se a análise da viabilidade das propostas através da identificação dos recursos críticos e formulação de estratégias para sua utilização.
- Momento tático operacional: Após a execução do plano das ações será feita sua avaliação.

Realizou-se uma proposta de intervenção embasada em revisões bibliográficas por meio da biblioteca virtual em saúde do Núcleo de Atenção Básica em Saúde da Família – NESCON; buscou-se literatura na base de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe (LILACS) e *Scientif Eletronic Library Online (SCIELO)*, DATASUS e IBGE, com o tema adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial. Foram utilizados os descritores “Hipertensão Arterial Sistêmica” “adesão ao tratamento” e “idoso”, selecionando, apenas, os artigos disponíveis nessas bases de dados entre os anos de 2008 e 2014.

Foram encontradas 98 publicações a partir da busca do material nas bases de dados. Definiu-se a exclusão das referências que não atendiam ao propósito do estudo, sendo utilizados apenas 11 artigos. Utilizaram-se referências da literatura

tradicional e a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Também foram utilizadas publicações do Ministério de Saúde como os Cadernos de Atenção Básica, Revista Brasileira de Hipertensão, Revista Brasileira de Medicina, Arquivos Brasileiros de Cardiologia, etc. As publicações foram estudadas, sendo que os artigos foram lidos na íntegra e analisados de acordo com as seguintes dimensões: identificação dos fatores de risco da HAS, conceitos, índices e métodos de avaliação da adesão; impacto social da não adesão e fatores que influenciam na adesão ao tratamento.

Para contemplar os objetivos, o projeto foi dividido por etapas, a saber:

- ✓ Etapa diagnóstica: Identificação dos idosos com dificuldade a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, bem como os fatores que dificultam a adesão à terapêutica. Tal etapa será executada através da revisão dos prontuários, discussão de casos com a equipe, exame clínico e as visitas domiciliares.
- ✓ Etapa de Intervenção: Realização de educação em saúde com usuários, familiar e profissional para que ocorra envolvimento de todos no cumprimento adequado do tratamento. Foram realizadas palestras educativas e oficinas temáticas como formas de intervenção sobre a doença e seus fatores de risco, visando um maior controle dos níveis pressóricos; priorizar consultas educativas focadas na educação em saúde, criação de espaços para discussão das dúvidas e consulta interdisciplinar com auxílio da psicologia, fisioterapia e educação física.
- ✓ Etapa de Avaliação: Avaliar e qualificar a adesão ao tratamento. Tal qualificação será caracterizada como Alta se houver acréscimo de 10% de pacientes; Média entre 5 e 9% e, Baixa, se menor que 5 %, de pacientes. Adesão ao tratamento será avaliada mediante o acompanhamento dos idosos com visitas semanais e consultas mensais, utilizando métodos indiretos, como relatório dos pacientes sobre a quantidade de comprimidos tomados por dia, opinião do médico baseada no resultado final do tratamento, o controle pressórico, contagem de comprimidos mensal onde o paciente deve retornar todos os frascos ou caixas entregues na visita.

## 5. REFERENCIAL TEÓRICO

As doenças crônicas não-transmissíveis, dentre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), apresentaram um crescimento significativo nas últimas décadas, sendo responsáveis por grande número de óbitos no mundo. A hipertensão arterial sistêmica é um problema de saúde pública que afeta cerca de 30% da população adulta e mais de 50% dos idosos no Brasil. Sua história natural é prolongada e, ao processo de cronicidade, associa-se uma multiplicidade de fatores como: longo curso assintomático, evolução clínica lenta e permanente, além do aparecimento de complicações (MAGALHÃES, BRANDÃO, POZZAN, 2010).

O principal significado clínico da hipertensão não é que é uma doença no sentido usual da palavra, mas indicando um risco futuro de doença vascular, que é, em princípio, controlável com o declínio do primeiro (DUENAS, 2011).

Para Duarte et al., 2014 a hipertensão arterial é uma doença crônica de origem multifatorial que apresenta elevada prevalência na população brasileira, constituindo-se com um sério fator de risco para o surgimento de doenças cerebrovasculares e cardíacas. A prevalência da hipertensão nos idosos é superior a 60%, tornando-se fator determinante na morbimortalidade dessa população, exigindo assim correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica.

Segundo a OMS (2002), é uma realidade que os indivíduos com hipertensão têm com o resto da população 7,5 vezes maior risco de sofrer um acidente vascular cerebral, seis vezes o risco de insuficiência cardíaca e 2,5 vezes de cardiopatia isquêmica.

Dados da OPAS, 2003, indicam que os agravos não transmissíveis são responsáveis do 59,5% dos óbitos anuais e que boa parte deles 17 milhões é causada por doenças cardiovasculares, sobretudo cardiopatias e acidentes vasculares cerebrais.

Silenciosa, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais prevalente doença vascular no mundo e o mais potente fator de risco para doenças cerebrovasculares, predominante causa de morte no Brasil. Em 2008, 2.969 óbitos foram registrados em excesso pelas doenças cerebrovasculares em comparação ao total de óbitos por doenças isquêmicas do coração; portanto, a importância social da HAS é incontestável (LESSA I, 2010, p470).

Por possuir um longo curso assintomático, sem consequências imediatas decorrentes da suspensão do tratamento, a HAS exige mudanças no estilo de vida e uso diário de medicamentos (PERES, MAGNA, VIANA, 2003).

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é, ao mesmo tempo, fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) e síndrome com manifestações próprias e características peculiares.

Estudos epidemiológicos concluíram que vários fatores de risco estão relacionados à hipertensão, dentro destes estão citados: idade, sexo, cor da pele, o património, as dietas ricas em sódio, oligoelementos, fatores socioculturais, alcoolismo, tabagismo, hiperlipidemia e doenças tais como a doença cardíaca isquêmica, doença cerebrovascular e diabetes mellitus (SEUHT. NATIONAL INSTITUTES OF HEARTH, 2008, p. 15).

Considerando-se que esta doença representa na população com elevada prevalência e graves consequências a médio e longo prazo é que o seu início foi reconhecido por outros autores como "Assassino Silencioso". Produção de alta letalidade tudo já mencionado, bem como incapacidade e redução da qualidade de vida, tanto pessoal como uma família, além dos problemas econômicos decorrentes da incapacidade de produzir em pacientes e cuidadores importa (PEREZ, 2013).

A Hipertensão Arterial no idoso está intimamente relacionada com grande número de eventos cardiovasculares e, conseqüentemente, à menor sobrevida. Uma pior qualidade de vida é fato nessa população, quando não tratada adequadamente. Vários estudos mostraram que tratar Hipertensão Arterial, independentemente da faixa etária, traz melhora na qualidade de vida e na sobrevida, diminuindo eventos e permitindo envelhecimento mais digno (BORELLI *et al.*, 2008, p. 236 - 239).

A importância da adesão ao tratamento é que os benefícios indubitáveis que os anti-hipertensivos podem trazer ao paciente está perdido, se eles não cumprem o mesmo. A importância da questão em que o mundo só controlar a pressão arterial entre cinco e 58% dos pacientes hipertensos que são prescritos tratamento é alcançado, um dos fatores mais importantes que influenciam a situação de baixa adesão ao tratamento é refletida (CURTO *et al.*, 2007, p. 76).

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI (DBH VI) conceituam Hipertensão Arterial Sistêmica como:

[...] uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se

frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais"(VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p1).

Ainda de acordo com essas mesmas diretrizes são considerados portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica indivíduos com pressão arterial igual ou superior a 140 x 90 mm Hg (Tabela 5) enquanto que para o "Guideline" Europeu de Hipertensão de 2013, a classificação dos indivíduos com hipertensão é a que está na Tabela 6. Nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial VI e Guideline Europeu os grupos identificados, respectivamente, como "Limítrofe" e "Normal Alto", assim foram definidos com a finalidade de aumentar a importância da necessidade de diagnosticar precocemente alterações do comportamento da pressão arterial na população em geral.

**Tabela 5 - Classificação do comportamento da Pressão Arterial, pela medida de consultório (> 18 anos) segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI**

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

\* Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

**Fonte:** Nobre et al. Hipertensão arterial sistêmica primária.

**Tabela 6 - Definição e classificação do comportamento da Pressão Arterial (em mmHg) nas medidas de consultório, segundo o "Guideline" das Sociedades Europeias de Cardiologia e Hipertensão Arterial 2013.**

<b>Categoria</b>	<b>Sistólica</b>		<b>Diastólica</b>
Ótima	< 120	e	< 80
Normal	120 – 129	e/ou	80 – 84
Normal Alta	130 – 139	e/ou	85 – 89
Grau 1	140 – 159	e/ou	90 – 99
Grau 2	160 – 179	e/ou	100 – 109
Grau 3	≥ 180	e/ou	≥ 110
Sistólica Isolada	≥ 140	e	< 90

**Fonte:** Nobre et al. Hipertensão arterial sistêmica primária.

A prevalência da hipertensão nos idosos é superior a 60%, tornando-se fator determinante na morbimortalidade dessa população, exigindo assim correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica. O controle da hipertensão se faz por meio de tratamento medicamentoso contínuo além de mudanças no estilo de vida, como prática de atividade física, alimentação saudável, entre outros, exigindo de seus portadores controle durante toda a vida, o que dificulta a adesão ao tratamento, gerando um sério problema de saúde pública (NOGUEIRA, FAERSTEIN, COELI, CHOR, LOPES, WERNECK, 2010).

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial pode se entendido como o grau de coincidência entre o comportamento do indivíduo e a prescrição do profissional de saúde, a qual abrange além da terapia medicamentosa os cuidados que envolvem o estilo de vida, sendo a adesão um processo comportamental complexo influenciado pelo meio ambiente, pelo sistema de saúde e pelos cuidados de assistência à saúde (BUSNELLO, MELCHIOR, FACCIN, VETTORI, PETTER, MOREIRA, et al., 2001).

Vale a pena assinalar que a aferição regular da pressão arterial, comparecimento ou não às consultas médicas e de enfermagem e interrupção do tratamento medicamentoso são variáveis objetivas que podem indicar o grau de adesão dos hipertensos ao tratamento.

Apesar de serem conhecidas a eficácia, a efetividade e a eficiência de várias das medidas preventivas e de controle disponíveis – farmacológicas ou não – provavelmente a elevação da prevalência da pressão arterial continuará, por décadas, representando um dos maiores desafios em saúde para o próprio

hipertenso e para a sociedade (KING, THOMAS, HABEEB, HARKINS, HARRELL, NOBLE, et al., 2003).

Dentre as dificuldades encontradas para o atendimento às pessoas hipertensas, a falta de adesão ao tratamento é reconhecida como uma das principais causas. Além desta, a adoção de práticas terapêuticas inadequadas contribui para que a maioria dos hipertensos diagnosticados não mantenha a pressão arterial sistêmica controlada.

A adesão ao tratamento é considerada um processo complexo, influenciado por fatores ambientais, individuais, de acolhimento por parte dos profissionais de saúde, no qual encontram-se comprometidas as dimensões biológica, sociológica e psicológica. Tais fatores são fortes determinantes da qualidade do cuidado prestado (PIRES, MUSSI, 2008).

Além destes, somam-se os fatores socioeconômicos, culturais e comportamentais dificultando ainda mais o processo de adesão (GIROTTI, et al., 2013).

Para Pierin et al., (2004), existem diferentes níveis de adesão. No nível mais elevado estão os aderentes propriamente ditos, aqueles que seguem totalmente o tratamento, e no lado oposto classificam-se os desistentes, aqueles que abandonam o tratamento. No grupo dos não-aderentes estão os pacientes persistentes, que até comparecem às consultas, porém não seguem o tratamento.

No que se refere aos fatores relacionados à terapêutica farmacológica e não farmacológica, a adesão ao tratamento da HA torna-se ainda mais difícil por ser esta uma doença crônica, o que requer tratamento por toda a vida e necessita da mudança de estilo de vida pelos seus portadores.

Assim, torna-se prioritário aos profissionais de saúde desenvolver e implementar estratégias que motivem o hipertenso a continuar uma determinada terapêutica, farmacológica ou não, bem como intervir junto aos pacientes como equipe multiprofissional. Tal panorama indica que o modo como as pessoas fazem seus tratamentos (mudanças dietéticas, comportamentais, estilo de vida e, em especial, uso de medicamentos) está entre os maiores desafios no enfrentamento da HAS.

Considera-se que a adesão ao tratamento da HAS é fundamental para que o paciente tenha melhor qualidade de vida e menor risco de complicações

cardiovasculares. Em decorrência, entende-se que manter a pressão arterial sistêmica sob controle constitui-se num indicador do cumprimento das prescrições recomendadas pelo médico e equipe de saúde.

Nobre et al. (2001) e Rocha (2003) apresentam alguns modelos teóricos sobre adesão: sociodemográficos, educacional, crença na saúde, estímulo das emoções, comportamental, autorregulação e relacional médico e demais profissionais da saúde versus paciente.

Modelo sociodemográfico: Relaciona a falta de adesão com variáveis sociodemográficas: idade, sexo, nível educacional e econômico, qualidade do serviço oferecido e acesso ao mesmo.

Modelo educacional: Promove adesão através de informações.

Modelo Crença na saúde: Despertar consciência no indivíduo sobre a possibilidade de ficar doente, da gravidade e risco de complicações.

Modelo estímulo das emoções: Despertar medo pela doença baseado em informações.

Modelo Comportamental: Mudanças de atitudes resultantes do estímulos do ambiente e de suas recompensas.

Modelo Autorregulação: Incorporação do conhecimento da doença, sua importância, seus riscos passando então para o planejamento da ação visando um comportamento desejado.

Modelo relacional: É o que tem maior contribuição para adesão, implica uma relação afetiva, amigável e de cumplicidade entre a equipe e o paciente.

No sentido pleno, uma boa adesão é mais do que comparecer a consultas, mais do que fazer uso de medicamentos quando necessário, mais do que adotar hábitos saudáveis de vida de uma maneira isolada. Uma boa adesão, de fato, é a soma de todos esses fatores, é uma atitude completa em relação à própria saúde e exige participação dos pacientes, não como objeto, mas como sujeito da ação (NOBRE, PIERIN & MION, 2001, p.65).

A adesão terapêutica do paciente hipertenso ao tratamento significa seguir a terapia indicada exatamente da forma que foi proposta pelos profissionais de saúde ao paciente idoso.

Essa adesão ao tratamento anti-hipertensivo compreende o grau de conhecimento do paciente e o comportamento dele diante das recomendações do profissional de saúde perante o regime terapêutico proposto para tratamento da HAS

crônica (BASTOS-BARBOSA, FERRIOLLI, MARIGUTI, NOGUEIRA, NOBRE, UETA, 2012). A adesão terapêutica anti-hipertensiva está relacionada a três fatores: o paciente hipertenso idoso estar consciente de sua condição de saúde e comprometido com o tratamento terapêutico, a participação dos profissionais de saúde através dos esclarecimentos e incentivos e o apoio familiar do paciente para o sucesso da terapia anti-hipertensiva (PEREIRA, BORGES, AMADEI, 2013).

A finalidade da adesão inicial do paciente à terapia anti-hipertensiva proposta é a manutenção de níveis pressóricos controlados da Pressão Arterial conforme as características do indivíduo e tem por objetivo diminuir o risco de doenças relacionadas ao aparelho circulatório, reduzir a morbidade, mortalidade, proporcionar a promoção à saúde e melhorar a qualidade de vida dos pacientes idosos portadores de HAS

A adesão não medicamentosa compreende as medidas primárias realizadas para controle dos fatores de risco para HAS. O tratamento não medicamentoso é considerado parte fundamental no controle da hipertensão e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares. Essas medidas envolvem mudanças no estilo de vida que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2013).

As principais estratégias para o tratamento primário não medicamentoso da HAS incluem: alimentação saudável, ricas em frutas, vegetais e pobres em gorduras totais e saturadas e controle do excesso de peso corporal (Manter IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m). São medidas, que, quando corretamente aplicadas, têm se mostrado capaz de reduzir a Pressão Arterial em indivíduos hipertensos.

As práticas de atividade aeróbica, por 30 minutos pelo menos três vezes por semana para esses pacientes, também têm se mostrado eficaz para o tratamento primário da hipertensão (GUEDES, ARAÚJO, LOPES, SILVA, FREITAS, ALMEIDA, 2011).

Os hipertensos idosos devem iniciar uma prática corporal gradativa e regular, pois a prática de atividade física pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais de morbidade e mortalidade contribuindo com o controle do peso e longevidade desses indivíduos. Outras atitudes que colaboram para o controle da HAS é a redução do consumo de álcool e tabagismo (PUCCI, PEREIRA, VINHOLES, PUCCI, CAMPOS, 2012).

O médico deve manter o paciente bem informado acerca dos efeitos decorrentes do uso de drogas anti-hipertensivas, principalmente quanto aos efeitos negativos na qualidade de vida. As consequências da não aderência incluem aumento dos sintomas, falha em atingir metas terapêuticas, ajustes desnecessários ao tratamento, insatisfação do paciente, frustração médica, e finalmente, maior impacto na morbidade, mortalidade e custos em saúde pública.

Portanto, quantificar a adesão ao tratamento medicamentoso pode auxiliar a equipe multiprofissional de saúde a definir estratégias específicas junto aos pacientes portadores de HAS, permitindo que este atinja melhores níveis de qualidade de vida.

Na prática assistencial, os profissionais que atuam nas Unidades de Saúde da Família exercem importante função tanto no controle e tratamento dos hipertensos quanto na prevenção de complicações e educação para a saúde, cujo espaço é local privilegiado para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde e detecção precoce de agravos (CARLOS, PALHA, VEIGA, BECCARIA, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família objetiva a reorganização da atenção básica na lógica da vigilância à saúde e traz uma concepção de trabalho em saúde baseada nos conceitos de qualidade de vida, responsabilização e vínculo entre as equipes e os usuários. Os membros da equipe vivenciam que parte dos pacientes hipertensos não apresenta adesão ao tratamento anti-hipertensivo, portanto se faz necessária a utilização de estratégias para superar este desafio em busca de melhor qualidade de vida aos hipertensos

## 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Propõe-se o seguinte plano de intervenção com ações de carácter comunitário e de forma interdisciplinar para estabelecer vínculos com os usuários e garantir que as instituições se responsabilizem pela atenção integral dos cidadãos.

**Tabela 7 - Desenho das operações.**

<b>Nó Crítico 1</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos Necessários</b>
<b>Envolvimento pessoal</b>	<b>Atenção ao indivíduo</b> Aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre a doença e importância do tratamento	População melhor informada sobre fatores de risco e consequência do não cumprimento do tratamento	Oficinas sobre fatores de risco, sintomas e sinais e tratamento da Hipertensão Arterial	Cognitivo: Informação sobre fatores de risco e agravos Organizacional: Agenda organizada
	Fornecer apoio psicológico e motivação para melhorar sua saúde	Aceitação negociada Participação ativa	Oficinas sobre autocuidado e auto – regulação durante trabalho com grupo HIPERDIA	Cognitivos: Conhecimentos sobre técnicas de comunicação e participação popular Financeiros: Distribuição de folhetos, cartilhas, etc.
	Avaliar agravos e controlar a evolução dos mesmos	Controle da doença e redirecionamento do tratamento	Busca ativa de sintomas e sinais de descompensação durante a visita domiciliar	Cognitivos: Conhecimentos da ESF sobre os principais sintomas e sinais de doenças decorrentes da Hipertensão.
	Avaliar a possibilidade de envolver a família no cuidado dos idosos com Hipertensão	Incrementar apoio da família e a comunidade	Dinâmicas familiares para envolver-los no cumprimento do tratamento dos pacientes	Cognitivo: Sobre técnicas de Educação em Saúde e Terapia Grupal

<b>Nó Crítico 2</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos Necessários</b>
<b>Cumprimento do tratamento</b>	<b>Responsabilidade e equidade</b> Avaliar Adesão ao tratamento	Controle da doença e redirecionamento do tratamento	Palestras sobre importância do cumprimento do tratamento	Cognitivos: Conhecimentos sobre tratamento e controle de agravos. Financeiros: Para distribuição de folhetos, cartilhas.
	Melhorar a infraestrutura organizacional das unidades sobre almoxarifado para distribuição de medicamentos às unidades	Garantir a disponibilidade dos medicamentos para o tratamento	Realizar levantamento de medicamentos disponíveis nas farmácia populares e farmácia UMS para tratamento da Hipertensão Arterial	Políticos: Decisão de colocar recursos nas farmácias da rede pública.
<b>Nó Crítico 3</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos Necessários</b>
<b>Relação profissional com o paciente</b>	<b>Organização dos serviços</b> Garantir a qualidade da consulta médica e de enfermagem	Incrementar a assistência dos pacientes na consulta e conseguir uma cobertura do 80% dos pacientes com Hipertensão Arterial.	Consulta Médica agendada com orientação individual e orientação em grupo desvinculada de programa educativo	Organizacional: Agenda organizada
	Melhorar a qualidade do trabalho da ESF com o grupo do HIPERDIA	Aumentar as atividades do grupo permitindo a participação ativa dos pacientes	Orientação em grupo vinculada a programa educativo em Grupo do HIPERDIA	Cognitivos: Conhecimentos sobre o trabalho com grupos
	Avaliar os conhecimentos da ESF sobre os temas	Conseguir uma melhor preparação da ESF e um melhor relacionamento dos pacientes com ESF	Educação continuada sobre relacionamento da ESF com os pacientes e sobre Hipertensão Arterial e seu tratamento.	Cognitivos: Conhecimentos sobre ética profissional, Hipertensão e consequências de não cumprimento do tratamento
	Avaliar a produtividade da interação da ESF com os pacientes	Atingir a aceleração da fila eletrônica para avaliação de especialidades. Aumentar quantidades de especialistas da rede pública	Colocação de recursos humanos capacitados na rede pública	Político: Decisão de colocar recursos humanos para a rede pública.

Se identificaram os recursos que são indispensáveis mas não estão disponíveis sendo importantes conhecê-los e criar estratégias para viabilizá-los.

**Tabela 8 - Identificação dos recursos críticos.**

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
Atenção ao indivíduo	Financeiros: Distribuição de folhetos, cartilhas, etc.
Responsabilidade e equidade	Financeiros: Para distribuição de folhetos, cartilhas, etc. Políticos: Decisão de colocar recursos nas farmácias da rede pública
Organização dos serviços	Político: Decisão de colocar recursos humanos para a rede pública.

Nesta etapa identificaram-se os atores que controlam os recursos críticos e o grau de motivação desses atores em relação aos objetivos visados e as ações estratégicas para motivá-los.

**Tabela 9- Análise de viabilidade do plano.**

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Controle dos recursos críticos</b>		<b>Ação estratégica</b>
		<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	
<b>Atenção ao indivíduo</b>	Financeiros: Distribuição de folhetos, cartilhas, etc.	Coordenador da Atenção Básica a Saúde	Favorável	Apresentação do plano de ação
<b>Responsabilidade e equidade</b>	Financeiros: Para distribuição de folhetos, cartilhas, etc.	Coordenador da Atenção Básica a Saúde	Favorável	Apresentação do plano de ação
	Políticos: Decisão de colocar recursos nas farmácias da rede pública	Secretário de saúde, Prefeitura Governo Estadual	Indiferente	Apresentação do Projeto
<b>Organização dos serviços</b>	Político: Decisão de colocar recursos humanos para a rede pública.	Secretário de saúde, Prefeitura Governo Estadual	Indiferente	Apresentação do Projeto

Nesta etapa se determinaram os responsáveis por cada operação, definindo os gerentes e o prazo da execução das ações

**Tabela 10- Elaboração do plano operativo**

<b>Operação</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>
<b>Atenção ao indivíduo</b>	População melhor informada sobre fatores de risco e consequência do não cumprimento do tratamento	Oficinas sobre fatores de risco, sintomas e sinais e tratamento da Hipertensão Arterial		Médica: Lidia Enfermeira: Adevânia Técnica em Enfermagem: Marisa	2 meses para iniciar atividades
	Aceitação negociada Participação ativa	Oficinas sobre autocuidado e auto – regulação durante trabalho com grupo HIPERDIA		Médica: Lidia Enfermeira: Adevânia ACS	2 meses para iniciar atividades
	Controle da doença e redirecionamento do tratamento	Busca ativa de sintomas e sinais de descompensação durante a visita domiciliar		Médica: Lidia Enfermeira: Adevânia Técnica em Enfermagem: Marisa	Quinze dias para começar
	Incrementar apoio da família e a comunidade	Dinâmicas familiares para envolvê-los no cumprimento do tratamento dos pacientes		Médica: Lidia Enfermeira: Adevânia	Quinze dias para começar
<b>Operação</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>
<b>Responsabilidade e equidade</b>	Controle da doença e redirecionamento do tratamento	Palestras sobre importância da adesão ao tratamento		Enfermeira: Adevânia Técnica em Enfermagem: Marisa ACS	Uma semana para o início do agendamento
	Garantir a disponibilidade dos medicamentos para o tratamento	Realizar levantamento de medicamentos disponíveis nas farmácias populares e farmácia UMS para tratamento da Hipertensão Arterial	Apresentação do Projeto	Enfermeira Adevânia Gerente da Unidade Secretário de saúde, Prefeitura	3 meses para apresentação do Projeto

<b>Operação</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>
<b>Organização dos serviços</b>	Incrementar a assistência dos pacientes à consulta e conseguir uma cobertura do 80% dos pacientes com Hipertensão Arterial.	Consulta Médica agendada com orientação individual e trabalho em grupo com orientação desvinculada de programa educativo		Médica Lidia	Quinze dias para começar
	Aumentar as atividades do grupo permitindo a participação ativa dos pacientes	Orientação em grupo vinculada a programa educativo em Grupo do HIPERDIA		Médica Lidia Enfermeira: Adevânia Técnica em Enfermagem: Marisa ACS	Quinze dias para começar
	Conseguir uma melhor preparação da ESF e um melhor relacionamento dos pacientes com ESF	Educação continuada sobre relacionamento da ESF com os pacientes e sobre Hipertensão e seu tratamento.		Médica: Lidia Enfermeira: Adevânia ACS	Quinze dias para começar
	Atingir a aceleração da fila eletrônica para avaliação por especialidades e aumentar a quantidades de especialistas da rede pública	Colocação de recursos humanos capacitados na rede pública	Apresentação do Projeto	Secretário de saúde, Prefeitura Governo Estadual	6 meses

Após o andamento, o plano operativo realizará monitoramento e avaliação do desenvolvimento do plano e cumprimento dos prazos propostos.

**Tabela 11- Gestão do plano.**

<b>Operação: Atenção ao indivíduo</b>					
<b>Coordenação: Lidia E. Garcia López. Avaliação após 6 meses da iniciação do projeto</b>					
<b>Produto</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>
Oficinas sobre fatores de risco, sintomas e sinais e tratamento da Hipertensão Arterial	Médica: Lidia Enfermeira: Adevânia Técnica em Enfermagem: Marisa	2 meses			
Oficinas sobre autocuidado e auto – regulação durante trabalho com grupo HIPERDIA	Médica: Lidia Enfermeira: Adevânia ACS	2 meses para iniciar atividades			
Busca ativa de sintomas e sinais de descompensação durante a visita domiciliar	Médica: Lidia Enfermeira: Adevânia Técnica em Enfermagem: Marisa	Quinze dias para começar			
<b>Operação: Responsabilidade e equidade</b>					
<b>Coordenação: Lidia E. Garcia López. Avaliação após 6 meses da iniciação do projeto</b>					
<b>Produto</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>
Palestras sobre importância da adesão ao tratamento	Enfermeira: Adevânia Técnica em Enfermagem: Marisa	Quinze dias para começar			
Realizar levantamento de medicamentos disponíveis na farmácia populares e farmácia UMS para tratamento da Hipertensão Arterial	Enfermeira Adevânia Gerente da Unidade Secretário de saúde, Prefeitura	3 meses para apresentação do Projeto			

---

**Operação: Organização dos serviços**

---

**Coordenação: Lidia E. Garcia López. Avaliação após 6 meses da iniciação do projeto**

---

<b>Produto</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>
Consulta Médica agendada com orientação individual desvinculada de programa educativo e trabalho em grupo com orientação desvinculada de programa educativo	Médica Lidia	Quinze dias para começar			
Orientação em grupo vinculada a programa educativo em Grupo do HIPERDIA	Médica Lidia Enfermeira: Adevânia Técnica em Enfermagem: Marisa ACS	Quinze dias para começar			
Educação continuada da ESF sobre relacionamento da ESF com os pacientes e sobre Hipertensão Arterial e seu tratamento e consequências de não cumprimento deste.	Médica: Lidia Enfermeira: Adevânia Técnica em Enfermagem: Marisa	Quinze dias para começar			
Colocação de recursos humanos capacitados na rede pública	Secretário de saúde, Prefeitura Governo Estadual	6 meses			

---

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo é de fundamental importância, pois a HAS é uma patologia que, quando não é adequadamente tratada e controlada, gera altos custos financeiros e sociais.

A adesão ao tratamento consiste no grau de concordância entre o comportamento que o paciente apresenta diante da sua patologia e a prescrição do profissional de saúde, a qual abrange além da terapia medicamentosa os cuidados que envolvem o estilo de vida.

O conhecimento sobre os fatores de adesão e não adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo contribui para novas estratégias no campo de promoção da saúde e para uma avaliação precisa e integral sobre este paciente, não apenas da adesão, mas dos fatores que influenciam a não adesão dos idosos a terapia anti-hipertensiva.

Os profissionais de saúde devem ampliar as estratégias para enfrentar a baixa adesão com destaque para aquelas que promovem o trabalho multidisciplinar, informações aos pacientes e o empoderamento do idoso em relação à hipertensão e à terapia anti-hipertensiva adotada no seu tratamento com maior interação dos profissionais de saúde com esse indivíduo e medidas que visam à adesão ao tratamento e mudanças nos hábitos de vida desses pacientes.

Outro ponto importante a ser considerado no estudo é a necessidade da ampliação da Promoção a Saúde para a prevenção da HAS entre os idosos, por se tratar de uma doença crônica, que, na maioria dos casos, não apresenta sintomatologia e estar diretamente relacionada com aumento da longevidade e estilo de vida dos pacientes. É necessário o investimento em políticas públicas com novas estratégias voltadas para abordagem da hipertensão junto aos idosos hipertensos ou não hipertensos

## 8. REFERÊNCIAS

BASTOS-BARBOSA RG, FERRIOLLI E, MARIGUTI JC, NOGUEIRA CB, NOBRE F, UETA J. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v 99, n 1, p 636-41. 2012

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS**. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília, 2007. Disponível em:<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro8.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro8.pdf)>. Acesso em: 04 jun. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=317010&idtema=67&search=minas-gerais|uberaba|censo-demografico-2010:-resultados-do-universo-caracteristicas-da-populacao-e-dos-domicilios>>. Acesso em: 02 maio 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Cidades**. Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317010>>. Acesso em: 07 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de saúde**. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acesso em: 19 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. 2012. Disponível em:<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_o\\_que\\_e.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php)>. Acesso em: 28 maio. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão arterial sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica nº 37. Brasília: Ministério da Saúde. 51 p. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB**. Disponível em:<<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 16 jun. 2014

BORELLI F. A. O.; *et al.* Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. **Rev Bras Hipertens**. vol.15, n. 4, p. 236-239, 2008.

BUSNELLO RG, MELCHIOR R, FACCIN C, VETTORI D, PETTER J, MOREIRA LB, *et al.* Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arq Bras Cardiol**. v 76 n 5, p 349-51. 2001

CAMPOS, F. C. C. ; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. . Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p

CARLOS PR, PALHA PF, VEIGA EV, BECCARIA LM. Perfil de hipertensos de um núcleo de saúde da família. **Arq Ciênc Saúde**. v 15, n 4, p176-81.2008.

CENTRO OPERACIONAL DE DESENVOLVIMENTO E SANEAMENTO DE UBERABA – CODAU. **História**. Disponível em:<<http://www.codau.com.br/historia.php> 2014>. Acesso em: 5 maio. 2014.

CURTO S; PRATS O; AYETERAN R. Factores de riesgo de HTA. **Rev Med Uruguay**. v. 20, p. 76-81. 2007

DUARTE et al. Tratamento ambulatorial da Hipertensão Arterial Sistêmica- Revisão da literatura. **Uningá Review**. v.17,n.2,pp.22-29 (Jan – Mar 2014)

DUENAS HERRERA, A. La hipertensión arterial. **Rev cubana med**, Ciudad de la Habana, v. 50, n. 3, sept. 2011. Disponível em: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232011000300001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300001&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 01 set. 2014.

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

GUEDES MVC, ARAÚJO TL, LOPES MVO, SILVA LF, FREITAS MC, ALMEIDA PC. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira Enfermagem**. v 64, n6, p 1038-42. 2011

KING DS, THOMAS JR, HABEEB GE, HARKINS KG, HARRELL TK, NOBLE SL, *et al*. Medication adherence in a southeastern hypertension clinic. **Am J Hypertens**. v16, n5, p 234A. 2003

LESSA I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cad. saude publica**. v 26, n 8, p 470-71. 2010

MAGALHÃES MEC, BRANDÃO AA, POZZAN R, *et al*. Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? **Rev Bras Hipertens**. v 17, n 2, p 93-7. 2010

NABUT, Jorge Alberto, coordenador, **Desemboque Documentário Histórico e Cultural**, Uberaba, 1986.

NOBRE F, PIERIN A, MION DJ. **Adesão ao tratamento: O grande desafio da Hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial; 2001.

OMS. **Serie de informes técnicos**. Prevención Primaria de la hipertensión arterial esencial. 2002, p.686.

PEREIRA LC, BORGES MS, AMADEI JL. Qualidade de vida de hipertensos usuários da rede pública de saúde. **Revista Saúde e Pesquisa**. v 6, n 2, p 295-303. 2013

PERES DS, MAGNA JM, VIANA LA. Arterial hypertension patients: attitudes, beliefs, perceptions, thoughts and practices. **Rev. saude publica.** v 37, n 5, p 635-42. 2003

PEREZ CABALLERO, M. D. Guías para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el siglo XXI. **Rev cubana med**, Ciudad de la Habana, v. 52, n. 4, dic. 2013. Disponível em:

<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232013000400008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000400008&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 01 set. 2014.

PIERIN AMG, GUSMÃO JL, CARVALHO LVB. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. **Hipertensão.** v 7 n. 3, p 100-3. 2004

PIRES CGS, MUSSI FC. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Cienc. saude colet.** v 13, n 2, p 2257-67. 2008

PONTES, H.A. **História de Uberaba e a Civilização do Brasil Central**, Academia de Letras do Triângulo Mineiro, 1970

Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** Disponível em:<[http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano\\_municipal\\_saude.pdf](http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2014b.

PUCCI N, PEREIRA MR, VINHOLES DB, PUCI P, CAMPOS ND. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. **Revista Brasileira Cardiologia.** v 25, n 4, p 322-29. 2012

ROCHA A. Adesão ao tratamento: o papel do médico. **Rev. Bras. Hipertens**, [ S.I.], v. 10, n. 3, jul./set. 2003

RODRIGUES SM, MACHADO CJ. Adesão do idoso ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: Revisão Integrativa\* **Cogitare Enferm.** v17, n1, p144-50. 2012. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/26389/17582> . Acesso: 30 out. 2015

SAMPAIO, Antônio Borges. **Uberaba; História Fatos e Homens**, Editora A. L T Mineiro, Uberaba, 1971.

SEUHT NATIONAL INSTITUTES OF HEARTH. Report of Joint National committee on Prevention, Detection, Evaluation and treatment of High Blood Pressure. **NIH Pub.** 2008.

SIEGEL D, LOPEZ J, MEIER J. Antihypertensive medication adherence in the department of veterans affairs. **Am J Med.** v 120, n 1, p 26-32. 2007

UBERABA. Prefeitura Municipal. **Localização.** Disponível em:<<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo,709> >. Acesso em: 13 mar. 2014a.

UBERABA. Prefeitura Municipal. **Plano Plurianual de Assistência Social: 2010-2013.** Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/cmas/arquivos/PPAS2010.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2014.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arq Bras Cardiol.** v 95, n 1, p 1-51. 2010