

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM
SAÚDE DA FAMÍLIA**

ARLETE GOMES FREIRE

**DIFICULDADE DA ADESÃO APRESENTADA POR USUÁRIOS DE UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO E CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Maceió

2020

ARLETE GOMES FREIRE

**DIFICULDADE DA ADESÃO APRESENTADA POR USUÁRIOS DE UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO E CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira

Maceió

2020

**Catálogo na Fonte Universidade Federal
de Alagoas Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

F866d Freire, Arlete Gomes.

Dificuldade da adesão apresentada por usuários de uma
Unidade Básica de Saúde e a importância do tratamento e
controle da hipertensão arterial sistêmica / Arlete Gomes Freire.
– 2020.

36 f.

Orientadora: Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira.
Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em
Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas.
Escola de Enfermagem. Maceió.

Bibliografia: f. 35-36.

DEDICO ESSE TRABALHO PRIMEIRAMENTE A DEUS,
POR SER ESSENCIAL EM MINHA VIDA, A MEU ESPOSO
QUE COM MUITO CARINHO, APOIO E PACIÊNCIA
JAMAIS MEDIU ESFORÇOS PARA CONTRIBUIR PARA
QUE EU CHEGASSE ATÉ ESSA ETAPA.

AGRADECIMENTOS.

Agradeço a vida sempre nos reserva grandes momentos e emoções, do mesmo modo nos abre um leque de caminhos para que possamos decidir o que fazer e onde queremos chegar, e foi com esse pensamento que embarquei nesse desafio, o qual trouxe-me até esse momento ímpar, sem igual.

Assim, externo meus agradecimentos primeiramente a Deus, que me deu forças em todos os momentos que o cansaço chegou e pensei em desistir. Ao meu esposo que me apoia, à professora, Keila Cristina Pereira de Oliveira pela dedicação, paciência e incentivo durante todo período do curso, permitindo com sua sabedoria dar a esse percurso um toque de tranquilidade.

À Universidade, quero deixar meus sentimentos de gratidão por ter me acolhido de braços abertos, mesmo diante de tanta complexidade para com o momento delicado o qual estamos sendo expostos, tem sido um grande desafio manter toda a grade curricular intacta, pois no momento atual o distanciamento requer muito mais do que o necessário para a manutenção do curso ofertado, pois sabemos que há um grande empenho dos gestores e profissionais envolvidos para a obtenção do respeitável desenvolvimento apresentado, assim quero declinar todo o meu respeito e admiração a esta universidade

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica com alta prevalência na população brasileira e mundial, com elevado custo econômico-social, principalmente em decorrência das suas complicações, portanto encontra-se uma grande dificuldade de adesão ao tratamento adequado principalmente por usuários da atenção primária. Sendo assim, inicia-se uma discussão sobre a importância do tratamento e a dificuldade da adesão apresentada principalmente por usuários da atenção básica, pois se constata que esse é um dos maiores problemas de saúde pública presentes no Brasil e que requer uma maior atenção por parte das equipes multidisciplinares presentes nas diversas Unidades Básicas de Saúde do Brasil. Este trabalho objetiva elaborar um plano de intervenção com vistas ao tratamento e prevenção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, na área de abrangência da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Dr. José Pereira Mendes - Arapiraca - AL. Trata-se de uma proposta de intervenção, baseado no diagnóstico situacional e Método de estimativa Rápida, ao qual foi levantado dados dos protocolos da atenção básica e também se baseando e utilizados referencial teórico para a discussão e ampliação dos conceitos sobre o tema abordado no estudo e elaboração do projeto de intervenção. Espera-se com a implantação desde projeto que os usuários sejam acompanhados pela equipe de saúde, numa perspectiva interdisciplinar, tendo em vista, a modificação do comportamento da clientela em relação ao controle dos seus problemas e às medidas de promoção da saúde. Os usuários devem ser estimulados a participar de forma mais efetiva com relação às atividades educativas e ações desenvolvidas, contribuindo para adesão desses às condutas de manutenção e promoção de saúde.

Palavras chave: Hipertensão. Adesão ao tratamento. Atenção Primária

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a chronic disease with high prevalence in the Brazilian and world population, with high economic and social cost, mainly due to its complications, therefore there is great difficulty in adherence to adequate treatment, especially by primary care users. Therefore, a discussion begins on the importance of treatment and the difficulty of adherence presented mainly by primary care users, as it appears that this is one of the biggest public health problems in Brazil and that it requires greater attention by of the multidisciplinary teams present in the various Basic Health Units in Brazil. This work aims to elaborate an intervention plan with a view to the treatment and prevention of users with Systemic Arterial Hypertension, in the area covered by the health team of the Basic Health Unit Dr. José Pereira Mendes – Arapiraca - AL. It is an intervention proposal, based on the situational diagnosis and Rapid Estimation Method, which was collected data from primary care protocols and also based and used a theoretical framework for the discussion and expansion of concepts on the topic addressed in the study. and elaboration of the intervention project. It is expected with the implementation of this project that users are monitored by the health team, in an interdisciplinary perspective, with a view to modifying the behavior of the clientele in relation to the control of their problems and health promotion measures. Users should be encouraged to participate more effectively with regard to educational activities and developed actions, contributing to their adherence to health maintenance and promotion conducts.

Keywords: Hypertension. Treatment adherence. Primary health care

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População segundo as comorbidades e gênero da área de abrangência da unidade básica de saúde Dr. José Pereira mendes, localizada no município de Arapiraca-AL_____19

Tabela 2 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório para maiores de 18 anos_____27

Tabela 3 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família_____33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica à Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da saúde

PSF – Programa de saúde da família

PCD – Pessoa com deficiência

UBS – Unidade básica de saúde

SUS – Sistema único de saúde

CEAF – Componente Especializado em Assistência Farmacêutica.

SUMÁRIO

Sumário

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	22
3 OBJETIVOS	23
3.1 objetivo geral.....	23
3.2 objetivo específico.....	23
4 METODOLOGIA.....	24
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	25
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39

1 INTRODUÇÃO

Estudos realizados por Correa et al. (2006, p.91) afirmam que a hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica com alta prevalência na população brasileira e mundial, “com elevado custo econômico-social, principalmente em decorrência das suas complicações”.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) afirma que na realidade brasileira encontram-se cerca de 17 milhões de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Constitui um problema grave de saúde pública no Brasil. A HAS é cada vez mais crescente, acometendo 35% de pessoas com mais de 40 anos de idade, sendo que este acometimento tem aparecido cada vez mais precocemente.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) a prevalência da HAS no Brasil varia de acordo com a idade, sendo que entre adultos jovens é de 22% e 44%, chegando a mais de 50% em pessoas com 60 a 69 anos e em indivíduos com mais de 70 anos atinge 75%. Nobre et al. (2013, p.265) ressaltam que:

O objetivo principal do tratamento anti-hipertensivo é prevenir a morbidade e reduzir a mortalidade cardiovascular associada à hipertensão arterial sistêmica. A eficácia dos medicamentos anti-hipertensivos hoje disponíveis está bem determinada e é similar. O tratamento não medicamentoso também reduz a pressão arterial, e se associado ao uso de medicamentos pode melhorar as suas eficácias.

Os autores consideram que mudanças de estilo de vida ou tratamento não medicamentoso são importantes no controle da Hipertensão (NOBRE et al., 2013).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.21), os profissionais da Atenção Básica são muito importantes no estabelecimento de “estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial” das pessoas na comunidade, focando-se nos princípios da prática centrada na pessoa, buscando a participação dos usuários e cuidadores, individual e coletivamente, ao definir e implementar estratégias de prevenção e controle da hipertensão

Entretanto, para Moreira, Santos e Caetano (2009), uma das dificuldades encontradas no acompanhamento de pessoas hipertensas é a falta de adesão ao tratamento; estudos demonstram que 20 a 50% das pessoas diagnosticadas com

HAS não fazem nenhum tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada, pois fazem uso de modo inadequado da medicação.

A não-adesão do usuário ao tratamento tem constituído um grande desafio para os profissionais que o acompanha, e possivelmente tem sido responsável pelo aumento dos custos sociais como absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde, e aposentadorias por invalidez, haja vista que a hipertensão arterial tem sido responsável pelo aumento destes custos (SANTOS et al., 2005, p.333).

Mediante a problemática apresentada neste estudo, apresenta-se uma discussão sobre a importância do tratamento e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e a dificuldade da adesão apresentada principalmente por usuários da atenção básica, pois se constata que esse é dos maiores problemas de saúde pública presentes no Brasil e que requer uma maior atenção por parte das equipes multidisciplinares presentes nas diversas Unidades Básicas de Saúde.

Devido a este problema de saúde ser constantemente presente e de causa preocupante na Unidade Básica de Saúde Dr. José Pereira Mendes – Arapiraca-AL, decidiu-se por desenvolver este tema como base para este trabalho, de forma a alcançar soluções plausíveis que possam ser trabalhadas por toda equipe da unidade com o intuito de alcançar o entendimento dos usuários.

1.1 Aspectos gerais do município de Arapiraca–Alagoas

É uma cidade com 233.047 habitantes (estimativa do IBGE de 2020), localizada na região agreste do estado de Alagoas, é um município brasileiro e pertence a segunda macrorregião, estando situado a cerca de 130 km a oeste da capital do estado. Ocupa uma área de pouco mais de 345 km², sendo 59 km em área urbana.

O acesso a cidade se dá pelo Aeroporto de Arapiraca e pelo Terminal Rodoviário Deputado Nezinho. O desenvolvimento da cidade se deu principalmente nos anos de 1970, quando a cultura da produção de fumo, o antigamente conhecido "Ouro Verde", uma das principais atividades econômicas da época na região, elevou a cidade a categoria de município. Mas, atualmente, a cidade conta com várias empresas de pequenos e grande porte e o comércio que proporciona grande impulso na economia local.

Segundo dados do IBGE (2010),o salário médio mensal era de 1.7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de

18.1%. EM comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 48 de 102 e 9 de 102 municípios do estado respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 3.873 de 5.570 e 1.609 de 5.570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 44.8% da população nessas condições.

Segundo dados do IBGE cidades (2010). A maior parte da população de Arapiraca é de baixa renda (54%) e, considerando o conjunto de municípios da 7ª RS, registra a menor taxa de analfabetismo (21,9%) e uma taxa de trabalho infantil de 8,2%. No município encontram-se 587 domicílios sem banheiro ou vaso sanitário (1%), significando que para quase 5.340 pessoas o destino dos dejetos é inadequado, contaminando solo e fontes de água etc.

Município de Arapiraca registra 93,81% de cobertura da sua população com a estratégia saúde da família (ESF) por meio da atuação de 59 equipes de saúde e ainda dispõe de uma Central de Regulação de Urgência SAMU 192 e de 4 Hospitais com atendimento de urgência, emergência e internação: O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Arapiraca é médio 0,649, sendo o melhor da 7ª Região de Saúde (IBGE CIDADES 2010).

Na educação a cidade de Arapiraca, em 2012, tanto para a rede pública como para a rede particular, contava com aproximadamente 98 escolas para a educação pré-escolar; 108 escolas para o ensino fundamental e 26 escolas para o Ensino médio. O município por possuir porte médio tem em sua estrutura faculdades e escolas e agregam a cidade grande valores.

Dentre elas podemos citar a Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Universidade Estadual de Alagoas (UNEAL), e tendo como um diferencial educacional no município a escola militar que vem atraindo famílias das cidades circunvizinhas afim de ingressar seus filhos na mais nova instituição.

A fé do arapiraquense é sempre renovada durante os tradicionais festejos da padroeira da cidade, Nossa Senhora do Bom Conselho e, no ano de 2019 a tradicional festa que inicia no dia 20 de janeiro comemorou 75 anos da paróquia que leva o mesmo nome. Esse evento além de religioso é cultural e reuniu fiéis de todas as

idades circunvizinhas e também de outros estados como Pernambuco e Bahia. Conforme encontrado em (PREFEITURA DE ARAPIRACA, 2019)

1.2 O sistema municipal de saúde.

Em Arapiraca, há um conselho municipal de saúde criado através da lei municipal nº 2.766 em 17 de outubro de 2011. E sua constituição se dá através de 50% dos segmentos organizados dos usuários do SUS, 25% dos representantes do governo municipal e prestadores de serviços de saúde do sistema público e privados e 25% dos representantes dos trabalhadores da saúde. (PREFEITURA DE ARAPIRACA,2011)

Nesse espaço de controle social as reuniões ordinárias acontecem uma vez ao mês. Segundo o portal da transparência e a controladoria - Geral da União o montante total destinado ao fundo municipal de saúde de Arapiraca, em 2019 foi de 1.027.334.713,59. Sendo esses recursos financeiros fiscalizados pelo Conselho municipal de saúde.

Segundo dados contidos no site do e SUS APS (2020) - A cidade possui 59 unidades de saúde da família, 07 unidades que funcionam o programa saúde na hora onde essas unidades de saúde estendem seu horário de funcionamento das 7h às 20h de segunda a sexta feiras, 01 Unidade de pronto atendimento, (UPA), 01 laboratório municipal e 17 laboratórios prestadores de serviços,11 clínicas conveniadas com o SUS e 01 CEAF – componente especializado em Assistência Farmacêutica 59 farmácias descentralizadas nas UBS.

A Atenção Primária do município mantém uma parceria fortalecida com as secretarias de Assistência Social, Secretária de Educação, Secretária de Infraestrutura, Secretaria de Habitação, entre outras. As unidades de Saúde do município fornecem atendimentos diários a demanda espontânea e as demandas agendadas bem como os atendimentos Odontológicos e os serviços de diários de vacinação, realização de teste do pezinho e inserção de dispositivo intrauterino (DIU), quinzenalmente.

Os atendimentos de média e alta complexidade são ofertados em centros de saúde e Hospitais especializados no município e o fluxo desses atendimentos se dão através do agendamento via sistema SISREG implantados em todas as UBS, ou por meio de encaminhamentos referenciados.

1.3 Aspectos da comunidade

A Unidade Básica de Saúde Dr. José Pereira Mendes, está situada na periferia da cidade com uma área em torno de 142.139,90 m² e tem 1.904 pessoas, sendo o equivalente 700 famílias cadastradas. É composta de 01 médico, 01 Enfermeiro, 01 Assistente Social, 03 técnicas de Enfermagem, 07 agentes comunitários de saúde, 01 Dentista e 01 auxiliar de consultório dentário.

A unidade de saúde foi implantada há cerca de 10 anos, dentro de um complexo que também é composto por uma escola de tempo integral, uma creche, CRAS e uma associação de moradores, essa estrutura foi planejada pelo município durante elaboração do projeto habitacional a fim de transferir para essa área de abrangência as 500 famílias que viviam em situação de risco social e comunitário no centro da cidade as margens de um córrego.

Todas as ruas da área de abrangência são pavimentadas e todas as residências possuem luz elétrica, água tratada e sistema de esgotamento sanitário, 100% das residências são de alvenaria e o serviço público coleta 3 vezes por semana o lixo do local.

Tabela 1 – População segundo a faixa etária e acometidas por Hipertensão e Diabetes.

DOENÇAS	GÊNERO	
	HOMEM	MULHER
HIPERTENSO	200	250
DIABÉTICO	80	60
DEPENDENTE QUÍMICO	150	130
PCD	33	30
TABAGISTA	150	152
TUBERCULOSE	00	00

CÂNCER	11	05
ALCOOLISMO	110	120
PROBLEMAS PSÍQUICOS	198	160
	TOTAL: 1.839	

FONTE :e SUS CIDADE SAUDÁVEL 2019.

1.4 A Unidade Básica de Saúde.

A Unidade Básica de Saúde Dr. José Pereira Mendes estar localizada na área adscrita e é composta por uma única equipe de saúde da família e cobre em sua totalidade os 700 domicílios cadastrados.

A unidade de saúde Dr. José Pereira Mendes, desde sua construção apresenta diversos problemas na infraestrutura, como infiltrações nas paredes e em todo o piso das salas e corredores. O local já passou por duas reformas durante seus 15 anos de existência, contudo em pouco tempo os problemas voltam a surgir.

Mesmo diante dessa problemática o local é bem localizado, espaço amplo e arejado, e com placas sinalizadoras para orientar o usuário sobre as salas de atendimentos, ainda contém banheiro e rampa com acessibilidade para PCD.O tempo de espera entre a chegada dos usuários e seu efetivo atendimento, leva em média 1 hora, exceto quando se trata de urgências.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde, Drº José Pereira Mendes, é composta de 01 médico,01 Enfermeiro, 01 Assistente Social, 02 técnica de Enfermagem, 07 agentes comunitários de saúde, 01 Dentista e 01 auxiliar de consultório dentário.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde.

O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Dr. José Pereira Mendes. funciona de segunda a sexta feira das 7:30 da manhã às 12h e das 13:30h às 17:00h, no início da pandemia a partir de abril de 2020, houve uma redução no número de atendimentos a demanda espontânea pelo profissionais, mesmo com essas diminuições nos números os atendimentos aos grupos prioritários continuaram, sendo

acompanhados nos domicílios presencialmente pelos ACS (agentes comunitários de Saúde) e com o auxílio do WhatsApp (aplicativo de comunicação), através do Médico e Enfermeiro, caso houvesse necessidade.

1.7 A equipe da unidade básica de saúde Dr. José Pereira Mendes, realiza atendimentos a demanda espontânea, atendimentos agendados para o grupo prioritário, (hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças e pessoas com transtornos mentais)

A equipe realiza diariamente em sistema de rodizio salas de espera e grupos operativo na UBS e uma vez ao mês descentraliza as ações de promoção e prevenção de saúde para a escola, creche e CRAS do território.

Todas as ações de saúde que são executadas durante o mês são planejadas em equipe e no mesmo momento definido os facilitadores que podem ser da própria equipe ou através de parceria dos profissionais da rede de apoio do município.

A equipe é bem comprometida no planejamento e no cumprimento das metas, porém o que vem fragilizando o processo de trabalho é a rotatividade de profissionais e a inadequação desses novos servidores na relação com o usuário.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.

A partir do diagnóstico situacional e a leitura da realidade, a equipe da UBS, Dr. José Pereira MENDES, definiu os principais problemas.

- Resistência do usuário ao acompanhamento de HAS.
- Baixo interesse da população em comparecer as consultas de HAS.
- Baixa renda familiar.
- Número elevado de trabalhadores informais e sazonais.
- Falta de medicamentos.
- Evasão escolar entre jovens de 16 a 23 anos.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde (nome), Unidade Básica de Saúde (nome), município de (nome), estado de (nome).

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Resistência do usuário ao acompanhamento de HAS	Alta	8	Dentro	1
Baixo interesse da população em comparecer às consultas médicas	Alta	8	Dentro	2
Baixa renda familiar	Alta	4	Fora	7
Número elevado de trabalhadores informais e sazonais	Alta	2	Fora	6
Falta de medicamentos	Alta	5	Dentro	3
Evasão escolar entre os jovens de 16 a 23 anos	Alta	3	Parcial	4

Fonte:

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Pode-se perceber que a Hipertensão Arterial Sistêmica constitui um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e a não adesão ao tratamento correto para o controle e a melhora da qualidade de vida do usuário da Atenção Básica a Saúde acarreta agravos significativos a este problema.

A realidade vivenciada na Unidade básica de saúde Dr. José Pereira Mendes, mostra que o principal fator causal relacionado ao controle pressórico inadequado consiste na baixa adesão da população hipertensa ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Neste contexto, torna-se fundamental a aproximação entre equipe de saúde e pacientes hipertensos, com o objetivo de proporcionar conhecimento sobre a HAS a esses pacientes e motivá-los a seguir corretamente as orientações da equipe de saúde.

Segundo Giroto et al. (2013), a maior preocupação dos hipertensos com seu estado de saúde e o acesso e vínculo aos serviços e profissionais de saúde geram maior conhecimento sobre sua condição, o que pode contribuir para um melhor cumprimento da terapia anti-hipertensiva.

Ademais é nítido que muitas pesquisas abordam a Hipertensão Arterial e suas complicações, mas poucas enfatizam a dificuldade da adesão de pacientes ao tratamento correto, o que vem ratificar a relevância deste estudo.

Diante do exposto, é possível reconhecer que este estudo poderá contribuir para a um melhor desenvolvimento do trabalho multidisciplinar da Unidade Básica de Saúde Dr. José Pereira Mendes, conscientizando os pacientes com HAS sobre a importância do tratamento correto, evitando assim problemas secundários a esta patologia.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral.

Elaborar um plano de intervenção com vistas ao tratamento e prevenção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, na área de abrangência da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Dr. José Pereira Mendes – Arapiraca - AL.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores de risco e causas relacionados com os pacientes não aderidos ao tratamento da Hipertensão Arterial;
- Conhecer elementos relacionados com estratégias para melhorar a adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial;
- Propor intervenções para tratar de lograr uma maior adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos.

4 METODOLOGIA.

O presente trabalho foi realizado através da análise do diagnóstico situacional e seus nós críticos, de uma revisão de literatura sobre o tema e da elaboração de um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento da HAS na comunidade da área adscrita da UBS Dr. José Pereira Mendes –Arapiraca - AL.

O diagnóstico situacional foi realizado predominantemente através de pesquisa qualitativa, a partir de reuniões com a equipe da Estratégia Saúde da Família e com os membros da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca - AL, nas quais foram avaliados dados levantados pela própria equipe e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de janeiro a maio de 2021. E realizou-se coleta, e análise dos dados através do e- SUS Atenção Básica, (e sus –AB) é o Sistema de Informação em saúde do Ministério da saúde e de outros documentos legais do sistema estatístico de produção da Secretaria Municipal de Saúde.

Com o intuito de compreender melhor as causas da baixa adesão ao tratamento da HAS e possíveis maneiras de intervir nos nós críticos relacionados a esse tema, foram utilizados materiais científicos encontrados no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Eletronic Library Online), no site da Biblioteca Virtual NESCON e documentos do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira de Hipertensão e da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Os descritores utilizados na pesquisa foram: hipertensão, adesão à medicação, Saúde da Família

Após análise dos dados e descrição resumida das características do município de Arapiraca e da ESF em questão, definiu-se a baixa adesão ao tratamento da HAS como principal problema de saúde presente na área de abrangência da equipe I da UBS Dr. José Pereira Mendes.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

De acordo com Santos et al. (2005, p.333), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada:

[...] assassina silenciosa, é o maior problema médico-social dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes. Mesmo conhecendo-se a eficácia, a efetividade e a eficiência de várias das medidas preventivas, de controles disponíveis, sejam ou não farmacológicas, a hipertensão continuará, por décadas, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para o próprio hipertenso e para a sociedade.

Smeltzer e Bare (2006) enfatizam que quando a pressão arterial elevada é identificada, torna-se essencial que ela seja monitorada em intervalos regulares, considerando-se que a HAS pode ser uma situação para toda a vida. Tal monitoramento tem por finalidade manter a pressão arterial (PA) abaixo de 140/90 mmHg, evitando-se complicações.

Silva (2010) considera que a Hipertensão Arterial Sistêmica deve ser abordada como grave problema de saúde pública, uma vez que está associada ao aparecimento de outras doenças crônico-degenerativas que por sua vez repercutem negativamente na qualidade de vida, destacando-se as doenças cardiovasculares e cerebrais como Acidente Vascular Encefálico (AVE).

Embora a HAS seja considerada um dos problemas mais comuns identificados pelos profissionais de saúde da atenção básica, geralmente são grandes as dificuldades em diagnosticá-la precocemente, realizar o seu tratamento e controlar os níveis pressóricos dos usuários, “motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso” (BRASIL, 2013, p.21).

Para Santos et al. (2005), a hipertensão arterial sistêmica é silenciosa, pois geralmente evolui assintomaticamente. Portanto, o seu diagnóstico, muitas vezes, está na dependência da medição espontânea da pressão arterial por parte do paciente ou quando o mesmo procura o profissional de saúde para exames periódicos ou por

alguma queixa, sendo que em alguns casos o paciente já apresenta complicações em consequência da hipertensão diagnosticada tardiamente.

Tabela 2 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório para maiores de 18 anos.

Classificação	PAS	PAD
Ótima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	>ou += 180	> ou = 110

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2020

HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. *A classificação é definida de acordo com a PA no consultório e pelo nível mais elevado de PA, sistólica ou diastólica. **A HA sistólica isolada, caracterizada pela PAS \geq 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAS nos intervalos indicados. ***A HA diastólica isolada, caracterizada pela PAS < 140 mmHg e PAD \geq 90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAD nos intervalos indicados.

De acordo com Santos et al (2013, p. 57), a “adesão do paciente ao tratamento de uma doença significa seguir o tratamento exatamente da forma que foi proposto pelos profissionais de saúde”, seja medicamentoso ou não medicamentoso”.

Em um estudo exploratório-descritivo onde foi analisada a adesão do paciente hipertenso ao tratamento, as autoras citadas acima salientam que pelo fato da HAS raramente manifestar sintomas evidentes, o paciente apresenta não se adere às condutas terapêuticas. Isso é explicado uma vez que as pessoas se percebem doentes apenas quando percebem alterações na qualidade de vida, comprometendo-as no trabalho, na alimentação, no sono ou na execução de atividades rotineiras (SANTOS et al., 2005).

Santos et al. (2013, p.57) destacam alguns fatores que influenciam a adesão do ao tratamento proposto, como clareza das orientações dos profissionais, “exequibilidade, desejo e a capacidade do paciente de cumprir as recomendações propostas”.

Em estudos realizados por Nobre et al. (2013), constata-se que entre as modalidades de tratamento da HAS, as condutas higienodietéticas também constituem um grande desafio para a clientela, como para os profissionais de saúde.

Para Santos et al., (2005, p.337) “essas condutas implicam mudanças de hábitos ou no estilo de vida, e isso pode significar perda de prazer em um contexto de vida, no qual as oportunidades de satisfação pessoal são mínimas”. Entretanto, a mudança de hábito ou estilo de vida não é fácil, pois requer que a pessoa hipertensa e seus familiares se engajem no processo de mudança, envolvendo ações educativas, com a participação dos profissionais de saúde para promoção e manutenção da saúde.

Apesar dessas evidências, hoje, incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade, levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. Apesar da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam à hipertensão arterial (FAGUNDES, 2015)

A dificuldade de adesão ao tratamento “começa no momento em que o médico prescreve a medicação”. A possibilidade de adesão inicialmente é baixa, “contudo, a taxa de abandono medida seis meses após a primeira prescrição é elevada” (SANTOS et al., 2005, p.337).

A não adesão ao tratamento medicamentoso pode ser também atribuída a recursos financeiros. É comum observar que quando o medicamento se encontra em falta no serviço de saúde, o paciente apresenta dificuldades em adquiri-lo, alegando dificuldades financeiras. Embora no Brasil a dispensação de medicamentos anti-hipertensivos seja gratuita, ela não cobre as necessidades correntes (SANTOS et al., 2005).

É importante considerar que o tratamento não medicamentoso é “fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia”, envolvendo mudanças de hábitos e estilo de vida durante toda a sua vida (BRASIL, 2013, p.57).

Fagundes (2015) considera ainda que o profissional de saúde deve atentar para a manutenção da motivação do paciente à adesão ao tratamento, sendo esta uma das batalhas mais árduas a ser enfrentada em relação ao paciente hipertenso.

Santos et al. (2013, p.58) enfatizam estratégias que contribuem para a adesão ao tratamento da HAS: estratégias educacionais focadas no paciente e no profissional de saúde, “estratégias comportamentais sobre o paciente (motivação, suporte, pacotes de fármacos, simplificação de doses) e as combinadas no paciente que consideram aspectos educacionais e comportamentais associados”. As educacionais possibilitam o aumento do conhecimento sobre a doença e o seu tratamento, favorecendo o envolvimento do paciente e as comportamentais abarcam os aspectos psicológicos intrincados no processo de aceitação e compreensão da situação.

Estas estratégias educacionais devem envolver uma abordagem compreensiva onde são valorizadas as experiências e vivências do hipertenso, bem como seus sentimentos em relação à doença e ao tratamento proposto (BRASIL, 2014).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), são necessárias estratégias de saúde pública na abordagem da mudança de hábitos e estilo de vida em busca de benefícios para o hipertenso e coletividade na prevenção e controle da HAS e redução de suas complicações, como as doenças cardiovasculares.

Neste sentido, torna-se fundamental “a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos” (BRASIL, 2006, p.8).

Este é um desafio para a Atenção Básica, principalmente para a Estratégia Saúde da Família, “espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adstrita” (BRASIL, 2006, p.8).

Sob essa ótica, é essencial considerar os aspectos étnicos, culturais, religiosos e sociais na construção de novos conhecimentos que por sua vez produzirão mudanças nos hábitos e estilos de vida da população em busca de melhor nível de bem-estar.

Estima-se que 60 a 80% dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica possam ser tratados nos serviços de atenção básica à saúde, uma vez que “não requerem tecnologia sofisticada, podendo ser tratadas e controladas com medicamentos de baixo custo, com poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade em atenção primária” (BRASIL, 2009, p.18).

Santos et al. (2013) enfatizam que existem inúmeras estratégias disponíveis que o profissional de saúde pode utilizar para enfrentar a baixa adesão das pessoas ao tratamento, destacando-se as estratégias que possibilitam maior informação ao paciente, favorecendo a mudanças no estilo de vida, bem como deve-se melhorar a interação profissional-paciente.

Algumas das principais estratégias para aumentar adesão como o suporte farmacêutico, o automonitoramento da pressão, o dispensador eletrônico de medicações pode se beneficiar da existência de sistemas de tele saúde integrados de assistência que, por si mesmo representam uma estratégia que favorece a maior adesão ao tratamento (SANTOS et al., 2013, p.61).

Entretanto, Santos et al. (2005) destacam que para se conseguir a adesão do cliente ao tratamento é indispensável a sua conscientização, o que pode ser estabelecida por meio da educação em saúde pensada e desenvolvida de forma articulada pela equipe de saúde, valorizando o saber socialmente construído das pessoas envolvidas no processo.

Além disso, é importante que a equipe de saúde da família identifique e saiba como utilizar os recursos disponíveis da comunidade para o desenvolvimento das ações educativas em saúde. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de prestar apoio à equipe, pode auxiliar na identificação e manejo desses recursos, organizando grupos de atividades físicas, atividades de reeducação alimentar, entre outras (BRASIL, 2013).

É fundamental que se utilizem todos os recursos disponíveis para orientação, educação e motivação; não somente para o uso descontinuado dos medicamentos, mas também para modificar fatores de risco cardiovasculares, buscando perceber o que há por trás dos comportamentos, dos valores e das crenças dos portadores e dos

profissionais de saúde, aumentando conseqüentemente a adesão ao tratamento (SILVA, 2010, p.42).

No processo de educação em saúde merece destaque a ênfase para o autocuidado. Este é compreendido como responsabilidade não somente da pessoa hipertensa e sua família, mas também do profissional de saúde, criando estratégias de diálogo sobre as necessidades de cuidado da pessoa em relação ao tratamento e mudanças de estilo de vida (BRASIL, 2014).

Portanto, outro aspecto importante é o processo de educação permanente da equipe para possibilitar a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho que não produzem os resultados esperados (BRASIL, 2013).

Enfim, adesão ao tratamento pode ser considerada a chave principal para a redução da morbidade e mortalidade por complicações cardiovasculares. Portanto, torna-se necessário compreender esse fato na atenção básica, considerando a avaliação sistemática no cuidado aos hipertensos favorecendo o planejamento de estratégias de intervenção.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado "...Resistência de usuário de adesão ao tratamento de Hipertensão. De acordo com Correa, Araújo e Cadete (2014, p.1), o projeto de intervenção é "uma ação planejada com vistas às tomadas de decisão, de modo que se possam alcançar os objetivos pretendidos

Dessa forma, levando em consideração a problemática apresentada neste trabalho, referente à dificuldade de adesão apresentada pelos usuários da Unidade de Saúde em questão decidiu-se estudar melhor o caso à procura de uma solução do problema.

6.1 Descrição do problema selecionado

Por se tratar de uma unidade de saúde localizada em uma área afastada da localidade urbana, os moradores não possuem um nível de conhecimento capaz de reconhecer e atentar para os riscos que a hipertensão arterial pode causar. Sendo assim torna-se muito difícil a adesão ao cuidado necessário. Considerando ainda o problema em questão também há dificuldade de aquisição da medicação necessária

que poderia ser distribuída durante as consultas de rotina de buscas ativas. Leva-se em consideração que a dificuldade de aquisição da medicação por meios particulares do usuário também se torna uma dificuldade relevante para a realização do tratamento adequado.

Tabela 3 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da Unidade básica de saúde Dr. José Pereira Mendes.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Resistência do usuário ao acompanhamento de HAS	Alta	8	Dentro	1
Baixo interesse da população em comparecer as consultas de HAS	Alta	8	Dentro	2
Baixa renda familiar	Alta	4	Fora	7
Número de trabalhadores informais e sazonais	Alta	2	Fora	6
Falta de medicamentos	Alta	5	Dentro	3
Evasão escolar entre jovens de 16 a 23 anos	Alta	3	Parcial	4

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

6.2 Explicação do problema selecionado.

A investigação nos bancos de dados da unidade demonstrou diversas razões que possivelmente interferem na aderência insuficiente do usuário ao tratamento da HAS.

A falta de adesão ao tratamento adequado da HAS e a ausência de controle podem levar ao desenvolvimento de problemas secundários, podendo assim agravar o problema de saúde do usuário, onde se encontra a necessidade de desenvolver uma proposta de intervenção que possa ser desenvolvida pela equipe multidisciplinar componente da Unidade de saúde, com intuito de influenciar e conscientizar a importância de participar do controle e outras formas educativas que possam ser

ofertadas para minimizar os possíveis agravos desta patologia que se encontra hoje como o principal “nó crítico” identificado no dia a dia de trabalho.

Propomos como forma resolutive a educação em saúde, por meio de discussões e exposições do significado da patologia HAS e suas complicações de forma simplificada.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) •

- Fragilidade no processo de trabalho na equipe de saúde
- Informação insuficiente dos pacientes sobre a doença
- Hábitos inadequados

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” Fragilidade no processo de trabalho na equipe de uma unidade básica de saúde.

Nó crítico 1	Fragilidade no processo de trabalho na equipe de saúde -
1º passo: operação (operações)	Capacitações para todos os membros da equipe, focando na abordagem adequada quanto ao acolhimento a população
2º passo: projeto	Capacitar
3º passo: resultados esperados	Conhecimento técnico-científico, prático e pedagógico adequado dos participantes; melhora do acolhimento realizado pela equipe de saúde; motivação dos agentes comunitários de saúde, das técnicas de enfermagem e dos profissionais dos serviços da rede do território a ajudarem os hipertensos a conhecerem melhor a sua doença.
4º passo: produtos esperados	Capacitação da equipe de saúde; elaboração e ou aperfeiçoamento de protocolos a serem seguidos durante a abordagem aos hipertensos; ensino de técnicas pedagógicas para lidar com as diversas situações-problema.

5º passo: recursos necessários	<p>Cognitivo: Conhecimento técnico; referências bibliográficas para estudos e revisão dos protocolos já existentes.</p> <p>Financeiro: Recursos audiovisuais.</p> <p>Político: Parceria com a superintendência da atenção básica, Coordenação da política de Assistência Social e secretaria de Educação.</p>
6º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	<p>Cognitivo: Embasamento teórico, referências bibliográficas.</p> <p>Político: A proposta terá apoio da secretária municipal de saúde, superintendência de atenção básica e secretária de Assistência Social.</p> <p>Financeiro: Projeto de baixo custo, sendo possível utilizar recursos e materiais da unidade lócus da intervenção, além da possibilidade de custeio da proposta pela secretaria municipal de saúde.</p>
7º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>Responsáveis, motivação e ações de estímulos) equipe da UBS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipe da UBS; - Profissionais do CRAS - Coordenação da Atenção Básica; - Secretaria Municipal de Saúde
8º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	<p>Equipe da UBS</p> <p>Equipe de Atenção básica da superintendência da secretaria de saúde do município.</p> <p>acompanhar e avaliar o projeto duas horas por semana e mensalmente.</p>

Quadro 3 -Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Dificuldade da adesão apresentada por usuários de uma unidade Básica de saúde e a importância do tratamento e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica.”

Nó crítico 2	Informação insuficiente dos pacientes sobre a doença
1 passo -Operação (operações)	Fortalecer as salas de espera sobre as principais doenças crônicas e principalmente a HAS.
2º passo: projeto (operações)	Informar aos usuários da importância dos acompanhamentos e da participação nos grupos operativos; palestra e cursos sobre a HiperDia, levando informações também para a residência e para os familiares.
3º passo: projeto	Melhorar o entendimento da população através de ações educativas, criando um dia D mensal para captar essas pessoas diminuir o absenteísmo.
4º passo: produtos esperados	Visitas domiciliares; reuniões com os usuários e seus familiares; interação afim de compreender suas dificuldades em aderir o tratamento; Sensibilização da população, através do trabalho de educação e saúde
5º passo: recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; Financeiro: Verbas para cursos e atividades educativas; verbas para mudanças na unidade de atendimento para oferecer cursos e palestras; verbas para lanche. Político: Conseguir espaço para as palestras; mobilização para as campanhas contra a hipertensão e conseguir aprovação do projeto para implantação das ações
6º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Adesão da equipe de saúde para o processo educativo em saúde para a população adulta e idosa. Político: Conseguir espaço para as palestras; Financeiro: Liberação da verba para as ações contidas neste projeto
7º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável) Secretário Municipal de Educação (motivação favorável); Diretor das UBS (motivação favorável). Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com o coordenador de atenção básica; reuniões com a associação da comunidade; formação de grupos operativos para se trabalhar o problema.
8º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões quinzenalmente para avaliar todas as ações da quinzena e os resultados alcançados; Planejamento de novas ações para a próxima quinzena; avaliação dos recursos utilizados.

Quadro 4 Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Dificuldade da adesão apresentada por usuários de uma unidade Básica de saúde e a importância do tratamento e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Nó crítico 3	Hábitos inadequados
1º passo -Operação	Educação permanente afim da padronização de habilidades no serviço e melhoria das práticas do cotidiano
2º passo: projeto (operações)	Melhorar a educação em saúde da população
3º passo: projeto	Capacitar/ melhorar a condução dos grupos operativos de HAS.
4º passo: produtos esperados passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Melhorar a comunicação e acesso a informações ao usuário de forma mais prevalente
5º passo: recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; Financeiro: Verbas para cursos e atividades educativas; verbas para mudanças na unidade de atendimento para oferecer cursos e palestras; reuniões com nutricionistas e lanche especial para conscientizar a população sobre a importância da boa alimentação. Político: Conseguir espaço para as palestras; mobilização para as campanhas contra a hipertensão; conseguir aprovação do projeto para implantação das ações.
6º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Adesão da equipe de saúde para o processo educativo em saúde para a população adulta e idosa. Político: Conseguir espaço para as palestras; Financeiro: Liberação da verba para as ações contidas neste projeto.
7º passo: controle dos recursos críticos- ações estratégicas	Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável) Secretário Municipal de Educação (motivação favorável); Diretor das UBS (motivação favorável). Reuniões com toda a equipe

	de saúde; reuniões com o coordenador da atenção básica e coordenador do núcleo de Nutrição; reuniões com a associação da comunidade; formação de grupos operativos para se trabalhar o problema.
8º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Equipe da UBS e coordenação da atenção básica. Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adesão do usuário ao tratamento adequado da HAS precisa ser estimulada, sobretudo de maneira consciente, onde o portador reconheça a patologia em questão, suas consequências e prejuízos funcionais que essa lhe possa causar.

Então, mediante essas considerações, conclui-se que os clientes devem ser acompanhados pela equipe de saúde, numa perspectiva interdisciplinar, tendo em vista, a modificação do comportamento da clientela em relação ao controle dos seus problemas e às medidas de promoção da saúde.

Esta adesão somente se fará eficaz quando, não somente o médico, mas toda equipe envolvida fornecer o conhecimento, material e métodos adequados para o engajamento efetivo do cliente nas atividades relacionadas ao autocuidado de sua saúde.

Espera-se, portanto, que este projeto de intervenção resulte numa maior adesão do paciente ao tratamento, implicando no seu comparecimento às consultas, no uso regular do esquema terapêutico, na adoção de estilo de vida saudável, sobretudo o compromisso deste com a própria saúde.

REFERÊNCIAS:

ARAPIRACA, PREFEITURA DE. Conselho Municipal de Saúde, disponível em: <https://web.arapiraca.al.gov.br/conselho-municipal-de-saude/>, acesso: 06 de Dez. 2021

ARAPIRACA, PREFEITURA DE. Programação da tradicional Festa da Padroeira é divulgada. [S. l.], 7 dez. 2019. Disponível em: <https://web.arapiraca.al.gov.br/2019/01/programacao-da-tradicional-festa-da-padroeira-e-divulgada/>. Acesso em: 7 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**. Organização de Sandra Rejane Soares Ferreira et. Al.. porto Alegre: hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009.

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

CORREA, Thiago D. C. et al. Hipertensão Arterial Sistêmica: Atualidades Sobre Epidemiologia, Diagnóstico e Tratamento. **Revista Arq Med ABC.**, v.31, n.2, p.91-101, 2006.

FAGUNDES, Renato B. Sobre hipertensão arterial e pé diabético. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.59, n.1, p.1-3, jan. - mar. 2015.

GIROTTTO, Edmarlon et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1763-1772, 2013.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, 2006.

MOREIRA, Ana Karine de Figueiredo; SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; CAETANO, Joselany Afio. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, p. 989-1006, 2009.

NOBRE, Fernando et al. Hipertensão Arterial Sistêmica Primária. **Revista de medicina de ribeirão Preto**, v.46, n.3, p.256-272, 2013.

SANTOS, Marcos Vinícius Ribeiro dos et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. Rev Bras Clin Med., v.11, n1, p.55-61, 2013.

SANTOS, Zélia Maria se Souza Araújo; Frota, Mirna Albuquerque; CRUZ, Daniele Moraes; HOLANDA, Samanta Daisy O. adesão do cliente hipertensivo ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto contexto – enferm.**, v.14, n.3, p.332-340, 2005.

SILVA, Maria Enoia Dantas da Costa e. **Representações Sociais da Hipertensão Arterial Elaboradas por Portadoras e Profissionais de Saúde: Uma Contribuição Para Enfermagem.** (Dissertação de Mestrado) – Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Teresina. 2010. 153p.

SMELTZER, Suzanne C. O'Connell; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico.** 10. Ed. V.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.