



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Nome do aluno(a): Yanet Díaz García.

**Adesão ao tratamento dos pacientes Hipertensos da Unidade
Básica de Saúde “João Francisco dos Santos” da comunidade São
Joaquim no município Cardoso Moreira, RJ.**

Rio de Janeiro
2015

Nome do aluno(a): Yanet Díaz García.

**Adesão ao tratamento dos pacientes Hipertensos da Unidade Básica de Saúde
“João Francisco dos Santos” da comunidade São Joaquim no município
Cardoso Moreira.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado, como requisito parcial para
obtenção do título de especialista em Saúde
da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientador: Paulo Cavalcante Apratto Junior.

Rio de Janeiro

2015

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um grave problema de saúde pública, sendo considerado um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, responsável por altas taxas de mortalidade. O controle da HAS depende diretamente do grau de adesão dos pacientes ao esquema terapêutico indicado, aspecto fundamental para garantir o controle da doença e evitar complicações. Na UBS “João Francisco dos Santos” da comunidade São Joaquim no município Cardoso Moreira acharam-se dificuldades no controle da maioria dos pacientes hipertensos associado à falta de adesão aos esquemas terapêuticos impostos e ao desconhecimento sobre a doença, pelo que realizou-se uma intervenção comunitária com o objetivo de aumentar o grau de adesão ao tratamento e o nível de conhecimento sobre a doença dos pacientes hipertensos não controlados da unidade. Com a realização do projeto espera-se identificar o 100% dos pacientes hipertensos cadastrados na UBS com dificuldades no controle da doença por falta de adesão ao tratamento. Espera-se aumentar o grau de conhecimento deles sobre a HAS. Garantir maior apego ao tratamento, não farmacológico e farmacológico, assim como aumentar o comprometimento da equipe com o acompanhamento e controle dos pacientes, incidindo positivamente na história natural da doença e diminuindo as complicações.

Descritores: Hipertensão; Fatores de risco; Complicações; Educação em saúde.

Dúvida: Professor quando eu procurei os descritores para meu trabalho de acordo com o DECS para a hipertensão arterial aparece só o termo hipertensão, por isso eu coloquei assim.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
1.1 Situação Problema	5
1.2 Justificativa	5
1.3 Objetivos	6
Objetivo Geral	6
Objetivo Específico	6
2. REVISÃO DE LITERATURA	7
3. METODOLOGIA	12
3.1 Desenho da Operação	12
3.2 Público-alvo	12
3.3 Parcerias Estabelecidas	14
3.4 Recursos Necessários	14
3.5 Orçamento	14
3.6 Cronograma de Execução	14
3.7 Resultados Esperados	15
3.8 Avaliação	15
4. CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS	17

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), popularmente conhecida como pressão alta, é na maior parte dos casos assintomática, sendo um fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Dentre os hipertensos, 75% recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para serem atendidos na rede de Atenção Básica. Além disso, a hipertensão é uma das causas mais frequentes de internação hospitalar. (ANVISA, 2010)

Números da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que há cerca de 600 milhões de hipertensos no mundo. A doença atinge, em média, 25% da população brasileira, chegando a mais de 50% na terceira idade e, surpreendentemente, a 5% dos 70 milhões de crianças e adolescentes no Brasil. (RIBEIRO et al, 2014)

A HAS é considerada uma entidade clínica multifatorial, conceituada como síndrome, caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofia cardíaca e vascular). A prevalência da hipertensão arterial é elevada, estimando-se que entre o 15% a 20% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertensa. (KOHLMANN et all, 1999)

Em algumas cidades brasileiras o número de pessoas que apresentam hipertensão pode variar de 22,3% a 43,9% sendo um problema grave de saúde no Brasil e no mundo. É responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e por 50% dos casos de insuficiência renal terminal combinados com o diabetes. (ANVISA, 2010)

Segundo KOHLMANN et all (1999), a doença é considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, seu alto custo social é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho.

A maior parte dos pacientes com hipertensão apresenta excesso de peso, e estudos de diferentes populações mostram que o sobrepeso e a obesidade podem ser responsáveis por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial. Estudos clínicos no tratamento da pressão arterial sugerem modificações do estilo de vida com a

realização de atividades físicas e redução do peso corporal como primeiro passo na redução da pressão arterial, restrição do sal na dieta, associado ou não ao uso de medicamentos que podem também ser administrados isolados ou em associação.

Infelizmente, dados provenientes de alguns estudos sugerem que 30% a 50% dos pacientes hipertensos, mesmo em tratamento medicamentoso, não apresentam pressão arterial controlada e em cerca de 10% dos idosos, o diagnóstico de HAS somente é feito após um evento clínico decorrente da pressão elevada por vários anos. (NOGUEIRA; FAERSTEIN; MEDINA, 2010)

Estudos demonstram que, para hipertensos, a taxa de abandono ao tratamento é crescente, conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica. O abandono do acompanhamento ambulatorial regular na ordem de 45% em uma coorte de pacientes hipertensos tem sido reportado. A adesão ao tratamento é considerada como o comportamento do paciente relacionado à saúde, sendo mais que o simples ato de utilizar os medicamentos prescritos. A OMS adotou uma definição para adesão como sendo "[...] O grau em que o comportamento de uma pessoa – tomar o medicamento, seguir um regime alimentar e executar mudanças no estilo de vida – corresponde às recomendações acordadas com um prestador de assistência sanitária". (MENDONÇA; MILWARD; SOLER, 2010)

A HAS está entre as doenças crônicas que mais atinge à população da comunidade São Joaquim, comunidade rural do município Cardoso Moreira, no interior do estado Rio de Janeiro (RJ). Durante o trabalho diário faz-se evidente a falta do apego ao tratamento, assim como a falta de sistematicidade no controle dos pacientes, encontrando-se a cada vez maior número de complicações potencialmente evitáveis entre a população.

A intervenção é uma proposta que possibilita o melhor conhecimento aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e favorece o desenvolvimento de ações pela equipe multidisciplinar, com o objetivo de focar e orientar a importância da adesão ao tratamento desta patologia, partindo do ponto de que a falta de conhecimento e orientações dificulta a adesão ao tratamento. A sua realização permitirá a construção do TCC no curso de especialização em saúde da família oferecido pela universidade aberta do SUS.

1.1 Situação-problema

A HAS é uma das Doença Crônica não Transmissível (DCNT) mais prevalentes no mundo, representando um verdadeiro problema de saúde. Constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardio e cérebro- vasculares. O controle da HAS depende diretamente do grau de adesão dos pacientes ao esquema terapêutico indicado, aspecto fundamental para garantir o controle da doença e evitar complicações. Na nossa Unidade de Saúde há dificuldade no controle pressórico da maior parte dos pacientes hipertensos associado à falta de adesão aos esquemas terapêutica impostos e a desconhecimento sobre a doença, aspectos que consideramos prioritários no planejamento do trabalho de nossa equipe, para garantir manutenção da pressão arterial dos pacientes em níveis adequados e evitar complicações.

1.2 Justificativa

A HAS e uma DCNT que encontra se na maioria dos pacientes que sofrem Doenças Cardio ou Cerebrovasculares, pelo que considera se um fator de risco importante de desenvolver estas doenças. A HAS é controlável na maioria dos pacientes, aspecto que logra se garantindo uma adequada adesão ao tratamento, o que determina diminuição das complicações.

Nos serviços de atenção Básica um dos problemas de saúde mais comuns atendidos é a HAS, pelo que a Equipe da Saúde tem um papel fundamental na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento junto á avaliação integral do paciente, tendo em conta as determinantes sócias. Na atenção primaria é muito importante o controle da HAS promovendo mudanças no estilo de vida e favorecendo a adesão ao tratamento e o autocuidado do doente diminuendo assim os fatores de risco e as complicações.

1.3 Objetivos

Objetivo geral

Aumentar grão de adesão ao tratamento dos pacientes Hipertensos não controlados da Unidade Básica de Saúde “João Francisco dos Santos” da comunidade São Joaquim no município Cardoso Moreira.

Objetivos Específicos

1. Identificar hipertensos descompensados com dificuldade na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
2. Informar aos pacientes os riscos de desenvolver complicações secundárias à HAS.
3. Elevar conhecimentos sobre o tratamento adequado da doença.
4. Desenvolver ações educativas com os hipertensos para melhorar a adesão ao tratamento e diminuir complicações.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Estimativas da OMS apontam que as DCNT são responsáveis por mais de 50% de todas as mortes e também por uma significativa porcentagem global de doenças expressa por anos perdidos de vida saudável. (RENNER et al, 2008)

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um grave problema de saúde pública, sendo considerado um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, responsável por altas taxas de morbidade. (OLIVERA; MIRANDA; FERNANDES; CALDEIRA, 2013)

Entretanto, apesar dos progressos na prevenção, no diagnóstico, no tratamento e no controle, ainda é importante problema de saúde pública. (Brasil, 2006)

A HAS é uma doença multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Geralmente, está acompanhada de alterações na função e nas estruturas dos órgãos – alvo como são: coração, cérebro, vasos sanguíneos e rins, além das alterações metabólicas aumentando a aparição das doenças cardiovasculares. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS configura-se como uma doença crônica e um grave problema de saúde pública. Esta doença afeta bilhões de pessoas em todo o mundo. Pode também ser responsável pelo desenvolvimento de comorbidades a exemplo da doença coronariana, dos acidentes vasculares cerebrais (AVC), da insuficiência renal, das doenças vasculares periféricas, entre outras. As comorbidades consistem em complicações da hipertensão, diferentemente dos fatores de risco que são condições e comportamentos os quais contribuem com o desenvolvimento da doença hipertensiva.

Devido à sua alta prevalência e morbidade (causa de 386 mortes diretas¹) faz-se necessário uma maior atenção à prevenção a fim de evitar o desenvolvimento de novos casos ou que os existentes evoluam para quadros mais graves.

As pessoas hipertensas e a comunidade em geral devem ser informadas e educadas quanto a esses fatores; é necessário que todos saibam como os fatores

de risco podem desencadear o aumento da pressão para que possam optar conscientemente por uma vida mais saudável. Infelizmente, o número de hipertensos tratados ainda é pequeno diante da dimensão da doença.

Apenas 50% dos hipertensos sabem de sua condição. Destes, metade não se trata e os outros 50% não tem a pressão sob controle. Um dos maiores problemas para este controle é a falta de adesão ao tratamento que ocorre em até 40% dos hipertensos, uma vez que além dos medicamentos são necessárias mudanças de hábitos que nem sempre são bem aceitas. (MACHADO; PIRES; LOBAO, 2012)

A OMS estima que milhões de pessoas no mundo tenham hipertensão arterial sistêmica, e um número considerável deles desconhece portar a doença por a ausência de sintomas e poucas vezes solicitam serviços de saúde. No Brasil a Hipertensão Arterial constituem um problema de Saúde. A prevalência é de um 32 % em média nacional, predominando nos indivíduos com idade superior aos 60 anos, do sexo feminino e com baixo nível de escolaridade. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. Apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades

Estudo brasileiro revelou que, em indivíduos adultos, 50,8% sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada (< 140/90 mmHg). Idade avançada, obesidade e baixo nível educacional mostraram-se associados a menores taxas de controle. (Brasil, 2006)

Para Machado e Kayanuma (2010), o tratamento da hipertensão foi um dos maiores sucessos da medicina na segunda metade do século passado, entretanto a hipertensão continua sendo um dos maiores problemas de saúde pública, sua prevalência vem aumentando e o número de pessoas com pressão arterial não controlada também está aumentando, apesar dos avanços terapêuticos.

A hipertensão arterial, por sua vez, é responsável pela alta frequência de interações e caracteriza-se pela elevação dos níveis pressóricos; pode gerar

complicações como doenças cerebrovasculares, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular periférica. (GUEDES et al, 2010)

Segundo Gusmão, et al., (2009). O controle da hipertensão arterial é complexo, pois não existe uma abordagem integral da evolução da doença, das complicações e a falta de adesão dos pacientes ao tratamento.

O tratamento é baseado em dois pilares principais.

- Mudança no estilo de vida

- Tratamento farmacológico

O estilo de vida saudável, estimulado a prática de exercícios físicos, dieta saudável com restrição do uso do sal, diminuição do peso, evitar o hábito de fumar e etilismo assim como a redução do stress é fundamental na prevenção do aparecimento da hipertensão arterial e seu controle. (DURRANI, IRVINE, & NOLAN, 2012).

No Caderno Básico No 37 se descreve que o paciente hipertenso deve ser avaliado integralmente, para começar o tratamento medicamentoso, sendo importantes os níveis pressóricos e o risco cardiovascular além da motivação para mudança de estilo de vida.

Para abordar e controlar a doença e as possíveis complicações é necessário realizar ações que incluam os efeitos nas condutas e conhecimentos em o diagnóstico e manejo integral, devido á altas taxas de incidência e prevalência e baixas taxas de controle da hipertensão, e seu caráter incapacitante e mortal. A complexidade desta doença implica um atendimento e acompanhamento multiprofissional e interdisciplinar e no envolvimento de pessoas com HAS, incluindo seus familiares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Para Lopes e Moraes (2012), a promoção de saúde adequada para os pacientes hipertensos como uma intervenção para a prevenção e o tratamento da hipertensão arterial apresenta implicações clínicas importantes, uma vez que pode reduzir ou mesmo abolir a necessidade do uso de medicamentos anti-hipertensivos, evitando, assim, os efeitos adversos do tratamento farmacológico e reduzindo o custo do tratamento para o paciente e para as instituições de saúde.

A adesão a esses hábitos de vida favorece a redução dos níveis pressóricos e contribui para a prevenção de complicações. No entanto, estima-se que somente um terço das pessoas acompanhadas em serviços de saúde tem sua pressão arterial mantida em níveis desejáveis e essa insuficiente adesão ao tratamento é apontada como um dos importantes determinantes dessa enfermidade. As equipes da saúde da família possuem, em tese, os melhores requisitos para promoverem a adesão ao tratamento de patologias como a hipertensão, pois estimulam o bom relacionamento usuário/profissional e favorecem a corresponsabilização do tratamento. As ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida. (OLIVERA et al, 2013)

Apesar do diagnóstico e do tratamento da hipertensão arterial estarem bem estabelecidos, as suas taxas de conhecimento, diagnóstico e controle ainda se encontram muito aquém do desejado, visto que a HA é um dos principais fatores de risco para morbidade e mortalidade cardiovascular.

A implementação de estratégias que visem aumentar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da hipertensão arterial é o grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde.

As evidências mostram que as mudanças no estilo de vida reduzem de 2 a 20 mmHg na pressão arterial sistólica (PAS), que pequenas reduções tanto na PAS como na pressão arterial diastólica (PAD) têm grande impacto para a redução da mortalidade cardiovascular, tanto por doença cerebrovascular como por doença arterial coronariana. (MACHADO; KAYANUMA, 2010)

Relacionado adesão ao tratamento, Cavalari et al., (2012) em seu estudo destaca que sendo a Hipertensão arterial uma doença que afeta a milhões de personas ocasionado grandes problemas, os profissionais da saúde e especificamente na atenção básica que é o primer nível de atenção deve-se estimular á adesão ao tratamento mostrando seus benefícios e visando ao indivíduo como um todo (biopsicossocial). Além de estimular á investigações na abordagem dos aspetos que dificultam a adesão ao tratamento e o controle da doença.

Para Chaves et al., (2006) a educação em saúde é uma ferramenta indispensável para promover saúde e lograr resultados positivos, ajudando a reforçar os comportamentos que tem os indivíduos, grupos e as comunidades. Para isso é importante a participação ativa e social

Na pratica o educador deve estar atento às preocupações, os aspetos relacionados com a doença, respeitando suas crenças, seus sentimentos e sua cultura, a fim de direcionar as atividades educativas eficazes (MANOEL; MARCON; BALDISSERA, 2013).

O Ministério da Saúde, através do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e Diabetes mellitus (BRASIL, 2001) estabeleceu que o controle da hipertensão arterial fosse responsabilidade da equipe de saúde da família, identificando e vinculando os portadores desse agravo às unidades básicas de saúde, para garantir o acompanhamento e tratamento continuo deles incluindo ações educativas que permitam o controle dos fatores de risco e prevenção das complicações, para isso é fundamental manter o usuário orientado quanto ao uso do medicamento, horário mais conveniente, relação com alimentos, sono, diurese e modificações nos hábitos de vida.

A não adesão à medicação nos pacientes hipertensos é uma tarefa imediata para os profissionais de saúde e para os gestores, sendo necessário encontrar soluções que contribuam a melhorar o cumprimento do tratamento anti-hipertensivo neles e assim diminuir a morbimortalidade e as complicações que cada dia acrescenta o numero de internamento hospitalar aumentando os custos no Sistema Único de Saúde (GUSMÃO, et al, 2009).

Vários fatores podem estar relacionados à adesão, como são: as características do paciente, a relação médico-paciente, a severidade da doença, o acesso aos cuidados e serviços de saúde e outros específicos da enfermidade relacionados à prescrição medicamentosa (MALTA; MERHY, 2010).

A promoção da adesão ao tratamento na hipertensão arterial é muito importante para ajudar os usuários a lidar e a viver melhor com a sua doença, através de ações planejadas que são promotoras de conhecimento acerca da medicação e estilos de vidas onde a equipe de saúde da família tem um papel primordial.

3. METODOLOGIA

Realizará-se uma intervenção comunitária na unidade básica de saúde “João Francisco dos Santos” da comunidade São Joaquim, no município Cardoso Moreira; povoado rural localizado a 35 km do município, considerado de difícil acesso. A equipe de saúde está conformada por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários.

3.1 Público- alvo

Pacientes hipertensos, que aceitem formar parte do projeto, cadastrados na UBS com dificuldade no controle da doença e/ou presença de fatores de risco modificáveis que possam lhes complicar.

Não inclui pacientes com deficiências neuro- psiquiátricas que dificultem a compreensão e cooperação nas atividades planejadas pela equipe.

3.2 Desenho da operação

Para o desenvolvimento das atividades do projeto prefere-se o trabalho em equipe, formando grupos com os pacientes que permita melhor intercâmbio e esclarecimento das dúvidas.

As ações ficaram divididas em etapas da seguinte maneira:

Etapa 1: Reunião com a EBS para a análise e aprovação do projeto. Capacitação dos agentes e distribuição das ações iniciais na pesquisa dos pacientes.

Etapa 2: Pesquisa ativa dos pacientes hipertensos descompensados com dificuldades no apego ao tratamento e/ou fatores de risco que possam lhes complicar, durante as visitas domiciliares desenvolvidas por os agentes comunitários e nas consultas, agendadas ou espontâneas, desenvolvidas pela equipe no acompanhamento destes pacientes. Revisão dos prontuários dos pacientes hipertensos cadastrados na unidade, na procura passiva dos hipertensos não controlados.

Etapa 3: Reunião inicial com o grupo (pacientes e a equipe de trabalho) para apresentação dos participantes e explicação dos objetivos e das etapas do projeto. Estabelecer o cronograma da realização das atividades do grupo.

Etapa 4: Desenvolvimento das atividades educativas. Realizaram-se três atividades educativas, com frequência semanal, para desenvolver os objetivos do projeto. A cada seção será desenvolvida por momentos.

1ª semana: Atividade encaminhada aumentar o nível de conhecimento dos pacientes sobre a HAS assim como as complicações que podem acontecer associadas à falta do controle.

1. Momento inicial: Breve palestra sobre HAS. Sua epidemiologia, sintomas fundamentais, fatores de riscos e complicações da doença.
2. Momento dinâmico: A equipe de saúde, em modo de roda de conversa, transmitirá informação e responderá as inquietudes dos pacientes sobre o tema.
3. Momento final: Um membro da equipe básica de saúde dará as conclusões da atividade e informará o tema da próxima semana. Lanche para concluir.

2ª semana: Atividade encaminhada aumentar o nível de conhecimento dos pacientes sobre o tratamento da HAS.

1. Momento inicial: Breve palestra sobre o tratamento da HAS. Medidas farmacológicas e não farmacológicas.
2. Momento dinâmico: Roda de conversa sobre as premissas no tratamento da HAS, focada fundamentalmente à importância do tratamento não farmacológico assim como necessidade do apego ao farmacológico.
3. Momento final: Um membro do grupo, preferentemente um paciente dará as conclusões da atividade. Um membro da EBS informará o tema da próxima semana. Lanche para concluir.

3ª semana: Atividade final donde serão reafirmados os conhecimentos adquiridos nas atividades anteriores.

1. Momento inicial: Breve lembrança sobre as atividades desenvolvidas, com participação livre dos pacientes.

2. Momento dinâmico: Procederá- se à divisão do grupo em duas equipes, cada uma com três agentes comunitários na frente e efetuará- se uma gincana entre os grupos mediante a utilização de jogo de cartas com perguntas sobre os temas tratados. A médica e a enfermeira modularam a atividade, intervindo nos temas mais importantes.
3. Momento final: A médica, junto com o grupo, dará as conclusões das atividades. Lanche para concluir.

3.3 Parcerias Estabelecidas

Convidará- se ao professor de educação física da escola da comunidade e um dos nutricionistas do município para participar na atividade da segunda semana para enriquecer a educação sobre prática de esportes e alimentação saudável no controle da HAS.

Solicitará- se apoio da secretaria de saúde do município para garantir a transportação dos convidados.

3.4 Recursos Necessários

Recursos materiais: Material de escritório.

Recursos humanos: A equipe básica de saúde, professor de educação física da escola da comunidade, nutricionista do município.

3.5 Orçamento

Despensa com material de escritório: R\$ 30, 00

Lanches oferecidos ao final dos encontros: R\$ 20, 00 por lanche. R\$ 60, 00 total.

3.6 Cronograma de execução

Etapas de execução		Tempo de realização
Etapa 1		2 horas
Etapa 2		2 semanas
Etapa 3		2 horas
Etapa 4	1ra semana	2 horas
	2da semana	2 horas
	3sa semana	2 horas

3.7 Resultados esperados

Com a realização do projeto espera-se identificar o 100% dos pacientes hipertensos cadastrados na UBS com dificuldades no controle da doença por falta de adesão ao tratamento. Aumentar o grau de conhecimento deles sobre a HAS. Garantir maior apego ao tratamento, não farmacológico e farmacológico assim como aumentar o comprometimento da equipe com o acompanhamento e controle dos pacientes, incidindo positivamente na historia natural da doença e diminuindo as complicações.

3.8 Avaliação

A avaliação dos resultados será um processo dinâmico e mantido, se- iniciando com a observação durante as atividades educativas programadas. Continuará- se durante as consultas agendadas aos pacientes no acompanhamento pela equipe assim como nas visitas mensais efetuadas pelos ACS. Demonstrará- se a efetividade com a melhora dos índices de saúde da comunidade e a diminuição das complicações.

4. CONCLUSÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um grave problema de saúde, sendo considerado um dos principais fatores de risco para as doenças cardio e cérebro- vasculares. O trabalho em equipe pode aumentar o grau de conhecimento da população sobre a doença e incidir positivamente na sua historia natural, diminuindo as complicações. Fomentar maior responsabilidade da população no cuidado da sua saúde e no apego ao tratamento das doenças forma parte do trabalho da EBS.

REFERÊNCIAS

1. ANVISA. Saúde e economia. Hipertensão Arterial. Ano II, n.4, junho, 2010. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/928fbf8044ad86d2ba13fb34353a0b82/SAUDE%2BE%2BECONOMIA%2BEDICAO%2B4%2BHIPERTENSAO%2BLAYOUT%2B014%2B05%2B04%2B10.pdf?MOD=AJPERES>
2. RIBEIRO. S. L.; et al. FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM POLICIAIS MILITARES DO CENTRO-SUL PIAUIENSE. Rev Baiana Sau Pub. v.38,n.3,p.679-682,jul/sep,2014. Disponível em: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/707/pdf_584
3. KOHLMANN, O.; ARMÊNIO, M. H.; CARVALHO, CH.; et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Arq Bras Endocrinol Metab. V.43, n. 2, agos, 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v43n4/11752.pdf>
4. NOGUEIRA, D.; et al. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. Rev Panam Sau Pub, Washington, v. 27, n. 2, feb. 2010. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010000200003. Acesso em: 12 de dic. 2014.
5. MENDONÇA, L. T.; MICHELINE, M.M.; SOLER, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. Ver Pan-Amaz Saúde.v.1,n.2,jun,2010. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S2176-62232010000200014&script=sci_arttext
6. RENNERT, S.B.; et al. Associação da hipertensão arterial com fatores de riscos cardiovasculares em hipertensos de Ijuí, RS. RBAC.v.40,n.4,p.261-266,2008. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/rbac/013/189.pdf>
7. OLIVEIRA, T. L.; et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.

- 26, n. 2. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200012&script=sci_arttext.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/vdiretriz.asp>
9. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010;95(1 supl.1):1-51.
10. MACHADO, M.C.; PIRES, C.G.; LOBÃO, W.M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. Ciência & Saúde Coletiva.v.17,n.5,p.1365-1374,2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n5/a30v17n5.pdf>
11. MACHADO, C.A.; KAYUNAMA, E. Estratégias para implementar medidas de prevenção primária da hipertensão. Ver Bras Hipertens.v.17,n.2,p.111-116,2010. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-2/12-estrategias.pdf>
12. GUEDES, H.M.; et al. FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE MOTORISTAS CAMINHONEIROS. Cogitare Enferm.v.15, n.4,p.652-658,Out/Dez,2010. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/20361/13522>
13. GUSMÃO, J.L.; et al. Adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistólica isolada. Rev Bras de Hipert. V.16,n.1,p.38-43,2009.
14. DURRANI, S.; IRVINE, J.; NOLAN, R. P. Psychosocial determinants of health behavior change in an e-counseling intervention for hypertension. International Journal of Hypertension, doi: 10.1155/2012/191789, p.1-5, 2012.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Caderno de atenção básica nº 37. Brasília, DF, 2013.
16. LOPES, L. O.; DE MORAES, E. D. TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO PARA HIPERTENSÃO. INESUL. Rev_Saúde. v.10,n.1,Abril/Junho, 2012. Disponível em: https://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arq-idvol_10_1339682941.pdf

17. CAVALARI, E.; NOGUEIRA, M.S.; FAVA, S.M.C.L.; CESARINO, C.B.; MARTIN, J.F.V. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. Rev enferm UERJ, v.20, p.67- 72, 2012.
18. CHAVES, E.S.; LUCIO, I.M.L.; ARAUJO, T.L.; DAMSCENO, M.M.C. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de Hipertensão Arterial. Rev Bras Enferm. V.59, p.543- 547, 2006.
19. MANOEL, M.F.; MARCON, S.S.; BALDISSERA, V.D.A. Estratégias educativas para pessoas com hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Rev enferm UERJ. V21, p. 403- 408, 2013.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde, Cadernos de Atenção Básica, Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus, Protocolo. Brasília, D.F., 2001.
21. MALTA, DC; MERHY, EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface (Botucatu).v.14,n.34,p.593-605,2010.

