

**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, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA**

**EMILIA ARGELIA DON QUIROS**

**CONTROLE E ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM IDOSOS**

**FORTALEZA**  
**2018**

**EMILIA ARGELIA DON QUIROS**

**CONTROLE E ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM IDOSOS**

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. Dr. Carlos Eduardo Menezes Amaral.

**FORTALEZA**

**2018**

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)

---

D725c Don Quiros, Emilia Argella.  
Controle e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em Idosos / Emilia Argella Don Quiros.  
– 2018.  
40 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará,  
Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2018.  
Orientação: Prof. Me. Carlos Eduardo Menezes do Amaral.

1. Hipertensão Arterial. 2. Adesão Terapêutica. 3. Educação em saúde. I. Título.

CDD 362.1

---

**EMILIA ARGELIA DON QUIROS**

**CONTROLE E ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM IDOSOS**

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 falta de adesão terapêutica e o descontrole da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema muito comum, sobretudo em pessoas idosas, sendo a principal causa da aparição das complicações desta doença. Este trabalho apresenta uma intervenção educativa cujo objetivo foi promover ações para incrementar a adesão terapêutica e melhorar o controle da HAS nos idosos hipertensos atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Jurema Sul, do município de Ibiapina, do Estado de Ceará. O público alvo foram todos os idosos hipertensos da Comunidade de Alto do Maior, constituindo 26 pacientes. A amostra integrou 21 pacientes, segundo os critérios de inclusão do estudo. Seu desenvolvimento se organizou em quatro etapas: durante a primeira se elaborou e organizou a intervenção educativa; na segunda se avaliou a adesão terapêutica e o controle da HAS nos pacientes envolvidos. Na terceira etapa se desenvolveram as atividades educativas, oferecendo informação sobre a doença e promovendo habilidades para melhorar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e o controle da doença; e na quarta etapa foram avaliados os resultados da intervenção. As atividades desenvolvidas durante a intervenção lograram melhorar os conhecimentos dos idosos sobre sua doença, incrementar a adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, promovendo a alimentação saudável e a prática de atividade física nos idosos, para desta forma melhorar o controle da HAS e prevenir a aparição das complicações desta doença.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial. Adesão Terapêutica. Educação em saúde.

## ABSTRACT

The lack of therapeutic adherence and the lack of control of Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a very common problem, especially in the elderly, being the main cause of the complications of this disease. The present educational intervention aims to promote actions to increase therapeutic adherence and improve the hypertension control of the hypertensive elderly attending the Family Health Strategy (ESF) of Jurema Sul, in the city of Ibiapina, State of Ceará. The target group were all hypertensive elderly in the Alto do Maior Community, consisting of 26 patients. The study sample consisted of 21 patients, according to the study's inclusion criteria. The study development was organized in four stages: during the first one, the educational intervention was elaborated and organized; in the second, the therapeutic adherence and control of hypertension was evaluated in the patients involved. The third developed educational activities, providing information about the disease and promoting skills to improve compliance with pharmacological and non-pharmacological treatment and disease control; and in the fourth stage the results of the intervention were evaluated. The activities developed during the intervention managed to improve the knowledge of the elderly about their illness, increase adherence to pharmacological and non-pharmacological treatments, promoting healthy eating and physical activity in the elderly, in order to improve the control of hypertension and prevent the appearance of complications of this disease.

**Keywords:** Arterial hypertension. Therapeutic Adhesion. Health education.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	PROBLEMA.....	10
3	JUSTIFICATIVA.....	11
4	OBJETIVOS.....	12
4.1	OBJETIVO GERAL.....	12
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	12
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
6	METODOLOGIA.....	21
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	24
8	CRONOGRAMA.....	29
9	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	30
10	CONCLUSÃO .....	31
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
	APÊNDICE.....	38
	ANEXO.....	40

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a principal causa de morbimortalidade, correspondendo a 63% das causas de morte no mundo. Dentre elas destacam-se as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico, entre outras), por estar no topo da lista das doenças crônicas e por corresponder a elas um terço das mortes globais (ARIAS 2014; MALTA 2017). Desta maneira se constituem em um grave e prioritário problema de saúde em todas as regiões do mundo, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a lançar, no ano 2012 o desafio da redução da mortalidade por essas causas, em 25%, até 2015 (WHO, 2012).

No Brasil, apesar da redução da mortalidade por essas doenças nos anos de 1996 a 2007, esse grupo ainda representa a principal causa de óbito no país (ANDRADE 2015; MALTA 2014). Gerando um importante custo em matéria de cuidados em saúde em todos os níveis de atenção (TORTORELLA, 2017). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é reconhecida como a mais comum das afecções crônicas em pessoas adultas da população mundial. Segundo a OMS, uma em cada três pessoas adultas tem a pressão arterial alta, o que representa cifras de pouco mais de 600 milhões de afetados (CASTRILLO 2016; MALTA 2017; LIRA 2015).

Estudos epidemiológicos indicam que no ano 2002 a prevalência desta doença se estimou em 26,4% e se espera que para o ano 2025 a cifra supere o 29% (ECHEVARRIA 2014). No Brasil, 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, considerando-se valores da pressão arterial (PA)  $\geq 140/90$  mmHg (MAGNABOSCO 2017). Em um inquérito telefônico nacional, disponível no site do Ministério de Saúde (Secretaria de Vigilância em Saúde), a prevalência na população brasileira para o ano 2011 foi de 24,8% (BRASIL, 2015). Outro estudo nesse mesmo ano, reporta cifras de 22,7% em pessoas com 18 anos ou mais (TORTORELLA, 2017).



Outros autores reconhecem cifras superiores em áreas rurais, principalmente das de mais baixos recursos (CIPULLO 2010; MAGNABOSCO 2017). Também se indica um incremento da prevalência com a idade, o que indica que as maiores taxas se apresentam em idosos, o que obriga a as autoridades de saúde a criar e implementar estratégias específicas para esta faixa etária, nas esferas preventivas, diagnósticas e de atenção de saúde, sobre tudo tomando em consideração o problema demográfico que enfrenta atualmente o mundo, com um incremento importante e sustentado das cifras da população de idosos, especialmente em países desenvolvidos (ANDRADE, 2015; TORTORELLA, 2017).

A HAS além de ser a doença crônica mais frequente dentro da população mundial é também considerada como o principal fator de risco para outras doenças crônicas de alta letalidade (insuficiência cardíaca, cardiopatias isquêmicas, doença cerebrovascular e insuficiência renal) (ECHAVARRIA, 2014; NONATO, 2013). Se atribuem a ela cerca de 54% das doenças cerebrovasculares e o 47% das doenças cardíacas isquêmicas (VARLETA, 2015). Estes dados explicam que a escala mundial se estima que a HAS causa incapacidade em cerca de 57 milhões de pessoas e esteja envolvida também em aproximadamente 7,5 milhões das mortes anuais, o que representa pouco mais de 12,8% do total dos óbitos (ZUBELDIA, 2016). A maioria das mortes ocorre de maneira prematura, causando perdas de anos de vida saudável aos afetados (ACHURY, 2013).

Muitos estudos mostram evidencias sobre a elevada probabilidade de melhorar o desenvolvimento e o prognóstico desta doença e incrementar a qualidade de vida da população, além de evitar gastos de saúde, mediante um adequado controle das cifras de PA, o que se objetiva com a implementação de programas integrais, com um grupo de ações dirigidas para incentivar a prática sistemática de exercícios físicos (caminhadas, aeróbicas), nutrição saudável, controle dos chamados "riscos cardiovasculares" (obesidade, alcoolismo, habito de fumar, entre outros), e com uma adequada adesão ao tratamento farmacológico (LIMA, 2011; SBC, 2016; SOTERO, 2015; TORTORELLA, 2017).

A adesão ao tratamento implica cumprir as indicações médicas, relativas ao uso dos fármacos e sobre as modificações no estilo de vida. Incluem-se, portanto, a incorporação e manutenção de hábitos saudáveis no estilo de vida, a modificação de condutas de riscos envolvidas na progressão da doença e a aquisição de conhecimentos e habilidades para controlar situações que podem interferir com os objetivos terapêuticos. Não significa acatar de maneira passiva as indicações do profissional da saúde, pois também necessita-se da colaboração e participação proativa e voluntária do paciente, para obter melhores condições de saúde e de vida (HIRSCHBERG, 2014, HERNANDEZ, 2015).

Tem-se demonstrado que o descontrole e a não adesão ao tratamento na HAS estão estreitamente relacionados com a maior frequência de crises hipertensivas, hospitalizações, resistência ao tratamento e tornam ao paciente mais suscetível para a aparição de danos em órgãos alvo (coração, rins, cérebro, olhos); eventos e complicações que pioram o controle e o prognóstico da doença, incrementando o risco de incapacidade e morte das pessoas afetadas (BRECEDA 2017; CABRERA 2013). Apesar disso, a OMS considera que nos países desenvolvidos a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, alcança cerca de 50%, sendo menor nos países em vias de desenvolvimento, pelas deficiências que apresentam na atenção de saúde (HERNANDEZ 2015).

Esta situação faz com que as autoridades de saúde prestem cada vez maior atenção a este problema, para atingir as metas de controle da doença, minimizando desta forma os riscos de aparecimento de complicações, incapacidade e morte. A ação sobre o problema inclui; programas educativos, que contemplam oferecer informação sobre a doença e desenvolver habilidades de autocuidado (PIEDRAHITA, 2013). As últimas guias e recomendações de manejo da HAS, publicadas pelo *Joint National Committee*; integrado por expertos do *National Heart, Lung and Blood Institute*; *European Society of Hypertension (ESH)* e *European Society of Cardiology (ESC)*, mostram um enfoque educacional, com nível de detalhamento e rigor comparável com ao enfoque clínico, incluindo níveis de evidências e graus de recomendações, ausentes nas publicações anteriores (PRIETO 2014).

## Características do município

O município de Ibiapina encontra-se localizado na região nordeste do Estado Ceara, na mesorregião noroeste, microrregião Ibiapaba e estende-se por 414,9 km<sup>2</sup>, com fronteiras com os municípios de Ubajara, São Benedito, Mucambo, Graça e São João da Fronteira (Estado Piauí). Dista em linha reta aproximadamente 262 km da capital do estado (Fortaleza). Possui um clima semi-úmido, com chuvas concentradas de janeiro a maio e pluviometria média de 1081 mm. A principal fonte econômica do município é agricultura (café, banana, mandioca e feijão) e pecuária (bovinos, suínos e avícola). O turismo é também uma fonte importante de renda, pelas atrações naturais da zona (cachoeiras, balneários, mirantes). Sua população estimada é de 24 825 habitantes e tem uma densidade demográfica de 57,38 habitantes por km<sup>2</sup>, com a maior população distribuída nas áreas rurais (IBGE 2017).

A rede de saúde do município conta com 11 Equipes de Saúde da Família (ESF), dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Hospital Municipal. A ESF Jurema Sul encontra-se localizada na comunidade rural de mesmo nome, e abrange também as comunidades de Jurema Norte, Alto do Major e Tauá de Cima. Tem cadastradas 517 famílias e 1729 pessoas. O seguinte quadro mostra a distribuição da população segundo as faixas etárias:

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total	
	No	%	No	%	No	%
<1 anos	7	0,40	7	0,40	14	0,81
1-4 anos	41	2,37	48	2,78	89	5,15
5-9 anos	60	3,47	60	3,47	120	6,94
10-14 anos	78	4,51	71	4,11	149	8,62
15-19 anos	68	3,93	68	3,93	136	7,87
20-29 anos	96	5,55	107	6,19	203	11,74
30-39 anos	110	6,36	97	5,61	207	11,97
40-49 anos	134	7,75	147	8,50	281	16,25
50-59 anos	130	7,52	153	8,85	283	16,37
60 e mais anos	104	6,02	143	8,27	247	14,29
<b>Total</b>	<b>828</b>	<b>47,89</b>	<b>901</b>	<b>52,11</b>	<b>1729</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Diagnóstico Situacional ESF Jurema Sul.

A HAS é a doença crônica mais frequente dentro da população, com uma prevalência de 20,9%, inferior à reportada na maioria dos estudos no Brasil, o que gera a suspeita de existência de quadros assintomáticos e subdiagnosticados. Em ordem de frequência ilhe seguem as dislipidemias, osteoatroses e diabetes mellitus. Enfrentar o quadro de saúde das doenças crônicas é uma tarefa difícil e complexa, levando em consideração que se trata de uma comunidade rural, de baixos recursos econômicos, com sérios problemas de saneamento básico e com uma elevada taxa de analfabetismo na população adulta, especialmente nos idosos.

## 2 PROBLEMA

A falta de controle da HAS está estreitamente vinculada com a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (farmacológico e não farmacológico), sendo a principal causa de aparição das complicações associadas a esta doença. Estes problemas, por sua vez, levam à incapacidade e morte nos pacientes afetados, muitas das quais ocorrem em idades ativas da vida. A doença não controlada é responsável também por impactos na qualidade de vida e importantes gastos em matéria de atenção de saúde. O *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure Express*, situa este problema de saúde na terceira causa de anos de vida potencialmente perdidos no mundo.

A ESF Jurema Sul, tinha cadastrados no fim do ano 2017 um total de 284 pacientes com HAS, pouco mais da metade dos casos se apresentam em pessoas com mais de 60 anos (53,5%). A implementação de programas educativos na ESF Jurema Sul, dirigidos a incrementar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo (farmacológico e não farmacológico), na faixa etária de maior prevalência da HAS, sobre tudo não controlada, é uma estratégia acessível e de baixo custo, que poderiam contribuir para reverter à situação da doença, favorecendo a este grupo populacional em franca ascensão, as ferramentas para adotar estilos de vida cada vez mais saudáveis e uma melhor qualidade de vida.

### 3 JUSTIFICATIVA

Durante a evolução da HAS podem aparecer diversas e variadas complicações, dentre as que se destacam as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, que são as principais causas de óbito no Brasil e em todas as regiões do mundo. Também se associa a danos em outros órgãos, fundamentalmente rins e olhos, que levam a diversos graus de incapacidade, prejudicando de maneira significativa a qualidade de vida das pessoas afetadas. A aparição destas complicações se associa sobretudo ao descontrole das cifras de pressão arterial. Neste sentido se indica que um aumento de 20 mmHg da pressão sistólica e de 10 mmHg da pressão diastólica, sobre valores de 115/75 mmHg dobra o risco de morte por doença cardiovascular; está única evidencia já respalda a importância de manter controlada a HAS. Todos os estudos indicam que as medidas farmacológicas e não farmacológicas são suficientemente efetivas para evitar a ocorrência de 40% dos acidentes cerebrovasculares, 25% os infartos do miocárdio em 50 % a incidência de insuficiência cardíaca (ECHAVARRIA, 2014; MARCIAL, 2017; NONATO, 2013; SBC, 2016).

Isto destaca a importância da adesão ao tratamento como forma de prevenir as complicações derivadas da HAS e sustenta que as últimas guias e diretrizes de manejo da doença prestem cada vez maior atenção e aportem maiores evidências sobre a importância da aplicação de programas de educação de saúde. Tais programas são dirigidos a incrementar os conhecimentos dos pacientes sobre sua situação de saúde, na procura de uma maior sensibilização sobre a importância de cumprir o tratamento médico, promovendo ao mesmo tempo estilos de vida saudáveis e desenvolvendo habilidades de autocuidado nas esferas da nutrição e prática de atividade física, como forma de melhorar a situação de saúde e qualidade de vida dos afetados. Sua aplicação nos pacientes idosos constitui um desafio adicional pelas características próprias destas pessoas e pelas limitações que impõem as mudanças fisiológicas próprias da idade, problemas que devem ser considerados no momento de planejar e desenvolver as estratégias educativas neste grupo populacional.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Promover ações que contribuam para incrementar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e melhorar o controle da hipertensão arterial sistêmica em idosos.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Analisar a adesão terapêutica e o controle da HAS nos idosos participantes.
- 2) Oferecer informação para incrementar os conhecimentos dos idosos sobre a hipertensão arterial.
- 3) Implementar ações que contribuam para melhor adesão e controle da hipertensão.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

O envelhecimento é um processo multifatorial que se inicia ao nascer e se acentua a partir dos 30 anos, etapa onde os processos catabólicos começam a predominar sobre os anabólicos, e o organismo perde progressivamente a capacidade para realizar suas distintas funções biológicas, o que ocorre inclusive na ausência de doenças. Durante este processo se perdem também os mecanismos de reserva, aumentando a vulnerabilidade ante os estímulos nocivos, fazendo ao indivíduo mais susceptível de adoecer, unido a piores possibilidades de recuperação. A presença de doenças agudas e, sobretudo, crônicas, pode acelerar o declínio fisiológico do organismo, trazendo um aumento dramático de situações de incapacidade e dependência, sequelas das complicações destes agravos (IMSERSO, 2011; ROZMAN, 2016).

As doenças crônicas são responsáveis por 75% da deterioração associada à idade, o que implica maior necessidade de assistência social e médica, incrementando os custos de atenção, no contexto de um mundo cada vez mais envelhecido, pelo aumento da expectativa de vida, experimentado nas últimas décadas. Os avanços da medicina contemporânea oferecem melhores condições para superar, amortecer ou retardar as complicações da maioria dos processos patológicos que afetam aos idosos, oferecendo um panorama mais alentador neste grupo populacional, com melhorias importantes em seus indicadores de saúde (ROZMAN, 2016). Implica também um uso adequado das opções terapêuticas disponíveis, por parte dos profissionais, com especial ênfases nas modificações nos hábitos, condutas e estilos de vida, que contribuam ao controle destas doenças (ACHURY, 2013; MOTTA, 2014).

A HAS é reconhecida atualmente como a doença crônica de maior prevalência a nível global, comportamento associado ao envelhecimento populacional, situação que leva a que as maiores taxas da doença sejam observadas nos pacientes idosos. Define-se como a elevação mantida das cifras de pressão arterial sistólica (PAS) em cifras iguais ou superiores a 140 mm de Hg, ou da pressão arterial diastólica (PAD) em cifras iguais ou superiores a 90 mm Hg, ou de ambas (ROZMAN, 2016). Estudos epidemiológicos globais indicam que as cifras de pessoas afetadas por esta doença passam de 594 milhões em 1975, até 1,13 bilhões em 2015. (DE OLIVEIRA, 2017).



A OMS indica que uma em cada três pessoas padece esta doença, sendo responsável direta de aproximadamente uns 51% das mortes por doenças cardiovasculares e cerca de uns 12,8% das mortes globais (OMS, 2012; TORTORELLA, 2017). Estima-se que esta doença causa 7,6 milhões de mortes prematuras e perdas de cerca de 92 milhões de dólares em anos de vida saudáveis, sendo a terceira causa de anos de vida potencialmente perdidos, ajustados por incapacidade (CABRERA, 2013; MOTTA, 2014; PIEDRAHITA, 2013). No Brasil a prevalência desta doença se situa entre 22,3 e 43,9% (média de 32,5%), afetando uns 50% dos pacientes entre 60 e 69 anos e uns 75% acima dos 70 anos. (MAGNABOSCO, 2017). Um estudo realizado entre os anos 2006 e 2011, nas capitais brasileiras achou uma prevalência de 24,1%, com predomínio de mulheres e aumento progressivo com a idade (ANDRADE, 2015).

A HAS é uma das entidades clínicas de maior importância na aparição do risco cardiovascular, estando envolvida na aparição de agravos de saúde de elevada letalidade. Neste sentido se indica que esta doença duplica o risco de aparição de cardiopatia isquêmica (infarto agudo do miocárdio e morte súbita), triplica o risco de padecer insuficiência cardíaca congestiva, incrementa o risco de encefalopatia hipertensiva, acidentes vasculares cerebrais isquêmicos e hemorrágicos, pode ocasionar também vasculopatias periféricas, com claudicação intermitente e isquemia arterial. Os problemas renais podem ser causa de HAS secundária, mais os rins sofrem também suas consequências, sendo a insuficiência renal crônica, uma das complicações mais temidas desta doença (ROZMAN, 2016).

Os estudos indicam que o controle adequado da HAS, que depende do controle das cifras de PA, reduz o impacto da doença sobre os órgãos alvos (coração, rins, cérebro), diminuindo o risco de aparição das complicações e a morbimortalidade e incapacidades associadas a este problema de saúde. Atingir o controle da doença, não depende só de um bom tratamento farmacológico, implica também adotar estilos de vida saudáveis, no âmbito nutricional, com diminuição do consumo de sal, de alimentos gordurosos, aumento da atividade física regular, controle do peso corporal, eliminação ou redução de hábitos tóxicos, sobretudo tabagismo e alcoolismo, entre outras condutas (ARIAS, 2014; MAGNABOSCO, 2017; ROZMAN, 2016).

Seu sucesso requer uma adequada educação em saúde que propicie condições e conhecimentos para fomentar a auto responsabilidade e o autocuidado nos afetados, um processo muito mais complexo de atingir nas pessoas idosas, pelos fatores de ordem biológico, social e psicológico que muitas destas pessoas apresentam (déficit visuais, auditivos, sensoriais, abandono familiar, depressão, entre outros) (ARIAS 2014; NONATO 2013). Vários estudos na Espanha indicam que um número importante de hipertensos não está controlado, associado a complicações e incapacidades diversas. Muitos estudos no Brasil assinalam uma alta prevalência de descontrole da HAS, associada à descumprimento do tratamento e baixas taxas de conhecimento sobre a mesma (MAGNABOSCO 2017; MOTTA 2014).

Com o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade associadas a esta doença, e melhorar a atenção e o acompanhamento destes pacientes, o Ministério de Saúde criou no ano 2002 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA), que enfatiza o acompanhamento dos pacientes e no desenvolvimento de ações de educação de saúde neste grupo populacional, identificando riscos e fatores relacionados com o descontrole da doença (BRASIL 2002). Um dos principais problemas envolvidos na falta de controle da HAS é a não adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos recomendados (CABRERA, 2013; HIRSCHBERG, 2014; REYES 2016).

A OMS define a adesão como o grau em que os pacientes respondem às indicações ou recomendações oferecidas pelo profissional da saúde, em termos de tomar os medicamentos e fazer mudanças nos estilos de vida. A adesão expressa um compromisso do paciente com o cuidado e manutenção de sua própria saúde. O termo "adesão" é preferível em vez de "cumprimento", pois este último sugere um seguimento passivo das indicações médicas, e nestas condições o plano terapêutico não está construído numa aliança entre as partes implicadas (HERNÁNDEZ, 2015). Existem muitos instrumentos para avaliar a adesão nas doenças crônicas, um dos mais utilizado e ó questionário Martín-Bayarre-Grau (MBG), validado para uso na área clínica e na investigação (REYES, 2016). Este instrumento tem sido modificado para sua aplicação no Brasil e validado em vários estudos (BORGES, 2012; MATTA, 2013).

As investigações sobre este tema oferecem cifras pouco alentadoras, independentemente dos métodos utilizados para sua avaliação (ALFONSO, 2015). A OMS reconhece que a falta de adesão terapêutica é um problema universal e em um informe publicado em 2004, reporta que nos países desenvolvidos a adesão na HAS alcança só 50%, sendo pior nos países em vias de desenvolvimento, pela escassez de recursos e os problemas de acesso da atenção sanitária (OMS, 2004). Nos Estados Unidos um estudo indicou que aproximadamente 75% da população não logra controle ótimo da PA, pela nula ou baixa adesão ao tratamento (BRECEDA, 2017).

Na Espanha entre 40 e 80% dos hipertensos não estão aderidos ao tratamento e não controlados (HERNANDEZ, 2015). Alguns autores estimam que entre 15% e 50% dos pacientes hipertensos abandonam o regime de tratamento durante o primeiro ano do diagnóstico; os que continuam fazem uso intermitente dos medicamentos, com frequentes esquecimentos das doses diárias; e a maioria não modifica seu estilo de vida, problema associado a descontrole das cifras de PA (BRECEDA, 2017; CABRERA, 2013).

No Brasil um estudo realizado em Minas Gerais, achou um predomínio de pacientes não aderidos ao tratamento dentre o grupo dos não controlados (MAGNABOSCO, 2017). Em São Paulo obteve-se 66,7% de pessoas hipertensas com problemas de adesão e não controlados (FIGUEREDO, 2010). Outro estudo realizado no Paraná, achou maior prevalência de pacientes aderidos e controlados (59% e 69,1%, respectivamente) (GIROTTI 2013).

Em geral os estudos indicam que em longo prazo a adesão é a chave para a redução das complicações atribuíveis a hipertensão arterial (ACHURY, 2013; BORGES, 2012; DOS SANTOS, 2013). Também se reconhece que a adesão é um conceito para retomar e ou fortalecer a relação médico paciente, constituindo também, uma oportunidade para que a equipe de saúde incida de maneira mais profunda nos resultados em longo prazo, reduzindo as complicações da doença (CABRERA, 2013; RODRIGUEZ, 2011; REYES, 2016)

No Brasil, várias pesquisas demonstram que o tratamento adequado, unido a mudanças dos hábitos de vida, tem diminuído os eventos cardiovasculares fatais e não fatais, além dos gastos em tratamento e hospitalizações, derivadas de suas complicações, mantendo a PA dentro de níveis desejáveis. Apesar disso existem elevadas e crescentes taxas de adesão inadequada aos tratamentos farmacológico e não farmacológico (DOS SANTOS, 2013; SILVA, 2014). As últimas diretrizes de manejo desta entidade sinalizam a falta de adesão terapêutica, como uma das causas principais de descontrole da HAS e indica outras causas, como a obesidade, apneia obstrutiva do sono, consumo excessivo de sal, tabagismo, alcoolismo e inatividade física, problemas susceptíveis de ser modificados, com tratamentos integrais que incluam medicamentos e estilos de vida saudáveis (DE OLIVEIRA 2017).

Existem muitos fatores associados a este problema: idade do paciente, baixa escolaridade, desmotivação na fase assintomática da doença, poli farmácia, tratamentos muito complexos, efeitos secundários dos medicamentos, custo dos medicamentos, presença de depressão, problemas visuais, de memória, econômicos, dificuldades com o acompanhamento da doença, como alguns dos mais importantes, a falta de informação e o desconhecimento sobre a própria doenças e sobre as consequências do abandono do tratamento (ASTUDILLO, 2016; BRECEDA, 2017; HERNANDEZ, 2015).

A falta de adesão terapêutica se manifesta de diversas formas: dificuldades para iniciar tratamento, cumprimento irregular e incompleto, abandono, descuido dos horários, esquecimentos, não adoção de modificações no estilo de vida, dentre outros (RODRIGUEZ, 2011). Tem repercussões clínicas, econômicas e psicossociais, dentre as que se acham descontrole da doença, com recaídas que requer atenção médica, sobre uso de medicamentos, maior exposição aos efeitos tóxicos dos fármacos, maior frequência de complicações e hospitalizações, aparição de limitações físicas e incapacidade, absenteísmo ao trabalho, aposentadoria precoce, dependência física, dentre outros (CABRERA 2013; MARCIAL, 2017).

Reconhece-se que uma adequada adesão terapêutica pode reduzir entre 30-45% a ocorrência de doenças cerebrovasculares e um 15% os infartos do miocárdio, além de prevenir os custos pela atenção destes e outros problemas (MARCIAL, 2017). Atingir a adesão terapêutica é um processo complexo, que parte da necessidade de aperfeiçoar os métodos para sua medição nos diferentes grupos populacionais, além do desenvolvimento de estratégias efetivas, integradas e multiprofissionais, que propiciem uma melhoria substancial dos hábitos e condutas que levam a sua aparição, além da adoção de estilos de vida saudáveis, onde a nutrição e a atividade física são fundamentais (CABRERA 2013; RIBEIRO, 2012).

As estratégias educativas são um importante instrumento de acesso ao conhecimento sobre o processo saúde-adoecimento, pois incrementa a capacidade de atuar e controlar os determinantes deste processo (RIBEIRO, 2012). Muitas metodologias estão sendo utilizadas para desenvolver as intervenções educativas, sendo a educação passiva, baseada na transmissão de conhecimentos, uma das mais utilizadas, o que implica que seu impacto não seja tão efetivo. Nos últimos tempos se defende as estratégias participativas, dinâmicas e individualizadas, capazes de conscientizar aos envolvidos, gerenciando habilidades de autocuidado e potenciando a autonomia neles (ACHURY, 2013; CONTRERAS, 2009).

As mesmas devem fomentar o protagonismo e auto responsabilidade nos pacientes sobre sua situação de saúde, criando e fortalecendo habilidades que permitam um eficaz cuidado, favorecendo a capacidade para compreender os problemas, fazer e manter hábitos de vida que contribuam a controlar a doença, para evitar as complicações que derivam do descontrole e da falta de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, objetivos que não podem ser atingidos sem o apoio da família e da comunidade (CABRERA, 2013; HERNANDES 2015).

A maior complexidade destas estratégias implica uma adequada preparação e capacitação dos gestores para abordar os temas, a participação de profissionais especializados (nutricionistas e profissionais de educação física), da família e da comunidade, os que podem contribuir com a adoção das mudanças e implica também o fornecimento de atividades no âmbito familiar, através das visitas domiciliares, para desta forma tomar em consideração as particularidades e necessidades de cada situação específica e atuar sobre estas, sendo essencial a posterior sistematização das ações, para garantir sua manutenção (ACHURY, 2013).

Diversos estudos observam melhores resultados na adesão terapêutica e no controle das doenças crônicas com a implementação de estratégias participativas e de desenvolvimento de habilidades (AGUIAR, 2012; CONTRERAS, 2009; ROUMIE, 2011). Uma intervenção na Espanha, realizada onde um grupo recebeu ações educativas personalizadas e o outro recebeu só atenção clínica habitual, reporto melhores resultados no primeiro grupo, sobretudo na adesão terapêutica (GUIRADO, 2011). Em Minas Gerais, em um estudo em mulheres com HAS, também desenvolvido em dois grupos, um segmento recebeu só oficinas terapêuticas e o outro, além das oficinas, recebeu atenção individualizada e familiar no domicílio. Obtiveram-se melhores resultados neste último grupo, com melhorias significativas na adesão terapêutica, sobretudo das recomendações não farmacológicas, pois a atenção diferenciada possibilitou direcionar melhor o processo de ensino, adequando as orientações ao próprio contexto de vida dos pacientes (RIBEIRO, 2012).

Outros estudos com metodologia semelhante indicam resultados similares (HACIHASANOĞLU, 2011; RIBEIRO, 2011; RIBEIRO, 2012). Estas estratégias individualizadas, além de considerar as situações específicas de cada paciente e propiciar a participação do indivíduo no gerenciamento de sua própria saúde, fortalecem o vínculo dos profissionais da saúde com os pacientes e com a comunidade, sendo uma estratégia privilegiada para atingir uma maior adesão e controle da doença (GUIRADO, 2011; ACHURY, 2013; MOTTA, 2014). No contexto da HAS, resulta essencial brindar informação sobre os medicamentos usados no tratamento desta doença, seus benefícios e os possíveis efeitos adversos associados na sua utilização (CABRERA, 2013; HERNANDES 2015; MOTTA, 2014; OLIVEIRA, 2018).

Unido a isto deve-se fornecer informação e desenvolver habilidades para fazer uma alimentação saudável, que contribuía ao controle das cifras de PA e que ao mesmo tempo leve em consideração as necessidades nutricionais específicas do grupo populacional abordado. Neste sentido se enfatiza na frequência alimentar, na dieta equilibrada, com controle do sal e dos alimentos gordurosos (sobretudo gorduras saturadas e trans), favorecendo o consumo de cereais, frutas, verduras e vegetais, alimentos integrais, ricos em fibras, além de estimular o consumo de quantidade suficiente de água (BRASIL, 2002; DE OLIVEIRA, 2017; PRIETO, 2014).

Ao mesmo tempo deve-se encorajar os pacientes sobre a necessidade da prática sistemática de atividade física, trazendo informação sobre os benefícios de sua adoção na rotina de vida diária, ao favorecer a perda ou manutenção do peso corporal adequado, melhorar a condição física, reduzindo outros riscos que agravam a condição de saúde e contribuem ao descontrole da PA, como alcoolismo e tabagismo (DE OLIVEIRA 2017; LIMA 2017; RIBEIRO, 2011).

As investigações sobre as intervenções de corte educativo são inegáveis, por isso as diretrizes de manejo da HAS, emitidas nos últimos anos oferecem maiores níveis de evidências sobre os benefícios de todos os aspectos envolvidos no tratamento farmacológico e não farmacológico da doença, especialmente as não farmacológicas, um tema pouco abordado nas guias anteriores, e enfatizam na importância de trabalhar na adesão terapêutica, como forma de atingir o controle efetivo e mantido da doença (ACHURY, 2013; HERNANDEZ, 2015; MOTTA, 2014).

Abordar estas recomendações nos idosos requer de uma atenção especial, tomando em consideração as modificações próprias da idade, sobretudo no aparelho digestivo, as que podem interferir na adequada alimentação deste grupo populacional, também a presença de outras situações associadas como são problemas econômicos, sociais, baixa escolaridade, falta de apoio familiar, presença de depressão, déficit cognitivo, visual, auditivos, presença de esquemas de tratamentos complexos, situações estas que podem afetar o acesso a alimentos saudáveis, e também a adesão aos tratamentos farmacológico e não farmacológico da HAS (SILVA, 2014; MOTTA, 2014).

No Brasil o Programa da Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada pelo governo, com o objetivo de reorganizar o Sistema Único de Saúde (SUS), visa mudanças no modelo individualista e hospitalocêntrico da atenção, para um modelo com ênfase na Atenção Primária da Saúde (APS). Esse modelo coloca o sistema de saúde em melhores condições para fazer frente aos problemas de saúde da comunidade, sobretudo os que derivam das doenças crônicas não transmissíveis, e também para desenvolver estratégias educativas integrais e longitudinais, nos diferentes grupos populacionais, nas famílias e na comunidade, com melhores resultados de saúde, e com melhorias substanciais nos indicadores de saúde e na qualidade de vida dos envolvidos, sobretudo nos grupos prioritários (RIBEIRO, 2011; RIBEIRO, 2012; SILVA, 2014; MOTTA, 2014).

## 6 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de pesquisa-ação que objetiva promover ações para incrementar a adesão terapêutica e melhorar o controle da HAS, em pacientes idosos, maiores de 60 anos atendidos no ESF Jurema Sul, do município de Ibiapina, do estado do Ceará, no período de novembro do ano 2017 a maio de 2018. Para sua elaboração foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre adesão terapêutica e controle da HAS nas bases de dados informatizados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library* (SciELO), Google acadêmico, dentre outras, com publicações em português, espanhol e inglês, que constituirão o referencial teórico da mesma.

Para a realização da intervenção foi selecionada a Comunidade de Alto do Maior, situada na área de abrangência da equipe da ESF, que tem um total de 84 famílias e 254 habitantes, dos quais 39 são idosos. Dentre esses idosos, 26 são hipertensos, que constituirão o público alvo da intervenção. A amostra integrou 21 pacientes, sendo excluídos os idosos com condições de saúde que impediavam sua participação nas atividades (idosos acamados, restritos ao domicílio, com incapacidades físicas ou sensoriais que impediavam a participação).

### **Estratégia da intervenção**

A intervenção foi desenvolvida em 4 etapas:

- Etapa 1 (Elaboração e organização da intervenção): Nesta etapa se realizou a pesquisa bibliográfica para a elaboração do projeto; se apresentou o mesmo aos gestores, os que foram capacitados para desenvolver as atividades educativas, culminando com a seleção dos participantes.
- Etapa 2: Foi avaliada a adesão e o controle da HAS dos participantes. Para avaliar a adesão se utilizou uma ficha desenhada e preenchida pelo autor do trabalho, a partir do questionário de avaliação da adesão terapêutica de Martín-Bayarre-Grau (MBG), e tomando em consideração as modificações feitas ao mesmo por vários autores brasileiros (Apêndice 1). (BORGES, 2012; MATTA, 2013).



Este instrumento tem 12 itens, com 5 possibilidades de resposta (nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre), cada uma delas com uma pontuação específica, que foi totalizada ao final estabelecendo 3 escalas de adesão:

- Não aderido (Menos de 17 pontos).
- Aderido parcialmente (Entre 18-37 pontos).
- Totalmente aderido (Entre 38-48 pontos).

O controle foi determinado tomando em consideração as metas de controle estabelecidas nas últimas diretrizes de manejo da HAS para pessoas idosas (atingir cifras de PA < 150/90 mm de Hg) e refletido pelo autor do trabalho no apêndice 1.

- Etapa 3: Foram desenvolvidas um total de 13 atividades educativas, delas 9 rodas de conversa, oferecendo informação e intercambiando com os usuários sobre a HAS e os tratamentos farmacológico e não farmacológico, 2 oficinas educativas sobre nutrição e atividade física e 2 palestras educativas na comunidade, sobre HAS e suas consequências, tratamento farmacológico e não farmacológico, adesão e controle.

As atividades foram desenvolvidas com uma frequência semanal, num local da própria comunidade, preparado para tais fins, utilizando slides, cartazes de cartolina e ao final de cada atividade foi entregue materiais didáticos para reforçar e complementar as informações oferecidas. Também foram realizadas visitas domiciliares mensais pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), para reforçar as ações, envolver aos familiares nelas e brindar atenção individualizada.

As mesmas contribuirão com a adesão ao tratamento farmacológico, através de: rotulação das caixas de medicamentos com lembretes ou figurinhas, para pacientes que não sabiam ler e escrever ou moravam sozinhos; organizar os medicamentos em uma caixa específica para não misturar com outros e colocar as orientações em lugares acessíveis. Também foram oferecidas orientações específicas para a adoção da nutrição saudável e prática de atividade física.

As atividades educativas da intervenção foram organizadas da seguinte forma:

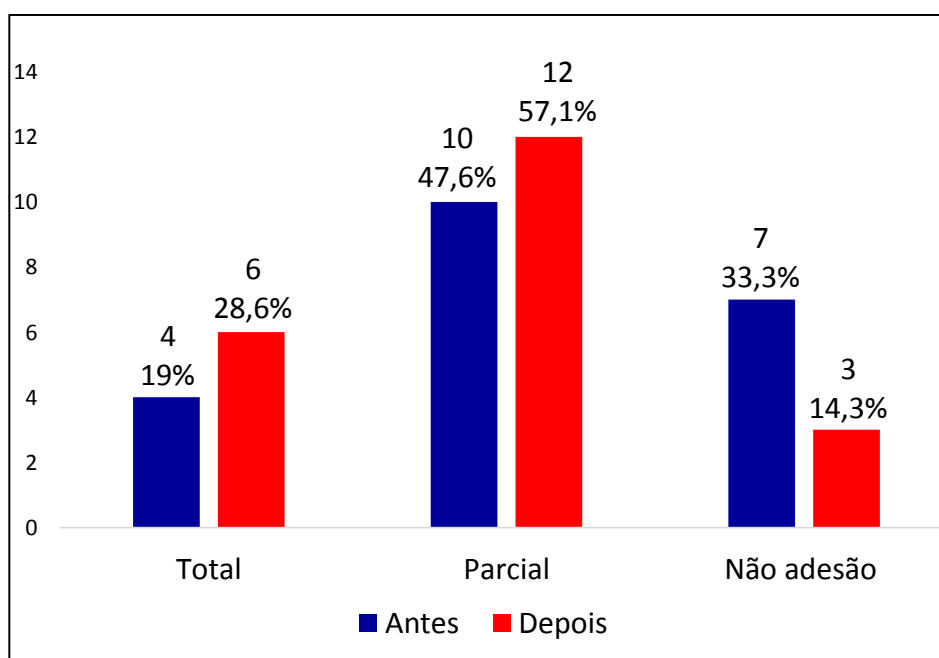
- Atividade 1 (Roda de conversa): HAS como problema de saúde.
  - Atividade 2 (Roda de conversa): Riscos, diagnóstico e principais sintomas.
  - Atividade 3 (Roda de conversa): Principais complicações e suas consequências.
  - Atividade 4 (Roda de conversa): Princípios gerais do tratamento farmacológico. Benefícios dos principais medicamentos.
  - Atividade 5 (Roda de conversa): Princípios gerais do tratamento não farmacológico.
  - Atividade 6 (Oficina educativa): Benefícios da atividade física nos idosos e na HAS. Atividade física recomendada.
  - Atividade 7 (Roda de conversa): Recomendações nutricionais nos idosos e na HAS.
  - Atividade 8 (Roda de conversa): Grupos alimentares e suas propriedades.
  - Atividade 9 (Oficina): Escolha dos alimentos e elaboração do cardápio destes pacientes.
  - Atividade 10 (Roda de conversa): Adesão terapêutica. Manifestações e consequências.
  - Atividade 11 (Roda de conversa): Controle da HAS. Metas. Problemas envolvidos no descontrole.
  - Atividade 12: Palestra educativa sobre HAS na comunidade.
  - Atividade 13: Palestra educativa sobre nutrição saudável e atividade física na comunidade.
- Etapa 4: Enfocada na avaliação do projeto, o que foi feito ao final das atividades educativas, tomando em consideração os conhecimentos adquiridos nas atividades, utilizando um questionário elaborado pelo autor da intervenção e preenchido pelos participantes (Apêndice 2). Também se avalio a adesão ao tratamento e o controle das cifras de PA, utilizando o mesmo instrumento aplicado pelo autor do trabalho ao início da intervenção, comparando os resultados obtidos (Apêndice 1).

## 7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na intervenção houve a participação de 21 idosos, sendo 13 mulheres (61,9%) e 8 homens (38,1%), com uma idade em média de 66,1 anos. A maioria dos estudos pesquisados mostram um predomínio de mulheres (ASTUDILLO, 2016; BRECEDA, 2017; MARCIAL, 2017; REYES, 2016). Reconhece-se que este grupo populacional tem mais costume de participar de consultas, o que explica também a existência de um maior número de homens hipertensos não diagnosticados. A intervenção realizou um total de 13 atividades educativas, com a participação de mais de 98% de idosos, em cada uma delas; se contou também com a participação de familiares e vizinhos da comunidade.

**Gráfico 1**

Adesão terapêutica antes e depois da intervenção educativa.

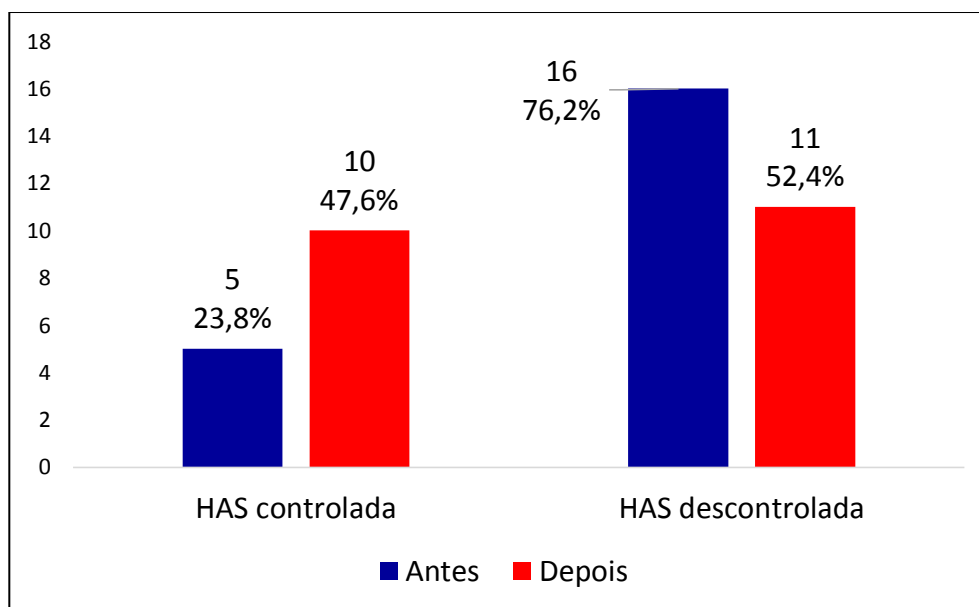


Sua aplicação obteve melhorias na adesão terapêutica e no controle das cifras de PA, apesar do curto tempo de avaliação (Gráfico 1). Ao início da intervenção a maioria dos pacientes tinham problemas na adesão terapêutica (42,9% estavam parcialmente aderidos e 33,3% não aderidos) e ao longo da mesma conseguiu reduzir o número de pacientes não aderidos de 33,3% a 14,3%.

A adesão ao tratamento farmacológico obteve uma maior melhoria, o que pode ser decorrente das variadas estratégias desenvolvidas na intervenção, que incluiu visitas domiciliares e atenção individualizada, enfocada sobretudo na adesão farmacológica (exemplo: rotulação das caixas de medicamentos). A adoção de mudanças nos estilos de vida (tratamento não farmacológico) requer geralmente de um maior tempo para sua obtenção, pela existência de etapas necessárias às mudanças de comportamento (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção). Isso enseja um processo diferente para cada indivíduo e que depende da etapa onde está o paciente no momento da intervenção.

### Gráfico 2

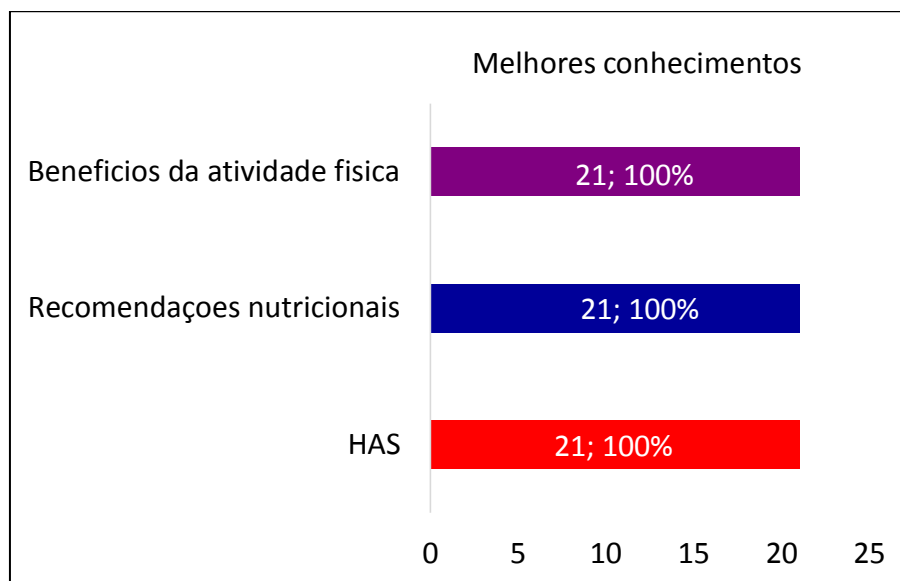
Controle da HAS antes e depois da intervenção educativa.



Também houve melhorias no controle da HAS, pois na avaliação inicial só estavam controlados 23,8% dos idosos e ao final se logrou controle no 47,6% deles. Também se observou que todos os pacientes com adesão total ao tratamento, tanto antes como depois do tratamento estavam controlados, o que reforça a importância de trabalhar na adesão terapêutica como forma de atingir o controle da doença.

### Gráfico 3

Avaliação de conhecimentos depois da intervenção educativa.



A avaliação de conhecimentos identificou que 100% dos participantes referiu ter melhores conhecimentos sobre a doença, sobre as recomendações nutricionais que contribuem ao controle das cifras de PA e sobre os benefícios da atividade física, aspectos estes que contribuem ao cumprimento das estratégias de abordagem da HAS, para atingir seu controle e evitar as complicações associadas a esta doença. As estratégias educativas enfocadas na oferta de informação para gerar modificações nos estilos de vida são muito efetivas para promover estilos de vida saudáveis e controle de doenças crônicas, sendo mais efetivas ao ser abordadas por uma equipe multidisciplinar e combinando metodologias que ensinem como fazer estas modificações na prática.

Comparando os resultados do presente estudo com outros realizados no mundo, um estudo de intervenção realizado na Espanha encontrou que a maioria dos pacientes se achavam descontrolados e não aderidos a seu tratamento antes da intervenção (23,3% tinham uma dieta inadequada, 55,9% não pratica nenhuma atividade física, 31% consumiam substâncias tóxicas, como tabaco e álcool). Nesse estudo, a intervenção pesquisada logrou melhorar padrões alimentares e estilos de vida na maioria dos implicados, mas reconhece-se que a intervenção por si só não logrou melhorar adequadamente adesão, necessitando-se de ações mais amplas, sistemáticas e individualizadas para atingir as metas neste sentido (HERNANDEZ, 2015).

Outro estudo de intervenção multicêntrico, nesse mesmo país, realizado em 36 centros assistenciais da atenção primária de Barcelona, comparou com um grupo no qual foi desenvolvida a intervenção educativa e um grupo controle, que recebeu atenção clínica usual. O estudo mostrou no grupo de intervenção um incremento de conhecimentos de 27,8%, da adesão ao tratamento farmacológico na ordem de 10,1% e não farmacológico de 9,6%. Não foram identificadas modificações nas cifras de PA nos dois grupos, o que pode estar relacionado com as dificuldades para a adoção de estilos de vida saudáveis, que levam mais tempo para ser adotados, considerando o período breve em que foi realizada a avaliação (GUIRADO, 2011).

Outro estudo multicêntrico na Espanha, identificou melhoria em todos os parâmetros mesurados, incluindo o controle da HAS, a redução da quantidade de pacientes não aderidos ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Esse estudo utilizou uma estratégia de intervenção que combinou em todas as atividades várias estratégias educativas (CONTRERAS, 2009). Na Turquia, um estudo que utilizou várias modalidades de intervenção (atenção clínica, visitas domiciliares e educação em saúde), observou também melhoria na adesão e redução das cifras de PA sistólica e diastólica nos pacientes envolvidos (HACIHASANOĞLU, 2011). Um estudo realizado em Brasil, em Minas Gerais observou melhorias na adesão terapêutica e no controle das cifras de PA dos envolvidos, mediante a realização de oficinas educativas e atenção individualizada no domicílio, com melhores resultados no grupo que recebeu ambas modalidades de atenção (RIBEIRO, 2012).

Em Aracaju, foi desenvolvido um programa de assistência farmacêutica em idosos hipertensos não controlados, com visitas domiciliares mensais, para desenvolver educação de saúde, logrando-se redução das cifras de PA e melhora na adesão terapêutica: ao final da mesma 57,2% dos idosos encontravam-se controlados da HAS (AGUIAR, 2012). Outro estudo nesse país, também reportou um incremento de conhecimentos dos participantes, após realizada a intervenção educativa, achando maior nível de preocupação com a saúde e também maior motivação para fazer mudanças nos hábitos de vida, principalmente no aspecto alimentar e inserção de atividade física regular na rotina diária dos envolvidos (MOTTA, 2014).

A educação em saúde resulta uma ferramenta essencial para a conscientização das pessoas sobre sua própria saúde, para que desta forma sejam capazes de iniciar mudanças efetivas nos hábitos e estilos de vida, através da auto responsabilidade e do autocuidado. As ações enfocadas de maneira integral, utilizando metodologias diversas e adequadas, que propiciem a participação dos envolvidos na solução de problemas, podem gerar o empoderamento das pessoas, tornando-as construtoras de transformações efetivas nos estilos de vida. Contudo, a obtenção e manutenção destas mudanças requer profissionais adequadamente preparados, e um trabalho sustentado e multiprofissional, além do apoio da família e da comunidade.

## 8 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	Ano 2017		Ano 2018				
	Mês Nov	Mês Dez	Mês Jan	Mês Fev	Mês Mar	Mês Abr	Mês Mai
<b>Atividades</b>							
<b>Etapa 1</b>							
Pesquisa bibliográfica e revisão da literatura.	X						
Elaboração do projeto de intervenção.	X	X					
Apresentação do projeto aos gestores.			X				
Organização das atividades			X				
Capacitação dos membros da equipe.			X				
Seleção dos participantes			X				
<b>Etapa 2</b>							
Avaliação da adesão e do controle dos pacientes				X			
<b>Etapa 3</b>							
Atividade 1 (Roda de conversa): HAS como problema de saúde.					X		
Atividade 2 (Roda de conversa): Riscos, diagnóstico e principais sintomas.					X		
Atividade 3 (Roda de conversa): Principais complicações e suas consequências.					X		
Atividade 4 (Roda de conversa): Princípios gerais do tratamento farmacológico. Benefícios dos principais medicamentos.					X		
Atividade 5 (Roda de conversa): Princípios gerais do tratamento não farmacológico.							
Atividade 6 (Oficina educativa): Benefícios da atividade física nos idosos e na HAS. Atividade física recomendada.							
Atividade 7 (Roda de conversa): Recomendações nutricionais nos idosos e na HAS.						X	
Atividade 8 (Roda de conversa): Grupos alimentares e suas propriedades.						X	
Atividade 9 (Oficina educativa): Escolha dos alimentos e elaboração do cardápio nestes pacientes.						X	
Atividade 10 (Roda de conversa): Adesão terapêutica. Manifestações e consequências.						X	
Atividade 11 (Roda de conversa): Controle da HAS. Metas. Problemas envolvidos no descontrole.							X
Atividade 12: Palestra educativa sobre HAS na comunidade.							X
Atividade 13: Palestra educativa sobre nutrição saudável e atividade física na comunidade.							X
Visitas Domiciliares					X	X	X
<b>Etapa 4</b>							
Avaliação de conhecimentos							X
Avaliação da adesão e controle							X



## 9 RECURSOS NECESSÁRIOS

### Recursos Humanos

<b>Profissionais</b>	<b>Função</b>
Médico/autor do projeto	Responsável pela organização, coordenação e execução das atividades educativas da intervenção.
Enfermeiro	Participa na execução das atividades educativas.
Técnico de enfermagem	Participa na elaboração dos materiais didáticos e execução das atividades educativas.
Dentista Auxiliar dental	Participa na execução das atividades educativas.
Gerente	Participa na coordenação das atividades educativas.
Agentes Comunitários de Saúde	Participa na execução das atividades educativas, reforçam as recomendações nas visitas domiciliares e entregam os materiais didáticos
Educador físico e Nutricionista do NASF	Participam nas atividades educativas sobre temas de nutrição e atividade física.

### Recursos Materiais

<b>Materiais</b>	<b>Função</b>
Local	Para o desenvolvimento das atividades educativas programadas.
Computador	Para a elaboração do projeto, projeção dos materiais audiovisuais das atividades educativas.
Data Show	Projeção dos materiais audiovisuais das atividades educativas.
Impressora	Impressão dos materiais didáticos para entrega aos pacientes.
Folhas	Impressão dos materiais didáticos para entrega aos pacientes.
Cartolina	Para elaborar materiais educativos
Caneta	Para elaborar materiais educativos
Caneta	Para preencher as folhas de avaliação e acompanhamento.

## **10 CONCLUSÃO**

Na intervenção houve a participação de 21 idosos (13 mulheres e 8 homens), com uma idade em média de 66,1 anos. Foram desenvolvidas 13 atividades educativas (9 rodas de conversa, 2 oficinas educativas e 2 palestras educativas), onde participaram mais de 98% dos idosos envolvidos, familiares e vizinhos da comunidade.

A intervenção melhorou os conhecimentos dos participantes sobre a doença, sobre as recomendações nutricionais nesta doença e sobre os benefícios da atividade física, no 100% dos participantes. Houve o incremento da adesão terapêutica, sobretudo do tratamento farmacológico e também o controle das cifras de PA, apesar do curto tempo de avaliação.

Estes resultados indicam a eficácia das intervenções educativas para incrementar a adesão terapêutica e melhorar o controle da HAS, mostrando a importância do desenvolvimento de ações multiprofissionais e coordenadas semelhantes, enfocadas na prevenção e promoção de saúde, no âmbito da estratégia de saúde da família.

## REFERÊNCIAS

- ARIAS, J.A; MARTINEZ, E.Y. Prevalencia de hipertensión arterial en universitarios, Medellín. **Curare**, v.1, n.1, p.17-26, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.16925/cu.v1i1.304>. Acesso em 9 de novembro do 2017.
- ANDRADE, S.S, et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, n.24, v.2, p.297-304, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222015000200297&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222015000200297&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em 9 de novembro do 2017.
- ACHURY, D.M; et al. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. **Aquichan**, v13, n.3; pp. 363-372, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74130042005>. Acesso em 9 de nov do 2017.
- ALFONSO, L.; et al. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. **Rev Cubana Sal Púb**, v.41 n.1, ene.-mar. 2015. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100004). Acesso em 9 de novembro do 2017.
- ASTUDILLO, M.P.; et al. Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes con hipertensión arterial. **Rev Med HJCA**, v.8, n.1, p.8-13, 2016. Disponível em: <http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/60>. Acesso em 9 de novembro do 2017.
- AGUIAR, P.M., et al. Pharmaceutical care program for elderly patients with uncontrolled hypertension. **J Am Pharm Assoc**, v.52, n.4, p.515-518, jul/ag 2012 Jul-Aug. Disponível em: <http://japha.org/article.aspx?articleid=1217903>. Acesso em 20 de junho 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/dicas-de-saude/portal-saude/profissional/area.cfm>. Acesso em 9 de novembro do 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 26p., 2002. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso 9 de nov do 2017.
- BORGES J.W. Instrumento de avaliação da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial: desenvolvimento e validação de conteúdo. Teses de Mestrado. Universidade Estadual de Ceará. 2012. Disponível em: <http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/JOSE%20WICTO%20PEREIRA%20BORGES.pdf>. Acesso em 9 de novembro do 2017.

BRECEDA, U; et al. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. **Atem Fam**, v.24, n.3, p.116-120, Jul–Set 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887117300408>. Acesso em 9 de novembro do 2017.

CIPULLO, J.P.; et al. Hypertension prevalence and risk factors in a brazilian urban population. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v.94, n.4, p.519-526, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010000400014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000400014). Acesso em 9 de novembro do 2017.

CABRERA, M., et al. Adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial sistémica y factores coadyuvantes, de la Colonia “Juan Escutia”, Delegación Iztapalapa, México, D.F. **Rev Esp Cienc Sal**, v.16, n.2, p.62-68, 2013. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2013/vre132d.pdf>. Acesso em 9 de novembro do 2017.

CASTRILLO, A.O; et al. Prevalencia de hipertensión arterial en adolescentes del preuniversitario "Salvador Allende". **MEDISAN**, Santiago de Cuba, v.20, n.7, p, 2016. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192016000700008&lng=es&nrm=isso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192016000700008&lng=es&nrm=isso). Acesso em 9 de novembro do 2017.

CONTRERAS, E.M.; et al. Intervención no farmacológica como estrategia para favorecer el control de la hipertensión arterial y mejorar el cumplimiento antihipertensivo. **Aten Prim**, v.41, n.9, p.501-510, set 2009. Disponível em: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13140411&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&ty=87&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v41n09a13140411pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13140411&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=87&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v41n09a13140411pdf001.pdf). Acesso em 9 de novembro do 2017.

DOS SANTOS, M.V.; et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v.11, n.1, p.55-61, jan-mar 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3390.pdf>. Acesso em 9 de novembro do 2017.

DE OLIVEIRA, G.M.; et al. Diretrizes de 2017 para manejo da hipertensão arterial em cuidados primários nos países de língua portuguesa. **Rev Port Cardiol**, v.36, n.11, p. 789-798, 2017. Disponível em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-cardiologia-334/pdf/S0870255117307862/S300/>. Acesso em 9 de novembro do 2017.

ECHAVARRIA, M.; FERNANDEZ, N.; BETANCOURT, I. Caracterización de pacientes con hipertensión arterial en un área rural de Santiago de Cuba. **MEDISAN**, Santiago de Cuba, v.18, n.4, p.509-515, abr 2014. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000400007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000400007&lng=es&nrm=iso). Acesso em 9 de novembro do 2017.

FIGUEREDO, N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.6, p.782-787, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000600011&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000600011&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em 9 de nov do 2017.

GIROTTI, E.; et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc & Saú Col**, v.18, n.6, p.1763-1772, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232013000600027&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232013000600027&lng=es&nrm=iso). Acesso em 9 de novembro do 2017.

GUIRADO, E.A.; et al. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. **Gac Sanit**, v.25, n.1, p.62-67, jan/feb 2011. Disponível em: [http://www.gacetasanitaria.org/en/linkresolver/knowledge-and-adherence-to-antihypertensive/S0213-9111\(10\)00285-2/](http://www.gacetasanitaria.org/en/linkresolver/knowledge-and-adherence-to-antihypertensive/S0213-9111(10)00285-2/). Acesso em 9 de novembro do 2017

HERNANDEZ, V.V; GAMEZ, G.; NIETO, J.G. Aplicación de un programa de mejora de la adherencia en pacientes hipertensos debutantes. **Rev Aten Prim**, v.47, n.2, p.83-89, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671400136X>. Acesso em 9 de novembro do 2017.

HIRSCHBERG, S.D.; et al. La relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial. **Psiencia**, v.6, n.2, p. 64-70, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333133045002>. Acesso em 9 de novembro do 2017.

HACIHASANOĞLU, R.; GÖZÜM, S. The effect patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. **J Clin Nurs**, v.20, n.6, p.692-705, may 2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03534.x/pdf>. Acesso em 9 de novembro do 2017.

IBGE BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estadísticas (IBGE). Cidades Brasileiras. Município Ibiapina. Estado de Ceara. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/ibiapina/panorama>. Acesso em 9 de novembro do 2017.

IMSERSO. Libro blanco del envejecimiento activo. 1ª Ed. Madrid: Ministério de Sanidad y Política Social; 2011. Disponível em: [http://www.imserso.es/imserso\\_01/envejecimiento\\_activo/libro\\_blanco/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo/libro_blanco/index.htm). Acesso em 9 de novembro do 2017.

LIMA, M.M.; et al. Exercício aeróbico no controle da hipertensão arterial na pós-menopausa. **Fisioter Mov**, Curitiba, v.24, n.1, p. 23-31, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v24n1/v24n1a03.pdf>. Acesso em 9 de novembro do 2017.

LIRA, M.T. Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. **Rev Med Clin Condes**, v.26, n.4, p.156-63, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401500036X>. Acesso em 9 de novembro do 2017.

MAGNABOSCO, P.; et al. Prevalência e controle da hipertensão arterial: estudo comparativo entre população urbana e rural. **Rev Min Enferm**. v.21, e-999, 2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/bde-30569?lang=pt>. Acesso em 9 de novembro do 2017.

MALTA, D.; et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Rev. Epidemiol Serv Saúde**. v.23, n.4, p.599-608, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000400002>. Acesso em 9 de novembro do 2017.

MALTA, D.; et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev Saúde Pub**, v.51, n.1, p.1-4, 2017. Disponível em: [http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles\\_xml/0034-8910-rsp-S1518-8787201705100supl1ap/0034-8910-rsp-S1518-8787201705100supl1ap-pt.x83902.pdf](http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-8787201705100supl1ap/0034-8910-rsp-S1518-8787201705100supl1ap-pt.x83902.pdf). Acesso em 9 de novembro do 2017.

MOTTA, M.; et al. Educação em saúde junto a idosos com hipertensão e diabetes: estudo descritivo. **Rev UNINGÁ**, v.18, n.2, p.48-53, Abr-Jun 2014. Disponível em: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140501\\_121328.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140501_121328.pdf). Acesso em 9 de novembro do 2017.

MATTA, S.; LUIZA, V.L.; AZEREDO, T. Adaptação brasileira de questionário para avaliar adesão terapêutica em hipertensão arterial. **Rev Saúde Púb**, v.47, n.2, p.292-300, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000200292&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000200292&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em 9 de novembro do 2017.

MARCIAL, G., et al. Adherencia terapéutica en pacientes con algunas enfermedades crónicas no transmisibles. **Rev Cub Med Gen Integr**, v.33 n.3, jul.-set 2017. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252017000300001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000300001). Acesso em 9 de novembro do 2017.

NONATO, I.; et al. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. **Rev Salud Públ Méx**, Cuernavaca, v.55, supl.2, p.144-150, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000800011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800011&lng=es&nrm=iso). Acesso em 9 de novembro do 2017.

OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. OMS; 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>. Acesso em 9 de novembro do 2017.

OLIVEIRA, F.A.; et al. Atividades de educação em saúde realizadas com grupo de idosas para promoção do autocuidado em saúde. **Rev Eletr Ext**, Florianópolis, v.15, n.28, p. 137-150, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2018v15n28p137>. Acesso em 10 de abril do 2018.

PRIETO, M. A. Guías en el manejo de la hipertensión. **Semergen**, v.40, s.4, p.2-10, 2014. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-linkresolver-guias-el-manejo-hipertension-S1138359314743916>. Acesso em 9 de novembro do 2017.

PIEDRAHITA, M.C.; et al. Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia. 2010-2011. **Rev Prom Sal**, v.18, n.1, p. 81 – 96, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126802007>. Acesso em 9 de novembro do 2017.

ROZMAN, C.; Cardellach F. Farreras-Rozman. Medicina Interna. 18ª Ed. Barcelona: Edit Elsevier, 2016.

ROUMIE, C.L.; et al. Patient centered primary care is associated with patient hypertension medication adherence. **J Behav Med**, v.34, n.4, p.244-253, aug 2011. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10865-010-9304-6>. Acesso em 20 de junho do 2018.

REYES, Maldonado F.J. et al. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martín-Bayarre-Grau. **Rev Aten Fam**, v.23, n.2, p.48-52, 2016. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-prevalencia-adherencia-terapeutica-pacientes-hipertensos-S1405887116301134>. Acesso em 9 de novembro do 2017.

RODRIGUEZ, M.C.; ALFONSO, L.M.; VEA, H. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario "Manuel Fajardo" en el Municipio Cruces, Cienfuegos, 2009. **Rev Cub Med Gen Integr**, v.27 n.4, p.504-512, oct.-dic 2011. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000400009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400009&lng=es&nrm=iso). Acesso em 9 de novembro do 2017.

RIBEIRO, A.; et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev Nutr**, v.25, n.2, p.271-282, mar-apr 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v25n2/09.pdf>. Acesso 22 de junho 2018.

RIBEIRO, A.; et al. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desistindo os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da saúde da família. **Physis**, v.21, n.1, p.87-112, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a05.pdf>. Acesso 22 de junho 2018.

SOTERO, M, et al. Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol**, v.18, n.2, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060017>. Acesso em 9 de novembro do 2017.

SILVA, L.F; et al. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo por idosos na atenção primária. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v.35, n.2, p.271-278, 2014. Disponível em: [http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewFile/2943/2943](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2943/2943). Acesso em 9 de novembro do 2017.

SBC (Sociedade Brasileira de Cardiologia). Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Brasil Cardiol**, v.107, n.3, s.3, p.260-312, set 2016. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf). Acesso em 9 de novembro do 2017.

TORTORELLA, C.; et al. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre adultos cadastrados no Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2004-2011. **Rev Epidemiol Serv Saúde**, v.26, n.3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300005>. Acesso em 9 de novembro do 2017.

VARLETA, P.; et al. Prevalencia y determinantes de adherencia a terapia antihipertensiva en pacientes de la Región Metropolitana. **Rev Méd Chile**, Santiago, v.143, n.5, p.569-576, maio 2015. Disponível em: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872015000500003&lng=pt&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000500003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 9 de novembro do 2017.

WHO (World Health Organization. World health statistics: a snapshot of global health. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70889/WHO\\_IER\\_HSI\\_12.1\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70889/WHO_IER_HSI_12.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em 9 de novembro do 2017.

ZUBELDIA, L.; et al. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. **Rev Esp Salud Púb**, v.90, n.1, 2016. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2016.v90/e40006/es>. Acesso em 9 de novembro do 2017.



## APÊNDICES

### Apêndice 1

#### FICHA DE AVALIAÇÃO DE ADESÃO E CONTROLE.

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_. Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Controle da HAS	Antes da intervenção	Depois da intervenção
Controlada		
Não controlada		

AVALIAÇÃO DA ADESÃO										
Pergunta	Antes da intervenção					Depois da intervenção				
	Nunca (0 Pts)	Quase nunca (1 Pts)	Às vezes (2 Pts)	Quase sempre (3 Pts)	Sempre (4 pts)	Nunca (0 Pts)	Quase nunca (1 Pts)	Às vezes (2 Pts)	Quase sempre (3 Pts)	Sempre (4 pts)
Toma todos os medicamentos indicados										
Toma as medicações no horário estabelecido										
Toma todas as doses indicadas.										
Encaixa os horários do remédio nas atividades do seu dia a dia.										
Leva o tratamento sem grandes esforços.										
Faz uso de lembretes para realização do tratamento										
Tem a possibilidade de dar a sua opinião no tratamento										
Gosta de alimentos ricos em sal										
Faz uso de alimentação rica em frituras/gordura										
Faz uso de bebidas alcoólicas										
Pratica alguma atividade física										
Vai a consultas marcadas										
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>										
<b>AVALIAÇÃO</b>	Adesão total _____ Adesão parcial _____ Não adesão _____					Adesão total _____ Adesão parcial _____ Não adesão _____				
<b>Avaliação:</b> Adesão total (Entre 38-48 pontos) Adesão parcial (Entre 17-37 pontos) Não adesão (Menos de 17 pontos)										

## Apêndice 2

### AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Responda as seguintes perguntas marcando com uma X a resposta que você considere correta.

1). Como você avalia seus conhecimentos sobre a hipertensão logo das atividades educativas?

Iguais \_\_\_\_\_.                      Melhores \_\_\_\_\_.                      Piores \_\_\_\_\_.

2). Como avaliaria você seus conhecimentos sobre as recomendações nutricionais de sua doença?

Iguais \_\_\_\_\_.                      Melhores \_\_\_\_\_.                      Piores \_\_\_\_\_.

3). Como avaliaria você seus conhecimentos sobre os benefícios da atividade física?

Iguais \_\_\_\_\_.                      Melhores \_\_\_\_\_.                      Piores \_\_\_\_\_.

## ANEXOS

### Anexo 1

Recomendações para o tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial.

Medida	Recomendação
Controlo do peso	Manter IMC <25 kg/m <sup>2</sup> até 65 anos. Manter IMC <27 kg/m <sup>2</sup> após 65 anos. Manter PA <88 cm nas mulheres e <102 cm nos homens.
Padrão alimentar	Adotar dieta rica em frutas, vegetais e com baixo teor em gorduras saturadas A dieta Dash (Dietary Approach to Stop Hypertension), com 2.100 kcal/dia conforme proposta original, é a mais usada:
	Frutas (4-5 porções/dia)
	Vegetais (4-5 porções/dia)
	Leite e derivados <1% gordura (2-3 porções/dia)
	Carnes magras, peixe e frango (<180 g/dia)
	Óleos e gorduras (2-3 porções/dia)
	Sementes e oleaginosas (4-5 porções/semana)
	Açúcares (<5 porções/semana)
	Sal (~ 6 g ou 3.000 mg de sódio/dia)
	Grãos integrais (6-8 porções/dia)
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo diário de álcool a uma dose (mulheres e pessoas com baixo peso) ou a duas doses para os homens
Atividade física	Para todos os hipertensos – recomendação populacional – prática de atividade física Fazer, no mínimo, 30 min/dia de atividade física moderada (semelhante a caminhada), de forma contínua (1 x 30 min) ou acumulada (2 x 15 min ou 3 x 10 min) em cinco a sete dias da semana
	Treino aeróbio Pelo menos 3 vezes/semana (ideal 5 vezes/semana). Pelo menos 30 min (ideal entre 40 e 50 min) Modalidades diversas: andar, correr, dançar, nadar Intensidade moderada: definida pela maior intensidade feita que permita conversar (sem ficar ofegante), sentir-se entre ligeiramente cansado e moderadamente cansado Manter a frequência cardíaca (FC) de treino (FT) no intervalo entre a FT inferior e a superior calculado por: $FT\ inferior = (FC\ máxima - FC\ repouso) \times 0,5 + FC\ repouso$ ; * $FT\ superior = (FC\ máxima - FC\ repouso) \times 0,7 + FC\ repouso$ . Idealmente as FCs usadas para calcular a intensidade do treino aeróbio devem ser determinadas em teste de exercício máximo, feito sob a medicação habitual do doente. *FC máxima: obtida em prova de esforço máxima, efetuada sob a medicação habitual, ou através do cálculo da FC máxima prevista pela idade (220 - idade; não usar em doentes cardíacos ou em hipertensos sob betabloqueadores ou bloqueadores de canais de cálcio não di-hidropiridínicos). FC repouso: deve ser medida após 5 min de repouso deitado.
	Treino da força muscular. Duas a três vezes/semana, oito a 10 exercícios para os principais grupos musculares, com prioridade para execução unilateral se necessário. Uma a três séries com 10 a 15 repetições até a fadiga moderada (redução da velocidade de movimento, impedir a apneia, expiração na contração e inspiração no retorno à posição inicial Pausas longas passivas – 90 a 120 s
IMC: índice de massa corporal; PA: perímetro abdominal.	

Adaptado de Malachias MV et al. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension. Arq Bras Cardiol, v.107, s.3, p.1-83, 2016.