

Intervenção para melhorar a atenção aos pacientes hipertensos da ESF Monsenhor Gil-PI

Intervention to improve attention to the hypertension patients of the ESF Monsenhor GIL-PI

KATTYA LISSET PEREZ CARBALLOSA¹

IONE MARIA RIBEIRO SOARES LOPES²

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), popularmente conhecida como Pressão Alta, é uma condição clínica que pode ser causada por vários fatores e é caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Consiste em uma doença crônica com prevalência entre a população adulta e idosa da área adscrita a Estratégia de Saúde da Família Monsenhor Gil-PI. Diante deste problema foi elaborado o Plano Operativo- Intervenção para melhorar a atenção aos pacientes hipertensos da ESF Monsenhor Gil-PI. Com o objetivo de Otimizar a atenção à saúde do usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica. Com a implantação deste plano operativo espera-se conscientizar e incentivar os hipertensos a aderir ao tratamento e a mudança no estilo de vida, para alcançar os objetivos propostos neste plano de ação e efetivamente realizar a promoção da saúde e prevenção dos agravos.

Descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica. Promoção da saúde. Educação Popular em Saúde.

ABSTRACT

The systemic Arterial hypertension (has), popularly known as high blood pressure, is a clinical condition that can be caused by several factors and is characterized by high and sustained blood pressure levels. It consists of a chronic disease with prevalence among the adult and elderly population of the assigned area the health strategy of the Monsignor Gil-PI family. In the face of this problem, the operational plan-intervention was developed to improve attention to the hypertension patients of the ESF Mr Gil-PI. Aiming to optimize the user's health care with systemic arterial hypertension. With the implementation of this operational plan it is expected to raise awareness and encourage the hypertension to adhere to the treatment and change in the lifestyle, to achieve the objectives proposed in this plan of action and to effectively carry out the promotion of health and prevention of Aggravations.

Descriptors: systemic arterial hypertension. Health promotion. Popular Education in health

¹ Médica, graduada na Universidade de Santiago de Cuba em 1993; especialista em saúde de comunidade 1999 em Universidade Santiago de Cuba. Email: kattyalisset69@gmail.com

² Médica Ginecologista e Obstetra, professora associada da UFPI. Mestrado e Doutorado, E-mail: ione.gin@uol.com.br.

1 – INTRODUÇÃO

1.1 – Análise de situações problemas do território

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

A hipertensão arterial afeta cerca de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo, a pressão alta contribui para cerca de 9,4 milhões de mortes por doenças cardiovasculares a cada ano e aumenta o risco de doenças como a insuficiência renal e a cegueira. A hipertensão arterial é uma das causas mais constantes para doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais — que, juntos, formam a principal causa mundial de morte prematura e invalidez é mais prevalente na África, onde afeta até 46% dos adultos.

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil. Sua prevalência varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-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. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2012).

A Atenção Primária de Saúde (APS) tem um papel fundamental no controle dessas doenças, como a HAS (BRASIL 2013), sendo mais comum nos países industrializados e a frequência destas patologias aumenta com a idade. De acordo com a pesquisa realizada pelo Ministério de Saúde brasileiro, 27% da população é hipertensa, além disso, são as pessoas com maior propensão a complicações, deficiências e a morte (VIGITEL, 2011)

O maior custo, entretanto, recai sobre os portadores, suas famílias, seus amigos e comunidade. Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), Município Monsenhor Gil, Estado do Piauí, a Hipertensão Arterial caracteriza-se como um dos principais problemas a serem resolvidos pela alta prevalência e aparecimento de complicações em pacientes com esta doença, assim como pela ausência das práticas de atividades educativas para incentivar o autocuidado das famílias e prevenir doenças ou situações de risco. .

A HASem presença de outros fatores de risco cardiovascular, como os hábitos e estilos de vida inadequados, obesidade, hipertrigliceridemia, baixa do colesterol HDL proporcionam um aumento das complicações cardiovasculares. Estas complicações incluem o infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e insuficiência renal crônica.

Estes se convertem-se em um problema para o Sistema Único de Saúde pelo aumento das internações nos hospitais, aumentando os gastos por esses conceitos que poderiam ser utilizados na

prevenção e controle desses pacientes pela Atenção Primária à Saúde, melhorando a qualidade de vida dos mesmos. Meu objeto de estudo é o elevado Número de Pacientes com Hipertensão Arterial em minha comunidade.

Pelas razões descritas acima, o presente plano de ação tem como objetivo melhorar a atenção em saúde aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica.

1.2 – OBJETIVOS

1.2.1 Geral: Otimizar a atenção à saúde do usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica

1.2.2 Específicos:

- Melhorar a qualidade de atenção a pacientes hipertensos;
- Melhorar a adesão de pacientes hipertensos ao programa;
- Promover a saúde de Hipertensos;
- Capacitar a equipe e a população sobre HAS.

2 – REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Hipertensão fator de risco para agravos cardiovasculares

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), popularmente conhecida como Pressão Alta, é uma condição clínica que pode ser causada por vários fatores e é caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), ou seja, considera-se uma pessoa hipertensa quando a pressão arterial se mantém igual ou maior que 140x90 mmHg, ou 14 por 9.(BRASIL,2013).

O aumento da pressão arterial, faz com que o sangue percorra pelos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) com maior força/ pressão, causando lesões, aumentando assim o risco de infarto, AVC, lesão nos rins, entre outros.(SBH,2016).

Entende-se que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode representar um fator de risco independente e contínuo para a doença cardiovascular, sabe-se que ela não ocorre isoladamente. A maioria dos hipertensos possui outros fatores de risco e sua concomitância aumenta o risco cardiovascular. No entanto, como muitos deles são modificáveis (SILVA,2011).

Segundo Bloch, Rodrigues e Fiszman (2006) e Maia et al. (2007), os fatores de risco cardiovasculares podem ser classificados em dois grupos: os não suscetíveis a modificação (hereditariedade, idade, raça e sexo) e os que podem ser modificados ou atenuados por mudanças nos hábitos de vida e/ou por medicamentos (hipertensão arterial, tabagismo, dislipidemias, diabetes, obesidade, sedentarismo, uso de anticoncepcionais e estresse.A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares.

As complicações mais freqüentes decorrentes da HAS são acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal(BRASIL,2006).

2.2 Hipertenso, Prevenção de agravos e mudança no estilo de vida

De acordo com o Ministério da Saúde, (2013) A prevenção primária da HAS pode ser feita mediante controle de seus fatores de risco, como sobrecarga na ingestão de sal, excesso de adiposidade, especialmente na cintura abdominal, abuso de álcool, entre outros. Duas estratégias de prevenção são consideradas: a populacional e a dirigida a grupos de risco.

A prevenção primária tem por objetivo desenvolver ações que buscam a redução da exposição populacional a fatores de risco, principalmente ao consumo de sal, alimentação inadequada e comportamentos que favorecem o surgimento ou o descontrole da HAS. O profissional poderá atuar para colaborar nessas ações por meio de ações educativas com a população em geral para orientar a restrição à adição de sal na preparação de alimentos, identificação da quantidade de sal e/ou sódio presente nos alimentos industrializados, a importância da mudança do estilo de vida e adesão de atividades físicas (BRASIL,2013).

Adesão é definida como o grau de coincidência entre a prescrição do profissional de saúde e o comportamento do usuário (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO-VI DBH, 2010).

De acordo com Pierin, Gusmão e Carvalho (2004), a adesão é um processo comportamental complexo sujeito a diversas influências do meio ambiente, culturais, sociais e dos profissionais de saúde.

Ao optar pela adesão ao tratamento o hipertenso manterá o controle da PA através de Modificações de estilo de vida que são de fundamental e de suma importância no processo terapêutico em caso de indivíduos que não possuem a HAS mas mantém comportamentos de risco para o surgimento da hipertensão a MEV contribui na prevenção da hipertensão(BRASIL,2016).

Alimentação adequada, evitando o consumo excessivo de sal, o controle do peso, prática de atividade física, evitar o tabagismo e uso excessivo de álcool , que são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, pois, sem o controle, mesmo fazendo uso de doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial, dessa forma as mudanças no estilo de vida e fundamental para o êxito do tratamento(BRASIL,2006).

2.3 Educação Popular em Saúde no enfrentamento da falta de adesão ao tratamento para Hipertensão

Compreende-se que a educação popular em saúde possui importância inegável para a promoção da saúde, sendo utilizada como veículo transformador de práticas e comportamentos individuais, e no desenvolvimento da autonomia e da qualidade de vida do usuário (LOPES; SARAIVA; XIMENES, 2010).

Segundo Oliveira; Wendhausen, (2014) a educação em saúde vem sendo bastante abordada nas pesquisas em saúde por representar um recurso valioso para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Todos os trabalhadores da área da saúde são responsáveis por atuar nessa prática. A tarefa é de toda a equipe, embora a equipe nem sempre esteja preparada para exercê-la.

Entende-se que é de fundamental importância para prevenção de doenças cardiovasculares, dentre as estratégias para o enfrentamento dos problemas que envolvem os agravos cardiovasculares como o sedentarismo, alcoolismo, tabagismo e hipertensão descontrolada temos a educação em saúde que

orienta e incentiva o usuário a aderir a mudança do estilo de vida, sendo a principal estratégia de controle dessas doenças(BRASIL,2011).

A educação em saúde, embora possua métodos e segmentos distintos, não se limita apenas a transmitir conhecimento à comunidade, mas estabelece vínculos entre assistidos e profissionais, e promove a participação ativa da comunidade, a inclusão social e constantes remodelagens conceituais destes indivíduos, quanto a hábitos que comprometam a saúde e a qualidade de vida daquela população(LOPES; SARAIVA; XIMENES,2010).

Ainda apresentando os conceitos que envolvem a educação em saúde temos a definição de que a mesma consiste no campo de teorias e práticas que se ocupa das relações entre o conhecimento e os processos de saúde e doença dos indivíduos e da coletividade. Essa construção de conhecimento é transversalizada por um possível diálogo entre o saber instituído, elaborado pela produção científica e sujeito a uma revisão permanente, e o senso comum, resultante da vivência cotidiana e baseado em relações perceptivas e afetivas, de significados próprios(GAZZINELLI, et al ,2013).

Durante o processo de educação em saúde, dirigido a uma determinada população, os sujeitos acabam produzindo, numa interface entre o individual e o coletivo, conhecimentos que são específicos e compartilhados, nos quais o fazer, a ação, tem papel preponderante, dessa forma a inserção de atividades de educação em saúde vem possibilitando a compreensão acerca da hipertensão seus riscos e suas complicações fazendo assim com que o portador tenha consciência da necessidade da efetiva adesão ao tratamento para manter o controle e assim prevenir as complicações cardiovasculares(GAZZINELLI, et al,2013).

Documentos de órgãos internacionais, entre eles da WHO e da *American Heart Association* (AHA), divulgaram estratégias para reduzir os principais fatores de risco para as DCV, a qual se destaca as intervenções educativas. A adoção de hábitos de alimentação e estilos de vida mais saudáveis é estratégica para o alcance de resultados mais favoráveis no cuidado à HAS, sendo, em alguns casos, a única terapêutica recomendada. A baixa adesão dos pacientes a essas orientações não medicamentosas constituem-se em importante dificuldade para controlar a gravidade da doença(LIMA, et al, 2009).

O controle da HAS constitui uma das áreas estratégicas da Atenção Primária à Saúde (APS). As estratégias educativas constituem um importante instrumento para estimular mudanças no estilo de vida e reduzir os fatores de risco cardiovascular. Estudos têm analisado a importância, a efetividade e as limitações dessas estratégias no tratamento da HAS. Como resultados têm sido observados a redução da pressão arterial, a diminuição do peso corporal e da circunferência da cintura, melhora do perfil lipídico e da glicose sanguínea, mudanças favoráveis no consumo alimentar habitual e aumento do conhecimento sobre o processo saúde-doença-cuidado(TOBE, et al, 2014).

2.4 Educação Permanente para os profissionais em saúde para melhor a atenção aos usuários a atenção primária

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema único de Saúde seja no âmbito nacional, estadual, regional, e mesmo municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde (ROSCHKE; BRITO, 2002).

A portaria de nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e define diretrizes e estratégias para a implementação da educação permanente em saúde, no âmbito da atenção básica adequando-a as diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (2009), propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações.

O processo de educação permanente em saúde tem como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. A proposta é de ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços; e ressalta as demandas por mudanças e melhoria institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios (BRASIL, 2009).

Na atenção básica, a busca pela competência, pelo conhecimento e pela atualização é essencial para garantir a sobrevivência do profissional em saúde e da profissão. A contribuição da educação permanente na prática profissional evidencia-se por meio das atitudes que o profissional assume enquanto presta assistência ao usuário, dentre as quais está o compromisso firmado consigo mesmo, mediante a motivação pela busca do autoconhecimento, do aperfeiçoamento e da atualização, e prevendo melhorar o cuidado prestado ao usuário da unidade bem como a comunidade de forma geral. A educação permanente leva ao entendimento de que o indivíduo atuante na saúde deve ter no auto aprimoramento uma meta a ser seguida por toda sua vida (PASCHOAL, et al, 2007).

A formação pode tomar como referência a busca para desenvolver condições de atendimento as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado, isto se aplica tanto ao agente comunitário de saúde quanto a toda a equipe multiprofissional da unidade (CECCIM, 2004).

A atualização técnica-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamentos e o adequado conhecimento do SUS (CECCIM, 2004).

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado as várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. (CECCIM & FEUERWERKER, 2004)

A Educação Permanente consiste na aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações/ na rotina do trabalho. A mesma é feita a partir dos problemas enfrentados na

realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2004).

A educação permanente, baseada no aprendizado contínuo, é condição necessária para o desenvolvimento do sujeito, no que tange ao seu auto aprimoramento, direcionando-o à busca da competência pessoal, profissional e social, como uma meta a ser seguida por toda sua vida. A diversidade de informações, bem como a ampla gama de necessidades de conhecimento nas mais diversas áreas, leva à constatação de ser tarefa quase impossível para a educação formal garantir uma adequada formação ao sujeito (PASCHOAL, et al, 2007).

Nesta perspectiva, as instituições de saúde são corresponsáveis pelo processo de desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, apontando a educação permanente no trabalho como uma possibilidade para efetivar o cuidado ao sujeito-cuidador, uma vez que se compreende a educação permanente/continuada dos profissionais da saúde traz benefícios ao processo de trabalho, isso implica dizer que trará melhoria na atenção ao usuários da atenção primária a saúde (BACKES, 2005).

3 – PLANO OPERATIVO

INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ATENÇÃO AOS PACIENTES HIPERTENSOS DA ESF MOSENHOR GIL-PI

NOME: KATTYA LISSET PEREZ CARBALLOSA

TUTORA ORIENTADORA: Ione Maria Ribeiro Soares Lopes

ABRIL/2018

- **OBJETO DA INTERVENÇÃO:** Falta de adesão ao tratamento para a hipertensão, elevado índice de prevalência de HAS na área adscrita a ESF Monsenhor Gil, estado do Piauí

OBJETIVOS:

Objetivo Geral: Otimizar a atenção à saúde do usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica

Objetivo Específicos:

- Melhorar a qualidade de atenção a pacientes hipertensos;
- Melhorar a adesão de pacientes hipertensos ao programa;
- Promover a saúde de Hipertensos;
- Capacitar a equipe e a população sobre HAS.

Elaboração da Planilha de Intervenção

Situação problema	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
População com baixa adesão ao tratamento da hipertensão	Modificar e conscientizar a população para aderir a Mudança no estilo de vida, Prevenindo os agravos cardiovasculares	-Orientar a população hipertensa da área para a importância de mudanças no estilo de vida; -realizar abordagem com educação em saúde para os hipertensos em grupo operativos com intuito de iniciarem as atividades físicas junto ao tratamento Prazo 12 meses	-Estratégia da EPS junto a implantadas atividades educativas sob a forma de roda de conversas, palestras, conversação na sala de espera	Equipe e-SF
Prevalência da HAS	Através da melhoria a assistência ao usuários com a HAS Promover o controle da PA fim de reduzir as complicações e prevalência da HAS	-orientar os pacientes hipertensos alertar para importância de conhecer sua doença tratamento e complicações; -Incentivar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico para o controle da HAS e o acompanhamento no Hiperdia Prazo 12 meses	-Reuniões no grupo operativo Hiperdia; -Atividades educativas nas reuniões periódicas e palestras. -Acompanhamento dos níveis pressóricos e séricos dos pacientes.	Equipe e-SF

4 – PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

-Local da Implantação do plano operativo: Estratégia de Saúde da Família (ESF), Município Monsenhor Gil, estado do Piauí.

-População abordada: Hipertensos da área adscrita a ESF

-Mediadores das atividades do Plano: ESF da Estratégia de Saúde da Família Monsenhor Gil-PI.

Acompanhamento do Plano:

Etapa 1: Identificação do problema, análise situacional na área de abrangência da ESF, caracterização dos sujeitos da ação – hipertensos; Em seguida será elaborado o plano de operativo e suas estratégias e metas e prazos, posteriormente será apresentado na unidade para a equipe multiprofissional e capacitação da equipe para desenvolver as atividades educativas.

Etapa 2: Será orientado aos ACS (agentes comunitários de saúde) convocar/convidar o público-alvo hipertensos cadastrados na unidade ESF a fim de que participem da ação desenvolvida na ESF, será apresentado o plano operativo aos participantes esclarecendo quanto aos seus objetivos e resultados esperados, estratégias, período de execução e metas.

Etapa 3: Implementação e execução das atividades de educação em saúde para os usuários hipertensos, abordando temas relacionados a prevenção de complicações da HAS, mudanças do estilo de vida e seus benefícios e a importância do tratamento farmacológico e o acompanhamento na ESF para efetivamente manter o controle da PA e prevenir das complicações da hipertensão arterial sistêmica. As atividades educativas ocorrerão sob a forma de rodas de conversa, palestras e apresentação de slides.

Etapa 4: Avaliação dos impactos das ações educativas do plano operativo no público-alvo atentando para os resultados se houve o aumento na adesão ao tratamento e mudança no estilo de vida dos hipertensos, além de observar em longo prazo se ocorreu a redução das complicações da HAS entre os hipertensos da comunidade. Será observado os indicadores e taxas de internações hospitalares por complicações cardiovasculares fazendo um comparativo com anos anteriores.

5-CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES GERAIS

A adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico para a hipertensão associado à mudança no estilo de vida (MEV), vem reduzindo os fatores de risco para Doenças Cardiovasculares que são as complicações da falta de adesão ao tratamento e controle da PA.

Para que isso ocorra, a ESF deve-se iniciar um processo de educação em Saúde no qual o idoso é motivado a adotar comportamentos que favoreçam o controle da pressão arterial. Essas medidas sugeridas terão impacto no estilo de vida e sua implementação dependerá diretamente da compreensão do problema e da motivação para implementar mudanças no seu estilo de vida.

Portanto, é importante a realização de ações educativas para conscientizar e incentivar os hipertensos a aderir ao tratamento e a mudança no estilo de vida, para alcançar os objetivos propostos neste plano de ação e efetivamente realizar a promoção da saúde e prevenção dos agravos.

Dessa forma espera-se que com a implantação deste plano operativo possamos alcançar os objetivos propostos e reduzir os agravos decorrentes da hipertensão arterial sistêmica; aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial e acompanhamento na unidade. Trazer melhoria na condição de saúde dos hipertensos e reduzir a prevalência da HAS.

REFERÊNCIAS

BACKES, Vânia Marli Schubert et al. **Educação continuada**: algumas considerações na história da educação e os reflexos na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 12, n. 1, p. 80-88, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013. (Cadernos de Atenção Primária, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica n 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF; 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: Pólos de educação permanente em saúde**. Brasília, DF, 66 p., 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 1.996/07**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <www.saude.gov.br/sgtes>. Acesso em: ago. 2007.

BLOCH, K. V.; RODRIGUES, C. S.; FISZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 13, n. 2, p. 134-143, abr./jun. 2006

CECCIM, Ricardo B. **Educação permanente em saúde**: desafio ambicioso e necessário. Interface: Comunicação, Saúde, Educação [Debate], v. 9, n. 16, p. 161-77, 2004

CECCIM, Ricardo Burg and FEUERWERKER, Laura C. M.. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis [online]. 2004, vol.14, n.1, pp.41-65. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Acessado em 22 de ABRIL de 2018.

GAZZIELLI MFC, MARQUES RDC, et al. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. **Revista Trab educ saúde**. 2013; 11(3):553-571.

LOPES, M. S. V.; SARAIVA, K. R. O.; XIMENES, L. B. **Análise do conceito de promoção da saúde**. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 19, n. 3, jul./set. 2010, p. 461-468. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00480.pdf>> acesso em: 20/04/2018

LIMA SML, PORTELA MC, et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cad Saude Publica** 2009; 25(9):2001-2011

OLIVEIRA, WENDHAUSEN, ÁLP. **(Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família**. Trab educ saúde. 2014; 12(1):129-147.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima and MEIER, Marineli Joaquim. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2007, vol.41, n.3, pp.478-484. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300019>. Acessado em 20/04/2018

ROSCHKE, M. A.; Brito, P. Gestión de proyectos de educación permanente en los servicios de salud: **manual del educador**. Washington: OPS, 2002.

TOBE SW, et al. **Hypertension management initiative prospective cohort study: comparison between immediate and delayed intervention groups**. J Hum Hypertens 2014; 28(1):44-50

SILVA, D. B. **Hipertensão arterial e complicações associadas: análise do risco cardiovascular e da adesão terapêutica ao tratamento em usuários do Sistema Único de Saúde**. 2011. 127 f. Dissertação (Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

SBH.Sociedade Brasileira de Hipertensão. **Você é vigilante ao tratamento da pressão alta?** Conheça o conceito de adesão ao tratamento.2016 [on line]. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/atualidades-vigilante.asp> acesso 02/11/2017

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL-VI DBH. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 17, n. 1, p. 07-60, jan./mar. 2010

MAIA, C. O.; GOLDMEIER, S.; MORAES, M. A.; et al. Fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana nos trabalhadores de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, v. 20, n. 2, p. 138-142, 2007.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p

PIERIN, A. M.; GUSMÃO, J. L.; CARVALHO, L. V. **A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial.** **Hipertensão**, v. 7, n. 3, p. 100-103, 2004.