

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA

GHABRIEL NEVES FERREIRA DE CARVALHO

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A
ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO**

São Luís
2017

GHABRIEL NEVES FERREIRA DE CARVALHO

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A
ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Medicina Saúde da Família.

Orientador (a): Jerusa Emília Roxo de Abreu

São Luís
2017

Carvalho, Ghabriel Neves Ferreira de

Hipertensão arterial: plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento não medicamentoso/Ghabriel Neves Ferreira de Carvalho. – São Luís, 2017.

23 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNASUS, 2017.

1. Hipertensão. 2. Doença Crônica. 3. Promoção da Saúde. I. Título.

CDU 616.12-008.331.1

GHABRIEL NEVES FERREIRA DE CARVALHO

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A
ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica da
Universidade Federal do Maranhão/UNASUS,
para obtenção do título de Especialista em
Medicina Saúde da Família.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. JERUSA EMIDIA ROXO DE ABREU

Maior titulação
Universidade Federal do Maranhão

2º MEMBRO

3º MEMBRO

RESUMO

A partir de um cenário em que há alta prevalência da hipertensão arterial sistêmica associada à quadros descompensatórios e comorbidades, faz-se necessário contribuir para o controle dos níveis pressóricos dos pacientes. O presente projeto de intervenção objetiva melhorar a adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial, e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida da população local, e diminuir tanto a morbimortalidade secundária à doença quanto os custos gerados para a saúde. Baseia-se em uma abordagem multiprofissional e educação em saúde, no qual o público alvo são os pacientes hipertensos e pré-hipertensos da Unidade Básica de Saúde José de Sousa Resende. Serão realizadas atividades como: palestras, a serem realizadas mensalmente com equipe interdisciplinar; exercícios físicos quinzenalmente sob supervisão de educador físico e reuniões bimensais em grupo de hipertensos. Espera-se que o projeto consiga abranger 100% da população alvo, e assim, aumentar a adesão ao tratamento não medicamentoso, reduzindo os fatores de risco e as complicações cardiovasculares, além de melhorar a participação no HIPERDIA, atualmente destinado a renovação de receitas. Sendo importante causa de morbimortalidade e de altas taxas de internações hospitalares em decorrência de descompensações agudas, o presente projeto é importante pois a medida que contribuir para o controle dos níveis pressóricos, haverá melhoria da situação de saúde da população e redução dos gastos públicos.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; Doença Crônica; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

From a scenario in which there is a high prevalence of systemic arterial hypertension associated with decompensatory pictures and comorbidities, it is necessary to contribute to the control of patients' blood pressure levels. The present intervention project aims to improve adherence to the non-drug treatment of arterial hypertension and, consequently, to improve the quality of life of the local population, and to reduce both morbimortality secondary to the disease and the costs generated for health. It is based on a multiprofessional approach and health education, in which the target audience are the hypertensive and pre-hypertensive patients of the José de Sousa Resende Basic Health Unit. Activities will be carried out such as: lectures, to be held monthly with interdisciplinary team; physical exercises biweekly under the supervision of a physical educator and bimonthly meetings in a hypertensive group. It is expected that the project will reach 100% of the target population, thus increasing adherence to non-drug treatment, reducing risk factors and cardiovascular complications, and improving participation in HIPERDIA, currently destined for renewal of revenues. Being an important cause of morbimortality and high hospitalization rates due to acute decompensations, the present project is important because as it contributes to the control of blood pressure levels, there will be an improvement in the health situation of the population and reduction of public expenditures.

Key words: Systemic Arterial Hypertension; Chronic disease; Health promotion.

SUMÁRIO

| | p. |
|--|----|
| 1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO..... | 07 |
| 1.1 Título..... | 07 |
| 1.2 Equipe Executora..... | 07 |
| 1.3 Parcerias Institucionais | 07 |
| 2 INTRODUÇÃO..... | 08 |
| 3 JUSTIFICATIVA..... | 10 |
| 4 OBJETIVOS..... | 11 |
| 4.1 Geral..... | 11 |
| 4.2 Específicos..... | 11 |
| 5 METAS..... | 12 |
| 6 METODOLOGIA | 13 |
| 6.1 Descrição do cenário de estudo | 13 |
| 6.2 População alvo | 14 |
| 6.3 Plano de ação | 14 |
| 7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES..... | 16 |
| 8 IMPACTOS ESPERADOS..... | 17 |
| 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 18 |
| REFERÊNCIAS..... | 19 |
| APÊNDICE 1 – Ficha de cadastramento e acompanhamento dos usuários hipertensos..... | 21 |

1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

1.1 Título

Hipertensão Arterial: plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento não medicamentoso.

1.2 Equipe Executora

- Ghabriel Neves Ferreira de Carvalho
- Jerusa Emídia Roxo de Abreu

1.3 Parcerias Institucionais

- Prefeitura Municipal
- Secretaria Municipal de Saúde
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

2 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública, devido a sua magnitude e consequências. Doença onerosa, pois além dos custos direcionados à saúde cursa com afastamentos por incapacidade laboral. O aumento da expectativa de vida associado aos hábitos de vida cada vez menos saudáveis como má alimentação e sedentarismo, tem favorecido o surgimento da doença nas populações (GIACOMIN, 2011).

Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL, 2012), apontam que 24,3% dos adultos brasileiros são atingidos pela hipertensão. As doenças cardiovasculares são as principais responsáveis pelos óbitos em todo o mundo, e a doença hipertensiva assume importante papel como fator de risco para a ocorrência de doença coronariana, insuficiência cardíaca e as doenças cerebrovasculares (ANDRADE, 2015).

Define-se HAS como: pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e/ou pressão diastólica maior ou igual a 90mmHg, com pelo menos duas medidas em ocasiões diferentes, aferidas em condições ideais. De acordo com os valores obtidos será classificada em diferentes estágios, cada um, contendo sua particularidade terapêutica (BRASIL, 2013).

Os fatores de risco envolvidos em sua gênese, podem ser modificáveis, como a obesidade, abuso de álcool, sedentarismo, dislipidemia e alto teor de sódio na dieta; e não modificáveis: idade, sexo, etnia e genética. A presença de diabetes mellitus é sabidamente um fator isolado de risco para o surgimento de doenças cardiovasculares (GIROTTI et al, 2013).

Para um adequado controle da HAS é preciso que haja integração entre tratamentos farmacológico e não farmacológico associados ao controle dos fatores de risco existentes. Diante disso, a mudança no estilo de vida (MEV) baseada em dieta e atividade física, deve ser a base para o manejo dessa doença crônica (ROLIM, 2015).

A MEV pode ser associada a tratamento medicamentoso ou não. As orientações variam de acordo com o estilo de vida e os níveis pressóricos de cada paciente, e possuem a desvantagem de dependerem, quase que exclusivamente, da aceitação e adesão do paciente. As principais vantagens são: possui efeitos

danosos, melhora o bem-estar, possui menor custo, reduz o risco cardiovascular, e aumenta a eficácia do tratamento medicamentoso (LOPES, 2010).

Comprovadamente o médico é ator primordial ao propor a MEV, aumentando a adesão dos pacientes com as orientações e abordagens. O reforço de outros profissionais da saúde, como enfermeiros e nutricionistas, aumenta as taxas de sucesso. A respeito das principais mudanças, parar de fumar é a mais significativa na prevenção de doenças cardiovasculares. Além disso, diminuir o consumo de álcool, sódio, perda de peso e atividade física. A dieta DASH possui boa resposta como anti-hipertensivo (ROHRBACHER, 2014).

Vários são os fatores que dificultam a adesão ao tratamento não medicamentoso, dentre eles o baixo nível de escolaridade, condição socioeconômica, alimentação rica em sódio, açúcares e gorduras. A inclusão das atividades multidisciplinares nas unidades de saúde, favoreceram o acompanhamento do indivíduo e o estímulo aos hábitos de vida saudáveis (SANTANA, 2010).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, em sua VII Diretriz de Hipertensão arterial afirma a eficácia da MEV com relação aos níveis pressóricos. No entanto, pouco há disponível na literatura sobre a aplicação das mudanças e a evolução da pressão arterial. Alguns estudos apontam que dentre as mudanças, a de menor aceitação é a prática de atividade física (SUZANO, 2016); contraditoriamente, os estudos que apresentam melhora no nível pressórico, são baseados em prática de exercícios físicos e possuem a desvantagem de serem realizados com grupo específico, restringindo a amostra populacional (MONTEIRO, 2010).

Os programas com práticas educativas na atenção primária, baseados em equipe multiprofissional e interdisciplinar, oferecem atualização e treinamento para a equipe, e por meio de palestras, discussões em grupos e visitas domiciliares fornecem informações de forma clara sobre as medicações anti-hipertensivas, seus riscos, posologias além de, estimular o autocuidado e a MEV (RIBEIRO, 2011).

Os grupos educativos, reconhecidos pelo Ministério da Saúde, expandem as relações interpessoais, favorecem a troca de experiências e ideias através do diálogo. A dificuldade encontrada na implantação dos grupos é o despreparo da equipe para planejar e executar ações educativas, o que justifica que o primeiro passo para a implantação dos grupos é a capacitação da equipe (NOBRE, 2010).

3 JUSTIFICATIVA

A HAS, doença crônica sem cura, quando inadequadamente controlada é o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares. O controle do grupo de fatores modificáveis é mandatório para que consigamos atingir as metas pressóricas propostas. Surge dessa forma, a necessidade de abordar o tema com o objetivo de ampliar o conhecimento dos usuários hipertensos e de alto risco para o desenvolvimento da doença, através de atividades educativas e dinâmicas que despertem o interesse da população.

Na unidade de saúde em que me encontro alocado, após realizar diagnóstico situacional, a hipertensão arterial constitui o problema de saúde mais importante devido a sua alta prevalência. Possuímos grande número de pacientes de difícil controle pressórico. As principais dificuldades encontradas ao controle são: a cessação do tabagismo, realização de dieta e atividade física, perda de peso e doenças associadas como doença renal e diabetes.

Diante desse cenário, de alta prevalência da doença associada ao descontrole e reconhecendo os principais fatores de insucesso da terapêutica, o presente trabalho é oportuno, pois cria oportunidades para que a população realize MEV, contribuindo para o controle dos níveis pressóricos, melhorando a qualidade de vida e diminuindo a morbimortalidade relacionada à doença. O projeto baseia-se na abordagem multiprofissional e na educação em saúde, divulgando informações pertinentes a população de forma dinâmica e acessível.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento não farmacológico da hipertensão arterial afim de se obter melhor controle da HAS e de suas complicações.

4.2 Específicos

- Identificar os principais hábitos de vida envolvidos na má adesão, buscando reduzi-los e proporcionando melhoria na qualidade de vida dos pacientes;
- Capacitar toda a equipe sobre a importância das orientações das medidas não medicamentosas no controle da hipertensão arterial;
- Realizar a busca ativa dos pacientes de difícil controle;
- Elaborar ações que estimulem os hipertensos nas mudanças de hábito, orientando sobre a importância do autocuidado, alimentação saudável e atividades físicas;
- Avaliar a presença de outros fatores, além dos maus hábitos de vida, que possam ser predisponentes a má adesão.

5 METAS

- Melhorar a qualidade de vida de 50% dos pacientes hipertensos;
- Aumentar em 80% o conhecimento da população e equipe acerca da hipertensão, suas complicações e importância na mudança do estilo de vida;
- Aumentar em 70% o acompanhamento dos hipertensos da unidade;
- Reduzir em 50% a busca por atendimento dos casos descompensados por má adesão terapêutica, descongestionando o serviço;
- Aumentar em 90% a adesão ao tratamento não medicamentoso.

6 METODOLOGIA

6.1 Descrição do cenário de estudo

O projeto de intervenção abrangerá a Unidade Básica de Saúde (UBS) José de Sousa Resende, em Araguaína. A cidade de Araguaína, encontra-se no norte do estado do Tocantins com uma população estimada em 175.960 habitantes, sendo a segunda maior população do estado (IBGE, 2017), perdendo apenas para a capital Palmas. Possui uma Atenção Primária bem estruturada e conta com serviços de maior complexidade como Unidade de Pronto Atendimento, Hospitais públicos e particulares e Maternidade.

Nossa equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 odontóloga, 4 técnicas de enfermagem, 1 auxiliar de dentista e 8 agentes comunitários de saúde (ACS). As principais ações desenvolvidas são voltadas à prevenção, proteção e promoção da saúde. Nosso calendário inclui atividades de educação em saúde realizadas nas datas comemorativas, visitas domiciliares, imunizações, ações odontológicas, coleta de Papanicolau e testes rápidos. Na unidade realizamos alguns procedimentos como retirada de pontos, administração de medicamentos, desbridamento de úlceras e curativos.

A população da área adscrita é representada por 3.914 habitantes, dos quais 492 são hipertensos. A maioria da população atendida, é carente, com pouca escolaridade, e a principal fonte de economia é a prestação de serviços: domésticas, diaristas, babás, caixas de supermercado, construção civil e outros vínculos no comércio local.

Foi realizado diagnóstico situacional no período de agosto e setembro de 2017. Baseado no método de estimativa rápida, ou seja, uma forma de obter informações sobre um conjunto de problemas num curto período de tempo e sem altos custos (CARVALHO, 2014).

O diagnóstico situacional evidenciou os seguintes problemas: HAS, diabetes mellitus (DM), transtorno mental, problemas cardiorespiratórios, tabagismo, dislipidemia, obesidade, adolescentes grávidas e câncer. Diante da importância e urgência do assunto e da boa capacidade de enfrentamento da equipe, a HAS foi o problema selecionado para abordagem.

6.2 População alvo

O público-alvo são os pacientes hipertensos e, devido a comprovada associação entre as doenças, serão inclusos no estudo também os pacientes considerados de alto risco para o desenvolvimento da doença como tabagistas, obesos, diabéticos e renais crônicos. Vale ressaltar que somente serão cadastrados os pacientes com diagnóstico de hipertensão, aqueles que apresentem alto risco e valores de pré-hipertensão, serão convidados a participarem das atividades, no entanto, não necessitarão de ficha de acompanhamento.

Atualmente temos 492 pacientes hipertensos confirmados e cadastrados, dos quais somente 223 realizam acompanhamento e destes, 110 estão controlados.

Os principais nós-críticos envolvendo a população-alvo em questão são: falta de capacitação da equipe, desconhecimento da população sobre a doença e suas complicações, alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e obesidade.

6.3 Plano de ação

Inicialmente, é necessário capacitar e treinar a equipe (enfermeira, técnicas de enfermagem, médicos, ACS, dentista e auxiliar de dentista), para que estes possam oferecer serviços de qualidade e educação em saúde aos usuários hipertensos. A capacitação será guiada pela médica e enfermeira da unidade e incluirá o treinamento dos ACS's no preenchimento das fichas de cadastramento. Neste momento, a equipe deverá organizar a agenda para desenvolvimento do projeto.

A próxima etapa envolverá a busca ativa e simultaneamente, o cadastramento dos pacientes hipertensos. Para tanto será utilizado uma ficha de cadastro (apêndice 1), a ser preenchida pelos ACS's, contendo identificação, dados socioeconômicos-demográficos, história alimentar, dados antropométricos, fatores de risco, medicações em uso, outras doenças e guia de acompanhamento do projeto.

As ações incluirão: agendamento de consultas mensais com médico e enfermagem, e caso seja necessário, realização de visita domiciliar para acompanhamento. A cada consulta serão avaliados dados como peso e pressão arterial.

Serão realizadas palestras informativas, afim de aumentar o conhecimento da população acerca da doença e suas complicações. Estas ocorrerão de forma mensal com a presença da equipe e apoio do NASF. Propõe-se abertura de espaço para saneamento de dúvidas, troca de experiências, apresentação breve, clara e acessível a respeito da doença e suas complicações, alimentação adequada, importância da atividade física, controle do estresse e qualidade do sono no tratamento. Após cada encontro será proporcionado delicioso café da manhã elaborado pela nutricionista. Serão realizadas ao total 11 palestras.

As atividades físicas serão realizadas em academia ao ar livre próxima a unidade. Ocorrerão 2 vezes ao mês, com duração de 50 minutos e serão supervisionadas pelo educador físico.

O grupo de discussão, ocorrerá em 4 reuniões, sendo elas semanais, com duração de 90 min, e número máximo de 25 participantes. Ocorrerão 11 ciclos visando atender assim uma média de 275 usuários, pois cada paciente só poderá participar de 1 ciclo de discussão. Este grupo acontecerá sob supervisão da enfermeira da unidade em parceria com a nutricionista. Haverá troca de experiência, sendo um momento voltado para alimentação saudável com dicas de cardápios, incentivo à cessação do tabagismo e um olhar para o autocuidado.

O projeto será avaliado bimensalmente para verificar se os objetivos alcançados correspondem aos pretendidos, sobretudo no que diz respeito as mudanças no estilo de vida e queda dos níveis pressóricos.

Os recursos materiais serão providenciados pela equipe da unidade com apoio da prefeitura municipal, secretaria municipal de saúde e NASF. Os recursos humanos serão os profissionais que compõe a equipe da unidade com apoio do NASF.

8 IMPACTOS ESPERADOS

Pretende-se abranger com o projeto 100% do público alvo, aumentando assim a adesão ao tratamento não medicamentoso, diminuindo os fatores de risco e melhorando a participação do grupo do HIPERDIA, atualmente direcionado para renovações das medicações de uso contínuo.

Espera-se com a educação em saúde dos pacientes e da equipe, através de palestras, favorecendo a compreensão a respeito da importância das medidas não medicamentosas na prevenção dos agravos da doença.

Dessa forma, esperamos que pelo menos 50% dos pacientes apresentem redução do índice de massa corpórea, favorecendo melhores taxas pressóricas com um maior número de pacientes controlados, abandono do alcoolismo e tabagismo e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e reduzindo os gastos do município com as comorbidades e agravos da doença.

Pretende-se aumentar o incentivo à prevenção e promoção da saúde, alertando a população idosa sobre a importância do equilíbrio entre alimentação e atividade física sobre as doenças, estimulando os mesmos a buscarem por atividades prazerosas que aumentem a qualidade de vida individual e de suas famílias.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto traz a necessidade de mudança na abordagem do paciente portador de HAS, com estratégias que incluam equipe multidisciplinar, estratégias de suporte e apoio e ações educativas que incluam teoria e prática. O paciente hipertenso encontra-se com baixa autoestima, na maioria das vezes apresenta outras doenças associadas, e a simples prescrição medicamentosa ou orientação esporádica sobre atividade física e alimentação não são suficientes para causarem a mudança necessária.

Pretende-se com o trabalho avaliar os principais fatores envolvidos na gênese e no difícil controle dos pacientes hipertensos acarretando prejuízos importantes aos portadores de HAS. Os resultados esperados com o desenvolvimento do projeto irão contribuir com a literatura científica, demonstrando que indivíduos hipertensos podem obter melhor controle pressórico através da realização de atividades físicas, perda de peso, abandono do tabagismo e alimentação equilibrada.

O projeto, irá trazer benefícios para a equipe e para a população em vários âmbitos. A medida que aumenta o nível de informação da população e estimula a mudança dos hábitos de vida, faz com que a busca ao serviço por questões agudas diminua. Além do mais, irá oferecer a população uma equipe melhor capacitada a prestar serviços de saúde de qualidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Silvânia Suely de Araújo et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 24, n. 2, pp. 297-304, junho. 2015 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Caderno de Atenção Básica 37. 128p. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf Acesso em: 29 set 2017.

BRASIL. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** [Documento na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: < bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012_vigilancia_risco.pdf> Acesso em: 14 dez 2017.

CARVALHO, Karlyenne Gomes. **Mudança no estilo de vida para melhor controle da HAS e redução de complicações cardiovasculares em usuários na ESF Vida Melhor no município de Bocaiúva-MG**. 22f. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, Bocaiúva, MG, 2014.

GIACOMIN, Daniele. **Hipertensão Arterial Sistêmica: questão de saúde pública e de intervenção dos serviços de saúde**. 28f. Monografia de conclusão de curso apresentada ao curso de pós-graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, RS, 2011.

GIROTTI, Edmarlon, ANDRADE, Selma Maffei, CABRERA, Marcos Aparecido Sarria MATSUO, Tiemi. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, pp. 1763-1772, 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde – PNS. Disponível em: < <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>> Acesso em: 02 dez 2017.

LOPES, Louisy Oliveira, MORAES, Elzira Diniz. Tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, v. 13, n. 1, pp: 148-155, 2010. Disponível em: < https://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arq-idvol_10_1339682941.pdf> Acesso em: 28 set 2017

MONTEIRO, Luciana Zaranza et. al. Redução da pressão arterial, da IMC e da glicose após treinamento aeróbico em idosas com diabetes tipo 2. **Revista online Sociedade Brasileira de Cardiologia**, SP, 2010. Disponível em: <

http://www.arquivosonline.com.br/2010/aop/aop13110_port.pdf> Acesso em: 15 dez 2017.

NOBRE, Fernando et al. Estilo de vida e conhecimento sobre a doença em pessoas pós-infarto, enfoque na hipertensão arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão. **Revista Hipertensão**, v.13, n.4, pp: 230 – 233, nov-dez. 2010. Disponível em: < http://www.sbh.org.br/pdf/revista_hipertensao_4_2010.pdf> Acesso em: 17 out 2017.

RIBEIRO, Amanda 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**, v. 21, n. 1, pp.87-112, 2011.

ROHRBACHER, Ignatz et. al. Orientações de mudança de estilo de vida em pacientes hipertensos. **Revista da AMRIGS**, v. 58, n.1, pp: 49-53, Porto Alegre, jan.-mar. 2014. Disponível em: <www.amrigs.org.br/revista/58-01/0000087394-08_1320_Revista%20AMRIGS.pdf> Acesso em: 31out 2017.

ROLIM, Laurie Penha et al. Interação entre diabetes mellitus e hipertensão arterial sobre a audição de idosos. **CoDAS**, v. 27, n.5, pp.428-432, SP, out. 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822015000500428&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 dez 2017.

SANTANA, Lúcia Rolim ; GARCIA, Leila Posenato. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 1, p. 07-19, 2010.

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**, 2017. Disponível em: < publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf> Acesso em: 11 ago 2017.

SUZANO, Deise da Silva, ALMEIDA, Monique Cristine Silva, MASSA, Lilian Dias Bernardo, WENGERT, Mira. A importância da qualidade de vida em pacientes hipertensos. **Rev. Saúde em Redes**, v.2, n.1, pp:53-63, 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n1p53-63>> Acesso em: 25 out 2017.

APÊNDICE 1

FICHA DE CADASTRAMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS

1. IDENTIFICAÇÃO: _____

2. ASPECTOS SOCIOECONÔMICO- DEMOGRÁFICOS:

Sexo: () F ou () M

Idade: _____ Estado civil: _____

Raça: () Branco () Negro () Pardo () Indígena

Escolaridade: () Analfabeta () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior

Ocupação: _____ () Desempregada(o) () Aposentada(o)? anos: _____

Condições de Moradia: Tem Saneamento Básico? () SIM () NÃO

Cômodos? _____

Quantos moradores?

Filhos: _____

Netos : _____

Renda familiar: () 1SM () 2SM () 3SM () 4SM () >5 SM

3. HISTÓRIA ALIMENTAR:

Horários das refeições: _____

Café- da- Manhã: _____

Lanche: _____

Almoço: _____

Lanche: _____

Jantar: _____

Ceia: _____

4. DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso: _____; Altura: _____; IMC: _____

5. FATORES DE RISCO:

Presença de cuidador: () SIM () NÃO É familiar? _____

Tabagismo e Etilismo: () SIM () NÃO Quanto? _____

Hospitalizações prévias: () SIM () NÃO Se sim, motivo: _____

Atividades diárias: () Atividade física () Grupo de Idosos () Lazer

6. MEDICAÇÕES EM USO:

| NOME DA MEDICAÇÃO | APRESENTAÇÃO | POSOLOGIA |
|-------------------|--------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

7. OUTRAS DOENÇAS ASSOCIADAS:

Presença de: () DM () Osteoartrose () Demência
 () Distúrbio cognitivo () DRC () AVC prévio
 () Incontinência urinária () DPOC () Obesidade
 () Dislipidemia () IAM prévio
 () Outras patologias crônicas ou incapacitantes: . Qual? _____

8. ACOMPANHAMENTO :

| Data | Valores PA | Consulta médica mensal | Consulta enfermagem mensal | Visita domiciliar (se necessário) | Grupos de discussão (4 sessões) | Palestras mensais | Atividade física quinzenal |
|------|------------|------------------------|----------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-------------------|----------------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

