



MILEYDIS GONZALEZ HERNANDEZ

**AÇÃO DE INTERVENÇÃO SOBRE OS FATORES INTERVINENTES
NA ADESÃO DO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
DOS PACIENTES ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DA UBS FIORI MURANO**

**CAMPO GRANDE/MS
2014**

MILEYDIS GONZALEZ HERNANDEZ

**AÇÃO DE INTERVENÇÃO SOBRE OS FATORES INTERVINENTES
NA ADESÃO DO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
DOS PACIENTES ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DA UBS FIORI MURANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
como requisito para conclusão do curso de Pós
Graduação em nível de especialização Atenção
Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Maria Aparecida Da Silva

**CAMPO GRANDE/MS
2014**

DEDICATÓRIA

A minha família pelo apoio incondicional e paciência nos momentos de ausência,
á professora Maria Aparecida pela direção, conselho e incentivo nesta trajetória.

A minha filha Jenniffer, minha alegria, paixão, inspiração e realização.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Quando paramos para agradecer, observamos quantas colaborações tivemos. Tanto que de uma forma ou de outra participaram no trabalho que se esta concluindo, fica-se então o desafio de escolher a quem mencionar de modo especial.

Em primeiro lugar á professora Dr^a Maria Aparecida por sua orientação, sua paciência e persistência, me ajudo com suas sugestões criticas, incentivos e correções e a pesar da distancia se dispôs a colaborar neste projeto e a dar forma a este trabalho.

A minha ESF por terem oportunizado a realização do trabalho com os pacientes.

Aos pacientes que aceitaram participar da entrevista, das aulas sem os quais não teríamos êxito neste empreendimento.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o nosso reconhecimento por sua valiosa contribuição profissional. A todos muito obrigado.

RESUMO

Este trabalho de intervenção teve como objetivo geral contribuir com a redução da taxa de abandono do tratamento da HAS dos pacientes hipertensos da ESF que trabalhamos, assim como objetivos específicos a estimação da taxa de adesão ao tratamento hipertensivo medicamentoso e não medicamentoso, a identificação dos fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo pra atuar sobre eles,e o desenvolvimento de ações educativas para incentivar a adesão ao tratamento e contribuir com a melhora da qualidade de vida dos usuários e de seus familiares. Foram acompanhados 25 pacientes hipertensos que estão cadastrados no programa HIPERDIA e aderentes ao serviço. Foi identificado um incremento da mobilidade por HAS associada à falta de conhecimento sobre a doença. Foi realizada uma intervenção junto á comunidade no período de setembro a dezembro de 2014. Entre as ações desenvolvidas, destacam-se ações com os sujeitos do PI em grupo de discussão, atividades educativas e encaminhamento para consultas de referência de HAS. Realizou-se sessões de trabalho com os agentes comunitários de saúde (ACS) e líderes da comunidade visando a participação efetiva deles nas ações. A pós a intervenção conseguimos diminuir e controlar em curto prazo os fatores de risco dos pacientes. As ações de educação em saúde realizadas foram muito positivas, reforçando seu poder de modificar os hábitos de vida, para assim obter o controle da doença, diminuiu o numero de pacientes com ingestão excessiva de sal (20%) e de gorduras (24%),também diminuiu o numero de pacientes com ingestão excessiva de bebidas alcoólicas ,sedentarismo , excesso de peso e obesidade, aumento o numero de pacientes que só utiliza terapia medicamentosa em um (60%) , teve um aumento do pacientes com tratamento não farmacológico no (40%) , aumentou a terapia combinada em (60%).

Palavras chaves: Hipertensão Arterial Sistêmica. Adesão ao tratamento. Intervenção educativa na comunidade.

ABSTRACT

This study aimed to contribute to the reduction of drug attrition rate HAS treatment of hypertensive patients of ESF Fiori Murano Nossa Senhora de Fatima community of Bela Vista-Matogrosso do Sul as well as specific objectives of estimation treatment adherence rate medicated and non-medicated hypertensive, identification of factors that interfere with antihypertensive treatment adherence to act on them, and the development of educational activities to encourage adherence to treatment and contribute to the improvement of quality of life of users and their families. 25 hypertensive patients were studied by means of an intervention study; patients are enrolled in the HIPERDIA program and adherent to the service. Increased mobility has been identified by HAS associated with the ignorance of the disease. Was held an intervention by the community in the period from September to December 2014. From the initial diagnosis of the knowledge of participants about HAS, adherence to drug treatment and not medicated, was made an intervention in the community. Among the actions developed include actions with group discussion among participants, educational intervention for participants as the disease, forward for the HAS reference queries, conducting workshops with the community health agents (ACS), community leaders for supporting effective programs that can help you modify the style of life in these patients, uniting the participants to a sports area and encourage the practice of physical exercises and planning healthy recreational activities that promote the proper use of free time. As a result expected is to raise the knowledge about HAS, increase adherence to drug treatment and medicated, modify the style of life of participants. After the intervention we can decrease and short-term control the risk factors of the patients involved. So the actions of health education carried out were very positive, reinforcing its power to change the habits of life of the patients, in order to gain control of the disease, decreased the number of patients with excessive intake of the (20%) and fat (24%) also decreased the number of patients with excessive alcohol intake, physical inactivity, overweight and obesity increase the number of patients who only uses drug therapy in a (60%) had an increase in patients with pharmacological treatment in (40%) and increased in combined therapy (60%).

Keywords: Systemic Arterial Hypertension. Treatment adherence. Educational intervention in the community.

SUMÁRIO

1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	9
1.1 INTRODUÇÃO.....	9
1.2 OBJETIVOS	16
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	17
3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	21
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
5. REFERÊNCIAS	32
ANEXOS	34

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 Introdução

A Hipertensão Arterial sistêmica é um fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento isquêmico cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal. A hipertensão arterial é responsável por aproximadamente 25% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e por 40% da etiologia dos acidentes vasculares cerebrais, sendo a causa da cardiopatia hipertensiva, a hipertensão arterial esta frequentemente na linha causal de insuficiências cardíaca, assim como a insuficiência renal crônica. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças crônico-degenerativas e, por tanto, a caracteriza como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (¹)

A prevalência mundial da Hipertensão Arterial estimada é da ordem de um bilhão de indivíduos hipertensos, sendo que aproximadamente 7,1 milhões de óbitos por ano poder ser atribuídos à Hipertensão Arterial (²). No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35 % da população de 40 anos o mais.

E esse número é crescente e atinge grupos cada vez mais precoce, estimando-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadores HAS. A carga da doença é muito alta e por tudo isso a hipertensão arterial representa um problema grave de saúde pública no Brasil e no Mundo. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo de HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito das dos diversos protocolos e recomendação existente e maior acesso a medicamentos. (³)

A Hipertensão Arterial é uma doença crônica, considerada um grave problema de saúde pública em todas as classes sócio-econômicas, tendo

consequências devastadoras, geralmente permanecendo assintomática até uma fase tardia de sua elevação ⁽⁴⁾. Por ser a mais comum das doenças cardiovasculares, a Hipertensão Arterial Sistêmica é o principal fator de risco para as complicações mais comuns, entre elas, o desenvolvimento de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência renal, insuficiência cardíaca congestiva e infarto agudo de miocárdio, que podem ser atribuídos à falta de controle adequado dos níveis pressóricos e a ocorrência de morte prematura.⁽⁵⁾

O controle e à adesão ao tratamento anti-hipertensivo é um desafio para os profissionais de saúde, buscando reduzir as mortes e elevar a qualidade de vida das pessoas hipertensas. Estes alcançam o proposto sempre ao receber tratamento eficiente e apoio constante, no sentido de acompanhamento e monitorização, inclusive a realização de buscas ativas quando necessário. ⁽⁶⁾

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial-PA(PA \geq 140x9mmHg). Associa-se frequentemente, as alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins, vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas com aumento de riscos de eventos cardiovasculares fatais e não fatais ⁽⁷⁾.

O diagnóstico precoce e adequado pode transformar favoravelmente esse quadro, visto que inúmeros fatores de risco para a HAS podem ser modificados. A pessoa hipertensa necessita de monitoramento constante e mudanças de hábitos de vida, incluindo uso dos medicamentos, o controle alimentar, a realização de atividades físicas. Essas mudanças indicam a importância de ações de prevenção e controle da doença para melhoria da qualidade de vida dos hipertensos, diminuição das complicações decorrentes de HAS, além da redução do número de óbitos dela decorrentes, constituindo um desafio para profissionais de saúde, autoridades públicas e indivíduos hipertensos.

O meio social econômico e cultural em que o indivíduo está inserido exercem influências no seu estado de saúde, determinando o surgimento de alterações fisiológicas, como o surgimento da HAS. HAS pode ser considerada

como uma doença com presença marcada nos tempos modernos, visto que é uma das morbidades mais frequentes na população adulta dos países industrializados e dos países em desenvolvimento. A aferição periódica da pressão arterial é a forma mais eficiente para o estabelecimento do diagnóstico e início precoce do tratamento ⁽⁸⁾. Terapêutica indicada nos casos de HAS, em geral não apresenta dificuldades para ser administrada.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica de saúde, que oferece recursos no sentido da redução da morbidade e da mortalidade ⁽⁹⁾ Um fato preocupante é que, em função do curso silencioso da doença hipertensiva, muitos indivíduos só descobrem que são hipertensos quando já apresentam complicações graves. Conhecimento sobre a doença e tratamento é uma variável importante no contexto da adesão ao tratamento.

Os hipertensos possuem a informação sobre o problema, porém não o controlam devidamente. A discrepância entre ter informação a respeito da doença e seu tratamento e controle, aponta para a diferença essencial entre conhecimento e adesão. Enquanto o conhecimento é racional, a adesão é um processo bastante complexo que envolve fatores biológicos, sociais, emocionais e dificuldades de ordem prática. A adesão ao tratamento da HAS tem se mostrado um problema mundial uma vez que a piora dos resultados terapêuticos, em especial de doenças crônicas, aumenta consideravelmente os custos dos sistemas de saúde.

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde, a prevalência de hipertensão na América Latina está entre 8% e 30%⁴. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmhg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos^{9, 10}

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão SBH (¹⁰), nos países desenvolvidos apenas 50% dos pacientes portadores de doenças crônicas realizam a manutenção do tratamento a eles proposto, sendo o percentual ainda menos significativo nos países em desenvolvimento, onde aproximadamente dois terços dos indivíduos portadores de HAS não demonstram ter conhecimento da sua condição de hipertenso, embora já tenham recebido essa informação em algum momento da sua vida. (^{12,13})

As dificuldades de adesão as intervenção não medicamentosas e medicamentosas comentadas no contexto terapêutico certamente se estendem aos propósitos de prevenção primária. Nas consultas é indispensável avaliar se os pacientes estão realmente seguindo o tratamento. Uma das principais razões para a falta de efetividade em longo prazo de medidas ante-hipertensivas, medicamentosa e não medicamentosas é a falta de adesão .

O município de Bela Vista está localizado ao sul da regia centro - oeste do Brasil a sudeste de Matogrosso do Sul (microrregião de Campo Grande),na fronteira com Paraguai , tendo um clima tropical , as temperaturas medias do mês mais frio fica entre 15 e 20 graus , tem como vegetações a savanas parques (campo sujo) contato savanas /floresta estacional. Bela vista é banhada pelo rio APA um dos principais do estado de Matogrosso do sul.

A população total abordada por nossa realidade de trabalho, e que consistirá na realidade deste projeto de intervenção é de 1551 pessoas, sendo 352 famílias analisadas, residentes na área rural do município. O quadro1 abaixo, demonstra a divisão da população abordada segundo a faixa etária e o gênero.

Do total da população com mais de 15 anos de idade (total: 1.161), 810 são alfabetizados. Na população envolvida neste projeto de intervenção, as mulheres são mais engajadas em cuidar das crianças e trabalham nas atividades do lar. Os homens estão mais concentrados nas atividades da agricultura e pecuária.

Quadro 1- Distribuição da população por faixa etária e gênero. Bela Vista/MS, 2014

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
	Quantid.	%	Quantid.	%	Quantid.	%
<1	9	0,6	5	0,3	14	0,9
1-4	31	2,0	27	1,7	58	3,8
5-9	19	1,2	25	1,6	44	2,8
10-14	92	6,0	82	5,2	174	11,2
15-19	63	4,0	41	2,6	104	6,7
20-39	252	16,2	166	11,0	418	30,0
40-49	126	8,1	113	7,2	239	15,4
50-59	116	7,4	107	6,8	223	14,3
Mais de 60	98	6,3	79	5,0	177	11,4
Total	806	52,0	745	48,0	1551	100

Fonte: Entrevista familiar

O grupo a ser abordado pelo PI encontra-se predominantemente na faixa etária de 20-39 anos, composta por 418 pessoas, o que representa (30,0 %) da população total; seguidos por aqueles com idade entre 40-49 anos ou mais (15,4%).

Quanto ao gênero há predomínio do sexo masculino. Assim, de acordo com o índice de Stroomberg a população envolvida neste projeto de intervenção foi classificada segundo idade, e a contagem do grupo segundo a faixa etária de 0-14 é menor do que o total da população com mais de 50 anos.^(14,15)

O índice Rosset é o percentual da população total de um país, território ou área geográfica de 60 e mais anos, para um determinado sexo e em um ponto de tempo específico, geralmente no meio do ano⁽¹⁶⁾; manifesta a importância da população com mais de 60 anos na população em geral. Calculando a taxa de Rosset no estudo populacional evidenciou uma população jovem encontraram-se 177 pessoas com mais de 60 anos sob um índice de 11,4%.

A realização de uma triagem eficiente e controle de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes Mellitus é necessário. O movimento de migração ou de imigração é a variável demográfica que expressa a entrada (imigração) ou saída (emigração) de pessoas para um determinado território pelo qual podemos determinar se o movimento predominante em direção a outras áreas de população ou de pessoas que se deslocam de outros lugares⁽¹⁷⁾.

Considerando a alta prevalência de casos de hipertensão em nosso meio optamos por centralizar este projeto de intervenção na análise da prática da educação em saúde sobre esta condição clínica.

Quadro 2 - Prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis na população assistida. Bela Vista/MS, 2014

Doenças crônicas	Quantidade	%
Hipertensão arterial sistêmica	115	9,99
Diabete Mellitus	27	2,35
Epilepsia	5	0.43
Acidente Vascular Cerebral	9	0.78

Fonte: Entrevista familiar

Observando este comportamento da morbidade por doenças crônicas não transmissíveis apresentado acima, há predominância de prevalência Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com 115 casos e representa (10%) da população.

A percepção exata do risco significa que temos que planejar nosso trabalho com o objetivo de desenvolver ações de promoção e prevenção de saúde para incentivar mudanças nos modos e etilo de vida poucos saudáveis entre a população, com impacto sobre os fatores de risco associados à hipertensão, como: ingestão de diminuição sal, o ócio, a obesidade, falta de exercício físico entre outros.

A unidade da ESF rural “Unidade de Saúde da Família Fiori Murano ” esta ubicada no bairro Nossa Senhora de Fatima do Município Bela vista. Esta composta por medica, enfermeiro, um técnico de enfermagem, dentista, assistente de dentista e os agentes comunitários de saúde.

Após alguns meses de trabalho na ESF observamos que há uma grande falta de adesão e cumprimento do tratamento das doenças crônicas, principalmente da Hipertensão Arterial que é a mais prevalente com 115 pacientes hipertensos para 10% da população. Muitos pacientes hipertensos leves há vários meses e até anos que iniciavam tratamento anti-hipertensivo e que após a Pressão Arterial controlada deixaram de tomar a medicação por crerem já estarem curados e logo voltam com sintomas mais avançados.

São vários fatores que interferem na adesão ao tratamento, dentre eles à falta de conhecimento do paciente sobre a doença e o seu comportamento frente à ingestão dos medicamentos, inadequação do uso da droga, dificuldade do acesso ao sistema de saúde, indisponibilidade de medicação na rede básica de saúde, quantidade de drogas e número de doses diárias de medicação prescrita, efeitos adversos, resistência ao tratamento e presença de morbididades. ⁽¹⁸⁾

Diante destes fatos, pretendemos com este PI atuar sobre os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento dos usuários hipertensos em nossa área de abrangência, visando maior adesão ao tratamento e contribuir com a melhora da qualidade de vida dos usuários e dos seus familiares, e assim, evitar as complicações a curto, mediano e longo prazo.

1.2 - OBJETIVO GERAL

- Contribuir com a redução da taxa de abandono do tratamento da HAS

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a taxa de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
- Identificar os fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo e atuar sobre eles.
- Desenvolver ações educativas para incentivar a adesão ao tratamento e contribuir com a melhora da qualidade de vida dos usuários e dos seus familiares.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Cenários da intervenção

Trata-se de um trabalho de intervenção a ser desenvolvido pela ESF rural Fiori Murano, Município Bela Vista/MS. E tem como objetivo Identificar os fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo, atuar sobre eles e desenvolver ações educativas para incentivar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e assim contribuir com a melhora da qualidade de vida dos usuários e dos seus familiares, estimular a prática da educação em saúde. A área da abrangência da equipe possui 1551 habitantes, 352 famílias cadastradas e 115 pacientes Hipertensos acompanhados pela ESF que representa um (10%) da população maior de 15 anos.

Atualmente, nossa área de atuação está dividida em seis micro áreas, temos 100% de cobertura pelos agentes de saúde (ACS) o que garante o acompanhamento de 100% dessas famílias. Além disso, a unidade atende pacientes de áreas próximas devido à proximidade destas com nossa unidade, o que nos faz atender uma demanda muito maior do que o número de famílias que temos. O trabalho acontecerá no período de Março de 2014 a Dezembro de 2014.

2.2 Implementação das ações de intervenção

Passo 1:

- Coleta de dados a traves da entrevista semi-dirigida a pacientes com hipertensão arterial sistêmica, estas oficinas acontecerão inicialmente com uma entrevista individual durante as consultas de enfermagem de acordo com o cronograma mensal de atendimento aos hipertensos, nas terças-feiras, no turno da tarde. Com objetivo de selecionar os pacientes/participantes do PI.
- Durante esta fase, os 25 pacientes selecionados que representam o (21,7%) dos pacientes com HTAS cadastrados na unidade os quais moram na comunidade nossa senhora de Fátima, vão ser submetidos a

entrevistas individuais realizadas de modo aprofundado (Anexo 02), exame físico e as seguintes variáveis vão ser analisadas:

Passo 2: Ações de educação em saúde.

- As oficinas ocorrerão nos meses de setembro e outubro do ano de 2014, onde serão realizadas semanalmente no total de (08) no transcurso da intervenção e cada uma terá duração de quarenta cinco minutos.
- Os temas abordados serão específicos sobre assuntos relacionados: A atividade física e dieta equilibrada explanando a hipertensão através de exposição dialogada direcionada a administração correta de medicamentos, ou seja, tomadas de medicamentos no horário e dosagem correta, higiene oral e corporal, cuidados com os pés, aferição da pressão arterial diariamente ou quando possível ilustração de pacientes com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC); utilizando filmes e DVD em espaço e ambiente adequado para atividades e também para atividades físicas
- Convidaremos os gestores e profissionais do NASF (nutricionistas, psicólogos, educador físico, cirurgião dentista, fisioterapeuta e assistentes sociais) para uma reunião com a finalidade de estabelecer parceria.

Espera-se contribuir com auto-reflexão, com a sensibilização dos sujeitos envolvidos para a prática saudável de vida e do auto-cuidado. Para mudança das dietas alimentares na qualidade e quantidade corretas, administração dos medicamentos prescritos sobre orientação médica na hora e na dosagem certa, na atividade física adequada para o seu corpo levando em consideração a frequência e avaliação médica e permanente acompanhamento.

Esse procedimento gerará maior assiduidade no comparecimento desses hipertensos a suas consultas na unidade e maior esclarecimento, pois através das palestras, os mesmos irão tirar suas dúvidas e gerarão novos questionamentos, que ajudarão no tratamento, além de criarem um vínculo com a equipe de saúde, pois estes profissionais serão os seus repassadores de novos conhecimentos e aprendizagens.

A ação da equipe vai enfatizar o trabalho preventivo com a população local com a realização de visitas domiciliares aos pacientes, realizando orientação nutricional, acompanhamento da saúde física e a adesão ao tratamento do paciente, promovendo a melhoria das condições de saúde da população.

Considerando ser a visita domiciliar uma ferramenta da Estratégia da Saúde da Família e um procedimento utilizado nas atividades de saúde pública a pesquisa vai ser realizada sem definição de período de busca.

Passo 3: Avaliação das estratégias

A fim de poder avaliar as estratégias aplicadas com os pacientes será realizada uma avaliação um ano após o início das atividades por o ESF, aplicaremos uma encosta para monitorar o nível de conhecimento adquirido durante as aulas recebidas (Anexo 03), ademais usaremos como parâmetro para a avaliação os seguintes requisitos:

- Verificaremos a pressão arterial dos hipertensos no momento do comparecimento à consulta ou nas visitas domiciliares, a qual deverá manter-se normal na maioria dos hipertensos;
- Checagem na recepção se houve comparecimento ou não dos hipertensos no dia agendado para o seu atendimento na unidade, para poder avaliar a assiduidade dos mesmos;
- A avaliação feita pelos ACS durante suas visitas na comunidade, onde os mesmos deverão verificar se os hipertensos de suas respectivas áreas de abrangência estão seguindo a dieta, se modificaram positivamente seu estilo de vida, se estão seguindo a risca o tratamento medicamentoso e se estão comparecendo as consultas;
- E relatos dos próprios pacientes durante as consultas na unidade, onde os profissionais irão investigar com o paciente, durante uma conversa informal, se houve uma aprovação positiva em relação às mudanças e se os mesmos perceberam benefícios em seu tratamento.
- Também usaremos como critério de avaliação a estruturação de rodas de conversa no auditório, antes das consultas, onde participarão no máximo 08 hipertensos, ACS e os profissionais da unidade, onde serão realizadas discussões sobre as mudanças que ocorreram na unidade e no serviço e os

participantes terão a oportunidade de falar os pontos positivos, negativos e dar opiniões de possíveis modificações nessa sistemática. Esse procedimento ocorrerá durante dois meses, uma vez por semana no dia de atendimento dos hipertensos, tendo uma duração de 30 (trinta minutos).

3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.

O Projeto de Intervenção foi realizado conforme o planejado na análise estratégica. Atuamos sobre os fatores que interferem na não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, levando a cabo diferentes ações de promoção e prevenção da saúde, que de certa forma contribuiram para elevar os conhecimentos sobre as doenças, suas complicações, assim como, a importância da adesão ao tratamento para obter melhor qualidade de vida.

As ações foram desenvolvidas na localidade da nossa senhora de Fátima. As oficinas foram desenvolvidas na escola dessa comunidade. Os participantes da intervenção foram os 25 pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, atendidos no posto de saúde da localidade da nossa senhora de Fátima, selecionados por amostragem aleatória simples, que formaram a mostra, representam o (21,7%) dos pacientes com HAS cadastrados na unidade.

Foram excluídos os pacientes com Deficiência mental e os sujeitos que não estavam de acordo com a sua participação assim como os pacientes que moram fora dessa comunidade, foi realizada uma entrevista individual semi dirigida, semi estruturada durante as consultas de enfermagem e consulta medica, de acordo com o cronograma mensal de atendimento aos hipertensos, nas terças-feiras, no turno da tarde durante o mês de setembro, onde foi explicado o propósito de nosso trabalho e do termo de consentimento de cada participante (Anexo1).

À oportunidade foi aplicado um primeiro questionário (Anexo 2) para levantar o nível de conhecimento dos sujeitos sobre a doença, assim como sobre a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentos. Durante esta fase, também

aplicamos aos 25 pacientes selecionados as entrevistas individuais realizadas de modo aprofundado e consulta com exame físico.

Quadro 3- Distribuição dos pacientes hipertensos por faixa etária e sexo. Bela Vista/MS, 2014.

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
20-39	0	0	1	4	1	4
40-49	2	8	3	12	5	20
50-59	2	8	4	16	6	24
60 +	5	20	8	32	13	52
Total	9	36	16	64	25	100

Fonte: P, 2014.

No quadro 3, pode se observar o maior numero de hipertensos entre a faixa etária acima de 60 anos, seguido da faixa etária de 50-59 anos. Existe uma relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 60 anos (5). Esses dados dos estudos realizados coincidem com o nosso trabalho.

Outro dado importante é a maior frequência da doença em mulheres, fato que é mais evidente depois de 50 anos de idade, associado isso com as mudanças que ocorrem após a menopausa, em que são as alterações nas concentrações de lipoproteínas do sangue com colesterol total elevado e LDL e HDL diminuído, favorecendo um aumento da morbidade e mortalidade cardiovascular.

Quadro 4 – Distribuição dos fatores de risco apresentados. Bela Vista MS/2014.

Fator de risco	Antes da intervenção	
	Quantid.	%
Tabagismo	6	24
Ingestão excessiva de sal	19	76
Ingestão excessiva de bebidas alcoólicas	10	40
Ingestão excessiva de gorduras	18	72
Sedentarismo	7	28
Ingestão excessiva de gorduras	3	12

Fonte:PI, 2014. Nota: o mesmo paciente pode responder mais de um fator.

Os resultados deste quadro 4 mostram que o fator de risco com mais presença na população estudada foi ingestão excessiva de sal (76 %), seguido da ingestão excessiva de gorduras (72 %) e da ingestão excessiva de bebidas alcoólicas (40%), nessa ordem.

Reduzir a ingestão de sal pode controlar pelo menos (20%) dos pacientes hipertensos. A relação entre PA e a quantidade de sódio ingerido é heterogênea. Este fenômeno é conhecido como sensibilidade ao sal. Indivíduos normotensos com elevada sensibilidade à ingestão de sal apresentaram incidência cinco vezes maior de HAS, do que aqueles com baixa sensibilidade (5).

De acordo com Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2008-2009, comparada à mesma pesquisa realizada em 2002-2003, a evolução do consumo de alimentos no domicílio indica aumento na proporção de alimentos industrializados. Nas regiões economicamente mais desenvolvidas (Sul, Sudeste e Centro-Oeste) e, de modo geral, no meio urbano e entre famílias com maior renda, existe consumo elevado de gorduras, em especial as saturadas.

Quadro 5- Distribuição dos pacientes hipertensos segundo o tipo de tratamento antes da intervenção. Bela Vista/MS, 2014

Tipo de tratamento	Antes da intervenção	
	Quantid.	%
Farmacológico	20	80
Não farmacológico	5	20
Ambos (farmacológicos e não farmacológicos)	9	36
Uso de multidrogas	19	76
Tomada de medicamentos mais de uma vez ao dia	6	24
Procuram medicamentos só no posto de saúde	15	60
Procuram medicamentos em outras redes de distribuição quando não oferecido por o posto de saúde	10	40
Sabe o nome dos remédios que você toma	8	32
Conhece as complicações da HAS que poderiam acontecer sim você não realiza o tratamento	6	24

Fonte PI, 2014

Os resultados no quadro 5, demonstram que o maior numero de pacientes fazem tratamento farmacológico, ou seja, (80%). E os que não fazem tratamento farmacológicos, representa (20%). Pode se observar também que (60%) dos pacientes procuram os medicamentos no posto de saúde, e não utiliza as demais redes de distribuição de medicamentos. Em relação ao tratamento com multidrogas, (76%) dos pacientes fazem uso. E (32%) desconhecem o nome do remédio que eles tomam. Vale destacar que a maioria dos pacientes não sabe das complicações da HAS.

As oficinas educativas foram desenvolvidas nos meses de Setembro e Outubro, realizadas semanalmente no total de (08) no transcurso da intervenção e cada uma teve uma duração de quarenta cinco minutos. Abordamos assuntos específicos sobre prevenção dos fatores de risco e outros de relevância para os mesmos, controlando assim, os agravos da hipertensão ministrados pelo ESF e equipe multiprofissional que engloba educador físico, fisioterapeuta, nutricionista. Além das orientações, foram avaliados os dados antropométricos e níveis pressóricos durante as oficinas.

Os temas abordados foram específicos sobre assuntos relacionados: A atividade física e dieta equilibrada, explorando a hipertensão através de exposição dialogada direcionada a administração correta de medicamentos, ou seja, tomadas de medicamentos no horário e dosagem correta, higiene oral e corporal, cuidados com os pés, aferição da pressão arterial diariamente ou quando possível ilustração de pacientes com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC); utilizando filmes e DVD em espaço e ambiente adequado para atividades e também para atividades físicas.

Durante a realização dos trabalhos foi possível verificar o desconhecimento dos pacientes sobre a hipertensão arterial sistêmica como doença crônica, assim como, as causas que levam eles a não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Entre as causas as mais frequentes são: uso de multidrogas mais de uma vez ao dia, dieta inadequada e não pratica de exercícios físicos.

Um ponto bastante positivo que merece destaque foi à realização das oficinas e das diferentes atividades que contribuiram com os sujeitos envolvidos no tocante a auto-reflexão, a sensibilização para a prática saudável de vida e do autocuidado. Estão sensibilizados também em relação à mudança das dietas alimentares em termo da qualidade e quantidade correta, administração dos medicamentos prescritos sobre orientação médica na hora e na dosagem certa, na atividade física adequada para o seu corpo, levando em consideração a frequência e avaliação médica e permanente acompanhamento.

Figura 1- Ações educativas desenvolvidas pela ESF em parceria com a equipe multidisciplinar.



Depois de desenvolvidas as oficinas aplicamos novamente um novo questionário (Anexo 3), onde observamos melhora no conhecimento por parte dos pacientes envolvidos no projeto sobre a hipertensão arterial sistêmica, sobre que eles devem fazer para manter um controle adequado das cifras de tensão arterial e como lograr hábitos, modo e estilo de vida mais favoráveis para sua saúde.

No nosso PI, como mostrado no próximo quadro 6, após a intervenção aconteceram mudanças favoráveis no estilo de vida dos pacientes. Diminuiu o numero de pacientes com ingestão excessiva de sal (20%) e de gorduras (24%). Também diminuiu o total de pacientes com Ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, sedentarismo e excesso de peso e obesidade.

Contudo, fumar, embora não predominante em nosso trabalho, foi o fator de risco que só dois pacientes foram capazes de deixar de fumar o após a intervenção. A cessação do tabagismo constitui medida fundamental e prioritária

na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares e de diversas outras doenças.

Mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA bem como a mortalidade cardiovascular.

Quadro 6- Distribuição dos pacientes hipertensos com fatores de risco após a intervenção. Bela Vista/MS, 2014.

Fator de risco	Após da intervenção	
	Quantid.	%
Tabagismo	4	16
Ingestão excessiva de sal	5	20
Ingestão excessiva de bebidas alcoólicas	5	20
Ingestão excessiva de gorduras	6	24
Sedentarismo	3	12
Excesso de peso e obesidade	2	8

Fonte: PI, 2014

O quadro 7 traz informações importantes sobre a terapia anti-hipertensiva utilizada após intervenção. Demonstra que diminuiu em (60%) o número de pacientes que só utilizavam tratamento farmacológico e o aumento de pacientes com tratamento não farmacológico (40%). Nota-se também um aumento na prática de tratamento combinado: medicamentoso e não medicamentoso em (60%), assim como aumento dos conhecimentos sobre as complicações da HAS, e a distribuição de medicamentos nas redes das farmácias populares com distribuição pública/gratuita.

Quadro 7- Distribuição dos pacientes hipertensos segundo tipo de tratamento após da intervenção. Bela Vista/MS, 2014.

Tipo de tratamento	Após da intervenção	
	Quantidade.	%
Farmacológico	15	60
Não farmacológico	10	40
Ambos (farmacológicos e não farmacológicos)	15	60
Uso de multidrogas	10	40
Toma de medicamentos mais de uma vez ao dia	4	16
Procuram medicamentos só no posto de saúde	15	60
Procuram medicamentos em outra redes de distribuição quando não oferecido por o posto de saúde	15	60
Sabe o nome dos remédios que você toma	15	60
Conhece as complicações da HAS que poderiam acontecer sim você não realiza o tratamento	25	100

Fonte: PI(Questionário) 2014

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares (5). Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. ⁽¹¹⁾

Outro aspecto importante é a relação médico/paciente, que deve ser à base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. A participação de vários profissionais da área da saúde, com uma abordagem multidisciplinar pode facilitar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e conseqüentemente aumentar o controle da hipertensão arterial.

Ao final deste trabalho, todos os pacientes estavam fazendo algum tipo de tratamento médico e o aumento observado foi de até (60 %) dos pacientes com terapia combinada, pois o tratamento combinado anti-hipertensivo é baseado em dois elementos importantes, a terapia medicamentosa e a terapia não medicamentosa. Fica claro que os efeitos das duas terapias têm muitos benefícios, com alta eficiência, não só na redução da pressão sanguínea, também na prevenção de complicações cardiovasculares e cerebrovasculares de hipertensão.

A intervenção foi encerrada com os 25 participantes com a Hipertensão Arterial Sistêmica controlada, independentemente de não obter as mudanças no modo e estilo de vida de todos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial ocasiona transformações expressivas na vida dos indivíduos, sejam elas na esfera psicológica, familiar, social ou econômica pela possibilidade de agravo em longo prazo. As mudanças que ocorrem, provocam rupturas no modo de viver, exigindo dos indivíduos modificações em seus hábitos diários, nos papéis que desempenhavam, enfim mudanças que exigem uma nova reestruturação em suas vidas.

O controle da hipertensão arterial está intimamente ligado a mudanças de hábitos de vida: alimentação adequada, prática regular de exercícios físicos e abandono do tabagismo; estas estratégias se referem a atividades de autocuidado que, muitas vezes, deveriam ser orientadas por profissionais e

precisam ser realizadas pelas pessoas portadoras de hipertensão para o ideal controle dos níveis pressóricos.

Promover a saúde e melhorar a qualidade de vida da população é bastante complexo, considerando o modo de vida e a influência dos determinantes de saúde no Brasil. A educação em saúde, para ser efetiva, deve gerar alterações significativas nos hábitos de vida das pessoas. Em pacientes com HAS que dependem de uma mudança em seu estilo de vida para maximizar os benefícios do tratamento farmacológico, devem internalizar o novo estilo de vida e praticá-lo de forma contínua e duradoura. O paciente precisa se envolver, sentir-se responsável pela manutenção de sua saúde, por isso, a tática do trabalho em grupos costuma funcionar bem, pois os pacientes acabam se auto-monitorando e monitorando o próximo.

Com a realização deste trabalho foi possível conhecer o nível de conhecimentos dos pacientes hipertensos sobre a HAS assim como a causa da não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, Identificar os fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo e atuar sobre eles. Desenvolvendo ações educativas para incentivar a adesão ao tratamento e contribuir com a melhora da qualidade de vida dos usuários e dos seus familiares. Desenvolvendo ações de educação em saúde junto a comunidade com a colaboração da equipe multiprofissional, melhorando os conhecimentos sobre HAS na população atendida, além de melhorar a atenção a saúde a esse grupo, interferindo positivamente em sua qualidade de vida.

Esses encontros nas diferentes comunidades no futuro permitirão o estabelecimento e fortalecimento do vínculo entre a equipe multiprofissional e comunidade, promovendo maior acompanhamento dos hipertensos por parte dos profissionais de saúde, tomando conhecimento das interferências, socioculturais, possibilitando intervenções mais eficazes.

5. REFERÊNCIAS

1. Lopes MCL, Carreira L, Marcon SS, Souza AC, Waidman MAP. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008;10(1):198-211. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm>
2. Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial Rev Port Cardiol 2006 ; 25 (6) : 649-660
3. López Antonio Carlos. *Hipertensão arterial. Tratado de Clínica Médica. 1ª ed. São Paulo: Roca; 2006 vol. 1, pag712-3.*
4. OCAMPO RUJE, Percy Alberto. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. *In Crescendo*, jul.-dic. 2010 vol.1, no. 2, p.423-425. ISSN 2222-3061.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51
6. Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: Saúde Brasil 2008 Ministério da Saúde, Brasília. 2009. p. 337-62.
7. Documento do Banco Mundial. BRASIL. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Relatório No. 32576-BR. 15 de novembro de 2005.
8. Williams B. The year in hypertension. JACC. 2010; 55(1): 66-73
9. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arq Bras Card. 2008;91(1):31-5.
10. Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. Arq Bras Card. 2009;93(6):672-8.
11. Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. J Hypertension. 2009;27(5):963-75.
12. DATASUS. Ministério da Saúde. Acessado em: 28 e 29 Jul. 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>.
13. Lotufo PA. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. Rev Med (São Paulo). 2008 out.-dez; 87(4):232-7.
14. Caderno de Atenção Básica. Ministério da saúde, Secretaria de Atenção Básica, Departamento de atenção básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Caderno de atenção básica no 15. Brasília-DF 2006.

15. Rabetti, A.C; Freitas, S.F.T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. Rev Saúde Publica. São Paulo, v.45, n.2, p 258-268, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/2141.pdf>>
15. Radovanovic CAT, Cecilio HPM, Marcon SS. Avaliação estrutural, desenvolvimental e funcional da família de indivíduos com hipertensão arterial. Rev Gaúcha Enferm. Rio Grande do Sul, 2013;v.34(1) : p 45-54
16. Dumler F. Dietary sodium intake and arterial blood pressure. J Ren Nutr 2009; 19(1): 57–60.
17. Sesso HD, Cook NR, Buring JE, Manson JE, Gaziano JM. Alcohol consumption: on and the risk of hypertension in women and men. Hypertension 2008; 51: 1080–1087.
18. Costa JMBS. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município de Recife, PE [Internet]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2007.

Anexos

Anexo 1

Termo de consentimento informado

Por esse meio dou constância de minha decisão de participar na investigação com objetivo de aumentar meus conhecimentos sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica foram explicados os objetivos e características da mesma, possível benefícios, a descrição no manejo de meus dados pessoais, a possibilidades de abandonar o estudo sim assim desejara sem repercuta-o em minha atenção medica .

Nome completo _____ Data _____

Assinatura do paciente.

Nota: Os resultados da investigação só serão utilizados e divulgados pelo autor da mesma com fins científico.

Anexo 2

Questionário.

1. Dados gerais.

a . Idade _____ anos _____

b. Sexo : Masculino ___ Feminino _____

c. peso _____ kg

d. talla _____

1. Sabe você que é hipertensão arterial crônica?

Sim _____ não _____

2. Sabe você quanto ano tem com hipertensão arterial crônica?

Sim _____ quanto ano? _____

Não _____

1. ¿Cumprе você tratamento médico para pressão alta?

Sim ___ Não _____

Quando afere a pressão com frequência encontra-se elevada?

Sim ___ Não _____

2. ¿Qual tratamento você cumprе?

Farmacológico. _____

Sim é farmacológico, quantos comprimidos ao dia você toma?

Quantas vezes ao dia? _____

Conhece o nome do remédio que toma? Sim ___ Não _____

Teve alguma reação ao tomar o remédio alguma vez? Sim _____ Não _____

Sente dificuldades em tomar os comprimidos quando é mais de uma vez ao dia ?

Sim ___ Não _____

Faltam medicamentos no posto de saúde?

Sim _____ não _____ a vezes _____

Deixa de tomar os medicamentos quando o posto não oferece? Sim _____ não _____

Utiliza os medicamentos oferecidos na farmácia popular quando não tem no posto de saúde? Sim ___ não _____

Há tido dificuldades alguma vez pra obter os medicamentos da pressão alta?

Sim ___ não _____

Não farmacológico. _____

Você sabe qual é o tratamento não farmacológico? Sim ___ não ___

Combinado. _____

Nenhum. _____

3. Sobre sua dieta, responda você Sim ou Não segundo corresponda em cada caso:

a) ¿Elabora você seus alimentos com abundante sal? Sim ___ não ___

b) ¿Logo de elaborados os alimentos agrega sal ás comida? Sim ___ não _____.

c) ¿Consume frequentemente alimentos conservados na sal, enlatados o embutidos? Sim _____ Não _____.

d) ¿Utiliza você sal na mesa quando ingere os alimentos? Sim ___ não _____.

e) ¿Elabora você os alimentos com manteiga de origem animal? Sim ___ não _____.

f) ¿Ingere você com frequência alimentos como carne de porco, vísceras, frango, manteiga? Sim ___ não _____.

4. ¿você Fuma?

Sim _____ Não _____.

5. ¿Ingere você bebidas alcoólicas? Sim_____. Não _____. Sim a resposta é positiva marque com que frequência .

_____ Mensal.

_____ Semanal.

_____ Varias vezes na semana.

_____ Diário.

6. ¿Realiza você exercícios físicos regularmente? Sim_____ Não _____.

7. Sinale as complicações da Hipertensão arterial sistêmica que você conhece.

(Marque com X)

a) Enfermidade renal. _____

b) Enfermidade do Coração. _____

c) Infarto agudo do miocárdio. _____

- d) Transtornos da visão. _____.
- e) Acidente Cérebro Vascular _____
- f) Ateroscleroses. _____
- j) Nenhuma. _____

8. Sinale as medidas gerais empregada no tratamento e a prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica que você conhece. (Marque com X)

- a) Diminuir o peso corporal. _____
- b) Abandono do hábito de fumar. _____
- c) Moderar o consumo de álcool. _____
- d) Diminuir o consumo do sal da dieta. _____
- e) Prática sistemática de exercício físico. _____
- f) Fazer uma dieta rica em frutas e vegetais, e baixa em gorduras. _____
- g) Nenhuma. _____

9. Procura o posto de saúde o hospital sentindo-se mal devido a pressão alta?

- a) posto de saúde ____
- b) hospital ____

10. Sobre as consultas medicas

a). Assiste você a consulta de acompanhamento no posto de saúde? Sim
____ não ____

b). As dificuldades de chegar ao posto (traslado, transporte) leva faltam nas
consultas?

Sim ____ não ____

c)A distancia da moradia para o posto de saúde leva a falta a consultas ?

Sim ____ não ____

d)tem bom atendimento medico e do ESF quando chega ao posto saúde?

Sim__ não__

Anexo 3

Questionário

1-Você considera importante sua participação no projeto realizado? Sim
__ não__

2-voce aumentou seus conhecimentos sobre hipertensão arterial sistêmica?
Sim __ não __

3-considera importante pra manter o controle da hipertensão arterial sistêmica a
realização do tratamento:

a)- farmacológico ____

b)-não farmacológico ____

c) ambos (farmacológico e não farmacológico) _____

3.1- Compreendeu a importância do tratamento não farmacológico e dentre dele o
cambio do modo e estilo de vida?

Sim__ não__

4- considera importante a assistência a consulta de acompanhamento no posto de
saúde?

Sim__ não__

5- consideram que sim manter cifras de pressão normais evita as complicações
da doença?

Sim__ não__

a). Sinale as complicações da Hipertensão arterial sistêmica que você conhece.
(Marque com X)

a) Enfermidade renal. _____

b) Enfermidade do Coração. _____

c) Infarto agudo do miocárdio. _____

d) Transtornos da visão. _____.

e) Acidente Cérebro Vascular _____

f) Ateroscleroses. _____

j) Nenhuma. _____

6-voce conhece as vias pra pegar os medicamentos de graça disponíveis por o
SUS?Onde estão disponíveis (marque com x)

a) Na farmácia do posto de saúde ____

b) Na farmácia do posto de saúde central _____

c) Nas redes das farmácias populares do município ____

“Unidade de Saúde da Família Fiori Murano”. Equipe rural



Ações educativas desenvolvidas por o ESF e o equipe multidisciplinar.





Visita domiciliar do ESF pra acompanhamento dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica.

