

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA

RAFAEL VITOR SILVA GAIOSO DOS SANTOS

**MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS
ADSCRITOS À UBS COHAB I, BACABAL/MA**

São Luís
2017

RAFAEL VITOR SILVA GAIOSO DOS SANTOS

**MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS
ADSCRITOS À UBS COHAB I, BACABAL/MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Livia dos Santos Rodrigues

São Luís

2017

Santos, Rafael Vitor Gaioso dos

Melhoria da adesão ao tratamento dos usuários hipertensos adscritos à UBS Cohab I, Bacabal/MA/Rafael Vitor Silva Gaioso dos Santos. – São Luís, 2017.

23 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNASUS, 2017.

1. Hipertensão. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde da Família. I. Título.

CDU 616.12-008.331.1

RAFAEL VITOR SILVA GAIOSO DOS SANTOS

**MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS
ADSCRITOS À UBS COHAB I, BACABAL/MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família da
Universidade Federal do Maranhão/UNASUS,
para obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Lívia dos Santos Rodrigues
Mestra em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

2º MEMBRO

3º MEMBRO

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma síndrome cardiovascular progressiva, que surge a partir de diversos aspectos etiológicos. Sua etiologia aumenta progressivamente com a idade e também está relacionada à cor da pele, história familiar de hipertensão e hábitos comportamentais. Desta maneira, o objetivo principal é estimular a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em usuários adscritos à Unidade Básica de Saúde Cohab I em Bacabal/MA. Tendo como algumas metas estimular a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em usuários adscritos à Unidade Básica de Saúde Cohab I em Bacabal/MA; cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência; buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas; realizar exame clínico e complementares apropriados em 100% dos hipertensos; priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde Trata-se de um projeto de intervenção, onde o médico da equipe irá realizar uma capacitação e treinamento sobre a temática em foco para equipe, bem como irá solicitar colaboração dos gestores do município. Para cada membro da equipe foi direcionado suas responsabilidades na intervenção e estabelecido um cronograma de atividades que envolviam consultas programadas, busca ativa de pacientes faltosos, solicitações de exames, palestras educativas, dentre outras. Portanto, é importante considerar que as necessidades de saúde destes clientes requer uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas.

Palavras-chave: Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a progressive cardiovascular syndrome that arises from several etiological aspects. Its etiology increases progressively with age and is also related to skin color, family history of hypertension and behavioral habits. In this way, the main objective is To stimulate adherence to antihypertensive treatment in users enrolled in the Cohab I Basic Health Unit in Bacabal / MA. With some goals to stimulate adherence to antihypertensive treatment in users enrolled in the Cohab I Basic Health Unit in Bacabal / MA; register 100% of hypertensive patients in the area of; to seek 100% of the hypertensive patients in the consultations; perform appropriate clinical and complementary examinations in 100% of hypertensive patients; prioritize the prescription of drugs from the popular pharmacy to 100% of hypertensives enrolled in the health unit This is an intervention project where the team doctor will conduct training and training on the subject in focus for staff as well as will request collaboration of managers of the municipality. For each member of the team, their responsibilities in the intervention were directed and a schedule of activities was established that involved scheduled appointments, active search of patients in need, requests for exams, educational lectures, among others. Therefore, it is important to consider that the health needs of these clients require specific attention that can avoid high costs for the Health System and, above all, provide better health conditions to these people.

Key words: Hypertension. Primary Health Care. Family Health.

SUMÁRIO

1	IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....	06
1.1	Título.....	06
1.2	Equipe Executora.....	06
1.3	Parcerias Institucionais.....	06
2	INTRODUÇÃO.....	07
3	JUSTIFICATIVA.....	10
4	OBJETIVOS.....	12
4.1	Geral.....	12
4.2	Específicos.....	12
5	METAS.....	13
6	METODOLOGIA	14
7	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	17
8	IMPACTOS ESPERADOS.....	18
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
	REFERÊNCIAS.....	21

1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

1.1 Título

Melhoria da adesão ao tratamento dos usuários hipertensos adscritos à UBS COHAB I, Bacabal/MA

1.1 Equipe Executora

- Médico da equipe (Rafael Vítor);
- Orientadora (Lívia dos Santos Rodrigues)
- Enfermeira (Julyana Araújo Sá);
- Dentista (Joyce Veloso);
- Agentes Comunitários de Saúde (Francisca Sousa; Sílvia Macho; Elis Gomes; Francisco Rodrigues; Ângela Cabral);
- Técnica de enfermagem (Renata Alves).

1.2 Parcerias Institucionais

- Centro de Referência a Assistência Social (CRAS)
- Centro de Atenção Psicossocial
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- Associação dos Moradores da área de abrangência;

2 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma síndrome cardiovascular progressiva, que surge a partir de diversos aspectos etiológicos. Atinge grande parte da população em todo o mundo e se manifesta como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis de pressão arterial (PA) elevados, associados a alterações hormonais e a fenômenos tróficos (CARVALHO, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo menos 600 milhões de pessoas são hipertensas em todo o mundo. Trata-se de um fator de risco de alta prevalência afetando aproximadamente 35% dos brasileiros (WHO, 2012). No Brasil, as doenças cardiovasculares respondem por uma das principais causas das internações hospitalares e cerca de um terço de todos os óbitos (BRASIL, 2013).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) fazem parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representando, de forma mútua, uma das principais causas de óbitos em todo o país. Em relação às doenças crônicas não transmissíveis, destacam-se as doenças cardiovasculares coronarianas, dislipidemias, hipertensão arterial, obesidade e diabetes mellitus, as quais formam um conjunto de morbidades geralmente associadas entre si, constituindo-se em graves problemas de saúde pública (ROSE et al., 2011). Hipertensão é cerca duas vezes mais frequente nos diabéticos do que na população em geral, afetando 30 a 80% destes doentes, dependendo do grau de obesidade, idade, etnicidade e tempo de evolução da doença (CARVALHO, 2011).

Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) divulgou que a hipertensão arterial é responsável pela morte de 9,4 milhões de pessoas por ano, em todo mundo, além de estar relacionada com 45% dos ataques do coração e 51% dos derrames cerebrais. A prevalência de HAS aumenta progressivamente com a idade e também está relacionada à cor da pele, história familiar de hipertensão e hábitos comportamentais. Mudanças no estilo de vida, tais como, realização de atividade física, perda de peso, redução da ingestão de sal e álcool, além de dieta rica em frutas e vegetais e pobre em gorduras, contribuem para reduzir os níveis da pressão arterial (CAVALARI et al., 2012).

A pressão alta é uma doença crônica, mas pode ser controlada. Para isso, é preciso que o paciente faça uso do medicamento por toda a vida. O problema é que,

apesar de causar ataques cardíacos e derrames, em alguns casos a doença é assintomática e a pessoa desconhece que é portadora de HAS. Para evitar a hipertensão é necessário adotar medidas como: reduzir a ingestão de sal (o ideal é consumir até uma colher de chá por dia do ingrediente), fazer atividades físicas três vezes por semana e não fumar. Além disso, é importante o acompanhamento clínico a cada seis meses (VITOR et al., 2011).

Neste sentido, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade associada à Hipertensão Arterial Sistêmica o Ministério da Saúde assumiu parcerias com os estados, municípios e sociedade, dando suporte para a estruturação e melhorias na atenção aos portadores desta patologia. Em contrapartida, é de fundamental importância que os municípios, instituições e Programa Saúde da Família (PSF) vinculados às suas Coordenadorias Regionais de Saúde invistam em estratégias para maior acompanhamento dos pacientes após o diagnóstico e cadastro no PSF (CAVALARI et al., 2012).

Ao longo dos últimos trinta anos, houve uma mudança drástica do perfil de morbimortalidade da população brasileira com grande predomínio das doenças e mortes devidas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas o câncer e as doenças cardiovasculares. No entanto, aproximadamente 40% dos pacientes hipertensos encontram-se sem tratamento anti-hipertensivo e dois terços dos tratados não atingem as metas de controle da PA (< 140/90 mmHg). Assim, embora a relação entre elevado risco cardiovascular e HAS estejam bem definidas, somente pequeno número de pacientes que utilizam medicamentos anti-hipertensivos atinge as metas de controle de PA (VERAS; OLIVEIRA, 2009).

De acordo com Brasil (2011), o tratamento inicial da hipertensão consiste exclusivamente em uma mudança no estilo de vida, incluindo basicamente, a adaptação a um plano alimentar específico e a prática de atividade física. Concomitantemente, deve-se iniciar um programa de educação em diabetes e hipertensão, abordando temas de importância e dando ênfase ao plano alimentar e aos benefícios da atividade física.

O foco de intervenção deste projeto consiste na Hipertensão Arterial Sistêmica, uma vez que são necessárias ações voltadas às mesmas, devido o grande número de pacientes com essa doença comparado ao total da população adscrita da UBS, além dos dados cadastrais da ESF demonstrarem falta de controle

de pressão arterial de grande parte dos pacientes hipertensos (OLIVEIRA; BUBACH; FLEGELER, 2009).

Desta forma, tornar-se necessário à realização de um trabalho específico com esse grupo (através de um acompanhamento rigoroso dos pacientes, explicações sobre as doenças e suas complicações e pela otimização das medicações), com fins de lhe proporcionar melhores condições de saúde.

3 JUSTIFICATIVA

Um aumento da pressão arterial constitui fator de risco importante para doenças cardiovasculares (DCV), sendo estas causas de morbidade, internações frequentes e mortalidade, gerando altos custos econômicos. As doenças do aparelho cardiovascular representam a principal causa de morte no Brasil, representando cerca de 31,2% dos óbitos segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

A DCV é muitas vezes silenciosa o que constitui mais um perigo para a saúde. Outras vezes pode atacar sem aviso prévio, pelo que justifica maior importância a prevenção. Por isso o controle adequado dos pacientes com HAS deve ser prioridade da equipe de saúde da Atenção Básica com diagnóstico precoce, controle e tratamento adequado, sendo estes aspectos essenciais para prevenção e diminuição dos eventos cardiovasculares. Além disso, é possível essa abordagem com os recursos existentes ao alcance da equipe (CAVALARI et al., 2012).

A Rede de Atenção Básica deve configurar-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações de controle da HAS. Através da equipe multidisciplinar, deve-se atuar em ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em pacientes Hipertensos, assim como na manutenção da saúde e na criação do conceito de corresponsabilidade do cuidado. Estas ações são fundamentais para o êxito do tratamento em pacientes hipertensos (BRASIL, 2013).

Sabe-se que, quanto maior o grau de participação dos usuários como protagonistas no cuidado à saúde, maior será sua adesão ao plano terapêutico proposto. Todavia, devido ao contato direto com o Posto de Saúde COHAB I, situado no município de Bacabal, estado do Maranhão, constatou-se que a adesão de hipertensos ao tratamento anti-hipertensão é baixa o que justifica o desenvolvimento desta intervenção.

No entanto, ao considerar a hipertensão arterial uma condição crônica de saúde, a adesão do usuário ao seu tratamento só será possível se ele participar efetivamente dele, mediante a obtenção de informações e treinamentos apropriados junto aos profissionais de saúde. O tratamento também dependerá muito da motivação pessoal, aceitação da doença e apoio familiar. Outras variáveis que intervêm na adesão são o tipo e as características da doença, evidenciados pela própria condição do paciente e pelo progresso de sua doença (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva, percebe-se que as ações de promoção de saúde prestadas pela ESF têm trazido uma melhora nas condições de saúde desta população em especial. Isso, porque promove um atendimento de qualidade aos hipertensos, priorizando dois turnos para atendimento a esse grupo, solicitando exames complementares de rotina e buscando pacientes descompensados ou com pressão arterial sistêmica ou glicemia alteradas, com o intuito de promover ações de saúde e executar estratégias para estes pacientes adscritos da área de abrangência.

Portanto, realizar um acompanhamento rigoroso dos pacientes por meio de implementação de reuniões e palestras rotineiras para orientar os usuários acerca de sua doença e sobre os benefícios com controle das mesmas, assim como otimização das medicações juntamente com estratificação daqueles clientes com maiores risco de complicações cardiovasculares e adesão maior da equipe a fim de buscar o bem-estar desses usuários, poder-se-á melhorar a atenção à saúde aos hipertensos.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Estimular a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em usuários adscritos à Unidade Básica de Saúde Cohab I em Bacabal/MA.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar as pessoas com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo na Unidade Básica de Saúde Cohab I no município de Bacabal/MA;
- Desenvolver ações educativas junto aos hipertensos, considerando os fatores inerentes ao cliente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde que influenciam nessa adesão;
- Propor subsídios para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos usuários na Unidade Básica de Saúde Cohab I, no município de Bacabal/MA.

5 METAS

- Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde;
- Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.
- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.
- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

6 METODOLOGIA

O plano será executado na unidade básica de saúde Cohab I em Bacabal/MA. Participarão todos os usuários com diagnóstico de hipertensão e pressão elevada em alguns dos instrumentos de controle realizados serão cadastrados. Programa-se o método da estimativa rápida para detectar os problemas na área de abrangência, onde serão consideradas diversas fontes os registros como fichas pessoais e familiares, o prontuário eletrônico, e observação e avaliação diária pela equipe. Os problemas identificados são da competência da equipe de saúde para melhor intervenção sobre eles. Serão preenchidos na ficha de cadastro, os dados de identificação, antropométricos, fatores de risco, medicação em uso, comorbidades e classificação de risco.

Várias atividades serão desenvolvidas. São elas: a capacitação dos profissionais desta equipe, a qual será realizada pelo médico da equipe, por meio dos Manuais do Ministério da saúde. Além disso, a Equipe de Saúde na Família informará a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, bem como informará sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente e orientará a comunidade sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Orientará também sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Informará a comunidade sobre a importância de realização das consultas agendadas, ouvirá a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos), assim como esclarecerá aos hipertensos, diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

A equipe de saúde também será responsável por orientar periodicamente os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão arterial e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientará os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e orienta-los quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito

dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Orientar aos hipertensos e diabéticos quanto ao seu nível de risco cardiovascular e à importância do acompanhamento regular, além de esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, tabagismo e sedentarismo). Essas orientações serão repassadas pelos ACS durante as visitas domiciliares e também pelo médico e pelo enfermeiro da equipe durante as consultas. Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde e mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Na primeira consulta será avaliado o tratamento médico e a adesão dos usuários. Ao mesmo tempo será avaliada a interferência do estilo de vida para o controle adequado da PA e orientado sobre possíveis mudanças que podem ser positivas para alcançar o êxito de tratamento. Todo paciente que não tenha obtido o controle adequado durante o acompanhamento deverá ser avaliado pelo médico que deverá propor a mudança do tratamento e, caso seja necessário, encaminhado para acompanhamento conjunto com outras especialidades. Os casos de maior complexidade serão discutidos individualmente na reunião da equipe e será elaborado plano de cuidado diferenciado quando necessário.

Os pacientes do estudo também deverão participar de pelo menos seis atividades no grupo de HIPERDIA durante o mesmo período, onde serão realizadas palestras com esclarecimento de dúvidas, procurando transmitir a informação de forma acessível e dinâmica. Todos devem receber o mínimo de seis visitas realizadas pelo ACS's durante o ano. Com a ajuda do educador físico serão realizadas atividades físicas com caminhadas e exercícios físicos duas vezes na semana (terça e quinta às sete horas da manhã).

Ao mesmo tempo, serão solicitados os exames médicos complementares preconizados no protocolo de HAS do Ministério da Saúde durante as consultas médicas onde serão tratados fatores de risco associados. Todos os dados de adesão, controle, exames complementares e participação nas atividades programadas serão coletados no prontuário eletrônico para adequado acompanhamento individual.

Serão necessários para o cadastramento e para acompanhamento no estudo recursos humanos que são aqueles que já fazem parte da equipe de saúde. Como

recursos materiais serão necessários: esfigmomanômetros, estetoscópios, fitas métricas, balanças, computadores, todos disponíveis no posto de saúde. Será usado o espaço das consultas do médico e da enfermeira. O grupo será realizado no salão de reunião da unidade que possui espaço para 40 pessoas com cadeiras e climatizado. Nas atividades dos grupos serão entregues de folders educativos.

O monitoramento da intervenção será realizado a cada 15 dias, por meio da checagem dos registros nos prontuários, busca ativa dos faltosos e reuniões com a equipe.

7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	Mês 09/2017	Mês 10/2017	Mês 11/2017	Mês 12/2017	Mês 01/2018	Mês 02/2018
Capacitação dos profissionais de saúde						
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática						
Cadastramento de todos os diabéticos e da área adstrita no programa						
Realização de atividades educacionais (palestras e rodas de discussão)						
Atendimento clínico dos diabéticos						
Monitoramento da intervenção (revisão e análise das fichas-espelhos; alimentação eletrônica de dados)						

8 IMPACTOS ESPERADOS

Com o presente projeto espera-se melhorar o acompanhamento assim como a classificação adequada da Hipertensão Arterial, alcançando adesão dos usuários ao tratamento assim com a prevenção e tratamento precoce das complicações. Também se espera estabelecer priorização das medidas de promoção de saúde e conscientizar às equipes da necessidade de ações coletivas destinadas à prevenção de agravos e promoção da saúde. Acredita-se que aumentando a adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida e uso correto da medicação, o presente projeto contribuirá de forma significativa para melhorar as condições de saúde da população residente na área de abrangência da nossa unidade.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio de oferecer suporte de qualidade de vida para uma população com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) da área de cobertura da ESF por meio de uma atenção adequada a estes clientes, juntamente com a atenção para a magnitude e a severidade dos seus problemas funcionais, é imperativo para o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde factíveis e condizentes com as reais necessidades das pessoas com essas patologias.

Desta forma, é importante considerar que as necessidades de saúde destes clientes requer uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas. No entanto, entende-se que estas mesmas necessidades precisam ser adequadamente identificadas e incorporadas em novas práticas de saúde, para além do modelo biomédico essencialmente curativo e centrado no profissional, e não no cliente. Tais práticas requerem a voz e a participação ativa destes clientes no movimento de construção e efetivação das leis e políticas sociais e de saúde que viabilizem o viver com essas patologias com qualidade de vida.

Sendo assim, algumas inquietações acerca das atuais políticas dirigidas aos Hipertensos nos levam a indagar quais são as reais necessidades deles, que critérios são utilizados para defini-las e como satisfazê-las adequadamente. De que modo os profissionais da saúde estão se preparando/capacitando para cuidar deles, e, principalmente, se tem sido oportunizado a esses clientes desenvolver autonomia e independência. Algumas dessas inquietações foram respondidas no decorrer do projeto de intervenção, porém outras ainda continuam sem resposta, pois tais inquietações requerem a busca por mudanças estruturais e por políticas possíveis e factíveis, as quais responderão pela melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Outro ponto a ser considerado diz respeito às ações educativas e podem ser consideradas como alternativas importantes para assegurar a autonomia e independência destes clientes, como também o conviver com essas patologias com qualidade de vida.

Portanto, fica evidente que esse modelo condiciona a educação em saúde para ações que visam a modificar as práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamentos, condutas e

mudanças de comportamento, através de orientações do médico, da enfermeira, da nutricionista, do educador físico, do dentista, enfim de uma equipe multiprofissional para propor atividades participativas, particularmente a formação de grupos para o Programa do Hiperdia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial**. – Brasília: Ministério da saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**. Brasília: Ministério da saúde, 2013.

CARVALHO, D. Hipertensão e Diabetes. **Revista Factores de Risco**, São Paulo, v. 22, p. 50-4, jul-set. 2011. Disponível em:<<http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/356.pdf>>.

CAVALARI, E. et al. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial., **Revista de Enfermagem-UERJ**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 67-72, jan—mar. 2012. Disponível em:<<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3979/2761>>.

OLIVEIRA, E. A.; BUBACH, S.; FLEGELER, D. S. Perfil de hipertensos em uma unidade de saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 383-87, set. 2009. Disponível em:< www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a15.pdf>.

ROESE, A.; et al. Perfil de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus a partir de Bases de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. APS**: 2011.

WHO. The World Health Report, 2012: **reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: World Health Organization, 2012.

VERAS, R. F. S.; OLIVEIRA, J. S. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento antihipertensivo. **Rev. Rene.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 3, p. 132-38, mai. 2009. Disponível em:< www.revistarene.ufc.br/10.3/html/15.htm>.

VITOR, A. F. et al. Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. **Esc Anna Nery.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 25160, set. 2011. Disponível em:<www.redalyc.org/articulo.oa?id=127719099006>.