

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ  
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Clevis Fernández Utria**

**Fatores que dificultam a adesão ao tratamento nos idosos hipertensos na  
Unidade Básica de Saúde de Boqueirão: Uma intervenção educativa.**

**FORTALEZA**

**2018**

**Clevis Fernández Utria**

**Fatores que dificultam a adesão ao tratamento nos idosos hipertensos na  
Unidade Básica de Saúde de Boqueirão: Uma intervenção educativa.**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Ma.Cristiane da Silva Monte

**FORTALEZA**

**2018**

Catálogo na fonte

S379t Silva, Maria da

Título do TCC ou Monografia/ Maria da Silva, nome do orientador.

Local, ano.

Total de folhas : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade do Estado do Pará, Belém, 2008.

1.Assunto. 2.Assunto. 3.Assunto. I. Título.

Classificação (CDD)

**\*OBSERVAÇÃO: Incluir Ficha Catalográfica.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação Universidade Federal do Ceará Biblioteca  
Universitária Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos  
pelo(a) autor(a) U95f Utria, Clevis Fernández. Fatores que dificultam a adesão ao tratamento nos  
idosos hipertensos na Unidade Básica de Saúde de Boqueirão: Uma intervenção educativa. /  
Clevis Fernández Utria. – 2018. 40 f. : il. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) –  
Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2018. Orientação: Prof. Esp. Cristiane da Silva Monte. 1.  
hipertensão arterial. 2. promoção de saúde. 3. idoso. 4. adesão terapêutica. I. Título. CDD

**Clevis Fernández Utria**

**Fatores que dificultam a adesão ao tratamento nos idosos hipertensos na  
Unidade Básica de Saúde de Boqueirão: Uma intervenção educativa.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>o</sup>., titulação (Dr./Me.), nome.

Instituição

---

Prof<sup>o</sup>., titulação (Dr./Me/Esp), nome.

Instituição

---

Prof<sup>o</sup>., titulação (Dr/Me/Esp), nome.

Instituição

## Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública de primeira ordem em todo o mundo, pois é um fator de risco cardiovascular importante e está associado a uma maior probabilidade de eventos cerebrovasculares e lesões isquêmicas do miocárdio. As doenças cardiovasculares são as primeiras causas da morte no Brasil e a hipertensão arterial é um dos fatores de risco principais. O controle da hipertensão arterial está diretamente relacionado ao grau de adesão ao tratamento que garante que os pacientes permaneçam compensados, o que exige que os pacientes realizem o tratamento como eles o prescreveram. As dificuldades na adesão terapêutica são um dos problemas mais frequentes que ocorrem entre as pessoas que sofrem de hipertensão devido, entre outras razões, ao fato de que é caro e que exige a modificação dos estilos de vida dos indivíduos. A aplicação de estratégias adequadas visando melhorar a adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo em idosos, podem trazer grandes benefícios, tanto para os pacientes como para os sistemas de saúde. No entanto, para que essas estratégias tenham o sucesso esperado, elas se baseiam na compreensão das características específicas que afetam o comportamento desse grupo de pacientes, o que justifica a importância desse trabalho e de outras medidas de educação continuada em saúde junto às equipes de saúde e aos pacientes.

**Palavras chave:** Hipertensão Arterial; promoção da saúde; idosos; adesão terapêutica.

## RESUMEN/ABSTRACT

La Hipertensión Arterial (HTA) es un problema de salud pública de primer orden en todo el planeta, pues constituye un importante factor de riesgo cardiovascular y está asociado a una mayor probabilidad de eventos cerebrovasculares y lesiones isquémicas del miocardio. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en Brasil y la Hipertensión arterial entre sus principales factores de riesgo. El control de la presión arterial sistémica está directamente relacionada al grado de adherencia al tratamiento, que va garantizando que los pacientes permanezcan compensados, esto precisa que los enfermos realicen el tratamiento como lo tienen prescrito. Las dificultades en la adherencia terapéutica son una de las problemáticas que se presenta con mayor frecuencia entre las personas que padecen de hipertensión debida, entre otras razones, al hecho de que es costoso y a que demanda la modificación de estilos de vida de los individuos, y constituye uno de los más importantes problemas enfrentados por los profesionales que actúan en la atención primaria. y que se evidencia en gran magnitud en los adultos mayores. La aplicación de estrategias adecuadas dirigidas a mejorar la adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en los adultos mayores puede traer grandes beneficios, tanto a los pacientes como a los sistemas de salud. Sin embargo, para que estas estrategias tengan el éxito esperado deben basarse en la comprensión de las características específicas que inciden en el comportamiento de este grupo de pacientes, lo que justifica la importancia de este trabajo y de otras medidas de educación continuada en salud junto a los equipos de salud y los pacientes.

**Palabras clave:** Hipertensión arterial; promoción de salud; adultos mayores, adherencia terapéutica.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>PROBLEMA.....</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
4.1	OBJETIVO GERAL.....	13
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>
<b>8</b>	<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>32</b>
<b>9</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS.....</b>	<b>33</b>
<b>10</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>34</b>
<b>11</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>35</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte no mundo inteiro. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das primeiras causas básicas de mortalidade. Constitui uma doença e ao mesmo tempo um fator de risco para outras doenças cardiovasculares, acidentes cerebrovasculares, insuficiência renal. A hipertensão arterial representa um sério problema de saúde pública, pela sua elevada prevalência, de 15% a 20% na população adulta, e mais de 50% nos idosos (AMADEO e LIMA,1996).

Constitui a doença crônica não transmissível mais freqüente em nosso meio, afeta as pessoas nas etapas mais produtivas da vida. A importância do padecimento arraiga na repercussão sobre a esperança e qualidade de vida de quem tem este padecimento, já que na maioria dos casos não é diagnosticada oportunamente, já que pode cursar assintomática até aparecerem uma ou várias complicações.

No mundo, estima-se que 691 milhões de pessoas sofram de hipertensão arterial(BALDISSERA,2009). Muitos deles são adultos mais velhos, atendendo às tendências mundiais para aumentar a expectativa de vida ,na maioria dos países e o fato de que a freqüência de HAS aumenta com a idade(CAR,1991;FORJAZ,2003).

No Brasil, aproximadamente 65% dos idosos são portadores de hipertensão arterial sistêmica, sendo que, entre as mulheres com mais de 65 anos, a prevalência pode chegar a 80%, considerando que em 2025 haverá mais de 35 milhões de idosos no país, o número de portadores de hipertensão arterial tende a crescer (HAYNES, 1979).

A organização mundial de saúde define idoso como a população igual ou superior a 60 anos. O aumento da longevidade determina que a maioria dos países em desenvolvimento e desenvolvidos, como o Brasil, exibem uma expectativa de vida no nascimento acima de 60 anos de idade, e as taxas de fertilidade a cada dia são menores.

De acordo com dados estatísticos do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no final de 2017, a população total de 60 anos ou mais no Brasil era de 26 milhões, no estado do Ceará havia 2.211.204 milhões de pessoas. No município Guaraciaba do Norte, a população era de 39.445, das quais 4.488 encontrava-se na faixa etária de 60 anos ou mais, e 206 pertenciam à área de saúde de Boqueirão.

O município de Guaraciaba do Norte contabiliza 1.226 pacientes hipertensos (de acordo com dados estatísticos oferecidos pela secretaria de saúde do município). A Unidade Básica de Saúde de Boqueirão tem um total de 174 hipertensos, dos quais 83 são idosos, representando 14% do número total de pacientes hipertensos no município, e 47,7% do número total de pacientes hipertensos registrados na unidade básica de saúde da localidade de abrangência .

À medida que os anos passam, as pessoas mais velhas perdem habilidades intelectuais que afetam seu desempenho adequado em diferentes esferas da vida. Tendo em conta este problema, estratégias e programas são criados em todo o mundo para enfrentar o envelhecimento da população e suas consequências, e o sistema de saúde desempenha um papel importante em relação a esta questão, uma vez que a maioria das pessoas que necessitam de serviços de saúde são idosos, e considerando que, dentre outras doenças, são os principais portadores de doenças crônicas não-transmissíveis e, na maioria dos casos, a hipertensão arterial está em primeiro lugar.

A não adesão ao tratamento, mediado por diferentes situações, é o principal problema que aflige pacientes hipertensos. A adesão terapêutica é um fenômeno complexo, condicionado por múltiplos fatores de naturezas diferentes, por isso deve ser abordado e modificado.

Em 2001, a OMS definiu o termo adesão como o grau em que o comportamento de um paciente, em relação ao seguimento de uma dieta ou a modificação de hábitos de vida, corresponde às recomendações acordadas com o profissional da saúde. (IBGE,2002)

A adesão à terapia anti-hipertensiva no paciente está relacionada, entre outros fatores, com o conhecimento do paciente sobre a doença e a importância do atendimento, com a participação ativa de profissionais de saúde que forneçam informações sobre a doença e com a participação da família, apoiando o paciente para que a realização da terapia anti-hipertensiva possa ser alcançada com sucesso.

A obtenção de uma boa adesão terapêutica é um requisito que, quando se cumpre, pode resolver problemas de saúde significativos na população, com importantes repercussões nas áreas econômica, social, médica, pessoal, familiar e para a gestão dos serviços de saúde.

Tendo em conta o problema em questão, propõe-se a realização de uma intervenção educativa, com o objetivo de modificar os fatores que dificultam a adesão ao tratamento nos idosos hipertensos, na Unidade Básica Saúde de Boqueirão, pertencente ao município de Guaraciaba do norte, vinculado ao Curso de Especialização em Saúde da Família ofertado pela Universidade Federal do Ceará, através do Núcleo de Tecnologias e Educação à Distância (NUTEDS), em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

## **2 PROBLEMA**

A Unidade Básica de Saúde de Boqueirão, município de Guaraciaba do Norte, Estado do Ceará, é responsável pelo atendimento de 1119 pacientes residentes em sua área de abrangência; dentre os que se encontram na faixa etária de 60 anos ou mais, tem-se o total de 206 idosos, que representam 13,5% da população, dos quais 83 pessoas estão com HAS, contabilizando 40,3% da população idosa com esta doença.

A maioria dos idosos hipertensos da área escolhida para o estudo apresenta dificuldade na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Por causa desse problema, decidiu-se fazer um trabalho educativo, com a participação de toda a equipe de saúde, para identificar os fatores que dificultam o tratamento de pacientes hipertensos e modificá-los, o que fará aumentar a qualidade de vida do paciente, da família e da população da área de abrangência.

### 3 JUSTIFICATIVA

Na Atenção Primária à Saúde é primordial no momento do atendimento a cada paciente, identificar os níveis de conhecimento que o paciente tem sobre a sua doença e até que ponto é capaz de cumprir com disciplina o tratamento prescrito pelo médico.

A educação das pessoas idosas com hipertensão é o elemento chave no controle da pressão arterial, pois assim tanto os pacientes como seus familiares podem entender melhor sua doença e as conseqüências, proporcionando-lhes bom controle e adesão adequada para tratamento e melhor qualidade de vida.

A prática médica na unidade básica de saúde de Boqueirão tem demonstrado que a maioria dos idosos hipertensos da área não tem conhecimento de sua doença nem da importância de seu controle.

Assim, tendo em vista o alto índice de idosos hipertensos no município em questão, percebe-se a necessidade de realizar uma intervenção educativa, a fim de modificar o nível de conhecimento da doença e também atuar junto aos fatores que interferem no cumprimento da terapêutica, provocando assim um aumento da adesão ao tratamento, e redução das taxas de complicações nas pessoas idosas hipertensas atendidas na Unidade Básica de Saúde de Boqueirão.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Modificar os fatores que dificultam a adesão ao tratamento pelos idosos hipertensos atendidos na Unidade Básica de Saúde de Boqueirão, no município Guaraciaba do norte.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1-Aumentar o nível de conhecimentos sobre Hipertensão arterial mediante ações educativas a pacientes em nossa área de abrangência.

2- Sensibilizar os idosos hipertensos sobre a importância de comportamentos saudáveis e da correta adesão ao tratamento, levando à melhora da qualidade de vida.

3- Avaliar os resultados obtidos nos pacientes no término da intervenção.

## **5 REVISÃO DE LITERATURA**

### **5.1 Hipertensão Arterial**

#### **5.1.1 Conceito de Hipertensão Arterial.**

Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial, 2014).

#### **5.1.2 Epidemiologia**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico – AVE e 47% por doença isquêmica do coração – DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. No Brasil, HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015.<sup>8</sup> Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais

(29,8%) decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país (VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial,2014).

Considerando-se valores de PA  $\geq$  140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2014).

### 5.1.3 Classificação da Hipertensão Arterial.

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).(VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial,2014).

Classificações	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130–139	85–89
Hipertensão estágio I	140–159	90–99
Hipertensão estágio II	160–179	100–109
Hipertensão estágio III	$\geq$ 180	$\geq$ 110
Hipertensão sistólica isolada	$\geq$ 140	< 90

#### 5.1.4 Diagnóstico

A medida de pressão arterial é fundamental no diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica, devendo ser realizada em toda avaliação médica ou por outros profissionais da saúde. Os procedimentos de medida da pressão arterial são simples e de fácil realização, contudo nem sempre são realizados de forma adequada. Conduas que podem evitar erros são, por exemplo, o preparo apropriado do paciente e o uso de técnica padronizada e equipamento calibrado. Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, deve-se utilizar como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subseqüentes. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica respectivamente (VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2014).

Em cada consulta deverão ser realizadas pelo menos três medidas: sugere-se o intervalo de um minuto entre elas, embora esse aspecto seja controverso. A média das duas últimas deve ser considerada a PA real. Caso as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentem diferença maior que 4 mmHg, deverão ser realizadas novas medidas até que se obtenham medidas com diferença inferior. Os procedimentos que devem ser seguidos para a medida correta da pressão arterial são descritos abaixo:

- Procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial

- Preparo do paciente

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.

2. Certificar-se de que o paciente NÃO:

está com a bexiga cheia; praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos; fumou nos 30 minutos anteriores.

### 3. Posicionamento do paciente

Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4o espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

• Para a medida propriamente:

1) Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010);

2) Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.

3) Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.

4) Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica.

5) Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.

6) Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação.

7) Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).

8) Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korokoff), que é em geral fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.

9) Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korokoff).

10) Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.

11) Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero.

12) Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida, embora esse aspecto seja controverso.

13) Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente.

14) Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida.

**Outras maneiras de verificação da PA fora do consultório são importantes para o diagnóstico e seguimento da HAS, por exemplo:**

- Automedida da pressão arterial (AMPA): realizada em casa por familiares ou próprio paciente.
- Monitorização da pressão arterial (MAPA): é o método que permite o registro indireto e intermitente da pressão arterial durante 24 horas ou mais, enquanto o paciente realiza suas atividades habituais durante os períodos de vigília e sono.
- Uma das suas características é a verificação das alterações circadianas da PA, principalmente durante o sono, com suas implicações prognósticas.
- Monitorização residencial da pressão arterial (MRPA): A MRPA é o registro da PA, que pode ser realizado obtendo-se três medidas pela manhã, antes do desjejum e da tomada de medicamento, e três à noite, antes do jantar, durante cinco dias, ou duas medidas em cada sessão, durante sete dias, realizadas pelo paciente ou outra pessoa capacitada, durante a vigília, no domicílio ou no trabalho com equipamentos validados.

### **5.1.5 Tratamento Não-Medicamentoso da Hipertensão Arterial**

O tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial consiste em estratégias que visam mudar o estilo de vida e que podem levar à diminuição da dosagem dos medicamentos ou até mesmo à sua dispensa. O tratamento não-medicamentoso tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial (OLIVEIRA, 2011). Está indicado a todos os hipertensos e aos indivíduos mesmo que normotensos, mas de alto risco cardiovascular.

Dentre essas modificações, as que comprovadamente reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade, e a não-utilização de drogas que elevam a pressão arterial. As razões que tornam as modificações do estilo de vida úteis são: baixo custo e risco mínimo; redução da pressão arterial, favorecendo o controle de outros fatores de risco; aumento da eficácia do tratamento medicamentoso; redução do risco cardiovascular. A hipertensão arterial primária não tem cura, mas o tratamento previne as complicações. Antes de prescrever a administração de medicamentos, é recomendável adotar medidas que estimulem hábitos de vida saudáveis. A prevenção e o tratamento da hipertensão através de intervenções não medicamentosas vêm conquistando vários adeptos, médicos e pacientes, que estão utilizando esta estratégia terapêutica com mais frequência, desfrutando dos seus benefícios a médio e longo prazo (MIO JR, 2002).

Redução e/ou controle de peso também são essenciais, hipertensos com excesso de peso devem emagrecer. O objetivo é atingir uma circunferência abdominal adequada (inferior a 94 cm nos homens e 80 cm nas mulheres) e um índice de massa corporal (peso dividido pela altura<sup>2</sup>) inferior a 25 kg/m<sup>2</sup> (SOUZA, 2011). A perda de 10 kg pode diminuir a pressão arterial sistólica em 5 a 20 mmHg, sendo a medida não-medicamentosa de melhor resultado. Uma dieta com baixa caloria e um aumento do gasto energético com atividades físicas, são fundamentais para a perda de peso (AMODEO e LIMA, 1996).

Para manter um padrão alimentar adequado, a dieta do hipertenso deverá ser pobre em sal e rica em potássio, magnésio e cálcio. A dieta pobre em sal (hipossódica), deverá restringir a ingestão diária de sal em 6 gramas (2,4 gramas de sódio), ou seja, 4 colheres rasas de café de sal para o preparo dos alimentos (4 gramas de sal), mais 2 gramas de sal próprio dos alimentos (SOUZA, 2011). Para isso, devem ser ingeridos alimentos naturais, com pouco sal, e devem ser evitados enlatados, conservas, embutidos e defumados. (SILVEIRA; NAGEM; MENDES, 2007). O consumo de vinagre, limão, azeite de oliva, pimenta e ervas está permitido, pois estes alimentos não influenciam na pressão arterial. Uma dieta hipossódica pode reduzir a pressão arterial sistólica em 2 a 8 mmHg.

Uma dieta rica em potássio e magnésio poderá ser obtida através de uma ingestão rica de feijões, ervilhas, vegetais verdes escuros, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomates, batata inglesa e laranja (AMODEO e LIMA, 1996). O cálcio da dieta poderá ser obtido através de derivados do leite com baixo teor de gorduras, como o leite e o iogurte desnatados e os queijos brancos. Uma dieta, chamada de DASH, composta de frutas, verduras, fibras, alimentos integrais, leite desnatado, pobre em colesterol e gorduras saturadas, demonstrou ser capaz de reduzir a pressão arterial sistólica em 8 a 14 mmHg (SOUZA, 2011). São considerados padrões alimentares adequados: ter uma dieta rica em vegetais, frutas, verduras, grãos, fibras, alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas (alimentos cozidos, assados, grelhados ou refogados, com temperos naturais). Limitar a ingestão de sal, álcool, gema de ovo, crustáceos e margarinas. Evitar doces, frituras e derivados do leite integral (RONDON e BRUM, 2003).

A ingestão de bebidas alcoólicas não é recomendada, mas se o paciente for consumi-las, a orientação é que não ultrapasse 30g de etanol/dia para homens e 15g/dia para mulheres (SILVEIRA; NAGEM; MENDES, 2007). O tabagismo também aumenta muito o risco de complicações cardiovasculares em pacientes portadores de hipertensão arterial, logo, deverá ser abandonado. (FORJAZ, 2003).

As pessoas sedentárias apresentam maior probabilidade de desenvolver hipertensão quando comparadas a pessoas fisicamente ativas. Das diversas intervenções não medicamentosas, o exercício físico está associado a múltiplos benefícios. Bem planejado e orientado de forma correta, quanto a sua duração e intensidade, pode ter um efeito hipotensor importante. Uma única sessão de exercício físico prolongado de baixa ou moderada intensidade provoca queda prolongada na pressão arterial. (GALLO; CASTRO, 1997).

Tem sido documentada por meio de estudos epidemiológicos uma associação entre o baixo nível de atividade física ou condicionamento físico com a presença de hipertensão arterial. E, por outro lado, grandes ensaios clínicos aleatorizados e metanálises não deixam dúvidas quanto ao efeito benéfico do exercício sobre a pressão arterial de indivíduos hipertensos leves e moderados. Isto é, o treinamento físico reduz significativamente a pressão arterial em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009). É importante que, na abordagem terapêutica do paciente hipertenso, tenhamos sempre em mente a necessidade de estimular a mudança de estilo de vida, através de modificações dietético-comportamentais.

## **5.2 Adesão terapêutica**

O Projeto Adesão da Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, adota como definição de adesão a tratamentos crônicos, uma fusão de outras duas definições de HAYNES (1993) e RAND(1993), que conceituam adesão como o grau em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida corresponde e concorda com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde. Conceituam adesão ao tratamento como um meio para se alcançar um fim, uma abordagem para a manutenção ou melhora da saúde, visando reduzir os sinais e sintomas de uma doença (PIRES e MUSSI, 2008).

### **5.3 Idoso**

A idade considerada idosa pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é estabelecida conforme o nível sócio-econômico de cada nação. Em países em desenvolvimento, é considerado idoso aquele que tem 60 ou mais anos de idade. Nos países desenvolvidos, a idade se estende para 65 anos (PUCCI,2012). No Brasil o crescimento da população idosa tem aumentado de forma progressiva. Hoje são 15 milhões de idosos e a estimativa para 2020, poderá exceder 30 milhões, chegando a representar quase 13% do total da população brasileira(RAND, 1993).

### **5.4 Fatores que influenciam na adesão ao tratamento nos idosos hipertensos**

Dentre as dificuldades encontradas para o atendimento às pessoas hipertensas, a falta de adesão ao tratamento é reconhecida como uma das principais causas. Além desta, a adoção de práticas terapêuticas inadequadas contribui para que a maioria dos hipertensos diagnosticados não mantenha a pressão arterial sistêmica controlada(Random,2003). A adesão ao tratamento é considerada um processo complexo, influenciado por fatores ambientais, individuais, de acolhimento por parte dos profissionais de saúde, no qual encontram-se comprometidas as dimensões biológica, sociológica e psicológica. Tais fatores são fortes determinantes da qualidade do cuidado prestado. Além destes, somam-se os fatores socioeconômicos, culturais e comportamentais dificultando ainda mais o processo de adesão (Santa Helena, 2010).

## **6 METODOLOGIA**

### **Cenário da Intervenção**

O presente Projeto será realizado na UBS Boqueirão localizada no município de Guaraciaba do norte, no período compreendido de Dezembro 2017 a Maio 2018.

### **Estratégias e ações**

Para fazer nosso projeto de intervenção serão agendados encontros semanais com toda nossa equipe de trabalho (fundamentalmente os agentes comunitários da saúde), oferecendo aos mesmos uma capacitação para ter conhecimentos necessários sobre a hipertensão arterial nos idosos e a adesão dos mesmos ao tratamento, além de estratégias de comunicação sobre o tema.

### **Participantes**

O Universo estará constituído por 83 idosos hipertensos cadastrados no posto, pelos Agentes Comunitários de saúde (ACS), e mediante prévia revisão dos prontuários correspondentes.

Será selecionada a amostra de 50 idosos hipertensos de ambos os sexos, escolhidos pelo método aleatório simples.

Critérios de inclusão: pacientes hipertensos com idade maior ou igual a 60 anos, cadastrados na Unidade Básica de Saúde, diagnosticados com Hipertensão Arterial há mais de um ano, sem evidências de complicações, que não tiveram diagnóstico de transtornos mentais, e alfabetizados.

Critérios de exclusão: aqueles que não desejarem formar parte do estudo, e que não cumpram com os critérios de inclusão, assim como os que ficarem internados no hospital ou forem a óbito durante o projeto.

Algumas variáveis serão utilizadas para caracterizar os pacientes do estudo, como sexo (feminino e masculino), idade, escolaridade e nível de

conhecimento dos pacientes com relação a Hipertensão Arterial.

### **Plano de Intervenção**

Na etapa diagnóstica, pacientes serão informados sobre o estudo e o seu consentimento será solicitado, para participar do mesmo, de forma escrita (Apêndice1).

Na etapa de intervenção, a amostra será dividida em dois grupos, com 25 pacientes em cada, para alcançar uma maior eficácia das técnicas de ensino. Um questionário para cada paciente será desenhado para avaliar o nível de conhecimento sobre a doença antes e depois das atividades educativas (Apêndice2).

Os pacientes hipertensos serão convocados para uma consulta médica, às quartas feiras à tarde, que serão os dias para este atendimento específico, e o espaço da sala de espera será aproveitado para a realização da oficina educativa. É neste momento que será aplicado o questionário acerca dos conhecimentos que têm da HAS.

Essas oficinas temáticas serão destinadas a todos os pacientes com hipertensão agendados nessas consultas e buscarão aumentar o nível de conhecimento e troca de experiências entre os pacientes. Nesses grupos, serão aplicadas as técnicas afetivo-participativas, como a discussão em grupo, a chuva de idéias, entre outras. Os temas serão programados visando modificar os fatores de risco identificados no questionário, mas poderão ter variações conforme o interesse dos participantes. Estarão focadas no uso correto da medicação prescrita, cumprimento das doses e horários, atividade física, alimentação saudável, redução de sal, gorduras e bebidas alcoólicas, redução do estresse, qualidade do sono, possibilidades econômicas, apoio familiar e social, satisfação com a atenção médica recebida, disponibilidade de medicamentos. Cada encontro do grupo terá duração média de 30 minutos.

As informações obtidas durante as consultas de acompanhamento médico serão registradas no prontuário dos pacientes, as palestras públicas e outras atividades participativas na comunidade serão coletadas e relatadas na

pasta de atividades de educação para a saúde, e se oferecera informação à secretaria da saúde.

### **Avaliação e Monitoramento**

Ao concluir as oficinas, será disponibilizada, pelas técnicas de enfermagem, uma folha em branco ao paciente e será solicitado que ele escreva sua opinião sobre a atividade e os conhecimentos adquiridos. Também será solicitado ao paciente que ele descreva dúvidas não solucionadas quanto a sua patologia e sugira questões para as próximas oficinas. Dada a necessidade de continuidade do projeto e que cada paciente participe pelo menos duas vezes dos encontros, é de vital importância adaptar as atividades propostas e as orientações para o contexto de nossa população para que o objetivo do projeto seja alcançado.

### **Técnicas que serão utilizadas**

Técnica de Exposição: Relatório oral sobre o tema, com uma linguagem clara e fácil compreensão.

Demonstrativa: Utilização de meios audiovisuais como vídeo, cartazes, quadro negro e folheto informativo.

### **Tratamento dos dados**

As informações obtidas se processarão de forma computarizada diante da informação estatística, usando a porcentagem como medida de resumos calculados. Os resultados se apresentarão em tabelas, se procederá ao análise da informação obtida realizando-se comparações com outros estudos.

## 7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Hipertensão Arterial apresenta alta prevalência mundial e baixa porcentagem de controle com tratamento, em torno de 30% de danos nos Estados Unidos, e no Brasil de 22% a 44%, dependendo da região considerada. No ano de 2003, ocorreu um milhão de óbitos, sendo destes 28% de doenças cardiovasculares. Dentre os fatores de risco cardiovasculares para mortalidade, a hipertensão arterial está associada a 405 das mortes de acidente vascular cerebral e 25% de doenças coronárias (SILVEIRA,2007).

Acredita-se que as pessoas deixam de aderir ao tratamento principalmente por falta de informação adequada sobre a doença. Além disso, a mudança de hábitos, que é fundamental para o sucesso do tratamento, ainda é uma opção distante aos hipertensos. Muitos até iniciam corretamente o tratamento, todavia desistem ou fazem pela metade, e não conforme o recomendando (SOUZA,2010).

Depois de completar todas as atividades em promoção de saúde planejadas e recolher os dados que correspondem aos objetivos de nosso projeto de intervenção, foi feita a análise da informação. Os resultados foram expressos em tabelas para uma melhor compreensão da realidade da adesão terapêutica na hipertensão em nossa comunidade.

Na tabela 1, observa-se que é mais freqüente a Hipertensão Arterial em homens com um total de 30 pacientes (60%) e 20 do sexo feminino (40%). A literatura descreve que a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora sendo mais elevada nos homens. O grupo etário que predominou foi de 60-65 anos com 25 pacientes, 50%, o qual permite confirmar que o risco da doença aumenta com a idade. Este resultado coincide com o artigo publicado por MEDEIROS e VIANNA, 2006, sobre adesão ao tratamento anti-hipertensivo em uma unidade de saúde da família de João Pessoa, Paraíba.

**Tabela 1 - Distribuição da amostra com HAS de acordo idade e sexo, UBS Boqueirão, Dezembro 2017-Maio 2018.**

Faixa etária	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	No.	%	No.	%	No.	%
60-65	15	30	10	20	25	50
65-70	8	16	5	10	13	26
70 – 75	5	10	3	6	8	16
Mais de 75	2	4	2	4	4	8
Total	30	60	20	40	50	100

Fonte: questionário e ficha individual dos pacientes, 2017-2018.

A baixa escolaridade encontra-se associada ao descumprimento do tratamento e à baixa adesão a estilos de vida saudáveis. Na tabela 2, mostra-se que neste estudo predomina uma escolaridade baixa (ensino fundamental incompleto), com um total de 18 pacientes (36%), seguido do analfabeto representado por 18% dos pacientes, o qual concorda com o estudo realizado por TUESCA-MOLINA, (2006), com pacientes hipertensos com 60 anos ou mais, onde observa-se que indivíduos com alguma escolaridade, ainda que baixa, apresentaram maiores índices de PA controlada.

**Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com a escolaridade. UBS Boqueirão, Dezembro 2017-Maio 2018.**

Escolaridade	No.	%

Analfabeto	9	18
Ensino fundamental incompleto	18	36
Ensino fundamental completo.	8	16
Ensino médio incompleto	6	12
Ensino médio completo.	4	8
Ensino superior incompleto.	3	6
Ensino superior completo.	1	2
Universitário.	1	2
Total	50	100

Fonte: questionário e ficha individual dos pacientes, 2017-2018.

A relação existente entre a não adesão ao tratamento da HAS e o conhecimento do paciente sobre a doença e o regime terapêutico é um dos elementos mais importantes no sucesso das estratégias de intervenção educativa, pelo que é necessário identificar o grau de conhecimentos da sua doença pelos pacientes, bem como suas características e os motivos pelos quais isso ocorre. De acordo com o exposto até o momento, pode-se constatar que quanto maior o grau de conhecimento do paciente sobre sua doença maior o comprometimento no autocuidado e adesão ao tratamento (TUESCA-MOLINA, 2006).

Na tabela 3, observa-se que em nosso estudo predominam os pacientes que não conhecem sobre a Hipertensão Arterial, com um total de 32 (80% da amostra em estudo), o que concorda com o estudo realizados por PUCCI (2012), evidenciando a necessidade de educação continuada junto a esses

pacientes, buscando melhorar os índices de controle e diminuir a ocorrência de complicações.

**Tabela 3: Distribuição da amostra de acordo aos conhecimentos de HAS. UBS Boqueirão, Dezembro 2017-Maio 2018.**

<b>Conhecimento da HAS.</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Conhecem	18	36
Não conhecem	32	80
Total	50	100

Fonte: Entrevista.

A não-adesão ao tratamento tem sido identificada como a causa principal da Pressão Arterial (PA) não controlada, e pode representar um risco maior em idosos. A não-adesão é um impedimento para o alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se em uma fonte de frustração para os profissionais. Cabe enfatizar que essa situação é um problema a ser enfrentado por todos os envolvidos na situação: o paciente hipertenso, sua família, a comunidade, as instituições e as equipes de saúde. Neste sentido vê-se a importância de reunir esforços para aperfeiçoar recursos e estratégias, com participação ativa do hipertenso e manutenção da qualidade de vida, visando a minimizar ou evitar essa problemática tão frequente (MEDEIROS e VIANNA, 2006; PIERIN, 2004).

Na tabela 4, mostra-se que entre os participantes no estudo predominam os pacientes parcialmente aderentes, com um total de 26 (52%), sendo os aderidos totalmente o grupo menos representado, o que também foi mostrado no estudo de realizado por MEDEIROS e VIANNA, (2006).

**Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com nível de adesão terapêutica. UBS Boqueirão, Dezembro 2017-Agosto 2018.**

<b>Nível de adesão terapêutica.</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Aderentes totais	9	18
Aderentes parciais	26	52
Não aderentes	15	30
Total	50	100

Fonte: entrevista

A baixa adesão é a principal razão para resultados clínicos sub-ótimos, causando complicações médicas e psicossociais da doença, reduz a qualidade de vida do paciente e aumenta os gastos dos recursos da saúde.

No presente estudo verificou-se que dentre os principais fatores que dificultam a correta adesão terapêutica (Tabela 5), a comunicação profissional de saúde-paciente, representou 36% nos pacientes intervencionados, demonstrando mais uma vez que de uma relação médico-paciente adequada depende, em grande medida, o sucesso do cumprimento do tratamento e isso vai alcançar resultados satisfatórios na adesão terapêutica. Dentro da organização dos serviços de saúde, são elementos a serem levados em conta, as dificuldades no acesso aos centros de atendimento, a falta de um médico na época que o paciente requer ou as mudanças sistemáticas do profissional de cuidado. O paciente tende a desenvolver uma relação de confiança e compromisso com o médico que indicou o tratamento, o que é afetado quando ele tem que recorrer a outro médico.

**Tabela 5: Distribuição da amostra de acordo com fatores que influenciam a adesão terapêutica. UBS Boqueirão, Dezembro 2017-Agosto 2018.**

<b>Fatores que influenciam a adesão terapêutica.</b>	<b>% de fatores associados aos intervenientes.</b>
Possibilidades econômicas baixas.	13
Disponibilidade dos medicamentos.	8
Organização dos serviços de saúde e qualidade da atenção.	20
Comunicação entre profissional da saúde-paciente.	36
Satisfação com a atenção recebida.	13
Apoio familiar e social.	10
Total	100

Fonte: Entrevista



## 9 RECURSOS NECESSÁRIOS

Recursos Humanos:

- 1- Médico Especialista Primeiro Grau em Medicina Geral Integral
- 2- .Enfermeira.
- 3-Técnicas de Enfermagem.
- 4-ACS.

Recursos materiais:

- Não será necessário realizar mudanças na infra-estrutura da instituição para promoção do projeto. O PSF tem os recursos humanos e materiais necessários para a sua realização.
- Os custos de materiais suportados pelo autor da pesquisa.
- Papel, cartolina, caneta, computador, impressora, livros, cópias xerografadas, pendrive, lápis e borracha.
- Os recursos materiais e de infra-estrutura se encontram disponíveis na Unidade de Saúde e poderão ser utilizados para a realização do projeto.

## 10 CONCLUSÃO

Uma vez analisados os artigos das literaturas revisadas, mostrou-se que a Hipertensão Arterial é uma doença cuja prevalência aumenta progressivamente com a idade, e que o êxito ou fracasso do tratamento depende do nível de adesão, que por sua vez constitui um desafio na atualidade, onde a equipe de saúde deve acompanhar o paciente de perto para obter adequada resposta ao tratamento, estimulando a participar nas ações educativas, onde ele pode conhecer melhor sua doença e as vantagens do sucesso do tratamento, e os profissionais podem identificar os fatores que influenciam na adesão ao tratamento, ajudando-os a alcançá-los.

A intervenção realizada permitiu obter no período da intervenção níveis mais elevados de adesão dos pacientes, agindo sobre os fatores que mais estavam influenciando na não-adesão ao tratamento, tais como: o desconhecimento da doença, na maioria dos casos devido à baixa escolaridade dos pacientes; a importância da tomada das medicações todos os dias na forma que foram prescritas, independentemente de serem pacientes assintomáticos; assim como o estímulo às mudanças dos estilos de vida.

Pode se concluir que não basta fazer o diagnóstico e propor esquemas de tratamento. É preciso identificar os fatores que impedem o paciente de seguir as recomendações dos profissionais da saúde, o que constitui um desafio na atualidade, por isso a equipe da saúde deve estar capacitada para acolher esses pacientes através de orientações frequentes, grupos educativos e acompanhamento domiciliar para melhorar a adesão ao tratamento destes indivíduos, diminuindo assim o grau de complicações.

AMODEO, C.; LIMA, N. K. C. Tratamento Não-Medicamentoso da Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Medicina. Ribeirão Preto – SP, 1996.

BALDISSERA, V, D, A.; CARVALHO, M, D, B.; PELLOSO, S, M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre – RS, 2009.

CAR, MR; PIERIN, AMG; AQUINO VLA. Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. Ver EscEnf USP 1991;25:259-269.

FORJAZ, C, L, M. Exercício resistido para o paciente hipertenso: indicação ou contra-indicação. Revista Brasileira de Hipertensão. 2003.

GALLO, J, R.; CASTRO, R, B, P. Exercício Físico e Hipertensão. São Paulo:EditoraSarvier, 1997.

HAYNES, RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979. 12-Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. Am J Cardiol1993;72:68D-74D.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil 2000, Rio de Janeiro: IBGE; 2002 97 p.

MEDEIROS, A. R. C.; VIANNA, R. P. T. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade de saúde da família de João Pessoa, Paraíba. Temas em Saúde, v. 6, n. 30-41, p. 5-13, 2006.

MIO JR, D. Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2002.

OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Revista Bioquímica da Hipertensão. São Paulo – SP, 2011. Disponível em <[http://bioquímica da hipertensao 2011.blogspot.com](http://bioquímica_da_hipertensao_2011.blogspot.com)>. Acesso em 26/12/2011

PERES DS, MAGNA JM, VIANA LA. Arterial hypertension patients: attitudes, beliefs, perceptions, thoughts and practices. Rev. saúde publica. 2003; 37(5):635-42.

PIERIN, A. M.G. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. 1. ed. Barueri: Manole Ltda., 2004.

PIRES CGS, MUSSI FC. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. Cienc. saúde colet. 2008;13(2):2257-67.

PUCCI N, PEREIRA MR, VINHOLES DB, PUCCI P, CAMPOS ND. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. Rev Bras Cardiol. 2012; 25(4):322-9.

RAND CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. Am J Cardiol 1993;72:68D-74D.

RONDON, M, U, P.; BRUM, P, C. Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. Revista Brasileira de Hipertensão Arterial. 2003.

SANTA-HELENA ET, NEMES MIB, ELUF-NETO J. Fatores associados à não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. Cad Saúde Pública. 2010; 26(12):2389-98.

SILVEIRA, M, G.; NAGEM, M, P.; MENDES, R, R. Exercício físico como fator de prevenção e tratamento da hipertensão arterial. Revista Digital de Esportes. 2007. Disponível em <<http://www.efdeportes.com/efd106/exercicio-fisico-como->

fator-de-prevencao-e-tratamento-da-hipertensao-arterial.htm>. Acesso em 26/12/2011.

SOUZA, M, S. Tratamento da hipertensão arterial. Revista Banco de Saúde. 2010. Disponível em<<http://www.bancodesaude.com.br/hipertensao-arterial/hipertensao-arterial-referencias>>. Acesso em 26/12/2011.

TUESCA-MOLINA R, GUALLAR-CASTILLON P, BANEGAS-BANEGAS JR, REGADERA AGP. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en Espana. GacSanit. Barcelona 2006;20(3):220-7.

VII DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSAO. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. ArqBrasCardiol, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2014.

WHO (2002) Active Ageing – A Police Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, Abril, 2002.

**APÊNDICE (S)****APÊNDICE1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu: \_\_\_\_\_

Concordo em participar voluntariamente no estudo da intervenção educativa de Hipertensão Arterial, depois de ter ouvido as explicações feitas pelo autor em relação ao tema abordado, conhecimento e vantagens que eu vou começar a enfrentar esta enfermidade que eu sofro, comprometendo-me para cumprir as tarefas e lições tiradas de agendamento pelo médico.

\_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente

## APÊNDICE2 – QUESTIONÁRIO SOBRE CONHECIMENTO DE HAS

**Dados Gerais**

Sexo feminino (F)\_\_\_\_\_ Masculino (M)\_\_\_\_\_

Idade em anos cumpridos: \_\_\_\_\_Escolaridade: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

**Questionário**

1. O que você entende por Hipertensão Arterial? Marque com uma x a sua resposta .
  - a) ----- A doença aguda, de etiologia variada caracterizado por diferentes sinais e sintomas sem pressão arterial elevada
  - b) ----- Doença crônica de etiologia variada caracterizado por diferentes sinais e sintomas com pressão arterial elevada
  - c) ----- Doença crônica de etiologia variada caracterizado por diferentes sinais e sintomas sem a pressão arterial elevada sem
  
2. Das seguintes manifestações clínicas, marque com um x que correspondem a Hipertensão Arterial
  - a) ----- Vômitos
  - b) ----- Dor de cabeça
  - c) ----- Dor Lombar
  - d) ----- Corrimento uretra
  - e) ----- Diarréia
  - f) ----- Visão Turva
  - g) ----- Dor no peito
  - h) ----- Falta de Ar
  
3. Das seguintes medidas de prevenção para evitar a Hipertensão Arterial, marque um x o que você acredita.

- a)-----Prática de exercício físico regular de acordo com a idade
- b)-----Evite o estresse
- c)-----O uso de preservativos durante as relações sexuais
- d)-----Dieta rica em gordura animal feito
- e)-----Erradicar o hábito de fumar
- f)-----Verificar a pressão arterial em um mínimo de três vezes um ano
- g)---- Ingestão de bebida alcoólica
- h)----Comer frutas e vegetais frescos
- i)----- Consumo de sal na dieta

4. Você sabe algumas complicações que podem ocorrer em pessoas com Hipertensão Arterial? marque com um x

- a)-----DiabetesMellitus
- b)-----Insuficiência Cardíaca
- c)-----Insuficiencia Renal Crônica
- d)----- Gastroduodenal Úlcera
- e)----- Hemorragia cerebral
- f)-----Infarto do Miocárdio

Das seguintes, marque com um x, grupos de risco para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial.

- a)---- Obeso      b)---- Líder      c)----- História familiar de hipertensão arterial
- d)---- Hábitos alimentares inadequados e) ----- Dona de casa f) ----Sedentário
- g) ----- Esportista      h) ----- Gestante