



LEONARDO LEON RUIZ

**PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM POPULAÇÃO
ADULTA DA UBSF ZONA URBANA DO MUNICÍPIO TACURU/MS**

**TACURU – MS
2014**

LEONARDO LEON RUIZ

**PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM POPULAÇÃO
ADULTA DA UBSF ZONA URBANA DO MUNICÍPIO TACURU/MS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof. Msc. Virna Liza Pereira Chaves Hildebrand.

**TACURU – MS
2014**

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) está definida como a pressão sanguínea de valor igual ou superior a 140/90 mmHg para um adulto jovem. As doenças do aparelho circulatório estão em primeiro lugar como causa de morte no mundo, seguidas pelas neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório. Dentre as doenças do aparelho circulatório, as isquêmicas e o infarto agudo do miocárdio são as principais causas de mortalidade, seguidas das hipertensivas, evidenciando as doenças cardiovasculares como problema primordial de saúde pública do Brasil. Os objetivos do trabalho foram Promover o acompanhamento e adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelo paciente na ESF Nair Maria Bressan, zona urbana, município de Tacuru/MS; identificar fatores de risco mais frequentes que influem na Hipertensão arterial da população estudada e estabelecer estratégias de prevenção contra a doença. A abrangência da UBSF é responsável pela cobertura de 1.143 famílias, totalizando 4.573 pessoas dentre os quais 2.563 são adultos e destes 438 (17,1%) cadastrados por Hipertensão arterial. A intervenção foi realizada por meio de Oficinas temáticas com os Hipertensos cadastrados e acompanhados na ESF. Na população estudada houve predomínio do sexo feminino (61,2%). Os riscos mais frequente associado à patologia foram o tabagismo, a dislipidemia e não realização de exercícios físicos. Conscientização de equipe de saúde do trabalho integral em todos os espaços de intervenção com a participação do indivíduo, família e fatores comunidade. Conclui-se que é necessário à adesão do paciente ao tratamento, já que a HAS é uma doença crônica.

Palavras chaves: Hipertensão arterial, prevenção, doença crônica.

SUMÁRIO

1 ANÁLISE SITUACIONAL.....	05
2 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	05
2.1 Introdução.....	05
2.2 OBJETIVOS.....	07
2.2.1 Objetivo Geral.....	07
2.2.2 Objetivos Específicos.....	07
2.3 JUSTIFICATIVA.....	08
2.4 REVISÃO DE LITERATURA.....	08
4 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	10
3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	12
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
5 RECOMENDAÇÕES.....	18
6 REFERÊNCIAS.....	19

1 ANÁLISE SITUACIONAL

A intervenção foi desenvolvida na área urbana da Unidade de Saúde da Família Nair Maria Bressan no município de Tacuru, o qual se localiza no Estado Mato Grosso do sul. A população estimada em 2013 era de 4573 habitantes. Distância até a capital de 407 quilômetros (em linha reta), com características geográficas: área 1.785315km².

O Sistema Municipal de Saúde de Tacuru apresenta capacidade instalada para realização do serviço primário e secundário. Dispõe de 2 Unidades Básicas, 1 Hospital.

A abrangência da USF é responsável pela cobertura de 1.143 famílias, sendo uma população de 4.573 pessoas. Dentre os 2.563 adultos, 438 são cadastrados com Hipertensão arterial Sistêmica (HAS).

O Programa de hipertensos desenvolvido na USF Nair Maria Bressan tem como objetivo Identificar fatores de risco mais frequentes que influem na Hipertensão arterial na população estudada e realizar o acompanhamento sistematizado dos pacientes hipertensos, visando ao manejo adequado da HAS. As atividades previstas no programa são: o cadastro dos pacientes, a distribuição de medicamentos e o atendimento individual ou em grupo mensal. Nesse Programa, estão incluídos pacientes adultos hipertensos de ambos os sexos, de diferentes raças e as variadas crenças religiosas e situações conjugais.

2 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

2.1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi definida como a pressão sanguínea de valor igual ou superior a 140/90 Mmhg para um adulto jovem⁶. Esta definição surgiu após 12 anos de experiência em 350 000 indivíduos de idades compreendidas entre os 18 e os 74 anos corroborados posteriormente pelo estudo JNC7².

Levantou-se uma polêmica acerca deste valor em virtude da maioria dos médicos, cardiologistas ou não, considerar normal o valor de 140 mmHg. Após um longo consenso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) juntamente com a Sociedade Internacional de Hipertensão (ISH), tendo em conta a relação benefício/riscos do tratamento, fixou os limites em 140/90 Mmhg³⁴.

As doenças do aparelho circulatório estão em primeiro lugar em mortalidade no mundo, seguidas pelas neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório. Dentre as do aparelho circulatório, as isquêmicas e o infarto agudo do miocárdio são as principais causas de mortalidade, seguidas das hipertensivas, evidenciando as doenças cardiovasculares como problema primordial de saúde pública do Brasil¹⁸.

Naturalmente, estes valores evidenciam apenas parcialmente a importância epidemiológica da hipertensão arterial, visto que nas doenças isquêmicas do coração e nas doenças cerebrovasculares, a HA está presente em grande parte e pode contribuir com o aumento dos óbitos, por ser primordial fator de risco nessas situações¹⁴.

A HAS é uma doença crônico-degenerativa, multifatorial, na maioria das vezes assintomática, de evolução lenta e progressiva que pode prejudicar a função de diversos órgãos nobres, como coração, cérebro, rins e olhos. Constitui um grande problema social, visto que pode produzir lesões em órgãos-alvo em idade precoce e, portanto, produtiva do indivíduo, ocasionando altos custos socioeconômicos²⁶.

Como o risco atribuível a HAS é de cerca de 40% para as doenças cerebrovasculares e de 25% para as doenças coronarianas, vislumbra-se que o desafio de diagnosticar e tratar a HAS no Brasil é grande²⁶.

O combate a HAS e aos demais fatores de risco cardiovasculares é de fundamental importância para o aumento da expectativa e melhora da qualidade de vida da população brasileira. Diversas evidências apontam a importância da pressão arterial como um fator de risco independente e importante para a doença cardiovascular.

A relação entre pressão arterial e risco de eventos cardiovasculares, como infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico e doença renal são contínuos e independe de outros fatores de risco⁴¹.

O diagnóstico da hipertensão é baseado em aferições múltiplas, realizadas em ocasiões independentes. A avaliação laboratorial visa principalmente a

identificação da estimativa de risco cardiovascular, de lesão de órgãos-alvo e de sinais de hipertensão secundária. Os exames complementares devem ser mais cuidadosos nos pacientes mais jovens, naqueles com desenvolvimento mais brusco da hipertensão e/ou com níveis mais elevados.

O objetivo principal do tratamento anti-hipertensivo é a redução da morbidade e mortalidade. Deve-se considerar também como fator importante, que os pacientes hipertensos experimentam a influência de variados determinantes de adaptação às doenças crônicas que dependem da característica de personalidade do indivíduo, dos seus mecanismos de enfrentamento de problemas, do seu autoconceito, autoimagem e autoestima, da experiência prévia com a doença e/ou doenças e, ainda, das atitudes dos cuidadores da área de saúde⁴¹.

Uma das dificuldades encontradas no atendimento a pessoas hipertensas na ESF onde esse trabalho foi desenvolvido é a falta de adesão ao tratamento, pois dentre os hipertensos atendidos que fazem tratamento, poucos têm a pressão arterial controlada. A não adesão do cliente ao tratamento tem constituído um grande desafio para os profissionais de saúde.

2.2 OBJETIVO

2.2.1 OBJETIVO GERAL

Promover o acompanhamento e adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelo paciente na ESF Nair Maria Bressan, zona urbana, município de Tacuru/MS

2.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Identificar fatores de risco mais frequentes que influem na Hipertensão arterial na população estudada.
- ✓ Estabelecer estratégias de Prevenção na hipertensão na população estudada.

2.3 JUSTIFICATIVA

A motivação para realização deste projeto foi a grande quantidade de pacientes com HAS atendidos na UBSF, que não tem conhecimento de sua doença, fatores de risco envolvidos e também não tem adesão ao tratamento tanto medicamentoso como dietético. O objetivo principal do tratamento anti-hipertensivo é a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular, através do controle da pressão arterial sistólica e diastólica, e dos fatores de risco associados.

2.4 REVISÃO DE LITERATURA

IMPLICAÇÕES DA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO ATENDIMENTO AO HIPERTENSO

Desde meados do século passado, em associação com o envelhecimento da população, sobretudo após os anos 80 (BRASIL, 2004), têm se observado modificações no modo de viver das pessoas, decorrentes do processo de urbanização e do avanço tecnológico, que contribuíram para a chamada “transição epidemiológica”.

O despontar das doenças cardiovasculares, com caráter crônico, progressivo e silencioso, revela uma nova situação na qual o paciente deve comparecer periodicamente ao serviço de saúde, muitas vezes de difícil acesso, mudar seus hábitos de vida e tomar medicações diariamente por toda a vida, embora esteja assintomático e pareça estar saudável⁸.

As abordagens diagnósticas e terapêuticas requerem muito mais empenho das equipes de saúde para efetivar um controle clínico satisfatório e prevenir as complicações que pioram a qualidade de vida⁸.

Nesse contexto, as políticas de saúde devem voltar-se para ações de saúde que visem busca ativa da população, para garantir o diagnóstico precoce e programar as medidas educativas pertinentes.

A HAS, inserida no âmbito das doenças crônicas cardiovasculares, tem seu tratamento dificultado, com prejuízo nas taxas de adesão, em decorrência das implicações que a terapêutica gera na vida do paciente. A necessidade da

modificação de hábitos segrega o paciente em seu ambiente familiar, restringindo o de compartilhar da cultura populacional estabelecida³.

A equipe de saúde deve sensibilizar o paciente e a comunidade para a importância da adesão às medidas terapêuticas indicadas, orientando-o quanto aos riscos a que está exposto e a importância das mudanças no estilo de vida para prevenção de complicações. A “transição epidemiológica” passa a gerar implicações práticas no seguimento dos doentes cardiovasculares e, em particular, no tratamento da HAS³.

No Brasil, o Ministério da Saúde, através da Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS determinou que o controle da hipertensão arterial é responsabilidade dos serviços de atenção básica e estabeleceu como ações estratégicas o diagnóstico dos casos de hipertensos, o cadastramento dos portadores, a busca ativa de casos, o tratamento, o diagnóstico precoce de complicações, o primeiro atendimento de urgência e as medidas preventivas, que incluem ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, sedentarismo e tabagismo) e prevenção de complicações²⁴.

O fortalecimento da importância das ações básicas de saúde resultou da necessidade de acompanhar o paciente crônico com visão integral de sua realidade de vida. Com esse intuito, a estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada no Brasil a partir de 1994, teoricamente deveria contribuir para o aumento da adesão terapêutica desses pacientes e para a redução das complicações inerentes¹⁷.

Embora existam vários fatores que influenciam na abordagem clínica e no controle dos pacientes hipertensos, limitando o sucesso da adesão à terapêutica, as políticas de saúde atuais, apesar das dificuldades para implantação prática, tendem a destinar-se para melhorar tal situação. A efetividade dessas ações na prática está na dependência de fatores culturais, sociais, econômicos e de decisões políticas, que apenas ao longo do tempo poderão se concretizar.

A transição de uma medicina centrada no modelo assistencial curativo para uma medicina de caráter preventivo, face à mudança do perfil de morbimortalidade, é um processo demorado, principalmente por envolver questões econômicas e sócias culturais representativas.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial é a mais comum das doenças cardiovasculares, além de ser o principal fator de risco para outras doenças cardiovasculares¹².

A HAS é uma doença silenciosa, inicialmente sem sintomas, e diagnosticada muitas vezes no aparecimento das complicações e, comumente, nas unidades de emergência, tardiamente, causando significativa perda na qualidade de vida e aumento nas taxas de morbidade e mortalidade. Para o acompanhamento e controle da hipertensão arterial, é importante a sua detecção, iniciada pela aferição da pressão arterial (PA)¹².

O rastreamento da PA elevada deve ser realizado por profissionais da saúde como medida preventiva de saúde¹².

O objetivo de qualquer tratamento para as doenças crônicas é o seu adequado controle, pois desta maneira previnem-se suas complicações, com morbidades e mortalidade precoce^{12, 21, 31, 36}. Neste sentido, destaca-se um item de suma importância no tratamento dessas doenças, que é a adesão ao tratamento. A adesão corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do paciente e compreendem valores e crenças, além dos aspectos relacionados à doença e ao seu tratamento²².

No caso da hipertensão, seu controle é realizado não apenas pelo tratamento farmacológico, mas também por mudanças nos hábitos de vida, como mudanças na alimentação e realização regular de atividade física³⁸.

No entanto, uma grande parcela dos hipertensos não utiliza os medicamentos de forma correta e usual e não modifica suas rotinas de alimentação e de atividade física para controlar uma doença que, na maioria das vezes, não se manifesta com sintomas³⁸.

A falta de adesão é frequente e está associada a inúmeros fatores, tais como: relacionados ao paciente, à doença, a aspectos psicossociais, a crenças, ao tratamento, entre outros^{28, 31, 32, 36}.

4 ANÁLISE ESTRATÉGICA

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

hipertensão da unidade e estarem conscientes e orientados. Foram realizadas visitas domiciliares a todos os pacientes cadastrados e registrados em base de dados que tem fatores de risco como obesidade, tabagismo, alcoolismo, não realização de exercício físico e dislipidemia. Dados que depois foram tabulados no computador. Não houve recusa dos pacientes em participar do estudo.

A intervenção foi realizada por meio de Oficinas temáticas com os Hipertensos cadastrados e acompanhados na ESF, oficinas estas que ratificaram as recomendações da literatura e das próprias necessidades para estimular a adesão dos hipertensos. Logo, estabelecemos a data de início da primeira oficina (novembro de 2013), com dias e horários, de acordo com a disponibilidade dos hipertensos. O planejamento e a realização das oficinas planejamento dessas atividades com o grupo de hipertensos contou com a parceria dos ACS e auxiliares de enfermagem.

A etapa seguinte baseou-se na apresentação de oficinas para levar ao público-alvo informações essenciais sobre a hipertensão arterial, objetivando explicar a sua condição fisiopatológica e conscientizar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

As oficinas foram realizadas mensalmente com os seguintes temas:

- 1) Hipertensão: conceito, ocorrência e consequências
- 2) Dieta hipossódica
- 3) Influência da obesidade
- 4) Alcoolismo e Tabagismo
- 5) Atividade física
- 6) Fatores de risco cardiovasculares
- 7) Prevenção e Tratamento medicamentoso e não medicamentoso e uso correto de medicação prescrita.

Os materiais utilizados foram: Retroprojeter, transparências e outros recursos cabíveis; cartazes informativos a respeito da hipertensão, suas causas e complicações; Painéis com fotos ilustrativas; Dinâmicas de grupo; Apresentação dos principais grupos alimentícios relacionados com o problema da hipertensão arterial e Esfigmomanômetro e estetoscópio próprios.

Contudo, tivemos a preocupação de adaptar as atividades e orientações para o contexto de nossa população, respeitando crenças, valores, limitações e desejos dos participantes. Tomando por base o plano de cuidados foi usado durante o ciclo

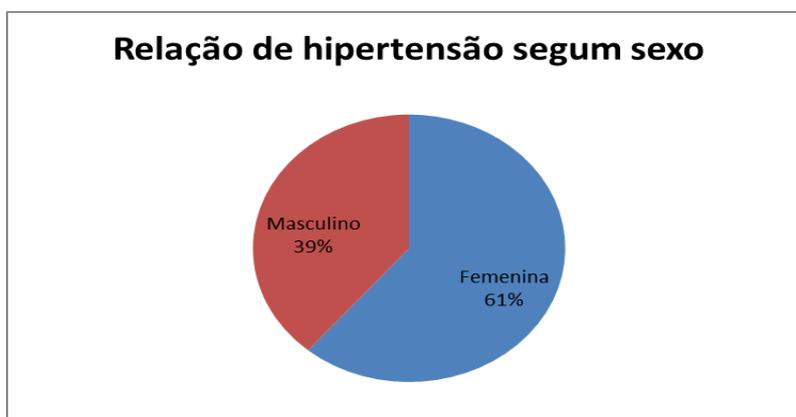
das oficinas folders, com o objetivo de informar e orientar aos hipertensos de uma forma clara, objetiva e ilustrativa.

Foram utilizados também álbuns seriados, que é uma relação metodológica ilustrativa, visando facilitar a transmissão e a interação do educador e o educando. Vale ressaltar que as palestras foram realizadas na sala de educação em saúde da própria unidade Básica de Saúde.

5 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.

Foram analisados os dados de 438 indivíduos portadores de hipertensão arterial, com idade maior de 20, sendo 38,8% (170) homens e 61,2% (268) mulheres, conforme gráfico 01.

Gráfico 1 – Distribuição dos hipertensos, segundo o sexo, UBSF Urbano, Tacuru/MS, 2014



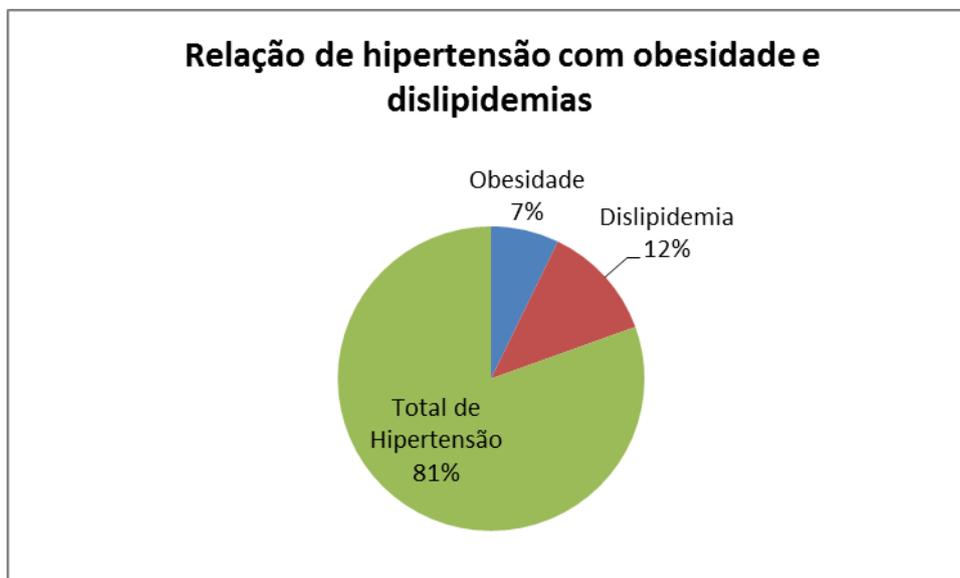
Para o rastreamento da HAS, avaliar a presença de fatores de risco associados é muito importante para que o devido controle da mesma seja factível. Assim sendo, o gráfico 2 representa os participantes, conforme o número de fatores de risco associados. Observando-se que em 45,9% do total de HAS estavam associado ao tabagismo e álcool sendo o tabagismo muito mais frequente

Gráfico 2 – Distribuição dos hipertensos, segundo o hábito de fumar, alcoolismo UBSF Urbano, Tacuru/MS, 2014



Da totalidade da amostra, 19% apresentavam obesidade (7%) e dislipidemia (12%), como observado no gráfico 3, estes fatores de risco mostraram-se mais frequente associados a HAS.

Gráfico 3 – Distribuição dos hipertensos, segundo a obesidade e dislipidemia UBSF Urbano, Tacuru/MS, 2014



O Gráfico 4 mostra que do 73,3% dos pacientes cadastrados como HAS não realizavam exercícios físicos, fator este que favorece o risco da doença.

Gráfico 4 – Distribuição dos hipertensos, segundo a realização de exercício físico UBSF Urbano, Tacuru/MS, 2014



Para dar solução do segundo objetivo realizou-se uma estratégia de intervenção educativa (palestra educativas, dinâmicas de grupo, vídeos debates, reuniões de hipertenso, etc.) para aumentar o nível de conhecimento a cerca da doença.

Diversas publicações têm reportado em diferentes países, a importância de programas educativos para promover maior adesão ao tratamento, resultando em melhor controle da hipertensão arterial^{15, 34}. Em nosso meio, poucas publicações relatam esse tipo de estudo e, quando o fazem, incluem grupos pequenos de pacientes, com acompanhamento de curto prazo, embora apontem resultados favoráveis^{12, 25}.

A prevalência de hipertensão arterial encontrada na amostra estudada foi de 438 pacientes. Caso fosse utilizado como desfecho as medidas de pressão diastólica ≥ 90 MMHG e de pressão sistólica ≥ 140 ou uso de medicação anti-hipertensiva.

As mulheres apresentaram 17% a mais de probabilidade de apresentar hipertensão arterial do que os homens, embora o limite inferior do intervalo de confiança estivesse abaixo do valor unitário. Quanto à distribuição de hipertensão arterial sistêmica e idade, encontrou-se uma tendência significativa e positiva.

Quanto à distribuição de fatores associados à hipertensão arterial sistêmica, foi verificado que, 39% eram fumantes e cerca de 7% consumiam álcool.

Apenas 27% dos indivíduos estudados realizavam atividade física considerada suficiente para obter benefício para a saúde. Constatou-se que aproximadamente 9% dos participantes apresentavam sobrepeso ou obesidade (grafico3).

No presente estudo, encontrou-se hipertensão arterial associada com história familiar, sobrepeso e obesidade. Outros estudos também detectaram associação entre hipertensão arterial e história familiar^{14, 23, 26, 41}. A associação positiva entre hipertensão e obesidade, por sua vez, também foi encontrada em outros trabalhos^{5, 23, 35, 41}.

Outros reconhecidos fatores de risco para hipertensão arterial tais como atividade física, tabagismo e consumo de álcool, estavam associados neste estudo¹⁸.

Nos países desenvolvidos, têm-se observado diminuição da mortalidade e melhora dos níveis de saúde mediante o controle da hipertensão arterial^{14, 15}. Desta forma, a elaboração de medidas com o objetivo de modificações de vida e controle terapêutico é necessária para a diminuição dos níveis da doença. Portanto, sugere-se estudo específico de prevalência de hipertensão arterial nas faixas etárias mais jovens.

Diversas publicações têm reportado em diferentes países, a importância de programas educativos para promover maior adesão ao tratamento, resultando em melhor controle da hipertensão arterial^{4, 19, 20}.

Além disso, os estudos referem-se a intervenções que se limitam a um elenco de conferências, sobre informações a respeito da doença, suas complicações e os cuidados que elas demandam. Não há trabalhos mostrando intervenções na educação do autocontrole da doença nem sobre seguimento regular, vinculado as consultas médicas e à garantia do fornecimento da medicação²⁷.

É possível que somente em serviços de saúde em que o agendamento de consultas possa ser determinado pelo agente da intervenção, seja possível realizar esse tipo de trabalho, em função da dificuldade em se manter um grupo de pacientes em acompanhamento por meses, quando a procura por consultas seja determinada pelos pacientes.

O programa operou além da intervenção de orientação sobre a doença, suas complicações e os cuidados que devem ser tomados, um seguimento regular,

associado à garantia do fornecimento de medicamentos, controles da doença (hipertensão) e atendimento preferencial em intercorrências.

Vale ressaltar que o sucesso dependeu de um conjunto de ações de caráter educativo, terapêutico e de controle de seguimento, desenvolvidas com a participação de equipe multiprofissional. A atuação com equipe multiprofissional também se verifica em outros trabalhos realizados, embora trabalhar com equipe multiprofissional ainda não tenha evidências definitivas, que seja a melhor das opções^{25, 29, 37}.

O seguimento regular por longo período de tempo estreitou a relação entre os profissionais e os pacientes, favorecendo a adesão ao tratamento. Para uma população carente, a garantia de fornecimento regular da medicação é fundamental para a eficácia do tratamento.

Grande parte dos pacientes é composta de pessoas idosas que vivem sozinhas ou apenas com o cônjuge, também idoso. Assim, a possibilidade de um cuidador familiar, que assuma o papel de educador, de fiscalizador e de suporte ao hipertenso não existe.

Muitos familiares não podem acompanhar o paciente à unidade de saúde e, por isso, não adquirem conhecimentos sobre a doença e sobre os cuidados que ela demanda. Alguns familiares-cuidadores que participaram dos encontros dos grupos discutiram com os pacientes, ou os questionaram, durante as reuniões, prejudicando o andamento delas.

Não houve trabalho educativo de intervenção específica e separada para os familiares ou cuidadores, em parte, porque a disponibilidade da equipe para esse trabalho era limitada.

Ao final desse estudo foi possível identificar os fatores de risco mais frequentes para a HAS na população estudada, o que é necessário para um melhor controle da patologia e para o estabelecimento de estratégias de prevenção.

Conclui-se que é necessária à adesão do paciente ao tratamento, já que a HAS é uma doença crônica.

Para um direcionamento eficiente e eficaz do autocuidado é preciso que se tenha um programa para hipertensos mais intensos e motivador, pois o autocuidado adequado requer interesse e comprometimento dos pacientes hipertensos e da colaboração dos profissionais de saúde, principalmente, dos enfermeiros. Infere-se que um dos maiores desafios para enfermagem é entender as necessidades de

educação à saúde como componente especial e essencial do cuidado deste profissional, estando relacionada à promoção, manutenção e restauração da saúde.

As oficinas realizadas melhoraram os níveis de adesão do hipertenso no planejamento de seu tratamento, dando-lhes mais responsabilidade aumentando seu comprometimento com o tratamento e mudanças no estilo de vida, bem como aumentou as habilidades dos pacientes para tomada de decisões e para adaptar-se a uma condição de saúde específica.

Segundo TRENTINI et al, alimentação adequada, exercícios físicos e, principalmente, ausência de angústia caracterizam um estilo de vida que pode ser considerado como saudável⁴⁰. Cury Jr. e Campos consideram que, apesar da intensidade das situações ambientais estressantes ter influência na elevação da pressão arterial, se o hipertenso adotar um melhor posicionamento frente a elas, o efeito dos fatores que as desencadeiam fica atenuado. E ainda, a discussão de dúvidas e preocupações a respeito de seu problema com todos os envolvidos pode permitir a obtenção de melhores resultados da terapia recomendada^{11, 13}.

E ainda, a discussão de dúvidas e preocupações a respeito de seu problema com todos os envolvidos permitiu a obtenção de melhores resultados da terapia recomendada. As oficinas trouxeram um auxílio no enfrentamento destas mudanças, especialmente nesse sentido, as equipes de saúde da família foram peças fundamentais para a melhora dos índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

As oficinas temáticas estimularam mudanças de comportamento benéficas para a saúde; da mesma sorte, aumentou as habilidades dos pacientes para tomar decisões e para adaptar-se a uma condição de saúde específica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na população cadastrada 17% (438 pacientes) são hipertensos com predomínio do sexo feminino 61%. Os riscos mais frequentes associados à HAS foram o tabagismo, a dislipidemia e não realização de exercício físico.

Durante os futuros atendimentos espera-se a identificação de valores pressóricos controlados da maioria dos hipertensos acompanhados na ESF Urbana

de Tacuru; redução na incidência ou o retardamento na ocorrência de complicações e a melhoria da qualidade de vida.

Pretende-se dar continuidade ao trabalho e dar mais atenção àqueles hipertensos com mais dificuldade na adesão terapêutica, os quais já foram identificados nas oficinas realizadas.

Conclui-se que a conscientização da equipe de saúde, do trabalho integral em todo o espaço de intervenção com a participação do indivíduo, família e fatores comunidade constituem-se em estratégias essenciais para o alcance da qualidade de vida dos hipertensos.

7 RECOMENDAÇÕES

Análise e discussão deste projeto com equipe de saúde.

A intervenção no acompanhamento de pacientes hipertensos, através da formação de grupos para ação educativa, seguimento regular, garantia de fornecimento de medicação e atendimento de intercorrências, por equipe multidisciplinar.

Esse tipo de intervenção pode ser mantida e ampliada no atendimento dos serviços públicos de saúde. Para maior eficácia, deve ser institucionalizada, independentemente de mudanças político-administrativas, por meio da incorporação de mais profissionais de saúde e maior participação da comunidade.

8 REFERENCIA

- 1-Alves V.S.; Nunes, M.O. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. Interface comum. Saúde educ., Botucatu, v.10, n.19, p.131-147, jan./jun. 2006.
- 2- Alessi A, Brandão AA, Pierin A, et al. IV Diretriz para uso da monitorização ambulatorial da pressão arterial / II Diretriz para o uso da monitorização residencial da pressão arterial. Arq. Bras Cardiol 2005; 85(supl. II):5-18. Car, M. R.; Pierin, A. M. G.; Aquino, V. L. A. Estudo sobre a influência do 2005
- 3-Andrade, J.P. et al. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Arq. bras. cardiol., São Paulo, v.79, n.4, p.375-379, out.2002
- 4-Ambrósio e col. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial, 1988
- 5-Básica Hipertensão arterial sistêmica, Protocolo. Brasília, D.F. 2001
- 6-Bidlingmeyer I, Burnier M, Bidlingmeyer M, Waeber B, Brunner HR. Isolated office Hypertension: a prehypertensive state? J Hypertens 1996; 14(3):327-332.
- 7-BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças cardiovasculares no Brasil no ano de 2000
- 8-BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Hipertensão Arterial 2004
- 9- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde, Cadernos de Atenção 2004
- 10-CAR M. R.; PIERIN, A. M. G.; AQUINO, V. L. A. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. Rev. Esc. Enf. USP. v.25, n.3, p.259–269, 1991.
- 11- Campos Tratado de cuidados critico y emergêcia 1996
- 12- Coelho Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e Mundo et al., 2005;
- 13- Cury JR. América Journal of medicine 1996

14-DATASUS. [Acesso em 2009 Ago. 03]. Disponível em: Report of a WHO expert committee on hypertension control. Geneva: WHO, 1996; p. 24-

15-Disponível no site: www.saude.gov.br.

16--Estimativas da população para 1º de julho de 2008 (PDF). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2004). Página visitada em 5 de setembro de 2008

17-Falk Projeto de Intervenção estimulado a adesão terapêutica antiipertensiva 2004

18-Goldman L, Ausiello D. Cecil, tratado de medicina interna. In: 22a Ed. Rio de Janeiro, Brasil: Saunders Elsevier; 2005. p. 399-411.

19-Gonzáles e col. (Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial, 1997).

20- Gruesser e col. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial, 1996;

21-Jardim .Perfil Hipertensão em população urbana e rural, et al 2007;

(22-Leite; Vasconcellos, Adesão ao tratamento na Hipertensão em paciente Hipertensos 2003),

23-- National High Blood Pressure Education Program Working Group – Multiple Risk Factor Intervention Trial. Arch Intern Med 1993; 153:186-92.

24-Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS (BRASIL, 2002)

25- Maia e Araújo, Crises Hipertensivas em portadores de Hipertensão Arterial. (Agosto 2002).

26- Mancia G, Bombelli M, Facchetti R, Madotto F, Quarti-Trevano F, Friz HP, et al. Long-term risk of sustained hypertension in white-coat or masked hypertension. Hypertension 2009; 54:226-232.

27-Mallion JM, Clerson P, Bobrie G, Genes N, Vaisse B, Chatellier G. Predictive factors for masked hypertension within a population of controlled hypertensives. J Hypertens 2006 Dec; 24(12): 2365-2370

28-Mion Junior; Pierin; Guimaraes , Tratamento da Hipertensão 2001;

- 29-Munro e col. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial. 2002.
- 30-Peart WS, Sever PS, Swales JD, Tarazi R. Slide atlas of hypertension – measurement and natural history. Society of Vol 6. Sponsored by the International hypertension. Gower Medical Publishing, 1980
- 31- Pierin; Strelec; Mion Junior, Adesão a tratamento da Hipertensão 2004;
- 32-Pierin, Adesão ao Tratamento farmacologyco de pacientes Hipertensos 2001;
- 33--Processo educativo no controle da hipertensão arterial. Rev. Esc. Enf. USP., v.25, n.3 p.259–269, 1991.
- 34-- Report of a WHO expert committee on hypertension control. Geneva: WHO, 1996; p. 24-31.
- 35- Sakaguchi K, Horimatsu T, Kishi M, Takeda A, Ohnishi Y, Koike T, et al. Isolated home hypertension in the morning is associated with target organ damage in patients with type 2 diabetes. J Atheroscler Thromb 2005; 12(4):225-231
- 36-Sanchez; Pierin; Mion, Júnior, Adesão a tratamento da Hipertensão 2004).
- 37- Santos e Baracho, Diabetes Mellitus and Hypertension control educational and therapeutic 1995.
- 38--Sarquis et al., adesão a tratamento na Hipertensão Arterial 1998).
- 39--Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. cardiol., São Paulo, v.89, n.3, p.e24-e79, set.2007.
- 40--TRENTINI Adesão ao tratamento anti-hipertensivo 1996
- 41-Ungar A, Pepe G, Monami M, Lambertucci L, Torrini M, Baldasseroni S, et al. Isolated ambulatory hypertension is common in outpatients referred to a hypertension Centre. J Hum Hypertens 2004 Dec.; 18(12): 897-903.