

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

MARIA ESTER MEDINA SALAS

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DESCOMPENSADA NO TERRITÓRIO DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA PARAGUAI, MINAS GERAIS.**

Montes Claros/ MG

2016

MARIA ESTER MEDINA SALAS

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DESCOMPENSADA NO TERRITÓRIO DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA PARAGUAI, MINAS GERAIS.**

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

Orientador: Prof. Virgiane Barbosa de Lima

Montes Claros/ MG

2016

MARIA ESTER MEDINA SALAS

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DESCOMPENSADA NO TERRITÓRIO DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA PARAGUAI, MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Examinador 1: Virgiane Barbosa de Lima

Examinador 2 – Prof.^a Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2016.

AGRADECIMENTOS

A minha Família, pelo carinho e apoio.

Aos professores, A minha orientadora Virgiane Barbosa De Lima.

A minha amiga Dra Maritza por sua valiosa ajuda.

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, Alejandra e Manuel Leblanc Medina.

RESUMO

Porteirinha é um município mineiro, onde está localizada a equipe de saúde Paraguai. Este trabalho se deve ao número significativo de usuários hipertensos adscritos ao território da equipe, onde a equipe atende em demanda espontânea vários usuários em situações urgentes e com níveis pressóricos alterados caracterizando a falta de: processo de trabalho adequado, falta de adesão aos medicamentos prescritos e estilos de vida contrários à doença. Esta intervenção foi elaborada para melhorar os níveis pressóricos dos hipertensos adscritos àquele território. Realizou-se o diagnóstico situacional reconhecendo-se os principais problemas enfrentados pela equipe de saúde, para planejar ações utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). As informações para esta intervenção foram coletadas nos prontuários, alguns registros da equipe, Sistema de Informação da Atenção Básica, consulta médica, durante as visitas domiciliares e observação ativa do território. A bibliografia utilizada foi: trabalhos científicos disponíveis nas base de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros. Na construção do diagnóstico situacional foi utilizado o método da Estimativa Rápida Participativa e durante a proposta do plano de ação identificou-se os nós críticos onde se observou a necessidade da realização deste projeto e da participação de toda a equipe multidisciplinar, realizando modificações no processo de trabalho da equipe. O uso supervisionado de medicamentos anti-hipertensivos, a adequação do processo de trabalho da equipe, a ampliação das atividades educativas, busca ativa e visita domiciliar são as ferramentas para esta intervenção. Também é fundamental rever o controle psicossocial e a relação entre profissionais da equipe de saúde com a gestão municipal.

Palavras-Chave: Hipertensão arterial sistêmica. Prevenção. Atenção Básica.

ABSTRACT

Porteirinha is a mining town, where is located the Paraguayan health team. This work is due to the significant number of hypertensive patients ascribed to the territory of team where the team meets in spontaneous demand multiple users in urgent and altered blood pressure situations characterizing the lack of: adequate work process, lack of adherence to prescription drugs and lifestyles against the disease. This intervention was designed to improve the blood pressure of hypertensive ascribed to that territory. We conducted the situational diagnosis recognizing the main problems faced by the health team to plan actions using the method of Situational Strategic Planning (PES). The information for this intervention were collected from medical records, some team records Information System of Primary, medical consultation, during home visits and active observation of the territory. The bibliography used was: scientific papers available in the database: Virtual Health Library, Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, SCIELO, among others. In the situation analysis was used the method of the Flash Estimate Participative and during the proposed action plan we identified the critical nodes where there was the need for realization of this project and the participation of the entire multidisciplinary team, performing modifications in the process of team work. Supervised use of antihypertensive medications, the adequacy of the team's work process, the expansion of educational activities, active search and home visits are the tools for this intervention. It is also essential to review the psychosocial control and the relationship between health team professionals with municipal management.

Key words- Hypertension. Prevention. Primary Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe Paraguai, município de Porteirinha/MG.

Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “Falta de processo de trabalho adequado” relacionado ao problema “elevado número de Hipertensão Arterial Sistêmica” na população do território sob-responsabilidade da Equipe de saúde da Família Paraguai em Porteirinha, Minas Gerais

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Falta de conhecimentos dos acometidos sobre a doença” relacionado ao problema “elevado número de Hipertensão Arterial Sistêmica” na população do território sob-responsabilidade da Equipe de saúde da Família Paraguai em Porteirinha, Minas Gerais.

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Falta de hábitos saudáveis e estilo de vida adequado da população” relacionado ao problema “elevado número de Hipertensão Arterial Sistêmica” na população do território sob-responsabilidade da Equipe de saúde da Família Paraguai em Porteirinha, Minas Gerais.

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico “Baixa adesão à terapia medicamentosa” relacionado ao problema “elevado número de Hipertensão Arterial Sistêmica” na população do território sob-responsabilidade da Equipe de saúde da Família Paraguai em Porteirinha, Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVO	16
4 MÉTODO	17
5 REVISÃO DE LITERATURA	18
6 PLANO DE AÇÃO	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

O município de Porteirinha possui 37 627 habitantes habitando 1.749,683Km² de área territorial, a qual se limita ao norte com Monte Azul, Mato Verde e Pai Pedro; ao sul, com Riacho dos Machados; a leste com Rio Pardo de Minas e Serranópolis de Minas e a oeste com nova Porteirinha e Janaúba. O município fica da capital mineira, Belo Horizonte 582 km, do Rio de Janeiro 1.012 km, da capital do país, Brasília 900 km, de Vitória no Espírito Santo 1.120 km, e da cidade polarizadora da região do Norte de Minas que é Montes Claros, 165 km (IBGE, 2016).

Um das versões que envolvem o município de Porteirinha está relacionado aos tropeiros Severino dos Santos, José Cândido e Galdino Teixeira, José Antônio da Silva, João Soares, João Pereira e José Miguel, foram os primeiros habitantes da atual Porteirinha e que ali chegaram à procura de ouro. Em seguida, estes personagens tornaram-se senhores de grandes extensões de terra e de escravos. Nestes trânsitos pelos sertões, os tropeiros possuíam como referência um ponto de parada a qual denominavam de "Porteirinha". Este nome surgiu de uma porteira que fechava a entrada de uma clareira circundada por macambira, onde os tropeiros prendiam seus animais e reses enquanto descansavam. Posteriormente, habitações foram se agregando ao distrito de Jatobá, transferindo-se para o povoado de São Joaquim de Porteirinha, atualmente conhecido como município de Porteirinha (IBGE, 2016).

De acordo com o portal da Prefeitura de Porteirinha, esta pertence à microrregião de Janaúba, e localiza-se na região Norte de Minas Gerais. Atualmente em sua extensão territorial vivem cerca de 3.700 famílias de agricultores familiares e com renda familiar “per capita” de 01 salário mínimo. Além disso, aproximadamente 50% da população é servida por água tratada pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), 30% com esgotamento sanitário e disposição final do lixo. Por outro lado, cerca de 90% recebe energia elétrica da Companhia Energética de Minas Gerais S.A. (CEMIG). No município a população utiliza de 04 agências bancárias, 04 estações de rádio e telefonia fixa. As principais atividades econômicas exercidas pelos porteirinhenses estão relacionadas à bovinocultura de corte e leite, agricultura familiar organizada em cooperativas e associações privilegiando a pequena produção de hortifrutigranjeiros, mel, produção de polpas, pequenas agroindústrias de leite e derivados (cana, mandioca e derivados); Cerâmica, telha e tijolos e prestadoras de serviços variados. No município de Porteirinha existem 76 escolas, onde 13 são estaduais, 56

municipais e 07 particulares e destas 03 são faculdades de Administração pública, enfermagem e letras (PREFEITURA DE PORTEIRINHA, 1998).

Quanto aos recursos para a saúde, os recursos investidos possuem o apoio dos dirigentes do Conselho Municipal de Saúde de Porteirinha, sendo que os mesmos se reúnem mensalmente na Secretaria Municipal de Saúde do município na Rua Doutor Clovis Fabio de Almeida, nº 71. Além disso, conforme o Sistema de Informação da Atenção Básica, em relação à atenção básica em Porteirinha existem 14 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 100 Agentes Comunitários da Saúde (ACS), 01 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), 01 Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), 01 Centro de Referência em Doenças Infecciosas, 01 Centro de Oftalmologia Social (COS), 01 Equipe em Saúde dos Trabalhadores, 13 Consultórios odontológicos em Centros de Saúde 01 Farmácia Popular e 01 hospital(São Vicente de Paula) filantrópico(SIAB, 2015). Outro recuso e para ampliar a abrangência e efetividade das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, houve a implantação de 05 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dando apoio as 14 Equipes de Saúde da Família existentes no município.

Contribuindo com cerca de 70% de cobertura de serviços prestados em saúde das 14 equipes de saúde existentes em Porteirinha, 06 delas prestam serviços na zona urbana e 08 na zona rural. O município aderiu ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como estratégia inicial para organização do território, cadastro das famílias, adoção de práticas de promoção e prevenção à saúde, fortalecendo os trabalhos dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Este trabalho refere-se ao Centro de Saúde Paraguai, que se localiza na zona norte da área urbana de Porteirinha e a 23 km de distância do centro da cidade. Seu horário de funcionamento é de 07h00min as 15h00min, onde trabalha 01 Médico, 01 enfermeiro, 06 ACS, 01 técnico em farmácia. O horário de trabalho da equipe respeita os horários de funcionamento da unidade, sendo que algumas atividades são realizadas em outros locais como no caso das visitas domiciliares, Centros Municipais de Educação Infantil (CEMEI), campanhas, etc. Na área de abrangência do Centro de Saúde Paraguai estão adscritas 531 famílias, totalizando 2021 habitantes sob-responsabilidade da equipe de saúde.

Dentre os equipamentos sociais e pontos de atenção à saúde existentes no território da equipe Paraguai destacam-se os 02 Centros Municipais de Educação Infantil, as áreas de lazer existentes no bairro, que, embora sejam poucas opções, existe a Praça, bastante arborizada; a quadra do CRAS, onde as crianças podem praticar vários tipos de esporte, com futebol; e o espaço em frente à igreja católica, onde são realizadas várias festas. Por outro lado, dentro do território da equipe, existem algumas áreas ou aglomerados onde vivem pessoas em situação de exclusão social e ainda locais com várias casas em um mesmo lote, compartilhando um mesmo banheiro. As ruas do território não estão asfaltadas, porém 100% dos domicílios possuem energia elétrica, serve-se de água fornecida pela rede pública de abastecimento e destinam seu lixo à coleta pública municipal e o esgoto ao sistema da rede pública.

O centro de saúde Paraguai, funciona em espaço próprio, contendo salão de recepção, com área para espera de pacientes equipada com cadeiras, bebedouro, 02 consultórios, clínicos, 02 banheiros para uso da população (masculino e feminino).

As visitas domiciliares são realizadas uma vez na semana e o planejamento das ações é realizado mensalmente pelos profissionais da equipe que mantém um bom relacionamento entre si além de seus membros serem unidos para estas funções. Nas urgências o paciente recebe os primeiros atendimentos no Centro de Saúde e se necessário são encaminhados para o Hospital do município através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Macro norte, bem como os encaminhamentos aos municípios conveniados em rede.

Um dos fatores que auxiliam o processo de trabalho na equipe do Centro de Saúde Paraguai são a presença e o trabalho dos profissionais do núcleo de apoio à Saúde da Família constituído de psicólogo, nutricionista e educador físico estendendo o trabalho da equipe, porém de forma especializada para o atendimento no Centro de saúde e visitas aos pacientes quando necessário. Além disso, sua presença nos grupos operativos e nas visitas domiciliares auxilia e dá seguimento às indicações médicas. Outro recurso importante é a presença do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que funciona no município recebendo os pacientes encaminhados pela equipe Paraguai, o transporte para casos urgentes, visitas domiciliares e encaminhamentos disponíveis no centro de saúde; farmácia; A união e trabalho articulado dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Por outro lado, dificultando a realização do trabalho na equipe Paraguai pode ser citado a falta do prontuário eletrônico. Na rotina da equipe, se o usuário necessitar de

avaliação de especialistas, os mesmos são encaminhados, mediante um relatório e o agendamento da consulta no sistema, que é feito pelos funcionários da secretaria de saúde. Já o especialista muitas vezes não envia algum retorno ou contra-referencia perdendo-se o atendimento previamente iniciado. Os exames mais simples são realizados no município e os mais complexos encaminhados para municípios conveniados com certa demora no retorno dos resultados.

Além do propósito de enfrentar as desigualdades na distribuição de médicos e o fortalecimento da atenção básica, o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), visa ainda a mudança da formação médica. Para instituir o programa em todo o Brasil foi realizada uma análise comparativa entre os modelos de organização de serviços da Austrália, Estados Unidos da América e Brasil e a inclusão de estratégias que “incluem: políticas de regulação, tais como serviço obrigatório; incentivos monetários, tais como bolsas de estudo; e incentivos não monetários, como extensão de visto de permanência para estrangeiros”(OLIVEIRA et al, 2015, p. 624). Como participante do PMMB, iniciei meu trabalho no mês de fevereiro do ano de 2014 na equipe do Centro de Saúde Paraguai no município de Porteirinha, Minas Gerais.

De acordo com as regras do programa, os profissionais contratados devem ser matriculados em um curso na modalidade à distância para os profissionais de saúde, com supervisão de instituições de ensino reconhecidas no país. Assim, fui selecionada para realizar pós-graduação em saúde da família matriculada no Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família (CEESF) oferecida pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA- SUS). O CEESF dividindo-se em 3 unidades didáticas, na Unidade Didática I(UDI) oferta a disciplina de Planejamento e avaliação das ações em saúde, que descreve a realização do diagnóstico situacional do território das equipes de saúde. A equipe do Centro de Saúde Paraguai tendo realizado este diagnóstico em seu território, identificou os problemas mais frequentes utilizando-se de dados do Ministério da Saúde, registros da equipe e ações presentes na rotina dos profissionais, bem como sua relação com a população durante as visitas domiciliares, reuniões dos grupos operativos, consulta médica e seus respectivos prontuários. Assim, a equipe percebeu os principais desafios existentes e analisando o diagnóstico, relacionou os principais problemas de saúde que vem acometendo a população, caracterizados pela hipertensão, diabetes, parasitismo e depressão.

Para este trabalho, foi selecionada a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), pois além de ser o problema que foi encontrado repetindo-se é o que mais afeta o processo de trabalho

da equipe, já que os indivíduos que sofrem da doença desconhecem os fatores que a norteiam, deixando de ser acompanhados, embora recebam a consulta médica e o medicamento prescrito. Assim, o usuário procura o serviço do centro de saúde em busca de contínuas consultas e prescrições, não dando seguimento a nenhum deles, mantendo na maioria das vezes os mesmos sintomas, remetendo-os ao risco cardiovascular. Percebendo-se a grande quantidade de pacientes que procuram o Centro de Saúde com níveis pressóricos elevados, foi proposto um projeto de intervenção para promover melhoria da saúde destes usuários, que vivem no território do Centro de Saúde Paraguai em Porteirinha, estimulando a população sob-risco a compreender a importância de se evitar os fatores de riscos para a doença informando sobre seus sintomas e da necessidade de mudanças em seu estilo de vida, estimulando a redução do sedentarismo através de atividades físicas e mentais, alimentação adequada e atividades laborais, visando a transformação de hábitos, promovendo e recuperando a qualidade de vida.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho foi realizado em decorrência significativa presença de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) que vivem na área de abrangência do Centro de Saúde Paraguai em Porteirinha, Minas Gerais. A equipe escolheu este problema dentre os vários existentes, pois nesse momento foi o que a mesma possui governabilidade, urgência em resolvê-lo além de capacidade de enfrentamento, dada a identificação de alguns nós críticos como a falta de conhecimento sobre os fatores de risco, a falta de alimentação adequada, o sedentarismo e a baixa adesão aos medicamentos prescritos.

A HAS caracteriza-se pela presença de níveis tensionais elevados, de entidade clínica multifatorial que frequentemente está associada a alterações metabólicas e hormonais e à hipertrofias cardíaca e vascular. Com prevalência elevada, estima-se que cerca de 20% da população brasileira adulta se encontre hipertensa, sendo que atualmente já são verificados alguns casos entre crianças e adolescentes (KOHLMANN et al, 1999).

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de Intervenção visando a redução do elevado número de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica descompensados no território do Centro de Saúde Paraguai no município de Porteirinha, Minas Gerais.

4 MÉTODO

Para o desenvolvimento desta proposta e para determinar o problema prioritário, os nós críticos e plano de ação, foram utilizados os 10 passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) descrito no módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde utilizada no CEESF (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A fundamentação teórica para a realização deste trabalho baseou-se em uma revisão narrativa de literatura através de trabalhos encontrados em bases bibliográficas da Biblioteca virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros, utilizando-se os descritores de saúde: Hipertensão arterial sistêmica, Prevenção e Atenção Básica. Já os demais dados utilizados neste trabalho foram encontrados nos registros da equipe, informações da secretaria de saúde do município de Porteirinha e pela observação ativa do território onde vivem os usuários do Centro de Saúde Paraguai em Porteirinha, Minas Gerais.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, representando assim um importante problema de saúde pública no Brasil e em todo o mundo (BRASIL, 2006), além de significar elevados custos médicos e socioeconômicos resultantes das referidas complicações (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

Define-se Hipertensão Arterial como a “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, p.14). Trata-se de uma doença crônica que pode ser influenciada pelo comportamento do indivíduo, aceitação da doença pelo portador, controle e conhecimento da doença e mesmo pelo aparecimento de complicações (PESSUTO; CARVALHO, 1998). As autoras no mesmo trabalho descrevem que,

[...] fatores, considerados fatores de risco que, associados entre si e a outras condições, favorecem o aparecimento da hipertensão arterial, sendo: idade, sexo, antecedentes familiares, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, tabaco, anticoncepcionais, alimentação rica em sódio e gorduras(PESSUTO; CARVALHO, 1998, p. 33).

A HAS é um agravo cuja evolução está associada a um conjunto de fatores que atuam de forma gradativa que são conhecidos como fatores de risco para a hipertensão, que podem ser modificáveis (onde a hipertensão torna-se evitável na maioria dos casos ou com alta probabilidade de controle quando instalada). Por outro lado os fatores não modificáveis se referem à etnia, idade, sexo e predisposição genética. Outros fatores como os ambientais e socioeconômicos dificilmente são modificáveis, mesmo assim, ações e a atenção do profissional são necessárias. Já o uso do sódio, álcool, obesidade e sedentarismo que são comportamentos passíveis de modificações resultando na redução o risco para hipertensão (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012). Reiners e demais autores define em seu trabalho que,

[...] Doenças crônicas não-transmissíveis são um grupo de doenças com história natural prolongada, caracterizada por: multiplicidade de fatores de risco complexos; interação de fatores etiológicos desconhecidos; longo período de latência; longo curso assintomático; manifestações clínicas, em geral de curso crônico, com períodos de remissão e exacerbação e evolução para incapacidades(LESSA, 1994 apud REINERS et al, 2008, p. 2300).

Como doença crônica, a HAS é uma doença que requer controle, acompanhamento e tratamento durante toda a vida através de medidas farmacológicas e não farmacológicas (REINERS et al, 2012 apud RADOVANOVIC et al, 2014). Assim, o tratamento, requer além

do controle dos seus fatores de risco a adesão ao tratamento, sendo que a baixa adesão ao tratamento está diretamente relacionada à baixa adesão à terapia medicamentosa, estando esta associada na maioria dos casos a serviços de saúde especializados (GIROTTTO et al, 2013).

O consumo exagerado de medicamentos é um problema preocupante para profissionais e autoridades de saúde, na mesma proporção da não-adesão ao tratamento medicamentoso prescrito dentre outros fatores que afetam o uso racional de medicamentos (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Com os altos índices de mortalidade provocada pela HAS e os baixos níveis de controle da pressão arterial, alguns fatores podem interferir na adesão ao tratamento e dentre eles o conhecimento existente a respeito da HAS e das medidas de controle, que são elementos capazes de reduzir drasticamente óbitos decorrentes da doença, quando devidamente aplicados (LEÃO e SILVA, 2013).

A adesão é “caracterizada como a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o tratamento de saúde” (HORWITZ e, HORWITZ, 1993 apud JESUS et al, 2008, p. 60). No mesmo trabalho e por outro lado,

[...] A falta de adesão ao tratamento é um impedimento para o alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir se em uma fonte de frustração para os profissionais de saúde. O enfermeiro como elemento chave do processo assistencial aos hipertensos deve conhecer as características dessas pessoas e suas reais necessidades para que a partir delas, estratégias sejam implementadas para a obtenção de maior grau de adesão ao tratamento e o consequente controle dos níveis tensionais (JESUS et al, 2008, p. 60).

O tratamento da hipertensão arterial visa reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular do hipertenso, utilizando-se de medidas não-farmacológicas isoladas, ou associadas a fármacos anti-hipertensivos. Estes últimos servem para reduzir os níveis tensionais e /ou eventos cardiovasculares fatais ou não (BRASIL, 2006). Neste mesmo caderno, são citados ainda os princípios gerais do tratamento medicamentoso da HAS:

[...] O medicamento anti-hipertensivo deve: – Ser eficaz por via oral; – Ser bem tolerado; – Permitir a administração em menor número possível de tomadas, diárias, com preferência para posologia de dose única diária. • Iniciar com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente. Deve-se levar em conta que quanto maior a dose, maiores serão as probabilidades de efeitos adversos. • Pode-se considerar o uso combinado de medicamentos anti-hipertensivos em pacientes com hipertensão em estágios 2. • Respeitar o período mínimo de quatro semanas, salvo em situações especiais, para aumento de dose, substituição da monoterapia ou mudança da associação de fármacos. • Instruir o paciente sobre a doença hipertensiva, particularizando a necessidade do tratamento continuado, a possibilidade de efeitos adversos dos medicamentos utilizados, a planificação e os objetivos terapêuticos. • Considerar as condições socioeconômicas (BRASIL, 2006, p. 28).

Por outro lado, as medidas não farmacológicas se referem às mudanças no estilo de vida capaz reduzir a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular através da prevenção primária da HAS, para principalmente indivíduos com pressão arterial limítrofe. Mudanças de estilo de vida e a adoção de hábitos saudáveis de vida se adotados desde a infância e adolescência, considerando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Sistema Único de Saúde (SUS) é apresentado como a porta de entrada para o Sistema de Atenção Básica à Saúde (ABS), onde cerca de 80% das necessidades de saúde da população de um território podem ser abordadas de forma resolutiva. A ABS no Brasil se desenvolve preservando-se a descentralização e capilaridade, situando-se o mais próximo possível da vida das pessoas. Além disso, trata-se do contato preferencial dos usuários sendo a “porta de entrada” e comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. A ABS ainda se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Já as Unidades Básicas de Saúde, localizam-se preferencialmente próximas de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e são consideradas primordiais na garantia de acesso da população à atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2012). A política ainda se refere às atribuições de todos os profissionais envolvidos:

[...]I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; II - Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; III - Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros); IV - Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; V - Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde; VI - Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo; VII - Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; VIII - Responsabilizar-se pela população adscrita,

mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde; IX - Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade; Política Nacional de Atenção Básica 45 X - Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis; XI - Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho; XII - Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica; XIII - Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; XIV - Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe; XV - Participar das atividades de educação permanente; XVI - Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; XVII - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e XVIII - Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2012, p. 43).

O Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil aparece no cenário de saúde como estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, de acordo com princípios do Sistema Único de Saúde, visando atender as necessidades de saúde das populações. O PSF passou a ser um centro de atenção aos indivíduos independente se doente ou não, introduzindo os processos de intervenção em saúde através de ações preventivas a partir de um novo modelo de atenção (ROSA; LABATE, 2005). As autoras se referem a modelo de atenção como,

[...] “um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só tecnologia” (CAMPOS, 1997 apud ROSA; LABATE, 2005, p. 1028).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) implicou na reorganização da atenção básica no Brasil, dando evolução aos preceitos do Sistema Único de Saúde, e para as autoridades competentes trata-se de uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica porque proporcionou a reorientação do processo de trabalho das equipes de saúde aprofundando-se os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliando a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades a custo/efetividade satisfatórios. Para proporcionar a reorganização das práticas de trabalho, podem ser utilizados recursos como o Diagnóstico da saúde da comunidade, Planejamento/programação local, Complementariedade, Abordagem multiprofissional. Educação continuada, Estímulo à ação intersetorial, Acompanhamento e avaliação e o Controle social (BRASIL, 2012).

Conforme descrito no trabalho de Mano e Pierin(2005), embora o controle da HAS seja proposto pela ESF, os mesmos ainda são considerados baixos e que possuem uma relação direta com a baixa adesão ao tratamento. Deve-se assim, promover esta adesão ao tratamento da hipertensão arterial, através de estratégias de elevação do controle da doença para as instituições de saúde e para melhorar o tratamento nesse nível de intervenção. Os profissionais das equipes, contam com vagas disponibilizadas nas instituições terciárias, reduzindo o número de acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca congestiva, doença renal e doença arterial coronária, que são complicações decorrentes do controle inadequado da hipertensão arterial. Além disso, as equipes podem mudar o “modelo de assistência à saúde no seu território, através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e/ou contínua”(MANO; PIERIN, 2005, p. 270). Os manuais editados pelo Ministério da Saúde podem ser utilizados e permitem que os profissionais de saúde façam a detecção precoce da hipertensão arterial através de medidas regulares da pressão arterial, bem como tratando da prevenção e controle das demais doenças crônicas, pois, permite o acesso dos profissionais de saúde às famílias de hipertensos favorecendo atividades de prevenção, incentivando os portadores da doença e seus familiares a adotarem hábitos de vida saudáveis, contribuindo com o controle e evitando as complicações da doença (MANO; PIERIN, 2005).

6 PLANO DE AÇÃO

Primeiro passo: definição dos problemas

Segundo Campos; Faria e Santos, (2010) para iniciar o planejamento de uma ação primeiramente é necessário identificar o problema a ser enfrentado. Nesta proposta de intervenção, para elaborar o plano de ação é necessário inicialmente conhecer o território onde se pretende desenvolver as ações em saúde, os problemas de saúde mais comuns vivenciados no território, suas causas e o impacto que representam para a população adscrita. De maneira geral, os problemas encontrados são muitos e de natureza variada sendo então necessário priorizá-los uma vez que dificilmente a equipe conseguiria resolver todos ao mesmo tempo. Além disso, faz-se necessário verificar a capacidade de enfrentamento, a importância e urgência do problema, para depois se propor formas de enfrentar aquele que naquele momento foi considerado prioritário (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Na área de abrangência da equipe Paraguai, no município de Porteirinha, identificou-se os seguintes problemas:

- a) Alto índice de doenças crônicas não transmissíveis principalmente a Hipertensão Arterial Sistêmica.
- b) Alto índice de tabagistas e consumo de bebida alcoólica.
- c) Presença de parasitismo Intestinal.
- d) Dislipidemias.
- e) Alto número de adolescentes grávidas
- f) Uso irracional de medicamentos.

Segundo passo: priorização de problemas

Analisando a relevância do problema, urgência em sua resolução e capacidade de enfrentamento, a equipe selecionou e priorizou os problemas encontrados, e dessa forma, elegeu-se o alto índice de doenças crônicas não transmissíveis principalmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) para se propor uma intervenção de forma a impactar o problema e melhorar a qualidade de vida dos acometidos.

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe Paraguai, município de Porteirinha/MG.

Priorização dos Problemas Equipe Paraguai, município de Porteirinha/MG				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto índice de Hipertensão Arterial Sistêmica.	Alta	7	Parcial	1
Dislipidemias	Alta	6	Parcial	1
Presença de parasitismo Intestinal.	Alta	5	Parcial	2
Alto índice de tabagistas e consumo de bebida alcoólica.	Alta	5	Fora	5
Alto número de adolescentes grávidas	Alta	4	Fora	4
Uso irracional de medicamentos.	Alta	4	Parcial	3

Fonte: Própria autora

A alta incidência da Hipertensão Arterial Sistêmica foi escolhida como o problema a ser enfrentado primeiramente, em função de sua urgência, importância e capacidade de enfrentamento pela equipe Paraguai.

Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Para este trabalho, foi selecionada a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), pois além de ser o problema que foi encontrado repetindo-se é o que mais afeta o processo de trabalho da equipe Paraguai. Para descrição do problema priorizado foram utilizados os dados observados naquele território, alguns dados disponíveis no SIAB e nos registros da equipe. Outros dados importantes, foram produzidos pela observação ativa do território, entrevistas com pessoas que vivem na comunidade e nos encontros dos profissionais da equipe e usuários que foram discutidos durante as reuniões que a equipe promove periodicamente.

Quarto passo: explicação do problema

Já que os indivíduos que são portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica no território da equipe Paraguai desconhecem os fatores que norteiam a doença, deixando de ser acompanhados, embora recebam a consulta médica e o medicamento prescrito. Assim, o usuário procura o serviço do centro de saúde em busca de contínuas consultas e prescrições, não dando seguimento a nenhum deles, muitas vezes com sobreposições de tomadas de

medicamentos, mantendo na maioria das vezes os mesmos sintomas e muitas vezes remetendo-os ao risco cardiovascular. Além disso, quando questionados sobre hábitos e estilos de vida, observou-se a elevada ingestão de sal, alimentos calóricos e excessivo consumo de álcool, estando estes últimos relacionados ao desenvolvimento de obesidade, que estão diretamente relacionados à elevação da pressão arterial, o estresse psicológico e o sedentarismo que também tem participam da rotina dos acometidos. Percebendo-se a grande quantidade de pacientes que procuram o Centro de Saúde com níveis pressóricos elevados, foi proposto um projeto de intervenção para promover melhoria da saúde destes usuários, reorganizando o serviço para que vivem no território do Centro de Saúde Paraguai em Porteirinha.

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Para o problema elevado números de Hipertensão Arterial Sistêmica no território da equipe Paraguai, foram selecionados os nós críticos envolvidos no enfrentamento do problema que são:

- Falta de um processo de trabalho adequado para a equipe (orientações adequadas dos pacientes nas visitas domiciliares diante a educação permanente e falta de controle e monitoramento do cumprimento de tratamento médico, dificuldade na capacitação sobre hipertensão)
- Falta de conhecimentos dos acometidos sobre a doença
- Falta de hábitos saudáveis e estilo de vida adequado da população (sedentarismo, alimentação rica em lipídios).
- Baixa adesão à terapia medicamentosa (falta de orientação sobre posologia e modo de usar).

Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “Falta de processo de trabalho adequado” relacionado ao problema “elevado número de Hipertensão Arterial Sistêmica” na população do território sob-responsabilidade da Equipe de saúde da Família Paraguai em Porteirinha, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falta de processo de trabalho adequado
Operação	Reorganizar a agenda determinando atribuições, adequações e responsabilidades de cada profissional; educação permanente/continuada.
Projeto	Trabalhando para sua saúde
Resultados esperados	Processo de trabalho reorganizado para atender a demanda; desenvolver a escuta qualificada; aumentar o número de reuniões do grupo operativo de hipertensos; Regularizar as reuniões entre a equipe e sua articulação.
Produtos esperados	Equipe que procura reorganizar seu processo de trabalho
Atores sociais/ responsabilidades	Todos os profissionais da equipe
Recursos necessários	Estrutural: Local para reuniões Cognitivo: Recuperar conceitos e modificar comportamentos Financeiro: Político: Capacidade de convencimento para participação nas reuniões
Recursos críticos	Necessidade /conscientização de aprimorar o processo de trabalho
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Médico (Multiplicador dos conhecimentos adquiridos) Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessário
Responsáveis:	Médico e enfermeiro (Multiplicadores dos conhecimentos adquiridos)
Cronograma / Prazo	Reunião quinzenal/ início em 2 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Durante as reuniões da equipe, repassar os conteúdos e onde devem ser aplicados.

Fonte: Própria autora

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Falta de conhecimentos dos acometidos sobre a doença” relacionado ao problema “elevado número de Hipertensão Arterial Sistêmica” na população do território sob-responsabilidade da Equipe de saúde da Família Paraguai em Porteirinha, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Falta de conhecimentos dos acometidos sobre a HAS
Operação	Reorganizar a agenda adequando o conteúdo sobre a hipertensão a atividades plásticas e dinâmicas como roda de conversa e figuras (adaptar ao alto índice de analfabetismo).
Projeto	Conhecendo a HAS
Resultados esperados	Pacientes que reconhecem os riscos de ser hipertenso e a relação entre o comportamento de risco e a doença crônica; desenvolver a capacidade de o paciente relacionar os níveis elevados de pressão com os hábitos de vida.
Produtos esperados	Hipertenso que procura reorganizar sua vida e assume o controle da sua doença
Atores sociais/ responsabilidades	Enfermeiro e equipe multidisciplinar
Recursos necessários	Estrutural: Local para reuniões Cognitivo: Capacidade de internalizar o problema e modificação de hábitos Financeiro: Compra de materiais para produção de avisos e cartazes Político: Relacionamento entre os profissionais da equipe e usuários
Recursos críticos	
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Médico e enfermeiro Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Problematização e trocas de experiências
Responsáveis:	Médico para propor a necessidade de modificação de hábitos. Enfermeiro para proporcionar as discussões e erradicação de dúvidas Equipe multidisciplinar com conhecimentos específicos
Cronograma / Prazo	Apresentar o projeto para a equipe e equipe multidisciplinar
Gestão, acompanhamento e avaliação	Enfermeiro que delega aos ACS a busca ativa de pessoas infrequentes ou com níveis pressóricos alterando.

Fonte: Própria autora

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Falta de hábitos saudáveis e estilo de vida adequado da população” relacionado ao problema “elevado número de Hipertensão Arterial Sistêmica” na população do território sob-responsabilidade da Equipe de saúde da Família Paraguai em Porteirinha, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Falta de hábitos saudáveis e estilo de vida adequado da população
Operação	Orientar o hipertenso sobre sedentarismo, alimentação rica em lipídios, álcool e tabagismo.
Projeto	Alimento legal
Resultados esperados	Hipertensos que conseguem reduzir o consumo de alimentos calóricos; equipe que consegue sensibilizar a necessidade de se realizar exercício físico como a caminhada (pois a unidade não possui espaço para outras atividades); estimular o consumo de verduras e frutas produzidas pela comunidade
Produtos esperados	Usuário que reorganiza os hábitos alimentares e atividades físicas
Atores sociais/ responsabilidades	Todos os profissionais da equipe, nutricionista e educador físico do NASF
Recursos necessários	Estrutural: Local para reuniões Cognitivo: Capacidade de internalizar o problema e modificação de hábitos alimentares e sedentários Financeiro: Compra de sementes e outros materiais necessários para produção de legumes e hortaliças Político: Relacionamento entre os profissionais das equipes e usuários
Recursos críticos	Conseguir sementes e materiais para a produção da horta
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	
Responsáveis:	Médico para propor o projeto Enfermeiro para moderar ACS para acompanhar o processo de produção
Cronograma / Prazo	Início em 2 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médico e enfermeiro que voltarão periodicamente ao assunto nas reuniões de grupo, e consultas e visitas domiciliares

Fonte: Própria autora

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico “Baixa adesão à terapia medicamentosa” relacionado ao problema “elevado número de Hipertensão Arterial Sistêmica” na população do território sob-responsabilidade da Equipe de saúde da Família Paraguai em Porteirinha, Minas Gerais

Nó crítico 4	Baixa adesão à terapia medicamentosa
Operação	Reorganizar a receita médica e juntamente do farmacêutico realizar adequações e marcar as responsabilidades sobre os medicamentos
Projeto	Usando medicamento
Resultados esperados	Hipertensos que utilizam os medicamentos prescritos conforme a prescrição; Retirada de dúvidas sobre os medicamentos nas reuniões de grupo e visitas domiciliares.
Produtos esperados	Hipertensos que utilizam os medicamentos de forma racional
Atores sociais/ responsabilidades	Médico para prescrever Farmacêutico para dispensar e orientar sobre dose, posologia e modo de usar, a periodicidade, dentre outras.
Recursos necessários	Estrutural: distribuição dos medicamentos em local adequado Cognitivo: Capacidade de sensibilizar o usuário sobre o uso correto de cada medicamento Financeiro: Conseguir caixas para separação de medicamentos para separar os medicamentos (doação ou compra) Político: Relacionamento entre farmacêutico e laboratório ou comércio de produtos plásticos
Recursos críticos	
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Farmacêutico Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	
Responsáveis:	Médico
Cronograma / Prazo	Dois meses para apresentar o projeto e realizar o cronograma adequado à agenda do farmacêutico
Gestão, acompanhamento e avaliação	Farmacêutico que ao realizar a clínica combina com o usuário o retorno na unidade para a busca de novos medicamentos e demais assuntos que cercam o medicamento

Fonte: Própria autora

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que esta intervenção seja possível, é necessário a participação da equipe multidisciplinar e da equipe de saúde Paraguaí em Porteirinha, Minas Gerais. Os hipertensos serão melhores assistidos e seus níveis pressóricos serão melhorados e aproximados do ideal pela readequação do processo de trabalho, aumento do número de consultas para os hipertensos e pela informação que a equipe passará a fornecer. Além disso, a equipe reorganizando a agenda irá proporcionar reuniões entre a equipe e entre os usuários estimulando a modificação do processo de trabalho e modificação/transformação dos hábitos dos hipertensos e com o envolvimento das famílias dos mesmos.

A melhoria do cuidado ao hipertenso necessita de avaliação e monitoramento constante, acompanhamento pelos profissionais de saúde onde os recursos utilizados baseiam-se em programas elaborados pela equipe para atingir um objetivo de cada vez, utilizando-se de atividades educativas, educação permanente, consultas individuais, visitas domiciliares, orientações individuais, dentre outras, garantindo além da prevenção/promoção da saúde a recuperação quando necessário não se desviando dos objetivos desta intervenção.

Para melhorar as ações educativas, atividades e rodas de conversa entre equipe e usuários, a abordagem do tema e a necessidade da transformação de hábitos até esta idade formados, abandono do sedentarismo, alcoolismo, dentre outros serão os pontos de constante avaliação e verificação de sua evolução.

Esta intervenção propõe aumentar o conhecimento e envolvimento dos profissionais de saúde de forma a contribuir com a reestruturação da equipe e melhoria dos níveis pressóricos dos usuários, gerando melhor compreensão dos pacientes sobre seu estado de saúde, aderindo às terapia não farmacológica e farmacológica, necessária ao controle da pressão arterial ou sua reabilitação, visando melhorias na qualidade de vida dos hipertensos adscritos àquele território.

REFERENCIAS

- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 20 de março de 2016
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2016. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=315220>. Acesso em: 20 de março de 2016
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília. 2006. 58 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 2012. 110 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def> >. acesso em 14 de abril de 2016.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- GIROTTI, E.; ANDRADE, S., M.; CABRERA, M., A., S.; MATSUO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1763-1772. 2013.
- JESUS, E., S. et al . Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 21, n. 1, p. 59-65, Mar. 2008 .
- KOHLMANN JR., O. et al . III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 257-286, Ago. 1999 .
- LEAO E SILVA, Leonardo Oliveira et al . Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 121-128, Jun. 2013
- LEITE, S., N.; VASCONCELLOS, M., P., C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-782. 2003.

MACHADO, M., C.; PIRES, C., G., S.; LOBAO, W., M.. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1357-1363, Mai. 2012.

MANO, G., M., P.; PIERIN, A., M., G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 269-275, Set. 2005

OLIVEIRA, F., P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, Sept. 2015.

PESSUTO, J; CARVALHO, E., C. Fatores De Risco Em Indivíduos Com Hipertensão Arterial. **Rev. latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, jan. 1998
PREFEITURA DE PORTEIRINHA. Disponível em<<http://porteirinha.mg.gov.br/municipio/dados/>> Acesso em: 14 de abril de 2016

RADOVANOVIC, C., A., T.; SANTOS, L., A.; CARVALHO, M., D., MARCON, S., S.. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 547-53, jul./ago. 2014

REINERS, A., A., O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2299-2306, Dec. 2008.

ROSA, W., A., G.; LABATE, R., C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34. Nov./dez. 2005
V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 89, n. 3, p. e24-e79, Set. 2007.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010.