

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

ALINE AZEVEDO SOARES OLIVEIRA

**PRÁTICAS EDUCATIVAS DO MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NO TRATAMENTO COADJUVANTE (MANEJO E CONTROLE) DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

UBERABA/MINAS GERAIS

2014

ALINE AZEVEDO SOARES OLIVEIRA

**PRÁTICAS EDUCATIVAS DO MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NO TRATAMENTO COADJUVANTE (MANEJO E CONTROLE) DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

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

Orientador: Profa. Dra. Sandra de Azevedo Pinheiro.

UBERABA – MINAS GERAIS

2014

ALINE AZEVEDO SOARES OLIVEIRA

**PRÁTICAS EDUCATIVAS DO MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NO TRATAMENTO COADJUVANTE (MANEJO E CONTROLE) DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Banca examinadora

Professor Sandra de Azevedo Pinheiro (Orientadora)

Professora Maycon Sousa Pegorari (Examinador)

Aprovado em Uberaba, em 17 de dezembro de 2014

Dedico este a trabalho aos meus pais, Fernando e Rosana, aos meus irmãos, Caroline e Luiz Fernando, que sempre me ajudaram a superar os obstáculos e aplaudiram minhas conquistas.

Obrigada pelo apoio, incentivo, dedicação, paciência, compreensão, confiança, desprendimento e força de vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Profa. Dra. Sandra de Azevedo Pinheiro pela contribuição na orientação deste trabalho.

À equipe de saúde do PSF Esperança, pela cooperação no dia-a-dia do meu trabalho.

À Coordenação da Atenção Básica do município de São Gonçalo do Abaeté/ MG, pelo apoio.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível que acomete diversas pessoas e se desenvolve por vários fatores como a ansiedade e estresse do cotidiano, excesso de peso, ausência e prática irregular de atividade física, uso e abuso de bebidas alcoólicas, tabaco, dentre outras drogas, alimentação rica em gordura e sódio. O objetivo deste trabalho foi elaborar uma proposta de intervenção para o controle eficiente do uso da medicação anti-hipertensiva para pessoas hipertensas atendidas por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família em um município do interior de Minas Gerais. A metodologia utilizou abordagem descritiva qualitativa, por meio de uma revisão bibliográfica em artigos, científicos, legislações, monografias, dissertações e teses na base de dados da biblioteca virtual do Ministério da Saúde e de universidades, na Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). As regras para citações foram seguidas conforme no método da Associação Brasileira de Normas Técnicas. O material utilizado incluiu publicações históricas e contemporâneas, do ano de 1997 a 2014. Os resultados identificaram que a HAS e suas complicações são fatores relevantes que dificultam a adesão ao tratamento. As práticas integrativas das equipes de saúde da atenção primária, especialmente e as intervenções do médico são essenciais no controle desta patologia. A adoção de um horário especial para realizar busca ativa dos casos mais graves poderá identificar problemas relacionados, assim como, despertar a importância da promoção da saúde diante dos preceitos do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Hipertensão, fatores de risco, educação em saúde, papel do médico.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a non-communicable chronic disease that affects many people and is developed by several factors such as anxiety and stress of everyday life, overweight, lack and irregular physical activity, use and abuse of alcohol, tobacco, among other drugs, diet high in fat and sodium. The objective of this study was to develop an intervention proposal for the efficient control of the use of antihypertensive medication for hypertensive people served by a team of the Family Health Strategy in a city in Minas Gerais. The methodology used qualitative descriptive approach, through a literature review articles, scientific, laws, monographs, dissertations and theses in the virtual library database of the Ministry of Health and universities in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS). The rules for citations were followed as in the method of the Brazilian Association of Technical Standards. The material used included historical and contemporary publications, the year 1997 to 2014. The results showed that hypertension and its complications are relevant factors to the adherence to treatment. Complementary practices of health teams in primary care, especially and medical interventions are essential in controlling this disease. The adoption of a special time to conduct active search for more severe cases can identify problems as well as awakening the importance of health promotion on the precepts of the Unified Health System.

Keywords: Hypertension, risk factors, health education, physician's role.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CEABSF - Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família
DAP - Doença Arterial Periférica
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV - Doenças Cardiovasculares
DRC - Doença Renal Crônica
ESF - Estratégia de Saúde da Família
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL - Lipoproteína de Baixa Densidade
HIPERDIA - Programa de Hipertensão e Diabetes
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA – Pressão Arterial
PTS - Projeto Terapêutico Singular
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SCIELO - Scientific Electronic Library Online
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC - Terapia Cognitivo Comportamental
TCI - Terapia Comunitária Integrativa
TCS - Treino do Controle de Stress

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	14
3.1 OBJETIVO GERAL.....	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REFERENCIALTEÓRICO.....	17
5.1 Abordagens multifatoriais e interdisciplinares para hipertensos atendidos pela atenção primária em saúde.....	17
5.2 Práticas educativas na ESF: conscientização orientação a de pacientes hipertensos.....	20
5.3 Intervenções dos profissionais de saúde da ESF no tratamento dos hipertensos.....	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	27
7 CONCLUSÕES.....	29
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

A primeira constatação experimental da pressão arterial foi realizada, em 1711, por Stephen Halles, na Inglaterra; a pressão foi verificada em um cavalo, imobilizado por um extenso número de estudantes. Halles pôs uma cânula na artéria crural do animal, acoplando um canal de vidro de três metros de altitude. A lápide de sangue abrangeu dois e meio metros de altura por sobre o animal, tendo constituído este o primeiro registro de uma pressão arterial (LUNA, 1999).

A tensão arterial humana foi clinicamente estimada com o advento dos principais aparelhos de medida, no início do século 17, arquitetados pelo italiano Riva-Rocci, em 1896, em Turim. Os aparelhos que chegaram para o Brasil vinham da França e eram do modelo Pachon. Em 1905, o russo Korotkoff ampliou o procedimento auscultatório de avaliação indireta da pressão arterial, por meio do esfigmomanômetro (LUNA, 1999).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma das principais causas de morbidade e mortalidade mundial (Brasil, 2009). Malachias (2010) menciona que aproximadamente 80% das mortes que acontecem no Brasil, principalmente em pessoas entre 45 e 69 anos, são decorrentes da HAS, sendo que 54% de todos os acontecimentos de acidente vascular cerebral (AVC) e 47% dos episódios de infarto, fatais e não fatais, são atribuídos à essa patologia. Descreve ainda que, na década passada, houve mais de 70 milhões de vítimas fatais por causa da hipertensão. Esta acomete mais de 30 milhões de brasileiros (36% dos homens adultos e 30% das mulheres) e é considerada como o mais terrível fator de risco para o aumento das doenças cardiovasculares (DCV).

É amplamente compreensível que as DCV constituem um grande problema de saúde pública. O risco de mortalidade por estas causas, na maioria das vezes silenciosas, ressalva a importância da prevenção. Os fatores de risco cardiovasculares, sobretudo em concomitância numa mesma pessoa, podem ser mediadores do risco de doença vascular. A estimativa do risco cardiovascular, como as patologias: infarto agudo do miocárdio, insuficiência e morte coronariana, angina, AVC isquêmico e hemorrágico, ataque isquêmico transitório, Doença Arterial Periférica (DAP) e insuficiência cardíaca, sem doença cardiovascular no exame de base são morbidades que aceleram a mortalidade precoce na maioria das pessoas portadoras destas doenças. Os preditores cardiovasculares para a mortalidade incluem ainda, a idade, o

gênero, doença metabólica como a diabetes, hábitos de tabagismo, HAS tratada e não-tratada, lipoproteína de baixa densidade (HDL) e colesterol total (MINAS GERAIS, 2013).

Brandão et al (2010) mencionam que hábitos saudáveis de vida precisam ser seguidos desde a infância e adolescência, respeitando as distinções regionais, culturais, padrões sociais e econômicos das pessoas. As recomendações básicas não medicamentosas para vigilância primária da HAS são: nutrição saudável, ingestão controlada de sódio e bebidas alcoólicas, consumo de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo. Os autores afirmam também que a prevenção primária e a detecção precoce são as maneiras mais eficazes de impedir as enfermidades e devem ser finalidades prioritárias dos profissionais de saúde.

Para Jardim (2014), a identificação da HAS depende da verificação regular de medidas da Pressão Arterial (PA), conforme preconizado, pelo menos uma vez ao ano. Ressalta, ainda, que é imprescindível registrar a presença de hipertensão mascarada entre os pré-hipertensos. Dessa forma, a terapêutica de intervenção precoce com medicamentos pode restringir a incidência de hipertensão sustentada e impedir a progressão das DCV.

Demoner; Ramos e Pereira (2012) descrevem que na contemporaneidade tem surgido um enorme número de métodos medicamentosos e não medicamentosos para a clínica da HAS e consideram que a aderência dos pacientes hipertensos ao tratamento representa um imenso desafio para as equipes de saúde. Relatam que estudos diferenciados estão sendo desenvolvidos com o desígnio de caracterizar essa adesão, sendo que os subsídios de prevalência sobre adesão à terapia anti-hipertensiva são variáveis e isso pode estar pertinente com diferenças entre as populações avaliadas e os instrumentos de pesquisa utilizados para avaliar a adesão.

O benefício da terapêutica medicamentosa para a HAS continua incerto, devido esse tema nunca ter sido avaliado em um experimento clínico designadamente esquematizado para testar essa hipótese. Além do mais, extensas pesquisas clínicas desenvolvidas para identificar proteção em órgãos-alvo com tratamento anti-hipertensivo jamais utilizaram a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) ou medidas domiciliares da PA, exceto em subgrupos, com número mínimo de eventos cardiovasculares, que não comportaram conclusões definitivas. As atuais diretrizes europeias sobre HA destacaram a deficiência de evidências científicas suficientes para suportarem a indicação do início de tratamento medicamentoso na faixa de PA normal alta (JARDIM, 2014).

Uma das características basais na clínica bem sucedida no controle da HAS é a adesão do paciente tanto ao tratamento farmacológico, quanto ao não farmacológico. Contribui,

porém, sensibilização das pessoas na edificação de uma vida saudável, a qual deve ser sempre incentivada pelos profissionais de saúde, através da aceitação de hábitos alimentares apropriados, paralelos ao método de atividade física satisfatória e a efetivação do tratamento medicamentoso. Compete ao médico, independente da sua condição de atuação, orientar a necessidade de adoção de rotinas saudáveis, colaborando para a promoção, prevenção e recuperação da saúde (DUARTE et al., 2014).

A atuação da equipe de saúde é essencial no tratamento das pessoas, inclusive para aqueles que possuem HAS. Demoner; Ramos e Pereira (2012) mencionam que a confiança dos pacientes na equipe de saúde e à terapia medicamentosa é abrangente e esse vínculo influencia na prevalência dos hipertensos aderentes e não aderentes ao tratamento para HAS.

No Brasil, os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) devem enfrentar o desafio de beneficiar a adesão das pessoas hipertensas ao tratamento e ajudar aqueles que, ainda com dificuldades, aderem parcialmente. O sucesso desse trabalho fica relacionado à maneira de tratar o usuário e sua família. Na ESF, as contribuições das equipes para a reorganização das atividades assistenciais, educativas e gerenciais voltadas à população hipertensa são de extrema relevância (REINERS, 2012). O monitoramento e acompanhamento dos pacientes com HAS através do programa de hipertensão e diabetes (HIPERDIA) é uma prioridade de todos os serviços de saúde da atenção básica (AB).

Pesquisadores afirmam ser relevante que as equipes da ESF tenham informações sobre os hipertensos e diabéticos de sua área de abrangência e tenham analogia dessas doenças com a Doença Renal Crônica (DRC), pois recomendam que estes devam estar cadastrados e acompanhados pelo programa HIPERDIA. Logo, na atenção básica, a assistência para a prevenção de complicações da Diabetes Melitus e da HAS, sobretudo a DRC, representa um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, é indispensável maior enfoque em atividades de grupos de educação em saúde e de autocuidado, com a finalidade de prevenir doenças originárias de complicações da capacidade funcional deste grupo, evidenciando-se, assim, o aperfeiçoamento das ações voltadas a esses clientes (FARIA; TEIXEIRA; NUNES, 2014).

2 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho identifica a HAS como uma morbidade mundial e brasileira responsável por um elevado número de mortalidade, decorrentes de suas complicações e de suas manifestações na população de uma forma geral e abrangente. Essa doença pode ocorrer de forma silenciosa, por padrões equivocados de vida, uso ou não do tratamento farmacológico, ausência de acompanhamento correto, entre outros fatores. A atenção básica, e, essencialmente, as equipes da ESF tem relevante atribuição de assistir esta clientela, devendo o médico ser o avaliador da real necessidade ou não de medicamentos anti-hipertensivos. A educação e conscientização da população hipertensa de determinada clientela adstrita de uma ESF deve ser o foco da assistência, uma vez que estudos comprovam que usuários do SUS confiam nos profissionais de saúde, principalmente nas intervenções do médico. Para atingir essas metas, o programa da atenção básica denominado Hiperdia deverá ser realizado na rotina da AB e ESF e alimentado no sistema de informação por meio do acompanhamento e tratamento da clientela com HAS.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar uma proposta educativa de intervenção para o controle eficiente do uso da medicação anti-hipertensiva por pessoas com HAS atendidas em uma ESF de um município do interior de MG a partir de revisão bibliográfica sobre o tema.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever fatores que dificultam a adesão ao tratamento medicamentoso nos hipertensos atendidos pela Atenção Primária em Saúde a partir de revisão bibliográfica sobre o tema.

- Identificar e propor práticas educativas eficientes para a sensibilização da população adstrita da ESF sobre os fatores de risco para desenvolvimento da HAS a partir de revisão bibliográfica sobre o tema.

- Discutir possibilidades de intervenção do médico da ESF sobre o tratamento dos hipertensos de sua área de abrangência a partir de revisão bibliográfica sobre o tema.

4 METODOLOGIA

Para subsidiar a construção/elaboração do plano de intervenção e a abordagem teórica foi realizada uma revisão bibliográfica científica e narrativa com metodologia correspondente em enfoque descritivo qualitativo sobre a HAS, suas complicações na vida das pessoas com este diagnóstico, os fatores relevantes que dificultam a adesão ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não, e a práxis das equipes de saúde da atenção primária, especialmente, a intervenção do médico.

Foi utilizado o Portal da Biblioteca Virtual de Saúde com as bases em publicações virtuais em artigos divulgados em periódicos nacionais por meio dos unitermos: “hipertensão”, “fatores de risco”, “medicamentos anti-hipertensivos”. Para a análise dos artigos produzidos, foram considerados os seguintes critérios: periódicos de publicação e os principais resultados apresentados em cada estudo.

As fontes científicas pesquisadas foram relacionadas ao tema, sendo artigos científicos, legislações, monografias, dissertações e teses na base de dados da biblioteca virtual do Ministério da Saúde e de universidades, na Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). As regras para citações foram através do método da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). O material utilizado incluiu publicações históricas e contemporâneas, do ano de 1997 a 2014.

Após a leitura do material, os resultados foram descritos e discutidos, visando identificar um plano de intervenção para melhorar a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. Também foi realizado o diagnóstico situacional de saúde da área de abrangência da equipe de uma ESF em um município de pequeno porte do interior de Minas Gerais. O Diagnóstico da Situação de Saúde é uma das atividades centrais do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família (CEABSF). Para sua execução foram levantadas informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de entrevista com informantes-chave, de observação direta da área de abrangência e da rotina assistencial da equipe de ESF, assim como de consultas médicas junto à equipe de ESF e de dados colhidos em avaliação das ações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O procedimento final foi criar um plano de intervenção constituído de palestras à população de hipertensos para que seja esclarecida a necessidade do uso contínuo e regular

de medicações anti-hipertensivas, bem como, para explicitar os fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica e as maneiras de prevenção de tal condição; combate ao tabagismo e alcoolismo, regularidade e necessidade de mudança de comportamento para o padrão da dieta e atividade física regular. Assim, foi reforçada a obrigação de regularidade dos grupos operativos, como grupo de caminhadas regulares com diário contendo aferição da pressão arterial e controle de peso individuais. Refletiu-se sobre o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis pela equipe da ESF e da gestão do SUS, para que medicações anti-hipertensivas permaneçam disponíveis à população, e que desta forma haja menos complicações cardiovasculares e outras co-morbidades decorrentes da HAS. O papel da equipe da ESF também foi focado com ênfase no trabalho médico.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1. ABORDAGEM MULTIFATORIAL E INTERDISCIPLINAR PARA HIPERTENSOS ATENDIDOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A HAS é uma categoria clínica determinada por vários fatores que comprometem inteiramente a qualidade de vida das pessoas acometidas pela doença, sendo estes: fatores genéticos, obesidade e aspecto do estilo de vida como: alimentação inadequada, sedentarismo, ingestão de bebida alcóolica e tabagismo. No entanto, é de extraordinária importância o desempenho interdisciplinar dos profissionais do campo da saúde para focar e otimizar o tratamento da hipertensão e sua prevenção. É preciso ainda, que estes profissionais trabalhem em ações conjuntas na diversidade de cada categoria profissional, reforçando o papel da multidisciplinaridade visando prestar atendimento de qualidade aos pacientes hipertensos, evitando dessa maneira, a falta de comunicação que pode impossibilitar a adesão à terapêutica, sendo imprescindível estabelecer, na atenção primária, um atendimento integralizado, levando em consideração, os diferentes aspectos de sua saúde e sua capacidade de absorção da sensibilização sobre a relevância do tratamento (BRAND; SCHUH; GAYA, 2013).

A adesão medicamentosa ao tratamento para HAS é um fenômeno multifatorial, em que onde há inclusão de fatores pertinentes ao sistema de saúde; socioeconômicos; à patologia; à terapêutica e àqueles próprios do paciente (VALADÃO et al., 2014). Giroto et al. (2013) encontraram em sua pesquisa resultados referentes à adesão aos tratamentos farmacológico e não farmacológico da HAS na atenção primária, especialmente na ESF, evidenciando que as pessoas com as idades entre 20 a 79 anos estão mais propensas à hipertensão. Mencionaram, ainda, que a adesão ao tratamento farmacológico tem sido rotina na vida das pessoas com essa enfermidade e que a atividade física regular, geralmente, é uma prática dos hipertensos, impulsionada na maioria das vezes, pelo grupo dos pacientes cadastrados no HIPERDIA, o que também deve ser concomitante com mudanças na alimentação. Referiram ainda também que esta clientela realiza em média, uma consulta médica ao ano e não ingerem bebidas alcoólicas regularmente. Para os autores, os resultados comprovam níveis variados de adesão ao tratamento e ratificam a importância de ações integralizadas na atenção ao hipertenso.

De acordo com Petito; Matias e Ferracine (2014), com o avanço da idade, a pressão arterial também tende a elevar. Assim sendo, a HAS acontecer em decorrência do envelhecimento, não sendo propriamente critério para o diagnóstico, pois, pode estar associado a outros fatores não somente o envelhecimento. Mas, nesta a idade a propensão de alterações fisiológicas como problemas cardiovasculares, metabólicos, respiratórios, alterações no sistema digestivo, ósseo, neurológico, ocorrem mais frequentemente do que em adultos jovens. O idoso é propenso a mais enfermidades constituídas, na maioria, por doenças crônicas, fato que realça a importância de o paciente idoso hipertenso receber mais atenção do que a população de hipertensos mais jovens. Nesse sentido, a assistência farmacêutica é uma prática eficiente, entre a equipe multidisciplinar, para garantir o uso coerente de medicamentos, a adesão à terapêutica anti-hipertensiva e a eficácia da mesma, já que o profissional farmacêutico utiliza medidas educativas que podem adaptar diversos benefícios ao tratamento do idoso hipertenso.

Os elementos socioambientais são, também, ainda importantes determinantes para os fatores de risco das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Aspectos como a renda financeira do indivíduo, a modalidade de trabalho no qual ele está inserido e o grau de escolaridade que possui interferem na adoção de maus hábitos de vida como a ausência de atividades físicas, hábito de fumar e ingerir alimentação inadequada, que promovem o estabelecimento das DCNT, sobretudo a hipertensão e diabetes nessas pessoas. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), responsáveis por determinada área adstrita da ESF, oferecem, nesse contexto, informações precisas sobre os pacientes em acompanhamento por eles, contribuindo para conclusões mais precisas sobre os fatores de risco que podem agravar o estado de saúde desses usuários. Além do trabalho do ACS e da equipe da ESF, é relevante uma mobilização intersetorial para que os homens possam se sentir mais motivados para uma alimentação saudável, pois as mulheres aderem com mais facilidade ao tratamento anti-hipertensivo e a mudança de estilo de vida. Além do mais, o papel da nutricionista junto à equipe da ESF é de extrema importância para capacitar os ACS na orientação e motivação dos usuários sobre a necessidade de redução do consumo de sal, entre outros alimentos (SCERNI, 2013).

Dentre as ações multidisciplinares que buscam fortalecer o vínculo e adesão da clientela hipertensa, a ESF conta atualmente com novos dispositivos de atenção à saúde, objetivando efetivar ações por meio de práticas educativas, de matriciamento, de corresponsabilização e aumento da oferta de escuta e acolhimento. De acordo com esse

pensamento, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) deve atuar em consonância com algumas diretrizes relativas à Atenção Primária à Saúde (APS) como, por exemplo, realizando ações de interdisciplinaridade e intersetorialidade, intensificação da educação permanente em saúde dos profissionais e da clientela adstrita, desenvolvendo informação sobre o território, integralidade da assistência, participação e mobilização social, educação popular e pública, promoção da saúde e assistência humanizada (BRASIL, 2009a, 2009b).

A Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008 instituiu os NASF através do Ministério da Saúde, com o objetivo de expandir a inclusão e o desígnio das ações da atenção primária, assim como sua resolubilidade, sustentando a inserção da ESF na rede de serviços de saúde e buscando o melhoramento da ação de territorialização e regionalização na AB. São classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, devendo ter profissionais como: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional, médico ginecologista, homeopata, pediatra, psiquiatra, entre outros de acordo com perfil epidemiológico do município requisitante (BRASIL, 2008).

A efetividade das ações do NASF na qualidade da assistência estabelece um aprendizado de compromisso e corresponsabilidade por parte de toda a equipe envolvida. Seus profissionais devem reconhecer o território e estar interligados às atividades das ESF, participando do programa e coordenação dos serviços, além de agenciar a articulação com a comunidade e com os múltiplos equipamentos da região para máxima resolubilidade dos problemas de saúde, experimentando a troca de saberes, participando de reuniões, discussão de casos, com orientações, atendimentos e direcionamentos (SÃO PAULO, 2009).

O NASF tem importante papel nas ações para adesão das pessoas com DCNT, especialmente a HAS, através do auxílio da equipe da ESF para a prescrição da assistência através do Projeto Terapêutico Singular (PTS), intensificando a clínica com projetos de grupos operativos, de atividade física, lazer, ocupacional, levando assim, atividades rotineiras às pessoas que necessitam de educação em saúde para minimizar os riscos decorrentes desta patologia (BRASIL, 2009c).

5.2. PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESF: SENSIBILIZAÇÃO DE INDIVÍDUOS HIPERTENSOS

O conceito de promoção de saúde inclui uma forma de pensar e atuar em harmonia com o agir educativo e com a intenção de formar sujeitos e projetos pedagógicos voltados para o direito à vida. Tende, portanto, a proporcionar uma sintonia para a conscientização e humanização das equipes de saúde em prol de acolher as pessoas com mais aptidão e perfil (BRASIL, 2009a).

A Política Nacional de Humanização do SUS aponta que, para melhorar a assistência de saúde, é preciso haver nos trabalhadores, uma mudança das práticas de acolhida aos cidadãos usuários e aos demais trabalhadores dos serviços de saúde. Considera o desafio de melhorar o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gerência nas unidades de saúde. A partir do diagnóstico dos métodos de trabalho, esta ação beneficia a edificação de relações de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços de saúde. Assim, esta possibilidade pode avançar na união entre os usuários, trabalhadores e gestores da saúde do SUS como uma política pública efetiva para a população brasileira (BRASIL, 2009b).

A equipe que cuida das pessoas com doenças crônicas degenerativas utiliza recursos de educação visando conscientizar os indivíduos hipertensos através de técnicas e práticas educativas, tidas como elementos facilitadores para trabalhar atitudes e comportamentos dos pacientes hipertensos e também de outras pessoas que organizam, no ambiente doméstico, meios essenciais na direção do processo terapêutico desejado. O trabalho de educação em saúde, envolvendo as mudanças de hábitos de vida, a melhoria do vínculo entre familiares e/ou profissionais, ainda que, profundamente conexas a determinantes culturais, sociais e materiais da experiência e do controle da doença em andamento devem ser efetivos na vida dos hipertensos. Através da educação em saúde, autores detectaram que pacientes cessaram o uso do tabagismo; emagreceram sem uso de medicação, como apenas mudança de hábitos de vida, inclusive, reorganizaram ocupações e atribuições mais justas entre os entes familiares (PINHEIRO et al., 2004).

Mendes (2012) menciona que os profissionais de saúde da atenção primária, são essenciais na persuasão para as mudanças de comportamento das pessoas adoecidas e que abordagens do modelo transteórico de modificação, da entrevista motivacional e dos grupos

operativos são técnicas de solução de dificuldades que são fundamentais na mudança de comportamento e de estilos de vida.

Algumas práticas educativas têm como foco o diálogo e a participação, mas há outras que pouco avançam neste sentido, repetindo formas tradicionais, prevalecendo a transmissão do conhecimento e a verticalidade da relação profissional entre o usuário do serviço. Educação em Saúde tem um papel marcante na modificação do ser humano, devendo esta ação, ser implementada pela atenção básica, em busca da promoção da saúde, onde as práticas educativas oportunizam o diálogo, beneficiam o encontro das pessoas, as trocas de experiências e, logo, a compreensão de fatores que promovem a saúde e previnem complicações. A equipe da ESF deve propor substituir o modelo tradicional de assistência (biomédico) por práticas de promoção e prevenção a serem desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, tendo como centro, a família. Esta forma de atenção à saúde, por meio de prática educativa, tornou-se, então, um importante espaço para o aumento de ações de promoção da saúde junto à comunidade e aos usuários dos serviços de saúde, entre os quais os indivíduos hipertensos de doenças crônicas, como a HAS (NERY, 2012).

Evidenciando a importância das práticas educativas, Faria; Lautner e Lautner (2012) mencionam que de forma geral, resultados de sua pesquisa identificaram que quase a totalidade dos hipertensos entrevistados responderam que a HAS pode desencadear problemas cardíacos, cerebrais e renais, o que demonstra que apesar da dificuldade de informação sobre a doença, os pacientes têm algum conhecimento a respeito das complicações decorrentes desta enfermidade. Portanto, observou-se que metade dos pacientes do estudo disseram não receber orientações satisfatórias sobre HAS na ESF, o que pode ter influência direta no problema de distinguir de maneira correta o significado de hipertensão. Baixo nível educacional atua como fator complicador no processo de aprendizado e compreensão dos pacientes.

As ações educativas em saúde baseiam-se em ideias contraditórias, sendo ainda a integralidade da assistência ligada à doença, comprovando os conflitos da realidade atual. O grupo educativo representa uma estrutura de apoio a quem enfrenta a doença crônica. Há coexistência de pedagogias divergentes, como as dialógicas e as tradicionais visando um espaço plural (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014).

O aconselhamento à prática de atividade física nas unidades básicas de saúde ainda é pouco utilizado frente às necessidades das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, principalmente em termos de instigar hábitos de vida saudáveis. É imprescindível melhorar a participação dos profissionais das distintas áreas do conhecimento na direção de

aconselhamentos em saúde, implementando as práticas educativas, envolvendo a participação de outros profissionais e dos gestores de saúde, além da equipe da ESF. Além do mais, deve haver estímulo para grupos de educação em outras áreas (SIQUEIRA et al., 2009).

A construção do conhecimento em saúde sofre influência de vários elementos do cotidiano das pessoas. O diálogo e a convivência com outros indivíduos são subsídios de maior impacto na constituição desse saber. Portanto, o grupo de educação em saúde é um ambiente relevante, tanto pelas explicações disponibilizadas pelos profissionais, quanto pela troca de informações e experiências com os demais integrantes (SILVA et al, 2014).

As intervenções voltadas para pessoas que aguardam atendimento ambulatorial em hospitais. O acolhimento é essencial para tornar o ambiente agradável e receptivo, tendo assim, a prática da terapia comunitária em sala de espera como método de cuidado a pacientes. A terapia comunitária inclui a autonomia enquanto característica comum do sujeito e assinala para a ideia de que todas as pessoas têm poderes reais e/ou potenciais apropriados de subsidiar modificações em suas próprias vidas, ou seja, os sujeitos apreendem uma força que os incentiva para a descoberta, instigando-os a serem responsáveis por adotarem posturas de pró-atividade e admitirem o gerenciamento de suas experiências a fim da superação das limitações do modelo biomédico ou de prática epistemológicas, melhora vínculos e horizontaliza os relacionamentos interpessoais entre profissionais de saúde e a clientela assistida por estes, através da partilha de experiências e mobilização da alegria (NEDER; PINHEIRO, 2010; CARVALHO et al., 2013).

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) permite a constituição de categorias conceituadas como a construção da resiliência; possibilidade do alívio do sofrimento, melhora da autoestima; fortalecimento dos vínculos familiares e sociais. É nessa expectativa que a TCI vem operando como um espaço amplo e diversificado de promoção da resiliência, pois pelo compartilhamento de experiências de vida, as pessoas avigoram a autoestima, fortalecem os vínculos interpessoais e instigam a autonomia. A implantação da TCI, tida como ferramenta de trabalho em saúde na rede de saúde do SUS e na ESF contribui para a intensificação da transformação de uma política assistencialista para uma política de participação solidária, centrada na finalidade da promoção da saúde e no desenvolvimento comunitário e social da população adstrita da atenção primária. Portanto, a TCI necessita ser concretizada e ampliada na rede de atenção à saúde, por ser uma ferramenta de tecnologia leve e ativa de cuidado, adequando com isso, uma assistência acolhedora e humanizada de maneira holística

aumentando assim, a possibilidade do acesso a essa tecnologia de cuidado aos demais cidadãos do Brasil (CORDEIRO et al., 2011).

5.3. INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF NO TRATAMENTO DOS HIPERTENSOS

A hipertensão arterial é responsável pelo desenvolvimento das doenças cardiovasculares, sendo estimado 40% das mortes por AVC e 25% por doença arterial coronariana relacionadas à descompensação dos níveis pressóricos. Como esta é uma patologia multifatorial, seu tratamento clínico envolve múltiplas abordagens requerendo apoio de diferentes profissionais de saúde (nutricionistas, enfermeiros, docentes educadores físicos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e ACS) objetivando desenvolver o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. Este enfoque multiprofissional propõe mais do que introduzir alterações no estilo de vida, procura vencer o desafio de afirmar a adesão e a assiduidade da sustentação dessas ações na longevidade, para torná-las úteis e efetivas. Elas também devem ser enfatizadas particularmente em pessoas hipertensas de fatores de risco cardiovascular e/ou naqueles cujos dados pressóricos estão estabelecidos na faixa normal-alta. As ações educativas e terapêuticas em saúde devem abranger todo o centro familiar, pois são altamente custo-efetivas, seja retardando ou evitando a evolução para a HAS instituída, seja contendo os fatores de risco cardiovascular atuais, na experiência de modificar o atual panorama insatisfatório da alta morbimortalidade (MAGALHÃES et al., 2003).

A assistência médica apresenta competência legal para a confirmação diagnóstica da hipertensão, suas modalidades mais prevalentes, avaliação de fatores de risco, assimilação de possíveis danos em órgãos-alvo e comorbidades, avaliando a necessidade de prescrição medicamentosa conjuntamente com demais meios de tratamento não medicamentoso na estratificação do portador de hipertensão (MIRANDA, 2011).

Quintana (2011) afirma que a reação cardiovascular do paciente com hipertensão, em situações de tensão interpessoal, modifica em função do estado de estresse em que se encontra, juntamente com suas particularidades de personalidade. Além disso, considera que os fatores de risco para hipertensão arterial estão associados à ansiedade, episódios depressivos, o aspecto da personalidade e a qualidade do padrão do sono. Relata ainda que o tratamento para estas causas pode ser acoplado ao Treino do Controle de Stress (TCS) e a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), consideradas como eficazes na terapêutica da ansiedade e depressão, ao mesmo tempo na modulação da reatividade cardiovascular em ocasiões de estresse emocional, contribuindo tanto na adesão ao tratamento quanto na

capacidade do modo de pensar, regendo uma transformação estável e duradoura do estilo de vida, mais ajustada com o auto-cuidado indispensável no manejo de doenças crônicas.

O tratamento medicamentoso da hipertensão e pré-hipertensão é muito questionado. O Ministério da Saúde recomenda que o alvo mais importante no tratamento da pré-hipertensão é a adesão às indicações das diretrizes brasileiras, americanas e europeias para sustentação de um estilo de vida apropriado com atividade física adequada, controle do peso, diminuição do consumo de sal na dieta, retirando o tabagismo e o consumo exagerado de álcool. Neves (2010), ainda reforça que, até as atuais circunstâncias, nenhum estudo já realizado tem poder satisfatório para recomendar um tratamento farmacológico na enorme população de sujeitos pré-hipertensos sem ênfases de doença cardiovascular. Menciona, ainda, que nenhum remédio deve ser prescrito para tratamento específico da pré-hipertensão, exceto até que apareçam evidências de que esse tratamento restringe a incidência de eventos cardiovasculares e apresente uma boa relação custo-efetividade.

Orientações voltadas para a necessidade de mudanças de rotinas de vida para controle dos níveis pressóricos é uma modalidade de atenção mais prescrita pelos múltiplos profissionais de saúde, em relação ao controle da hipertensão. A medicação anti-hipertensiva é eficiente, mas precisa de coadjuvantes para estabilização dos níveis pressóricos, sendo estes, as mudanças comportamentais de hábitos de vida, aquisição de hábitos de atividade física, controle do consumo de alimentos, sódio, bebidas alcoólicas e compulsões pelo tabaco. Conforme supracitado, estas alterações guiam para a necessidade de aperfeiçoar a integralidade multidisciplinar das ESF, para que possam ser criados planejamentos com administração e avaliação dos programas comunitários e individuais que cooperem para versar sobre mudanças de hábitos de vida dos sujeitos, originar uma melhor adesão à terapêutica não medicamentosa, reparar o controle da hipertensão e precaver complicações que danificam a saúde dos hipertensos (LIMA et al., 2010).

O manejo do médico em relação ao tratamento medicamentoso do paciente hipertenso requer atenção para complicações que podem surgir nos órgãos alvo. Importante salientar, que as práticas não medicamentosas devem sempre ser somadas no conjunto das intervenções do controle da hipertensão, sendo então essencialmente benéficas. Assim, o médico necessita solicitar exames complementares mínimos estabelecidos nos consensos e, sempre que julgar cabível, decidir sobre a clínica medicamentosa, orientar sobre as práticas educativas juntamente com a equipe da ESF no traçado do Projeto Terapêutico Singular (PTS),

encaminhar para demais serviços de saúde quando for necessário, notadamente em casos de urgência/emergência hipertensiva (MIRANDA, 2011).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O referencial teórico realizado neste trabalho identificou que as práticas educativas são, na contemporaneidade, o foco maior para despertar nos usuários hipertensos do SUS, a consciência sobre a necessidade de tratamento precoce da HAS. Através delas, vários autores das equipes multidisciplinares executam suas ações. Nessa premissa, a atenção primária, especificamente a ESF, tem como eixo central o programa HIPERDIA, o qual é o responsável pelo acompanhamento sistematizado das ações dirigidas às pessoas com hipertensão e diabetes. Ainda através da promoção da saúde é que a prevenção e a recuperação se fazem presentes, devendo as equipes utilizarem ferramentas de tecnologias leves, como o acolhimento, a escuta, o vínculo, a corresponsabilização e o apoio matricial, principalmente pelo NASF em prol da qualidade humanizada de assistência (BRASIL, 2009).

As práticas educativas são meios que complementam o tratamento não medicamentoso para a HAS que tem possibilitado troca de experiências entre diversos profissionais de saúde e conscientizado os portadores de hipertensão de forma horizontalizada no respeito aos costumes culturais, étnicos e sociais dos pacientes hipertensos. Para Rodrigues (2013), os pacientes geralmente participam das rodas de conversa de maneira interativa, conversando, expondo suas ambiguidades e questionamentos pertinentes à hipertensão. É uma estratégia eficaz e efetiva no estímulo a adesão ao tratamento da hipertensão arterial, contribuindo de forma significativa para a avanço da qualidade de vida do paciente.

O diagnóstico situacional de saúde da área de abrangência da equipe de uma ESF do presente estudo revelou, através do diagnóstico situacional de saúde, a necessidade de instituir um protocolo de intervenção para assistência sistematizada da clientela com hipertensão. Assim, respeitando a evolução da medicina comunitária e da atenção biopsicossocial, faz-se necessário a criação de momentos onde o médico encontre espaço de tempo para se reunir com esta clientela ao menos uma vez ao mês, podendo este inovar roda de conversa sobre temas análogos a hipertensão, bem como, outros assuntos que demandarão no contexto do diálogo. Poderão também ocorrer no mesmo espaço, palestras à população de hipertensos criando um consenso dos temas relacionados ao uso e regular de medicações anti-hipertensivas, bem como para explicitar os fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica e as maneiras de prevenção.

As reuniões de equipe aconteciam semanalmente para discussão de casos clínicos e análises das áreas de maior vulnerabilidade em relação às doenças crônicas não transmissíveis, incluindo principalmente, hipertensão e diabetes. A equipe da ESF possuía uma médica, uma enfermeira, seis agentes comunitárias de saúde e também profissionais da equipe do NASF, principalmente da nutricionista. Os encontros focavam as estratégias para palestras com espaços posteriores ou simultâneos de perguntas pelos usuários da ESF, pois segundo as agentes, a comunidade ansiava pela presença do médico nas reuniões e festividades que ocorriam no território, sendo proposto o grupo de roda de conversa como prática integrativa de participação diversificada, tendo na figura do médico, o coordenador desse grupo operativo.

O grupo de roda de conversa com participação do médico intensificará a clínica ampliada, pois outros profissionais deverão participar, especialmente as ACS que fazem acompanhamento dessa clientela em seu domicílio, podendo igualmente levar em conta a realidade sócio econômica das famílias e as possibilidades de inserção do PTS conforme as possibilidades de adesão.

O papel do médico na ESF com foco no tratamento da hipertensão configura respeito às práticas mais humanizadas, constituindo um modelo de assistência voltado para a humanização, a escuta e a conscientização por meio de seu conhecimento sobre as interações medicamentosas combinadas com o diagnóstico e as complicações cardiovasculares da hipertensão.

Portanto, esse plano de ação, será formalizado após realização de um protocolo de assistência ao hipertenso dentro das diretrizes do HIPERDIA e da linha guia de saúde do adulto referente à hipertensão, como contribuição da equipe da ESF, NASF e outros membros da multidisciplinaridade que forem necessários, repassado à gestão da atenção primária, ao gestor municipal de saúde, sendo este aprovado, será também apresentado ao Conselho Municipal de Saúde local. O plano contemplará que a roda de conversa seja realizada uma vez ao mês, no horário das 19:00 com presença de outros membros da equipe, visando alcançar a população trabalhadora, principalmente do sexo masculino, por apresentarem maior dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso e às mudanças de hábitos de vida, lembrando ainda que o índice de morbimortalidade é maior nos homens. O horário excedente de trabalho gerará horas extras.

7 CONCLUSÕES

A hipertensão arterial é uma DCNT que acomete diversas pessoas por se manifestar de forma abrupta, devido níveis pressóricos pré-hipertensivos, pela ansiedade e estresse do cotidiano, práticas equivocadas incluindo excesso de peso, ausência de atividades físicas, uso e abuso de bebidas, tabaco, dentre outras drogas, alimentação rica em gordura e sódio. Esses fatores podem ainda estar relacionados ao uso inadequado dos anti hipertensivos e outros medicamentos, principalmente quando estes são auto prescritos.

A população, em um contexto geral, se comporta de forma muito imediatista, com mudança de padrões culturais, étnicos e sócio econômicos expressando cada vez mais intolerância e necessidade de urgência no atendimento. Pensando assim, o acolhimento e práticas educativas dos profissionais de saúde deverão se tornar mais humanizados. Para isso, contamos com a multidisciplinaridade da clínica em saúde, destacada na ESF, a contribuição do NASF e outros dispositivos de saúde da rede de atenção.

Nota-se que o papel do médico e sua intervenção não está mais seguindo o modelo biomédico, ainda que preferencial pela população, quando demanda atenção em momentos de queixas, mas percebe-se que as ações promocionais e preventivas de saúde estão caminhando e crescendo, pois, nesta revisão bibliográfica não se encontrou a modalidade da prescrição medicamentosa como prática única, esta deixou de ser efetiva de forma isolada, bem como o manejo do médico. Observou-se que as práticas educativas, grupais e integrativas estão em destaque quando comparadas somente à prescrição de medicamentos. Na maioria dos referenciais estudados, a integralidade da assistência acoplada às outras formas de práticas tem sido melhor empregada no controle da hipertensão e na diminuição das complicações cardiovasculares.

A participação do médico na medicina familiar e comunitária, através de visitas domiciliares, grupos de rodas de conversa e outras práticas integrativas, condiz com a mudança do modelo de atenção à saúde, onde a horizontalidade da assistência se mostra presente, evidenciando as ferramentas de tecnologias leve, como a escuta, o acolhimento, o vínculo em prol de humanizar ainda mais o cuidado dispensado por este profissional de saúde primordial nas equipes de ESF e demais instituições de saúde.

Conclui-se que a criação de um protocolo de saúde do hipertenso com plano de intervenção estruturado com a participação do médico para um modelo de prática integrativa no seu território de ação, com horário especial, poderá beneficiar sujeitos que não procuram a

ESF e possivelmente identificar problemas sugestivos de hipertensão, assim como despertar nestas pessoas, a importância da promoção da saúde, dentro das diretrizes do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde Debate**. 38, 101, p. 328-337. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0328.pdf>>. Acesso em 18/10/2014.

BRAND, C.; SCHUH, L. X.; GAYA, A. R. Atenção primária e os desafios à promoção da qualidade de vida de hipertensos. **Cinergis**; 14 (3), p. 161-165. Santa Cruz do Sul, 2013. Disponível em <<http://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/4000>>. Acesso em 12/10/2014.

BRANDAO, A. A. et al. **Conceituação, epidemiologia e prevenção primária**. J. Bras. Nefrol. [online]. 2010, vol.32, suppl.1, pp. 1-4. ISSN 0101-2800. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32s1/v32s1a03.pdf>>. Acesso em 15/10/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2009c.

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

CARVALHO, M. A. P. et al. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2013, vol.29, n.10, pp. 2028-2038. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a19v29n10.pdf>>. Acesso em 11/11/2014.

CORDEIRO, R. C. et al. Terapia comunitária integrativa na estratégia saúde da família: análise acerca dos depoimentos dos seus participantes. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 9, n. 2, p. 192-201. Três Corações, 2011. Disponível em <<http://www.revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/150/pdf>>. Acesso em 11/10/2014.

DEMONER, M. S.; RAMOS, E. R. P.; PEREIRA, E. R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta paul. enferm.** [online]., vol.25, n.spe1, pp. 27-34. Maringá, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_05.pdf - 14/10/2014>. Acesso em 16/10/2014.

FARIA, D. P.; LAUTNER, M. A. F. A.; LAUTNER, R. Q. Perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes hipertensos sobre hipertensão arterial: Bambuí, MG. **Enfermagem Revista**. Belo Horizonte, 2012. Disponível em <<file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/4084-16143-1-SM.pdf>>. Acesso em 16/10/2014.

FARIA, N. V.; TEIXEIRA, C. M. S.; NUNES. Conhecimento dos usuários do programa HIPERDIA sobre a doença renal crônica. **J Manag Prim Health Care**. 5 (1), p. 4-9. 2014. Disponível em <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/88/112>>. Acesso em 18/10/2014.

GIROTTI, E. et al. **Adesão ao** tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**[online]. vol.18, n.6, p. 1763-1772. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27.pdf>>. Acesso em 18/10/2014.

JARDIM, P. C. B. V. I Posicionamento Brasileiro sobre Pré-Hipertensão, Hipertensão do Avental Branco e Hipertensão Mascarada: Diagnóstico e Conduta. **Arq Bras Cardiol**. 102 (2), p.110-119. Goiânia, 2014. Disponível em <<http://www.arquivosonline.com.br/2014/10202/pdf/10202001.pdf>>. Acesso em 17/10/2014.

LIMA, F. L. et al. **Controle da hipertensão arterial sistêmica: avaliação das mudanças de hábitos de vida em hipertensos adscritos na Estratégia de Saúde da Família**. Revista Digital, 15, 150. Buenos Aires, 2010. Disponível em <<http://www.efdeportes.com/efd150/control-da-hipertensao-arterial-sistemica.htm>>. Acesso em 19/10/2014.

LUNA, R. L. Aspectos históricos da hipertensão no Brasil. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 1997-1999. Disponível em <<http://publicacoes.cardiol.br/caminhos/03/>>. Acesso em 14/10/2014.

MAGALHÃES, M. E. C. et al. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial: vale a pena insistir? **Revista Brasileira de Cardiologia**. V. 16, n. 1. 2003,. Disponível em <<http://www.rbconline.org.br/artigo/tratamento-nao-medicamentoso-da-hipertensao-arterial-vale-a-pena-insistir/>>. Acesso em 19/10/2014.

MALACHIAS, M. V. B. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. V. 17, n. 1, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf>. Acesso em 10/10/2014.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. **Organização Pan Americana da Saúde**. Brasília, 2012. Disponível em <http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/cronicas/pdf/2012Redes%20de%20Aten%C3%77%C3%A3o%20condi%C3%A7%C3%B5es%20cr%C3%B4nicas_OPAS.pdf>. Acesso em 17/10/2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: conteúdo técnico da linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica (no prelo)**. 3 ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013. 210 p. Disponível em <http://canalminassaude.com.br/2013/hipertensao2013/guia_tecnico.pdf>. Acesso em 09/10/2014.

MIRANDA, S. J. C. **Protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes**. Secretaria Municipal de Saúde. Gestão 2008-2012. Ribeirão Preto, 2011. Disponível em <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/cronico/prothipertensao.pdf>>. Acesso em 18/10/2014.

NEDER, C. R.; PINHEIRO, S. A. Terapia Comunitária em ambulatórios universitários. **O Mundo da Saúde**. 34 (4), p. 520-525. São Paulo, 2010. Disponível em <<file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Desktop/ALINE%20AZEVEDO/terapia%20comunit%C3%A1ria.pdf>>. Acesso em 12/10/2014.

NERY, V. A. S. **Contribuição das práticas educativas para a qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, 2012. Disponível em <<http://www.uesb.br/ppgenfsaude/dissertacoes/turma3/VALERIA%20ALVES%20DA%20SILVA%20NERY.pdf>>. Acesso em 13/10/2014.

NEVES, M. F. A pré-hipertensão deve ser tratada? **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**. Vol. 9, (Supl. 1). 48º Congresso do HUPE "Saúde do Homem". Rio de

Janeiro, 2010. Disponível em <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=256>. Acesso em 19/10/2014.

PETITO, G.; MATIAS, F. D. A. FERRACINE, Eliene Aparecida Ferreira. Assistência farmacêutica ao idoso hipertenso: uma revisão. **REFACER**, v. 1, n. 3. Goiás, 2014. Disponível em <<http://ceres.facer.edu.br/revista/index.php/refacer/article/view/58>>. Acesso em 15/10/2014.

PINHEIRO, S. A. et al. Interagindo com hipertensos resistentes ao tratamento: educação em saúde na liga de hipertensão arterial da faculdade de medicina do triângulo mineiro. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**. Belo Horizonte, 2004. Disponível em <<https://www.ufmg.br/congrext/Saude/Saude106.pdf>>. Acesso em 13/10/2014.

QUINTANA, J. F. A relação entre hipertensão com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e tratamento pela psicoterapia cognitivo comportamental. **Rev. SBPH** [online]. 2011, vol.14, n.1, pp. 03-17. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a02.pdf>>. Acesso em 19/10/2014.

REINERS, A. A. O. et al. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. **Cienc Cuid Saude**, 11 (3), p. 581-587. Cuiabá, 2012. Disponível em <<file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Desktop/ALINE%20AZEVEDO/HAS%20AB.pdf>>. Acesso em 18/10/2014.

RODRIGUES; R. G. A. et al. **Benefícios da educação em saúde para a pessoa com hipertensão arterial: Relato de experiência**. 8º Congresso internacional de cardiologia por internet. Federação Argentina de Cardiologia. Ceará, 2013. Disponível em <http://fac.org.ar/8cvc/llave/tl105_rodrigues/tl105_rodrigues.php>. Acesso em 19/10/2014.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Coordenação da atenção básica – estratégia de saúde da família. **Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos núcleos de apoio a saúde da família**. São Paulo, 2009. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em 18/10/2014.

SCERNI, R. B. Perfil dos usuários com hipertensão e diabetes acompanhados pelos Agentes Comunitários de Saúde em uma área de Ceilândia-DF. 54 f., il. **Monografia** (Bacharelado em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em <<http://bdm.unb.br/handle/10483/7024>>. Acesso em 19/10/2014.

SILVA, F. M. et al. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. **Rev Bras Enferm**. 67 (3), p. 347-53. Ribeirão Preto, 2014. Disponível em

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0347.pdf>>. Acesso em 18/10/2014.

SIQUEIRA, F. V. et al. .Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública** [online], vol.25, n.1, p. 203-213. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n1/22.pdf>>. Acesso em 17/10/2014.

VALADÃO. A. F. et al. Adesão medicamentosa ao tratamento da hipertensão e diabetes - revisão de literatura. **Revista UNINGÁ Review**. Vol.19. n.1, p. 65-74. Ipatinga, 2014.