



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Lisandra Lora Ortiz

Ações de educação em saúde direcionadas a grupo de
pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde
Mário Verussa, Município de Apucarana, Paraná

Florianópolis, Março de 2018

Lisandra Lora Ortiz

Ações de educação em saúde direcionadas a grupo de pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Mário Verussa, Município de Apucarana, Paraná

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Marcelo Vieira
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Lisandra Lora Ortiz

Ações de educação em saúde direcionadas a grupo de pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Mário Verussa, Município de Apucarana, Paraná

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Marcelo Vieira
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) é uma doença silenciosa que atinge grande parte da população brasileira. De acordo com estudos realizados, muitos pacientes abandonam o tratamento por falta de informação. Acredita-se que simples ações de educação em saúde têm grande potencial para aumentar a adesão ao tratamento, mudar estilos de vida e elevar a qualidade de vida dos pacientes. Buscando ir nessa direção, com este trabalho pretende-se: incentivar a criação de hábitos saudáveis, contribuir para o aumento dos conhecimentos dos pacientes hipertensos promovendo o autocuidado e lograr maior adesão ao tratamento. Na realização do projeto o primeiro passo será a capacitação da Equipe de Atenção Básica (EAB) para o manejo do paciente hipertenso. De um universo de 279 hipertensos cadastrados na Unidade Básica de Saúde serão selecionados 100 pacientes e divididos em 4 grupos de 25 pessoas para facilitar o trabalho e o processo de aprendizagem. Inicialmente vai ser aplicado um questionário para determinar o nível de conhecimento dos pacientes. A continuação serão realizadas palestras por médico e enfermeira sobre temas como: conceito, sintomas, complicações da HAS e importância da combinação do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Finalmente será aplicado o mesmo questionário para determinar o conhecimento adquirido com a intervenção. Considerando que os métodos escolhidos são adequados e que educação em saúde significa atuar sobre o conhecimento dos pacientes para que eles mesmos sejam capazes de intervir sobre seus hábitos de vida, esperamos alcançar os objetivos propostos, quais sejam empreender a capacitação da EAB para que seja capaz de lidar com a HAS conforme o preconizado, aumentando assim a resolutividade da Unidade; e aumentar a adesão ao tratamento pelos usuários com aumento de conhecimentos sobre HAS na população estudada e sobre alimentação saudável.

Palavras-chave: Adesão à Medicação, Capacitação Profissional, Educação em Saúde, Hipertensão

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Mario Verussa encontra-se localizada em Correia de Freitas, distrito rural a 16 km do município de Apucarana, Paraná. Tem como cidades vizinhas Ortigueira, Londrina e Pirapozinho.

A maioria das pessoas locais é nativa. Segundo levantamentos realizados pela equipe de saúde no ano de 2016, possui uma população adstrita de 1250 pacientes, sendo 605 mulheres e 645 homens. A maior parte da população se encontra entre os 20 anos e os 59 anos de idade (334 mulheres e 776 homens). Os menores de 20 anos compõem 290 pacientes, sendo 153 pacientes do sexo feminino e 137 do sexo masculino. Quanto à população maior de 59 anos, temos 280 pacientes, sendo 118 do sexo feminino e 132 do sexo masculino. (não se referencia assim)

A maioria dos residentes trabalha na agricultura e tem um nível educacional primário, havendo inclusive analfabetos. A população reside em sua maioria em casas, as quais apresentam boas condições de habitação, construídas com seus esforços e um 10% deles em moradias construídas pelo governo. A agricultura é a área econômica que mais emprega os trabalhadores e um grupo pequeno desloca-se até cidade Apucarana a trabalhar no meio urbano. O salário mínimo da população é muito baixo e parte das pessoas conta com auxílio do Programa Bolsa Família, aproximadamente 11%.

O povo caracteriza-se por ser muito religioso, como exemplo disso a comunidade tem três igrejas (Igreja Católica, Igreja Assembleia de Deus, e Igreja Cristã-Brasil). Ainda no tocante a este aspecto local, a comunidade tem algumas entidades representativas como a igreja, a escola e a UBS. Das quais a igreja e a Unidade Básica de Saúde são os mais importantes. Isso se deve a uma cultura religiosa presente e muito difundida e, ao que particularmente nos interessa e chama a atenção, ao fato de que os moradores têm muita confiança nos profissionais de saúde que ali trabalham.

Os pastores das em conjunto com os representantes de bairro compõem os líderes da comunidade.

Entre outros elementos a citar também existe um grupo de senhoras de terceira idade que se reúne uma vez por semana para fazer artesanato, segundo dados coletados com os moradores do bairro Correia de Freitas. A população tem só uma escola pública que oferece o ensino fundamental na qual todas as crianças estão matriculadas. A comunidade também tem acesso a uma academia ao ar livre como opção para a prática de atividade física.

A água consumida pela população não é segura, sendo proveniente de um poço e tratada com cloro e distribuída gratuitamente. A população também carece de rede e tratamento de esgoto, os dejetos domésticos são direcionados ao sistema de fossas. Ainda no quesito saneamento básico, o lixo é coletado uma vez por semana, o que se revela

insuficiente, já que nem todas as pessoas dão um tratamento final adequado. Do que se desprende a necessidade de atenção, visto a facilidade e a composição de um fator de risco para a propagação de doenças infecciosas.

A equipe multiprofissional da UBS Mário Verussa é composta por uma enfermeira, três agentes comunitários, uma técnica de enfermagem, uma dentista, e médico que atualmente, possui carga horária de 32 horas na semana. Este é um aspecto importante, pois anteriormente havia atendimento médico somente durante dois dias na semana. A unidade também conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a equipe de apoio integrada por psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e educadora física.

A comunidade é afetada por alguns riscos sócias e ambientais: inexistência de redes de esgoto, consumo de água imporia para o consumo humano, coleta de lixo insuficiente e tratamento do lixo inadequado, consumo excessivo de álcool e outras drogas em grupos vulneráveis ,contaminação do solo por pesticidas usados na agricultura, desmatamentos, má conservação da flora e fauna e vulnerabilidades de mulheres jovens.

A procura dos serviços de saúde por parte da população deve-se a as doenças crônicas descontroladas ,tais como :hipertensão arterial, diabetes mellitus e asma brônquica .Outro problema de saúde frequente são as infecções respiratórias altas agudas assim como o consumo excessivo de psicofármacos.

De acordo com dados registrados pela equipe de saúde desde setembro 2016 até junho de 2017 as principais queixas de saúde foram: dor no corpo principalmente em costas e em região lombar (27%),o que esta muito relacionado com a ocupação, já que a maioria da população trabalha na agricultura; desconforto respiratório, devido a infecções virais (23%), doenças crônicas descontroladas, principalmente hipertensão e diabetes mellitus (18%); diarreias de diversas etiologias, relacionada com a procedência da água (10%); e febre inespecífica (8%) (Registros da UBS Mario Verussa, desde setembro 2016 até o mês em curso) Distrito Correia de Freitas. Apucarana. PR

Depois de reunir a equipe básica de saúde e analisar dados epidemiológicos registrados pela UBS no período compreendido desde setembro de 2016 até junho de 2017 concluímos que a incidência (?)de doenças crônicas descontroladas representa um fator com efeito negativo em na qualidade de vida de nossa população. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais prevalentes em nossa população são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (22,32%) e o Diabetes Mellitus (DM) (7,04%). (

Tendo em conta as razões acima indicadas concluímos que a HAS representa um problema de saúde que afeta nossa população o que pode ser modificado com a realização de uma intervenção em equipe.

A HAS é uma doença silenciosa que atinge grande parte da população brasileira. A Sociedade Brasileira de Cardiologia aponta que a prevalência de hipertensão arterial varia entre 22 e 44% em adultos, 50 % em indivíduos entre 60 e 69 anos, com aumento para 75% naqueles com mais de 70 anos de idade. Ser silenciosa é uma das características da pressão

alta, e uma das mais preocupantes, pois por não sentirem nada geralmente as pessoas descobrem tardiamente quando os "órgãos alvos" já sofreram lesões ocasionando Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral ou Encefálico, Lesão Renal Aguda, entre outros. Muitas pessoas não tratam a hipertensão porque não sentem nada, pois a doença "não incomoda".

Os sintomas geralmente aparecem na crise hipertensiva, que se trata de uma situação clínica na qual ocorre uma elevação brusca da pressão arterial e aí sim vai, essa vem acompanhada de sintomas como cefaleia, taquicardia, visão turva, pernas inchadas, agitação e insônia. (A Hipertensão Arterial e os cuidados da enfermagem)

De acordo com estudos realizados em outras regiões foi comprovado que um 24 % da população hipertensa abandonou o tratamento por falta de informação (Campinas, São Paulo pacientes cadastrados no hiperdia). Ou seja uma simples de educação em saúde , esclarecendo as dúvidas dos pacientes, quanto aos riscos e o benefício do tratamento , orientações sobre mudanças nos hábitos diários e como unir as medidas farmacológicas e não farmacológicas , tem grande potencial de aumentar a adesão ao tratamento, favorecendo uma melhor qualidade de vida ao paciente hipertenso (SANTOS; ROSA; ALMEIDA, 2009).

No cotidiano profissional percebemos que este é um tema que os pacientes e familiares apresentam dúvidas. Grande parte deles procura atendimento no posto de saúde e por isso a equipe considerou a temática de grande importância para a intervenção, a fim de aumentar as informações sobre a doença e modificar estilos de vida. A execução de um projeto sobre esta temática está de acordo com as demandas da realidade da UBS e da população, sendo de interesse dos profissionais de saúde e dos usuários, podendo contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde e melhor controle da HAS e de seus agravos relacionados.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Propor junto à equipe multiprofissional de saúde um projeto de intervenção para contribuir no aumento da adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento para a Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde Mario Verussa, em Apucarana - PR

2.2 Objetivos Específicos

- Incentivar a criação de hábitos saudáveis e mudança de estilos de vida na população com hipertensão arterial.
- Realizar atividades de educação em saúde com a população sobre a necessidade de associar tratamentos farmacológicos e não farmacológicos no tratamento da hipertensão arterial.
- Contribuir para o aumento do conhecimento dos pacientes sobre a hipertensão arterial e promover o autocuidado.

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos maior ou igual 140e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvos, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco como (FR) como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância a glicose e diabetes mellitus (DM) (MALACHIAS; SOUZA; PLAVINIK, 2016). A HAS mantém associação iminente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC),doença arterial periférica (DAP),e doença renal crônica (MALACHIAS; SOUZA; PLAVINIK, 2016)

A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, em 2001 cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54 % por acidente vascular encefálico e 47 % por doença isquêmica do coração) Na Alemanha a HAS atinge aos 55% da população adulta, sendo o país com maior prevalência no continente europeu, seguido de Espanha com 40% e da Itália, com 38%.(TAVARES; DUNCAN; BAVARESCO, 2013). Segundo a OMS, um em cada 5 brasileiros é portador deste distúrbio.Sabe-se que a doença é mais comum em pessoas com idade superior a 50 anos, mas dados comprovam que não existe idade para seu início, uma vez que estilo de vida e o estresse interferem na incidência da doença .Na maioria dos casos a doença aparece de forma gradativa e silenciosa, ou seja, não é observado qualquer sintoma pela pessoa. No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população maior de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doença Crônica por Inquérito Telefônico, é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência da HAS torna-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade (BRASIL, 2012)

Dados norteamericanos de 2015 revelam que a HA estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de IAM,77 % de AVE, 75 % com IC, e 60 % com DAP.A HA è responsável por 45 % de mortes cardíacas e 51 % das mortes decorrentes de AVE. No Brasil, HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos,mais do 60 % dos idosos,contribuindo diretamente para 50% das mortes por doenças cardiovascular(DCV). Junto com a DM com suas complicações (cardíacas, renais e AVE) tem impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar ,estimada em bilhões de dolares entre 2006 e 2015 (MALACHIAS; SOUZA; PLAVINIK, 2016). A etiologia da hipertensa arterial é complexa e envolve vários mecanismos hemostáticos em interação. Existem dois

tipos de hipertensão arterial: a essencial, também chamada primária, ou idiopática, e a secundária. Esta última está relacionada a uma doença sistêmica que eleva a resistência arterial periférica ou o débito cardíaco. A partir de estas duas situações podem surgir à hipertensão arterial maligna, forma grave ou fulminante do distúrbio da regulação da hipertensão arterial.

Alguns fatores de risco devem ser investigados e avaliados minuciosamente a fim de promover a atenção integral à pessoa com hipertensão arterial, tais como: história familiar, etnia, estresse, obesidade, dieta rica em sal e gorduras, uso de contraceptivos orais, uso de tabaco e vida sedentária, todos participariam do desencadeamento da hipertensão arterial (REIBNITS; FREITAS; RAMOS, 2016) (REIBNITS; FREITAS; RAMOS, 2016)

O tratamento medicamentoso para HAS é bastante desenvolvido e largamente utilizado, dispondo de variedade de opções farmacológicas, das quais mencionamos os diuréticos; poupadores de potássio; tiazídicos; agentes simpaticolíticos; alfa e betabloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio, com seu uso sendo eleito pelo profissional conforme a especificidade de cada paciente. Para as mulheres, outro ponto a ser observado é o uso de anticoncepcionais hormonais orais. A substituição de anticoncepcionais hormonais orais por outros métodos contraceptivos promove a redução da pressão arterial em pacientes hipertensas. Além desse tratamento bastante consolidado e necessário, o tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle de HAS e de outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV) como obesidade e dislipidemias. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento de pacientes por toda a vida. Entre as MEV esta a redução no uso de bebidas alcoólicas. O álcool é fator de risco conhecido para hipertensão arterial e pode dificultar o controle da doença instalada. Redução do consumo de álcool reduz discretamente a pressão arterial, promovendo redução de 3,3 mmHg (MOREIRA et al., 1998).

Estudo realizado na Índia mostrou uma relação significativa do tabagismo com a prevalência da HAS. Fumar um cigarro eleva momentaneamente a pressão arterial, podendo, o efeito manter por até duas horas depois. Estudos estimam um aumento de até 20 mmHg na pressão sistólica após o primeiro cigarro do dia. Além disso, o cigarro aumenta a resistência as drogas anti-hipertensivas, fazendo com que elas funcionem menos do esperado (GUPTA; GUPTA, 1996).

A alimentação ocupa um papel de destaque no tratamento e prevenção da HAS. Uma alimentação inadequada está relacionada de forma indireta a maior risco cardiovascular, que pode ainda ser associado a outros riscos como obesidade, dislipidemias e HAS. Varias modificações dietéticas demonstram benefícios sobre PA, como redução na ingestão de sal, aumento no consumo de alguns micronutrientes como potássio e cálcio.

A redução de peso é a medida não farmacológica mais efetiva para controlar HAS e mesmo pequenas reduções tem diminuído significativamente a pressão arterial também a resposta a terapia de drogas anti-hipertensivas. A todo paciente hipertenso com excesso de

peso precisam ser oferecidas ações de cuidado para a redução do peso, pois a diminuição de 5% a 10% de peso corporal inicial já é suficiente para reduzir a PA.

A promoção do estilo de vida mais ativo tem sido utilizada como estratégia de desenvolver melhorias nos padrões de saúde e na qualidade de vida. A redução do peso e a menor ingestão de sódio e álcool, associados às práticas corporais podem reduzir em até 10 mmHg a pressão arterial sistólica (PAS).

Indivíduos que não pratiquem atividade física ou indivíduos sedentários tem um risco de 30% a 50% maior de desenvolver HAS. Um estilo de vida ativo pode modificar este quadro tendo efeito preventivo importante. Logo após uma sessão de exercício físico aeróbico, como caminhada acontece uma redução média da pressão arterial de 5 a 7 mmHg podendo durar o efeito até 22 horas independente da intensidade da atividade (TAVARES; DUNCAN; BAVARESCO, 2013).

A decisão de quando iniciar a medicação anti-hipertensiva deve ser considerado avaliando a preferencia da pessoa, o grau de motivação para mudança de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular. Pessoas com alto índice de risco cardiovascular, ou níveis pressórico igual o a maior a (160/100 mm Hg) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnostico para atingir a meta pressórica além da mudança de estilo de vida.

Pessoas que não enquadram em estos critérios e que decidem, em conjunto com o medico, não iniciar medicação neste momento, podem adotar hábitos saudáveis para atingir a meta por período de três a seis meses. Durante este intervalo de tempo devem ter a pressão avaliada pela equipe, pelo menos mensalmente. Quando a pessoa não conseguiu atingir a meta pressórica pactuada ou não se mostra com inteires no processo de mudança dos hábitos de vida, o uso de anti-hipertensivos deve ser oferecido de acordo com o método clinico centrado na pessoa.

O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com avaliação de presença de comorbidades, lesão em órgão-alvos, historia familiar, idade e gravidez. Pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (TAVARES; DUNCAN; BAVARESCO, 2013).

Desde que exista a indicação de tratamento com medicamento, o paciente deve ser orientado sobre a importância do uso contínuo, da eventual necessidade de ajuste de doses, da troca ou associação de medicamento e ainda eventual aparecimento de efeitos adversos .

Um medicamento para ser indicado deverá preferencialmente: ter demonstrado a capacidade reduzir a mobilidade CV; ser eficaz por via oral; ser bem tolerado; pode ser usado no menor numero de tomada por dias; ser iniciado com as menores doses efetiva; pode ser usado em associação; ser utilizado por um período mínimo de quatro semanas sem modificações, salvo em situações especiais; ser utilizado por um período mínimo de quatro

semanas sem modificações, salvo em situações especiais; ter controle de qualidade em sua produção.

Dentro das drogas anti-hipertensivas temos alguns grupos farmacológicos tais como: diuréticos; alfa bloqueadores e betabloqueadores; vasodilatores; bloqueadores dos canais de cálcio; inibidores da enzima conversora de angiotensina; bloqueadores dos receptores AT 1 angiotensina II; inibidores diretos da renina (MALACHIAS; SOUZA; PLAVINIK, 2016).

Sabemos que o sucesso do tratamento da Hipertensão não depende apenas de tomar medicamentos, tampouco que a responsabilidade seja somente do paciente. A OMS determina que para a efetividade e adesão ao tratamento, cinco fatores devem ser considerados: socioeconômicos, podem estar relacionados à falta de acesso à medicação; relacionados ao paciente, perda do entusiasmo com o tratamento; relacionados à doença, seguir a prescrição médica pode implicar em aceitar mudanças na rotina do dia a dia; relacionados ao tratamento: sintomas indesejados trazidos pela medicação; sistema e equipe de saúde: tornar cada vez mais individualizado o atendimento ao paciente (SAKAMOTO, 2016).

4 Metodologia

O presente trabalho é um projeto de intervenção a ser desenvolvido na UBS Mario Verussa no distrito Correia de Freitas do Município de Apucarana, Paraná, durante o período de outubro do ano em curso até janeiro do próximo ano. Terá a participação ativa de toda a EBásicaS formada por: ACS, enfermeiro, técnico de enfermagem e médico.

Para as atividades será selecionado de um universo de 279 pacientes portadores de HAS cadastrados na Unidade Básica de Saúde, e então feita amostra aleatória de 100 pacientes. Esta será formada por indivíduos dos sexos feminino e masculino com idade entre 18 e 70 anos, conscientes e orientados capazes de realizar as atividades posteriores durante a intervenção. Os pacientes serão divididos em quatro grupos de 25 pessoas, para facilitar o trabalho e o processo de aprendizagem.

Inicialmente se dará procedimento à atualização conceitual e capacitação de todos os membros da EBS para as atividades que serão realizadas posteriormente. O segundo passo vai ser realizar encontros com os diferentes grupos de hipertensos previamente estabelecidos, o que acontecerá uma vez por semana durante o mês de outubro. No primeiro encontro será aplicado questionário inicial anônimo e individual para investigar o conhecimento dos pacientes sobre a doença e os hábitos de vida. Aqui será discutida a importância da participação dos membros da equipe e dos pacientes no projeto educativo.

A terceira etapa será desenvolvida durante o mês de novembro, na qual haverá palestras proferidas por médico, enfermeira e técnico de enfermagem onde serão abordados temas como conceito, principais sintomas e complicações da hipertensão arterial assim como importância da combinação do tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

A etapa final vai ser levada a cabo oito semanas depois do segundo encontro, especificamente durante o mês de janeiro de 2018, onde os pacientes que fazem parte do projeto serão avaliados em consulta médica para determinar o impacto do projeto educativo. Finalmente vai ser realizado um segundo questionário com as mesmas perguntas do questionário inicial para determinar o conhecimento adquirido com a realização do trabalho.

5 Resultados Esperados

Considerando que os métodos escolhidos são adequados e que educação em saúde significa atuar sobre o conhecimento das pessoas para que elas mesmas sejam capazes de intervir sobre seus hábitos de vida, esperamos alcançar os objetivos propostos. Estes incluem tornar capacitada a EBS em sua totalidade para um adequado controle e cuidado do paciente hipertenso e sua família. Pretende-se aumentar na população estudada os conhecimentos sobre HAS e ela seja capaz de fazer uso das ferramentas necessárias para combater os principais fatores de risco. Espera-se também que eles tomem conhecimento sobre alimentação saudável, diminuam a ingestão de sal e incorporem vegetais, frutas e alimentos integrais na dieta diária além de lograr maior adesão ao tratamento.

Referências

- BRASIL, M. da S. *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Citado na página 15.
- GUPTA, R.; GUPTA, V. Meta-analysis of coronary heart disease prevalence in india. *Indian Heart Journal*, v. 48, n. 3, p. 241–245, 1996. Citado na página 16.
- MALACHIAS, M.; SOUZA, W.; PLAVINIK, F. 7a diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia*, p. 1–5, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 18.
- MOREIRA, L. et al. Alcohol intake and blood pressure: the importance of time elapsed since last drink. *Journal of Hypertension*, v. 16, n. 2, p. 175–180, 1998. Citado na página 16.
- REIBNITS, C.; FREITAS, F.; RAMOS, F. *Especializacao Multiprofissional na Atencao Basica*.: Unidade 3.1 hipertensão arterial sistêmica. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Citado na página 16.
- SAKAMOTO, R. *A Hipertensão Arterial Sistêmica e os cuidados da enfermagem*. 2016. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/atualidades-vigilante.asp>[16ago...]> Acesso em: 19 Jun. 2017. Citado na página 18.
- SANTOS, A.; ROSA, E. O.; ALMEIDA, J. A não adesão de pacientes hipertensos ao tratamento em unidade basica de saúde(ubs). *RevinstCienc Saúde*, p. 27–330, 2009. Citado na página 11.
- TAVARES, A. M. V.; DUNCAN, B. B.; BAVARESCO, C. S. *Caderno de Atenção Basica*.: Estrategia para o cuidado da pessoa com doença hipertensão arterial sistêmica. Brasilia.DF: Ministerio de Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.