



ESTeSC

Escola Superior de Tecnologia
da Saúde de Coimbra

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Mestrado em Educação para a Saúde

Efeito da Ação Educativa no Controle da Pressão Arterial em Hipertensos no Município de São José de Ribamar – MA

Fabyelle Fróes Rebelo

2017



ESTeSC

Escola Superior de Tecnologia
da Saúde de Coimbra

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Mestrado em Educação para a Saúde

Efeito da Ação Educativa no Controle da Pressão Arterial em Hipertensos no Município de São José de Ribamar – MA

Fabyelle Fróes Rebelo

**Relatório realizado sob a orientação do
Professor Doutor Telmo Pereira**

2017

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	01
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	04
CAPÍTULO 1. DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	05
1.1. DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA.....	05
1.2. FATORES DE RISCO E PROGNÓSTICO.....	05
1.3. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR.....	06
CAPÍTULO 2. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	07
2.1. DEFINIÇÃO.....	07
2.2. ESTRUTURA DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA SAÚDE	08
2.3. ESTUDOS DE EFICÁCIA.....	08
CAPÍTULO 3. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE CARDIOVASCULAR.....	09
3.1. EFICÁCIA NA PREVENÇÃO PRIMÁRIA.....	09
3.2. EFICÁCIA NA PREVENÇÃO SECUNDÁRIA.....	10
PARTE II – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL.....	11
1. CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	12
2. MATERIAL E MÉTODOS.....	12
2.1 <i>Desenho Experimental e Amostra</i>	12
2.2 <i>Estrutura do Plano Educacional</i>	13
2.3 <i>Procedimento</i>	13
2.4 <i>Análise Estatística</i>	14
3. RESULTADOS.....	14
4. DISCUSSÃO.....	30
5. CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXOS.....	42

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Perfil dos pacientes entrevistados antes da intervenção	15
Tabela 2: Perfil dos pacientes entrevistados de acordo com o sexo antes da intervenção	15
Tabela 3: Tabela geral	16
Tabela 4: Tabela geral	17
Tabela 5: Frequência das profissões dos pacientes entrevistados	18
Tabela 6: Medicamentos utilizados por pacientes entrevistados antes da intervenção	18
Tabela 7: Comparações de médias antes e após a intervenção nos pacientes entrevistados	19
Tabela 8: Tabela geral	22
Tabela 9: Comparação entre as diferenças da PAS, PAD e do SCORE para antes e após a intervenção em razão das variáveis sociodemográficas	23
Tabela 10: Comparação entre a variação da pressão arterial para a aderência antes e após a intervenção	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Variação da pressão arterial sistólica antes e após a intervenção	20
Gráfico 2: Variação da pressão arterial diastólica antes e após a intervenção	20
Gráfico 3: Variação do Score antes a após a intervenção	21
Gráfico 4: Comorbidades da população avaliada	24
Gráfico 5: Avaliação da Adesão ao tratamento pelo Questionário de Morisky e Green	25
Gráfico 6: Respostas do Questionário de Morisky e Green antes da intervenção	26
Gráfico 7: Respostas do Questionário de Morisky e Green após a intervenção	27
Gráfico 8: Variações das pressões arterial sistólica e diastólica nos grupos de adesão e não adesão antes da intervenção	28
Gráfico 9: Variações das pressões arterial sistólica e diastólica nos grupos de adesão e não adesão após a intervenção	29
Gráfico 10: Percentagem de acertos do questionário sobre conhecimento da HTA antes a após a intervenção	29
Gráfico 11: Número de pacientes que erraram as questões (2ª e 6ª) do questionário do conhecimento da HTA nos grupos de adesão e não adesão antes a após a intervenção	30

ÍNDICE DE SIGLAS

ANOVA	Teste Estatístico
Bpm	Batimentos por minuto
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
Hiperdia	Grupo de Hipertensos e Diabéticos
HTA	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
Kg	Quilograma
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMRON	Marca do aparelho para aferir a pressão arterial e a balança
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
Score	Somatória dos acertos do questionário
SPSS	Teste Estatístico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	WORLD HEALTH ORGANIZATION

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida, fonte de inspiração e condução dos meus passos.

À minha mãe Fátima Fróes pelo amor, dedicação e esforço para os meus estudos.

Às minhas filhas Ingrid e Isabelle pelo amor incondicional, carinho enorme e a força de lutar cada vez mais.

Ao meu marido Gustavo Arouche pelo amor e companheirismo.

À minha querida avó eterna Elisia Fróes (*in memoriam*) pelo amor e torcida para o alcance das minhas vitórias.

À minha tia Meirelene pelo amor e apoio nos momentos da minha vida.

À minha prima Karinna Fróes pelo carinho e apoio.

Ao meu padrasto Mário Coutinho (*in memoriam*) pelo carinho, dedicação e apoio a todos momentos da minha vida.

Aos meus sogros D. Júlia e Sr. José Luís pelo carinho e apoio.

À minha família pelo amor.

Ao Orientador Prof. Dr. Telmo Pereira pela orientação, disponibilidade e dedicação à pesquisa.

À equipe da saúde do município de São José de Ribamar – MA, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde Nova Aurora que foram o elo para a realização da pesquisa.

Aos pacientes participantes desta pesquisa pela disponibilidade e ter a oportunidade de obter o conhecimento para o controle da pressão arterial e possíveis mudanças no estilo de vida.

A todos que de maneira direta ou indireta contribuíram para a realização desta pesquisa.

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis podem ser consideradas como problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A hipertensão arterial sistêmica é um fator de risco mais expressivo para a doença cardiovascular. O objetivo desta pesquisa foi propor a conscientização dos hipertensos para o controle da pressão arterial através da intervenção educativa para maior adesão ao tratamento e mudanças no estilo de vida para evitar possíveis complicações da hipertensão. Trata-se de um estudo descritivo-correlacional realizado em uma Unidade Básica de Saúde com usuários hipertensos cadastrados totalizando uma amostra de 43 participantes. Os dados foram buscados nos domicílios e na própria Unidade referida. O instrumento foi aplicação de um questionário em forma de entrevista, e a medição da pressão arterial, em dois momentos: avaliação basal e avaliação após um período de intervenção educacional. O estudo decorreu no período entre março e maio de 2017. Quanto aos resultados, observou-se após a intervenção: redução das pressões arteriais sistólica e diastólica; aumento na adesão ao tratamento; aumento na percentagem de doentes com hipertensão arterial controlada, particularmente naqueles em que o conhecimento sobre a doença melhorou. Estes resultados demonstram os benefícios e eficácia complementar da educação para a saúde nos doentes com hipertensão arterial, na medida em que a literacia em saúde permite que o paciente entenda, conheça e aceite a patologia crônica, e dessa forma, adira de uma forma mais consequente às iniciativas terapêuticas de controlo tensional. Investir na Atenção Básica Primária através de programas educacionais poderá assim contribuir para a redução das complicações das doenças crônicas e, conseqüentemente, diminuir gastos com internamentos hospitalares, favorecendo a qualidade de vida da população.

Palavras – chave: Hipertensão arterial; educação; adesão.

ABSTRACT

Chronic noncommunicable diseases can be considered as a public health problem in Brazil and in the world. Systemic arterial hypertension is a more significant risk factor for cardiovascular disease. The objective of this research was to propose the awareness of hypertension patients to control blood pressure through the educational intervention for greater adherence to treatment and changes in lifestyle to avoid possible complications of hypertension. This is a descriptive-correlational study carried out in a Basic Health Unit with registered hypertensive users, totalizing a sample of 43 participants. The data were collected in the households and in the referred unit. The instrument was the application of a questionnaire in the form of an interview, and the measurement of blood pressure, in two moments: baseline assessment and evaluation after a period of educational intervention. The study took place between March and May 2017. Regarding the results, the following were observed: reduction of systolic and diastolic blood pressures; increased adherence to treatment; increase in the percentage of patients with controlled hypertension, particularly those in whom knowledge about the disease has improved. These results demonstrate the benefits and complementary efficacy of health education in patients with arterial hypertension, as greater health literacy allows the patient understands, knows and accepts the chronic pathology, and, in this way, adheres in a more therapeutic tension control initiatives. Investing in Basic Primary Care through educational programs can thus contribute to reduce the complications of chronic diseases and, consequently, reduce hospital admissions expenses, favoring the quality of life of the population.

Key - words: Hypertension; education; adherence.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis podem ser consideradas como problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) as doenças do aparelho circulatório são responsáveis por 17 milhões de mortes/ano em todo o mundo destacando-se como principal causa de mortalidade mundial (Grezzana, Stein, & Pellanda, 2013). Dessas, 55,3% corresponderam a complicações decorrentes da hipertensão arterial (HTA). Cerca de 40% dos adultos com 25 anos ou mais foram diagnosticados HTA (Lobo, Canuto, Costa, & Pattussi, 2017), sendo esta o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, em particular a doença cerebrovascular e a doença coronariana (Giroto, Andrade, Cabrera, & Matsuo, 2013). A HTA tem uma natureza multifactorial na maioria dos casos, estando associada a fatores como a idade avançada, raça negra, obesidade, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, dislipidemias, diabetes mellitus, alto teor de sódio na alimentação, hereditariedade e tabagismo (Chaves, Lúcio, Araújo, & Damasceno, 2006).

Atendendo à sua expressão epidemiológica, a HTA assume-se como um grave problema de saúde pública a nível global, expressando um acometimento multifactorial cuja expressão clínica e a identificação de uma elevação sustentada dos níveis pressóricos (pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 e/ou pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg (7^a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2016).

Em termos de estratégia terapêutica, o controle da HTA passa por uma abordagem integrada e holística, incluindo a utilização de medicamentos para baixar a PA e o controlo de fatores de risco, assumindo-se a adopção de estilos de vida saudáveis como um vetor fundamental (Giroto et al., 2013). Por outro lado, a compreensão da doença é igualmente importante para garantir uma adesão adequada dos doentes a uma terapêutica crónica, reconhecendo-se que as baixas taxas de adesão ao tratamento medicamentoso são uma das principais causas de inadequado controle da HTA (Grezzana et al., 2013). Os programas de educação para a saúde poderão ser instrumentais na operacionalização de uma maior

conscientização dos doentes para a sua doença e para as exigências do processo terapêutico. A educação para a saúde trata-se assim de uma abordagem que visa corresponder a esta necessidade de conhecimento pleno dos portadores da HTA, quanto à sua doença e ao processo terapêutico inerente, contribuindo para que o melhor conhecimento transmitido assegure uma maior adesão do usuário ao tratamento para controle da sua pressão arterial, e redução das consequências orgânicas futuras.

Alguns autores têm efetivamente sustentado a importância dos programas estruturados de educação em saúde para adultos portadores de HTA, como forma de conduzir a melhorias nas condições de saúde destes indivíduos, tanto no aspecto de adesão ao tratamento quanto aos fatores de risco (Chaves et al., 2006). Em um estudo, os grupos educativos foram caracterizados como uma ferramenta positiva à adequação de alguns comportamentos e benefícios ao controle dos níveis pressóricos. As evidências disponíveis sugerem então que, quando o usuário portador da HTA obtém a informação e adere ao tratamento, existe a possibilidade de mudanças no estilo de vida como prática de atividade física e alimentação saudável, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e diminuição dos internamentos hospitalares, por redução das complicações potenciais associadas à HTA. Contudo, um dos desafios desta metodologia de intervenção assenta, por um lado, na necessidade de um planejamento adequado para a obtenção dos objetivos terapêuticos desejados, e por outro, na existência de profissionais com as competências necessárias para a sua aplicação, conjugando um conhecimento profundo da fisiopatologia da doença e das estratégias terapêuticas clássicas, com uma componente de comunicação interpessoal forte e uma capacidade de corresponder eficazmente às necessidades de conhecimento do doente individual (Oliveira, Miranda, Fernandes, & Caldeira, 2013).

Diante do exposto, a presente pesquisa teve como objetivos: analisar a população entrevistada quanto aos aspectos sociodemográficos, avaliar o nível de conhecimento da HTA e a conscientização desta população quanto ao controle da pressão arterial através da educação em saúde. Os dados sociodemográficos foram conhecidos através da aplicação dos

questionários e a informação sobre a HTA por meio da conversa nos domicílios e na unidade básica de saúde Nova Aurora.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. DOENÇAS CARDIOVASCULARES

1.1. DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

As doenças cardiovasculares são aquelas que afetam o coração e os vasos sanguíneos. São de vários tipos, englobando a doença coronária (por exemplo o infarto agudo do miocárdio) e a doença cerebrovascular (acidente vascular encefálico), entre outras. Em termos fisiopatológicos, estes processos decorrem em larga medida do processo aterosclerótico, ou seja, da acumulação de placas de gordura (ateroma) nas paredes das artérias, com consequente estreitamento do seu lúmen e dificuldade na perfusão dos órgãos (Instituto Nacional de Saúde, 2016).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) as doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade em ambos os sexos e de incapacidade no âmbito de Brasil e mundo. O aumento desse índice das doenças cardiovasculares nos países em desenvolvimento representa uma das questões de saúde pública mais relevantes no contexto atual (Britto, Stein, & Fernandes, 2014).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde indicam que aproximadamente 33% das mortes são causadas pelas doenças cardiovasculares (Dutra et al., 2016). O infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular encefálico são também as principais causas de morte em Portugal (Instituto Nacional de Saúde, 2016).

A HTA é considerada um problema de saúde pública global, número de 9,4 milhões de mortes a cada ano em todo mundo (Medtler & Perassolo, 2016).

1.2. FATORES DE RISCO E PROGNÓSTICO

Um fator de risco é algo que aumenta a probabilidade de um indivíduo vir a padecer de doença cardiovascular. Podem ser divididos em modificáveis e não modificáveis. Os primeiros são: Diabetes, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, HTA, excesso de peso e obesidade, tabagismo, abuso

de bebidas alcólicas e sedentarismo. Os segundos são: Idade, sexo e genética (Instituto Nacional de Saúde, 2016).

A HTA é um fator de risco mais expressivo para a doença cardiovascular e, quando associada à outras doenças como o diabetes mellitus, a obesidade e a dislipidemia o risco cardiovascular aumenta consideravelmente com consequências graves como acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio (Britto et al., 2014).

Quanto ao prognóstico, este dependerá fundamentalmente do grau de precocidade com que a doença é identificada e tratada, por um lado, e da gravidade intrínseca à doença no momento em que se manifesta e da vulnerabilidade individual ao processo patológico. Atualmente tem-se verificado uma estabilização, e até tendência de redução na mortalidade associada às doenças cardiovasculares, em grande medida fruto do desenvolvimento científico nesta área. Contudo, a mortalidade que as acompanha permanece significativa, estimando-se um crescimento na prevalência de insuficiência cardíaca, entre outras situações clinicamente importantes.

1.3. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR

O Ministério da Saúde vem adotando ações para reduzir os danos causados pela HTA e DM na população Brasileira. Diante disso, implantou o programa Hiperdia (criado em 4 de março de 2002, pelo Governo Federal, através da portaria nº 371/GM (Brasil, 2002), para o acompanhamento de usuários portadores dessas patologias crônicas com palestras e dispensação de medicamentos com o intuito de melhor adesão ao tratamento e prevenção de complicações cardiovasculares (Medtler & Perassolo, 2016).

Quanto à prevenção, o monitoramento da prevalência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, especialmente os modificáveis, requer ações preventivas com maior custo-efetividade (Ribeiro, Cotta, & Ribeiro, 2012). Essa prevenção está ligada a mudanças no estilo de vida como: prática da atividade física, alimentação saudável, controle no nível de

colesterol e da pressão arterial, redução do peso, cessação do fumo, reduzir o açúcar no sangue, diminuição do estresse (Instituto Nacional de Saúde, 2016).

Prevenção direcionada ao risco cardiovascular significa orientar esforços preventivos não pelos riscos atribuíveis à elevação de fatores isolados como pressão arterial ou colesterol sérico, mas pela soma de risco decorrente de múltiplos fatores, estimada pelo risco absoluto global de cada indivíduo. Em outras palavras, quanto maior o risco, maior o potencial benefício de uma intervenção terapêutica ou preventiva (Britto et al., 2014).

CAPÍTULO 2. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

2.1. DEFINIÇÃO

Refere-se aos métodos e práticas educativas direcionadas à população com o intuito de ensiná-la quanto à mudança de hábitos de vida com a finalidade de melhorar a saúde individual e coletiva (Falkenberg, Mendes, Moraes, & Souza, 2014).

Entende-se que a educação em saúde é uma prática para a transformação dos modos de vida dos indivíduos e da coletividade com o intuito de promover a qualidade de vida e saúde (Mallmann, Galindo Neto, Sousa, & Vasconcelos, 2015).

A ação educativa em saúde é um processo que objetiva capacitar indivíduos ou grupos para a melhoria de uma população. Os profissionais de saúde e a população têm que ter em mente que a saúde não depende apenas dos serviços de saúde do Estado, mas também dos esforços da própria população através da conscientização, motivação e práticas preventivas e promoção da saúde.

2.2. ESTRUTURA DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A educação para a saúde tem que ser baseada na crítica do grupo para ter a conscientização das causas, problemática e ações para a melhoria da população através da educação. É contraditório falar em algo que é correto se a população não vivencia. Isso é muito observado na Atenção Básica de Saúde Primária na qual são desenvolvidas as ações pela Estratégia Saúde da Família em conjunto com a equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF- programa criado pelo Ministério da Saúde através da portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008) com palestras, oficinas terapêuticas, discussão de casos clínicos com o usuário e sua família.

A educação em saúde é essencial para o controle da pressão arterial. Por meio do conhecimento transmitido ao paciente, há uma maior probabilidade de adesão ao tratamento que, por sua vez, controle da pressão arterial (Pereira, 2015).

Faz-se necessário uma educação permanente com ações voltadas para a problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações. Essa educação consiste no processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador através de vivências, experiências e participação no âmbito institucional (Falkenberg et al., 2014).

2.3. ESTUDOS DE EFICÁCIA

A educação para a saúde tem o seu potencial para a redução de custos e melhora na assistência do usuário dos serviços de saúde favorecendo o cuidado próprio da população e sua responsabilidade no contexto saúde. O conhecimento do paciente está relacionado à efetividade das estratégias desenvolvidas na atenção básica da saúde (Chaves et al., 2006). Ainda nesse estudo, observou-se que programas estruturados de educação para a saúde para adultos hipertensos levaram a benefícios nas condições de

saúde desses pacientes tanto nos fatores de risco quanto para adesão ao tratamento proposto.

Em uma pesquisa com intervenção e aplicação de questionário, observaram-se dinâmicas de grupo aberto que foram eficazes para melhorar o nível de conhecimento da incontinência urinária em mulheres usuárias na rede pública de saúde (Kaestner, Roza, Virtuoso, & Luz, 2016)

CAPÍTULO 3. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE CARDIOVASCULAR

3.1. EFICÁCIA NA PREVENÇÃO PRIMÁRIA

A prevenção primária trata-se de um conjunto de ações que promovam a prevenção de doenças, diminuição da incidência das patologias e reduzindo os fatores de risco. Em outras palavras, antes que a doença ocorra.

Na atenção primária as ações são direcionadas para a prevenção, a assistência e o acompanhamento da demanda de problemas de saúde associados ao sistema cardiológico e circulatório na perspectiva de minimizar os riscos cardiovasculares (Britto et al., 2014).

Em uma pesquisa, as doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de mortalidade em todo o mundo. Diante dessa informação, é válido intervenções eficazes, de baixo custo e preventivas para essas doenças. A educação em saúde constitui uma estratégia eficaz para prevenção dessas doenças cardiovasculares com ações educativas promovendo mudanças nos hábitos de vida. A abordagem participativa foi importante para o conhecimento dos idosos em relação ao sistema cardiovascular e a prevenção de doenças, destacando a responsabilidade de cada um na sua própria saúde (Ferreti, Gris, Mattiello, Teo, & Sá, 2014).

Em um estudo foi demonstrado que as experiências na comunidade com êxito favorecem políticas públicas efetivas que visam ações de integração da promoção da saúde e prevenção primária ao combate as doenças cardiovasculares (Silva, Cotta, & Rosa, 2013).

Essa prevenção tem que ser despertada na cultura brasileira, uma vez que, diminuiria consideravelmente os custos hospitalares e a população teria uma melhor qualidade de vida.

3.2. EFICÁCIA NA PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

A prevenção secundária baseia-se no tratamento da doença com o diagnóstico precoce e com o intuito de evitar as complicações.

No estudo de Oliveira et al. (2013), observou que os grupos educativos foram incentivos para adequação de comportamentos e controle dos níveis pressóricos de pacientes hipertensos. E que a educação em saúde tem que ter um planejamento para obter resultados satisfatórios.

Outra pesquisa sobre doenças cardiovasculares e fatores associados a adultos e idosos, constatou-se que a educação em saúde para o controle da hipertensão arterial necessita de estratégias elaboradas para garantir assistência de qualidade, promoção a saúde, prevenção das doenças e seus acometimentos para que a população tenha qualidade de vida. Essas estratégias incluem um plano de educação em saúde e organização de uma equipe multidisciplinar (Dutra et al., 2016).

As ações na comunidade têm o objetivo de divulgar a mensagem que a saúde depende não somente dos serviços do Estado, mas também do próprio paciente para um diagnóstico precoce e evitar complicações que possam limitar a vida desse paciente no aspecto funcional.

PARTE II – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

1. CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo trata-se da intervenção educativa para o controle da pressão arterial nos hipertensos no município de São José de Ribamar – Maranhão – Brasil.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Desenho Experimental e Amostra

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Nova Aurora, município de São José de Ribamar – Maranhão. O número total de hipertensos no município de São José de Ribamar até setembro de 2017 foi de 13.742 pacientes e cadastrados na UBS Nova Aurora foi de 639 pacientes. Vale ressaltar que na referida Unidade não existia um grupo formado de hipertensos e diabéticos (Hiperdia). Daí o interesse em realizar a pesquisa nela para avaliar o conhecimento e controle da pressão arterial. O período de busca dos dados foi de março a maio de 2017. Realizou-se uma pesquisa de intervenção com aplicação de um questionário em forma de entrevista em dois momentos. O número inicial dos pacientes foi de 51 e somente o total de 43 que completaram a pesquisa. A amostra foi aleatória indicada pelos agentes comunitários de saúde na região e esses profissionais tinham uma relação dos pacientes hipertensos que seria visitado. Foram incluídos pacientes hipertensos cadastrados na referida unidade básica de saúde e excluídos os pacientes que recusaram assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que se encontravam em condição psiquiátrica ou neurocognitiva que impedisse a obtenção dos dados da pesquisa. Esse estudo foi analisado, aprovado e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de São José de Ribamar – Maranhão.

2.2 Estrutura do Plano Educacional

A abordagem foi realizada após a aplicação do questionário inicial com um momento de conversa falando sobre a hipertensão arterial como: definição, classificação da HTA, fatores de risco, complicações que podem ocorrer caso o doente não faça o tratamento prescrito, tratamento medicamentoso, não medicamentoso (que inclui uma alimentação saudável e prática de atividade física) e prevenção de patologias relacionadas com a HTA. A explicação era com uma linguagem fácil e as dúvidas foram respondidas. Essa abordagem era individual com os usuários nos dois encontros nos domicílios.

2.3 Procedimento

Os locais de busca dos dados foram: na unidade básica de saúde Nova Aurora e nos domicílios (visita domiciliar). Os agentes comunitários da área convidavam os pacientes para participar da pesquisa nas datas agendadas.

No primeiro contato era explicado como a pesquisa seria executada e o termo de consentimento livre e esclarecido lido e assinado. Após isso, o questionário inicial era composto por três etapas: 1ª - Dados sociodemográficos, aferição da pressão arterial com o aparelho automático/digital de braço da marca OMRON, peso corporal utilizando a balança digital marca OMRON, frequência cardíaca (no mesmo aparelho da pressão arterial), perguntas sobre adesão do tratamento farmacológico. A 2ª - Do Questionário de Morisky e Green (instrumento simples validado para estimar a adesão ao tratamento) (Barbosa et al., 2012) as respostas são pontuadas com valores para sim = 0 e não = 1. O critério adotado para pontuação final ou total foi de 0 a 3 pontos para os pacientes que não têm adesão e 4 pontos para adesão conforme protocolo do teste de Morisky e Green (Morisky; Green & Levine, 1986). A 3ª - Do questionário de 10 (Dez) perguntas sobre conhecimento da HTA aplicado no artigo (Barreto, Reiners, & Marcon, 2014). (ANEXO 3). Posteriormente, realizava-se uma abordagem educacional dirigida como conversa sobre o conhecimento da hipertensão arterial. Ao término da conversa, marcava-se novo encontro para aplicação do questionário final (igual ao inicial).

2.4 Análise Estatística

Os dados relativos aos indivíduos da amostra foram informatizados e tratados com recurso ao programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 22.0 (SPSS, IBM, USA). A distribuição das variáveis foi testada, quanto à normalidade, pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, e quanto à homogeneidade das variâncias, pelo teste de Levene. Para a caracterização geral da amostra e da distribuição das variáveis qualitativas e quantitativas, recorreu-se a uma estatística descritiva simples. Os valores das variáveis quantitativas estão apresentados como média \pm desvio padrão e amplitude de variação. Os valores das variáveis qualitativas estão apresentados como valores absolutos e em percentagem. A comparação entre grupos para variáveis paramétricas concretizou-se com recurso ao teste t de Student para amostras independentes (comparações entre 2 grupos) ou teste ANOVA de um fator, com post-hoc de Tukey (comparações entre 3 ou mais grupos). O teste do qui-quadrado e o teste Exato de Fisher foram aplicados para a comparação de variáveis categóricas.

O critério de significância estatística utilizado foi um valor de $p < 0,05$ para um intervalo de confiança de 95%.

3. RESULTADOS

Perfil antes da intervenção

A amostra deste trabalho foi constituída por 43 pacientes hipertensos, maioritariamente do género feminino (31 mulheres), com uma idade média de $56,70 \pm 15,27$ anos, variando entre os 28 e os 91 anos (cf. Tabela 1). O IMC médio foi de $30,34 \pm 6,40$ Kg/m², indicando uma população com excesso de peso. A PAS e a PAD médias foram, respectivamente, $140,86 \pm 24,10$ mmHg e $82,19 \pm 14,21$ mmHg.

Tabela 1: Perfil dos pacientes entrevistados antes da intervenção

Variável	Mínimo	Máximo	Média ± Desvio padrão
Idade (anos)	28	91	56,70 ± 15,28
Altura (m)	1,46	1,81	1,57 ± 0,090
Peso b (kg)	46,9	121,3	75,24 ± 17,51
IMC (Kg/m ²)	19,27	44,42	30,34 ± 6,40
PAS b (mmHg)	105	208	140,86 ± 24,10
PAD b (mmHg)	53	114	82,19 ± 14,21
FC b (bpm)	51	118	81,56 ± 15,01

Legenda: IMC – índice de massa corporal; PAS b – pressão arterial sistólica basal; PAD b – pressão arterial diastólica basal; FC b – frequência cardíaca basal

A caracterização inicial da amostra em função do gênero dos pacientes incluídos no estudo resume-se na tabela 2. De acordo com a análise realizada, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na altura, peso e PAS, com as mulheres a apresentarem valores médios inferiores aos homens. As restantes variáveis foram semelhantes entre homens e mulheres.

Tabela 2: Perfil dos pacientes entrevistados de acordo com o sexo antes da intervenção

Variável	Sexo	N	Média ± Desvio padrão	p- valor
Idade (anos)	F	31	55,74 ± 15,21	0,516
	M	12	59,17 ± 15,83	
Altura (m)	F	31	1,53 ± 0,04	0,000
	M	12	1,67 ± 0,08	
Peso b (kg)	F	31	71,91 ± 14,73	0,045
	M	12	83,80 ± 21,62	
IMC (Kg/m ²)	F	31	30,65 ± 6,46	0,613
	M	12	29,53 ± 6,44	
PAS b (mmHg)	F	31	135,87 ± 18,53	0,027
	M	12	153,75 ± 32,09	
PAD b (mmHg)	F	31	79,68 ± 10,96	0,154
	M	12	88,67 ± 19,47	
FC b (bpm)	F	31	81,45 ± 11,54	0,956
	M	12	81,83 ± 22,29	

Legenda: F – feminino; M – masculino; IMC – índice de massa corporal; PAS b – pressão arterial sistólica basal; PAD b – pressão arterial diastólica basal; FC b – frequência cardíaca basal.

De acordo com os valores de p demonstrados, observaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas frequências de “escolaridade”, “antecedentes de HTA”, “renda salarial familiar”, “estado civil” e “cor”, quando comparados os gêneros (cf. Tabela 3). Para estas variáveis, a prevalência é maior para mulheres no Ensino fundamental, com a presença de antecedentes de HTA, renda familiar inferior ao salário mínimo, estado civil solteiro e com maior proporcionalidade em todas as raças em relação aos homens, sendo a maioria de raça parda. Para as demais variáveis não houve diferença significativa entre as frequências (Tabela 3).

Tabela 3: Tabela geral

Variável	Sexo		p-valor
	Feminino	Masculino	
Escolaridade			
Sabe ler/escrever	2	0	
Ensino fundamental	19	6	
Ensino médio	7	4	
Analfabeto	3	2	0,000
Antecedentes de HTA			
Não	2	0	
Sim	24	9	
Não sabe	5	3	0,000
Tempo de diagnóstico			
Menos de 10 anos	13	8	
Mais de 10 anos	18	4	0,879
Comorbidades			
Não	12	4	
Sim	19	8	0,093
Renda salarial familiar			
Inferior ao salário mínimo	10	1	
1 a 3 salários mínimos	21	11	0,001
Estado civil			
Casado	8	4	
Solteiro	16	6	
Separado	1	1	
Viúvo	6	0	
Outro	0	1	0,000
Cor			
Branca	4	0	
Negra	11	4	
Parda	16	8	0,001

Segundo os valores de p , observou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) nas frequências de “álcool”, “tabaco”, “número de medicamentos”, “atividade física” e “classes de IMC”. A prevalência de mulheres é maior no grupo das que não fazem uso de “álcool” e “tabaco”, consumo de 1 medicamento, não praticam atividade física e com obesidade. Para o controle de HTA não houve diferença significativa entre as frequências (Tabela 4).

Tabela 4: Tabela geral

Variável	Sexo		p-valor
	Feminino	Masculino	
/Álcool			
Não	24	7	0,004
Sim	7	5	
Tabaco			
Não	30	9	0,000
Sim	1	3	
Número de medicamentos			
0	3	1	0,005
1	12	3	
2	11	7	
3	5	1	
Atividade física			
Não	23	8	0,004
Sim	8	4	
Classe de IMC			
Peso normal	9	3	0,015
Excesso de peso	4	4	
Obesidade	18	5	
Controlo da HTA			
Controlada	18	13	0,879
Não controlada	13	8	

Quanto ao sexo feminino, a profissão que prevaleceu foi do lar e aposentado ao sexo masculino (Tabela 5).

Tabela 5: Frequência das profissões dos pacientes entrevistados

Profissão	Sexo (%)		Total
	Feminino	Masculino	
Aposentado (a)	7 (16,2)	5 (11,6)	12 (27,9)
Atendente	1 (2,3)	0 (0,0)	1 (2,3)
Autônomo (a)	0 (0,0)	2 (4,6)	2 (4,6)
Bombeiro (a) hidráulico (a)	0 (0,0)	1 (2,3)	1 (2,3)
Comerciante	1 (2,3)	0 (0,0)	1 (2,3)
Costureiro (a)	3 (6,9)	0 (0,0)	3 (6,9)
Do lar	16 (37,2)	0 (0,0)	16 (37,2)
Funcionário (a) público (a)	1 (2,3)	0 (0,0)	1 (2,3)
Gráfico (a)	0 (0,0)	1 (2,3)	1 (2,3)
Lavrador (a)	1 (2,3)	0 (0,0)	1 (2,3)
Pintor (a)	0 (0,0)	1 (2,3)	1 (2,3)
Serviços gerais	1 (2,3)	1 (2,3)	2 (4,6)
Vigilante	0 (0,0)	1 (2,3)	1 (2,3)
Total	31 (72,1)	12 (27,9)	43 (100,0)

As medicações mais utilizadas pelos pacientes hipertensos na Unidade de Saúde Nova Aurora foram: Hidroclorotiazida e losartana (Tabela 6).

Tabela 6: Medicamentos utilizados por pacientes entrevistados antes da intervenção

Medicamento	Sexo (%)		Total
	Feminino	Masculino	
Não faz uso de medicação	3 (6,9)	1 (1,3)	4 (5,4)
Atenolol 50mg	1 (1,3)	1 (1,3)	2 (2,7)
Besilato de anlodipino 5mg	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,3)
Besilapin 5mg	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,3)
Captopril 25mg	3 (4,1)	0 (0,0)	3 (4,1)
Cardilol 12,5mg	0 (0,0)	1 (1,3)	1 (1,3)
Cordarex 2,5mg	0 (0,0)	1 (1,3)	1 (1,3)
Diovan HCT 160mg + 12,5mg	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,3)
Enalapril 10mg	0 (0,0)	1 (1,3)	1 (1,3)
Hidroclorotiazida 25mg	15 (20,5)	5 (6,8)	20 (27,3)
Hidroclorotiazida 50mg + 12,5mg	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,3)
Losartana 50mg	22 (30,1)	8 (10,9)	30 (41,0)
Losartana potássica	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,3)
Lotar (Besilato de anlodipino 5mg + losartana potássica 50mg)	0 (0,0)	1 (1,3)	1 (1,3)
Maleato de enalapril 20mg	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,3)
Nifedipina 5mg	0 (0,0)	1 (1,3)	1 (1,3)
Nifedipina 20mg	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,3)
Propranolol 40mg	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,3)

Renalapril 5mg	0 (0,0)	1 (1,3)	1 (1,3)
Total*	52 (71,2)	21 (28,7)	73 (100,0)

*Cada paciente pode fazer uso de mais de uma medicação.

Perfil após intervenção

Em virtude dos valores de p encontrados na tabela 7, observaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre “PAS”, “PAD” e o “SCORE” comparando-se suas médias antes e após a intervenção. O SCORE representa a média do somatório das pontuações obtidas para as questões colocadas nos questionários, sendo que, para valores maiores, o conhecimento e adesão é maior. As médias de PAS e PAD foram significativamente menores após a intervenção. Por sua vez, o Score apresentou um aumento com a intervenção. As demais classificações não variaram (Tabela 7).

Tabela 7: Comparações de médias antes e após a intervenção nos pacientes entrevistados. Onde: b = antes da intervenção; d = após a intervenção.

Variável	Média ± Desvio padrão	p- valor
Peso b	75,23 ± 17,50	
Peso d	74,84 ± 16,99	0,196
PAS b	140,90 ± 24,10	
PAS d	132,60 ± 21,49	0,002
PAD b	82,19 ± 14,21	
PAD d	78,67 ± 11,71	0,009
FC b	81,56 ± 15,01	
FC d	79,07 ± 11,25	0,125
IMC b	30,34 ± 6,40	
IMC d	30,21 ± 6,37	0,224
SCORE b	6,09 ± 1,64	
SCORE d	7,62 ± 1,41	0,000

O gráfico 1 mostra a variação da pressão sistólica antes e após a intervenção. Observou-se diminuição após a intervenção.

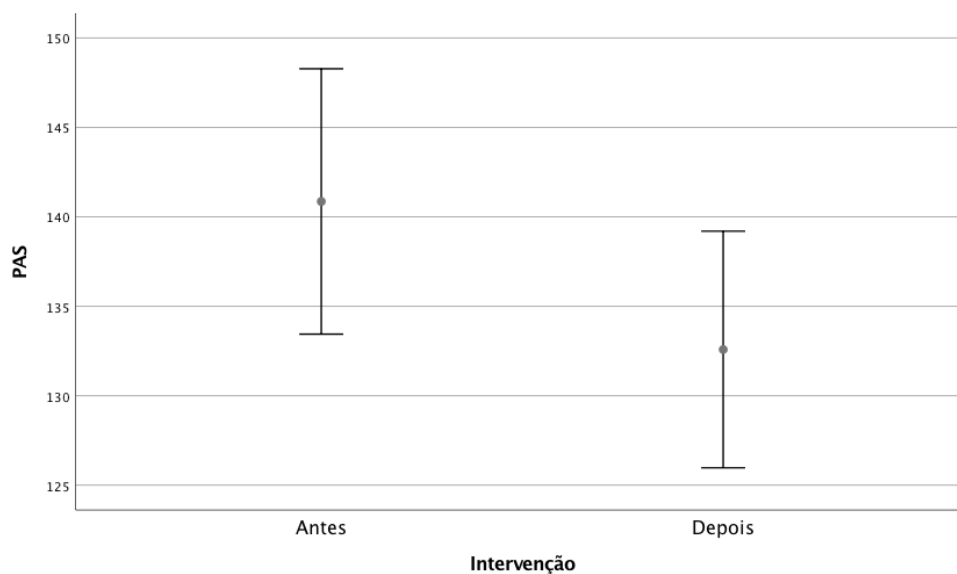


Gráfico 1 – Variação da pressão arterial sistólica antes e após a intervenção.

O gráfico 2 mostra a variação da pressão arterial diastólica antes e após a intervenção. Observou-se diminuição após a intervenção.

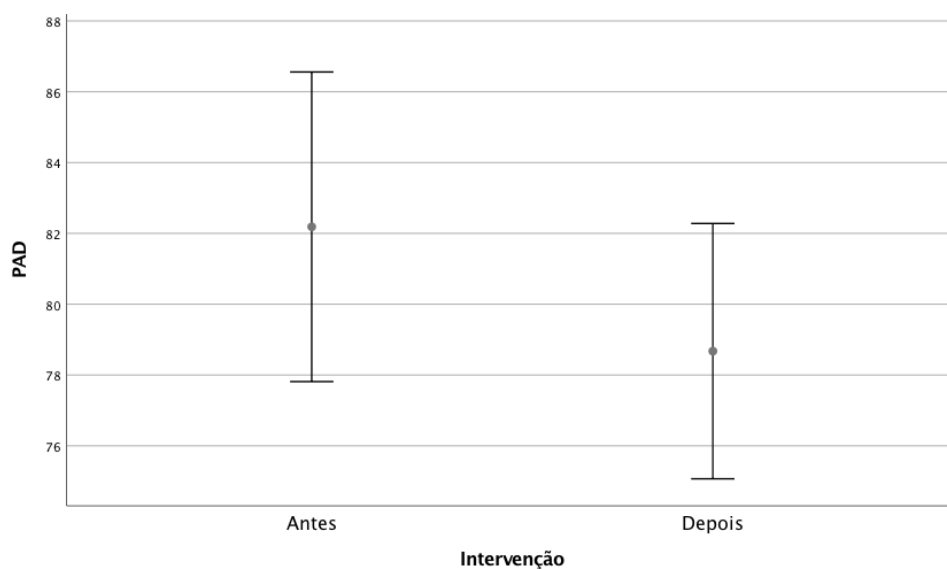


Gráfico 2 – Variação da pressão arterial diastólica antes e após a intervenção

O gráfico 3 mostra a variação do Score antes e após a intervenção. Observou-se aumento após a intervenção.

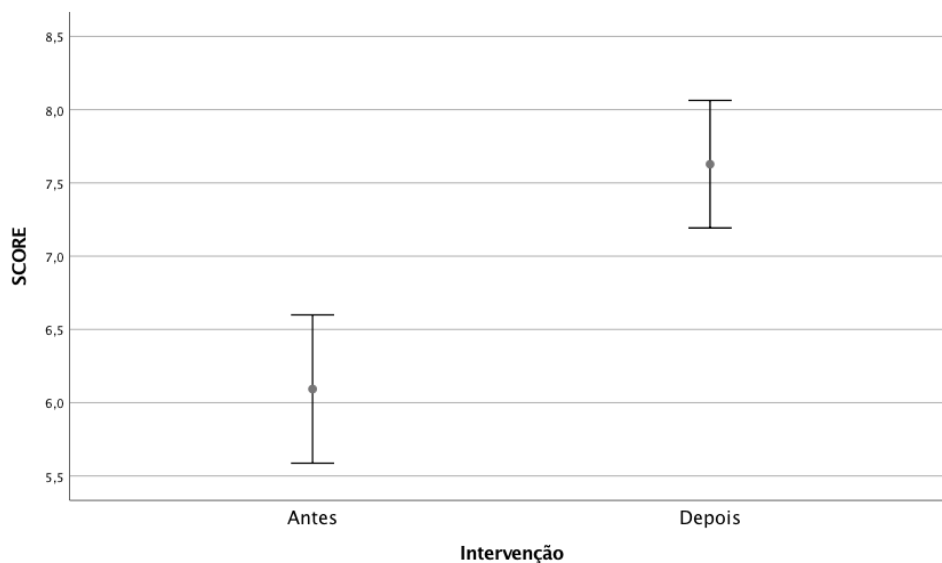


Gráfico 3 – Variação do Score antes e após a intervenção

Através das probabilidades detectadas, observaram-se diferenças significativas nas frequências do controlo da HTA antes e após a intervenção ($p < 0,05$), com um aumento significativo na proporção de controle posterior à intervenção. Quanto à variável álcool e tabaco continuaram não fazendo uso e também não praticam atividade física. Houve um aumento no número de medicamentos (Tabela 8).

Tabela 8: Tabela geral.

Variável	Intervenção		p-valor
	Antes	Depois	
Álcool (%)			
Não	31 (72,1)	31 (72,1)	1,000
Sim	12 (27,9)	12 (27,9)	
Tabaco (%)			
Não	39 (90,7)	39 (90,7)	1,000
Sim	4 (9,3)	4 (9,3)	
Número de medicamentos (%)			
0	4 (9,3)	3 (7,0)	0,974
1	15 (34,9)	14 (32,6)	
2	18 (41,9)	20 (46,5)	
3	6 (14,0)	6 (14,0)	
Atividade física (%)			
Não	31 (72,1)	33 (76,7)	0,621
Sim	12 (27,9)	10 (23,3)	
Controlo da HTA (%)			
Controlada	22 (51,2)	32 (74,4)	0,026
Não controlada	21 (48,8)	11 (25,6)	

Segundo os valores de p encontrados ($p > 0,05$), não houve diferença significativa nas médias das diferenças de PAS, PAD e do SCORE em comparação às variáveis sociodemográficas observadas acima, ou seja, estas diferenças não variaram entre os diferentes grupos avaliados (Tabela 9).

Tabela 9: Comparação entre as diferenças da PAS, PAD e do SCORE para antes e após a intervenção em razão das variáveis sociodemográficas. Onde: b = antes da intervenção e d = após a intervenção.

Variável	Diferença	p-valor
Escolaridade	PAS b – PAS d	0,837
	PAD b – PAD d	0,226
	SCORE b – SCORE d	0,353
Renda salarial familiar	PAS b – PAS d	0,731
	PAD b – PAD d	0,955
	SCORE b – SCORE d	0,303
Estado civil	PAS b – PAS d	0,476
	PAD b – PAD d	0,163
	SCORE b – SCORE d	0,523
Cor	PAS b – PAS d	0,139
	PAD b – PAD d	0,936
	SCORE b – SCORE d	0,399
Antecedentes de HAS	PAS b – PAS d	0,331
	PAD b – PAD d	0,314
	SCORE b – SCORE d	0,355
Tempo de diagnóstico	PAS b – PAS d	0,683
	PAD b – PAD d	0,782
	SCORE b – SCORE d	0,746
Comorbidades	PAS b – PAS d	0,443
	PAD b – PAD d	0,936
	SCORE b – SCORE d	0,628
Sexo	PAS b – PAS d	0,536
	PAD b – PAD d	0,608
	SCORE b – SCORE d	0,464

Quanto às comorbidades, observou-se um número elevado para obesidade com 37,7%, dislipidemia com 20% e diabetes mellitus 12,9%. Isso implica em aumento do risco cardiovascular da população avaliada (Gráfico 4).

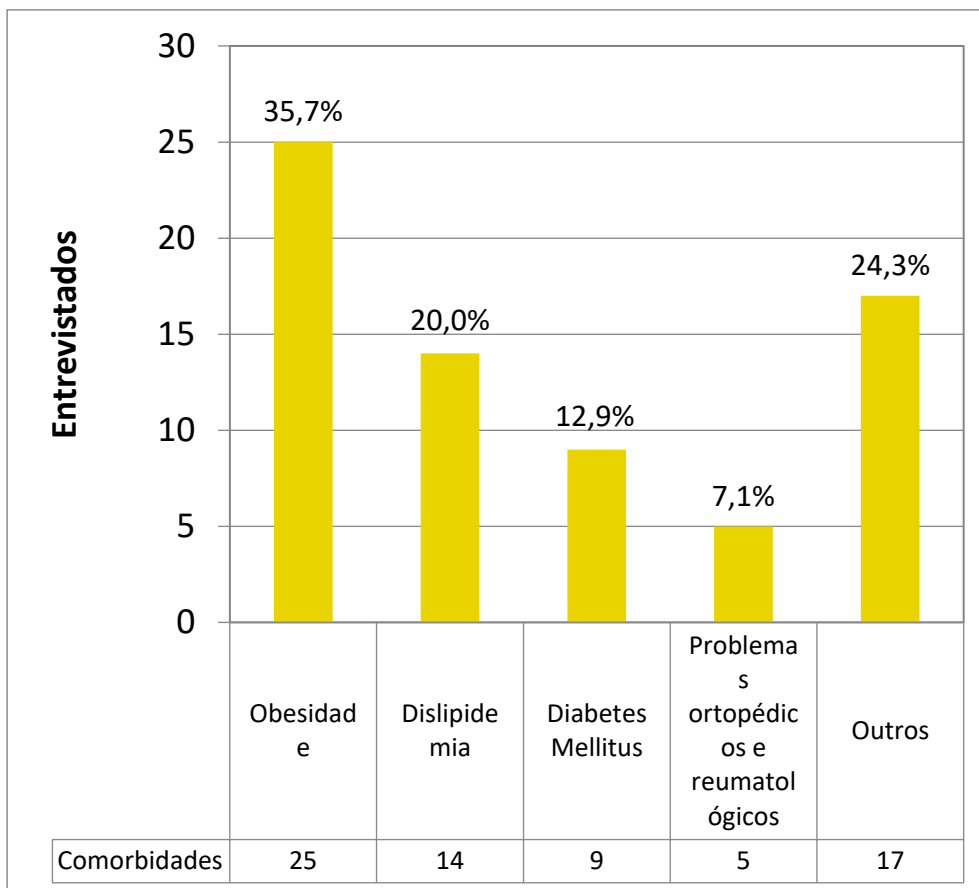


Gráfico 4 – Comorbidades da população avaliada

De acordo com o valor de p encontrado no Qui-quadrado ($X^2 = 39,46$; G.L.= 1; $p = 0,0000$), observou-se uma maior frequência de não aderentes antes da intervenção, assim como uma maior frequência de aderentes após a intervenção (Gráfico 5).

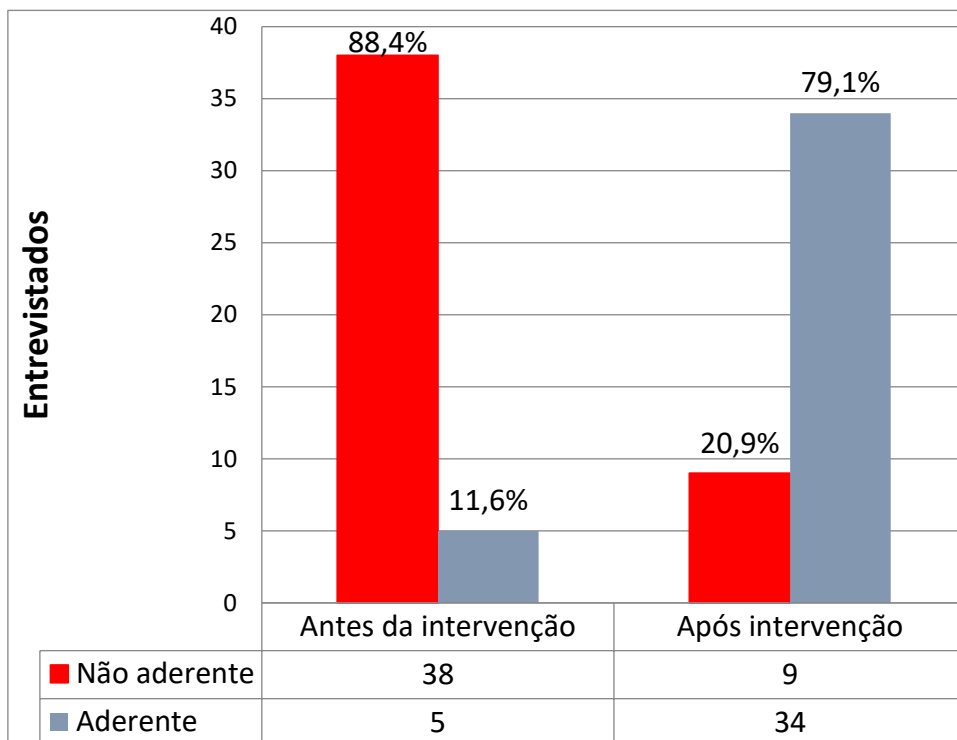


Gráfico 5 – Avaliação da Adesão ao tratamento pelo Questionário Morisky e Green

As respostas do Questionário de Morisky e Green antes da intervenção foi maior o SIM na pergunta “Alguma vez você esqueceu de tomar o remédio?” (Gráfico 6).

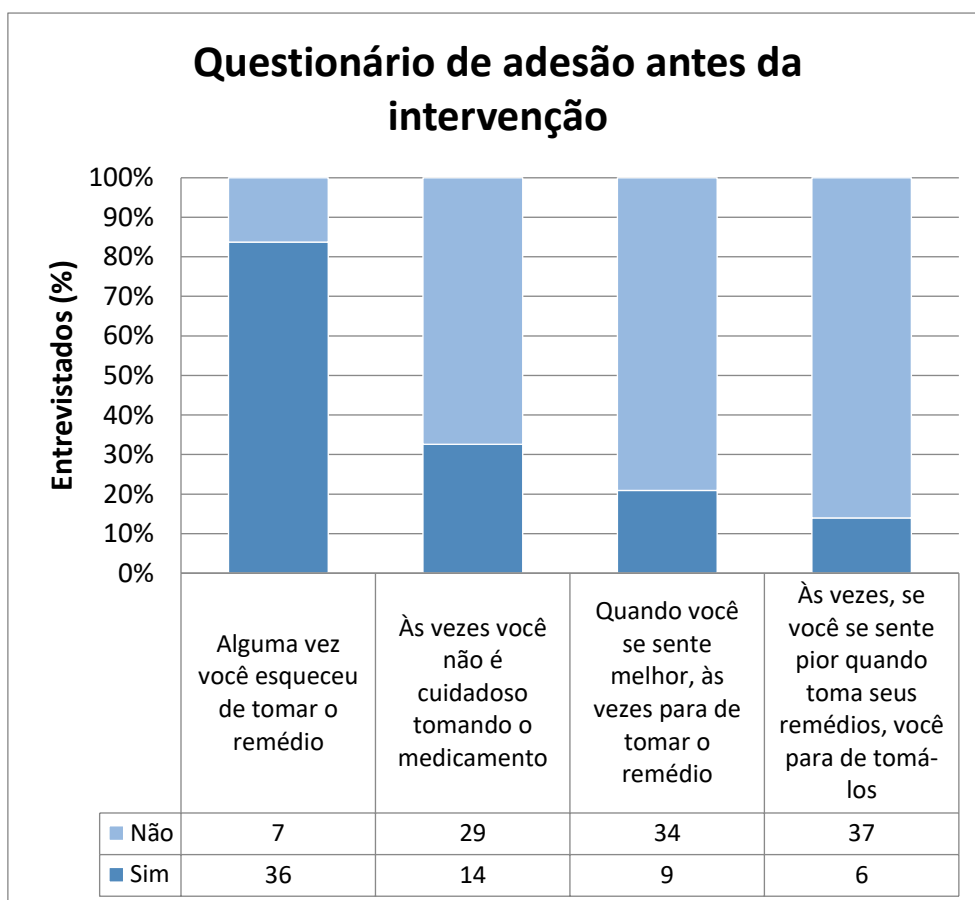


Gráfico 6 – Respostas do Questionário de Morisky e Green antes da intervenção

As respostas do Questionário de Morisky e Green após da intervenção foi o NÃO em todas as perguntas. Isso mostra uma adesão e comprometimento ao tratamento proposto (Gráfico 7).

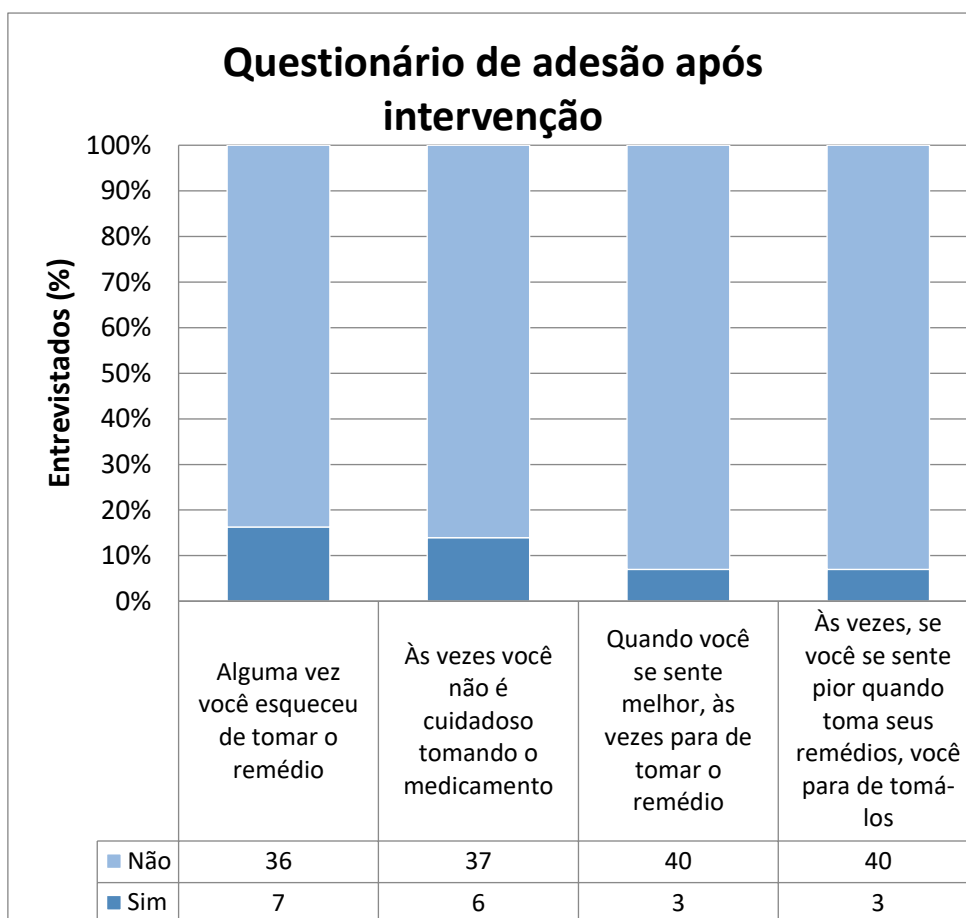


Gráfico 7 – Respostas do Questionário de Morisky e Green após a intervenção

De acordo com os valores de p apresentados ($p > 0,05$), não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de PAS e PAD para antes e após a intervenção considerando os dois grupos de aderência. Apesar de não ser detectada a diferença estatística entre os grupos, verificou-se uma redução tanto das médias de PAS quanto de PAD dentro do grupo não aderente comparando o antes e após a intervenção (Tabela 10; gráficos 8 e 9).

Tabela 10: Comparação entre a variação da pressão arterial para a aderência antes e após a intervenção.

Grupo	Aderência	Mínimo	Máximo	Média ± Desvio-padrão	p-valor
PAS basal	Não aderente	105	208	142,45 ± 25,05	0,238
	Aderente	116	142	128,80 ± 9,42	
PAD basal	Não aderente	53	114	83,08 ± 14,12	0,261
	Aderente	59	95	75,40 ± 14,54	
PAS pós	Não aderente	103	185	133,36 ± 22,17	0,881
	Aderente	100	211	132,32 ± 21,64	
PAD pós	Não aderente	62	106	80,56 ± 13,71	0,594
	Aderente	55	107	78,18 ± 11,31	

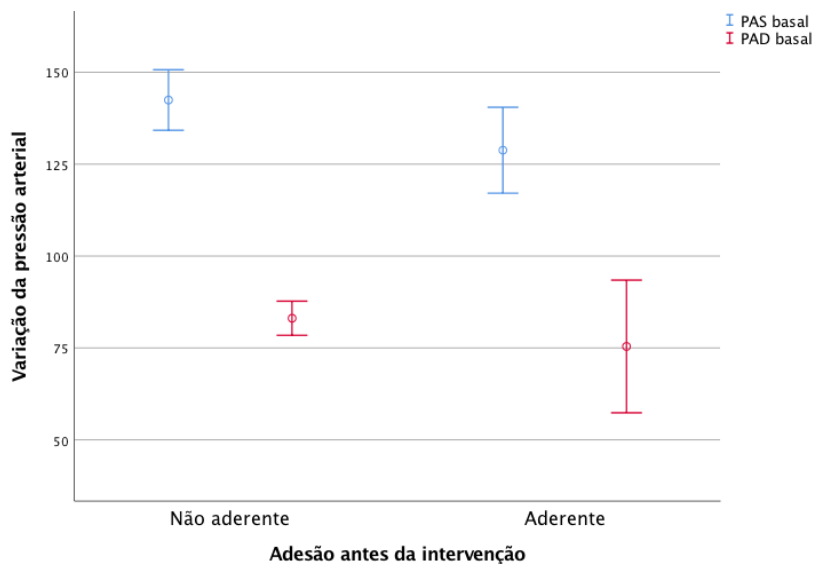


Gráfico 8 – Variação das pressões arterial sistólica e diastólica nos grupos de adesão e não adesão antes da intervenção

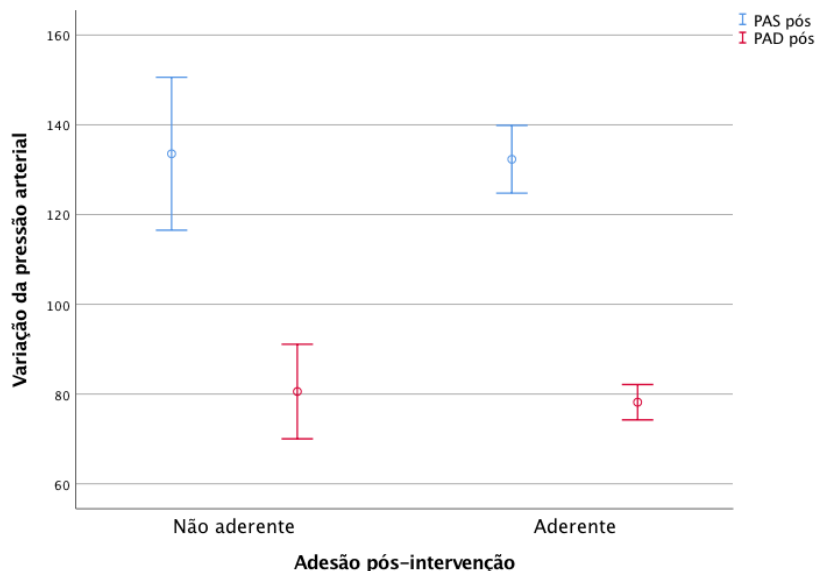


Gráfico 9 – Variação das pressões arterial sistólica e diastólica nos grupos de adesão e não adesão após a intervenção

Quanto ao questionário de conhecimento da HTA, observou-se um predomínio de 80% antes e após a intervenção demonstrando que a população já tinha conhecimento prévio sobre HTA, mas ainda assim, houve um número maior de usuários com percentagem de 80% após a intervenção. (Gráfico 10).

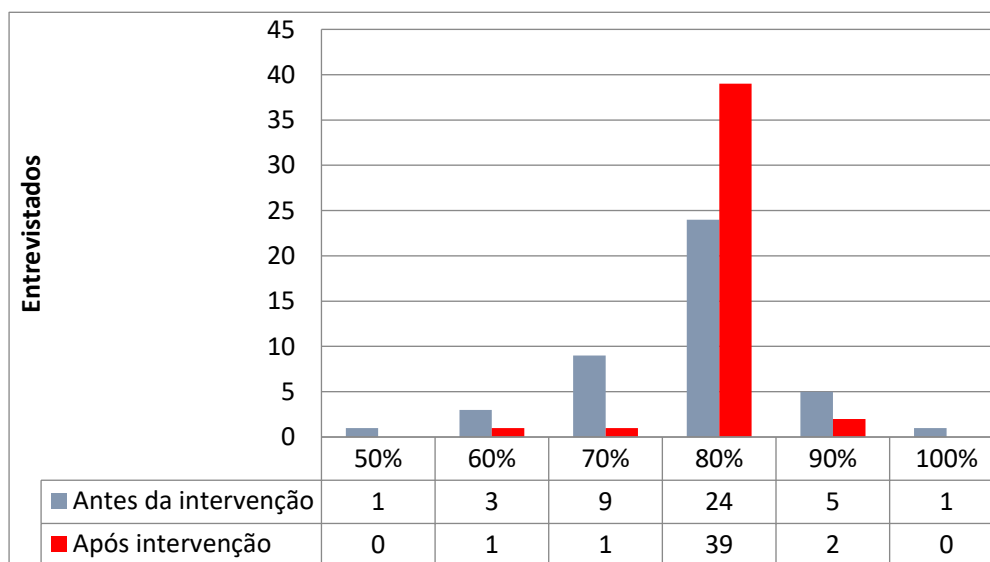


Gráfico 10 – Percentagem de acertos do questionário sobre conhecimento da HTA antes e após intervenção

Observou-se que o número de pacientes que não tinham conhecimento sobre a questão 2ª (Quem tem pressão alta, na maioria das vezes, não sente nada diferente?) e a 6ª (A pressão alta também pode ser tratada sem remédios?) do questionário de conhecimento sobre HTA foi tanto no grupo de adesão quanto não adesão. O que demonstra que após a intervenção o grupo não adesão teve mais conhecimento e, possivelmente, esse grupo pode tornar-se aderente a longo prazo e com mudanças no estilo de vida (Gráfico 11).

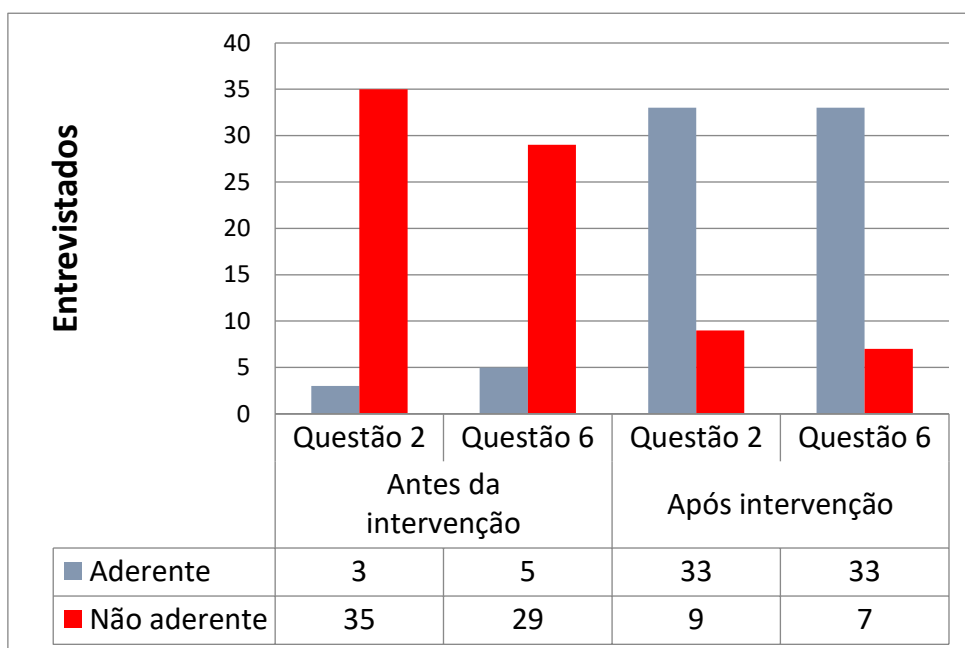


Gráfico 11 – Número de pacientes que erraram as questões (2ª e 6ª) do questionário do conhecimento da HTA nos grupos de adesão e não adesão antes e após a intervenção

4. DISCUSSÃO

Análise antes da intervenção

As análises para justificar os resultados, baseiam-se nos artigos pesquisados e na experiência da pesquisadora no convívio com a comunidade inserida no município de São José de Ribamar – Maranhão.

A caracterização dos pacientes entrevistados foram 43 o número de participantes sendo 31 do sexo feminino e 12 do sexo masculino, a média

das seguintes variáveis: idade de 56 anos; peso de 75 Kg; IMC 30,33; pressão arterial sistólica de 140 mmHg e pressão diastólica de 82 mmHg; frequência cardíaca de 81 bpm. O predomínio do sexo feminino também foi observado no estudo (Medtler & Perassolo, 2016) e em outro (Mano & Pierin, 2005). A interpretação seria que a mulher procura mais as unidades de saúde em relação aos homens para justificar esse índice maior, mas tem que ser analisado a quantidade populacional porque o número de mulheres é maior (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – IBGE 2013). Em uma pesquisa, as mulheres buscaram os serviços de saúde 1,9 vezes mais em relação aos homens colocando como fatores que colaboram para essa estatística como: aspecto cultural, horário de atendimento do serviço de saúde *versus* horário de trabalho do usuário e ter em mente que não está doente (Levorato, Mello, Silva, & Nunes, 2014).

De acordo com os valores de p apresentados, observaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para a “altura”, “peso e PAS basais”, sendo a média para os homens estatisticamente superior em relação a mulheres. As demais comparações não apresentaram diferenças significativas. A explicação para o “peso e altura” estão relacionadas com o biotipo masculino que favorece esses valores maiores. E quanto à PAS basal mais elevada no sexo masculino, relaciona-se ao fato dos homens não terem o hábito de cuidar da sua própria saúde.

De acordo com os valores de p demonstrados, observaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas frequências de “escolaridade”, “antecedentes de HAS”, “renda salarial familiar”, “estado civil” e “cor”. Para estas variáveis, a prevalência é maior para mulheres no Ensino fundamental, com a presença de antecedentes de HTA, renda familiar inferior ao salário mínimo, estado civil solteiro e com maior proporcionalidade em todas as raças em relação aos homens, sendo a maioria de raça parda. Para as demais variáveis não houve diferença significativa entre as frequências. Quanto à escolaridade, o predomínio foi o ensino fundamental, presença de antecedentes de HTA, essas mulheres sobrevivem com renda familiar inferior ao salário mínimo por dificuldade de conseguir um emprego e, possivelmente, a escolaridade seja um fator limitante para isso. Na pesquisa de Britto et al., (2014), os resultados foram equivalentes quanto ao sexo

feminino em número maior, ensino fundamental, renda familiar inferior ao salário mínimo. Segundo WHO (2013), a HTA afeta países de baixa e média renda. Isso foi constatado na presente pesquisa porque a renda familiar que prevaleceu foi inferior ao salário mínimo. A baixa escolaridade pode ser um fator que dificulta a adesão ao tratamento (Mano & Pierin, 2005).

Segundo os valores de p , observaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas frequências de “álcool”, “tabaco”, “número de medicamentos”, “atividade física” e “classes de IMC”. A prevalência de mulheres é maior no grupo das que não fazem uso de “álcool” e “tabaco”, consumo de 1 medicamento, não praticam atividade física e com obesidade. Para o controle de HTA não houve diferença significativa entre as frequências. As mulheres não fazem uso de álcool e tabaco, mas são sedentárias porque não praticam atividade física e, conseqüentemente, propensas à obesidade. Essa análise também foi observada em outro (Pierin, Marroni, Taveira, & Bensenor, 2011). Na pesquisa de Britto et al., (2014), o número maior de pessoas que não praticam atividade física e não fazem uso de álcool e tabaco.

Quanto ao sexo feminino, a profissão que prevaleceu foi “do lar” isso justifica por não trabalharem fora, renda familiar inferior ao salário mínimo e ter ensino fundamental apenas. E sexo masculino, foi aposentado.

As medicações mais utilizadas pelos pacientes hipertensos na Unidade de Saúde Nova Aurora foram: Hidroclorotiazida e losartana. A justificativa para essas duas medicações, por ser uma associação recomendada e oferecida pelo SUS (Governo Federal). O objetivo dessa associação é o maior efeito hipotensor com uso de doses menores e, conseqüentemente, número menor de efeitos colaterais.

Perfil após intervenção

Em virtude dos valores de p encontrados na tabela 7, observaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre “PAS”, “PAD” e o “SCORE” comparando-se suas médias antes e após a intervenção. As

médias de PAS e PAD foram significativamente menores após a intervenção. Por sua vez, o Score apresentou um aumento com a intervenção. As demais classificações não variaram. As pressões arteriais sistólica e diastólica diminuíram e isso prova que a intervenção foi eficaz. Os pacientes entenderam a importância do controle da pressão arterial para uma qualidade de vida isenta de complicações da HTA. O “SCORE” aumentou e isso significou que os pacientes absorveram o conhecimento transmitido na intervenção.

Através das probabilidades detectadas, observaram-se diferenças significativas nas frequências do controle da HTA antes e após a intervenção ($p < 0,05$), com um aumento significativo na proporção de controle posterior à intervenção. Esse aumento mostrou que os pacientes compreenderam a importância da pressão arterial permanecer nos valores satisfatórios. Quanto à variável álcool e ao tabaco continuaram não fazendo uso e também não praticam atividade física. Os pacientes continuaram sedentários e isso pode ser justificado por tratar-se de um curto período de acompanhamento, possivelmente, essa mudança poderia ser evidente a longo prazo. Em outro estudo Dutra et al., (2016) o número foi maior de pacientes que não praticavam atividade física. Os grupos educativos inseridos na comunidade favorecem modificações nos hábitos de vida dessa comunidade em parceria com as equipes de saúde local (Mano & Pierin, 2005). O número de medicamentos aumentou e a explicação plausível foi a preocupação de ir à consulta médica para avaliar o estado de saúde após a intervenção. Alguns pacientes não marcavam consulta há mais de 1 ano.

Segundo os valores de p encontrados ($p > 0,05$), não houve diferença significativa nas médias da diferença de PAS, PAD e do SCORE em comparação às variáveis sociodemográficas observadas acima, ou seja, estas diferenças não variaram entre os diferentes grupos avaliados.

Quanto às comorbidades, observou-se um número elevado para obesidade com 37,7%, dislipidemia com 20% e diabetes mellitus 12,9%. Isso implica em aumento do risco cardiovascular da população avaliada. Concomitante com outras doenças, a HTA associada com obesidade, diabetes mellitus e dislipidemia aumentam o risco cardiovascular e favorecem situações graves

como acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio que são indicadores de mortalidade no Brasil e no mundo (Britto et al., 2014).

A obesidade foi quantificada de acordo com a faixa etária (Adulto e idoso) (Cuppari, 2005; Silveira, Kac, & Barbosa, 2009).

De acordo com o valor de p encontrado no Qui-quadrado, percebeu-se que houve uma maior frequência de não aderentes antes da intervenção, assim como uma maior frequência de aderentes após a intervenção. Isso mostra que a intervenção foi eficaz para a população estudada e conscientizou esses pacientes quanto a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e, conseqüentemente, controle da pressão arterial. Existem ganhos significativos em termos de saúde e economia associados à detecção precoce, tratamento adequado e bom controle da HTA (WHO, 2013).

As respostas do Questionário de Morisky e Green antes da intervenção foi maior o SIM na pergunta “Alguma vez você esqueceu de tomar o remédio? Foi observado também no estudo de Medtler & Perassolo (2016) como principal fator de não adesão ao tratamento. E as respostas após da intervenção foi o NÃO em todas as perguntas. Isso mostra uma adesão e comprometimento ao tratamento proposto. Que a intervenção direcionou os pacientes para o não esquecimento do uso da medicação em momento algum. A educação como método para melhorar a adesão ao tratamento (Ostenberg & Blaschke, 2005).

De acordo com os valores de p apresentados ($p > 0,05$), não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de PAS e PAD para antes e após a intervenção considerando os dois grupos de aderência. Apesar de não ser detectada a diferença estatística entre os grupos, verifica-se que houve uma redução tanto das médias de PAS quanto de PAD dentro do grupo não aderente comparando o antes e após a intervenção. Um olhar no grupo não aderente, observou-se diminuição das pressões arteriais sistólica e diastólica após a intervenção e esse grupo pode tornar-se aderente a longo prazo.

Quanto ao questionário de conhecimento da HTA, observou-se um predomínio de 80% antes e após a intervenção demonstrando que a população já tinha conhecimento prévio sobre HTA, mas ainda assim, houve um número maior de usuários com percentagem de 80% após a intervenção. Apesar da unidade básica de saúde Nova Aurora não ter um grupo formado de pacientes hipertensos e diabéticos (Hiperdia), eles já tinham um conhecimento sobre a HTA. Depois da intervenção, foi deixado os nomes dos pacientes formando o grupo para eventos da ESF e NASF com o intuito de melhorar a qualidade de vida através do controle da pressão arterial. A formação desse grupo resultou na intenção da pesquisa do Mestrado. A falta de conhecimento sobre a patologia enfraquece a adesão ao tratamento (Acelas & Ochoa, 2010). Ainda nesta pesquisa, sugerem criações ou fortalecimento de programas educacionais nas instituições de saúde. A educação dos pacientes portadores de doenças crônicas como a HTA tem a finalidade influenciar no comportamento para ter qualidade de vida de modo que entender, conhecer e aceitar a patologia é um caminho para adesão do tratamento proposto (Pierin et al., 2011).

Observou-se que os pacientes não tinham conhecimento sobre a questão 2ª (Quem tem pressão alta, na maioria das vezes, não sente nada diferente?) e 6ª (A pressão alta também pode ser tratada sem remédios?) do questionário de conhecimento sobre HTA foi tanto no grupo de adesão quanto não adesão. O que demonstra que após a intervenção o grupo não adesão tiveram conhecimento e, possivelmente, esse grupo pode torna-se aderente a longo prazo e com mudanças no estilo de vida. O controle da pressão arterial e adesão ao tratamento estão relacionados e para melhorar esse controle é necessário identificar os pacientes que não aderem ao tratamento. Adesão é um processo complexo e desafiador (Mano & Pierin, 2005). Em outra pesquisa, despertou-se atenção ao baixo índice de acertos em relação a essas duas questões (2ª e 6ª) somente 59,50% dos aderentes e 49,44% dos não aderentes sabiam que, na maioria das vezes, a HTA é uma doença silenciosa, e 39,66% dos aderentes e 28,33% dos não aderentes sabiam que a doença também pode ser tratada sem o uso de medicações (Barreto et al, 2014). A 2ª questão está relacionada com a não adesão ao tratamento porque se o paciente não sabe que a HTA é uma

doença silenciosa, essa falta de conhecimento faz com que ele tenha o pensamento de controle da pressão arterial por não sentir nenhum sintoma aparente deixando de fazer uso da medicação e, não aderindo ao tratamento. A evolução silenciosa, idiopática e assintomática da HTA influencia no abandono do tratamento (Pereira, 2015). Já a 6ª questão é da cultura Brasileira o tratamento curativo visando sempre o uso da medicação como forma de controle da pressão arterial, isto é, para o paciente a HTA só pode ser tratada com medicações.

5. CONCLUSÃO

Diante do exposto, concluiu-se que a educação para a saúde é benéfica a população porque através dela o paciente entende, conhece e aceita a patologia crônica e é direcionado ao caminho do controle da pressão arterial que será atingido com adesão ao tratamento proposto.

O estudo foi de grande valia pois foi observado controle de HTA, número de pacientes que aderiram após a intervenção foi maior. Além da diminuição das pressões arteriais sistólica e diastólica após a conduta com os pacientes participantes.

Quanto ao conhecimento da patologia, houve um número maior de usuários com percentagem de 80% após a intervenção e isso repercutiu no aumento do grupo de adesão. Alguns aspectos poderiam ser observados a longo prazo como a prática de atividade física junto à alimentação saudável que muito reduziria o número de obesidade (número maior dentre as comorbidade) e o risco cardiovascular da população avaliada.

Em relação ao número de medicações, observou-se aumento de 1 para 2 medicamentos após a intervenção, o que despertou os pacientes para ir à consulta médica com o intuito de rever a receita de acordo com o quadro clínico e o valor da pressão arterial.

Comprovou-se que a intervenção educativa foi eficaz na população analisada através do número maior no grupo para adesão ao tratamento e

o controle das pressões arteriais sistólica e diastólica quando foi mostrado por redução. O SCORE aumentou e isso significa que o número de acertos nos questionários também foi maior.

O controle da pressão arterial e adesão ao tratamento estão relacionados. A adesão é um processo complexo e desafiador envolvendo tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde.

Investir na Atenção Básica Primária através de programas educacionais é reduzir as complicações das doenças crônicas como a HTA e, conseqüentemente, diminuir gastos com internações hospitalares favorecendo a qualidade de vida da população. Focar mais para o olhar preventivo com mudanças no estilo de vida através do conhecimento ao usuário da saúde pública por parte dos profissionais da saúde para que esse usuário possa usufruir de uma vida mais saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acelas, A. L. R., & Ochoa, A. M. G. (2010). Factores influyentes em adherencia al tratamiento em pacientes com riesgo cardiovascular. Avances em Enfermería. 28, (1), 63-71. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15656>

Barbosa, R. G. B., Ferriolli, E., Moriguti, J. C., Nogueira, C. B., Nobre, F., Ueta, J., & Lima, N. K. C. (2012). Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. 99, (1). DOI: 10.1590/S0066-782X2012005000054.

Barreto, M. S., Reiners, A. A. O., & Marcon, S. S. (2014). Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. Revista Latino Amer Enfermagem. 22, (3), 484-90. DOI: 10.1590/0104-1169.3447.2442.

Britto, A. P., Stein, A. T., & Fernandes, A. J. (2014). Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com alto risco cardiovascular acompanhados em uma unidade básica de saúde. s.n. Disponível na Biblioteca em Saúde.

Chaves, E. S., Lúcio, I. M. L., Araújo, T. L., & Damasceno, M. M. C. (2006). Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. Revista Brasileira Enfermagem. 59, (4), 543-7. DOI: 10.1590/S0034-71672006000400013.

Cuppari, L. (2005). Guia de nutrição: Nutrição clínica no adulto. (2ª ed.). São Paulo: Manole. Nestor Shor.

Dutra, D. D., Duarte, M. C. S., Albuquerque, K. F., Lima, A. S., Santos, J. S., & Souto, H. C. (2016). Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idoso cadastrados em uma unidade básica de saúde. Revista de pesquisa cuidado é fundamental online. 8, (2), 4501-4509. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.

Falkenberg, M. B., Mendes, T. P. L., Moraes, E. P., & Souza, E. M. (2014). Educação em saúde e educação na saúde: Conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 19, (3), 847-852. DOI: 10.1590/1413-81232914193.01572013.

Ferreti, F., Gris, A., Mattiello, D., Teo, C. R. P. A., & Sá, C. (2014). Impacto de programa de educação em saúde no conhecimento de idosos sobre doenças cardiovasculares. *Revista Salud Pública*. 16, (6), 807-820. DOI: 10.15446/rsap.v16n6.40165.

Giroto, E., Andrade, S. M., Cabrera, M. A. S., & Matsuo, T. (2013). Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18, (6), 1763-1772. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27.pdf>

Grezzana, G. B., Stein, A. T., & Pellanda, L. C. (2013). Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitorização ambulatorial de 24 horas. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 100, (4), 355-361. DOI: 10.5935/abc.20130046

Instituto Nacional de Saúde – Doenças Cardiovasculares - SNS (2016). Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/DoencasCardiovasculares.pdf>

Kaestner, K. T., Roza, T., Virtuoso, J. F., & Luz, S. C. T. (2016). Eficácia da dinâmica de grupo em educação em saúde em mulheres com incontinência urinária. *Arquivo de Ciências da Saúde*. 23, (2). DOI: 10.17696/2318-3691.23.2.2016.296.

Levorato, C. D., Mello, L. M., Silva, A. S., & Nunes, A. A. (2014). Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência saúde coletiva*. 19, (4), 1266-1274. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000401263&script=sci_abstract&tlng=pt

Lobo, L. A. C., Canuto, R., Costa, J. S. D., & Pattussi, M. P. (2017). Tendência temporal da prevalência de Hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Caderno Saúde Pública*. 33, (6). DOI: 10.1590/0102-311x00035316.

Mallmann, D. G., Galindo Neto, N. M., Sousa, J. C., & Vasconcelos, E. M. R. (2015). Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20, (6), 1763-1772. DOI: 10.1590/1413-81232015206.02382014.

Mano, G. M. P. & Pierin, A. M. G. (2005). Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo programa saúde da família em um centro de saúde. *Escola Acta Paul Enferm*. 18, (3), 269-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a07v18n3.pdf>

Medtler, K. & Perassolo, M. S. (2016). Avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético de um grupo hiperdia no município de Presidente Lucena-RS. *Revista conhecimento online*. 8, (2), 35-46. Disponível em: <http://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/artic/e/view/375/1603>

Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*. 24, (1), 67-73. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3945130>

Oliveira, T. L., Miranda, L. P., Fernandes, P. S., & Caldeira, A. P. (2013). Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paulista de Enfermagem*. 26, (2), 179-84. DOI: 10.1590/S0103-21002013000200012.

Ostenberg, L. & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England of Medicine*. 353, 487-497. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra050100>

Pereira, I. M. O. (2015). Proposta de intervenção interdisciplinar para a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Liph*

Science. 2 (2), 21-40. Disponível em: <http://bibliofarma.com/proposta-de-intervencao-interdisciplinar-para-a-adesao-dos-pacientes-ao-tratamento-da-hipertensao-arterial-sistematica/>

Pierin, A. M. G., Marroni, S. N., Taveira, L. A. F., & Bensenor, I. J. M. (2011). Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16 (1), 1389-1400. DOI: 10.1590/S1413-81232011000700074.

Ribeiro, A. G., Cotta, R. M. M., & Ribeiro, S. M. R. (2012). A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17, (1). DOI: 10.1590/S1413-81232012000100002.

Sétima Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016). Disponível em: publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

Silva, L. S., Cotta, R. M. M., & Rosa, C. O. B. (2013). Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: Revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 34, (5), 343-50. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013001100007

Silveira, E. A., Kac, G., & Barbosa, L. S. (2009). Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: Classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. *Cad. Saúde pública*. 25, (7), 1569-1577. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/15.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2013). Cardiovascular disease. A global brief on hypertension: silentkiller, global publichealthcrisis. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São José de Ribamar – MA para a realização da pesquisa

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO 3 – Questionário da Pesquisa em Pacientes Hipertensos

ANEXO 4 – Classificação do Estatuto em Pacientes Hipertensos

ANEXO 5 – Classificação do Estado Nutricional para Idosos (IMC)

ANEXO 6 - Palestra na UBS Nova Aurora para o Grupo de Hipertensos

ANEXO 7 – Palestra na UBS Nova Aurora para o Grupo de Hipertensos

ANEXO 8 – Palestra na UBS Nova Aurora para o Grupo de Hipertensos

ANEXO 9 – Palestra na UBS Nova Aurora para o Grupo de Hipertensos

ANEXO 10 – Palestra na UBS Nova Aurora para o Grupo de Hipertensos

ANEXO 11 – Visita domiciliar com abordagem do paciente hipertenso (aplicação do questionário com aferição da pressão arterial, peso corporal e palestra)

ANEXO 12 – Visita domiciliar com abordagem do paciente hipertenso (aplicação do questionário com aferição da pressão arterial, peso corporal e palestra)

ANEXO 1 – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São José de Ribamar – MA para a realização da pesquisa

À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR - MA

Assunto: Concessão de pesquisa de campo

Eu, **FABYELLE FRÓES REBELO**, aluna devidamente matriculada no Curso de Especialização Conducente ao Mestrado em Educação para a Saúde, oferecido pelo Instituto Universitário Atlântico – IUA, em parceria com o Instituto Politécnico de Coimbra de Portugal, com apoio da Fundação Sôsândrade.

Na oportunidade, solicito autorização para a realização da pesquisa de campo necessária para o desenvolvimento do projeto de pesquisa, que tem como título: **“EFEITO DA AÇÃO EDUCATIVA NO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL EM HIPERTENSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR - MA**, sob a orientação do Prof. Dr. Telmo Pereira.

O caráter ético desta pesquisa assegura a preservação da identidade das pessoas participantes e assinatura do termo livre e esclarecido para iniciar a pesquisa.

Desde já, agradeço à compreensão, colaboração e estarei à disposição da Secretaria Municipal de Saúde de São José de Ribamar-MA para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

São José de Ribamar (MA), 12 de dezembro de 2016.



Fabyelle Fróes Rebelo


Dalila de Nazaré V. dos Santos
Sec. Adjunta de Políticas e
Ações de Saúde

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: EFEITO DA AÇÃO EDUCATIVA NO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL EM HIPERTENSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR – MA. Esta pesquisa tem como objetivos promover a conscientização dos hipertensos quanto ao controle da pressão arterial, conhecer a população estudada e constatar o conhecimento da patologia por parte dos seus portadores. O intuito do estudo é proporcionar o conhecimento da hipertensão arterial sistêmica para melhor adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico favorecendo melhor qualidade de vida dos pacientes cadastrados na unidade básica de saúde analisada. O procedimento será aplicação de dois questionários no início e final do acompanhamento nos meses de abril e maio de 2017. Será abordado aspectos sobre a hipertensão arterial sistêmica com aferição de pressão arterial e peso corporal para acompanhamento na unidade de saúde citada.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A pesquisadora Fabyelle Fróes Rebelo e seu Orientador prof. Dr. Telmo Pereira irão tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Uma cópia deste consentimento ficará com a pesquisadora e a outra fornecida a você. A participação no estudo não acarretará custos a você.

Eu, _____
fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Local e data _____

Assinatura do participante

ANEXO 3 – Questionário da Pesquisa em Pacientes Hipertensos

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA EM PACIENTES HIPERTENSOS

NOME:

IDADE:

SEXO:

PESO:

ALTURA:

IMC:

PA:

FC:

PROFISSÃO:

ESTADO CIVIL: CASADO () SOLTEIRO () SEPARADO ()
 VIÚVO () OUTRO ()

COR: BRANCA () NEGRA () PARDA ()

ESCOLARIDADE:

- () SABE LER/ESCREVER
- () ENSINO FUNDAMENTAL
- () ENSINO MÉDIO
- () ENSINO SUPERIOR
- () ANALFABETO

USO DE BEBIDA ALCÓOLICA:

SIM ()

NÃO ()

FUMO:

SIM ()

NÃO ()

ATIVIDADE FÍSICA:

SIM () QUAL?

NÃO ()

ANTECEDENTES DE HAS:

SIM () QUEM? _____

NÃO ()

QUAIS AS MEDICAÇÕES EM USO?

LOSARTANA 50 mg ()

VALSARTANA ()

DIOVAN ()

CAPTOPRIL ()

HIDROCLOROTIAZIDA ()

OUTRA (S): _____

TEMPO DO DIAGNÓSTICO:

< OU = 10 ANOS ()

> 10 ANOS ()

COMORBIDADES:

SIM () QUAL? _____

NÃO ()

RENDA SALARIAL FAMILIAR:

() < 1 SALÁRIO MÍNIMO

() 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS

() 3 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS

() > 5 SALÁRIOS MÍNIMOS

ALGUMA VEZ VOCÊ ESQUECEU DE TOMAR O REMÉDIO?

SIM () NÃO ()

ÀS VEZES, VOCÊ NÃO É CUIDADOSO TOMANDO O MEDICAMENTO?

SIM () NÃO ()

QUANDO VOCÊ SE SENTE MELHOR, ÀS VEZES PARA DE TOMAR O REMÉDIO?

SIM () NÃO ()

ÀS VEZES, SE VOCÊ SE SENTE PIOR QUANDO TOMA SEUS REMÉDIOS, VOCÊ PARA DE TOMÁ-LOS?

SIM () NÃO ()

PRESSÃO ALTA É UMA DOENÇA PARA TODA A VIDA?

SIM () NÃO ()

QUEM TEM PRESSÃO ALTA, NA MAIORIA DAS VEZES, NÃO SENTE NADA DIFERENTE?

SIM () NÃO ()

A PRESSÃO É ALTA QUANDO FOR > OU = A 140/90 mmHg?

SIM () NÃO ()

PRESSÃO ALTA PODE TRAZER PROBLEMAS PARA O CORAÇÃO, CÉREBRO E RINS?

SIM () NÃO ()

O TRATAMENTO PARA PRESSÃO ALTA É PARA TODA A VIDA?

SIM () NÃO ()

A PRESSÃO ALTA TAMBÉM PODE SER TRATADA SEM REMÉDIOS?

SIM () NÃO ()

EXERCÍCIOS FÍSICOS REGULARES AJUDAM A CONTROLAR A PRESSÃO ALTA?

SIM () NÃO ()

PARA QUEM É OBESO, PERDER PESO AJUDA A CONTROLAR A PRESSÃO ALTA?

SIM () NÃO ()

DIMINUIR O SAL DA COMIDA AJUDA A CONTROLAR A PRESSÃO ALTA?

SIM () NÃO ()

DIMINUIR O NERVOSISMO AJUDA A CONTROLAR A PRESSÃO ALTA?

SIM () NÃO ()

ANEXO 4 – Classificação do Estado Nutricional de Adultos (IMC)

Tabela 6.3

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE ADULTOS SEGUNDO O IMC

IMC (kg/m ²)	Classificação
< 16	Magreza grau III
16 a 16,9	Magreza grau II
17 a 18,4	Magreza grau I
18,5 a 24,9	Eutrofia
25 a 29,9	Pré-obeso
30 a 34,9	Obesidade grau I
35 a 39,9	Obesidade grau II
≥ 40	Obesidade grau III

Fonte: OMS, 1995 e 1997.

ANEXO 5 – Classificação do Estado Nutricional para Idosos (IMC)

Tabela 6.10

ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS SEGUNDO O IMC

IMC (kg/m ²)	Classificação
< 22	Magreza /
22 a 27	Eutrofia
> 27	Excesso de peso

Fonte: Lipschitz, D.A., 1994.

ANEXO 6 – Palestra na UBS Nova Aurora para o Grupo de Hipertensos



ANEXO 7 – Palestra na UBS Nova Aurora para o Grupo de Hipertensos



ANEXO 8 – Palestra na UBS Nova Aurora para o Grupo de Hipertensos



ANEXO 9 – Palestra na UBS Nova Aurora para o Grupo de Hipertensos



ANEXO 10 – Palestra na UBS Nova Aurora para o Grupo de Hipertensos



**ANEXO 11 – Visita domiciliar com abordagem do paciente hipertenso
(aplicação do questionário com aferição da pressão arterial, peso corporal e palestra)**



**ANEXO 12 – Visita domiciliar com abordagem do paciente hipertenso
(aplicação do questionário com aferição da pressão arterial, peso corporal e palestra)**



