



VERALUZA VIEIRA DE LIMA OLIVEIRA

**PREVENÇÃO E MELHORIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS
USUÁRIOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO JARDIM BELA
VISTA**

**CAMPO GRANDE -MS
2014**

VERALUZA VIEIRA DE LIMA OLIVEIRA

**PREVENÇÃO E MELHORIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS
USUÁRIOS PORTADORES DE HÍPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO JARDIM BELA
VISTA**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como
requisito para obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica em Saúde da Família.**

Orientadora: Prof^a. Carmen Ferreira Barbosa

**CAMPO GRANDE-MS
2014**

AGRADECIMENTOS

A Deus por iluminar o meu caminho e por me proporcionar grandes oportunidades na Minha vida.

A minha família pelo incentivo ao trabalho e aos estudos

A minha orientadora CARMEN pelo auxílio e dedicação

Aos meus colegas pela cumplicidade

A equipe da UBS do Bairro Jardim Bela Vista pela recepção calorosa e pelos ótimos Momentos de trabalho compartilhados

E a todos que, de alguma maneira, contribuíram para realização deste trabalho.

A vida pode não ser um sonho, mas todos nós temos um. Não espere o amanhã chegar para começar a transformá-lo em realidade... (Autor desconhecido)

RESUMO

O presente trabalho objetivou caracterizar os hipertensos acompanhados e cadastrados na ESF do Jardim Bela Vista, micro área 12, do município de Formosa, e desenvolveu atividades educativas sobre hábitos saudáveis de vida com abordagem multiprofissional incentivando mudanças no estilo de vida. O controle adequado dos pacientes com HAS deve ser uma das prioridades da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, a prevenção, o controle e o tratamento adequado dessa afecção é de suma importância para a diminuição dos eventos cardiovasculares. Esse trabalho propõe a criação de um plano de intervenção a ser desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família, com o objetivo de melhorar o controle dos pacientes com HAS, ação essa que será realizada no período de outubro de 2014 a fevereiro de 2015, o qual se dará com a implantação de oficinas temáticas mensais, visando esclarecer sobre os fatores de risco e ao mesmo tempo demonstrar a importância da adesão ao tratamento. observou-se que as primeiras oficinas realizadas teve um resultado positivo quanto aos pacientes avaliados, principalmente no que se refere a melhoria da compreensão que o diagnóstico da hipertensão arterial é de uma doença crônica e que deve ser acompanhada rotineiramente; compreensão de que o uso dos medicamentos deve ser acompanhado de mudança em hábitos de vida; importância de seguir os horários de tomada dos medicamentos; modificação da percepção de que ao realizar exames laboratoriais não se deve parar de tomar os medicamentos anti-hipertensivos, sendo que o mesmo raciocínio se aplica ao uso durante um retorno de consulta com o médico, na presença ou ausência de sintomas e durante a realização do controle de PA; modificação do conhecimento de que nem sempre aparecerão sintomas com o descontrole da pressão visto que a doença pode ser expressa de forma silenciosa. Assim, diante da realização dessa experiência percebeu-se a troca de conhecimentos entre profissionais e pacientes, sendo que, durante os encontros cada participante adquiria não apenas informações, mas também era incentivado a possuir maior autonomia no seu cuidado. Os pacientes passaram a ser multiplicadores dos conhecimentos adquiridos e melhoraram seu perfil clínico, além de incorporar hábitos de vida mais saudáveis. Conclui-se que a partir da implementação do plano de intervenção proposto, pretende-se a abordagem da HAS como doença crônica, com ênfase na prevenção, principalmente incentivando mudanças no estilo de vida e uso correto das medicações, e assim, estimular a autonomia dos pacientes em relação a seu estado de saúde, propiciando melhorias das condições de saúde e de vida da população da área de abrangência do PSF do bairro Jardim Bela Vista.

Palavras-chaves: Hipertensão Arterial Sistêmica; Fatores de risco; Melhoria da qualidade de vida.

ABSTRACT

This study aimed to characterize the accompanied and registered in hypertensive ESF Beautiful Garden View, micro area 12, the city of Taiwan, and developed educational activities about healthy living habits with multidisciplinary approach encouraging changes in lifestyle. Adequate control of patients with hypertension should be a priority for the Primary from the principle that early diagnosis, prevention, control and proper treatment of this condition is of paramount importance for the reduction of cardiovascular events. This work proposes the creation of an action plan to be developed by the Family Health Team, in order to improve the management of patients with hypertension, action which will be done from October 2014 to February 2015, which will be with the implementation of monthly thematic workshops, aiming to clarify about the risk factors and at the same time demonstrate the importance of treatment adherence. It was observed that the first held workshops had a positive result for the evaluated patients, especially noque refers to improving the understanding that the diagnosis of hypertension is a chronic disease and must be accompanied routinely; understanding that the use of drugs must be accompanied by change in lifestyle; importance of following the drug-making schedules; change the perception that when performing laboratory tests should not stop taking antihypertensive drugs, and the same reasoning applies to use for a query return to the doctor, in the presence or absence of symptoms and during the PA control; modification of knowledge that do not always appear symptoms seen with the pressure of lack of control that the disease can be expressed silently. So dainte the realization of this experience we realized the exchange of knowledge between professionals and patients, and, during the meetings each participant acquired not only information, but was also encouraged to have greater autonomy in their care. Patients have become multipliers of knowledge acquired and improved their clinical profile, as well as incorporating more healthy lifestyle. In conclusion, from the implementation of the proposed action plan, we intend to approach the hypertension as a chronic disease, with emphasis on prevention, principally encouraging changes in lifestyle and proper use of medications, and thus fostering the autonomy of patients regarding their health status, providing improvements in health and life of the population of the PSF coverage area of Bela Vista Jardim.

Keywords: Hypertension; Risk factors; Improvement of quality of life.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Painel de Problemas.....	15
Tabela 1 – Classificação da pressão arterial (maior 18 anos).....	20
Tabela 2 – Fatores de risco para doenças cardiovasculares.....	21
Tabela 3 – Lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas.....	21
Tabela 4 – Estratificação de risco cardiovascular global.....	22
Planilha 1 – Operações relacionadas a dificuldade de adesão ao tratamento da HAS.....	33
Planilha 2 – Análise de mobilidade do plano relacionado a dificuldade de adesão.....	34
Planilha 3 – Elaboração do plano operativo relacionado a dificuldade de adesão.....	35

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- ACS** - Agente Comunitário de Saúde
- AVC** - Acidente Vascular Cerebral
- DCNT**- Doenças Crônicas não Transmissíveis
- DM** - Diabetes Mellitus
- HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica
- IAM** - Infarto Agudo do Miocárdio
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- MS** - Ministério da Saúde
- SIAB** - Sistema de Informação de Atenção Básica
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UBS** - Unidade Básica de Saúde
- USF** - Unidade de Saúde da Família
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUMÁRIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	11
1.1 INTRODUÇÃO.....	11
1.2 OBJETIVOS.....	14
1.2.1 Objetivo Geral.....	14
1.2.2 Objetivo Especifico.....	14
2. ANALISE ESTRATÉGICA.....	15
3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	24
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICES.....	48

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais e, também, por ser um conjunto de doenças que têm fatores de risco semelhantes. Entre elas encontramos a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes mellitus (DM).²

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois são a primeira causa de morte no país.^{3, 24} Neste contexto, destacam-se a HAS e a DM como os mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Possuem diversos aspectos em comum tais como etiopatogenia, fatores de risco, facilidade de diagnóstico, necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar, tratamentos não medicamentoso e medicamentoso e dificuldade de adesão às recomendações prescritas.^{4,5,6}

Diante do agravamento desse cenário em nível nacional, o Ministério da Saúde (MS) em 2001 desenvolveu o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão e Diabetes na Rede Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) para a prevenção e controle da HAS e DM.⁷ Em 2002, novas estratégias foram incorporadas na rotina das unidades ambulatoriais do SUS, através do Programa HIPERDIA.⁸ A partir do cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos em formulário padronizado buscou favorecer sua vinculação e acompanhamento e garantir o recebimento de fármacos para o tratamento medicamentoso. Além disso, através da análise dos indicadores do Programa é possível conhecer o perfil epidemiológico da população assistida.¹¹

Nessa perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações de controle da HAS. A ESF, mediante as ações da equipe multidisciplinar, atua na promoção da saúde, na prevenção, recuperação e reabilitação dessas doenças, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade. Tais vínculos são decisivos para o sucesso do tratamento não medicamentoso e medicamentoso pelos hipertensos, pois quanto maior o grau de participação dos usuários como protagonistas no cuidado à saúde, maior será sua adesão ao plano terapêutico proposto.

Ressaltando que a hipertensão é uma causa importante de acidente vascular cerebral de doença cardíaca e de insuficiência renal. O risco hipertensivo aumenta com a idade e é mais alta em negros do que em brancos, e nas pessoas com nível educacional menor e renda também menor. Os homens apresentam uma incidência mais alta de hipertensão quando adultos jovens e no início da meia idade, daí para frente, as mulheres apresentam incidência mais alta.

Nesse contexto o controle da hipertensão tem se tornado um desafio para os profissionais de saúde, pois o tratamento cuidadosamente administrado, que pode incluir modificações no estilo de vida e terapia medicamentosa melhora o prognóstico.

Com o aumento na prevalência das doenças crônicas e de suas sequelas, os objetivos da atenção à saúde passaram a ser questionados, sendo que cada vez mais esses objetivos têm deixado de ser simplesmente a “cura” e passando a ser a “melhoria da qualidade de vida” das pessoas. Ressaltando a condição atual, na qual a HAS presente neste século encontra-se em proporções epidêmicas nos adultos em sociedades industrializadas, estudos têm sido conduzidos para a intervenção de medidas não-medicamentosas, como mudanças no estilo de vida no sentido de prevenir os riscos decorrentes desse agravo.²⁹

O diagnóstico e o controle adequado da HAS são essenciais para diminuição da incidência das DCV.^{21,23} Os resultados encontrados evidenciaram elevada prevalência de doença isquêmica do coração na população por eles estudada, e fatores potencialmente modificáveis, como a HAS, estiveram associados ao desfecho.²² A HAS é a doença vascular mais prevalente e o fator de risco mais potente para doenças cerebrovasculares, que são predominante causa de morte no Brasil.¹⁷

Como exposto, além da DCV, a HAS também constitui fator de risco para DCR. A HAS é um dos principais grupos de risco para o desenvolvimento da DCR e estudos evidenciam que o controle dos níveis pressóricos pode minimizar a progressão da DRC ou mesmo impedir o seu aparecimento.³¹

A HAS revelou-se um problema de saúde pública relevante também em município de pequeno porte do interior do país, em que os níveis de controle das HAS foram considerados insatisfatórios na população estudada.²⁸

Além desse problema, segundo outro estudo, os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e da maior disponibilidade de medicamentos, são a negligência do diagnóstico e do tratamento, por ser condição clínica assintomática na maior parte do tempo, e a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito.³

Assim, as medidas não medicamentosas, como mudanças no estilo de vida e prática de hábitos de vida saudáveis são certamente recomendadas, pois, além de reduzir a PA e, conseqüentemente, a mortalidade cardiovascular, possibilitam a prevenção primária e a detecção precoce, que devem ser as metas primárias dos profissionais de saúde, já que são formas mais efetivas de evitar doenças.²³

Os municípios que possuem a Estratégia de Saúde da Família realizam o cadastro e o acompanhamento á população adstrita com HAS. Apesar disso, o numero de usuários acompanhados, em geral, é menor do que o de usuários cadastrados, algumas vezes devido a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ou a busca pelos mesmos apenas em momentos de agudização da doença.²⁷

No município de Formosa, há na ESF do Jardim Bela Vista 23% portadores de HAS, na faixa etária entre 45 a 72 anos, sendo que na área coberta são acompanhados 86 pessoas e da área descoberta são 140 pessoas, em todo município, há 4.014 pessoas cadastradas e acompanhadas, dentre as quais há 3.651 com hipertensão, sendo que o total de óbitos registrados no município na faixa etária entre 10 a 80 anos foram de 156 óbitos por doenças do aparelho circulatório.⁹

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi desenvolver atividades educativas, demonstrando a necessidade de se adotar hábitos saudável de vida e assim reduzir complicações, internações e mortes relacionadas a hipertensão, diminuir a prevalência da doença hipertensiva, aumentar o grau de conhecimento da população sobre a importância do controle da hipertensão arterial, garantir acesso dos hipertensos a serviços básicos de saúde com resolubilidade, incentivar políticas e programas comunitários.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral:

Esclarecer e orientar os pacientes portadores de HAS, sobre a importância na adesão do tratamento desta patologia com ênfase nas suas complicações, bem como, promover atividades educativas sobre hábitos saudáveis de vida com abordagem multiprofissional na ESF do Jardim Bela Vista.

1.2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar os fatores de risco comportamentais à saúde dos hipertensos.
- Estimular a participação com mais adesão ao tratamento da hipertensão.

2. ANALISE ESTRATÉGICA

A Unidade Básica de Saúde (UBS) do Bairro Jardim Bela Vista, localizada na zona urbana do município de Formosa/GO, da qual faço parte possui uma equipe multidisciplinar formada por uma médica, um dentista, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de consultório dentário, quatro agentes comunitários de saúde (ACS) e uma atendente de serviços gerais. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, o município possui uma população de 100.085 habitantes e seu sistema de saúde está estruturado com um Hospital Municipal de médio porte, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Um Banco de Sangue, uma Unidade do SAMU e um hospital particular conveniado ao SUS, ambos situado na zona urbana, dezessete UBS e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Tipo I.

A UBS é responsável por uma área de abrangência onde reside cerca de 4100 pessoas, sendo que na área coberta são assistidas cerca de 2860 e na área descoberta 1240 pessoas. Das pessoas com problemas relacionadas à saúde, podemos constatar que dentre os diversos tipos, tais com: hanseníase, diabetes, doença mental, tuberculose, câncer, HIV, cardiopatas, DPOC, a de maior número de pacientes diz respeito aquelas com problemas de hipertensão, o que representa cerca de 6% dos assistidos em toda área coberta. Aliada as doenças acima citados a comunidade desta área ainda convive com graves problemas sociais, como uso de drogas e álcool, prostituição, violência doméstica, falta saneamento básico adequado, aterro sanitário a lixo céu aberto, água de poço artesianos, presença de pequenas chácaras com criação de animais, ressaltando que a criação desses animais em sua grande maioria é tida como um meio de subsistência. Outros fatores a serem considerados é a prática de automedicação com plantas medicinais sem orientação, fator esse relacionado a crenças e costumes. As principais reivindicações esta relacionada ao controle social como lazer, escola pública de nível médio, segurança, transporte, caixa eletrônico, etc. A questão de segurança está ligada ao aumento da criminalidade, principalmente devido ao grande número de usuário de drogas na região.

Todas as casas são de alvenaria e possuem energia elétrica. Com relação ao destino do lixo domiciliar é realizada coleta pública com uma frequência de 03 vezes por semana, porém, em algumas ruas há lixo em terreno baldio e em peridomicílio, notando-se, uma falta de conscientização por parte dos moradores quanto à preservação ambiental. Todos os domicílios possuem banheiro no seu interior e tem descarga com água encanada. Com relação ao tratamento da água, a maioria dos moradores opta pela água filtrada, a qual é oriunda de poço

artesiano com tratamento feito pelo sistema de abastecimento da cidade. Quanto à origem da água de abastecimento 100% recebem água do proveniente de poço artesiano com canalização interna e torneiras no terreno. A armazenagem de água pelos moradores se dá predominantemente em caixa d'água. Em relação ao destino dos dejetos tem o aporte do sistema geral de esgoto, porém, ainda existem alguns moradores que persistem no uso de fossas. A grande maioria da população da área adstrita não está vinculada a um plano de saúde, ou seja, predominantemente usuários dependentes do SUS, sendo que cerca 49% recorrem a Unidade de Saúde em caso de doença e quase na mesma proporção procura o hospital. Diante do exposto, salientamos que a UBS é uma estratégia para reverter à forma atual da assistência à saúde, destacando a produção social da doença por meio da troca de informações e experiências entre as equipes e a comunidade. No que se refere à religião a população esta dividida entre católicos, evangélicos e espíritas. A mudança na assistência, de somente curativa para a de promoção e prevenção à saúde, ainda não foi totalmente compreendida pelos usuários, causando uma série de comparações e, às vezes, insatisfações.

Dentre os problemas existentes mais frequentes na comunidade relacionados à morbidade, podemos destacar que dentre as pessoas cadastradas e assistidas na unidade existe 01 paciente com tuberculose, 01 paciente com hanseníase, 03 pacientes com DPOC, 36 pacientes com diabete, 15 pacientes com sofrimento mental, 03 pacientes usuários de drogas e 122 pacientes hipertensos.

Na área de abrangência da unidade os indicadores de mortalidade estão relacionados às doenças do aparelho circulatório, sendo uma das causas àquelas ligadas a problemas hipertensivos; as provocadas por causas externas são os crimes de homicídios, devido principalmente ao grande numero de usuários de drogas e álcool na região e aquelas decorrentes de neoplasias malignas relacionadas ao câncer.

O quadro a seguir representa o Painel de Problemas que integra o método do Planejamento Estratégico para subsidiar o processo de Análise Situacional da UBS e, conseqüentemente, auxiliar na definição do tema do projeto de intervenção. Sintetiza os problemas detectados a partir de carências, deficiências, insatisfações ou inconformidades.

PAINEL DE PROBLEMAS

01 – Interrupção do tratamento pelo paciente por conta própria.	07 – Inexistência de um cardápio com orientação quanto à alimentação adequada.
02 – Falta de orientação quanto a atividades em grupo no que diz respeito à melhora na qualidade de vida.	08 – Falta de orientação Psicológica para os usuários portadores de hipertensão.
03 – Falta de adesão dos usuários em relação à consulta agendada	09 – Incompreensão da comunidade sobre a Estratégia Saúde da Família
04 – Falta de qualificação dos ACS para atividades complementares dos usuários	10 – Espaço inadequado para atividades complementares.
05 – Pouca participação dos usuários nas palestras educativas	11 – Inexistência de controle social
06 – Falta de uma tabela explicativa, quanto ao uso de medicamentos	12 – Insatisfação dos usuários em relação à demora na resolubilidade de suas necessidades.

Percebi com a análise situacional, que a falta de compreensão dos usuários sobre o que é a Estratégia Saúde da Família não é o principal problema para que haja um progresso no seu desenvolvimento. A forma como se desenvolve o trabalho, falta de incentivos e qualificação dos funcionários também pode ser decisivo na sua construção e/ou efetivação. Além disso, a construção do quadro possibilitou identificar muitos problemas quanto à atenção à saúde do hipertenso na UBS, principalmente no que diz respeito à baixa adesão ao tratamento e comparecimento às consultas agendadas, melhoria da sua qualidade de vida e prevenção de hospitalização por complicações da HAS. Portanto, acredito que o passo mais importante a ser tomado é organizar e programar o processo de trabalho dos funcionários da UBS para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos seus usuários.

Assim, a partir da leitura dos textos sugeridos, interações nos fóruns e, considerando a inespecificidade e parcialidade foi definido o tema para o projeto de intervenção “Prevenção e Melhoria na Qualidade de vida dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica”.

A hipertensão arterial é considerada, atualmente, um sério problema de saúde pública no Brasil, dada sua expressiva prevalência, por ser assintomática e pelas suas graves complicações, levando a incapacidades permanentes. Em decorrência disso, a detecção desse problema, normalmente, é tardia, o que dificulta aos portadores a aderência ao tratamento e ao controle dela.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada uma doença crônica de diversas etiologias e fisiopatogenia multifatorial, acompanhada por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, do sistema renina-angiotensina, alterações renais, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial, que podem ser seguidas de lesões em seus órgãos-alvo como vasos, coração, retina e rins.

Durante a elaboração do projeto, *em busca de maior adesão ao tratamento e de uma melhor qualidade de vida*, identificamos que os portadores de hipertensão arterial apresentam problemas que não se restringem apenas à esfera física e à terapia farmacológica. Existem outras dificuldades para a adesão ao tratamento, dentre as quais a aceitação de ser portador de problema crônico, o desconhecimento em relação à patologia e suas consequências e a necessidade de apoio para mudanças de hábitos de vida.

As transformações expressivas na vida dos indivíduos portadores dessa patologia são evidenciadas não apenas na esfera biológica, mas também na psicológica, na familiar, social ou na econômica, pela possibilidade de agravo em longo prazo, o que compromete a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência das pessoas.

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo pode ser definida como a relação existente entre a prescrição medicamentosa, após diagnóstico médico, e a mudança de comportamento do portador de hipertensão arterial. A taxa de abandono do tratamento é crescente, conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica, dadas as dificuldades de aderência ao novo estilo de vida, o que contribui para o aumento de complicações cardiovasculares e da taxa de morbimortalidade.

Exercem influência no processo de adesão a cronicidade da doença, a ausência de sintomatologia específica, o surgimento das complicações em longo prazo e a falta de percepção de que o tratamento será por toda a vida. Esses fatores estão relacionados ao paciente, à doença, à religião, aos hábitos culturais e de vida, ao tratamento, às políticas de saúde, ao acesso e à distância da rede básica de saúde, bem como ao apoio oferecido pela equipe multidisciplinar de saúde. Além disso, há necessidade de adoção de medidas higiênico-dietéticas e comportamentais que implicam mudanças no estilo de vida.

A não-adesão do cliente ao tratamento anti-hipertensivo tem constituído um grande obstáculo para os profissionais da área de saúde. Um dos maiores desafios com relação ao tratamento da hipertensão arterial tem sido o controle ineficaz da pressão arterial e a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, a falta de apoio familiar e multiprofissional, as questões socioeconômicas e as dificuldades de acesso ao serviço de saúde.

Em face do conhecimento desses fatores, os profissionais de saúde devem proporcionar conhecimentos não apenas ao portador de hipertensão arterial, mas também à família, sobre questões relativas à doença, dieta, prática de exercícios físicos e lazer como medida de relaxamento para diminuir o estresse diário, controle da obesidade, sedentarismo, deslipidemias, abandono do tabagismo e redução da ingestão de bebida alcoólica. Deve-se considerar o passado cultural, a experiência de vida, o conhecimento sobre o corpo e a patologia do cliente, pois todos apresentam uma história de vida, valores, crenças e práticas familiares que contradizem a visão do profissional de saúde.

Dentre os principais facilitadores para a melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo, destaca-se a educação em saúde abordando a hipertensão arterial e suas características, orientações sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso, cuidados e atenções individualizadas de acordo com as necessidades e o atendimento médico facilitado.

No entanto, a motivação pela aprendizagem é fundamental para o devido esclarecimento sobre os problemas de saúde, exames, procedimentos e possível mudança do estilo de vida e hábitos familiares do indivíduo.

Merece destaque o engajamento do cliente usuário do SUS quanto ao autocuidado no contexto de vida dele, com o objetivo de aprender sobre a doença, sobre o tratamento em seu cotidiano, tendo como rede de apoio social os familiares e os profissionais de saúde. Portanto, não depende somente do esforço do profissional de saúde. A participação do enfermeiro na assistência ao paciente hipertenso tem contribuído para melhorar a adesão ao tratamento e o controle da pressão arterial.

Diante do exposto, nosso objetivo com este estudo foi conhecer os fatores dificultadores que levam os portadores de hipertensão arterial da área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) Jardim Bela Vista a não aderirem ao tratamento anti-hipertensivo, para que o enfermeiro possa atuar na comunidade em busca de soluções para os problemas de saúde.

De acordo com VI Diretrizes Brasileira de hipertensão a linha demarcatória que define HAS, em adultos, considera valores de PA sistólica maior ou igual 140 mmHg ou de PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg em medidas de consultório. A tabela 1 a seguir traz a classificação da PA em maiores de 18 anos de idade.

Tabela 1 – Classificação de Hipertensão Arterial Sistêmica

CLASSIFICAÇÃO	PA SISTÓLICA (mmHg)	PA DIASTÓLICA (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão Estágio 3	\geq 180	\geq 110

Se as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, deve-se considerar a categoria mais alta para a classificação. Os indivíduos portadores de HA sistólica isolada, devem ser classificados dentro dos estágios acima considerados, utilizando-se as cifras encontradas.

Mais importante do que diagnosticar no indivíduo uma patologia isoladamente, seja diabetes, hipertensão ou a presença de dislipidemia, é avaliá-lo em termos de seu risco cardiovascular, cerebrovascular e renal global.

A prevenção baseada no conceito de risco cardiovascular global significa que os esforços para a prevenção de novos eventos cardiovasculares serão orientados, não de maneira independente pelos riscos da elevação de fatores isolados como a pressão arterial ou o colesterol, mas pelo resultado da soma dos riscos imposta pela presença de múltiplos fatores, estimado pelo risco absoluto global de cada indivíduo.

Por meio desta estimativa é possível otimizar o uso de intervenções implementadas de acordo com o risco cardiovascular global de cada indivíduo, uma vez que o grau de benefício preventivo obtido depende da magnitude desse risco.

Sugere-se que através da investigação de fatores de risco (Tabela 2), lesões em órgãos-alvo e condições clínicas associadas (Tabela 3), seja estimado o risco cardiovascular global (Tabela 4), possibilitando assim, planejar acompanhamento e alvos terapêuticos com melhor custo-efetividade.

Tabela 2 – Fatores de Risco para doenças cardiovasculares

FATORES DE RISCO
Tabagismo
Dislipidemia
Idade >55anos p/ homens e >65anos p/ mulheres
HF de doença cardiovascular precoce em parentes de 1º grau (homens <55anos e mulheres <65anos)
Obesidade
Diabetes

(Fonte: 2013 ESH/ESC Guidelines – Adaptado)

Tabela 3 – Lesões de órgão-alvo e condições clínicas associadas

LESÕES DE ÓRGÃO-ALVO (LOA)/CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS (CCA)
Hipertrofia ventricular esquerda
Microalbuminúria
Acidente vascular cerebral
Ataque isquêmico transitório
Angina
Infarto agudo do miocárdio
Revascularização miocárdica (cirúrgica ou angioplastia)
Insuficiência cardíaca
Doença arterial periférica
Retinopatia
Nefropatia

(Fonte: 2013 ESH/ESC Guidelines – Adaptado)

Tabela 4 - Estratificação de risco cardiovascular global

	NORMAL	LIMÍTROFE	HIPERTENSÃO ESTÁGIO 1	HIPERTENSÃO ESTÁGIO 2	HIPERTENSÃO ESTÁGIO 3
Sem fatores de risco adicionais	Sem risco adicional	Sem risco adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1 a 2 fatores de risco adicionais	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Moderado	Risco Moderado	Risco Alto
1 a 2 fatores de risco adicionais	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Moderado	Risco Moderado	Risco Alto
3 ou mais fatores de risco adicionais, LOA, CCA ou Diabetes	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

(Fonte: 2013 ESH/ESC Guidelines – Adaptado)

Sendo assim é inegável que o controle da pressão arterial não se limita apenas a abordagem do corpo doente, sendo necessário considerar a experiência de vida e a subjetividade como aspectos imprescindíveis no processo de adoecer. No entanto, para o tratamento do hipertenso, além de medicação é necessária adoção de práticas que possam minimizar estes fatores de risco, e isso depende da compreensão das informações, existindo uma relação que envolve fatores sociais, ambientais e emocionais.¹⁸

Nesse contexto, o presente projeto visa levantar o perfil dos portadores de hipertensão arterial e orientá-los prevenindo suas complicações, envolvendo fundamentalmente ensinamentos para que se processem mudanças no estilo de vida incentivando a participação do hipertenso na prevenção, controle e tratamento correto da doença.

Desta forma, conclui-se que os desafios apontados para modificar o problema referem-se à necessidade de mudança de comportamento dos sujeitos incorporando as medidas não farmacológicas no cotidiano de vida. Sugerimos, como possibilidades para melhoria da adesão, o comprometimento dos profissionais de saúde na implementação e no acompanhamento dos processos educativos que propiciem maior conscientização e interesse

pelo autocuidado, o acompanhamento dos sujeitos quanto ao uso correto da medicação e o envolvimento da família para mudanças dos hábitos de vida.

Para o tratamento adequado a possibilidade de se contar com uma equipe multiprofissional é estratégia desejável, já que a redução da morbimortalidade cardiovascular e, a partir desse objetivo, baseando-se no risco cardiovascular calculado, devem ser escolhidos os anti-hipertensivos adequados para cada paciente dentre as diversas classes disponíveis atualmente.^{21,23}

As praticas educativas devem, além de fornecer informações sobre a terapia anti-hipertensiva, estimular a autopercepção da doença e a co-responsabilização do individuo com seu próprio cuidado, por meio de, por exemplo, oficinas educativas em grupo e orientações domiciliares.²⁶ Além disso, conclui também que agregar os familiares às atividades de educação em saúde mostrou-se importante por facilitar as mudanças de estilo de vida no núcleo familiar e aumentar a adesão do hipertenso ao tratamento. Destaca-se ainda a necessidade do trabalho multiprofissional e interdisciplinar para lidar com a complexa demanda que envolve o portador de HAS.

O descontrole e a baixa adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos são problemas que devem ser enfrentados conjuntamente pelo paciente hipertenso, pela família, pela comunidade, pelas instituições e pela equipe de saúde.²⁵

Assim, a partir da abordagem multidisciplinar e da procura em levar a informação ao paciente de forma mais acessível e mais dinâmica, espera-se que ocorra maior adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida, ao uso correto da medicação, a preocupação com o bom controle, a longo prazo, da HAS e a uma maior autonomia em relação ao acompanhamento da própria saúde.

3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção foi desenvolvida na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família do Bairro Jardim Bela Vista, situada na cidade de Formosa/GO. A área de abrangência da UBS é responsável pela cobertura de 4100 pessoas, sendo 2860 na área coberta e 1240 pessoas na área descoberta, contendo 86 hipertensos cadastrados. Dentre os hipertensos cadastrados, 74% são do sexo feminino e 24% do sexo masculino.

O programa de hipertensos desenvolvido na UBS do Bairro Jardim Bela Vista tem como objetivo o acompanhamento sistematizado dos pacientes hipertensos, visando ao manejo adequado da HAS. As atividades previstas no programa são: o cadastro dos pacientes, a distribuição de medicamentos e o atendimento individual mensal. Nesse programa, estão incluídos pacientes adultos hipertensos de ambos os sexos, a maioria com idade superior a 55 anos, de diferentes raças e as variadas crenças religiosas e situações conjugais.

Para seleção, adotaram-se como critérios de inclusão: serem pacientes de ambos os sexos; apresentarem diagnóstico médico de hipertensão arterial primária há mais de um ano; estarem cadastrados e acompanhados no programa de hipertensão da unidade e estarem conscientes e orientados.

A intervenção foi realizada por meio de Oficinas temáticas com os hipertensos cadastrados e acompanhados na UBS, oficinas estas que ratificam as recomendações da literatura e das próprias necessidades para estimular a adesão dos hipertensos. O planejamento e a realização dessas atividades com o grupo de hipertensos contará com a parceria dos ACS,s e Auxiliares de enfermagem. A etapa seguinte baseia-se na apresentação de oficinas para levar ao público-alvo informações essenciais sobre a hipertensão arterial, objetivando explicar a sua condição fisiopatológica e conscientizar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

As oficinas aconteceram mensalmente, com a realização de cinco encontros, sempre na terceira semana de cada mês. Os temas foram trabalhados de acordo com a necessidade dos usuários. Nessas oficinas as medidas antropométricas e a pressão arterial eram verificadas em todos os usuários presentes. Conforme acima exposto, a primeira oficina foi realizada no dia 23 de outubro de 2014 e dos 86 pacientes cadastrado na uidade de saúde, compareceram a palestra cerca de 42% ou seja, 35 pacientes, sendo 20 do sexo masculino e 15 do sexo feminino

Na primeira oficina foi abordado a fisiopatologia e suas consequencias usando linguagem amapla e acessivel, ressaltando quanto a importancia dos cuidados preventivos

para reduzir o número de incidência de HAS, bem como, o uso adequado dos medicamentos e a necessidade de práticas saudáveis e mudanças no estilo de vida, visto que a maioria dos pacientes não sabia a definição da doença e as suas principais complicações.

1ª Oficina realizada no dia 24 de outubro de 2014



Na segunda oficina realizada no dia 20 de novembro de 2014, foi discutido sobre os perigos do consumo excessivo de gordura, sal e açúcar, salientando a importância da redução ou ausência dessas substâncias no dia a dia não só do paciente, e sim de toda a família.

2ª oficina realizada no dia 20 de novembro de 2014



Na terceira oficina realizada no dia 18 de dezembro de 2014, foi abordado os benefícios de adoção do consumo diário de frutas, verduras e legumes, que além de serem alimentos saudáveis trazem benefícios ao organismo, desde a fácil mastigação (no caso de pacientes com uso de prótese) e digestão.



Na quarta oficina realizada no dia 22 de janeiro de 2015, foi discutido os maléficos causados pelo consumo de álcool e tabaco, os quais são causadores de pologénias tais como: doenças cardíacas, HAS, DM etc, além do uso abusivo de álcool trazer transtornos familiares, econômicos, psicológicos e sociais, sendo disponibilizado ainda orientações quanto ao acompanhamento pela unidade básica para aqueles que desejam abandonar o uso do álcool e tabaco. Nessa palestra educativa houve a participação da equipe do NASF.



Equipe profissional da unidade, equipe do NASF e pacientes



Equipe do NASF



A equipe do NASF participou da terceira e quarta oficina, realizadas nos dias 20 de novembro e 19 de dezembro de 2014.

Lanche coletivo proporcionado ao termino de cada oficina



A cada oficina do grupo era promovido espaço para o lanche coletivo, possibilitando aos participantes refletirem sobre os hábitos de uma alimentação saudável, compartilhar história sobre suas vidas, dividir com o grupo suas percepções sobre o desenvolvimento dos trabalhos propostos pelas oficinas e fortalecer os vínculos entre os participantes.

Na quinta e última oficina a ser realizada no dia 22 de fevereiro de 2015, será discutido a importância da realização de atividade física, enfatizando a avaliação médica prévia, assim como, será realizada uma retrospectiva das oficinas anteriores para verificar se realmente houve aproveitamento dos pacientes e se eles pretendem desenvolver na prática os cuidados aprendidos.

Espera-se que a partir do projeto de intervenção, mudanças sejam realizadas de forma que a atenção ao portador de HAS sofra importantes readequações, onde a comunidade possa ser mais bem assistida. É importante fomentar que a integralidade da assistência a estes pacientes torna-se ferramenta fundamental para a prevenção dos agravos advindos de quadros descompensados da referida patologia.

Ressaltando que após os quatro primeiros meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos, de avaliar a adesão e monitorar a atenção prestada aos usuários hipertensos da UBS do Jardim Bela Vista foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, e que certamente trouxeram melhoria da adesão ao tratamento medicamento e mudança ao estilo de vida. Indiretamente houve qualificação da atenção prestada pela UBS do Jardim Bela Vista aos usuários hipertensos, pois o tema passou a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

A intervenção terá a duração de cinco meses, de outubro de 2014 a fevereiro de 2015, e constitui-se das seguintes estratégias:

- Oficinas 1 – Hipertensão Arterial Sistêmica: conceito, fatores de risco e medidas dietéticas do tratamento. Vídeo Ministério da Saúde e palestra.
- Oficina 2 – Consumo de gordura/óleo, açúcar e sal de adição: recomendação e perigos do consumo excessivo. Palestra e Dinâmica. Na dinâmica os participantes foram incentivados a mostrar as quantidades que usavam desses gêneros e foi feita uma demonstração da quantidade recomendada em diferentes preparações através de medidas caseiras de uso comum, com a participação ativa dos usuários.
- Oficina 3 – Consumo de frutas, verduras e legumes: importância e recomendações. Palestra e Dinâmica. Na dinâmica foram levadas diferentes frutas, legumes e verduras para demonstração do tamanho da porção recomendada e descrição de suas propriedades benéficas à saúde.
- Oficina 4 – Consumo de Álcool e Tabagismo: Serão demonstrados os fatores de risco e malefícios. Vídeos, Palestras e Dinâmica.
- Oficina 5 – Atividade física: benefícios e importância para redução/manutenção do peso. Vídeos e palestras.

As oficinas são mensais e realizadas de acordo com a dinâmica do serviço, ocorrendo sempre nos mesmos períodos dos meses. Contudo, tivemos a preocupação de adaptar as atividades e orientações para o contexto de nossa população, respeitando crenças, valores, limitações e desejo dos participantes. Tomando por base o plano de cuidados será usado durante o ciclo das oficinas folders, com o objetivo de informar e orientar aos hipertensos de uma forma clara, objetiva e ilustrativa.

Vale ressaltar que com relação às oficinas temáticas já foi possível realizar a primeira oficina. O primeiro encontro aconteceu em 23/10/2014 e contou com a participação

de 85 usuários hipertensos. Este encontro resultou ainda na formação do grupo de adesão do Programa HIPERDIA, que a partir dessa primeira oficina decidiram por se reunirem mensalmente, na última quinta-feira de cada mês. Essa atividade foi inserida na rotina do serviço da unidade, o que mostra, na sua avaliação, o quanto foi satisfatória, pois esses momentos demonstram a construção de vínculos, de acolhida, de reforço do autocuidado e da corresponsabilidade dos usuários hipertensos acompanhados pela UBS do Jardim Bela Vista.

No dia 22/02/2015 será realizada a última oficina proposta no projeto de intervenção, onde serão colocadas em prática as estratégias de adesão. Considerando a estratégia de educação em saúde de essencial para estimular hábitos saudáveis de vida, no primeiro momento será feita a apresentação e distribuição dos dispositivos escolhidos para a melhoria da adesão ao tratamento.

As planilhas 1, 2, 3 a seguir apresentam o desenho das operações, análise de viabilidade do plano e o plano operativo.

Planilha 1. Operações relacionadas a dificuldade de adesão ao tratamento de hipertensão arterial no PSF do Jardim Bela Vista – Município de Formosa-GO

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Baixo nível de informação da população acerca da hipertensão arterial	Multiplicando o conhecimento. Aumentar o nível de informação da população idosa sobre hipertensão arterial	População mais informada sobre a hipertensão arterial. (tratamento medicamentoso e não medicamentosos).	Aumento de informação sobre a hipertensão arterial, e adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social. Financeiros: disponibilização de materiais educativos relacionados a hipertensão arterial
Hábitos estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares, com ênfase no sedentarismo.	Cuidar melhor Modificar hábitos e estilos de vida da população idosa.	Diminuição do número de idosos sedentários em 70%. Espera-se 70% dos idosos alterando seus hábitos alimentares, aderindo a uma dieta adequada.	Programa de caminhada orientada; Programa alimentação saudável.	Organizacionais: para organizar as caminhadas. Cognitivo: informação sobre o tema. Político: conseguir espaço local e articulação intersetorial. Financeiros: folhetos educativos, recursos áudio visuais relacionados à alimentação saudável.
Família sem preparação para o cuidado e enfrentamento do	Apoio familiar é fundamental Aumentar o nível de conhecimento	Incluir o grupo familiar no contexto do tratamento de acompanhamento dos	Maior número de familiares participando e acompanhando o	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria,

problema devido a falta de conhecimento	dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	hipertensos	tratamento de hipertensão arterial do idoso.	mobilização social, disponibilização de materiais educativos. Organizacionais: organização da agenda.
---	---	-------------	--	---

Planilha 2. Análise de viabilidade do plano, relacionadas a dificuldade de adesão ao tratamento de hipertensão no PSF do Jardim Bela Vista – Município de Formosa-GO

Operação/Projeto	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Operações estratégicas
Multiplicando o conhecimento Aumentar o nível de informação da população idosa sobre hipertensão arterial	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. Organizacional: organização da agenda.	Equipe de saúde da família. Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável	Apresentar projeto para equipe. Estruturação das Redes
Cuidar melhor Modificar hábitos e estilos de vida da população idosa	Organizacionais: para organizar as caminhadas. Cognitivo: informação sobre o tema. Político: conseguir espaço local e articulação intersetorial. Financeiros; folhetos educativos, recursos áudio visuais.	Equipe de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável	Apresentar projeto para equipe e comunidade. Estruturação das redes
Apoio familiar é fundamental Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema, parceria mobilização social, disponibilização de materiais educativos. Organizacionais: organização da agenda.	Equipe de Saúde da Família. Secretária Municipal de Saúde.	Favorável	Apresentar projeto para equipe. Estruturação das redes

Planilha 3. Elaboração do plano operativo, relacionados a dificuldade de adesão ao tratamento de hipertensão arterial no PSF do Jardim Bela Vista – município de Formosa-GO.

Operação projeto	Resultados esperado	Produtos esperados	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Multiplicando o conhecimento Aumentar o nível de informação da população idosa sobre hipertensão arterial	População mais informada sobre a hipertensão arterial. (tratamento medicamentoso e não medicamentoso).	Avaliar os níveis de informação sobre a hipertensão arterial, e adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Apresentar projeto para equipe. Estruturação da rede.	Equipe de Saúde da Família. Secretária Municipal de Saúde.	1 mês para o início das atividades
Cuidar melhor Modificar hábitos e estilos de vida da população idosa.	Diminuir o número de idosos sedentários em 70%.	Avaliação do nível de informação da população sobre hábito de vida saudável. Campanhas educativas na comunidade. Capacitação dos ACS e de cuidadores.	Apresentar projeto para equipe e comunidade. Estruturação das redes	Equipe de Saúde da Família. Secretária Municipal de Saúde.	2 meses para o início das atividades.
Apoio familiar é fundamental. Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.	Maior número de familiares participando e acompanhando o tratamento de hipertensão arterial do idoso.	Apresentar projeto para equipe.	Equipe de Saúde da família. Secretária Municipal de Saúde.	3 meses para o início das atividades.

O público-alvo da pesquisa incluiu os portadores de HAS que residiam na área de abrangência da USF do Bairro Jardim Bela Vista e os profissionais de saúde que trabalhavam na UBS durante o período da intervenção.

A composição da equipe da USF do Bairro Jardim Bela Vista por categoria profissional praticamente manteve-se a mesma do início ao final da intervenção: um médico, um dentista, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um ACD, 10 ACS, três ACE, um recepcionista e um atendente de serviços gerais. Dos ACS, uma encontrava-se em licença maternidade.

De acordo com o cadastro dos ACS, que inclui informações de toda a população da área sob a responsabilidade desta equipe (1.040 famílias), haviam 122 pessoas identificadas como portadoras de HAS. Quanto ao tipo de morbidade, 79,1% destas pessoas tinham hipertensão.

A avaliação dos indicadores ao final de cada mês da intervenção permitiu uma leitura da sua evolução e seus resultados estão descritos a seguir.

Ao final do primeiro mês, o número de hipertensos que participaram das oficinas foi 35, elevou-se para 40 no segundo e certamente irá contabilizar de 76 a 86 no terceiro, quarto e quinto meses da intervenção. Assim, a proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da USF do Jardim Bela Vista nos dois primeiros meses com avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso foi de 42% ao final do projeto, pretende-se alcançar a meta de 100%.

Dos 86 hipertensos, a maioria eram mulheres (73%). A idade média dos entrevistados foi de 45 anos e variou dos 30 aos 90 anos. As pessoas com 60 ou mais anos de idade representaram 53% dos cadastrados para o estudo. Com relação à cor da pele, 56% foram avaliados pelos ACS como pardos, 24% como negros e os demais como brancos (20%).

A proporção de hipertensos cadastrados no HIPERDIA foi de 42% o que representou um acréscimo de 31% na inscrição de usuários no referido programa em relação ao resultado inicial de 40%.

A análise quanto à verificação de registro dos medicamentos atualizado mostrou que a prevalência média deste indicador foi de 74%, com mínimo de 70% (segundo mês) e máximo de 77% (primeiro mês).

Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com registro dos medicamentos atualizado. EAD UFPEL, 2012.

Entre os hipertensos 90% utilizava medicamentos cadastrados na Farmácia Popular ou no Programa HIPERDIA no primeiro mês do estudo. Esta proporção foi de 96% no segundo mês, e esperamos alcançar 100% no terceiro, quarto e quinto mês de continuidade do projeto. Quando foi investigado se todos os medicamentos utilizados pelo hipertenso faziam parte destes cadastros as prevalências foram um pouco menores: 78% no primeiro mês do estudo e 83% no segundo mês.

Com relação ao recebimento de orientações sobre o cumprimento correto do tratamento medicamentoso será possível investigar sua frequência apenas nos dois últimos meses da intervenção, pois estas orientações estavam programadas para acontecerem durante os encontros coletivos com os usuários.

A baixa adesão ao tratamento medicamentoso foi verificada em 23% dos 86 pacientes hipertensos. Dos 16 hipertensos com baixa adesão, seis não aderiram. Entre os dez respondentes, oito passaram para aderentes e dois para prováveis aderentes.

Até o início da intervenção, a atenção prestada aos usuários hipertensos na USF do Jardim Bela Vista baseava-se nas consultas médicas e de enfermagem, na unidade ou em domicílio, e no acompanhamento dos mesmos pelo registro do Programa HIPERDIA. A maioria destes usuários, principalmente aqueles da área descoberta não estavam cadastrados no Programa HIPERDIA e não possuíam registro de medicamentos atualizados no prontuário clínico, único instrumento de registro dos procedimentos. Muitas atividades educativas eram realizadas, mas não havia grupo para educação em saúde formado, e nunca havia sido realizada a avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso desses usuários. Informalmente alguns profissionais comentavam sobre este aspecto quanto enfrentava dificuldades com algum caso em particular.

O trabalho em equipe foi essencial para a realização das ações propostas pelo estudo. A considerável maioria dos membros da equipe foi participativa, mas é o trabalho dos ACS que merece destaque, pois foram os que tiveram a maior contribuição, uma vez que participaram de reuniões, mobilizaram os usuários para a participação nos encontros mensais previstos, participaram dos encontros e foram capacitados.

A participação da comunidade na intervenção também foi importante para a efetivação das ações previstas. Os usuários hipertensos, em sua grande maioria frequentaram os encontros mensais para as atividades educativas.

Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de todos os usuários hipertensos da USF do Jardim Bela Vista somente será possível no final do último mês de intervenção.

Assim, apenas 35 usuários hipertensos (42%) passaram por essa avaliação, mas esse número pode aumentar, de modo que se estabeleça como rotina da equipe, bastando apenas que seja reforçada nas reuniões de equipe, e executada durante os encontros de grupo, o atendimento médico ou de enfermagem, e durante as visitas domiciliares.

Antes da intervenção as consultas médicas e de enfermagem para hipertensos acompanhados na USF do Jardim Bela Vista eram ofertadas em apenas um dia por semana, o que tornava o atendimento cansativo, tanto para a equipe quanto para os usuários. Pode-se atribuir a isso o não cadastramento desses usuários no programa HIPERDIA. Com o aumento da oferta de consultas médicas e de enfermagem para esse grupo também nos outros dias da semana, percebeu-se que o atendimento prestado ao hipertenso ficou menos cansativo, houve o aumento do acesso desses usuários ao serviço, e aumento do tempo da consulta, o que permitiu realizar registros necessários com mais calma, incluindo o cadastramento no HIPERDIA.

A incorporação do cadastramento no cotidiano do serviço configura-se como uma ação de acompanhamento dos portadores de HAS, que favorece a vinculação desses usuários com a equipe da USF e garante o recebimento de fármacos para o tratamento medicamentoso. Para tanto, faz-se necessário o comprometimento e a dedicação da equipe multidisciplinar para esta ação em sua rotina de trabalho, como parte do atendimento, além de treinamento específico proporcionado através de capacitações e/ou reuniões de equipe.

Ao monitorar se os medicamentos prescritos para os usuários hipertensos eram cadastrados na Farmácia Popular ou no Programa HIPERDIA, percebeu-se que a prescrição desses medicamentos é devidamente realizada pela médica da unidade, o que caracteriza sua preocupação quanto ao acesso dos hipertensos às medicações, e quanto à redução de gastos com medicamentos no orçamento familiar. A verificação dos prontuários, com a constatação de registros desatualizados e posterior busca do usuário em questão para consulta médica, mostrou-se ainda como um elemento importante no processo de acompanhamento e cuidado continuado desse grupo.

A capacitação dos ACS para abordagem domiciliar dos hipertensos foi muito importante, tanto para a implementação da intervenção, quanto para a qualificação de seu processo de trabalho na atenção a esse grupo. Nessa perspectiva, pode-se inferir que outras ações dessa natureza e que envolvam os outros membros da equipe, são necessárias para melhorar ainda mais o trabalho na USF, como capacitações que contribuam para proporcionar um maior conhecimento acerca dos temas relacionados à atenção aos hipertensos, e que reforce o compromisso e as atribuições de cada membro da equipe.

A adesão às atividades educativas realizadas pela USF do Jardim Bela Vista sempre foi uma dificuldade, mesmo havendo inicialmente uma mobilização. Para a realização dos encontros mensais de educação em saúde e orientação sobre o cumprimento correto do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, a mobilização foi realizada através de convite impresso, cartazes na unidade e convite dos ACS,s durante visita domiciliar para todos os hipertensos da área de abrangência. Ainda assim, nem todos participaram. A partir do interesse e comprometimento de frequência dos usuários que participaram do primeiro encontro, o grupo de educação em saúde foi formado. Portanto, ainda que a meta estabelecida não tenha sido 100 % alcançada, a grande maioria de hipertensos participou de atividade educativa, o que significa grande avanço. Fica o desafio para a equipe da USF do Jardim Bela Vista que ao final do programa de intervenção, dê continuidade ao cronograma de encontros previstos (mensalmente), programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas nos encontros e captar ainda mais usuários.

Após os dois primeiros meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos, de avaliar a adesão e monitorar a atenção prestada aos usuários hipertensos da USF do Jardim Bela Vista foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, e que provavelmente trouxeram melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Indiretamente houve qualificação da atenção prestada pela USF do Jardim Bela Vista aos usuários hipertenso, pois o tema passou a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

Ao final desse estudo espero que, para um melhor controle dessa patologia é necessário à adesão do paciente ao tratamento, já que a HAS é uma doença crônica. Para um direcionamento eficiente e eficaz do autocuidado é preciso que se tenha um programa para hipertensos mais intenso e motivador, pois o autocuidado adequado requer interesse e comprometimento dos pacientes hipertensos e da colaboração dos profissionais de saúde, principalmente, dos enfermeiros. Acredito que um dos maiores desafios para enfermagem é entender as necessidades de educação à saúde como componente especial e essencial do cuidado de enfermagem, estando relacionada à promoção, manutenção e restauração da saúde. Espero que através das oficinas realizadas, melhorar os níveis de adesão do hipertenso no planejamento de seu tratamento, dando-lhes mais responsabilidade por ele, o que possivelmente aumente seu cumprimento correto, a participação ativa no tratamento e a realização de mudanças no estilo de vida.

Durante os futuros atendimentos espero a identificação da pressão arterial controlada dos hipertensos acompanhados no PSF do Jardim Bela Vista (pelo menos na maioria), a redução na incidência ou o retardamento na ocorrência de complicações e a melhoria da qualidade de vida, espero conscientizados sobre as conseqüências do não uso correto das medicações, sobre a importância de uma alimentação saudável, sobre a importância das consultas mensais na Unidade de Saúde e trabalhar mais com aqueles hipertensos que tem mais dificuldade na adesão terapêutica, hipertensos esses identificados através das oficinas realizadas. Alimentação adequada, exercícios físicos e, principalmente, ausência de angústia caracterizam um estilo de vida que pode ser considerado como saudável.³² Consideram que, apesar da intensidade das situações ambientais estressantes ter influência na elevação da pressão arterial, se o hipertenso adotar um melhor posicionamento frente a elas, o efeito dos fatores que as desencadeiam fica atenuado.^{12,13} E ainda, a discussão de dúvidas e preocupações a respeito de seu problema com todos os envolvidos pode permitir a obtenção de melhores resultados da terapia recomendada. Espero que essas oficinas tragam um auxílio no enfrentamento destas mudanças, especialmente nesse sentido, as equipes de saúde da família, que são peças fundamentais para a melhora dos índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Espero através dessas oficinas temáticas estimular mudanças de comportamento que sejam benéficas para a saúde; da mesma sorte, aumentar as habilidades dos pacientes para tomar decisões e para adaptar-se a uma condição de saúde específica.

Apesar da educação ter um largo efeito no conhecimento e, conseqüentemente, na adesão, esse efeito tende a diminuir com o tempo, fazendo-se necessário que tais medidas sejam efetivadas com certa periodicidade.¹⁵ Alguns autores referem vantagens das ações educativas grupais. Este tipo de abordagem é mais efetivo do que a individual, pois é mais variada e estimulante para os pacientes, que se encontram sem o estresse próprio da consulta.¹⁹ As ações educativas em grupo também fazem com que os integrantes percebam problemas comuns, sendo estimulados a desenvolver o autocuidado, aumentando assim a adesão e a eficácia do tratamento.²⁰ Os benefícios das ações educativas grupais foram evidenciados no estudo, em que destacam a importância de se utilizar uma estratégia que permita liberdade para refletir e criticar a realidade, permitindo que seja desenvolvida nos participantes a consciência da cidadania.³²

Tomando como base os diversos eventos antecedentes necessários para a ocorrência do estímulo da adesão ao tratamento, percebe-se a necessidade de considerar esse conceito como sendo multidimensional, pois envolve diferentes aspectos. Embora se deva considerar o portador de hipertensão como o foco central do processo, a ocorrência da adesão

não depende unicamente dele, mas do conjunto de elementos constituintes do processo, ou seja, do conjunto portador de hipertensão? Profissional de saúde? sistema de saúde? O esforço desenvolvido por um elemento isolado desse conjunto certamente não conduzirá a bons resultados, sendo necessária a ação conjunta para que o “Estímulo a adesão ao tratamento anti-hipertensivo” seja alcançada. Vista a partir dessa perspectiva, não se reduz a complexidade da adesão ao âmbito individual, como muitas vezes ocorre na nossa prática diária.

Com o intuito de promover o permanente acompanhamento do Projeto de intervenção, da execução das ações, da avaliação dos resultados obtidos e do eventual redirecionamento ou adequação das estratégias adotadas, serão utilizados dados tais como: através das consultas subseqüentes; através dos resultados da PA dos hipertensos; nas visitas dos Agentes de saúde aos hipertensos e através das reuniões de equipe do PSF.

Inicialmente achei que realizar a intervenção na UBS do Bairro Jardim Bela Vista não seria tão difícil quanto foi. Primeiramente, tive dificuldade em seguir o cronograma proposto, pois deixava o projeto sempre para segundo plano, diante de outras demandas da unidade. Acredito que poderia ter me doado mais ao curso e, assim, cumprir os prazos corretamente. Entretanto, considero satisfatória a realização da minha intervenção com os resultados alcançados, ainda que não tão abrangentes, e com meu aprendizado. O projeto de intervenção significou para a minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimento a cerca da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe da UBS do Jardim Bela Vista aos usuários hipertensos acompanhados na USF quanto a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, além da valorização profissional.

O planejamento das ações em saúde, o conceito e organização da demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família e a organização do processo de trabalho dos membros da equipe foram os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

Aprendi, nesse curso, que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados, pois é onde melhor são apresentadas todas as necessidades da população assistida e onde podemos definir e/ou priorizar ações direcionadas a elas, para que promovamos um impacto no processo saúde-doença dessa população.

Em relação ao conceito e organização da demanda espontânea na UBS, aprendi que como demanda espontânea a entrada de usuários nos serviços de saúde que não se enquadrem nos programas e prioridades estabelecidas na UBS, ao contrário da demanda programada, que é o agendamento de consulta para acompanhamento dos usuários que se

enquadram nos programas e prioridades estabelecidas (através das ações programáticas), possuindo assim também uma lógica epidemiológica, pois, a partir desse acompanhamento (vínculo), é possível identificar os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença desses usuários; um dos principais objetivos da ESF.

Sobre a organização do processo de trabalho da equipe multidisciplinar da ESF, aprendi que se faz necessária para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos seus usuários.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidentemente, a HAS e o seu tratamento adequado envolvem uma multiplicidade de fatores extremamente complexos, que exigem de todos os envolvidos o emprego de estratégias combinadas que dêem conta dessa complexidade. Em se tratando de adesão a um tratamento, percebe-se que há inúmeras questões envolvidas no sucesso ou no fracasso em obtê-la.

Esta pesquisa possibilitou a identificação de três fatores de risco para não adesão ao tratamento anti-hipertensiva, os quais, atuando de modo inter-relacionado, podem determinar diferentes graus de adesão dentre eles, incluem-se os relativos ao próprio paciente, como as variáveis sócio-demográficas, os conhecimentos e crenças que os pacientes têm sobre a doença e o tratamento, e o apoio da família; os relacionados ao sistema de saúde, entre os quais foram ressaltados a estrutura dos serviços de saúde e o processo de atendimento do portador de hipertensão.

Nesse contexto, a forma como os profissionais de saúde se relacionam com os pacientes hipertensos é um ponto chave para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

No que se refere aos atributos do conceito analisado, sua identificação permitiu uma melhor clarificação e uma compreensão mais ampla do fenômeno. Os profissionais que atuam junto à clientela de hipertensos devem estar atentos a todos os aspectos de plano terapêutico, compreendendo que o esquema medicamentoso, embora importante, não garante por si só o sucesso do tratamento. Algumas estratégias foram levantadas para aumentar a adesão ao tratamento de hipertensão arterial, além dos riscos inerentes ao tratamento, suas peculiaridades e benefícios, fazendo assim, que o indivíduo se torne um elemento ativo no processo de tratar.

Pode-se considerar pelos resultados encontrados que a grande dificuldade dos idosos aderirem corretamente ao tratamento da hipertensão arterial na sua totalidade está relacionada com a escolaridade, idosos que moram sozinhos, poder aquisitivo para adquirir os medicamentos, efeitos colaterais causados pela medicação, sedentarismo, falta de dieta equilibrada, etilismo, tabagismo, fatores emocionais, deficiências físicas e mentais, abandono familiar.

Vale ressaltar que mesmo com essas dificuldades, a implementação do plano de intervenção proposto tem diversas vantagens, como a possibilidade de diagnóstico adequado e precoce da HAS em diversos pacientes, a classificação de risco auxiliando a prevenção e o tratamento precoce das complicações e a priorização das medidas de promoção à saúde. Outra

vantagem do presente projeto é a priorização das atividades coletivas, como os grupos de hipertensos e as palestras informativas realizadas através das oficinas temáticas, com o objetivo de aumentar a adesão da equipe às ações preventivas destinadas à população da área de abrangência, evitando o predomínio de atividades individuais de cunho prioritariamente curativo. Acredita-se que, aumentando a adesão da população às mudanças de estilo de vida, ao uso correto das medicações e estimulando a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e de bem estar, o projeto contribuirá de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população adscrita.

Por fim, diante de tudo que foi pesquisado e analisado, pode-se concluir que o número de pacientes que aderem ao tratamento ainda é pequeno e que a melhor forma de tentar conscientizar os pacientes para que possam aderir ao tratamento anti-hipertensivo é através de orientações e informações sobre hipertensão arterial, mudanças de hábitos, estilos de vida e a inclusão do grupo familiar do contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.

REFERÊNCIAS

1. Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006;8(2):259-72. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm. Acesso em: 20 de out. 2014.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série B: Textos Básicos de Atenção à Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, DF, 2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Hipertensão Arterial Sistêmica. 58 p. Brasília, DF, 2006b.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Diabetes Mellitus. 64 p. Brasília: DF, 2006c.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Série F. Comunicação e Educação. 2. ed. O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos. 69 p. Brasília,DF, 2006d.
7. Brasil. Ministério da Saúde. III Consenso Brasileiro De Hipertensão Arterial. Hipertensão Arterial: diagnóstico e Classificação. Brasília (DF), 2001. Capítulo I. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III_consenso_bras_hip_arterial.pdf. Acesso em: 16 out.2014.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 371, de 04 de março de 2002. Instituí o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 mar. 2002. p. 88.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB**. 2014. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acessado em 16.10.2014.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
12. CAMPOS, E. P. Contribuição da psicologia ao tratamento do hipertenso. *Folha Méd.*, v.113, n.2, p.153–156, 1996.
13. CURY JR., A. J. Hipertensão arterial e qualidade de vida. *Âmbito Hospitalar*, v.58, n.8, p.58–60, 1996.
14. DATASUS. **Hiperdia. Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos**. Disponível em: < <http://hiperdia.datasus.gov.br/> > Acesso em: 10 de out. 2014.
15. DEVINE, E. C.; REIFSCHNEIDER, E. A meta-analysis of the effects of psycho educational care in adults of hypertension. *Nursing Research*, v.44, n.4, 1995.
16. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Formosa, GO, 2014. IBGE. Censo Populacional 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>. Acesso em 26 out. 2014.
17. LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 26, n. 8, Ago. 2010.
18. LIMA, M. T.; BUCHER, J. S. N. F.; LIMA, J. W. O. de. A Hipertensão Arterial Sob o Olhar de uma População Carente: Estudo Exploratório a partir dos Conhecimentos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jul-ago, 2004, v.20, n.4, p.1079-1087, Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/23.pdf> > Acesso em: 21 de outubro, 10:10 2014.
19. MEDEL, E. S. Adherencia al control de los pacientes hipertensos y Factores que Influencian. *Ciência y Enfermería*, v.3, p.49–58, 1997.

20. MOREIRA, T. M. M.; MACIEL, I. C. F.; ARAÚJO, T. L. Trabalhando a auto-ajuda em grupo no controle da hipertensão. *Nursing*, p.20–24, 1999.
21. MEIRELES, A. L. et al. Atenção à saúde do adulto – conteúdo técnico da linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica (no prelo), Secretária de Minas Gerais, Belo Horizonte, 3 ed., 2013; p. 21-97.
22. MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. Doença isquêmica do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, SP. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, vol. 46. n.4, ago. 2012.
23. NOBRE, F. et al. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, vol. 17, n. 1, jan-mar. 2009.
24. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde – Representação Brasil. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. 232 p. Brasília, DF, 2010.
25. PIERIN, A.M. G. Et al. Controle da hipertensão arterial e faotres associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região oeste da cidade de São paulo. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 16, supl. 1, 2011.
26. RIBEIRO, A.G. et al. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da saúde da família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n. 1, p. 87-112, 2011.
27. ROSE, A. et al. Perfil de Hipertensão Arterial Sistemica e de Diabetes Mellitus a partir de base de dados nacionais em municipios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. APS**. 2011; jan-mar; 14 (1); 75-84 (p.80).
28. ROSARIO, T. M. et al. Prevalencia, controle e tratamento da hipertensão arterial sistemica em Nobres, MT. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, vol. 93, n. 6, dez. 2009.
29. SILVA, A. R. V et. al. **Consulta de Enfermagem a Cliente com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial – Relato de Experiência**. 2007. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&bas>>

[e=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=525947&indexSearch=ID>](#). Acesso dia 23 de outubro de 2014.

30. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. 2006. [Citado em 2008 mar. 31]. Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/vdiretriz.asp> - Acesso em: 08 de out. 2014.

31. TRAVAGIM, D. S. A. et al. Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos, **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, abr-jun. 2010; 18 (2); 291-7.

32. TRENTINI, M.; TOMASI, N.; POLAK, Y. Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas. *Cogitare Enferm.*, v.1, n.2, p.19–24, 1996.

APÊNDICES

Apêndice I - Sumário de recomendação para cuidado de adultos com HAS




SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	GRAU
TERAPIA MEDICAMENTOSA	<p>Nos pacientes com mais de 55 anos a primeira escolha deve ser um tiazídico ou ACC</p> <p>Nos pacientes com menos de 55 anos a primeira escolha deve ser um i-ECA</p> <p>Evidências atualmente disponíveis não indicam o uso de BB como drogas de primeira linha no tratamento da HAS, pelo seu fraco efeito em reduzir AVC e ausência de efeito na redução de evento coronariano quando comparado ao placebo, além de piores desfechos comparado com ACC, i-ECA e diuréticos tiazídicos.</p> <p>Os BB podem ser uma alternativa no tratamento dos pacientes hipertensos com menos de 55 anos nas situações de intolerância ou contra-indicação aos i-ECAs.</p> <p>Evidências têm demonstrado uma maior resposta de hipertensos negros aos diuréticos tiazídicos e aos ACC em relação aos BB e i-ECA.</p> <p>Se a terapia inicial for um diurético ou ACC, a segunda droga deverá ser um i-ECA e vice-versa.</p> <p>Caso seja necessária uma terapia tripla, um tiazídico, um i-ECA e um ACC devem ser prescritos.</p> <p>Nos pacientes com alto risco de desenvolver diabetes, a associação de BB etiazídicos devem ser evitados.</p>	<p>A</p> <p>B</p> <p>B</p> <p>B</p> <p>A</p> <p>B</p> <p>C</p>
REDUÇÃO DE PESO	Manter IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m ² – A cada 10Kg de peso reduzido a PA reduz entre 5 a 20 mmHg	A
DIETA DASH	Rica em frutas e vegetais. Pobre em gordura total e saturada – reduz a PA em 8 a 14 mmHg	A
REDUÇÃO DE SAL	Não mais de 6,0g de sal/dia. Reduz em PA entre 2 a 8 mmHg 12.	A
ATIVIDADE FISICA	<p>Atividade aeróbica, por 30 minutos pelo menos, na maioria dos dias da semana. Mínimo 150 min/semana de atividade física aeróbica, de moderada intensidade (50 a 70% da FCM). Reduz em 4 a 9 mmHg .</p> <p>O exercício físico regular melhora o controle glicêmico, diminui os fatores de risco para DCV, contribui para a perda de peso, melhora o bem estar, além de prevenir diabetes tipo 2 em indivíduos de alto risco.</p>	<p>A</p> <p>A</p>
MODERAÇÃO DE CONSUMO DE ALCOOL	É aconselhável que o consumo de álcool não ultrapasse 30 ml de etanol/dia (90 ml de destilados, 300 ml de vinho e 720 ml de cerveja), para homens e, 15 ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso; Reduz em 2 a 4 mmHg .	A
TABAGISMO	<p>Não Fumar.</p> <p>Abandonar Tabagismo.</p> <p>O tabagismo aumenta o risco de doença coronariana e AVC. Fumar mais que uma carteira por semana aumenta em 5x o risco de morte súbita.</p>	<p>A</p> <p>A</p> <p>A</p>
MEDIDAS ANTIESTRESSE	Meditação Transcendental praticada regularmente (3 ou mais vezes na semana) pode reduzir da PAS – 5.0 mmHg e PAD –2.8 mmHg.	B
REDUÇÃO DA PA	Reduzir 10mmHg da PAS (sistólica) ou 5 mmHg de PAD (diastólica) diminui ¼ das DCV, ½ de AVC e ¼ IC.	A
META PRESSÓRICA	PA menor que 140/90 mmHg para população em geral.	A

	PA menor que 130/85mmHg – nefropatia, diabetes, alto risco cardiovascular, prevenção secundária AVC.	A
	PA menor que 120/75 mmHg – nefropatia com proteinúria > 1g ao dia.	B
EXAMES LABORATORIAIS	Na avaliação anual solicitar os seguintes exames para hipertensão não complicada: EQU, creatinina, potássio, glicemia em jejum, colesterol total e frações, triglicérides, microalbuminúria na urina (amostra), ECG de repouso.	D

Apêndice II Tabela de Medicamentos

Nome: _____
 Data da última receita médica: ____/____/____

Minha Tabela de Medicamentos - Hipertensão e/ou Diabetes -

		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Manhã 	Ao acordar (jejum)							
	Depois do café da manhã:							
	7h							
	8h							
	9h							
	10h							
Tarde 	Antes do almoço:							
	11h							
	12h - Almoço							
	Depois do almoço:							
	13h							
	14h							
Noite 	15h							
	16h							
	Antes da janta:							
	17h							
	18h - Janta							
	Depois da janta:							
19h								
20h								
21h								
22h								
23h								
Ao deitar								