



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE BEJA

Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária

Viver com Hipertensão Arterial

E

Adesão ao Regime Terapêutico

Intervir para Prevenir

Elaborado por:

Ana Paula Parreira Palmeirinha Pinto

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE BEJA

Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária

PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA:

Viver com Hipertensão Arterial e Adesão ao Regime Terapêutico

Intervir para Prevenir

Projecto no âmbito do Mestrado em saúde Comunitária apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

Este relatório não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri

Elaborado por:

Ana Paula Parreira Palmeirinha Pinto

Orientado por:

Professora Doutora Helena José

Beja

Ano 2012

“Ninguém é tão grande que não possa aprender,

Nem tão pequeno que não possa ensinar.”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado àqueles que contribuíram para que este trabalho fosse realizado, apesar do seu carácter individual.

À Professora Doutora Helena José, por me ter dado o privilégio de ser orientadora nesta caminhada, pela disponibilidade, pelo apoio e estímulo em todas as etapas percorridas.

À Professora Manuela Pereira por me ter desinquietado para empreender este desafio.

Ao Dr. Manuel Ribeiro pela imprescindível ajuda na análise estatística.

À enfermeira Vera Letras, pela disposição para a mudança, e pelo contributo para o desenvolvimento de competências em enfermagem.

Ao Dr. Paulo Espiga pela partilha de ideais e saberes, pela competência, pela solidariedade, estímulo e oportunidade de reflectir na profissão e nos cuidados de saúde numa perspectiva abrangente.

Ao Dr. Mário Moreira pela cumplicidade, competência, partilha de conhecimentos, incentivo, tolerância.

À minha filha, por ser quem é.

Aos meus pais, a quem devo tudo o que sou, pelo amor, força, estímulo, disponibilidade e apoio incondicional, em mais uma etapa da minha vida.

Ao Tuto pela celebração do quotidiano.

A todas as pessoas portadoras de hipertensão arterial, que pretendem construir o seu projecto de saúde.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

O projecto ora apresentado situa-se no domínio da Adesão ao Regime Terapêutico tomando por objecto de estudo a problemática das pessoas portadoras de HTA.

Tem como finalidade fundamentar a importância dos cuidados de enfermagem para a promoção da saúde, na perspectiva da intervenção comunitária.

A WHO em 2002 e 2003 elaborou dois relatórios que expressavam as suas preocupações com a fraca adesão ao regime terapêutico nas patologias crónicas. Esta preocupação faz sentido tendo em conta as consequências que daí advêm para a saúde das populações, e a necessidade de se desenvolverem estudos que promovam a compreensão do fenómeno e paralelamente permitam encontrar estratégias que melhorem este indicador, traduzindo ganhos em saúde.

Sendo o estilo de vida um importante determinante da saúde, que pode assumir um papel de maior importância que os cuidados prestados pelos profissionais, capacitar as pessoas sobre a eficácia do regime terapêutico pode ser uma forma de melhorar o seu comportamento de adesão.

Pelas razões expostas é pertinente e oportuno analisar, enquanto especialistas em enfermagem comunitária, a adesão ao regime terapêutico da pessoa portadora de HTA, no contexto cultural português, procurando conhecer os factores preditores de comportamentos adesão, de modo a promover a adesão ao regime recomendado.

Compreender os factores envolvidos na adopção de comportamentos de adesão /não adesão para esta população permite, em simultâneo, perceber como podem os enfermeiros contribuir para melhorar o comportamento de adesão. A natureza da relação de cuidados constitui um momento ímpar dos enfermeiros, para monitorizar a adesão e desenvolver estratégias que permitam às pessoas integrar comportamentos de adesão na sua vida diária.

Na pesquisa procurou-se, através do diagnóstico de situação, caracterizar o comportamento de adesão das pessoas com HTA na Comunidade da Comporta.

De acordo com os resultados do diagnóstico, apenas 6% dos participantes aderem ao regime terapêutico no que respeita a prática de exercício físico, cerca 57.38% apresentam excesso de peso, 51% utiliza sal no tempero dos alimentos, sendo que o tipo de confecção mais utilizado são os grelhados, que é compreensível dado o contexto. A análise permite-nos

ainda observar que a adesão à terapêutica medicamentosa, medida através do MAT, é de 50% dos participantes (5.14 de mediana para *score* máximo de 6).

Depois de se conhecer a extensão do problema e de modo a consolidar uma prática mais eficaz e sustentável, de trabalho de equipa e em rede, elaborou-se o projecto de intervenção comunitária intitulado “Viver com Hipertensão: Intervir para Prevenir”, como recurso importante na intervenção terapêutica dos enfermeiros, tendo por foco a promoção de comportamentos de adesão, pois constitui uma excelente oportunidade de desenvolvimento das suas práticas.

Palavras-Chave: Enfermagem, adesão, regime terapêutico, hipertensão arterial, resumo mínimo de dados de enfermagem.

ABSTRACT

The project here presented is in the domain of the Adherence to the Therapeutic Regime, taking as study object the issue of people bearers of Hypertension.

Its goal is to fundament the importance of nursing care for the promotion of health, in the perspective of community intervention.

In 2002 and 2003 the WHO elaborated two reports that expressed its concern with the weak adherence to the therapeutic regime in chronic pathologies. This concern makes sense considering the consequences that come from that for the health of the populations, and the need to develop studies that promote the understanding of the phenomenon as well as allowing to find strategies that will improve this indicator and so will translate into gains in health.

Being lifestyle an important determinant of health, which can assume a larger role than care provided by professionals, making people understand the efficiency of therapeutic treatment can be a way of improving their adherence behaviour.

For the reasons explained, it is pertinent to analyse, as specialists in community nursing, the adherence to the therapeutic regime of the HTA bearer, in the Portuguese cultural context, trying to get to know the predicting factors of adherence behaviours, so as to promote the adherence to the recommended regime.

Understanding the factors involved in the adoption of adherence/non-adherence behaviours of this population allows, simultaneously, the understanding of how nurses can contribute to improve adherence behaviour. The nature of the relation of cares constitutes an unprecedented moment for nurses to monitor the adherence and develop strategies that allow people to integrate adherence behaviours in their daily life

In this research, it was attempted, through the diagnosis of the situation, to characterise the adherence behaviour of the people with HTA in the Community of Comporta.

According to the results of the diagnosis, only 6% of the participants adhere to the therapeutic regime concerning the practice of physical exercise, around 57.38% present excessive weight, 51% use salt in their seasoning of food, being the type of cooking mainly grilled which is understandable given the context. The analysis also allows us to observe that

the adherence to the medicine therapy, measured with MAT, is of 50% of the participants (5.14 of the average for a maximum *score* of 6).

After knowing the extension of the problem and so as to consolidate a more efficient and more sustainable practice, of both team and net work, the project of community intervention entitled – Living with Hypertension and Adherence to the therapeutic regimen - Intervene to Prevent, was elaborated as an important resource in the therapeutic intervention of nurses, having as a focus the promotion of adherence behaviours, as it constitutes an excellent opportunity of the development of their practices.

Keywords: Nursing, adherence, therapeutic regime, arterial hypertension, minimum summary of nursing data

ÍNDICE

	(Fl.)
0. <u>INTRODUÇÃO</u>	18
PARTE I	25
CAPÍTULO 1 - <u>A PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL</u>	26
1.1. DETERMINANTES DE SAÚDE NA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	29
1.2. DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	32
1.2.1. <u>Fisiopatologia da HTA</u>	33
1.2.2. <u>Causas da Hipertensão Arterial</u>	33
1.2.3. <u>Complicações na Hipertensão Arterial</u>	34
1.2.4. <u>Manifestações da Hipertensão Arterial</u>	35
CAPÍTULO 2 - <u>A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL</u>	37
2.1. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	42
2.2. TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO.....	43
2.2.1. <u>Exercício Físico</u>	44
2.2.2. <u>Regime Alimentar</u>	49
2.2.3. <u>Hábitos Tabágicos</u>	52
CAPÍTULO 3 - <u>ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO</u>	54
3.1. O CONCEITO DE ADESÃO	56
3.2. DETERMINANTES DA ADESÃO.....	58
3.3. MODELO COMPORTAMENTAL DA ADESÃO.....	63
CAPÍTULO 4 - <u>ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO: FOCO DE ENFERMAGEM</u>	65
4.1. ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....	69
4.1.1. <u>A intervenção comunitária</u>	71
4.1.2. <u>Parcerias comunitárias</u>	73
4.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE	74
4.2.1. <u>A Educação Para a Saúde</u>	77
4.3. DOCUMENTAÇÃO EM ENFERMAGEM	83
4.3.1. <u>Resumo mínimo de dados de enfermagem</u>	86

PARTE II	90
CAPÍTULO 1 - <u>CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO PROJECTO</u>	91
1.1. O CENTRO DE SAÚDE DE ALCÁCER DO SAL.....	95
1.2. A COMUNIDADE DA COMPORTA	97
CAPÍTULO 2 - <u>DA PROBLEMÁTICA À CONSTRUÇÃO DO PROJECTO</u>	100
2.1.FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO.....	101
2.2. OBJECTIVOS.....	104
2.3. ETAPAS	106
2.4. RECURSOS HUMANOS.....	108
2.5. CUSTOS.....	109
2.6. DIVULGAÇÃO.....	110
2.7. MONITORIZAÇÃO	111
CAPÍTULO 3 - <u>DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO</u>	114
3.1. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	116
3.2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	116
3.2.1. <u>Pré-teste</u>	118
3.3. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	119
3.4. ADESÃO ÀS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO E A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO....	123
3.5. ESTATÍSTICA DESCRITIVA BIVARIADA.....	131
3.6. ANÁLISE DE DADOS MULTIVARIADA.....	131
CAPÍTULO 4 - <u>MODELO DE INTERVENÇÃO</u>	142
4.1. A CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	145
4.1.1. <u>Acesso à consulta</u>	148
4.1.2. <u>Registos de enfermagem</u>	149
4.2. A EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA.....	150
4.3. PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO.....	152
CAPÍTULO 5 - <u>CONCLUSÃO</u>	157
CAPÍTULO 6 - <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	163
APÊNDICES	176
APÊNDICE I	177
APÊNDICE II	179
APÊNDICE III	181
APÊNDICE IV	183
APÊNDICE V.....	185
APÊNDICE VI.....	188

APÊNDICE VII	191
APÊNDICE VIII	196
APÊNDICE IX	200
APÊNDICE X	202
APÊNDICE XI	204
APÊNDICE XII	207
APÊNDICE XIII	210
APÊNDICE XIV	212
APÊNDICE XV	214
APÊNDICE XVI	222
APÊNDICE XVII	230

ÍNDICE DE FIGURAS

(Fl.)

Figura 1 – Mortalidade global e carga atribuível a doença cardiovascular e seus maiores factores de risco para pessoas com 30 anos de idade ou mais.	31
Figura 2 – Pirâmide da Actividade Física.....	45
Figura 3 – Diagrama do modelo de Promoção da Saúde de Pender	80
Figura 4 – Território dos Concelhos que Constitui a Região do Alentejo Litoral	92
Figura 5 – Área total dos concelhos do Alentejo Litoral	93
Figura 6 – Densidade populacional existente no Alentejo Litoral, em habitantes/km ²	94
Figura 7 – Freguesias do concelho de Alcácer do Sal.....	95
Figura 8 – Distribuição da população do estudo, por género.....	119
Figura 9 – Distribuição da população do estudo em cada género, por grupo etário	120

ÍNDICE DE TABELAS

(Fl.)

Tabela 1 – Medidas de estilo de vida recomendadas para a diminuição do risco cardiovascular	39
Tabela 2 – Distribuição por grupo profissional da UCSP/UCC de Alcácer do Sal	96
Tabela 3 – Consultas de Enfermagem do Grupo de Risco Hipertensão, na extensão da Comporta, no 2º semestre de 2011.....	99
Tabela 4 – Oportunidades e ameaças do projecto	112
Tabela 5 – Pontos fortes e fracos do projecto	113
Tabela 6 – Estado Civil.....	120
Tabela 7 – Situação Profissional.....	121
Tabela 8 – Escolaridade.....	121
Tabela 9 – Componente do agregado familiar.....	122
Tabela 10 – Informação sobre consulta	123
Tabela 11 – Número de medicamentos que toma	124
Tabela 12 - Onde avalia a PA.....	124
Tabela 13 - Alteração de hábitos de vida	125
Tabela 14 – Que tipo de medidas toma para controlar a HTA	125
Tabela 15 – Prática de exercício físico	126
Tabela 16 – Produtos que usa para temperar alimentos.....	127
Tabela 17 – Gorduras que usa para temperar	127
Tabela 18 – Quais os tipos de confecção	128
Tabela 19 – Considera que a mudança de hábitos condiciona de forma positiva a HTA	128
Tabela 20 - Mudança de hábitos condiciona de forma positiva a HTA. Porquê?	128
Tabela 21 – <i>Score</i> MAT.....	129
Tabela 22 – Frequências da MAT em cada resposta.....	129
Tabela 23 – Classificação de IMC	130
Tabela 24 – PA sistólica e diastólica.....	131
Tabela 25 – Tabela de valores próprios, % da variância explicada e da variância explicada acumulada obtidos pela análise factorial (Q1, Q6).....	132
Tabela 26 – Tabela de valores próprios, % da variância explicada e da variância explicada acumulada obtidos pela análise factorial (Q1, Q7).....	135

Tabela 27 – Tabela de valores próprios, % da variância explicada e da variância explicada acumulada obtidos pela análise factorial (Q1, Q8).....	136
Tabela 28 – Valores próprios, % da variância explicada e da variância explicada acumulada obtidos pela análise factorial da Q1 e Q9.	137
Tabela 29 – Valores próprios, % da variância explicada e da variância explicada acumulada obtidos pela análise factorial (Q1, Q11)	139
Tabela 30 – Guião da Consulta de Enfermagem do Grupo de Risco Hipertensão.....	146
Tabela 31 – Programa de Educação Terapêutica	151
Tabela 32 – Programa de Exercício Físico	154

ANEXOS

	(Fl.)
ANEXO I – Definição e classificação dos tipos de HTA	249
ANEXO II – Classificação do IMC	251
ANEXO III – Medida de adesão ao tratamento	253
ANEXO IV – Escala de Borg.....	255

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde
ACESAL – Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Litoral
AFCM – Análise Factorial de Correspondências Múltiplas
ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CIPE[®] – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMAS – Câmara Municipal de Alcácer do Sal
CS – Centros de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direcção Geral de Saúde
EUA – Estados Unidos da América
HLA – Hospital do Litoral Alentejano
HTA – Hipertensão Arterial
ICN – *International Council of Nurses*
IMC – Índice de Massa Corporal
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
GQ – Governação Clínica
MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MS – Ministério da Saúde
NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*
OE – Ordem dos Enfermeiros
PA – Pressão Arterial
PAD – Pressão Arterial Diastólica
PAS – Pressão Arterial Sistólica
PNS – Plano Nacional de Saúde
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RMDE – Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem
SAM – Sistema de Apoio ao Médico
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIE – Sistema de Informação em Enfermagem
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USP – Unidade de Saúde Pública
WBS – *Work Breakdown Structure*
WHO – *World Health Organization*

ABREVIATURAS

Acum. – variância acumulada
cm – centímetro
ed. – Edição
Eds – Editores
Et al – *et al* – e outros
Exp. – variância explicada
Fl. – Folha
g – grama
kcal – quilocaloria
kg – quilograma
kj – quilojoule
km – quilómetros
km² – quilómetros quadrados
m² – metro ao quadrado
ml – mililitro
mmHg – milímetros de mercúrio
p. – página
p.p. – páginas
s.p. – sem página

0. INTRODUÇÃO

O peso da doença crónica tem crescido rapidamente em todo o mundo e a mudança do paradigma de doença aguda para a doença crónica é real.

Actualmente 60% das mortes a nível mundial, independentemente do nível de desenvolvimento, são decorrentes de doenças crónicas, tornando-se a principal causa de morte (WHO, 2005).

Assim, a crescente magnitude do fenómeno exige a adopção de políticas de gestão dirigidas, orientadas, planificadas e integradas, partindo de estratégias bem claras e definidas, no sentido da obtenção de ganhos em saúde, melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a racionalização dos custos.

Os CSP, são a componente dos serviços de saúde que mais têm contribuído para a melhoria da situação de todo o mundo, quer em países desenvolvidos quer em desenvolvimento.

Neste contexto a WHO (2008), veio reiterar no seu relatório Mundial de Saúde: “CSP agora mais do que nunca”, quanto é importante continuar a investir em estratégias dos CSP e faz referência a Portugal como um bom exemplo a seguir pelos sucessos alcançados na melhoria e na saúde das populações.

Não obstante, em Portugal, de acordo com Oliveira (2010), em 2005 verificou-se que a mortalidade por doenças do aparelho circulatório foi a que apresentou maior incidência, com taxa de mortalidade de 3,5 óbitos por mil habitantes.

As doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca, encontram-se entre as principais causas de morbidade, invalidez e mortalidade, sendo a terceira e a quarta causas de Anos de Vida Potencial Perdidos, respectivamente, uma das razões por que constituem um importante problema de saúde pública, que é prioritário resolver.

As principais causas de morbimorbidade evitáveis, estão relacionadas com os comportamentos individuais e colectivos e respectivos determinantes, em especial os que se relacionam com a literacia em saúde quer do indivíduo quer da comunidade.

Investir numa das áreas de intervenção prioritária, a HTA, permitirá diminuir as morbidades associadas bem como as sequelas, em especial o AVC, melhorando a qualidade de vida das pessoas portadoras e dos seus cuidadores, e reduzir o número de mortes evitáveis.

A incidência e prevalência da doença cardiovascular, prevê a urgente necessidade de alterar a intervenção dos profissionais de saúde, sustentada pelas alterações demográficas, pelo envelhecimento da população e pela alteração da dinâmica familiar.

Neste contexto, a patologia cardiovascular é uma das áreas prioritárias do PNS 2011-2016, em que a elevada prevalência dos factores de risco associados às doenças do aparelho circulatório, nomeadamente a HTA, a hipercolesterolemia associadas ao tabagismo, ao sedentarismo, obrigam a que seja dada uma especial atenção à sua prevenção, bem como à adopção de medidas integradas e complementares, que potenciem a redução do risco de contrair aquelas doenças e a concretização do seu rápido e adequado tratamento.

Assim, é mais do que oportuno haver uma nova visão da HTA em Portugal, com enfoque nas estratégias na gestão da mudança, de forma sustentada e integrada, partindo do princípio que o estilo de vida na nossa sociedade se pauta pelos elevados níveis de stress, pela utilização excessiva do automóvel, por hábitos sedentários, por maus comportamentos alimentares e pelo aumento dos hábitos tabágicos em idades cada vez mais precoces.

Os CSP, enquanto pilar essencial do SNS na comunidade em que se inserem, assumem importantes funções de promoção e prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, promovendo a ligação a outros serviços de modo a ser garantida de modo eficiente a continuidade de cuidados.

Assim, é preconizado que as reformas devem promover a tomada de decisão entre a pessoa portadora de doença crónica e o prestador de cuidados num contexto de continuidade do cuidar, tendo em conta determinado contexto cultural, sendo de referir a necessidade do *empowerment* do cidadão (WHO, 1998).

Isto implica planear em saúde, trabalhando efectivamente com outros sectores, articular e estabelecer parcerias, promover a literacia e capacitar, com o recurso ao envolvimento e participação de pessoas e estruturas locais.

Para tal, importa articular todos os recursos comunitários, evidenciando a saúde como um conceito positivo, que tem especial contributo através do *empowerment* individual e comunitário.

Para Chinitiz (2005), na Europa, o *empowerment*, os cuidados centrados no doente e a sua capacidade de decisão são considerados elementos fundamentais na reforma dos Sistemas de Saúde.

No quotidiano dos Serviços de Saúde em Portugal, o *empowerment* constitui-se como uma filosofia ainda com pouca visibilidade. Entre outros, os mecanismos burocráticos e as rotinas institucionalizadas dificultam o desenvolvimento do *empowerment* do cidadão nas questões de saúde.

Partindo do pressuposto de que o *empowerment* constitui um eixo central dos CSP, importa cada vez mais reorganizar e enquadrar a sua missão com a GC, enquanto guardiã da responsabilidade pela qualidade dos cuidados de saúde e englobando dimensões como a segurança, eficiência, efectividade, equidade, acessibilidade, continuidade de cuidados e o respeito.

Em período de transição dos cuidados de saúde e nomeadamente a nível da reforma dos CSP em Portugal, surgem os agrupamentos de CS, ACES, criados através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro de 2008, tendo como missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica.

Com a era da GQ, exigem-se novos desafios a todos os intervenientes do sistema de saúde e é imperativa a necessidade de gerir os processos colectivos e as escolhas individuais.

Actualmente, perante este cenário, as estratégias no PNS 2011-2016 para a gestão da mudança preconizam a mudança centrada no cidadão, com a aplicação de medidas diversas que também focam a educação para a saúde – mudanças comportamentais ou seja mudanças no estilo de vida.

A mudança no estilo de vida reporta-se à adopção de estilos de vida saudáveis e visa a promoção de saúde. Para que se consiga dar uma resposta adequada à pessoa com patologia crónica, uma vez que o tratamento deste tipo de patologia difere muito do tratamento da doença aguda, importa atender a que na gestão da doença crónica, estão envolvidos factores pessoais, comportamentais, sociais e económicos, que se cruzam com o ambiente físico em que se desenvolvem.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deve garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade, continuados e holísticos e ao integrar esta nova consciência dos problemas de saúde e a capacitação da pessoa portadora de doença crónica, coloca-se num ponto de vista estratégico de debate sobre inovação, conhecimento científico e intervenção comunitária.

A HTA é o factor de risco cardiovascular corrigível mais frequente, o seu tratamento e controlo assume importância central nas estratégias preventivas e reconhece-se a importância da aquisição de hábitos saudáveis, no entanto é uma doença crónica de difícil controlo e a WHO estima que cerca de três quartos das pessoas portadoras de HTA não atingem valores óptimos de PA.

As inovações no regime medicamentoso da HTA têm conduzido à modificação dos padrões de tratamento, contudo mais de um quarto da população adulta no mundo sofre de HTA e a tendência, embora com o advento de novos fármacos e o avanço na medicina,

estimando-se que este valor vai provavelmente aumentar para 29% até 2025, alcançando 1,56 bilhões de adultos (Kearney et al., 2005).

O grande obstáculo para o controlo da PA é a não adesão ao tratamento da pessoa com HTA, sendo esse um dos principais problemas de saúde pública no mundo.

Para a WHO (2003), as baixas taxas de adesão a terapêutica constituem hoje um dos grandes problemas de saúde no Mundo face a elevada prevalência de doenças crónicas.

Diversos estudos têm mostrado que a não adesão ocorre em pessoas de todas as idades, classes sociais e grupos étnicos. A não adesão é uma resposta encontrada quer entre pessoas assintomáticas, sintomáticas, levemente doentes ou mesmo gravemente doentes.

A literatura também revela que há quem utilize diferentes intervenções para verificar se a adesão aumenta ou não. Aqueles que combinaram estratégias educacionais com estratégias comportamentais tiveram uma ligeira vantagem em termos de eficácia terapêutica.

Vários autores referem que a adesão deve ser medida separadamente para cada componente do regime terapêutico, uma vez que, parece haver uma fraca correlação entre os vários componentes, levando a crer que a adesão não é um constructo unidimensional, (WHO, 2003).

Em relação a aspectos considerados negativos na avaliação da adesão terapêutica, DiMatteo e DiNicola, (1982), House, Pendelton e Parker, (1986) citados por Joyce-Moniz e Barros (2005), referem que os profissionais de saúde tendem a usar como justificação para a não adesão, estereótipos relacionados com a personalidade das pessoas, classificando-as de não cooperantes, de terem falta de motivação ou de terem incapacidade para seguir as instruções recomendadas.

Outro dos estereótipos, refere-se ao facto de serem as pessoas portadoras de doença crónica que aderem menos em comparação com a de doença aguda, (Becker & Rosenstock, 1984; Haynes, 1976 citados por Joyce- Moniz & Barros, 2005).

Na literatura consultada emergem várias definições do conceito de adesão, no entanto para autores como Bugalho e Carneiro (2004) "a adesão pode ser definida como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa (em relação à toma de medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida) corresponde às instruções veiculadas por um profissional de saúde" (p.9).

Para Haynes, (2006), o termo adesão pretende evitar um julgamento, de modo a não tornar culpado a pessoa, o prescritor ou o regime terapêutico. Também a adesão não é a mesma coisa que concordância, pois a primeira envolve um acordo, negociado, sobre o tratamento estabelecido e os cuidados a seguir, entre a pessoa e o prestador de cuidados

Deste modo, o incumprimento das prescrições e/ou tratamentos médicos minimiza a probabilidade de potencial melhoria na saúde dos indivíduos, aumenta a probabilidade de reacções adversas ao tratamento, de sucessivos internamentos, o que reflecte também um aumento de custos no sistema de saúde.

Esta conceptualização da relação terapêutica traduz-se num novo paradigma de transferência de poder do dos profissionais de saúde no geral, e do enfermeiro no particular, para a pessoa que cuida. A ser utilizado intencionalmente pelo enfermeiro como uma ferramenta catalisadora da relação terapêutica, permite reforço da parceria, da empatia e do compromisso, pois a pessoa “cuidada” adquire poder, autodeterminação e capacidade de utilizar os seus próprios recursos para aderir ao regime proposto.

Apropriar-se do conceito, exige uma mudança de atitude dos profissionais, principalmente em relação à partilha do poder e ao reconhecimento das capacidades de cada pessoa para gerir o seu projecto de saúde.

De igual modo, importa garantir a dignidade dos CSP, tornando-os mais responsáveis, em que a sua missão, a sua visão, os seus valores, os seus princípios e o seu desempenho sejam cada vez mais transparentes, prestando contas, isto é ser *accountable*.

No âmbito da equipa de saúde, os enfermeiros prestam cuidados a uma comunidade específica, devendo proporcionar ao indivíduo e família uma resposta acessível, personalizada e humana, garantindo-lhe a continuidade de cuidados, os diferentes actores, a interacção entre eles, a singularidade dos processos e a necessidade de uma resposta integrada à pessoa alvo dos cuidados, promovendo o desenvolvimento de competências aos diferentes níveis, não só individual mas, de uma capacidade colectiva.

Nesta linha, Cavaleiro (2011, p.3) refere que “ajudar a pessoa com HTA a gerir de forma adequada o seu regime terapêutico eficazmente e de forma autónoma, consciencializando-o de que a HTA pertence ao seu presente e ao seu futuro, capacitando-a para encarar as mudanças como um investimento na sua saúde, constituem intervenções privilegiadas dos enfermeiros”.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde de Beja, que decorreu de Maio de 2011 a Janeiro de 2012, foi proposto a elaboração do relatório de projecto, para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

Este tem por base, e considerando o contexto definido, o projecto de intervenção comunitária, que se pretende integrado e sustentável, pelo que se considerou relevante abordar os determinantes de saúde mais marcantes para a adesão terapêutica na HTA como os hábitos alimentares e o sedentarismo.

O documento ora apresentado pretende ser um lugar de descrição e reflexão do percurso de metodologia de projecto, que permita a construção de um modelo de intervenção dos enfermeiros em CSP, a partir de um processo contínuo de diagnóstico de situação e de intervenção, e tem como objectivo “Capacitar a pessoa portadora de HTA, para a adesão ao regime terapêutico,”.

Dado que constituiu um momento particular no percurso do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, pretende-se que contribua para que se possam tomar decisões estratégicas que influenciam a GQ em CSP, numa óptica de prática sistémica e sustentável para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da qualidade dos cuidados.

Pretende ainda, revelar conhecimentos técnico-científicos específicos e especializados, aplicados em contextos alargados e multidisciplinares, espelhando a responsabilidade ética e social que o Enfermeiro Especialista possui (OE, 2007).

Segue um modelo de organização e sequência dos capítulos que procura ser fiel ao faseamento do projecto realizado. Todavia, neste particular, experimentaram-se alguns constrangimentos, que derivam da necessidade de relatar de forma sequencial aspectos que, na realidade, foram verdadeiramente simultâneos e interactivos.

Está estruturado em duas partes: na primeira o enquadramento teórico dividido em quatro capítulos, nos quais se apresenta uma pequena abordagem à importância que as doenças crónicas têm assumido no panorama da saúde a nível mundial e regional e as suas implicações na capacidade de resposta a nível das organizações de saúde, enquadra a hipertensão enquanto doença crónica, refere dados epidemiológicos e o contributo da enfermagem comunitária, enfatizando a importância que as actividades de autocuidado desempenhadas pela pessoa portadora de HTA, podem ter no controlo da doença, nomeadamente a adesão ao regime terapêutico, a importância da intervenção comunitária e da documentação dos cuidados de enfermagem.

Na segunda parte, o contexto do projecto, dividido em quatro capítulos, em que se apresentam os procedimentos desenvolvidos para o início dos trabalhos preparatórios, do diagnóstico de situação e o modelo de intervenção do projecto, com a fundamentação, a metodologia utilizada relativa à diversidade das necessidades, intervenções e resultados de enfermagem. Também são explorados alguns aspectos relativos ao potencial gerado pelas parcerias comunitárias, a partir das estratégias definidas pela enfermagem comunitária.

No último capítulo, é feita uma leitura sintética do adquirido, quer na perspectiva do conhecimento relativo à problemática da adesão ao regime terapêutico na pessoa com HTA, quer na perspectiva do conhecimento substantivo da realidade da comunidade da Comporta e da intervenção da disciplina de Enfermagem.

Aponta ainda as limitações encontradas, as implicações para a prática dos cuidados de enfermagem e propõe sugestões para projectos posteriores.

O percurso terminará com a apresentação das referências bibliográficas, dos apêndices e anexos.

É desejável que este projecto contribua para o desenvolvimento de linhas orientadoras da intervenção dos enfermeiros junto das pessoas portadoras de HTA, que promovam a adopção de comportamentos de adesão ao regime terapêutico, com ganhos na qualidade de vida da pessoa, dos cuidadores e da comunidade.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – A PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Ao longo dos últimos anos, os avanços científicos contribuíram para um aumento significativo da esperança de vida, no entanto, aliado ao facto de se viver mais tempo, a adopção de estilos de vida pouco saudáveis têm contribuído para um aumento exponencial das doenças crónicas, que produzem graus de incapacidade progressivamente elevados.

A associação destes factores determina, com frequência, repetidas intervenções em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde, com risco de diminuição da qualidade clínica e organizacional e o aumento dos custos de forma exponencial, o que provoca grandes pressões sobre os sistemas de saúde.

Segundo a WHO (2002a) os sistemas de saúde ainda não possuem um plano de gestão que dê resposta aos problemas decorrentes das doenças crónicas, vivendo ainda centrado na resolução de situações agudas que requerem uma abordagem completamente diferenciada das doenças crónicas.

Por este motivo, a WHO elaborou em 2002 um relatório Cuidados Inovadores para as Doenças Crónicas – Componentes estruturais de acção, com o objectivo de alertar quem tem o poder de decisão, sobre a necessidade de se introduzirem mudanças na saúde que permitam encontrar soluções que levem a uma gestão adequada dos problemas daí decorrentes.

As doenças crónicas para a WHO, (2003, p. 4) são,

Diseases which have one or more of the following characteristics: they are permanent, leave residual disability, are caused by nonreversible pathological alteration, require special training of the patient for rehabilitation, or may be expected to require a long period of supervision, observation or care.

Actualmente são vários os problemas que surgem nos cuidados de saúde à pessoa portadora de doença crónica, por este motivo, a WHO (2002a) propõe que se analisem estes problemas sob três níveis: micro ao nível da pessoa; intermédio nas organizações de saúde e comunidade; macro com as políticas de saúde. Estes três níveis influenciam-se e interagem entre si de forma dinâmica.

Constatamos em Portugal, que ao **nível micro** (problemas de interacção com o profissional /pessoa alvo dos cuidados), subsiste por um lado a falta de autonomia da pessoa “cuidada” e a sua capacitação para ser a primeira responsável pela sua saúde com participação

activa neste processo, por outro encontramos ainda enraizada na prática dos profissionais o modelo biomédico.

Ainda continua a ser evidente na própria organização dos serviços de saúde, que devido às suas características reducionistas, não garante uma intervenção integrada de modo a que o fenómeno de mudança de comportamento ocorra de forma integrada pelos diferentes parceiros comunitários.

Ao **nível intermédio** emergem os problemas relacionados com as organizações de saúde e as suas relações com a comunidade.

Para WHO (2002b), compete às organizações de saúde coordenar a prestação de cuidados e avaliar a sua qualidade, bem como, proporcionar aos profissionais de saúde que fazem parte dessas organizações formação que permita prestar cuidados adequados às pessoas com patologia crónica.

Ao **nível macro** verificam-se os problemas relacionados com as políticas de saúde nacionais, sendo fundamental uma coordenação eficaz para que os serviços de saúde funcionem de forma eficiente.

Prevê-se ainda que o impacto económico das doenças crónicas, a nível mundial continue a aumentar até 2020, altura em que representará cerca de 65% do total de despesas com a saúde em todo o mundo (Bugalho & Carneiro, 2004; WHO, 2003). Também em Portugal o impacto económico destas doenças é muito significativo e parece ter tendência a aumentar.

De acordo com o Despacho Conjunto n.º 861/99, alínea b), do Ministério da Saúde, e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade (1999),

(...) a doença crónica é uma doença de longa duração com aspectos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e/ou laboral, que se manifeste particularmente afectado. (p.10)

Dados da Direcção Geral da Saúde referentes ao ano de 2003, mostram que o consumo de cuidados de saúde, em pessoas com 65 ou mais anos, é 3,2 vezes superior ao da restante população e que cerca de 25% das pessoas que estiveram internadas, neste mesmo ano, eram portadoras de doenças crónicas (DGS, 2005).

Perante uma situação de doença, a pessoa é confrontada com múltiplos desafios, que exigem dela capacidade de adaptação, capacidade para mobilizar determinados recursos (*coping*) e ainda capacidade para se auto cuidar, o que implica gerir o seu regime terapêutico.

Pelo que a “acção do indivíduo é decisiva para a promoção ou protecção da saúde, para a prevenção ou tratamento das suas doenças.” (Ribeiro, 1998, p.291).

Não obstante, diante da realidade das doenças crónicas, o que se procura, para além da aposta num paradigma preventivo com incentivo às políticas de saúde que visem a promoção de estilos de vida saudáveis em todos os sectores sociais com participação comunitária, é, fundamentalmente, o sucesso na gestão dessas doenças.

A gestão quotidiana da doença crónica tem que implicar que a pessoa controle directamente a sua doença, mas o processo de autonomia, deve ser trabalhado e orientado de forma gradual, para permitir à pessoa sentir-se confortável com essa autonomia.

Para a OE (2001), a pessoa além de ser agente intencional de comportamentos é também centro de processos não intencionais, as funções fisiológicas, que podem sofrer alterações resultantes de processos de doença, como acontece na doença crónica. Os processos não intencionais, fisiológicos ou fisiopatológicos, influenciam e são simultaneamente influenciadas pela condição psicológica da pessoa, pelo seu bem-estar físico e pelos comportamentos intencionais.

Enquadrados neste contexto, surgem os enfermeiros especialistas comunitários, “que conjugam competências em planeamento em saúde com acções que visam essencialmente a protecção e promoção da saúde, pode fornecer soluções criativas e inovadoras perante a problemática das doenças crónicas, constituindo uma mais-valia para fazer a diferença real no quotidiano dos doentes, das famílias e das comunidades” (OE, 2010, p.48).

Ainda segundo a OE (2010), as acções multidisciplinares devem ser centradas pessoa/família, favorecendo a aceitação e convivência com a situação de doença, libertando-os de atitudes passivas e de submissão, no sentido de os conduzir para uma condição activa, autónoma e responsável.

Contudo, para a WHO (2003), perante o cenário emergente da capacitação da pessoa portadora de doença crónica, as baixas taxas de adesão ao regime terapêutico constituem hoje um dos grandes problemas de saúde no Mundo face a elevada prevalência de doenças crónicas.

1.1. DETERMINANTES DE SAÚDE NA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Apesar de todos os avanços na área da fisiologia cardiovascular, os determinantes primários da HTA ainda são pouco conhecidos, pelo que podemos dizer que é uma síndrome multifactorial, na qual interações complexas entre factores genéticos e ambientais causam o aumento da PA.

A prevalência de obesidade é multifactorial, isto é, apresenta vários factores tais como o nível sócio – económico e cultural das sociedades, bem como com estilos de vida altamente sedentários e hábitos alimentares desequilibrados. Representa um dos maiores desafios da saúde pública do século XXI. Em muitos países da Europa, a sua prevalência triplicou nas últimas duas décadas, sendo que o número de afectados continua a aumentar a um ritmo alarmante, facto que os *media* divulgam frequentemente.

As causas de morte para indivíduos do sexo masculino antes dos 70 anos são: a doença isquémica cardíaca e a doença cerebrovascular e para o sexo feminino as causas mais frequentes de óbitos são: a doença cerebrovascular e o cancro da mama. Estes dados incidem nos Anos de Vida Potencialmente Perdidos e reforçam que estes são evitáveis se houver intervenção quanto a comportamentos de risco (Fronteira & White 2007).

Um dos importantes estudos, realizados em Portugal, foi o da Prevalência, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial; o primeiro rastreio nacional de HTA, realizado numa amostra representativa da população portuguesa, coordenado pelo professor Mário Espiga de Macedo (2005). As conclusões principais foram que há uma maior prevalência da doença no Alentejo do que no Norte do país. Das 5023 pessoas que se submeteram ao estudo, 64% não sabe que é hipertensa, sendo que a hipertensão é mais comum nos homens que nas mulheres.

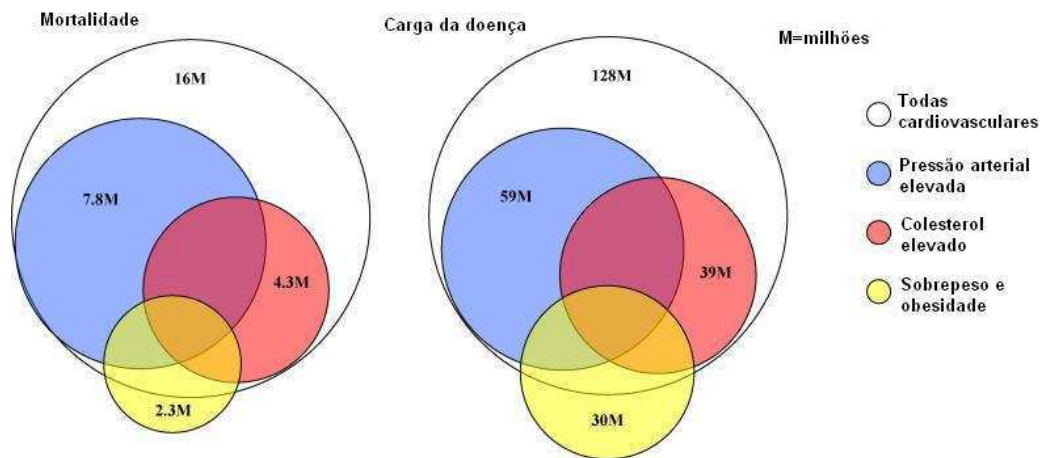
De acordo com o estudo Cuidados de Saúde Primários em Portugal, reformar para novos sucessos “os determinantes de saúde mais relevantes são: (...) o consumo do tabaco e do álcool, os hábitos alimentares, o sedentarismo e a obesidade” (Biscaia et al., 2006, p.26).

Paralelamente, revela que 35% dos adultos em Portugal têm excesso de peso, 14,5% são obesos, ou seja, aproximadamente metade da população tem um peso acima do considerado normal. A prevalência de obesidade mostrou-se idêntica entre as regiões de Portugal, contudo a região do Alentejo foi a que apresentou uma percentagem mais elevada (16,4%).

A figura 1 mostra as relações entre a obesidade, PA elevada e o colesterol. Os tamanhos dos círculos são proporcionais, à esquerda, com o número de mortes ou, à direita, com a taxa da doença (medida pela incapacidade ajustada pelos anos de vida).

Observa-se que no círculo em amarelo, correspondente à obesidade, que há uma parcela da população que não está incluída nas doenças cardiovasculares, ou seja, mostra que a obesidade afecta não só as doenças cardiovasculares.

Figura 1 – Mortalidade global e carga atribuível a doença cardiovascular e seus maiores factores de risco para pessoas com 30 anos de idade ou mais.



Fonte: Ezzati et al., 2005.

Entre as várias doenças crónicas, a HTA é uma doença grave e a sua prevalência tem vindo a aumentar em todo o mundo, sendo reconhecida na literatura como um dos flagelos do século XX e promete perpetuar-se neste novo século. Actualmente associada aos elevados níveis de colesterol sanguíneo, embora silenciosos, aumenta a probabilidade de eventos adversos como o enfarte agudo do miocárdio ou a acidente vascular cerebral. Estes eventos podem ocorrer em indivíduos com PA habitualmente dentro dos limites de referência, em indivíduos portadores de HTA ainda sem diagnóstico, como também em portadores de HTA diagnosticada e em tratamento, sendo, nesses casos, muitas vezes como consequência da não adesão ao regime terapêutico.

Segundo a WHO (2002c) os principais determinantes da saúde incluem o ambiente social e económico, o ambiente físico e as características e comportamentos individuais da pessoa.

Segundo Branca (2007), os hábitos alimentares constituem outro determinante major de morbilidade e mortalidade no panorama nacional, pois constatou-se num estudo apresentado pela WHO na Europa, em *The Second WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy, 2007-2012*, Portugal apresentava 11% de ingestão de gorduras saturadas, sendo que o recomendado é de 10%.

O consumo de tabaco também é uma causa de morbilidade e de mortalidade evitável e está directamente relacionado com a doença cardiovascular.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2010), embora a HTA seja uma doença controlável, ainda existem cerca de 40% de hipertensos na população portuguesa,

cerca de 2/3 dos hipertensos não sabem que o são e, dos que estão tratados e medicados, só 11% estão realmente controlados.

1.2. DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Em geral, quanto mais idosa for a pessoa, maior a probabilidade de desenvolver HTA, pois cerca de dois terços das pessoas com idade superior a 65 anos são hipertensas, (DGS, 2011).

Segundo a CIPE[®], (2005)

a HTA é um tipo de pressão sanguínea com as seguintes características específicas: bombagem do sangue através dos vasos sanguíneos com pressão superior à normal; sendo a função vascular um tipo de circulação com as seguintes características específicas: fluxo do sangue através das artérias e veias centrais e dos vasos sanguíneos capilares periféricos. (p.23)

Para a DGS (2011) a HTA “pode ser definida, com medição de consultório, como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da PAS igual ou superior a 140 mmHg e/ou da PAD igual ou superior a 90 mmHg” (p.1).

A PA classifica-se como HTA, quando os valores médios de duas medições, realizadas em pelo menos três consultas, após a detecção inicial de valores elevados de PA.

A HTA classifica-se em três graus, correspondendo o grau 1 a hipertensão arterial ligeira, o grau 2 a hipertensão arterial moderada e o grau 3 a hipertensão arterial grave. (**Anexo I**)

Para a DGS (2011) esta classificação é válida para adultos com 18 ou mais anos de idade que não tomem fármacos anti-hipertensores e não apresentem nenhum processo patológico agudo concomitante. Quando a PA sistólica e diastólica, se encontre em diferentes categorias considera-se a categoria do valor mais elevado.

Uma vez diagnosticada a hipertensão, tem de ser monitorizada a PA, durante toda a vida. Tal como o preconizado pela DGS (2011), todos os adultos, em particular os obesos, os diabéticos e os fumadores ou com história de doença cardiovascular na família, devem avaliar a sua PA pelo menos uma vez por ano.

Efectivamente, a HTA é o factor de risco cardiovascular modificável mais frequente, e o seu tratamento e controlo assume importância central nas estratégias preventivas.

Assim, ao “colocar em prática as novas orientações é possível diagnosticar mais doentes, tratá-los e controlá-los, contribuindo para a melhoria do prognóstico dos doentes com hipertensão” (DGS, 2011, p.2).

1.2.1. Fisiopatologia da HTA

A função do sistema cardiovascular pode ser quantificada por meio de grandezas físicas. Uma destas é a pressão que o sangue exerce sobre a parede das grandes artérias, denominada PA.

O aumento persistente da resistência vascular periférica é o factor mais importante na HTA primária, condição onde ocorre um desequilíbrio entre os elementos vasoconstritores e vasodilatadores. Nos factores de maior impacto na vasoconstrição (contração da musculatura que regula o lúmen do vaso) e também no crescimento vascular (espessura do vaso) estão o sistema nervoso simpático e o sistema renina-angiotensina, (Wenger, 2008).

De acordo com a literatura, o rim possui um papel central na fisiopatologia da HTA.

Um exemplo disso, ocorre quando o rim necessita elevar a PA acima do normal para manter o volume de líquido extracelular dentro de valores limites.

Também a sensibilidade ao sal pode resultar de várias alterações que afectando as proteínas do citoesqueleto, o transporte de iões ou factores endócrinos que controlam o sistema renal de sódio. Tem origem num desequilíbrio entre a componente hormonal, ou hemodinâmica que afecta o balanço de sódio através de mudanças na filtração glomerular ou reabsorção tubular.

Como a PA depende do delicado equilíbrio entre os inúmeros mecanismos responsáveis pela sua regulação, as causas da HTA podem ser muito variadas.

1.2.2. Causas da Hipertensão Arterial

Encontra-se descrito na literatura que na grande maioria dos casos, não se pode precisar com exactidão o motivo concreto, enquanto apenas numa reduzida parte das situações se pode determinar com clareza a sua origem, sendo por isso possível diagnosticar duas formas de HTA: a primária e a secundária.

Cerca de 90 a 95% dos casos de HTA não têm uma origem clara, ou seja, desconhece-se a sua causa o motivo inicial que desencadeia a falha global do conjunto de mecanismos reguladores e que determina a subida crónica dos valores da PA, por isso considera-se HTA primária ou essencial.

A hiperactividade simpática, factores ambientais (como ingestão de sal ou stress), a resistência periférica à insulina, associada ou não à obesidade, e o sistema renina-angiotensina-aldosterona são alguns dos elementos que levam à hipertensão primária (Mancia et Grassi, 2008).

Convém realçar que a coincidência de dois ou mais factores de risco - excesso de peso, elevado consumo de sal, tabaco, álcool e stress - aumenta significativamente o possível desenvolvimento de HTA primária, sendo por isso que predomina nas sociedades industrializadas, o que justifica a sua inclusão nas denominadas "doenças da civilização".

Pode ainda considerar-se uma predisposição hereditária para a HTA, como demonstra a elevada incidência da doença em determinadas famílias, significativamente mais elevada e constante do que na população em geral.

Existem doenças que, ao incidirem directamente sobre algum dos mecanismos reguladores da PA, provocam a sua subida. Apenas em cerca de 5 a 10% dos casos, se consegue identificar uma patologia responsável pela HTA, considerando-se para efeitos de diagnóstico como HTA secundária.

Destacam-se a doença renal, alterações endócrinas ou de catecolaminas (feocromocitoma), patologias funcionais das glândulas tiroide e paratiroide, ou ainda malformação ou defeito da artéria aorta, problemas neurológicos como tumores cerebrais, hemorragias cerebrais, traumatismos cranianos.

Por último, embora a lista pudesse ser mais ampla, existem casos em que a HTA se associa à administração de determinados medicamentos (contraceptivos hormonais, antidepressivos, corticóides), à ingestão de tóxicos (chumbo, mercúrio) e à gravidez.

1.2.3. Complicações na Hipertensão Arterial

Por ser inicialmente assintomática, na maioria das vezes a pessoa portadora de HTA não consulta o médico, não avalia a PA, embora saibamos que pequenas reduções da PA reduzem de forma significativa os riscos de insuficiência cardíaca, acidentes vasculares cerebrais e de enfarto do miocárdio.

A ausência de quaisquer sintomas durante a fase inicial da doença faz da medição regular da PA um hábito a seguir.

Assim, na literatura emergem as principais complicações situadas a 4 níveis, a saber:

- Complicação a nível cardíaco – o aumento da PA conduz ao espessamento ou hipertrofia do miocárdio;
- Complicações a nível cerebral – uma emergência hipertensiva pode, para além do estado de coma, provocar acidentes vasculares cerebrais, quer de tipo isquémico, devido a um fenómeno tromboembólico, quer de tipo hemorrágico;

- Complicações a nível ocular – retinopatia hipertensiva, caracterizada pela diminuição da acuidade visual que, nos casos mais graves, pode conduzir à cegueira;
- Complicações a nível renal - caso a HTA não seja devidamente controlada, pode conduzir a insuficiência renal crónica.

Para Garrido (2007), uma elevada percentagem destas complicações coloca em risco a vida da pessoa portadora de HTA, verificando-se a permanência de sequelas com forte impacto negativo na sua qualidade de vida e nos gastos nos serviços de saúde.

Nos primeiros anos, a HTA não provoca quaisquer sintomas, à excepção de valores da de PA elevados, os quais se detectam através da sua avaliação.

1.2.4. Manifestações da Hipertensão Arterial

É consensual que os sintomas representam a razão mais frequente pela qual as pessoas procuram os cuidados de saúde, pois constituem a sua principal preocupação bem como dos prestadores de cuidados. Caso os sintomas não sejam efectivamente controlados ou geridos podem ter consequências devastadoras na pessoa, na família e no próprio sistema de saúde, como é o caso da HTA.

Quando origina manifestações, a mais comum são as cefaleias. Também podem ocorrer náuseas, sobretudo ao adoptar a posição vertical, alterações do equilíbrio, por vezes acompanhadas de vómitos. Noutros casos, a pessoa demonstra uma particular sensação de cansaço e debilidade muscular, ocasionalmente aliada a alguma dificuldade respiratória.

Uma classificação possível dos factores de risco cardiovasculares é a tradicional perspectiva “clássica”.

Os factores de risco são um conceito moderno, que articula o conceito clássico de causa directa de doença com conceitos mais recentes: o da probabilidade, da predição e do prognóstico.

Pode-se definir factor de risco como elemento mensurável da cadeia de causas de uma doença e um indicador seguro, significativo e independente do risco futuro (Simões, Gama & Contente, 2000)

Neste enquadramento destacam-se habitualmente duas formas de agrupamento de factores de risco, com base na possibilidade da pessoa os modificar. São eles os factores “modificáveis” e os “não modificáveis” que adiante serão analisados.

Assim, a detecção atempada da HTA, com introdução de medidas farmacológicas e não farmacológicas em especial quando está aumentado o risco cardiovascular, deve ser uma prioridade dos CSP.

CAPÍTULO 2 – A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Encontramos, na população portuguesa, uma elevada prevalência dos factores de risco associados as doenças do aparelho circulatório nomeadamente o tabagismo a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia e o sedentarismo (DGS, 2007).

Existem dois tipos de factores de risco cardiovascular, nomeadamente um conjunto de factores individuais sobre os quais se pode influir e modificar e um conjunto de factores não - modificáveis, que também podem contribuir significativamente para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Entre os principais factores individuais de risco cardiovascular, encontram-se os hábitos tabágicos, *stress*, sedentarismo, obesidade e excesso de peso, HTA, colesterol elevado e a síndrome metabólica.

Existem contudo outros factores, fora do alcance da pessoa, que contribuem significativamente para um maior risco cardiovascular. Entre os factores não-modificáveis, encontram-se a idade avançada, o género masculino ou a história familiar.

A combinação de parte destes factores de risco tem um efeito exponencial sobre o risco cardiovascular.

A implementação das novas orientações da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2010), devem ser ajustadas à população Portuguesa, que apresenta uma elevada prevalência de acidentes cardiovasculares cerebrais e atendendo a que o regime terapêutico na HTA é multifacetado, pode não ser fácil de gerir e impõe mudanças e adaptações nos hábitos de vida da pessoa e da família e conviventes.

Apesar de se conhecer que a cultura influencia o estilo de vida das pessoas, a prática da promoção de saúde e da prevenção da doença, a adesão ao regime terapêutico torna-se hoje emergente face à incidência e prevalência das da HTA, pelo que urge delinear estratégias integradas e efectivas de combate a este problema.

Neste sentido, a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2010) apela para a diminuição da ingestão de sal, a redução do peso e a prática de exercício regular.

Os efeitos benéficos da prática regular de exercício físico na melhoria do controlo dos valores de repouso da PAS e da PAD, em pessoas portadoras de HTA, estão relativamente bem documentados na literatura, nomeadamente em programas de curta (4 a 16 semanas) e média (16 a 26 semanas) duração.

É importante para as pessoas com HTA, antes de adoptarem medidas farmacológicas sejam informadas quais os tipos de medidas não farmacológicas que permitem melhorar a sua PA, como a alteração dos hábitos de vida.

Para Gonçalves e Vilerta (2004)

(...) hábitos de vida são um conjunto de hábitos e comportamentos aprendidos e adoptados durante toda a vida, capazes de influenciar as condições de bem-estar, e o nível de integração pessoal com o meio familiar, ambiental e social. (p.45)

A implementação de medidas de estilo de vida saudáveis, descritos na Tabela 1, tem como objectivo abranger todas as pessoas, em particular as portadoras de HTA, e as susceptíveis de a virem a desenvolver.

Tabela 1 – Medidas de estilo de vida recomendadas para a diminuição do risco cardiovascular

Cessação do tabagismo
Redução do peso em obesos e indivíduos com excesso ponderal
Dieta rica em frutas e vegetais e com baixo teor de gorduras saturadas
Redução da ingestão de sal (menos de 5 g de cloreto de sódio por dia)
Actividade física; exercício aeróbio 30 a 45 minutos por dia, 5 a 7 dias por semana
Redução do consumo excessivo de álcool
Reduzir café e outras bebidas com cafeína, se excessivo

Fonte: Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2010.

Existem estudos que demonstram que as alterações nos estilos de vida são capazes de reduzir a PA num número importante de pessoas e podem contribuir, por si só, para o controlo da PA em hipertensos ligeiros.

Neste enquadramento, como refere Macedo (2011), a HTA é fácil de prevenir, de diagnóstico simples e o tratamento tem um custo relativamente baixo.

Defende ainda este autor, que a estratégia de base populacional passa pela redução do consumo de sal, melhoria do consumo de potássio e redução do risco global nos hipertensos, já que o controlo da HTA leva a diminuição do grau de risco de eventos cérebro vasculares.

Apesar da percepção, de que uma grande percentagem das pessoas com HTA, não adere ao regime terapêutico, principalmente no que se refere ao regime alimentar e exercício físico, não se conhece ainda a verdadeira extensão do problema, nem quais os factores com influência positiva ou negativa na adesão, para a população.

Para a DGS (2011), a pessoa portadora de HTA deverá ter oportunidade de tomar decisões informadas sobre o seu tratamento, sendo imperativa uma boa comunicação entre ela e profissionais de saúde.

Situando-se as prioridades dos enfermeiros ao nível da gestão e adesão ao regime terapêutico na HTA, actuam em três domínios principais: regime medicamentoso, alimentação e exercício físico.

Como os cuidados de enfermagem focam o estudo da resposta humana á doença e aos processos de vida (ICN, 2005), quer a gestão do regime terapêutico quer a avaliação da adesão ao regime terapêutico, são focos da prática de Enfermagem.

Segundo a CIPE[®], (2006)

Gestão do Regime Terapêutico é um tipo de Comportamento de Adesão com as seguintes características específicas: executar as actividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrarem actividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária. (p.58)

A adesão ao regime terapêutico é um tipo de gestão do regime terapêutico com as características específicas: “desempenhar actividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado ou apoiante” (CIPE[®], 2005, p. 58)

Por outro lado, a ineficácia da gestão do regime terapêutico está fundamentalmente associada a esquemas terapêuticos complexos, défice de conhecimentos e habilidades para gerir as indicações terapêuticas, integrando-as nas actividades do dia-a-dia, exigências excessivas sobre a pessoa e a demora ou ausência de resultados positivos atribuíveis à proposta de tratamento.

São exemplos de dimensões do regime terapêutico que requerem a adaptação da pessoa, os hábitos alimentares adequados, a gestão do regime medicamentoso ou programas de exercício físico.

Assim, é fundamental identificar qual “o *locus* de controlo” da pessoa portadora de HTA: se é um *locus* de controlo interno em que a pessoa tende a responsabilizar-se pelo seu tratamento ou se trata de um *locus* de controlo externo em que a responsabilidade é sempre atribuída a terceiros, nomeadamente a gestão da doença e seu tratamento é vista como responsabilidade do médico e da equipa de saúde.

As pessoas com orientação externa ao sentir-se mais susceptíveis e procurarão seguir mais estritamente as orientações terapêuticas, implementando maior número de

comportamentos de controlo da doença, obtendo melhores índices de adesão ao tratamento.

Tornar-se dependente de um controlo externo, neste caso dependente dos outros significativos (médicos ou enfermeiros), poderá ser a estratégia mais adaptativa nas situações em que houve poucas oportunidades de controlo, desresponsabilizando-se do autocuidado e de auto vigilância.

Entenda-se o autocuidado como um “tipo de acção realizada pelo próprio com determinadas características e para o qual deve estar preparado”, (CIPE®, 2005,p.55).

Já a auto vigilância é um tipo de comportamento de adesão com as características específicas: “desempenhar actividades de auto-observação para evitar factores de risco ou para identificar sinais precoces de problemas de saúde ou doenças” (CIPE®, 2005,p.57).

Desta forma, o conhecimento do *locus* de controlo será útil para o planeamento de programas de saúde e de estratégias terapêuticas. As pessoas com uma orientação mais interna poderão necessitar de mais alternativas terapêuticas, de maior envolvimento na escolha de uma alternativa e maior responsabilização pela sua execução. As pessoas com orientação mais externa necessitarão de maior apoio e acompanhamento dos técnicos de saúde, e de compreender a importância do seguimento escrupuloso das suas instruções.

Na prática diária na consulta de enfermagem à pessoa com HTA, também se verifica que a família pode ter um papel contraditório na colaboração no controlo da HTA ou seja, se em certos momentos e actividades é fundamental a sua ajuda, noutras constitui uma barreira que se traduz no insucesso do cumprimento do plano terapêutico, pois em caso de dependência da pessoa portadora da HTA, deve ser a família a promover a adesão quer ao nível da alimentação quer ao nível do regime medicamentoso.

Para além deste aspecto, não são raras as vezes em que a família se demite do seu papel de cuidador, o que dificulta muitas vezes a articulação entre a equipa de saúde, o utente e o meio que o envolve.

Há estudos que revelam que as pessoas que se sentem mais ameaçadas pela doença e acreditam que o tratamento será eficaz, são as que mais aderem ao tratamento e gerem o seu regime terapêutico de forma eficaz (Wu et al., 2008).

Contudo, o tratamento deverá ser culturalmente adequado e acessível a pessoas com problemas adicionais. Cuidadores e familiares deverão ter oportunidade de ser envolvidos nas decisões sobre os cuidados à pessoa e o tratamento indicado.

2.1. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Prevê-se que o grande impacto económico das doenças crónicas, a nível mundial continue a crescer até 2020, altura em que representará cerca de 65% do total de despesas com a saúde em todo o mundo (Bugalho & Carneiro, 2004; WHO, 2003).

Por outro lado, muitos dos ganhos em saúde nas últimas décadas são devidos ao uso racional dos medicamentos, tais como os medicamentos que controlam a HTA (e que previnem o Acidente Vascular Cerebral e o Enfarte do Miocárdio) e evitam mortes prematuras.

De uma forma global, a terapêutica anti-hipertensora deve, a médio prazo, contrariar a progressão da doença e a sua repercussão nos órgãos alvo e, a mais longo prazo, reduzir a mortalidade e morbidade associada à hipertensão arterial, pelo que são utilizadas, sempre que possível, associações fixas com acção durante 24 horas, com o objectivo de melhorar a adesão à terapêutica – toma única diária. (DGS, 2011).

Os tipos de medicamentos com efeitos hipotensores actualmente disponíveis, são muito variados, na medida em que apresentam diversos mecanismos de acção, e a sua escolha é feita pelo médico em função das características de cada pessoa.

Entre eles destacam-se os diuréticos, bloqueadores beta-adrenérgicos, bloqueadores alfa-adrenérgicos, vasodilatadores e Inibidores da enzima de conversão da angiotensina.

A auto administração de medicamentos é um tipo de comportamento de adesão com as características específicas: “desempenhar actividades para obter, arrumar com segurança, tomar de acordo com a prescrição, ajustar as doses, aplicar os medicamentos prescritos, deitar fora os medicamentos de modo adequado”. (CIPE®, p. 58)

As manifestações mais comuns da não adesão à medicação na prática do dia-a-dia são: a incapacidade de “aviar uma receita”, tomar medicamentos receitados para outra pessoa, donde emergem também os problemas relacionados com a auto administração, como a omissão de doses, a sobredosagem, a suspensão da toma da medicação sem indicação, tomar uma dose com outros medicamentos ou alimentos proibidos, tomar medicamentos fora de prazo ou guardados inadequadamente ou a ingestão das doses na altura errada.

Por outro lado, existem tratamentos não-farmacológicos que apresentam características não somente para combater os efeitos decorrentes da HTA, mas, sobretudo, para prevenir a ocorrência destes, no sentido de uma reestruturação do estilo de vida do indivíduo, e muitas vezes actuando na causa da doença.

2.2. TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Tal como já anteriormente referido, o aparecimento de uma doença crónica implica frequentemente a modificação dos hábitos de vida e o recurso a esquemas terapêuticos, que a pessoa não é capaz de integrar no seu dia-a-dia, resultando daí, riscos para o seu projecto de saúde.

A primeira condição para que alguém altere ou adopte comportamentos adequados à sua nova condição de saúde é possuir informação sobre porquê mudar, o que mudar e como fazer para mudar, integrando essa mudança na sua vida diária.

Para o ICN (2008) é necessário que a pessoa tenha em consideração os ensinamentos, siga a prescrição do regime medicamentoso, tome a medicação apropriadamente e sobretudo adopte comportamentos de auto vigilância e auto monitorização, para que seja capaz de uma gestão eficaz do regime terapêutico e consequente adesão.

Para que essas actividades sejam integradas na rotina diária é necessário que a pessoa tenha conhecimento sobre a doença e o regime terapêutico, de modo a saber o que dela se espera e que adquira o domínio de habilidades práticas associadas ao treino, ou seja a aprendizagem de capacidades que lhe confirmem competência para lidar do ponto de vista instrumental, ou técnico, com a sua condição de saúde. Assim, as intervenções de enfermagem serão fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar.

Importa no entanto, que se tenha presente, que o saber da pessoa não se inicia à data do diagnóstico, pois foi sendo adquirido ao longo da vida no seu percurso escolar, profissional, familiar e social, o que leva a que cada uma delas tenha as suas próprias crenças e representações relativas à doença e ao seu tratamento. Essas representações devem ser identificadas, questionadas, reformuladas e aproveitadas no processo de aprendizagem.

Assim, surge neste contexto a educação terapêutica, tendo como finalidade, segundo a WHO (2003), ajudar a pessoa, a adquirir ou manter as competências de que necessitam para gerir da melhor forma a sua vida com uma doença crónica.

Podem definir-se alguns princípios orientadores para Fazenda (2007), perfeitamente adequados para a prática dos cuidados de enfermagem na perspectiva de *empowerment* da pessoa portadora de HTA. Estabelecer a relação de parceria com base na igualdade, implica:

- Ouvir o que as pessoas têm para dizer e partir desse ponto;
- Criar um relacionamento de troca, dar e receber;
- Pedir tanto ao profissional como à pessoa “cuidada”;
- Centrar o processo nas capacidades e recursos da pessoa e do meio;

- Respeitar o ritmo da pessoa ou do grupo e manter a continuidade do processo;
- Basear as acções sempre nas preferências e necessidades expressas pelas pessoas, grupos ou comunidades;
- Incentivar sempre a participação activa das pessoas em todas as decisões e acções.

A literacia assume-se neste contexto como um instrumento fundamental de inclusão para o desenvolvimento, indissociável do processo educativo que se desenrola no âmbito dos cuidados de saúde. O desafio da educação para o desenvolvimento de competências pessoais para a gestão do regime terapêutico da pessoa portadora de HTA, assume hoje uma referência operacional e estratégica das políticas de saúde em Portugal e na Comunidade Europeia.

Neste particular, a pessoa portadora de HTA, é aconselhada pela enfermeira a incluir na sua rotina diária um conjunto de actividades de autocuidado, que vão desde a modificação de hábitos alimentares, a prática de exercício físico, a toma regular de medicamentos com uma dosagem específica, a comparência nas consultas de vigilância, comportamentos de auto vigilância e a procura de aconselhamento por parte dos profissionais de saúde.

2.2.1. Exercício Físico

Durante as últimas 5 décadas, numerosos estudos demonstraram uma taxa reduzida de eventos coronários em pessoas fisicamente activas.

Segundo a WHO (2002c), o exercício físico regular constitui um relevante elemento de protecção para a saúde, contribuindo para a redução da obesidade, nas doenças endócrinas, osteoarticulares, cardiovasculares e psicológicas. O risco de se ter uma doença cardiovascular aumenta então 1,5 vezes nos indivíduos que não seguem as recomendações mínimas para a actividade física.

De acordo com a WHO na Europa, o sedentarismo é o segundo factor de risco mais importante para a doença após o tabaco nos países desenvolvidos, em que mais de 30% dos adultos estão inactivos durante a semana.

Importa incentivar, a formação de grupos comunitários para a prática de actividade física colectiva ou exercício físico em locais públicos e privados, de acordo com os recursos disponíveis em cada comunidade.

Muitos são os benefícios do exercício para a saúde, entre os quais podemos destacar a diminuição da frequência cardíaca como resposta fisiológica positiva e ajuda a prevenir e/ou reduzir a HTA, que afecta 1/5 da população adulta mundial (DGS, 2007).

Entenda-se actividade física como qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética que resulte em energia expandida, quantificável em termos do critério de KJ ou Kcal.

Actividade física e exercício físico confundem-se muitas vezes como sinónimos, mas existe diferença entre eles, e segundo Nunes (2006, p.50):

Todo o exercício físico é actividade física, mas nem toda a actividade física é exercício. A actividade física é aquela que está integrada nos hábitos da vida diária: deslocações a pé, subir escadas, passatempos ou profissões fisicamente activas, levar os filhos ou os animais a passear, etc. As suas vantagens são: estar sempre acessível, podendo ser praticada todos os dias e a qualquer momento do dia. O exercício físico é aquele que se pratica em clubes desportivos, ginásios e instituições afins. Requer mais condições mas traz benefícios adicionais em relação à primeira.

Para que se compreenda as orientações actuais, elas costumam expressar-se através da chamada pirâmide da actividade física.

Figura 2 – Pirâmide da actividade física



Fonte: Adaptado da Fundação Portuguesa de Cardiologia

À medida que se sobe na pirâmide aumenta a intensidade das várias actividades físicas mas decresce a necessidade da sua frequência semanal (Moreira, 1997).

Sendo a actividade física um conjunto de acções corporais capazes de contribuir para a manutenção e o funcionamento normal do organismo em termos biológicos, psicológicos e sociais, incluem o trabalho e as actividades domésticas, portanto de vida diária.

Por outro lado, o exercício físico caracteriza-se por ser planeado, estruturado e repetitivo, e normalmente realizado com o objectivo de incrementar e manter o desempenho físico.

Os efeitos benéficos do exercício têm uma origem multifactorial: efeito favorável sobre os lípidos (baixa o colesterol), aumenta a variabilidade da frequência cardíaca e do tónus do sistema nervoso autónomo, melhora a disfunção endotelial, aumenta a fibrinólise e, sobretudo, melhora o metabolismo ao nível do tecido músculo-esquelético e do miocárdio (Gomes et al., 2005).

Durante e após o exercício físico o músculo capta glicose para a circulação sem necessidade de insulina, logo poupando o trabalho do pâncreas endócrino, sendo o efeito é transitório no máximo até às 2 horas e desaparece no máximo até às 72 horas pelo que o exercício físico deve ser regular.

Tendo em conta a bibliografia pesquisada, considera-se como exercício físico regular e significativo para os efeitos que se pretende estudar, aquele que é praticado pelo menos duas vezes por semana e por um período de tempo \geq a 30 minutos.

Segundo o *American College of Sports Medicine* (ACSM, 2003), um programa de exercícios para hipertensos deve ser baseado num treino aeróbio e deve realizar-se em 2 ou 3 dias por semana em series de 10 a 15 repetições e que envolvam os grandes grupos musculares. A natureza e o grau de supervisão dependem do nível de risco das pessoas para as complicações e intensidade do exercício.

Segundo Barata (2003) e o ACSM (2003), o exercício regular na pessoa portadora de HTA, tem as mesmas vantagens que tem para o resto da população, no entanto e que respeita à PA, o exercício exerce os seus benefícios nestas pessoas de uma forma directa e de uma forma indirecta. Os exercícios devem ser de intensidade moderada, de duas a seis vezes por semana, em sessões de 30 a 60 minutos de duração.

O exercício escolhido deve compreender movimentos cíclicos, pelo que a marcha, corrida, natação ou dança são boas escolhas.

Segundo Barata (2003), os exercícios aeróbicos devemos ter presente que a PAS vai subindo à medida que aumenta a intensidade do esforço, uma vez que, é directamente proporcional ao débito cardíaco e este varia de forma linear, consoante a intensidade do esforço e a massa muscular envolvida. Como neste tipo de exercícios existe uma diminuição da resistência periférica global, resultante da vasodilatação nas grandes massas musculares, a PAD não sofre grandes alterações, podendo eventualmente subir ou descer muito ligeiramente. Durante as primeiras horas após o esforço (1 a 3), a PA baixa a valores inferiores

aos de repouso antes do exercício. Este mecanismo demonstra e justifica a acção do exercício físico regular na prevenção e tratamento da HTA.

A literatura e algumas das *guidelines* mais recentes, consideram que a determinação inicial da capacidade funcional é um elemento fundamental para o exercício físico num nível de equilíbrio individualizado, de acordo com a idade e com a condição de saúde de cada pessoa.

Segundo o ACSM (1993), previamente a qualquer prescrição, deve-se proceder a uma avaliação clínica inicial e conhecer qual a resposta tensional ao esforço. Neste aspecto deve-se ter em consideração a resposta, a referente aos esforços aeróbicos.

A partir da anamnese, do exame físico, a pessoa com HTA deve ser estratificada como sendo de risco baixo, moderado ou alto para iniciar um programa de exercício físico.

Os efeitos fisiológicos do exercício físico podem ser classificados em agudos imediatos, agudos tardios e crónicos. Os efeitos agudos, são os que acontecem em associação directa com a sessão de exercício, os efeitos agudos imediatos são os que ocorrem nos períodos peri e pós-imediato do exercício físico, como a elevação da frequência cardíaca, da ventilação pulmonar e sudorese, já os efeitos agudos tardios acontecem ao longo das primeiras 24 ou 48 horas (às vezes, até 72 horas). Podem ser identificados pela discreta redução dos níveis da PA (especialmente nos hipertensos), na expansão do volume plasmático, na melhoria da função endotelial e no aumento da sensibilidade à insulina na musculatura esquelética.

De todos os tipos de exercícios, salientam-se os exercícios aeróbios, em que os músculos consomem oxigénio na sua actividade e necessitam da contribuição activa do sistema respiratório e cardiovascular.

O exercício aeróbico regular, desempenha um importante papel na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares e está associado à diminuição dos níveis de proteína C reactiva, o que sugere um efeito anti-inflamatório do exercício. Este é um dado relevante já que existem evidências que a inflamação crónica exerce um papel significativo na estabilização e formação das placas de ateroma.

O exercício físico aeróbio é uma actividade realizada com repetições sistemáticas de movimentos orientados, com consequente aumento o consumo de oxigénio devido à solicitação muscular, gerando, portanto, trabalho. Este provoca uma série de respostas fisiológicas em especial no sistema cardiovascular (Machado et al., 2010).

A HTA, a hipercolesterolemia, a obesidade e a diabetes *mellitus* são favoravelmente modificados pelo exercício, quando desenhado de forma adequada, ou seja de acordo com o grupo alvo.

Porém, a manutenção desses efeitos somente é obtida com a regularidade do exercício físico, sendo que os riscos dos exercícios físicos são reduzidos com uma adequada avaliação médica, com a estratificação do risco, a supervisão e educação dos participantes.

Contudo, existem contra-indicações à realização de exercício, as quais impossibilitam a inserção de algumas pessoas em programas de exercício físico, a saber: HTA em repouso descontrolada ($PAS \geq 180$ ou $PAD \geq 110$), hipotensão ortostática com queda de $PAS > 20$ mmHg, frequência cardíaca (FC) em repouso acima dos 100 batimentos por minuto.

Se durante uma sessão de exercício ocorrer sintomatologia suspeita, a sessão deverá ser suspensa até ser reavaliada a situação clínica da pessoa.

Assim, a evidência científica e a experiência do dia-a-dia mostram que a prática regular de exercício físico regular beneficia, quer fisicamente, quer socialmente, quer mentalmente, toda a população, homens ou mulheres, de todas as idades, incluindo pessoas com incapacidades.

☉ Hidroginástica

A literatura apresenta o meio aquático, como detentor de características únicas para a promoção de estímulos ao nível do aparelho locomotor, que se traduzem invariavelmente em benefícios ímpares para a prevenção e combate a determinadas doenças crônicas entre elas a HTA.

Dentro de água, a pessoa exercita-se com mais conforto (após período de adaptação), a flutuação proporciona alívio corporal e a força de gravidade é contrabalançada pela flutuação do corpo.

A hidroginástica pode ser considerada como uma actividade onde se soma o trabalho de musculação com o trabalho aeróbio mais a massagem. Para além disso na água, quase não há impacto nas articulações, porque elas ficam protegidas de eventuais desgastes. A pressão da água contra o corpo funciona como uma massagem suave, que reduz as dores musculares e facilita a circulação do sangue.

Pode ser vista como uma actividade que, quando praticada correctamente, consegue atender objectivos alargados no que se refere ao bem-estar geral e melhoria da qualidade de vida dos seus praticantes.

Os benefícios dos exercícios em meio aquáticos são vários, já que a água promove uma melhoria na circulação periférica através do efeito de massagem e beneficia-se de uma redução do impacto articular. Esta actividade continuada e neste meio, possibilita a manutenção da intensidade óssea, desenvolve a força, a resistência muscular e cardiovascular.

Por outro lado, para a mesma intensidade de um dado exercício, a sua realização em meio aquático induz uma frequência cardíaca mais baixa do que quando executada em meio terrestre, pois na generalidade, são estimulados músculos que em actividades terrestres estão menos implicados. Parte do desenvolvimento das capacidades motoras deve-se à resistência natural apresentada pela água.

Assim, os factores ambientais são importantíssimos relativamente à adesão ao regime terapêutico, não só ao nível do exercício como do plano alimentar.

2.2.2. Regime Alimentar

De acordo a WHO (2003), existe pressão social para os excessos alimentares, e os portadores de HTA referem dificuldade em integrar algumas alterações plano alimentar na sua rotina diária. Aspectos como comer fora, actos sociais, resistir à tentação, pressão cronológica, são factores muitas vezes difíceis de gerir, sobretudo quando estão culturalmente enraizados certos hábitos alimentares.

Os hábitos alimentares constituem um determinante major de morbilidade e mortalidade no panorama nacional.

Constata-se que Portugal face à Europa cumpre a recomendação de ingestão de frutas e vegetais por dia superior a 600 gramas. Mediante este estudo, no plano europeu, Portugal é um dos países que apresenta hábitos alimentares alterados mas que não ultrapassam as recomendações europeias, facto associado à nossa gastronomia variada, à ingestão de peixe e de outros factores nutricionais e culturais.

A alimentação equilibrada com verduras, frutas, legumes, cereais, tubérculos, leguminosas, carnes magras, leite e derivados desnatados e óleos vegetais está associada à redução do risco de desenvolvimento de HTA.

Os Portugueses comem demasiado, de facto, cometem exageros repetidos e estão a desprezar aceleradamente a sua cultura alimentar e gastronómica e a adoptar gostos atípicos.

O consumo excessivo de gorduras, especialmente de gordura saturada, tem sido associado ao desenvolvimento de doença degenerativa crónica, como a aterosclerose.

O consumo excessivo de calorias é outra imprudência alimentar cometida por pessoas que sofrem de HTA, uma vez que á uma forte relação entre o teor de gordura do organismo e a pressão sanguínea em repouso.

Os estudos disponíveis aconselham os hipertensos que se encontram acima do peso a emagrecer, pois a perda da gordura permite vários benefícios, entre eles a redução da

actividade do sistema nervoso simpático, que diminui o débito cardíaco em repouso e a resistência vascular. Outro efeito positivo consiste no fato de que a perda da gordura corporal está associada ao baixo nível de insulina plasmática. Como a insulina é capaz de estimular o sistema nervoso simpático e de promover a retenção de sódio pelo organismo, uma redução na concentração da insulina plasmática leva a uma diminuição da pressão sanguínea.

Constitui então, uma medida muito importante na vigilância e controlo da HTA e, as suas variações dão indicações para a necessidade de ajuste do regime alimentar.

O IMC ou Índice de *Quetelet* é uma medida internacional e permite avaliar a adequação entre o peso e a altura de um indivíduo. Calcula-se através da fórmula: $\text{Peso}/(\text{Altura} \times \text{Altura})$, com valores definidos em função dos valores obtidos: Magreza, Normal, Excesso de peso, Obesidade Grau I, II e III. **(Anexo II)**

Na CIPE[®], (2005), a obesidade é um tipo de excesso de peso com as seguintes características específicas

situação de elevado peso e massa corporal, habitualmente mais de 20 por cento acima do peso normal, aumento anormal na proporção, de células gordas, predominantemente nas vísceras e tecido subcutâneo, associado a ingestão excessiva e contínua de nutrientes, alimentação em excesso e falta de exercício, durante períodos mais longos. (p.21)

A manutenção do índice de massa corporal entre 18,5 e 24,9 kg/m² é o normal e desejável para a pessoa portadora de HTA.

A avaliação do perímetro abdominal, deve fazer parte da auto vigilância, pois existe uma estreita relação entre a obesidade central tipo andróide, a dislipidémia e a hipertensão, o que constitui um importante factor de risco das doenças cardiovasculares, pelo que a circunferência da cintura não deve ser superior a 102 cm para os homens e 88 cm para as mulheres.

Durante milhões de anos, ingerimos uma dieta que continha menos de 1 g de sal por dia, pelo que estamos geneticamente programados para ingerirmos muito pouco sal. Só há cerca de cinco a dez mil anos, quando o Homem deixou de ser nómada, se fixou e dedicou à Agricultura, começou a ingerir mais sal, ao verificar que este era importante para a conservação dos alimentos.

O sal é necessário para manter a vida. Tem funções nobres no organismo como contribuir para transmitir os impulsos nervosos do cérebro para todo o corpo, permitir a contracção muscular e participar da regulação do ritmo cardíaco.

Porém, a ingestão excessiva de sal aumenta a quantidade de sódio no sangue, porque o equilíbrio entre sódio e água no organismo tem que ser perfeito. Existindo mais sódio precisa

haver mais água. Só que este aumento do volume de sangue por causa do aumento da quantidade de água para diluir o sódio, promove o aumento da pressão dentro das artérias.

Em Portugal, o consumo de sal é muito elevado, embora a WHO (2002c) recomende cinco a seis gramas de sal por dia para um adulto e três gramas de sal diárias para as crianças, mas os portugueses estão a ingerir cerca do dobro por dia e a dar às crianças quatro vezes mais do que o recomendado.

As fontes principais de sal na alimentação são: o pão, o sal adicionado durante a confecção dos alimentos e à mesa, os produtos enlatados, aos produtos de pastelaria, charcutaria. É de boa norma consultar sempre a tabela existente na embalagem dos produtos alimentares e ver o seu teor em sal.

A redução de sal no pão constitui um grande avanço na prevenção da hipertensão arterial. Agora, há um limite máximo de 1,4 gramas de sal por 100 gramas de pão. Mas também importa sublinhar que alguns consumidores não sabem que há alimentos com quantidades de sal muito elevadas, porque, muitas vezes, isso não vem indicado no rótulo, tais como alimentos processados, como os caldos, os enlatados, entre outros.

Os alimentos deverão ser sempre confeccionados sem ou com muito pouco sal, dever-se-á restringir o consumo de comida rápida (*fast-food*) e nunca adicionar sal à mesa.

Assim, cabe aos profissionais de saúde, informar quais os alimentos que contêm mais sal e quais as formas de reduzir o seu teor na confecção dos alimentos, adicionando por exemplo as especiarias para temperar os alimentos.

As especiarias são condimentos usados desde sempre na história das civilizações. São as partes aromáticas das plantas (sementes, frutos, raízes, flores ou cascas) e servem essencialmente para melhorar a conservação dos alimentos, dar-lhes um sabor e aromas podendo conferir-lhes algumas propriedades medicinais. Ao serem usadas em pequenas quantidades, não contribuem para o valor energético da refeição, nem tão pouco para o seu valor nutricional.

Por outro lado, é recomendável que a ingestão diária de potássio fique entre 2 e 4 g, contidos numa dieta rica em frutas e vegetais frescos.

A ingestão do potássio pode ser aumentada pela escolha de alimentos pobres em sódio e ricos em potássio (feijão, ervilha, vegetais de cor verde-escuro, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa e laranja).

Por outro lado importa limitar o consumo de bebidas alcoólicas, no máximo, a 30 ml/dia de etanol para homens e 15 ml/dia para mulheres ou indivíduos de baixo peso. Quem não consome bebidas alcoólicas não deve ser estimulado a fazê-lo (DGS, 2005).

Em conclusão, uma dieta equilibrada e saudável deverá ser sempre pobre em sal, rica em vegetais e frutas frescas e pobre em gorduras saturadas e colesterol e reduzir a ingestão de bebidas alcoólicas e o excesso de condimentos para diminuir o mau colesterol pelo que no máximo 30% do valor calórico total da dieta deve ser de gorduras.

São as escolhas de hábitos de vida ao longo do tempo, no dia-a-dia, que fazem a diferença em relação à saúde, quer ao nível da alimentação, hábitos alcoólicos ou tabágicos.

2.2.3. Hábitos Tabágicos

Os efeitos nefastos do tabaco foram assumidos recentemente na sociedade portuguesa com a entrada em vigor no dia 1 de Janeiro de 2008, da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto. Esta Lei dita: as limitações ao consumo de tabaco, a composição e medição das substâncias contidas nos cigarros comercializados, a rotulagem e embalagem dos maços de cigarros, a venda de produtos de tabaco, a publicidade, a promoção e patrocínio de tabaco e produtos de tabaco, medidas de prevenção e controlo do tabagismo e por fim o regime que prevê sanções.

Parar de fumar diminui o risco de morte prematura, pelo que os ex-fumadores vivem em média mais anos do que os fumadores e reduzem o risco de virem a sofrer de uma doença cardiovascular, de cancro ou de doenças respiratórias graves e incapacitantes. Após 15 anos de abstinência, o risco de doença cardiovascular é igual ao de um não fumador do mesmo sexo e idade.

Na CIPE[®] (2005, p.60), o uso de tabaco é um tipo de uso de substâncias com as seguintes características específicas: “uso habitual de tabaco como estimulante; trata-se habitualmente de cigarros, charutos, cachimbo, mascar ou cheirar rapé”.

A curto prazo, a pessoa com HTA demonstrará prontidão para mudar, expressando por iniciativa própria a sua decisão de abandono e seleccionando uma data para a paragem, caso esteja informado dos riscos, utilizando estratégias motivacionais.

Deixar de fumar é um dos assuntos mais falados nos dias de hoje, não só pelos seus enormes benefícios lógicos, como ainda outros que não são tão falados, entre outras vantagens inerentes a esta decisão. Obviamente que se esta fosse uma decisão fácil de tomar, não existiam vários tratamentos associados, grupos de apoio e até milhões de pessoas a tentar diariamente.

Assim, é importante definir estratégias em conjunto com o profissional de saúde e colocar “em cima da mesa” todos os benefícios, informar sobre os recursos disponíveis e estratégias a adoptar.

Subsequentemente, poderá aderir à consulta de desabitação tabágica na UCSP, desde que a equipa demonstre os ganhos da desabitação pela mudança do estilo de vida promotora da qualidade.



CAPÍTULO 3 – ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

A expressão largamente conhecida e utilizada de ganhos em saúde, é internacionalmente adoptada como enunciado positivo de um desejo de melhorar o nível de todos os indicadores de saúde, sobretudo daqueles em que, manifestamente, uma população se distancia mais das que apresentam melhores resultados.

Promover a adesão ao regime terapêutico, ajudar a pessoa a ser capaz de o gerir eficazmente e de forma autónoma e em simultâneo consciencializá-la de que a HTA pertence ao seu presente e ao seu futuro e capacitá-lo para encarar as mudanças como um investimento na sua saúde e bem-estar, consiste no desafio para os CSP em que os ganhos em saúde são o objectivo de cada intervenção.

Os Ganhos em Saúde expressam a melhoria dos resultados e traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, diminuição da incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (MS, 2000).

Os Ganhos Potenciais em Saúde são os que resultam da capacidade de intervenção sobre causas evitáveis, controláveis ou resolúveis. São calculados, considerando a evolução temporal a nível internacional, nacional, regional ou local, numa lógica de redução das desigualdades (PNS 2011-2016).

Porém, verifica-se actualmente, que ainda não existe uma consciencialização séria por parte dos governantes, que a promoção da saúde pode ser um excelente investimento, talvez porque os ganhos em saúde obtidos na área da incapacidade e da doença crónica não se encontram quantificados.

Importa cada vez mais, uma visão mais integrada do conjunto dos problemas de saúde por grupos etários e papéis sociais, recorrendo à gestão integrada da doença, através do reconhecimento de prioridades no desenvolvimento de planos e programas e na criação de normas e de sistemas de monitorização e vigilância, na gestão integrada da doença crónica.

Para Bugalho e Carneiro (2004), os custos directos da falta de controlo da terapêutica aplicada a qualquer doença são três a quatro vezes superiores aos de um bom controlo. Os custos indirectos, como a diminuição da produtividade, a reforma antecipada e a morte, apresentam uma magnitude semelhante. Por conseguinte, o controlo e aumento da adesão terapêutica são benéficos para os sistemas de saúde, pelo que as intervenções destinadas a

melhorar a adesão terapêutica, constituem uma contribuição importante para a melhoria da saúde da população.

Os estudos sobre a adesão aos tratamentos têm vindo a aumentar desde o final da década de 1950.

Estima-se que 30 a 50% das pessoas portadoras de doença crónica, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico (Vermeire et al., 2001).

3.1. O CONCEITO DE ADESÃO

O conceito de adesão apenas foi desenvolvido no século XX por Haynes, em 1979 (Telles-Correia et al., 2007).

Por ser realmente uma temática de grande complexidade e de inter-relação de várias dimensões, alguns estudos referenciam o termo adesão ao regime terapêutico como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa, no que se refere à toma de medicação, ao seguimento de uma dieta ou à alteração de hábitos e estilos de vida, entre outros, e que se enquadra no que lhe é recomendado pelos profissionais de saúde.

O termo adesão pretende pois, evitar um julgamento, de modo a não tornar culpada a pessoa, o prescriptor ou o regime terapêutico.

No entanto, a autonomia perante a identificação do problema deve ser um princípio.

A *Royal Pharmaceutical Society of Great Britain* em 1997 citada em Butler e Rollnick, (2003), definiu categorias conceptuais de não adesão em:

- **Primária** – quando a pessoa tem incapacidade de aviar os medicamentos.
- **Secundária** – ocorre quando a medicação não é tomada da forma pretendida.
- **Intencional** – acontece quando a pessoa, por sua iniciativa, não segue a prescrição de todo, altera a dose ou o tempo prescrito a seguir, ou não apresentar uma receita médica.
- **Não intencional** – ocorre devido a um simples esquecimento, provavelmente uma das razões mais comuns para a não adesão, ou quando fica confusa acerca de quando ou como deve tomar a dose prescrita.

Para Haynes (2006, p.2), “a adesão não é a mesma coisa que concordância, pois a primeira envolve um acordo, negociado, sobre o tratamento estabelecido e os cuidados a seguir, entre o doente e o prestador de cuidados”.

Porém, as expressões cumprimento (*compliance*) e adesão à terapêutica (*adherence*) têm sido utilizadas simultaneamente ao longo do tempo em inúmeros estudos realizados sobre o tema. Neste contexto, os dois termos podem, portanto, ser utilizados como sinónimos, desde que “compreendam a existência de um acordo/aliança entre ambas as partes, respeitando crenças e desejos. Devem simplesmente constatar um facto, e não classificar, de forma depreciativa, o doente, o profissional de saúde ou o tratamento prescrito” (Bugalho & Carneiro, 2004, p. 10).

Leite e Vasconcelos (2003) referem que há adesão quando são seguidas pelo menos 80% das prescrições no seu total.

A falta de adesão ocorre, portanto, quando o comportamento da pessoa não coincide com as recomendações do médico ou de outro profissional de saúde, não se circunscrevendo a definição do conceito apenas a desvios na aplicação do regime terapêutico tal como foi prescrito, mas também ao facto de não seguir as indicações relativas a alterações nos hábitos de saúde e estilos de vida no sentido de adoptar práticas saudáveis, bem como não comparecer a consultas médicas previamente marcadas ou não realizar exames complementares de diagnóstico (Brannon & Feist, 2000, 1985; WHO, 2003).

Até a marcação e assiduidade nas consultas, pode ser considerada, uma vez que também é um comportamento de adesão a comparência nas consultas, no entanto, constata-se que a adesão às mesmas, é maior quando as consultas são marcadas pelo próprio. Neste particular, a inclusão de pagamento de taxas moderadoras para os cuidados de enfermagem, veio colocar a tónica no conceito de adesão de uma forma muito clara, já que surgem situações em que as pessoas ponderam se devem ou não aceder às orientações dos enfermeiros quer na continuidade do tratamento, quer nas consultas de enfermagem. A adesão terapêutica parece, contudo, estar associada a relação estabelecida com o médico e enfermeiro.

Frequentemente, a pessoa portadora de doença crónica, abandona o regime terapêutico com o intuito de sentir que ele próprio é um agente activo no seu tratamento e na definição dos seus objectivos, adquirindo, simultaneamente, uma sensação de controlo.

Assim, a adesão pode referir-se à aquisição das prescrições médicas, vulgo “aviar as receitas”, ao tomar a dose correcta de medicação para cada dia, à implementação e manutenção do tratamento pelo período estabelecido.

A adesão pode ainda relacionar-se com a não implementação de mudanças comportamentais, com o desenvolver um comportamento de forma inconsistente, ou com o abandono da medicação.

Dada a complexidade do processo de adesão e as várias formas de o definir e medir, podemos considerar as múltiplas variáveis subjacentes a todo o processo de não adesão ao regime terapêutico.

3.2. DETERMINANTES DA ADESÃO

Nos países desenvolvidos calcula-se que o grau de adesão à terapêutica nas patologias crónicas seja apenas de 50% e nos países subdesenvolvidos e em vias de desenvolvimento este número é ainda mais baixo (Bugalho e Carneiro, 2004; Haynes, 2006).

Bennett (2002), refere que a adesão a qualquer tipo de tratamento que implique algum grau de escolha é muito reduzida e apenas 60% das pessoas manifestam disponibilidade de seguir totalmente o tratamento proposto, pelo que este número vai reduzindo à medida que aumenta a complexidade do tratamento.

Têm sido desenvolvidos alguns estudos que demonstram que 6 a 20% das pessoas não aviam as receitas e que 30 a 50% não cumprem o esquema proposto atrasando ou omitindo doses.

A adesão ao regime terapêutico, tem vindo a evoluir como um conceito de crucial importância, face ao ser humano em constante interação e que consoante as suas experiências vividas e até necessidades transitórias, o faz integrar determinadas dimensões relacionadas com perspectivas de mudança, quer de estilos de vida, quer de conhecimentos face a determinados processos de saúde e de doença. Não pode ser descurado que o confronto com a doença crónica pode ser um processo difícil e condicionar a adesão terapêutica.

A não adesão foi reconhecida pela NANDA como um diagnóstico de enfermagem, em 1973 (Russel, 2003).

Devido aos múltiplos factores que contribuem para a baixa adesão ao regime terapêutico, é necessária uma abordagem multifactorial, uma vez que uma única abordagem não será eficaz para todos os doentes (Osterberg e Blaschke, citados em Dias et al., 2011).

Monitorizar o processo de adesão ao regime terapêutico implica validar o seu comportamento, existindo para o efeito diversos métodos da avaliação

Para Delgado e Lima (2001), a ausência de um método válido de medida da adesão constitui a grande dificuldade da investigação nesta área. Considerando a diversidade e

complexidade dos comportamentos que podem estar em causa quando falamos de não adesão, compreende-se a dificuldade em encontrar uma “medida” de adesão, já que esta depende da doença, do tratamento e da metodologia utilizada para a medir.

Actualmente existem diferentes métodos para avaliar a adesão ao regime terapêutico, agrupando-se em directos e indirectos, apresentando ambos vantagens e desvantagens (Margalho et al., 2009).

Os métodos directos pretendem confirmar se houve à ingestão do regime medicamentoso, pelo doseamento sanguíneo das substâncias activas, são mais fidedignos, no entanto mais dispendiosos e menos aplicados à prática (Gusmão et al., 2006), para além disso, é necessária uma intervenção invasiva junto das pessoas, o que leva à não-aceitação.

Os métodos indirectos são os mais utilizados. Para além de serem simples, de fácil utilização e apresentarem alta especificidade, requerem a colaboração das pessoas (Oliveira, Pedrosa & Gonçalves, 2008).

No grupo dos mais utilizados incluem-se o relato da pessoa, sem dúvida, o teste mais utilizado, visto que apresenta um baixo custo e é de simples aplicação. Um exemplo concreto desta medida de avaliação é o Teste de Morisky-Green ou Medida de Adesão Terapêutica (MAT).

A opinião do médico constitui um método fácil, económico e de alta especificidade, porém apresenta baixa sensibilidade.

Outra hipótese é a de adoptar o método do registo diário feito pela pessoa ou família, quando correctamente preenchido, permite realizar uma correlação simples com os eventos pertinentes relativos à sua patologia, que ocorrem no seu quotidiano, e a sua situação clínica. Todavia, nem sempre existe cooperação no registo ou se relaciona o efeito terapêutico.

Os comportamentos de não-adesão devem ser entendidos “como respostas dos indivíduos à falta de coincidência entre as suas ideias e as do médico relativamente aos seus problemas e/ou tratamentos” (Klein & Gonçalves, 2005, p. 119).

Uma das grandes dificuldades que se coloca aos indivíduos com HTA prende-se com a capacidade para gerir de forma eficaz o regime terapêutico proposto. Esta dificuldade, como veremos pormenorizadamente mais adiante é sustentada por diversos factores.

Para além da maior ou menor complexidade do tratamento, concorrem neste processo outros componentes importantes como as representações individuais da doença, as crenças, a aceitação do diagnóstico, a personalidade, as estratégias de *coping*, a relação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa com HTA.

Acresce que o diagnóstico médico pode ser impreciso ou podem ocorrer efeitos adversos dos medicamentos. Também o seu custo pode ser incomportável, sobretudo para pessoas com manifesta carência económica, no contexto de crise que se atravessa.

Neste particular, constata-se que as pessoas pretendem cada vez mais sentir-se incluídos no processo clínico, “desejando obter mais informação e exigindo uma maior interacção com os profissionais de saúde” (Cabral & Silva, 2010, p.2).

Então, é necessária uma abordagem biopsicossocial que encare a pessoa portadora de doença crónica no geral, e portadora de HTA no particular, como parceiro activo no percurso terapêutico, de modo a que soma de estratégias, a cargos de diversos intervenientes da equipa de saúde, possa contribuir efectivamente para o aumento do grau de controlo da HTA.

Em síntese, a busca de causas específicas e a proposta de medidas correctivas só deve ser feita após se confirmar se é adequado o grau de adesão à prescrição do regime terapêutico.

O conhecimento acumulado ao longo dos anos, sobre a prevalência da não adesão, levou o *adherence project* da WHO (2003) a emitir um conjunto mensagens ou recomendações com relevância para a prática dos cuidados de saúde no âmbito das doenças crónicas e que traduzem o “estado da arte”, no que se refere ao conhecimento e intervenção relativos à adesão ao regime terapêutico.

No âmbito das doenças crónicas e da adesão a tratamentos de longa duração, adoptou a seguinte definição “*the extent to which a person’s behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider*” (WHO, 2003, p. 3).

Esta definição enfatiza a importância da pessoa concordar com as recomendações dos prestadores de cuidados de saúde, sejam eles médicos, enfermeiros ou outros técnicos.

Tal como abordado anteriormente, a não adesão ao regime terapêutico, não se limita aos esquemas medicamentosos prescritos, mas também à adopção de comportamentos adequados, nos quais se incluem modificar estilos de vida, aceitar ou não o proposto pelo médico, o dispêndio de dinheiro e tempo, a relação estabelecida com os profissionais de saúde, sobretudo o médico e o enfermeiro, entre outros.

Neste particular, está descrito em vários estudos e orientações, que o peso dos factores que contribuem para o fenómeno de não adesão ao regime terapêutico, seja ele qual for, não é de todo quantificável, até porque, por vezes apenas um, poderá exercer uma maior influência sobre a pessoa, quer seja positiva ou negativa, dependendo do valor atribuído a esse mesmo factor.

Além disso, poder-se-á constatar que não são só os factores que influenciam, também os próprios factores são influenciados, quer pela pessoa, quer pelo ambiente, pelo que “ (...) só uma abordagem multidisciplinar permite melhorar a adesão ao regime terapêutico (Bugalho & Carneiro, 2004; WHO, 2003,).

Para Bugalho e Carneiro (2004), nos **factores relacionados com os profissionais e serviços de saúde**, ressalta que os sistemas de saúde são deficientes devido a insuficiente distribuição da medicação, manifesta ausência de actualização de conhecimentos e educação dos profissionais de saúde em relação a patologias crónicas específicas, escasso tempo dispendido nas consultas, pouca disponibilidade para o seguimento das pessoas, incapacidade para avaliar o grau de adesão e a repercussão nos indicadores de saúde. Acresce a polimedicação sem recurso a “gestor de caso” para pessoas portadoras de doença crónica.

Relativamente aos **factores sociais, económicos e culturais** que influenciam a gestão do regime terapêutico, Bugalho e Carneiro (2004) referem que devem ser tidos em linha de conta, aspectos como a pobreza, o analfabetismo, a iliteracia, o desemprego, a instabilidade habitacional, o suporte social, a rede de transportes e os custos da medicação, a longa distancia dos centros de tratamento e as crenças e costumes das pessoas.

Segundo (Ownby, 2006), é frequente verificar que as pessoas, especialmente as idosas, que vivem sozinhas alimentam-se pior e cometem erros de medicação com mais frequência, pelo que o suporte social assume aqui um papel preponderante.

Contudo, na prática diária na consulta de enfermagem à pessoa com HTA, também se verifica que a família pode ter um papel contraditório na colaboração no controlo da HTA ou seja, se em certos momentos e actividades é fundamental a sua ajuda, noutros constitui uma barreira que se traduz no insucesso do cumprimento do plano terapêutico, pois em caso de dependência da pessoa portadora da HTA, deve ser a família a promover a adesão quer ao nível da alimentação quer ao nível do regime medicamentoso. Para além deste aspecto, não são raras as vezes em que a família se demite do seu papel de cuidador, o que dificulta muitas vezes a articulação entre a equipa de saúde, a pessoa e o meio que a envolve.

Uma outra vertente, que emerge após algumas leituras, relaciona-se com o **tipo de regime**, sendo um na dimensão farmacológica e outro na dimensão não farmacológica.

Há autores que identificam os factores relacionados com as características do tratamento, a acessibilidade à sua aquisição, a complexidade, nível de acção terapêutica, o esquecimento e alteração da rotina diária, a sobrecarga de medicamentos, a frequência das doses, os efeitos adversos. Vários estudos têm demonstrado que quanto mais simples é o esquema terapêutico mais elevada é a adesão.

Na categoria relativa à doença podemos considerar a estabilidade de sintomas ou a falta de sintomas evidentes sobretudo nas doenças crónicas (como a HTA), a gravidade dos sintomas, a progressão da doença, a incapacidade gerada, a disponibilidade de terapêutica eficaz e a existência de patologias associadas podem alterar a adesão à medicação.

Relativamente à **pessoa** com doença crónica, pode considerar-se: a acessibilidade ao sistema de saúde, o nível de educação, o nível sócio-económico, a existência de outras doenças associadas, a falta de apoio social, factores psicológicos, a dificuldade em entender as instruções dadas pelo técnico de saúde e/ou crenças erradas acerca do tratamento e doença.

Para além dos factores acima identificados, existem também os específicos da idade, sendo por isso os idosos mais vulneráveis à utilização incorrecta da medicação.

Decorre da prática diária que, algumas dessas especificidades prendem-se com o défice/disfunção cognitiva, perda de visão, falta de compreensão, incapacidade para lidar com múltipla medicação, atitudes ou crenças acerca dos medicamentos e sobretudo a falta de suporte formal ou informal.

Contudo, a não adesão não é necessariamente mais prevalente nos idosos do que nos jovens (Hughes, 2004), mas ela é responsável pelo aumento da probabilidade do insucesso da terapêutica, por complicações evitáveis, por aumento dos gastos com a saúde e aumento da morbilidade e mortalidade nas pessoas idosas, (WHO, 2003).

Vários estudos têm demonstrado que, as pessoas que se sentem mais ameaçados pela doença e acreditam que o tratamento será eficaz, são os que mais aderem ao tratamento e gerem o seu regime terapêutico de forma eficaz.

Neste sentido, as pessoas podem, muitas vezes, afirmar que detêm comportamentos de adesão, o que na realidade pode não ocorrer, devido ao medo de serem criticados pelo profissional de saúde, de sentirem que o desiludiram, ou verem a sua medicação suspensa.

Assim, compete aos serviços de saúde, por via das equipas multidisciplinares, um acompanhamento e actuação adequada, sendo desejável que estas equipas comuniquem eficientemente com as pessoas portadoras de doença crónica, com os seus cuidadores, que lhes prestam os cuidados na comunidade.

A tão antiga “tradição paternalista”, pautada historicamente pela centralização das decisões nos profissionais, quase em exclusivo, partindo-se da premissa de que a sua actuação se baseia sempre no melhor interesse das pessoas, tende a cair em desuso. Actualmente assiste-se a uma mudança deste paradigma, tendo a atenção, outrora centrada nos profissionais de saúde, sido transferida para as pessoas alvo dos cuidados, cada vez mais conscientes do papel decisório que detêm nos assuntos que à sua saúde e à sua pessoa dizem respeito.

3.3. MODELO COMPORTAMENTAL DA ADESÃO

Tendo em conta a variedade de factores implicados no processo de adesão ao regime terapêutico que aqui foram abordados, é fundamental que os profissionais de saúde os saibam reconhecer, para que possam intervir de forma integrada.

As teorias ou modelos comportamentais, pretendem facilitar a adequação das intervenções, quando se pretende o treino e a aprendizagem de capacidades para realizar actividades instrumentais referentes ao regime terapêutico aconselhado, dando ênfase aos estímulos que desencadeiam o comportamento e às recompensas que o reforçam.

Todas as teorias e modelos explicativos do processo de adesão têm aspectos positivos e negativos, daí que, de acordo com Bugalho e Carneiro (2004), ainda não tenha sido encontrada uma explicação e uma solução isolada e perfeita que aumente os níveis de adesão para todas as pessoa e nas diversas patologias. Este facto deve-se possivelmente ao número elevado de variáveis implicadas que afectam a decisão pessoal de aderir ou não ao esquema recomendado.

Os estudos sobre adesão têm seguido uma de cinco perspectivas teóricas principais: biomédica, comportamental, comunicacional, cognitiva e de auto regulação”, (Leventhal & Cameron, 1987).

Embora o modelo biomédico de saúde e doença ainda seja dominante na maioria dos contextos de cuidados de saúde, um modelo em que a pessoa é mera executora e deve obedecer ao que lhe é solicitado, sem participar nas decisões, em termos conceptuais está mais associado ao passado.

Dada a multiplicidade de doenças e de regimes terapêuticos com diferentes especificidades, nenhum modelo se adapta a todas as situações, pelo que uma abordagem com recurso a diferentes modelos, parece ser a estratégia mais eficaz.

Para Ribeiro (2006), a escolha do modelo comportamental é a mais adequada, pelo facto de que tem sido um dos mais utilizados, nos programas de intervenção comunitária desenvolvidos nos últimos anos. De acordo com este modelo “ o comportamento de saúde baseia-se em três pressupostos:

- Quanto maior **susceptibilidade percebida** como ameaça à saúde, maior a motivação para adoptar comportamentos que promovam a saúde;
- **A gravidade** atribuída à doença, é valorizada de acordo com a incapacidade que é gerada e consoante o impacto da doença na família;

- Os **benefícios do tratamento**: a pessoa constantemente avalia se os benefícios obtidos com a adopção de um comportamento de saúde, excedem as dificuldades ou barreiras à sua realização”.

Neste domínio, a pessoa irá aderir ao regime terapêutico se acreditar que a doença é grave e lhe poderá trazer consequências pessoais sérias, se lhe for transmitido pelos profissionais de saúde e se entender o regime terapêutico proposto, como uma possibilidade de reduzir a gravidade da doença ou a sua susceptibilidade à mesma, sendo os custos de aderir ao regime terapêutico, superados pelos benefícios resultantes da adopção de comportamentos de adesão.

Na actualidade, é assumido pela sociedade científica que aumentar o conhecimento da pessoa, fornecendo-lhe informações adequadas sobre a doença, conduz a uma maior probabilidade de induzir a adopção de estilos de vida saudáveis.

Sendo o estilo de vida um importante determinante da saúde, que pode assumir um papel de maior importância que os cuidados prestados pelos profissionais, no tratamento e/ou controlo de diversas doenças, educar as pessoas sobre a eficácia dos tratamentos pode ser uma forma de melhorar o seu comportamento de adesão.

CAPÍTULO 4 - ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO: FOCO DE ENFERMAGEM

Hoje em dia é consensual dentro da comunidade de enfermagem perspetivar a disciplina como uma “ciência humana” (Meleis, 2005, p. 94).

É exemplo disto, a Declaração de Munique (WHO, 2000,p.23), assinada pelos representantes dos Ministros da Saúde dos membros da Organização Mundial da Saúde da Europa, ao referir que “os enfermeiros, podem ter um papel importante a desempenhar na sociedade como mais-valia na saúde pública das populações, dos nossos dias. Assim estes podem assegurar e providenciar um aumento da qualidade dos cuidados, da acessibilidade, da equidade e na eficiência dos cuidados de saúde dirigidos para os direitos e necessidades das pessoas de que cuidam”. Este papel que é mais activo em tudo o que se relaciona com o processo terapêutico dado que implica a necessidade dos enfermeiros tomarem decisões e responsabilizarem-se por elas, (Neves, 2004,p.15).

Neste sentido, o Conselho de Enfermagem da OE, decorrente das suas competências (alínea d, ponto 1, art.º 30º do estatuto da OE), definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, os quais pretendem estruturar e orientar o exercício profissional dos enfermeiros. Tais padrões mostram-se fundamentais, na medida em que “(...) promovem a reflexão sobre os cuidados pelo confronto com as situações quotidianas no próprio contexto de acção; norteiam a tomada de decisão em enfermagem; evidenciam a dimensão autónoma dos cuidados de enfermagem e definem indicadores de qualidade” (OE, 2005,p. 1).

Neste enquadramento, a OE (2006)¹ definiu como matriz, o Enquadramento Conceptual e os Enunciados Descritivos.

¹ **Saúde:** é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estudo subjectivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença.

Pessoa: é um ser social e agente intencional de comportamento baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito e auto determinar-se. Os comportamentos cada pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o, sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e harmonia. Na medida em que cada pessoa, procura melhores níveis de saúde, desenvolve processos intencionais baseados nos valores e crenças da sua natureza individual, podemos atingir um entendimento no qual cada um de nós vivência um projecto de saúde. As alterações da sua vida quotidiana no seu projecto de vida, podendo não ser feita a mesma apreciação desse estado pelo próprio e pelos outros.

Ambiente: o ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que condicionam e influenciam os estilos de vida e que repercutam no conceito de saúde. Na prática clínica, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na realização das actividades de vida, procura-se a adaptação a múltiplos factores frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente;

Cuidados de enfermagem: o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (famílias ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e desenvolvem”.

Dado que o contexto actual da prática de cuidados de enfermagem exige cada vez mais, que os profissionais sejam capazes de se apropriarem dos instrumentos próprios da profissão e com eles nortear a sua prática.

Este quadro de referência orienta e exige uma tomada de decisão adequada, sustentada pela autonomia na prescrição das intervenções de enfermagem.

No processo da tomada de decisões em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Para tal, reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE 2003, p.2).

Estrategicamente pretende-se com este projecto a imprescindível apropriação desta matriz, através da reflexão entre os cuidados e as situações do quotidiano no contexto da acção.

A aceitação do estado de saúde, no contexto de doença crónica também deve ser sistematicamente foco de atenção do enfermeiro, pois a reconciliação e aceitação da pessoa face à sua condição de saúde é um pré-requisito fundamental para criar nas pessoas as disposições necessárias à adopção de comportamentos de adesão, sendo que por aceitação do estado de saúde se entende “um tipo de aceitação com as seguintes características específicas: “reconciliação com as circunstâncias de saúde” (CIPE[®], 2005,p. 50).

Cada um de nós revela-se na sua existência como um ser intencional, em que a interacção constante entre o ambiente e o seu desenvolvimento enquanto pessoa.

Ajudando-a a transitar nos processos de vida, ou seja, no exercício profissional o enfermeiro deve promover o projecto de saúde da pessoa portadora de HTA, influenciando-a para as melhores opções, tornando-a pró-activa no seu projecto de saúde, numa atitude promotora da tomada de decisão informada.

O enfermeiro ao cuidar a pessoa com HTA, desenvolve a sua tomada de decisão através da concepção de um processo de cuidados tendo por foco de atenção o sistema cardiovascular. Este processo de cuidados desenvolve-se através de Juízos de diagnósticos com a produção de intervenções de enfermagem.

O processo de enfermagem constitui-se assim, como elemento fundamental que orienta a prática dos cuidados de enfermagem ao utente/família, de forma a assisti-lo no desempenho de actividades que contribuam para promover, proteger e recuperar a saúde, estabelecendo a relação terapêutica.

Tal como defende Padilha, (2006,p.32)

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracterizada pela parceria estabelecida com cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde.

Entenda-se o cliente como a pessoa alvo dos cuidados, pressupondo uma relação de confiança, baseada na negociação e na parceria com o enfermeiro.

Resulta desta interacção o processo de adesão ou não adesão, independentemente do regime terapêutico instituído ou definido pela própria pessoa, quando confrontada com aspectos que têm que ser ponderados e tomadas de decisão referentes à sua experiência de vida, com base na razão, no entanto, motivado por crenças e valores individuais.

De acordo com o enquadramento conceptual da profissão, cada pessoa é um ser social único e indivisível, com dignidade próprio, em interacção com o ambiente, modificando-o e sofrendo a influência dele no processo incessante de procura de equilíbrio e harmonia.

“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (OE, 2003b, p. 145), prevenindo a doença e promovendo a readaptação, frequentemente através de processos de aprendizagem da pessoa.

Os enfermeiros têm um papel fundamental, pela proximidade com a pessoa. De facto, sem interacção entre o enfermeiro e a pessoa, num determinado ambiente físico, social, político, cultural não existem cuidados de enfermagem.

O ICN (2004) estima que existam cerca de 12 milhões de enfermeiros no mundo e considera que este número, associado ao facto de os enfermeiros estarem presentes em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde e à sua proximidade com as pessoas, os coloca numa posição privilegiada para implementar estratégias sustentadas de melhoria da adesão (WHO, 2003), pois a prática de enfermagem encontra a sua razão de ser na pessoa.

Tendo em conta os estatutos da OE (Decreto-Lei n.º 104/98) e o código deontológico profissional (Decreto-Lei n.º 104/98, Secção II), o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem. Desta forma, apenas através de uma abordagem abrangente à pessoa, família e comunidade, é possível promover a sua segurança, prestando-lhe cuidados de qualidade.

De entre as 21 metas para o século XXI, (WHO, 2002c), a meta 15 realça o papel da enfermagem comunitária no contexto dos CSP.

4.1. ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Focando-se nas famílias de uma determinada comunidade, com a inclusão da promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos em fase terminal, o enfermeiro deve ser o elemento de referência para a entrada no sistema de saúde.

No centro deve estar uma enfermeira enquanto profissional experiente, que proporcione a um número determinado número de pessoas, um amplo leque de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados prestar.

Uma vez que a Enfermagem Comunitária, enquanto especialidade, se destina a uma prática contínua e globalizante dirigida a todas as pessoas ao longo do seu ciclo de vida (OE, 2010a), é no contexto comunitário que, partindo da identificação das necessidades, se conhece a realidade singular de cada comunidade, fornecendo importantes bases para a intervenção dos diferentes profissionais de saúde.

Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (OE, 2010b) pode e deve intervir em múltiplos contextos, devendo assegurar o acesso a cuidados de saúde mais eficazes, integrados, continuados e adequados. Entre as suas múltiplas actividades, e no contexto anteriormente descrito, destaca-se a importância da identificação das necessidades, o planeamento, a coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados na comunidade.

Para o desenvolvimento de competências que permitam o desenvolvimento de modelos que vão para além da doença e que visam melhorar a qualidade de vida das famílias através da sua capacitação, é evidenciada a importância de uma prática baseada nos seguintes princípios: pensamento crítico; liderança e organização; prática baseada na evidência e qualidade dos serviços.

O desenvolvimento destas competências permitirá ao enfermeiro na comunidade desenvolver eficazmente os seguintes papéis: educador de saúde; prestador e supervisor de cuidados; defensor da família; detector de casos epidemiológicos; investigador; gestor e coordenador; assessor; consultor e modificador do ambiente (ICN, 2002, OE, 2003c).

A OE (2007), é enquadradora quando refere que no contexto da comunidade e partindo da investigação das suas necessidades, é permitido compreender melhor os seus mecanismos e aumentar os conhecimentos nos quais os diferentes “parceiros de cuidados” se poderão apoiar.

A percepção dos problemas inerentes a uma determinada comunidade requer o entendimento e o envolvimento profundo com a mesma, o que se traduz em proximidade.

A comunidade revela-se por ser um elemento integrador, na forma como a pessoa responde ao seu processo de saúde/doença, sendo avaliados um conjunto de recursos, para compreender aquilo em que cada pessoa acredita e que determina diversos comportamentos, que são no fundo os da procura de resolução do(s) seu(s) problema(s) de saúde.

A CIPE[®] (2005,p. 67) reforça este pensamento quando define comunidade como o “(...) grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou todo colectivo, composta por membros ligados pela partilha geográfica, condições ou interesses comuns.

A unidade social constituída pela comunidade como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação de proximidade geográfica, partilha de condições ou interesses comuns, que constituem as partes do grupo.

Estes factores interligam-se directamente com os serviços de saúde e apoio social a que as pessoas têm acesso quando deles necessitam.

Por outro lado, sabe-se que a cultura influencia o estilo de vida das pessoas, a promoção da saúde, a prevenção da doença e a adesão ao tratamento.

A CIPE[®] (2005,p. 74) define cultura como “ estrutura psicossocial com as características específicas: Tudo que a pessoa tem de saber ou em que tem de acreditar para agir de uma maneira aceitável”.

Os profissionais de saúde integram a comunidade enquanto recurso quer para a pessoa, família e para a própria comunidade. Assim, cada profissional de saúde, exerce uma acção cuja interdisciplinaridade deve ser constante e dinâmica.

Toda esta concepção, traduz-se numa forma de estar dos profissionais de saúde, ou assim se preconiza, onde o assumir de bons resultados face ao fenómeno da adesão, depende da acção conjunta do profissional de saúde e da pessoa envolvida, onde até os comportamentos podem ser considerados obsoletos do ponto de vista do médico, contudo são de todo cruciais, para o cultivar de uma relação terapêutica, tendo em vista o ser humano com potencialidades e características únicas.

Segundo Amendoeira (2006, p.223)

O cuidado assume (...) uma vertente relacional de grande importância, pois os saberes relacionais são essenciais ao desenvolvimento de um cuidado de enfermagem que é prestado à pessoa de modo personalizado e num contexto relacional que permita recriar o saber perante cada pessoa e em função dela própria.

A comunidade constitui-se assim, como alvo dos cuidados, em que ao enfermeiro, integrado na equipa, cabe avaliar as suas necessidades e com cada uma trabalhar, no sentido da resolução dos mesmos.

Contudo o foco e o alvo dos cuidados na saúde comunitária são a comunidade, considerando a sua especificidade e unicidade e as diferentes indivíduos e famílias que a constituem.

Em Portugal, apesar da crescente consciencialização de integrar a comunidade como foco dos cuidados e do reconhecimento da importância do enfermeiro comunitário no acompanhamento sistemático do indivíduo e das famílias, mantém-se uma filosofia de cuidados centrada nos programas de saúde em que a família é envolvida apenas como suporte de cuidados.

Apesar dos cuidados de saúde, com as reformas a nível mundial e nacional, voltarem o seu foco para a comunidade, ainda é difícil na cultura ocidental “olhar para além do indivíduo”.

Por isso a necessidade emergente do desenvolvimento de práticas centradas na comunidade como unidade de intervenção do enfermeiro no contexto dos CSP, associando o domínio de novas técnicas na intervenção.

4.1.1. A intervenção comunitária

O desenvolvimento comunitário e educativo, ou desenvolvimento sustentado das comunidades, como agora se passou a designar, deve responder a uma efectiva necessidade das populações, de transformação e progresso, e que desperte nelas uma efectiva vontade de mudança para melhor.

Carapeto e Fonseca (2006) defendem que para que a inovação aconteça é necessário criar condições que a facilitem, essencialmente duas: a primeira é fazer emergir uma cultura, baseada em novas formas de partilhar o conhecimento e promover a colaboração entre os vários tipos de entidades e os cidadãos; a segunda, é incorporar o conhecimento obtido junto das pessoas nos processos e activar o desenvolvimento de soluções mais eficazes, muitas vezes com os mesmos recursos.

Surge neste contexto a intervenção comunitária, como o trabalho social realizado com as populações, tendo como objectivo a resolução de problemas e a promoção das potencialidades de uma comunidade através de uma acção concertada entre vários agentes e a própria comunidade local.

Do ponto de vista psicossociológico/antropológico pode definir-se comunidade como um grupo estruturado, sistémico e funcional. Estruturado porque a partilha de um território/organização, do ponto de vista sistémico e estrutural porque existem inter-relações estabelecidas pelo seu próprio funcionamento.

A comunidade é caracterizada por tradições culturais, problemas, necessidades, interesses, aspirações e objectivos comuns que lhes conferem um sentido de pertença ao grupo, viabilizando assim a cooperação em acções partilhadas.

Tem princípios subjacentes, que devemos enquadrar nos projectos, sendo que o primeiro prende-se com a abordagem integrada e de longo prazo, ou seja, é necessário que as comunidades sejam participantes activos no projecto, bem como instituições públicas ou privadas da zona, com o objectivo da sua viabilidade a longo prazo.

Pode definir-se por comunitária a identidade partilhada, a nível das práticas e das representações sociais, por uma comunidade. É esta identidade partilhada, quer se trate de uma comunidade territorial, quer de uma comunidade de interesses que vai permitir aos elementos do grupo cooperarem em torno de interesses e objectivos comuns.

Na intervenção comunitária a equipa é fundamental, não só na discussão dos problemas, mas também no diálogo que se constrói, e se quer competente e esclarecedor. O trabalho de equipa e a intervenção comunitária, no sentido em que as diferentes, ideias, opiniões, conduz a que se alinhem várias perspectivas que podem e devem ser colocadas à discussão sem temer o conflito, sendo que é importante o saber ceder e o discordar construtivamente.

Na gestão da prestação de cuidados de enfermagem com qualidade, o enfermeiro que pretende intervir na comunidade, deverá reunir quatro tipos diferentes de habilidades: cognitiva, analítica, comportamental e de acção.

Relativamente à habilidade cognitiva, destaca-se a capacidade de planeamento, a identificação dos problemas e obstáculos, e as várias formas de os solucionar. Quando o enfermeiro estabelece a relação causa/efeito na procura de novas soluções e objectivos, estabelecendo prioridades nas suas tarefas, tomando decisões, avaliando todo o contexto envolvente, a organização, os colaboradores, a prestação de cuidados às pessoas e famílias. Estamos perante a habilidade analítica que tem como competência final avaliar os resultados obtidos. A capacidade de liderar, de comunicar, de conjugar, de delegar e de trabalhar em equipa revela a habilidade comportamental.

Por outro lado, é cada vez é mais notória a responsabilização profissional na questão da qualidade, mas também na contenção da despesa e na rentabilização dos serviços, (Monteiro, 2010).

Para assegurar as questões éticas relacionadas com o acesso, com a equidade (quer a nível de recursos existentes e utilização de serviços) e continuidade dos cuidados, há que estabelecer e desenvolver articulações, fundamentais a uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, inseridos num contexto social, económico e político específico.

Neste particular, surge finalmente, a habilidade de acção em que o enfermeiro na comunidade, transforma os objectivos propostos, os conhecimentos e as possibilidades em acções direccionadas para a prestação de cuidados de qualidade, envolvendo a componente sócio-económica da organização de saúde e dos diferentes parceiros comunitários.

4.1.2. Parcerias comunitárias

As parcerias comunitárias são uma forma de promover respostas coordenadas para problemas sociais e são um espaço de participação cívica, de modo a construirmos sociedades mais solidárias e saudáveis. Devem enquadrar-se na promoção de um trabalho colaborativo e na partilha de recursos.

Para Wolf (2001), existem critérios a ter em consideração para que um processo social seja uma parceria, como ser composta por membros da comunidade, focalizar-se sobretudo em questões locais, basear-se nos recursos comunitários existentes e na resolução dos problemas através de processos de colaboração.

Pode-se considerar uma parceria, como sendo uma organização de organizações que se conjugam para um propósito comum (ibidem).

Para Ornelas e Moniz (2007,p.153), as parcerias mais eficazes são “as que apresentam um conjunto de características específicas: são flexíveis e orientadas para respostas concretas, promotoras da ligação à comunidade e que desenvolvam o *empowerment* comunitário”.

Se for entendida a prevenção primária como o conjunto de intervenções comunitárias orientadas para a redução ou eliminação dos aspectos considerados como nocivos, para o aumento da resiliência dos indivíduos e para a contenção da transmissão dos aspectos ou influências nocivos para outros indivíduos, grupos ou contextos sociais, pode-se concluir que as parcerias, pelas suas características, são contextos privilegiados para a implementação de programas preventivos, que promovam o *empowerment* comunitário (Albee citado em Ornelas & Moniz, 2007).

O conceito/estratégia do *empowerment* comunitário parece também dar contributos para se repensar as práticas de educação para a saúde, de gestão das organizações, de reorganização do processo de trabalho em saúde e estratégias de participação comunitária.

A implementação de práticas e processos que tenham como meta o *empowerment* comunitário, devem procurar romper com métodos educativos centrados no exercício do "poder sobre" o outro, substituindo-os por métodos que valorizem o estímulo a acções que tenham como objectivo garantir propostas consistentes de reorganização dos CSP e da intervenção comunitária.

O processo de *empowerment comunitário* exige tempo e oportunidades para exercitar capacidades e direitos, e fazer uma aprendizagem de novas atitudes dos profissionais que fazem a enfermagem acontecer nos diferentes contextos dos CSP.

4.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

Estamos perante o momento em que se torna um imperativo dirigir maior atenção para a Promoção da Saúde, devido à necessidade de reduzir os custos com a saúde aliada ao aumento das doenças crónicas, devido em parte ao aumento da esperança de vida.

Ao reduzir os custos importa otimizar os recursos, diminuir a morbilidade e a mortalidade associada às doenças crónicas, fomentar a adesão ao regime terapêutico e sobretudo aumentar a qualidade de vida das pessoas.

Neste âmbito, faz todo o sentido clarificarmos o que se entende por promoção da saúde.

O conceito de promoção da saúde evoluiu sobretudo a partir da publicação da carta de Ottawa (WHO, 1986), sendo definida neste documento enquadrador, como o processo de capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida.

Esta definição integra uma visão organizacional do sector da saúde mais vasta, dando conta da necessidade de articulação com os diferentes sistemas sociais como; a educação, o trabalho, a economia, a segurança social, a justiça e o meio ambiente, no sentido de se conseguirem melhores resultados de saúde.

Assenta a sua estratégia na mobilização social, na intersectorialidade e no desenvolvimento de parcerias para a promoção da saúde e tem como principal objectivo promover o *empowerment* das pessoas alvo dos cuidados e das famílias, com vista a promover a sua saúde física, mental, social e o bem-estar.

O movimento de *empowerment* é consequência de uma evolução nas concepções de autonomia e responsabilidade dos indivíduos, e de uma maior consciência dos mecanismos de discriminação e exclusão que se geram na sociedade.

O termo é traduzido para português como empoderamento, em que "apoderar" é sinónimo de dar posse, havendo alguma discrepância na utilização do termo, o que ilustra a dificuldade de realizar a tradução fidedigna de *empowerment* para o nosso idioma. A diversidade de sentidos do termo "apoderamento", conduzem a que se opte, por estas razões, por utilizar no trabalho em questão o termo *empowerment*.

Embora seja um termo relativamente recente, cuja apropriação vai sendo gradual pelos diferentes actores sociais, *empowerment* não é uma técnica terapêutica, mas sim, uma visão ou paradigma.

Sendo complexo, toma emprestadas noções de distintos campos de conhecimento, e tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da acção social, presentes nos países desenvolvidos na segunda metade do século XX.

Consiste num processo em que a pessoa adquire um maior poder e controlo sobre a sua vida, proporcionado quer por um ganho de conhecimentos, quer pelo desenvolvimento de competências, que lhe permitem a tomada de decisão e uma participação efectiva no seu projecto de saúde.

Como abordagem ultrapassa a tentação de atitudes paternalistas, de protecção excessiva e de tomadas de decisão unilaterais por parte dos profissionais de saúde, visto que o seu objectivo é a autonomia das pessoas através de práticas educativas que buscam contribuir para a sua participação a um nível de igualdade com os técnicos.

Para Pereira (2010), as dimensões emergentes do *empowerment* identificadas pelos enfermeiros como importantes são: Parceria, Disponibilidade e o Dar Informação.

São entendidos na gestão da HTA, enquanto doença crónica, como comportamentos de promoção de saúde, a adopção de uma dieta saudável ou seja uma dieta adequada à sua condição de saúde, o exercício físico regular, a vigilância de saúde, e cumprir o regime medicamentoso como prescrito.

A responsabilidade pela promoção da saúde partilha-se entre indivíduos, comunidade, grupos, instituições que prestam serviços de saúde, governos e por profissionais da saúde de todas as áreas, sendo desde sempre crescente a participação dos enfermeiros nessas actividades.

Para a WHO (1998), a literacia de saúde é o conjunto de competências cognitivas, sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação para que promovam e mantenham boa saúde.

De acordo com Santos (2011), citando (Sharif & Blank, 2010; Reyna et al., 2009; Darren et al., 2004),

o aumento de literacia em saúde promove o aumento de escolhas de estilos de vida, aumento do uso de serviços de saúde, aumento da comunicação com profissionais de saúde, aumento da adesão terapêutica, aumento da equidade em saúde, aumento do estado geral de saúde, aumento da gestão de doença crónica, aumento da esperança de vida, a diminuição da morbilidade física e psicológica, diminuição dos gastos/custos com saúde e a diminuição do IMC. (s.p.)

Os enfermeiros em CSP ao subscreverem o modelo de *empowerment* para os seus cuidados, tendem a considerar as pessoas como parceiras equitativas na equipa de saúde, com o papel de apoiar e reforçar o funcionamento individual, familiar e comunitário.

Os cuidados ganham uma nova intencionalidade, apresentando como objectivos, a promoção do autocuidado, da adesão terapêutica com a adaptação a novos estilos de vida.

Para tal, o *empowerment* individual é visto como o começo de um percurso que visa o *empowerment* colectivo de um grupo ou de uma comunidade.

A promoção da saúde em geral e a educação para a saúde em particular, devem ser então encaradas como tarefas de cidadania organizadas, em que se verifica a participação activa dos cidadãos.

São princípios da promoção da saúde a participação, *empowerment*, a equidade e a sustentabilidade, abordagem holística, intersectorial, multiestratégica.

Se entendermos a promoção da saúde numa perspectiva abrangente, a mudança de estilos de vida e adopção de hábitos saudáveis corresponde à prevenção primária, numa abordagem holística.

A adesão ao regime terapêutico, necessária para viver com a doença crónica, será outro aspecto da promoção da saúde que corresponde à prevenção terciária ou reabilitação e adaptação a uma nova condição de saúde, com recurso a estratégias de intervenção bem definidas e integradas.

O conceito de estratégia é considerado actualmente fundamental para qualquer organização. A estratégia gere a relação entre a instituição e o meio que a rodeia.

Assim, as estratégias de intervenção incluem a educação, mais concretamente a educação para a saúde e que permitam à pessoa, enquanto agente intencional de comportamentos, baseados nos valores, crenças e desejos individuais, construir o seu projecto de saúde e exercer efectivamente o seu direito à auto determinação.

Assim sendo, a concepção de promoção da saúde, deve privilegiar as actividades voltadas para o desenvolvimento de capacidades que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa de modo a garantir a mudança de comportamentos.

Torna-se claro que os enfermeiros necessitam de diferentes tipos de competências e estratégias para um efectivo desempenho do papel de agentes de educação para a saúde.

4.2.1. A Educação Para a Saúde

O conceito de educação tem evoluído ao longo dos tempos acompanhando a evolução da sociedade moderna.

Quando analisamos a sua evolução, sai reforçada a necessidade de capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as suas diferentes etapas e para enfrentarem as doenças crónicas e as incapacidades.

Os períodos da história englobam mudanças sociais significativas que de alguma forma se repercutem, também, na educação para a saúde.

O momento actual é caracterizado pela rapidez com que estas mudanças se desenrolam e a crescente expansão que atingem. A mudança dos sistemas de saúde, também eles caracterizados por novas e complexas formas de organização social, política, cultural e económica, interpelam constantemente as instituições de cuidados de saúde a se readaptarem às transformações que vão acontecendo.

Desde 1978, com a Declaração de Alma-Ata, que não fala expressamente de educação para a saúde mas refere que para poder contribuir para a saúde, a população deve ter conhecimento sobre ela e a definição das metas de saúde para todos, realizaram-se a nível internacional várias conferências sobre a promoção da saúde, das quais resultaram documentos importantes que de certo modo orientaram a evolução da educação para a saúde.

Tal como o conceito de educação também o conceito de saúde evolui ao longo dos tempos e da história, influenciado pela evolução da humanidade e pelos contextos sócio cultural científico e filosófico.

Actualmente educação deve definitivamente entender-se como um processo permanente e comunitário, ou seja como um processo do ser humano, que através da diversidade de experiências e acontecimentos que vivência, em diferentes circunstâncias e em interacção com diferentes pessoas, se vai aperfeiçoando.

Os cuidados de enfermagem têm por foco de atenção a pessoa e a família, com vista a estabelecer uma parceria, o que implica que o enfermeiro eduque adequando os seus conhecimentos às capacidades e necessidades de cada um, de forma a promover a independência. Esta parceria é efectuada através de um processo de interacção no qual o enfermeiro actua como factor facilitador.

A educação para a saúde tornou-se então, tão importante para a pessoa e família, que é tratada em vários normativos e orientações que regem a profissão de enfermagem.

Não obstante esta necessidade de participação colectiva, os enfermeiros desempenham um papel relevante enquanto profissionais que na área da saúde têm como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (REPE, 1998).

A capacidade de escuta e de negociação são fundamentais no estabelecimento de uma pedagogia activa na educação para a saúde.

Para realizar esta intervenção, os enfermeiros utilizam todos os seus recursos pessoais como a atitude, o tom de voz, o humor e a competência, pois é necessário saber quando é que a pessoa está pronta para aprender, ajudá-la a interiorizar as implicações da doença e do tratamento no seu estilo de vida.

É necessário saber e compreender como é que ela interpreta a sua doença, fornecer-lhe uma interpretação e razões para aderir ao tratamento, bem como tornar abordáveis e compreensíveis, todos os aspectos relativos à sua doença, mesmo os culturalmente considerados tabus (Benner, 2001).

As estratégias utilizadas nas intervenções educacionais podem incluir o fornecimento de informação escrita, oral, através de meios audiovisuais, com intervenções individuais ou em grupo. Este tipo de abordagem reflecte-se na melhoria de conhecimentos relativamente à doença e ao tratamento, permitindo a compreensão da necessidade de cumprimento do esquema proposto (Bugalho e Carneiro, 2004).

Ao consultarmos os enunciados descritivos da OE, verificamos que estes aclaram a natureza do mandato social da profissão de enfermagem relativamente à missão educativa dos enfermeiros, quer na dimensão promoção da saúde, quer na dimensão da readaptação funcional.

Torna-se pois indispensável aos enfermeiros, reflectirem como é que poderão responder a esta missão, que ferramentas empregar para que os indivíduos saibam manter ou recuperar

a saúde, e no caso em estudo da HTA que medidas a adoptar para contemplar a adesão ao regime terapêutico e prevenção de complicações.

Por outro lado a HTA, fora dos períodos de agudização, desenrola-se no quotidiano da vida diária de uma pessoa, e por isso ela própria deve ser o principal interveniente na gestão da sua doença, o que o obriga a passar por um processo de aprendizagem, que visa a sua autonomia, o aprender a tratar-se a si própria e a aderir ao regime terapêutico.

Enquadrada nesta perspectiva, Pender (1987) no âmbito da promoção da saúde, refere que a utilização de um modelo baseado na informação capacita as pessoas para gerirem activamente o seu autocuidado.

Ao se abordar a educação para o autocuidado, é necessário, em primeiro lugar, expor várias perspectivas sobre o autocuidado focando de seguida o processo de educação para a saúde proposto por Pender.

O modelo integra a psicologia social e uma perspectiva holística de enfermagem, e poderá ser utilizado como modelo de análise, para entender e explicar o fenómeno da adesão, orientando a acção dos enfermeiros.

O conceito enfermagem surge, intimamente relacionado às intervenções e estratégias que a enfermeira deve dispor para desenvolver comportamentos de promoção da saúde, sendo que um dos principais papéis do enfermeiro é o estímulo ao autocuidado.

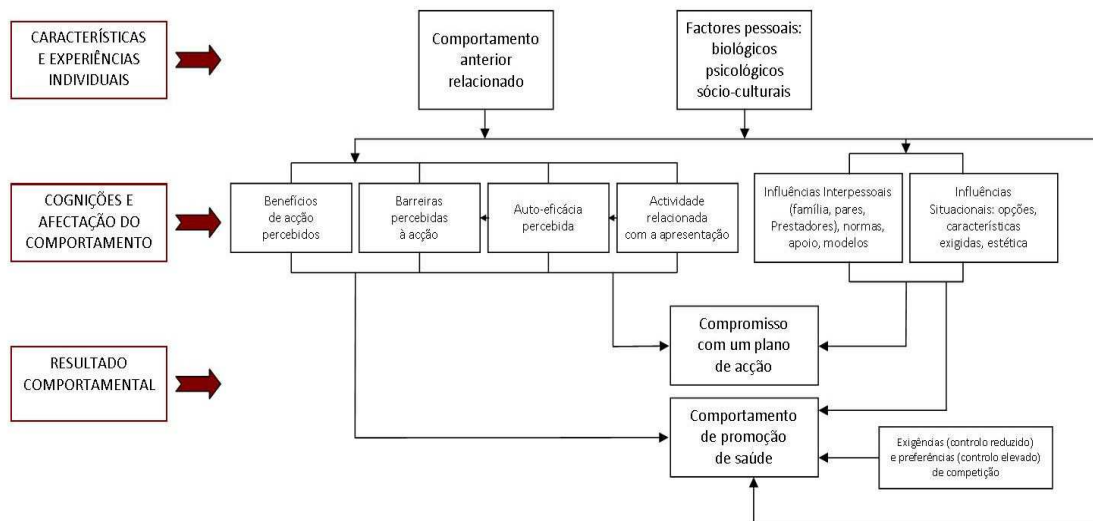
O termo saúde é visto sob os aspectos individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doenças, devendo ser estudado durante todo o processo de desenvolvimento da pessoa, levando em consideração a idade, a raça e cultura, numa perspectiva holística.

Como considera a pessoa como centro do modelo, definindo-a enquanto ser único pelo seu padrão cognitivo de percepção, compreende vários factores como os estilos de vida saudáveis, a capacidade para o autocuidado, práticas nutricionais, actividade física, recreativa, padrões de sono, gestão do stress, comunicação com outros e utilização dos cuidados de saúde.

Ora se o conceito de pessoa é definido como aquele capaz de tomar decisões, resolver problemas, no seu potencial para mudar comportamentos de saúde, logo estará disponível para tomar decisões sobre as alterações no estilo de vida que a HTA implica, nomeadamente a adesão ao regime terapêutico.

Assim, como se pode observar a partir da Figura 3, do modelo de promoção da saúde de Pender emergem alguns princípios com relevância para o exercício profissional dos enfermeiros, no que se refere à promoção da saúde, que tal como se definiu inclui a adesão ao regime terapêutico.

Figura 3 – Diagrama do modelo de promoção da saúde de Pender



Fonte: Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice*.

Desta forma, o modelo propõe uma abordagem onde a ênfase seja colocada no autocuidado, em que o profissional educa ou guia.

Importa que o enfermeiro desenvolva intervenções de promoção da saúde, atendendo a que o comportamento anterior e as características, herdadas ou adquiridas, influenciam as crenças das pessoas e o seu envolvimento no comportamento de saúde ou no comportamento de adesão, desejado. Também há que atender que as pessoas comprometem-se mais facilmente com comportamentos dos quais prevêm benefícios.

Segundo a lei de bases da saúde, “os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e colectiva, tendo o dever de a defender e promover”, (Portugal, Ministério da Saúde, 1990).

A auto eficácia percebida aumenta a probabilidade de compromisso com a adopção de um comportamento, logo quanto maior a auto eficácia menos barreiras percebidas e maior probabilidade de adoptar o comportamento desejado.

Também o facto das emoções positivas associadas a determinado comportamento, aumentarem a auto eficácia, leva ao aumento da probabilidade de compromisso com um comportamento de promoção da saúde e de implementação do mesmo, pelo que o enfermeiro deverá estar atento nas actividades de promoção da saúde.

As pessoas comprometem-se e adoptam comportamentos de promoção da saúde, mais facilmente se observam esse comportamento nas pessoas que lhe são significativas e se estas o esperam de si e lhe prestam a ajuda e apoio necessários, pelo que a família, o grupo de

pares, os prestadores de cuidados de saúde e o contexto podem influenciar positiva ou negativamente a adopção de comportamentos de promoção de saúde, ou de adesão ao regime terapêutico.

- Quanto maior o compromisso da pessoa com determinado comportamento maior a probabilidade de o manter ao longo do tempo;
- Quando as exigências de competição, sobre as quais a pessoa tem pouco controlo exigem atenção imediata, é menos provável que o compromisso com um plano de acção resulte no comportamento desejado, o mesmo se passando quando outras acções são mais atraentes e portanto preferidas à adopção do comportamento desejado;
- As pessoas podem alterar, o conhecimento, a apresentação e o contexto (ambiente físico e interpessoal) para criar incentivos à adopção de comportamentos de promoção da saúde.

Um estudo de Ogden (1999), aborda a promoção da adesão através do aperfeiçoamento da comunicação oral e sugere que se deve ter em conta os seguintes aspectos: efeito primazia, em que a pessoa retém sempre o que ouve em primeiro lugar; na explicação com o enfoque na importância do regime terapêutico, simplificação e repetição da informação com linguagem acessível ao interlocutor.

Tendo em conta que um dos factores mais importantes da satisfação, é a relação estabelecida entre o profissional e o utente, não podemos ignorar o papel que os aspectos comunicacionais assumem neste contexto.

Um dos grandes problemas pode começar logo pela não utilização destas ferramentas e pela culpabilização das pessoas pela não adesão à terapêutica, pondo em causa a eficácia comunicacional.

A nível da saúde existem vários factores que podem condicionar a comunicação entre o profissional e a pessoa cuidada, como por exemplo, a diferença de idades, o nível de escolaridade, a fragilidade em que se encontra a pessoa, o stress a que os profissionais estão sujeitos, entre outros, que podem dificultar ou afastar duas pessoas que querem comunicar.

Para comunicar é importante que a pessoa se consiga exprimir mas que também deixe o outro interlocutor fazê-lo.

É preciso por isso, ter a capacidade de perceber, de ouvir o outro, mas também, apreender o que se passa no interior de nós próprios, identificando as emoções, os pensamentos ou as reacções que as suas palavras suscitam em nós.

A comunicação terapêutica revela-se como um instrumento fundamental para a prática da enfermagem. A capacidade de expressar os pensamentos de forma clara e precisa, tendo em atenção o contexto e o receptor específico (indivíduo/família/grupo), proporciona uma intervenção do enfermeiro dirigida às necessidades detectadas, observando todas as suas dimensões.

Contudo, algumas propostas feitas por parte dos técnicos de saúde podem ser percebidas pelas pessoas como perturbadoras ou exigentes, o que poderá fazer com que estes não se sintam capazes de as cumprir (Bennett, 2002).

É, pois, fundamental que os profissionais de saúde concedam a oportunidade a cada pessoa para expressar o seu ponto de vista, as suas expectativas e temores, pois, só na posse desse conhecimento, será viável uma intervenção terapêutica, (Silva et al., 2003).

Por este motivo, Ramos (2004), lembra que a comunicação deverá adaptar-se às capacidades cognitivas, à cultura, ao nível educacional, às crenças e às representações que os indivíduos têm em relação ao processo de saúde/doença, bem como, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas dos utilizadores dos serviços de saúde e dos profissionais.

Em síntese, a forma como os profissionais de saúde interagem e comunicam com cada pessoa é um importante determinante da adesão ao tratamento: pessoas satisfeitas com a equipe e com o tratamento aderem melhor às recomendações.

Esta é uma causa que cada vez mais faz sentido, uma vez que grande parte da responsabilidade da promoção da adesão está do lado dos profissionais de saúde, que se devem questionar sobre a sua forma de comunicar e intervir na prestação de cuidados de saúde, que não devem alegar falta de tempo para discutir a adesão, as dificuldades de comunicação entre técnicos, e dificuldades no estabelecimento da relação terapêutica.

Nas sociedades actuais, é cada vez mais evidente a importância que a informação assume. Neste sentido, dos programas e políticas de saúde vigentes têm emergido orientações estratégicas e intervenções necessárias em torno da gestão da informação e conhecimento.

Em Portugal, devido às mudanças no sistema de saúde e da crescente importância da informação a nível da gestão, tem-se verificado o desenvolvimento do SIE, integrados em sistemas de informação da saúde mais abrangentes.

4.3. DOCUMENTAÇÃO EM ENFERMAGEM

Desde 1989, o ICN vem desenvolvendo a CIPE[®] recorrendo a um processo de 3 etapas: colheita de termos (pesquisando em classificações anteriores), agrupamento dos termos e hierarquização dos termos em grupos estabelecidos.

Esta hierarquização de termos pode ser visualizada como uma pirâmide de conceitos. Sendo assim uma CIPE[®] ideal terá 3 pirâmides: para os problemas/diagnósticos de enfermagem, para intervenções de enfermagem e para os resultados esperados (*outcomes*) das acções de enfermagem.

A CIPE[®] deverá permitir medir a enfermagem nas três dimensões: a diversidade das populações do de vista de enfermagem (problemas/diagnósticos de enfermagem), a variabilidade dos padrões das práticas (intervenções de enfermagem) e as variações dos resultados clínicos de enfermagem (resultados).

Actualmente, no sector da saúde, como em qualquer outra actividade, é consensual que a informação constitui um instrumento fundamental ao nível da orientação para focos prioritários e minimização do risco, permitindo um planeamento sustentado que promova a segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados, sustentando as tomadas de decisão.

Também a segurança das pessoas constitui uma prioridade nas intervenções dos cuidados de saúde (OE, 2006; Nunes, 2006). Segurança implica conhecimento científico sobre a segurança da pessoa e, sobretudo, informação sobre os riscos e a minimização dos mesmos. Só a partir destes é possível delinear a mobilização/recrutamento, integração e formação dos profissionais, projectar a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão do risco.

De facto, numa infinidade de situações quotidianas de prestação de cuidados importa documentar os cuidados prestados pelos enfermeiros, pois só se pode gerir o que se conhece e só se conhece o que se mede.

Como garantia da qualidade dos cuidados prestados, os registos em enfermagem são fundamentais, pois contribuem para proporcionar conhecimento sobre anteriores intervenções de enfermagem, independentemente do local onde a pessoa recebeu os cuidados, ajudam no estabelecimento do diagnóstico médico e de enfermagem e a obter uma visão da evolução física e mental da pessoa, fundamentam decisões e intervenções, asseguram a continuidade dos cuidados e a identificação das necessidades da pessoa, por toda a equipa de saúde.

Neste particular, em todos os domínios da prática de enfermagem, os enfermeiros recolhem continuamente dados, definem objectivos, planeiam intervenções e avaliam o impacto da sua intervenção na saúde dos indivíduos e das comunidades.

Assim, torna-se fundamental que, no exercício das suas funções, o enfermeiro adopte uma conduta responsável e ética, que garanta o respeito e o cumprimento dos seus deveres e o respeito pelos direitos das pessoas, tendo em vista a qualidade dos cuidados. Controlar o risco corresponde, à luz de Nunes (2006, p.10), à realização plena da obrigação ética da enfermagem para com a sociedade.

Assim, a documentação de enfermagem é um instrumento importante na continuidade e garante da segurança dos mesmos, tornando-se evidente o interesse de formalizar o conhecimento e utilizar uma linguagem comum em enfermagem.

A OE (2005, p.10) recomenda que a CIPE[®] “seja um instrumento para a sistematização dos cuidados a prestar á pessoa, família e comunidade, que permita a definição de indicadores de qualidade, com visibilidade dos ganhos em saúde relativos aos cuidados de enfermagem.

Neste particular, foi adoptada a CIPE[®] 1.0, destacando-se o conceito de RMDE, para que possa existir, no mínimo, comparabilidade de dados a nível nacional, regional e local.

Tal como defende Pereira (2004) a parametrização dos conteúdos por programas de saúde, reveste-se de importância extrema, para a descrição dos cuidados, em particular os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem, para além de representar um passo importante na formalização do conhecimento próprio utilizado nas práticas. No particular dos CSP, concorre para a necessária partilha entre as diferentes unidades prestadoras que constituem o ACES, e respectivas equipas.

Verifica-se então um esforço conjunto com vista à melhoria dos processos de colheita, processamento, análise e transmissão da informação fundamental para o planeamento, organização, operacionalização e avaliação dos cuidados de enfermagem.

Na avaliação inicial, o enfermeiro é responsável pela recolha e análise de dados através da consulta de documentos, entrevista, avaliação física e psicossocial e revisão da literatura.

A recolha de dados leva-nos até à fase de diagnóstico que é entendida pela NANDA (1990, citada por Potter, 2006, p.324) “uma decisão clínica acerca das respostas do indivíduo, família ou comunidade, aos problemas de saúde/estilos de vida reais ou potenciais.”

Os diagnósticos de enfermagem proporcionam a base para a selecção das intervenções de enfermagem que permitem a concretização dos resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável.

Depois de identificados os diagnósticos de enfermagem, inicia-se o planeamento dos cuidados, que inclui três componentes: diagnóstico de enfermagem, resultado esperado e intervenções. Nesta etapa, são ainda definidos os horizontes temporais que balizam os objectivos e são definidas as prioridades dos cuidados.

Uma **intervenção** de Enfermagem é uma acção realizada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a originar um resultado de Enfermagem (ICN 2001).

Segundo a OE (2001a.) na prática clínica do enfermeiro podem distinguir-se dois domínios de intervenções:

- A **Intervenção iniciada pela prescrição médica** que consiste na intervenção de enfermagem iniciada pelo médico em resposta a um diagnóstico médico que é implementada pelo enfermeiro após uma prescrição médica;
- A **Intervenção iniciada pela prescrição do enfermeiro** que consiste na intervenção de enfermagem iniciada pelo enfermeiro em resposta a um diagnóstico de enfermagem. É um acto autónomo baseado no conhecimento científica e que é executado para beneficiar da pessoa, de uma forma que é previsível.

Tendo presentes as definições conceptuais e operacionais da qualidade em saúde, e os componentes dos diferentes grupos profissionais no geral, e de enfermagem no particular, importa investir cada vez mais no aperfeiçoamento do SIE, capazes de promover a melhoria e desenvolvimento contínuo, centrada naquilo que é o “*core*” da actividade dos CSP.

Em Portugal, à semelhança daquilo que se assiste noutros contextos, há cerca de 15 anos que os trabalhos de Silva (1995, 2001), Sousa (1999) citados por Pereira (2004), têm vindo a colocar em evidência a problemática da informação associada aos cuidados de enfermagem.

O Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), que representa a designação atribuída pelo IGIF ao SIE do tipo II que resultou dos trabalhos de Sousa e colaboradores para a realidade dos Centros de Saúde”, (Pereira 2004,p.117).

É um *software* aplicacional que usa, como referencial de linguagem, a CIPE[®], que permite efectuar o planeamento e o registo da actividade decorrente da prestação de cuidados de enfermagem nas instituições de saúde. Tem como objectivos suportar a actividade diária de enfermagem e normalizar o sistema de registos de enfermagem.

No caso específico da prescrição iniciada pelo enfermeiro o SAPE permitirá o registo dos dados referentes ao processo de tomada de decisão, isto é, o registo dos dados relativos à avaliação inicial, aos diagnósticos de enfermagem, ao *status* dos diagnósticos (isto é,

objectivos / resultados esperados), às intervenções de enfermagem e à avaliação sistemática dos resultados / da evolução da pessoa.

Definidos os diagnósticos de enfermagem para cada um dos focos de atenção identificados, face aos focos envolvidos no conjunto dos diagnósticos documentados surgem as intervenções a implementar.

Por último a avaliação, entendida como um processo contínuo, consiste na revisão da adequação dos diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções (Sorensen e Luckmann, 1998).

A “prevenção de complicações” inscreve-se numa dimensão importante do exercício profissional dos enfermeiros, consagrada nos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001).

Em síntese, um sistema de informação de documentação dos cuidados de enfermagem deve produzir informações diárias que possibilitem: a tomada de decisões sobre as acções a serem implementadas, o acompanhamento ou controlo da execução (eficiência e eficácia) das acções propostas, e a avaliação do impacto (efectividade) alcançado sobre a situação de saúde inicial.

Enquanto a eficácia, a efectividade e a eficiência derivam, principalmente, da componente técnico-científica da definição da qualidade em saúde, a adequação está orientada para as suas condições envolventes, a adequação refere-se à natureza dos cuidados de saúde prestados, em tempo útil, de acordo com as necessidades das pessoas e em condições que respeitem as crenças, os desejos e os valores de natureza individual de cada utente, bem como as normas de orientação clínica.

Surge como recomendação da OE, o RMDE, que deve ser alimentado a partir da documentação diária, regular e sistemática dos cuidados de enfermagem, o que obriga à sua incorporação nos conteúdos em uso no SIE.

4.3.1. Resumo mínimo de dados de enfermagem

A implementação de RMDE exige determinados requisitos, sem os quais é muito difícil, senão impossível, pensar em qualquer modelo de gestão da informação relativa às práticas de enfermagem.

O RMDE deve, assim, integrar e disponibilizar, entre outros, os seguintes elementos dos cuidados de enfermagem: Diagnósticos de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem e Resultados de Enfermagem.

Segundo a OE (OE, 2007a, p.1), “o resumo mínimo de dados de enfermagem consiste no conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde”.

A sua estrutura sob o ponto de vista clínico corresponde a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

Para Pereira (2007), ao pensarmos nos dados que resultam da documentação de enfermagem, enquanto matéria-prima, emergem algumas questões relativas à sua qualidade.

A existência de dados em abundância não garante, desde logo, a possibilidade destes serem utilizados de forma ágil, sistemática, regular e em larga escala. Neste sentido, urge consolidar alguns requisitos que facilitam a gestão da informação.

No tipo de informação que devemos obter, deverão estar incluídas a promoção da saúde como a adesão ao regime terapêutico, o autocuidado, a readaptação funcional e a prevenção de complicações.

Em termos gerais, os RMDE incluem três categorias de elementos: elementos de enfermagem; elementos sócio-demográficos e elementos do serviço (Werley et al., 1991; Marin et al., 2001, citados por Pereira, 2007).

Centrando-se na adesão ao regime terapêutico, a colheita de dados ou a avaliação inicial deve ser orientada de modo a obtermos o maior conhecimento possível sobre a pessoa, e o contexto familiar e social onde ela se insere.

Então, as estratégias de gestão dos dados que resultam da implementação de RMDE, têm como finalidade medir o nível de cuidados e os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, que surgem sob a forma de indicadores, capazes de com métricas mais finas, promover a qualidade dos cuidados.

Os indicadores são entendidos como medidas que podem ser usadas como guias orientadores na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde.

Para tal é fundamental garantir em cada Organização de Saúde, que os requisitos básicos de comparabilidade da informação assentem em três elementos: partilha da mesma linguagem classificada de enfermagem; partilha dos mesmos enunciados que descrevem os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem que integram o RMDE; e partilha da forma de construir os indicadores, definindo cada bilhete de identidade dos mesmos.

Assim, a implementação de RMDE, associada aos progressos na área do SIE, constitui um elemento central na criação de condições promotoras para a definição de indicadores de:

- Estrutura – reportam-se à condição em que os cuidados de saúde são prestados;

- Processo – reportam-se às actividades que constituem os cuidados de saúde;
- Resultado – medem as modificações (desejadas ou indesejadas) nos indivíduos e populações que podem ser atribuíveis aos cuidados de saúde.

Produzem-se indicadores de qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente indicadores de processo, em que podemos comparar o nº de pessoas que têm comportamentos de não adesão ao regime terapêutico, num determinado período e indicadores de resultado, como os ganhos em conhecimento sobre as várias dimensões do regime terapêutico, nomeadamente o regime medicamentoso, a dieta e o exercício físico.

Estes indicadores, que são outputs da documentação dos enfermeiros, traduzem o seu desempenho profissional

Prevendo determinadas acções, pode-se à partida ser estabelecidos indicadores como medida da sua concretização, pelo que só têm sentido se:

- Forem de fácil compreensão e passíveis de ser utilizados como base de conhecimento pelos diferentes utilizadores (decisores ou restante público);
- Reflectirem a relação entre a actividade e o objectivo a que essa actividade pretende dar resposta;
- Reflectirem cientificamente o estado da arte e forem sensíveis a possíveis mudanças;
- Medirem o que é importante;
- Forem de fácil utilização e aplicação;
- Forem adequados às especificidades locais;
- Forem construídos de modo a que seja possível a comparabilidade.

Importa também assegurar os princípios éticos que norteiam o desenvolvimento de indicadores de saúde, e que se guiam por princípios fundamentais do agir ético: não maleficência, beneficência e justiça, pelo que em momento algum as pessoas podem ser submetidas a actividades que lhe causem dano ou sofrimento evitável, só para que determinado indicador seja produzido,

No caso dos CSP, “ (...) serão calculados por “utente / período” e deverão, além disto, fundamentar-se nas relações entre a primeira e a última opinião clínica (juízo) respeitante ao intervalo estipulado, não traduzindo, por isso, as variações intercalares (OE, 2007b,p. 1).

Os indicadores são pois, “ferramentas estatísticas” que permitem a performance e a tomada de decisões, visando a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. A sua qualidade e comparabilidade devem ser asseguradas pela aplicação sistemática de definições

operacionais e de procedimentos padronizados quer na recolha dos dados quer no cálculo dos mesmos, permitindo a definição de metas de acordo com os níveis de desempenho que pretendemos alcançar.

As metas exprimem então o compromisso, derivam de um fenómeno e da assumpção de que conseguimos perceber a tendência de evolução desse fenómeno e de que conseguimos influenciá-la através do desenvolvimento de acções concretas.

Para serem efectivas, têm que ter algumas características básicas entre elas, ser específicas, mensuráveis, realistas, exequíveis, com horizonte temporal definido.

Assim, os benefícios que decorrem da existência de RMDE estão associados com a promoção e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo por base a informação acerca dos resultados obtidos através da definição de indicadores capazes de traduzir o contributo singular dos cuidados de enfermagem para a promoção da saúde da comunidade.

Os indicadores de saúde negativos referem-se a aspectos da saúde conotados como indesejáveis, como as taxas de mortalidade e morbilidade; os indicadores de saúde positivos visam a quantificação de dimensões da saúde como o bem-estar, qualidade de vida, anos de vida que deixam de ser perdidos, entre outros.

Para a DGS (2002), este último tipo de indicadores de saúde tem surgido associado ao “conceito de ganhos em saúde”.

Esta expressão que já faz parte do vocabulário diário dos enfermeiros em CSP, tem sido utilizada para traduzir diferentes aspectos: ganhos em anos de vida que deixam de ser perdidos, redução do número de episódios de doenças ou encurtamento da sua duração, diminuição das sequelas e incapacidades funcionais, entre muitos outros.

Em síntese, o sentido dos indicadores associados aos ganhos em saúde passa por acrescentar anos à vida e, fundamentalmente, vida aos anos.

Mais uma vez, é colocada como essencial a produção de conhecimento dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, com especial enfoque da promoção da saúde.

PARTE II

VISÃO GLOBAL DO PROJECTO

CAPÍTULO 1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO PROJECTO

Do enquadramento teórico da área problemática resultam algumas ideias – chave que ajudam a definir a finalidade para a qual se orienta o projecto.

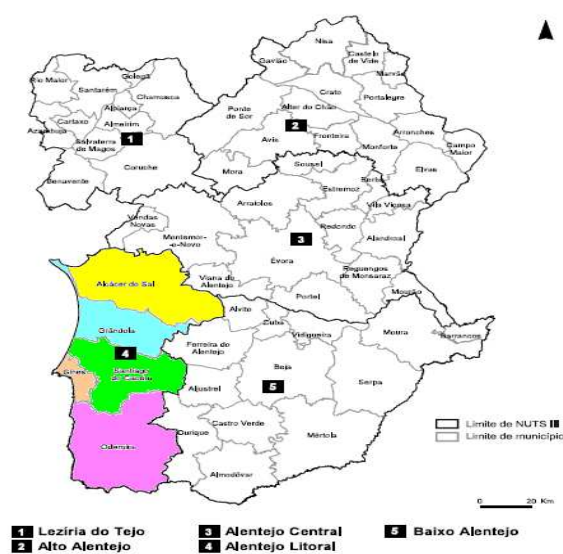
Assim, neste capítulo procura-se clarificar aspectos de natureza metodológica que o orientam.

Uma vez que o projecto decorre no Centro de Saúde de Alcácer do Sal, importa caracterizar o meio envolvente, já que este tem extrema importância na compreensão de alguns aspectos relacionados com um projecto de intervenção de natureza comunitária.

Com a reestruturação dos Centros de Saúde, e com a implementação da Reforma dos CSP, ao abrigo do Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, os principais objectivos definidos pela Missão para os CSP, foram os seguintes: melhorar a acessibilidade, aumentar a satisfação de profissionais e utilizadores, melhorar a qualidade e a continuidade dos cuidados e melhorar a eficiência. (Ferreira et al., 2010)

O ACESAL, constituído em 2009, é um serviço desconcentrado da Administração Regional de Saúde do Alentejo dotado de autonomia administrativa, cuja área geográfica se encontra representada na figura 4.

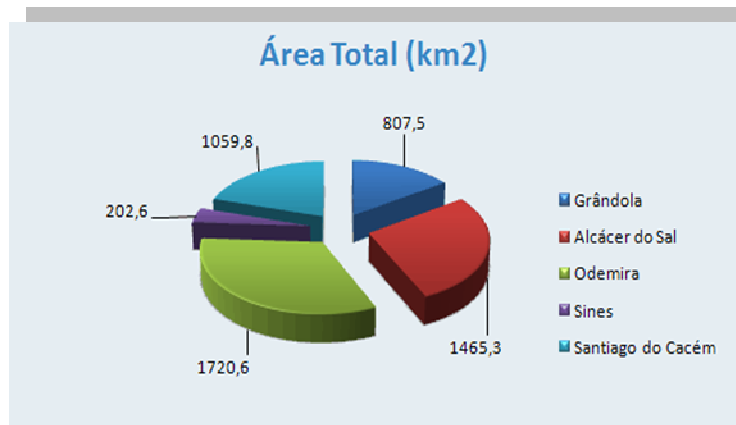
Figura 4 – Território dos concelhos que constitui a região do Alentejo Litoral



Fonte: ACESAL, 2009.

De acordo com a Nomenclatura de Unidade Territorial de nível III, a região do Alentejo Litoral é constituído pelos municípios de Alcácer do Sal, Grândola, Odemira, Santiago do Cacém e Sines, bem como as suas 41 freguesias, cuja área territorial totaliza 5.255,8 km², conforme se observa na Figura 5.

Figura 5 – Área total dos concelhos do Alentejo Litoral



Fonte: ACESAL, 2009.

Tendo como missão garantir a prestação de CSP à população da sua área geográfica, a constituição do ACES Alentejo Litoral, composto por 5 CS, com autonomia administrativa, define várias unidades funcionais, a saber: UCSP, UCC e USP.

Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais dos CS e do ACES.

A UCSP tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita da sua área geográfica.

Rege-se pelos seguintes princípios: garantia de acessibilidade; equidade; globalidade de cuidados; continuidade de cuidados e qualidade.

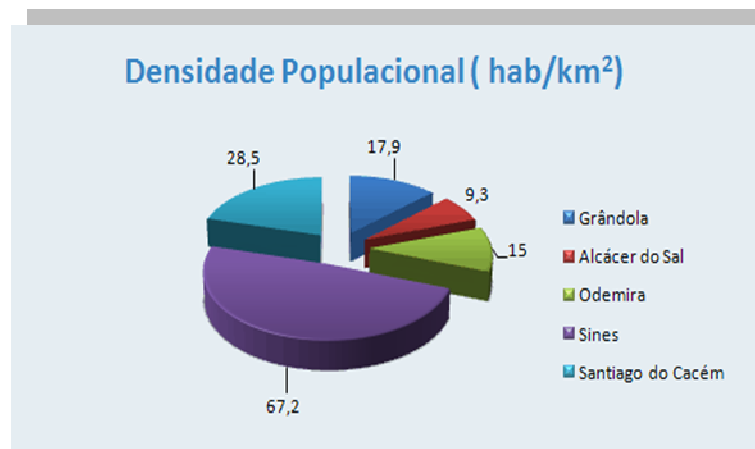
Tem como valores a preocupação e pró actividade para com os grupos mais vulneráveis, bem como a integração de cuidados. Esta intervenção em regra é realizada segundo um modelo de complementaridade, com a UCC e a USP, consoante as necessidades de saúde e a natureza da intervenção. Podem e devem, ser envolvidos outros recursos da família e da comunidade.

A UCC, tem como competência prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em

situação de maior risco ou dependência física e funcional, actuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família.

Fruto da sua enorme dimensão e baixos efectivos populacionais, a região do Alentejo Litoral apresenta uma densidade populacional inferior à média nacional (± 115 habitantes/km²), mesmo com os 67,2 habitantes por km² apresentados pelo concelho de Sines. Em sentido oposto, o concelho de Alcácer do Sal apresenta o valor de densidade populacional mais baixo com 9,3 habitantes por km², como expressa a Figura 6.

Figura 6 – Densidade populacional existente no Alentejo Litoral, em habitantes/km²



Fonte: ACESAL, 2009.

De acordo com as previsões do Instituto Nacional de Estatística para o período de 2008-2060, o índice de envelhecimento aumentará em todas as regiões do país, mantendo-se, mais uma vez, o Alentejo como a região mais envelhecida, sendo de destacar o Alentejo Litoral (Ferreira et al., 2010).

Os problemas altamente complexos e as incapacidades resultantes da doença crónica exigem um conjunto de cuidados, que implica a existência de parcerias e a colaboração entre diferentes grupos através de diferentes níveis. (WHO, 2004)

Na Região, existem os seguintes grupos de interesse (*stakeholders*) do ACESAL: Santa Casa da Misericórdia, postos de colheita de material para análises clínicas, clínicas de Fisioterapia, Centro de Acolhimento, Centros de Dia, Comissão de Utentes, Farmácias, Escolas Profissionais, Agrupamentos de Escolas, Cooperativas de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas, Centros Sociais, Autarquias e Corporações de Bombeiros (ACESAL, 2009).

Existem também as seguintes parcerias: Ligas de Amigos; Rede Social; Intervenção Precoce; Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Agrupamentos e Escolas; Faculdades Medicina; Institutos Politécnicos; Associações de Desenvolvimento Local; Unidades

de Desenvolvimento Integrado; IPSS's; Guarda Nacional Republicana; Voluntariado em saúde; Hospitais de Setúbal, Litoral Alentejano e Beja; Empresas; Centros de Emprego e Formação Profissional e organizações não governamentais (ACESAL, 2009).

Dado que o projecto decorre na UCSP de Alcácer do Sal, importa conhecer um pouco o Centro de Saúde deste concelho.

1.1. O CENTRO DE SAÚDE DE ALCÁCER DO SAL

Alcácer do Sal é uma das mais antigas cidades da Europa, fundada antes de 1000 a.C. pelos fenícios, e a sua história do Sal remonta a quarenta mil anos atrás. De grande importância estratégica na geografia do país, assistiu, já no século XVI, a um novo impulso de crescimento comercial, com a grande produção de sal. O sal era, até o início do século XX, um importante conservante alimentar.

A tal ponto chegava sua importância, que foi até mesmo usado como forma de pagamento no período romano, sendo esta a origem da palavra "salário". Por este motivo as explorações de sal chegaram a ter valor estratégico, inclusive tendo sido criadas vilas fortificadas para defender as salinas.

O concelho de Alcácer do Sal configura uma área territorial que se destaca, no contexto nacional, por uma baixa densidade humana e empresarial, com uma demografia regressiva, onde o envelhecimento e a fraca retenção da população jovem e qualificada limitam fortemente o desenvolvimento económico, com uma ocupação dispersa em pequenos pólos urbanos. É formado por 6 freguesias conforme se observa na Figura 7.

Figura 7 – Freguesias do concelho de Alcácer do Sal



Fonte: ACESAL, 2009.

O Centro de Saúde de Alcácer do Sal é constituído por oito extensões de saúde: Palma, Alcácer do Sal, Barrancão, Casebres, Comporta, Montevil, Santa Susana e Torrão (MS, 2010b).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários deve estar orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da equidade e acessibilidade.

Neste sentido, a WHO tem vindo a evidenciar a importância de se implementar metodologias de trabalho que promovam a adopção de um novo paradigma de cuidar, direccionado para família e assente na efectividade (adequação das respostas), integralidade (visão global) e na proximidade do utente com os serviços de Saúde (acessibilidade).

O planeamento de serviços depende pois, das necessidades existentes, que dependem directamente do tipo de área de abrangência - urbana, intermédia ou rural, dos recursos.

A implementação dos recursos deve obedecer a uma estratégia, de modo a adequá-los em função da população, pelo que a UCSP de Alcácer do Sal, é constituída pelos profissionais adiante descritos na 2.

Tabela 2 – Distribuição por grupo profissional da UCSP/UCC de Alcácer do Sal

Grupo profissional	Nº de profissionais
Pessoal Médico	9
Assistente Operacional	10
Assistente Técnico	14
Pessoal de Enfermagem	13
Técnico Superior	2
Conselhos de Administração	1
Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	8
Pessoal em formação	1
Total	55

Fonte: ACESAL, 2011.

De entre os profissionais de saúde que integram as equipas multiprofissionais, a WHO considera que o enfermeiro é aquele que, pela formação específica que detém, está melhor posicionado para avaliar globalmente as necessidades em cuidados de saúde das pessoas e mobilizar os recursos (internos e externos), tendo em conta não só as expectativas das pessoas, mas também a adequação e a rentabilização dos meios.

Neste contexto de cuidados o foco dos profissionais de saúde não se esgota na doença e abrange outras dimensões que influenciam a pessoa e a sua saúde.

O total de inscritos na UCSP de Alcácer é de 13 651 pessoas, com cerca de ¼ da população com 65 e mais anos.

É no meio social envolvente que se encontram os factores facilitadores ou constrangedores para o tratamento e reabilitação das pessoas. Também os factores pessoais, fortemente condicionados pelo meio social envolvente não devem ser esquecidos.

Importa por isso conhecer o meio onde se prestam os cuidados e as características da população que se serve.

1.2. A COMUNIDADE DA COMPORTA

Os CSP “são o primeiro nível de contacto para os indivíduos, famílias e comunidade com o sistema nacional de saúde, trazendo os cuidados de saúde tão próximos quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham” (OE, 2008, p.1)

A Comporta é uma das freguesias rurais do concelho de Alcácer do Sal, com cerca de 1500 habitantes e 112 km², com uma densidade de 12,0 habitantes/km².

É limitada a norte pelo Estuário do Rio Sado e a oeste pela Península de Tróia, da qual fica separada pela ribeira da Comporta. A sua história remonta à habitação feita por escravos negros e à designação de “África Metropolitana”, nome advindo deste povo.

É constituída pelas localidades de Brejo da Carregueira, Brejo da Carregueira de Cima, Cambado, Comporta, Figueiral, Moitinha, Murta, Possanco, Torre, Torroal e Carrasqueira. Esta última dispõe de um porto palafítico, considerado como património do concelho, devido ao modo como está construído, à sua extensão e ao enquadramento paisagístico.

Integram esta Freguesia recursos como a Guarda Nacional Republicana, Extensão de Saúde, Farmácia, Junta de Freguesia, Centro Social, Escolas da Comporta e da Carrasqueira.

Outrora, esta localidade acolhia trabalhadores rurais, pescadores e salineiros que procuravam melhores condições de sobrevivência.

As actividades económicas estão muito ligadas às tradições e à proximidade com o rio Sado, sendo de salientar a pesca, agricultura, pecuária, panificação, marcenaria, hotelaria e o turismo mais recentemente. Tem tradição na produção do arroz, batata-doce e mais recentemente de vinho.

Hoje, a recolha do sal parece extinta, porém os pescadores continuam a fainar e os estabelecimentos da localidade a servir os visitantes com as iguarias tradicionais de que se destacam o peixe fresco grelhado à pedra de sal, o choco frito e o ensopado de enguias, com um consumo de sal que se prevê acima do recomendado pela WHO.

O território a intervir caracteriza-se, sem dúvida, por ser uma área de indubitável valor natural, paisagístico e cultural, com especificidades sociais e económicas que, em conjunto, demarcam a sua identidade territorial e constituem uma situação paisagística ímpar a nível internacional.

Estão inscritas na extensão da Comporta a 30 de Junho de 2011, 1270 pessoas.

Destas, 225 estão identificadas como portadoras de HTA, sendo que o género feminino apresenta 61.3% (n = 138), e os grupos etários entre os 60 e 64 anos e os 75 e 79 anos, os que revelam maior percentagem com 12.4% (n = 28) e 14,2% (n = 32) respectivamente.

A prevalência da HTA, nos inscritos da extensão da Comporta situa-se no 17.7% (n = 225). Este valor abaixo do esperado, talvez por via da não adesão terapêutica, com a premissa que não existe a procura de cuidados de saúde.

Quanto ao género masculino, apresenta 38.6% (n = 87), sendo que as idades com maior prevalência se situam entre os 65 e 69 anos, com 17.2% (n = 15).

Constata-se ainda, uma tendência para o aumento da HTA com a idade, observando-se uma prevalência mínima de 3.2% (n = 10) no grupo com menos de 44 anos (0.2% no género masculino e 2.6% no género feminino), o que mostra a importância de se iniciar as medidas de educação terapêutica o mais precocemente possível. Paralelamente há uma prevalência máxima de 61.5% entre os 70 e 74 anos (n = 32), sendo 56.7% (n = 34) entre os 75 e os 79 anos. **(Apêndice I)**

Também no estudo de Macedo (2005), o Alentejo apresentou o valor mais alto de prevalência de HTA, 49,5%, atingindo 56,9% nos inquiridos do género masculino e 43,2% do género feminino.

A acessibilidade aos serviços de saúde, a relação estabelecida com os profissionais e a própria organização dos serviços, mais ou menos direccionada para cuidar de pessoas portadoras de doença crónica, é muito importante neste contexto, quer no âmbito da consulta médica ou de enfermagem, pois ambos constituem a equipa de saúde da extensão de saúde da Comporta.

A consulta de enfermagem é uma actividade específica do enfermeiro, independente, realizada pelo enfermeiro, cujo objectivo harmoniza as condições para melhoria da qualidade de vida, com a vertente da abordagem contextualizada e participativa.

Além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela pessoa, pelo seu modo de vida, a partir do conhecimento das suas relações com a família e a comunidade. Visa a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado,

sendo utilizada prioritariamente para promoção da saúde e qualidade de vida do indivíduo, MCSP (2006).

Como se pode observar através da Tabela 3, foram realizadas 182 consultas de enfermagem no âmbito da HTA, sendo destas 14 em contexto domiciliário.

Tabela 3 – Consultas de Enfermagem do Grupo de Risco Hipertensão, na extensão da Comporta, no 2º semestre de 2011

CONSULTAS DE ENFERMAGEM	TOTAL
Na Unidade	168
Em contexto domiciliário	14
TOTAL	182

Fonte: ACESAL, Janeiro 2012.

O enfermeiro assume uma multiplicidade de papéis: deve capacitar a pessoa e o cuidador para o autocuidado, responsabilidade e capacidade para assumir as intervenções autónomas de enfermagem, ao nível do ensino, do treino e monitorização e a assumpção de *pivot* no seio da equipa multidisciplinar.



CAPÍTULO 2 – DA PROBLEMÁTICA À CONSTRUÇÃO DO PROJECTO

Neste capítulo procuramos clarificar aspectos de natureza metodológica que orientaram o projecto. Inicia-se com a contextualização da problemática, procedendo à justificação e finalidade do mesmo.

De acordo com Fortin (1999), a etapa inicial de um trabalho de investigação deve ter como base, encontrar um problema que interesse e preocupe o investigador e que ao mesmo tempo tenha importância para a disciplina que se pretende estudar.

Por outro lado o processo de planeamento em saúde, inclui a responsabilidade de identificar necessidades de saúde, ganhos potenciais e intervenções prioritárias, com os recursos disponíveis.

Neste pressuposto, procura-se descrever e fundamentar as opções tomadas ao longo do percurso de investigação relativamente aos métodos adoptados tendo em conta a definição da problemática.

Acredita-se que uma melhor compreensão dos factores que determinam comportamentos de adesão na HTA, poderá contribuir para um melhor conhecimento do problema, de modo a garantir a implementação de intervenções baseadas em evidência.

2.1.FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO

De acordo com a WHO (2009), em 2030 morrerão 23,6 milhões de pessoas devido a alguma forma da doença cardiovascular, este aumento será mais evidente nos países mediterrâneos.

Por outro lado, a DGS e a Administração Central do Sistema de Saúde estabeleceram, com recurso a um painel de peritos, as patologias que se configuram como prioritárias em termos de implementação estratégica da gestão integrada da doença, por serem as que apresentam, de forma mais significativa, possibilidade de uniformização das práticas dos profissionais, capacidade de coordenação de cuidados, magnitude epidemiológica, elevado peso orçamental, severidade da incapacidade, possibilidade de auto controlo e precocidade da incapacidade.

A HTA foi identificada como a segunda patologia de intervenção prioritária (atrás da Diabetes), resultado que está em linha com o descrito na literatura internacional, em que esta

patologia é tida como sendo das “mais sensíveis” à introdução de iniciativas de gestão da doença.

Revela-se como preocupante em Portugal, o último estudo da prevalência, tratamento e controlo da hipertensão, em que 46,5% dos portugueses com mais de 18 anos apresentavam, em 2008, esta patologia. A prevalência da HTA em 2008 passou a afectar 62,7% dos alentejanos, quando em 2003 a taxa era de 49,5%. Por outro lado, a incidência, prevalência e mortalidade da doença cardiovascular são mais acentuadas no Alentejo Litoral quando comparadas com o País, numa ordem de 4,5 para 3,1 %” (ACESAL, 2010, p.3).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (OE, 2010c, p.2), no artigo 4.º, alínea d, refere que: “ o enfermeiro especialista realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”

Verificou-se, enquanto enfermeira da equipa multidisciplinar e mais concretamente como especialista em saúde comunitária, alguma dificuldade em monitorizar de forma sistemática a adesão ao regime terapêutico e de prescrever, implementar e avaliar de forma documentada as intervenções de enfermagem com efeito positivo na mesma, adequadas às necessidades da pessoa.

Surge a opção pelo presente projecto, fruto do olhar e reflexão sobre o fenómeno da adesão na HTA, resultado da experiência profissional e de inquietações que foram surgindo ao longo da mesma. A actualidade e pertinência que caracteriza as questões que se relacionam com as doenças crónicas e com a adesão e a gestão do regime terapêutico proposto no contexto social actual, sendo consensual que uma boa medida de qualidade é averiguar a adesão da pessoa ao regime terapêutico. Assim, o tema escolhido situa-se ao nível da adesão ao regime terapêutico na HTA, na Comunidade da Comporta.

Apesar da percepção, de que uma grande percentagem das pessoas com HTA, não adere ao regime terapêutico, principalmente no que se refere ao regime alimentar e de exercício físico, não se conhece ainda a verdadeira extensão do problema nesta população.

A relação pessoa / profissional de saúde tem sido considerada por alguns autores como preditiva da adesão (Brannon & Feist, 2000; Sarafino, 2002)

Analisando a literatura, Amendoeira (2010) aludia a que a promoção da adesão ao regime terapêutico vai depender do profissional de saúde que a efectiva. Se ao médico cabe mobilizar competências no âmbito das respostas a dar ao diagnóstico estabelecido (a não adesão), ao enfermeiro cabe, além de complementar a intervenção do acto médico, reforçar o papel da pessoa ao estabelecer uma relação interpessoal, para perceber como a pessoa está a viver a experiência (o vivido na não adesão).

Neste sentido, sendo a função da equipa terapêutica proporcionar educação e cuidados contínuos e integrados, o projecto contém três módulos distintos:

Módulo I. Organização da consulta médica e de Enfermagem em curso no ACES e decorrente do projecto no âmbito das Boas Práticas de GQ, iniciado em Maio de 2011;

i) Determinação de RMDE para a consulta de enfermagem no Grupo de Risco HTA;

Módulo II. Educação terapêutica da pessoa com HTA donde emergem as acções sobre:

ii) Hipertensão - fisiopatologia e regime terapêutico;

iii) Alimentação e HTA, com a dietista do HLA;

Módulo III. Programa de exercício Físico.

Para realizar estes módulos é necessário ter a informação que sustente o projecto, pelo que a primeira fase consiste no diagnóstico de situação com a recolha e análise de dados, que de seguida serão alinhados de modo a operacionalizar o desenho da intervenção, pois reconhece-se a importância que assume o problema da não adesão, não só a nível económico e social, mas também ao nível da qualidade de vida das pessoas com doença crónica, nomeadamente da pessoa portadora de HTA.

Para além da metodologia de projecto, ter o seu início com a escolha de um domínio particular de interesse do investigador, a análise dos registos de enfermagem documentados no SAPE, das pessoas com comportamentos de adesão ao regime terapêutico não demonstrados, consubstanciou o caminho de pesquisa e reflexão para o desenho do projecto.

Dado que a Enfermagem Comunitária, enquanto especialidade, se destina a uma prática contínua e globalizante dirigida a todas as pessoas ao longo do seu ciclo de vida (OE, 2010), é no contexto comunitário que, partindo da identificação das necessidades, se conhece a singularidade de cada comunidade, fornecendo importantes bases para a intervenção dos diferentes profissionais de saúde.

Surgem assim, as questões que servem de ponto de partida para o diagnóstico:

1. Estão as pessoas portadoras de HTA elucidadas dos riscos que correm quando não cumprem o regime terapêutico?
2. Há falta de apoio familiar?
3. Há esquecimento?
4. Existem outros motivos para interromper o regime medicamentoso?
5. Estão as pessoas informadas acerca dos benefícios da alimentação equilibrada?

6. Estão as pessoas informadas acerca dos benefícios do exercício físico?

Hoje mais do que nunca, o enfermeiro detém um lugar privilegiado nos modelos de equipa pluridisciplinar de saúde que têm sido experimentados entre nós devido às múltiplas oportunidades que tem de conhecer as famílias e os seus estilos de vida durante o atendimento das suas necessidades de saúde, assim como dos recursos comunitários. Estas oportunidades conferem-lhe o papel de agente facilitador da mudança que se pretende efectuar.

Em síntese, os objectivos da enfermagem centram-se na capacitação da pessoa e família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável dos constantes processos de mudança, decorrentes da doença crónica.

Se o objectivo de investigar é sem dúvida, a procura e produção de novos conhecimentos, assim como o testar e validar de outros, torna o problema tanto mais relevante, quanto melhores respostas e consequências daí surgirem para quem o equacionou.

2.2. OBJECTIVOS

O projecto a desenvolver procura explorar as práticas dos enfermeiros centradas na pessoa e família, no contexto dos CSP, integrando-o na actual política nacional onde a enfermagem comunitária encontrou a sustentação política que lhe permite afirmar-se num contexto de novas realidades de organização dos cuidados e necessidades de saúde.

Incorporando uma filosofia de cuidados centrados na pessoa portadora de HTA, verifica-se que as práticas de CSP assentam numa lógica de proximidade e continuidade, reportando-se à prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, visando a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação (OE, 2002).

Sabe-se que a HTA é uma doença exigente com um tratamento multifacetado e que leva à necessidade de alterações nos hábitos de vida diários, tal como defende Sousa (2003) com vista à integração das actividades de autocuidado, donde emerge a adesão ao regime terapêutico, tão importante no controlo da doença.

Contudo, actualmente o acesso fácil ao médico e à medicação, não é equivalente a ter melhores condições de saúde. A prática da automedicação inadequada, ou uma baixa adesão terapêutica podem ser factores importantes para tornar os tratamentos ineficazes e pouco seguros, com o aumento da despesa de saúde, colocando em risco a qualidade de vida das pessoas.

Para a enfermagem, a adesão ao regime terapêutico é um conceito abrangente, que engloba não só o cumprimento da prescrição farmacológica, mas também os comportamentos promotores de saúde, pelo que é fundamental para o enfermeiro compreender de que forma o regime terapêutico se relaciona com a vida da pessoa e com a da vida familiar.

Tal como refere Banning (2004), “são as enfermeiras (os) que reúnem a informação relevante nesta temática e poderão ser o elo de ligação entre a equipa de saúde” (p.16).

A OE (2005, p.10) recomenda que a CIPE[®] “seja um instrumento para a sistematização dos cuidados a prestar á pessoa, família e comunidade, que permita a definição de indicadores de qualidade, com visibilidade dos ganhos em saúde relativos aos cuidados de enfermagem”.

Com este enquadramento, este projecto tem a finalidade de contribuir para a redução da incidência de patologia cardiovascular, nomeadamente o AVC, com a intervenção no âmbito da adesão ao regime terapêutico, na pessoa com HTA, alinhada com o objectivo que o norteia:

Capacitar para a adesão ao regime terapêutico a pessoa portadora de HTA, inscrita na extensão de saúde da Comporta.

Deste objectivo geral decorrem os seguintes objectivos específicos, que podem ser reformulados após a conclusão do diagnóstico de situação na comunidade da Comporta, momento em que serão aferidas as metas:

- O.E.1. Identificar os factores que determinam comportamentos de não adesão ao regime terapêutico, na pessoa portadora de HTA;
- O.E.2. Implementar a consulta integrada (médica e de enfermagem) do grupo de risco Hipertensão;
- O.E.3. Definir o RMDE para o Grupo de risco Hipertensão e respectivos indicadores;
- O.E.4. Intervir junto da pessoa com comportamentos de não adesão e família, actuando sobre os factores identificados;
- O.E.5. Aumentar a taxa de adesão ao regime terapêutico, com intervenção na educação terapêutica e no programa de exercício físico.

Neste contexto, torna-se claro que as intervenções devem ser simples, mas articuladas com os parceiros, tendo em conta os factores encontrados no diagnóstico, de forma a garantir a gestão do regime terapêutico na HTA, em casa na comunidade.

2.3. ETAPAS

A elaboração de qualquer projecto pressupõe um processo que tem como referências um ponto de partida (situação que se pretende modificar), um ponto de chegada (uma ideia do que se pretende modificar) e a previsão do processo de “construção” de “como” fazer. (Ruivo, 2007)

Um projecto de intervenção comunitária compreende várias etapas, começando estas pelo diagnóstico da situação, que irá fazer com que se detectem e analisem os problemas existentes numa comunidade.

Terá ainda subjacentes os princípios do *empowerment*, ou seja, fomentar-se um trabalho de equipa, envolvendo-se todos, técnicos, comunidade, na elaboração e discussão do projecto, haver confiança nas pessoas, e todos os problemas e todas as questões que surjam sejam tratados com abertura e sinceridade por todo o grupo. Se os princípios do *empowerment* estiverem presentes, é um passo importante para a sustentabilidade do projecto de intervenção comunitária, tendo como consequência a sua concretização.

Com base no diagnóstico e depois de elaboradas as prioridades da acção, o grupo deve proceder à fixação dos objectivos. Será depois da fixação destes objectivos que serão definidas as estratégias em que será decidida a forma de levar por diante o projecto, ou seja, que actividades se vão realizar.

Assim, de modo a sistematizar as diferentes fases do presente projecto, delineou-se a WBS, pois o processo de criação de uma WBS é fundamental em qualquer projecto, já que durante este processo, o gestor do projecto e a equipa são envolvidos de modo a pensar acerca de todos os aspectos de composição do mesmo. **(Apêndice II)**

Iniciou-se a fase preparatória com o pedido formal de autorização ao Director Executivo do ACESAL, para diagnóstico de situação e apresentação do projecto, a qual foi obtida em reunião realizada a 9 de Junho de 2011. **(Apêndice III)**

Como o parecer foi positivo pediu-se, formalmente, ao Conselho Clínico do ACESAL, a listagem das pessoas inscritas na Extensão da Comporta, com o diagnóstico médico de HTA devidamente codificados no SAM. **(Apêndice IV)**

Em simultâneo fez-se o pedido formal ao Conselho de Administração do HLA para colaboração da dietista nas acções a delinear, com parecer favorável da Presidente do Conselho de Administração a 11 de Julho de 2011. **(Apêndice V)**

Após reunião informal com o responsável dos técnicos do desporto em Junho de 2011 obteve-se também parecer positivo e oficial da CMAS para colaboração do técnico do desporto da Freguesia da Comporta. **(Apêndice VI)**

Com as respectivas autorizações obtidas, definiu-se o cronograma de actividades.

(Apêndice VII)

Houve necessidade de fazer uma revisão da literatura das directrizes e políticas internacionais e nacionais no âmbito da adesão ao regime terapêutico, numa perspectiva organizacional dos CSP, para melhor definir o projecto, a sua exequibilidade e sustentabilidade.

Neste sentido, considerando os objectivos delineados, houve necessidade de identificar os intervenientes para marcar a primeira reunião.

O agendamento das reuniões foi sempre feito por via electrónica, por telefone ou pessoalmente, de acordo com as suas disponibilidades e necessidades de cada elemento.

Definiu-se a data de início das actividades de acordo com o cronograma elaborado em equipa, e o funcionamento de acordo com o modelo de intervenção, que foi discutido e “afinado” ao longo da sua concepção e naturalmente durante a implementação.

As primeiras reuniões informais com a enfermeira da extensão, que iniciou funções no ACESAL em Maio, realizaram-se durante o mês de Junho de 2011, com carácter semanal, para organizar a consulta de enfermagem e implementar o SAPE, para documentação dos cuidados de enfermagem. Até essa altura não existiam condições logísticas para o garantir.

A 18 de Julho de 2011, decorreu a primeira reunião formal com toda a equipa de projecto na extensão de saúde da Comporta.

Esta reunião foi importante para obtenção de uma linha estratégica de intervenção, para garantir o envolvimento da pessoa portadora de HTA, enquanto parceira activa na prestação de cuidados de saúde, e o reforço da articulação e integração da acção com o Hospital do Litoral Alentejano e a Autarquia de Alcácer do Sal.

A 26 e 28 de Julho de 2011 respectivamente, decorreram reuniões informais com os técnicos de desporto e com a enfermeira da extensão de saúde, para dar conhecimento da fase em que o projecto se encontrava e dar seguimento ao mesmo.

A 6 de Setembro de 2011 decorreu uma reunião com a coordenadora do projecto e a dietista do HLA, para discussão de aspectos das sessões de educação terapêutica.

A 23 de Setembro de 2011 decorreu nova reunião com toda a equipa para ponto de situação, pois pretende-se que este seja um projecto, operacional, integrador, sustentado e de articulação com os recursos existentes na comunidade, e não ser algo à margem ou que venha duplicar esforços.

A 7 de Outubro de 2011 decorreu reunião informal com os técnicos de desporto para ponto de situação face ao início do programa de exercício físico.

A 14 de Novembro decorreu uma reunião com a coordenadora do projecto e a dietista do HLA para finalizar o formato das sessões sobre alimentação.

Para além das reuniões descritas, acrescem que foram realizados inúmeros contactos telefónicos e via electrónica para aferir procedimentos e circuitos, formas de comunicação que na actualidade permitem racionalizar custos e agilizar processos.

Em paralelo foi-se avançando no estudo e conhecimento do “estado da arte” relativamente aos comportamentos de não adesão ao regime terapêutico no utente com HTA bem como na identificação de modelos de análise de comportamentos.

A partir da concepção de proposta de folheto de informação e educação terapêutica de apoio ao projecto a distribuir às pessoas, com a definição de formatos, quantidades, locais de distribuição bem como a como a construção do logótipo, do cartaz de divulgação das sessões de educação alimentar, encerra-se esta etapa do projecto. **(Apêndice VIII)**

Após a compilação de informação para o seu conteúdo foi distribuído na junta de freguesia, farmácia, centro paroquial, clube desportivo e estabelecimentos comerciais da Comporta.

2.4. RECURSOS HUMANOS

No planeamento em saúde é extremamente importante definir e combinar os recursos humanos, materiais e financeiros (Imperatori & Giraldes, 1993).

Por muito bem planeado e organizado que seja um projecto, as hipóteses de ser bem-sucedido sem o empenho da equipa são limitadas.

A participação e envolvimento dos profissionais assume três vertentes distintas, mas complementares:

- Constituição da equipa do projecto, que inclui profissionais de diferentes grupos profissionais e de Instituições distintas,
- Estruturação do projecto e produção de documentos base;
- Monitorização da actividade de todos os intervenientes e da implementação de uma organização assente no trabalho em equipa multidisciplinar.

☉ A equipa do projecto:

- Coordenadora do projecto - Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, da UCSP de Alcácer do Sal
- Enfermeira da UCSP de Alcácer do Sal

- Médico da UCSP de Alcácer do Sal
- Assistente técnica da UCSP de Alcácer do Sal
- Dietista do HLA
- Técnico do desporto da CMAS

Atendendo a que o projecto se destina a estruturar o modelo de intervenção comunitária e que será objecto de implementação na UCSP de Alcácer do Sal, na extensão da Comporta, considera-se que existem todos os recursos humanos necessários, em que as suas actividades devem ser realizadas em horário normal, pelo que não se prevê a necessidade de contratação de pessoal adicional.

O que se prevê é que as pessoas tenham horas específicas, dentro do seu horário normal de trabalho, para comunicarem e fazerem a articulação.

Foi também antecipada, na implementação do projecto, a dispensa de serviço dos profissionais, em horário normal.

2.5. CUSTOS

Numa óptica de sustentabilidade financeira e independência, no sentido em que o projecto continuará, mesmo que as pessoas que estejam envolvidas na sua génese se tenha desvinculado, foram consideradas várias questões:

- Quanto é que este projecto vai custar?
- É possível fazer mais e melhor com os mesmos recursos financeiros?
- É esta a melhor forma de utilizar os recursos?
- É simples?
- É sustentável a médio e longo prazo?

As respostas a estas perguntas são transversais a este relatório.

Assim, relativamente aos recursos financeiros, antecipa-se os gastos nos sistemas de comunicação e equipamentos (computadores, impressora, internet, telefones, telemóveis). Os equipamentos já existem e são rentabilizados para outros fins, não acrescentando por isso custos de aquisição, apenas os de manutenção.

Os associados com as horas afectas pela equipa de projecto, horas para a reunião de profissionais, reprodução de material de inquirição/divulgação e sistema de informação, estão

garantidos porque na prática não constituem qualquer acréscimo aos actuais custos fixos de qualquer das organizações envolvidas, o mesmo acontecendo com os recursos físicos.

A excepção prende-se com o transporte das pessoas e profissionais, em que a deslocação pode ser feita em transporte próprio (0,36 €/km), em transporte da instituição ou em transporte público (0,11€/km).

Como a construção e/ou implementação de suportes informáticos, para além do SAPE, houve apenas necessidade de o parametrizar em função do RMDE, o que para além de moroso é dispendioso face às horas de enfermagem consumidas, acrescentando despesa significativa para a instituição.

Estimou-se o valor alocado ao projecto de 7.981 euros, de modo a definir os custos das actividades previstas. **(Apêndice IX)**

Considera-se que é fundamental identificar os custos de eficácia e eficiência das equipas individual e colectivamente, a tempo parcial ou total, de forma a poder tomar decisões fundamentadas, sustentadas e aumentar a capacidade de resposta dos serviços, a eficiência e eficácia das intervenções.

2.6. DIVULGAÇÃO

No âmbito da saúde tem-se incentivado e desenvolvido a abordagem de que a pessoa está no centro do sistema, e as decisões tomadas devem ser baseadas nos resultados em saúde (Ferreira et al., 2010).

Desta forma, o sistema de saúde tem de estar planeado em torno do conceito de valor para os seus utilizadores, pois o que se pretende de facto não é melhorar os cuidados de saúde, mas obter e melhorar ganhos efectivos em saúde. Cada pessoa deve ser co-autor dos cuidados a prestar.

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem um papel importante. No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010b), o Artigo 4.º refere que são quatro os domínios das suas competências: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados, e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Este projecto de articulação expressa uma responsabilidade profissional, ética e legal, para promover o acesso e a equidade a cuidados de saúde específicos, diferenciados e articulados. Mas, também, pretende ser um instrumento que possibilita simultaneamente a gestão de cuidados e a melhoria contínua da qualidade.

No mesmo regulamento (OE, 2010b), o Artigo 6.º, sobre as competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, destaca que o Enfermeiro Especialista deve desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais, na área da GQ, representando este projecto um esforço e um exemplo disso mesmo.

Nesta perspectiva pretende-se que a divulgação seja feita na Equipa da UCSP de Alcácer do Sal, junto do Conselho da Comunidade do ACESAL e no *site* da ARSA.

Em paralelo, pretende-se que consubstancie a elaboração de artigo original, por ser um meio rápido e sucinto de divulgar e tornar conhecido, através de sua publicação em periódicos especializados, a dúvida investigada, o referencial teórico utilizado, a metodologia utilizada e os resultados alcançados bem como as principais dificuldades encontradas no processo de elaboração de um projecto desta natureza.

Acresce que também se recorreu às novas tecnologias com envio de mensagens pelo *Short Message Service* (SMS) a cerca de 80% das pessoas da comunidade da Comporta, identificadas como portadoras de HTA, para divulgação do projecto.

2.7. MONITORIZAÇÃO

O acto de relatar o andamento de um projecto, ou como se diz no jargão “reportar status”, pode fazer toda a diferença sobre a forma como o projecto será visto pelos *stakeholders*, pois qualquer projecto envolve uma visão antecipadora dos seus resultados.

Para que atinja os objectivos propostos, tem de ser planeado e concretizado cuidadosamente. Podem considerar-se três momentos fundamentais: o planeamento, a implementação e a avaliação.

Mas como avaliar os métodos de coordenação entre os diferentes níveis assistenciais?

Sabe-se que “melhor qualidade estrutural (rácios dos profissionais, população coberta e áreas de cobertura) não significa necessariamente melhores resultados, dados que factores como a motivação e entusiasmo, ou o trabalho voluntário, podem contribuir de forma significativa para os resultados” (MS, 2010, p.37)

Neste enquadramento, ficou definido que na primeira quinzena de Julho de 2012 se elabora o relatório semestral depois da implementação nos diferentes domínios, para que seja ainda possível aplicar medidas correctivas se necessário.

Como produto final a elaboração do relatório final de implementação do projecto “Intervir para Prevenir”, agendado para Janeiro de 2013.

Contudo, segundo Christo (2010) “o processo de auto-avaliação (...) obriga à reflexão dos profissionais de saúde sobre aquilo que estão a fazer e a forma de o evidenciar e a um esforço conjunto para identificar e implementar as áreas de melhoria (...)” (p.47-48).

Esta metodologia desenvolve a coesão das equipas e responsáveis, trazendo repercussões notáveis na gestão de recursos e no sentido de pertença do grupo.

Uma maneira simples e eficaz de avaliar a melhoria da qualidade surge através da avaliação multidisciplinar e sistemática de quatro domínios: pontos fortes, pontos fracos, ameaças e oportunidades.

Como forma de avaliação do projecto no global, utilizou-se como metodologia, a análise SWOT: *Strengths* (pontos fortes), *Weaknesses* (pontos fracos), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças).

Através desta análise, é possível constituir os principais eixos de desenvolvimento de uma dada intervenção ou estratégia, ao mesmo tempo que se identificam os modos de avaliar os ganhos em saúde.

Consideram-se que as oportunidades e ameaças do projecto são os apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Oportunidades e ameaças do projecto

(O) Oportunidades	(T) Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> » Valorização positiva do trabalho em rede » Melhoria da articulação entre CSP e hospital » Diversidade de experiências e complementaridade » Mudança comportamental da pessoa com HTA » Melhoria da qualidade de vida da pessoa /família » Possibilidade de Projecto-piloto » Possibilidade de realização de trabalhos de investigação 	<ul style="list-style-type: none"> » Carência de recursos humanos » Fraca cultura de registo » Falta de disponibilidade de tempo dos profissionais de saúde » Adesão dos utilizadores e dos profissionais ao projecto » Rede informática lenta » Rede de transportes públicos deficiente » Fraca densidade populacional e dispersão geográfica

Consideram-se que os pontos fortes e fracos do projecto são os apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Pontos fortes e fracos do projecto

(S) Pontos fortes	(W) Pontos fracos
» Motivação da equipa » Experiência profissional e competências técnicas » Abordagem multidisciplinar » Capacidade dos intervenientes para o desenvolvimento do projecto noutras Comunidades » O reconhecimento da pessoa com HTA, da importância e da validade das alterações organizacionais efectuadas, nomeadamente, a integração da consulta médica e de enfermagem Ganhos em saúde	» Fraca cultura de registo » O SAPE não tem módulo estatístico » Reconhecimento da pessoa com HTA sobre a importância da adesão terapêutica, como fundamental para a prevenção de eventos adversos e melhoria da qualidade de vida Hábitos alimentares Hábitos de exercício físico pouco enraizados

Relativamente aos pontos fortes do projecto, centram-se essencialmente no trabalho em equipa e ganhos em saúde.

Em relação aos pontos fracos, ou aspectos a melhorar, é importante distinguir os que podem ser melhorados através da intervenção da equipa e que estão ao seu alcance, daqueles em que a decisão está noutra nível.

Todos os outros pontos mencionados exigem tempo e toda uma estrutura e envolvimento político – comunitária, onde a equipa tem um papel importante, mas não determinante.

Numa outra abordagem, a definição de indicadores que permitam medir os objectivos e respectivas metas, são o passo fundamental na estruturação de qualquer projecto, uma vez que só através da sua monitorização e acompanhamento é possível a avaliação ao longo do processo de execução e a introdução das necessárias medidas correctivas.

O objectivo geral está planeado para ser atingido no período de um ano (2011-2012), mas em quatro fases (Junho de 2011 com o início dos trabalhos preparatórios, Outubro de 2011 com início das sessões de exercício físico, Janeiro com o início das sessões de educação alimentar e Janeiro de 2013 com o relatório de avaliação o 1º ano).

As primeiras 3 fases foram cumpridas, conforme previsto.



CAPÍTULO 3 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Tendo em conta os objectivos pretendidos com a realização deste trabalho, optou-se por um estudo do tipo exploratório, descritivo e transversal, para fazer o diagnóstico de situação face a comportamentos de adesão ao regime terapêutico, da pessoa portadora de HTA.

É exploratório, pois como refere Polit e Hungler (1995, p.14), (...) ao invés de, simplesmente, observar e registar a incidência do fenómeno, a pesquisa exploratória busca explorar as dimensões desse fenómeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os outros factores com os quais ele se relaciona.

É descritivo, pois como refere Fortin (1999)

para um estudo de carácter exploratório descritivo, onde o investigador visa acumular a maior quantidade de informações possíveis, a fim de abarcar os diversos aspectos do fenómeno, devem ser escolhidos instrumentos de recolha de dados como a observação, o material de registo. (p.240)

Por outro lado, para Bugalho e Carneiro (2004), é fundamental que se criem medidas objectivas de avaliação dos benefícios das intervenções, pois são vários os instrumentos de recolhas de dados sobre a adesão, mas nenhum abrange a totalidade do fenómeno em estudo.

Inerente a esta linha de pensamento Polit e Hungler (1995) dizem-nos que “os pesquisadores devem assegurar que a sua pesquisa não será mais intrusiva do que o necessário e que a privacidade do participante seja mantida ao longo do estudo” (p.300).

Serão tidos em conta os princípios éticos implícitos em qualquer investigação que envolve pessoas. Sendo esta, e de certo modo, uma intromissão nas suas vidas, pretende-se não evitar essa intrusão mais do que o necessário.

Neste sentido, na consulta de enfermagem, convidaram-se as pessoas portadoras de HTA a participar no estudo, respeitando na íntegra o direito à intimidade e à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação e determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas.

Para tal, antes de se proceder à recolha de dados, o investigador efectuou uma descrição do estudo, precisando os objectivos e a informação que desejava obter. Foi garantida a confidencialidade dos dados, não ocorrendo partilha de informação.

Como forma de garantir a confidencialidade dos dados procedeu-se à codificação dos formulários, que não continham identificação pelo nome, mas através da atribuição de um

número, e registou-se separadamente o número e o nome correspondente. Esta correspondência apenas foi conhecida pela investigadora.

Como referido no enquadramento teórico deste documento, para uma resposta humana eficaz no domínio da adesão é necessário que a pessoa aprenda a lidar com as mudanças impostas pelo regime terapêutico, através da aquisição de conhecimento e capacidades no domínio das actividades práticas associadas ao treino.

Neste particular, optou-se, tal como Sousa, (2003) por não informar as pessoas sobre os aspectos relacionados com adesão, para evitar uma possível influência na veracidade das respostas, ou seja, evitando intencionalidade de omissão de situações de não adesão.

3.1. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA DO ESTUDO

O estudo decorreu UCSP de Alcácer do sal, extensão de Saúde da Comporta.

A população de acesso foi constituída pelas pessoas inscritas na extensão de saúde da Comporta, que frequentam a consulta médica e de enfermagem de HTA.

O universo das pessoas teve por base os que se encontram actualmente classificados no SAM como Hipertensas (Códigos K 86 e K 87) e que se encontram no SAPE com o Grupo de risco Hipertensão activo, que perfazem o total de 225, (n = 225).

Optou-se pelo método de amostragem acidental ou de conveniência, que segundo Fortin (1999), é aceitável nos estudos exploratórios.

Para aqueles que aceitaram participar no estudo, procedeu-se à aplicação da entrevista através de um formulário. De salientar que o tempo dispensado em cada entrevista foi, em média, cerca de 20 minutos.

Consideraram-se como critérios de inclusão na amostra: as pessoas com diagnóstico de HTA, que realizam regime medicamentoso, que frequentam a consulta da extensão de saúde, com idade igual ou superior a 18 anos e que aceitaram participarem no estudo mediante a assinatura do consentimento informado. **(Apêndice X)**

A recolha de dados foi efectuada no período de 1 de Agosto de 2011 a 30 de Setembro de 2011.

3.2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Na abordagem inicial, efectuou-se uma pesquisa bibliográfica direccionada à descoberta de instrumentos de medida, cujo foco se situasse no fenómeno em estudo e que permitissem

obter informação acerca das variáveis respectivas. Contudo, com base na revisão bibliográfica efectuada, constatou-se que existe escassa informação sobre instrumentos de recolha de dados centrados na identificação dos factores preditores de comportamentos de adesão ao regime terapêutico na HTA.

Segundo Fortin (1999, p.225), deve-se “assegurar que o instrumento de medida é representativo do domínio que ele deseja avaliar”.

Neste sentido, a decisão recaiu pelo recurso, na consulta de enfermagem, à aplicação de formulário, em detrimento de outras técnicas de recolha de dados. **(Apêndice XI)**

A escolha do método teve em conta o facto de os participantes apresentarem um baixo nível de escolaridade e de, na sua maioria pertencerem a uma faixa etária elevada, sendo que a presença do investigador no momento da recolha de dados, permitiria esclarecer dúvidas e significados de perguntas que não fossem claros para os participantes.

Pretende-se efectuar a caracterização sócio-demográfica e identificar os comportamentos na gestão do regime terapêutico: relacionados com a autonomia para as actividades de autocuidado, autovigilância, toma de medicamentos, alimentação e exercício físico.

A primeira parte do instrumento foi elaborada com a finalidade de caracterizar a amostra do ponto de vista sócio-demográfico. Foram incluídas questões abertas e fechadas, que pretendem focar as seguintes variáveis: idade, género, escolaridade, situação profissional, componentes do agregado familiar.

Quanto ao conhecimento sobre regime alimentar, pretende-se obter informação se a pessoa tem conhecimento sobre o tipo de regime alimentar que se deve fazer na presença de HTA.

Relativamente ao exercício físico, pretende-se averiguar se a pessoa pratica algum exercício, como habitualmente é recomendado na consulta de enfermagem.

A adesão à terapêutica foi avaliada pela Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), criada por Morisky, Green e Levine (1986) traduzida, adaptada e validada para Portugal, por Delgado e Lima, em 2001. **(Anexo III)**

É um instrumento composto por sete itens que avaliam o comportamento da pessoa em relação ao uso diário dos medicamentos.

Foram registados dados relativos às 7 variáveis da MAT sobre o comportamento da pessoa face à adesão à terapêutica medicamentosa para caracterizar a adesão: quanto ao esquecimento, descuido com o horário da toma, abandono do tratamento por se sentir melhor ou pior, toma de outro medicamento por iniciativa própria por se sentir pior, interrupção do

tratamento por ter deixado esgotar a reserva de medicamentos que possuía ou, abandono do tratamento por outras razões.

Para além da aplicação directa dos instrumentos de recolha de dados aos participantes, recorreu-se ainda à monitorização: peso, altura, IMC e PA e respectiva documentação no SAPE. Recorreu-se à análise documental como técnica complementar às entrevistas.

Houve necessidade de consultar os registos de enfermagem no SAPE, e a monitorização dos parâmetros é obtida através das seguintes técnicas:

Peso – é utilizada uma balança digital, com escala em kg, em que a pessoa se coloca no centro da plataforma, vestido mas sem sapatos e sem casaco ou objectos que possam alterar o peso.

Altura – é avaliada com o estadiómetro, com os participantes em pé, descalços e com os calcanhares unidos, sendo a avaliação efectuada em centímetros.

IMC – é calculado tendo em conta o valor peso e altura através da fórmula $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura (m}^2\text{)}$.

Tensão arterial – é avaliada, com o indivíduo sentado e após um período de repouso de pelo menos 10 minutos, com o braço colocado em cima da secretária ao nível do coração.

3.2.1. Pré-teste

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004) “os instrumentos elaborados e escolhidos para a realização do estudo devem ser discutidos com alguns colaboradores ou colegas e pré-testados numa pequena amostra de participantes” (p. 255).

Deste modo é possível determinar se o instrumento foi construído com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas.

Foi nesta perspectiva, para que se pudesse identificar as dificuldades que poderiam surgir na aplicação dos instrumentos, quer na compreensão das questões colocadas, quer no encadeamento das várias questões, que se realizou um pré-teste no final do mês de Julho, a três pessoas portadoras de HTA, que frequentam a consulta de enfermagem, com as mesmas características dos participantes do nosso estudo.

A realização do pré-teste teve como objectivo principal avaliar a eficácia e a pertinência do instrumento, bem como a compreensão semântica das questões, o tempo necessário à sua aplicação e extensão do mesmo. Durante a aplicação do formulário as pessoas foram convidadas a fazer comentários, sobre as questões, estrutura do formulário e linguagem utilizada.

3.3. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

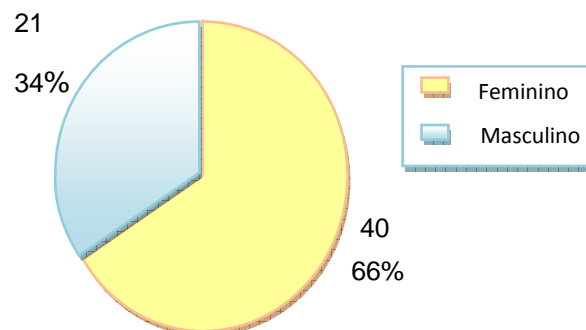
Para Fortin (1999), após a recolha dos dados a fase seguinte consiste na sua interpretação e análise dos resultados à luz das questões de investigação formuladas.

Neste sentido, procura-se neste capítulo proceder à análise dos resultados obtidos neste estudo, através da aplicação das análises descritivas, e simultaneamente sua interpretação. A análise estatística descritiva univariada e os testes estatísticos entre pares de variáveis foram realizados com *Intercooled Stata 9.2 para Windows (StataCorp., College Station, Texas, EUA)*.

Alguns dados e resultados pertinentes para as questões inicialmente colocadas, serão apresentados, através de tabelas e gráficos, nos quais se omite a fonte, dado que são o resultado dos dados obtidos neste trabalho.

A população participante no estudo é composta 61 pessoas portadoras de HTA, seguidos na extensão de saúde da Comporta. A distribuição da população por género e grupo etário está representada nas Figuras 8 e 9.

Figura 8 – Distribuição da população do estudo, por género (número e percentagem)



No género masculino, o grupo de idades mais jovem (< 65 anos) representa pouco mais de 1/4 (0,28) da população masculina, enquanto que no sexo feminino, este grupo etário representa mais de 1/3 (0,35) da população feminina incluída no estudo.

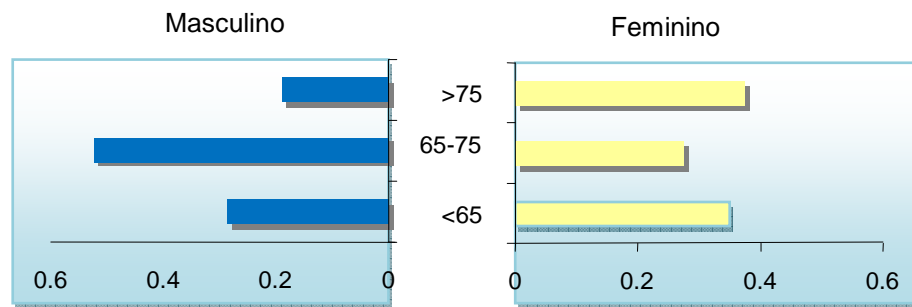
No género masculino, o grupo etário mais prevalente é o grupo etário seguinte (65-75 anos), que representa mais de metade (0,53) da população masculina inquirida.

No género feminino o peso desta faixa etária é muito inferior, representando aproximadamente 1/4 (0,28) da população feminina inquirida.

Macedo (2005) no seu estudo revela que a prevalência da HTA é superior no sexo masculino em todas as classes etárias, excepto na dos 64 ou mais anos, onde a discrepância entre os sexos tende a atenuar-se.

As mulheres constituem mais de metade da população e a evolução demográfica é no sentido de um progressivo envelhecimento e aumento da população feminina.

Figura 9 – Distribuição da população do estudo (proporção) em cada género, por grupo etário



No género feminino, o grupo etário mais prevalente é o grupo etário mais velho (> 75 anos), que representa cerca de 37% da população feminina inquirida. No género masculino, o peso desta faixa etária é inferior a 1/5 (0,19) da população masculina inquirida

As questões do género, assumem para além da relação das mulheres com a saúde e doença e do aspecto biológico também aspectos de ordem sócio-cultural que distinguem o masculino do feminino.

o Estado Civil

A maioria, 63,93% (n=39) dos indivíduos da amostra são casadas e cerca de 21,3% (n = 13) são viúvos, tal como se apresenta na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição da população do estudo por estado civil

1.3. Estado Civil	nº	%
solteiro	6	9.84
casado	39	63.93
divorciado	3	4.92
viuvo	13	21.31
Total	61	100%

o **Situação Profissional**

Quanto à situação profissional, como podemos verificar através da Tabela 7 a maioria dos inquiridos referiu não exercer actualmente qualquer actividade profissional devido a reforma 72,13% (n = 44), desemprego 4,92% (n = 3). Os restantes 22,95% (n = 14) referem ter uma vida profissional activa em diferentes áreas profissionais.

Tabela 7 – Distribuição da população do estudo por Situação Profissional

1.4 Profissão	nº	%
Comerciante	1	1.64
Cozinheiro	3	4.92
Desempregado	3	4.92
Doméstica	4	6.56
Empregado de escritório	1	1.64
Jardineiro	2	3.28
Pescador	2	3.28
Reformado	44	72.13
Servente de pedreiro	1	1.64
Total	61	100%

Face ao contexto do estudo, houve interesse também com o nível de instrução dos participantes.

Tabela 8 – Distribuição da população do estudo por escolaridade

1.5 Escolaridade	nº	%
Não sabe ler nem escrever	27	44.26
Ensino básico 1º ciclo	33	54.10
Ensino básico 2º ciclo	1	1.64
Ensino básico 3º ciclo	0	0
Ensino secundário	0	0
Ensino superior	0	0
Total	61	100%

A escolaridade é um recurso que condiciona a saúde e tem um papel importante na distinção entre as pessoas. Pessoas com níveis de escolaridade mais altos aderem melhor a medidas de prevenção da doença e promoção da saúde.

Como se pode constatar na Tabela 8, mais de metade da amostra (55,74%), sabe ler e escrever.

Contudo cerca de 44,26% (n = 27) dos participantes não saber ler nem escrever. A percentagem de participantes com o 2º ciclo é muito baixa 1,64% (n = 1), correspondente a 1 participante.

○ Componentes do Agregado Familiar

Para Bennett (2002), a adesão a comportamentos preventivos, como o exercício e a dieta, os membros da família podem influenciar positivamente a adesão.

Relativamente à constituição do agregado familiar, através da Tabela 9 constatámos que a maioria dos inquiridos 85,25%, (n = 52) vive acompanhado de familiares directos. Contudo será de realçar que 14,75% (n =9) dos participantes vive só.

Tabela 9 – Distribuição da população por componente do agregado familiar

1.6 Vive com	nº	%
Sozinho	9	14.75
Com familiares directos	52	85.25
Total	61	100%

Relativamente aos dados encontrados na caracterização sócio-demográfica da amostra, parece-nos ser importante tecer alguns comentários, uma vez que as características encontradas podem relacionar-se com a adesão e a gestão do regime terapêutico.

A este propósito a WHO em 2002, referia que as doenças crónicas a falta de suporte familiar e a pobreza são interdependentes, ou seja, a pobreza favorece as doenças crónicas e neste caso temos que ter em conta inúmeros factores sócio-ambientais que influenciam e são determinantes na saúde, como por exemplo, o envelhecimento, as condições sócio - económicas, a educação e o desemprego, o ambiente e o acesso aos serviços de saúde.

Se a pobreza favorece a doenças crónicas também é verdade que a doença crónica favorece a pobreza, se se tiver em conta a perda de rendimentos, a perda de escolaridade, os custos decorrentes do tratamento e a marginalização em virtude das doenças crónicas que afectam negativamente a situação financeira da pessoa portadora de doença crónica.

Esta realidade é visível no dia-a-dia dos profissionais em CSP, sobretudo em ambientes onde há desemprego para os mais jovens e falta de apoio social para os mais velhos.

Estes aspectos são também abordados por Bugalho e Carneiro (2004), no estudo da adesão.

3.4. ADESÃO ÀS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO E A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

Como referido no enquadramento teórico deste documento, para uma resposta humana eficaz no domínio da adesão é necessário que a pessoa aprenda a lidar com as mudanças impostas pelo regime terapêutico, através da aquisição de conhecimento e capacidades no domínio das actividades práticas associadas ao treino.

Também a relação com os profissionais de saúde influencia a adesão porque estes têm, não só um papel de apoio mas também educativo, nomeadamente na transmissão de informação relativa à doença.

○ Consulta de enfermagem

No sentido de facilitar o processo de aprendizagem de informação ou encaminhamento, é possível observar através da Tabela 10, que 65.57% (n = 40) dos inquiridos obtiveram informação sobre a consulta de HTA pelo enfermeiro, e 19.67% (n = 12) pelo médico, tal como se observa na tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição da população segundo a informação sobre consulta

2. O que o levou a esta consulta	nº	%
Profissional de saúde	1	1.64
Médico	12	19.67
Enfermeiro	40	65.57
Outros	2	3.28
Cartazes	3	4.92
Ouvi Falar	3	4.92
Total	61	100%

A qualidade da interacção entre os profissionais e a pessoa portadora de doença crónica é, talvez, o motivo mais marcante na adesão (De Geest et al., 1994; Lo, 1999; WHO, 2001; Enriquez et al., 2004), porque dificilmente a pessoa seguirá um regime terapêutico se não conhecer ou confiar no profissional (Arrazola et al., 2002)

○ Regime Medicamentoso

Como se pode observar na Tabela 11, os inquiridos na amostra (n=61), são consumidores crónicos de pelo menos 1 medicamento, cuja média se situa no 3.83 e a mediana no 3. Verifica-se como valor máximo 12 fármacos.

Tabela 11 – Número de medicamentos que toma

3. Nº de Medicamentos que toma cronicamente nº	
Mínimo	1
Mediana	3
Média	3.83
Máximo	12

○ Avaliação da Pressão Arterial

Tal como se pode observar na análise da tabela 12, todos os inquiridos avaliam a PA no Centro de saúde, e destes ainda 27% também o faz em casa.

Esta é uma actividade de autocuidado ainda pouco regular nos hábitos de vida dos participantes.

Tabela 12 – Distribuição da população segundo o local onde avalia a PA

4. Onde costuma medir a PA	nº	%
Casa	17	27.87
Vizinha	0	0
Farmácia	2	3.28
Centro de saúde	61	100
Total	61	100%

○ Alteração dos hábitos de vida

Pelos dados, verifica-se que da amostra, conforme se observa na tabela 13, 54.1% (n= 33) da população assume que não mudou os hábitos de vida, embora haja 45.9% (n = 28) que já o fizeram.

De acordo com vários autores, a adesão é uma variável difícil de avaliar, uma vez que, os participantes dos estudos nem sempre são sinceros nas suas respostas e os profissionais de

saúde também têm dificuldade em ver a realidade que envolve as questões que concorrem para este processo, (Joyce-Moniz e Barros, 2005; Bugalho e Carneiro, 2004)

Tabela 13 – Distribuição da população segundo a alteração de hábitos de vida após o diagnóstico de HTA

5. Após o diagnóstico de HTA mudou seus hábitos de vida	nº	%
Não	33	54.1
Sim	28	45.9
Total	61	100%

○ **Medidas para Controlo da HTA**

Questionou-se ainda, alguns aspectos específicos das alterações dos hábitos de vida após o diagnóstico da HTA, e como se pode observar na Tabela 14, que a maioria dos participantes (62,3%) referiu que a medida que assume para controlar a HTA é a medicação. Importa ainda referir que 42.62% referem que reduziram o sal, 37.7% reduziram a ingestão de gorduras.

Tabela 14 – Distribuição da população do estudo segundo o tipo de medidas tomadas para controlar a HTA

6. Que tipo de medidas toma para controlar HTA	nº	%
Medicação	38	62.3
Redução ingestão gorduras	23	37.7
Redução Ingestão sal	26	42.62
Redução ingestão café	5	8.2
Redução ingestão álcool	4	6.56
Controlo peso	3	4.92
Deixou de fumar	0	0
Prática exercício físico	4	6.56
Total	61	100%

○ **Exercício Físico**

A par dos desequilíbrios dietéticos, os crescentes níveis de obesidade estão, possivelmente, relacionados com os comportamentos assumidos em relação ao dispêndio calórico e à manutenção de níveis adequados de exercício físico.

Segundo a DGS (2002) Portugal é o país da União Europeia com os níveis mais elevados de sedentarismo, pelo que a prática de exercício físico, são recomendações fundamentais para obter uma PA desejável.

O facto de os participantes apresentarem uma média de idades predominante entre a sexta e a sétima década, pode ser um factor condicionante da prática de exercício físico, uma vez que associado ao aumento da idade surgem problemas físicos.

Relativamente à prática de exercício físico constatamos que é uma das actividades de autocuidado que apresenta uma adesão mais fraca. Apenas 6.56% (n=4) dos participantes praticam exercício físico sendo que destes (n=4) inquiridos 50% faz caminhadas e 50% hidroginástica.

Tabela 15 – Distribuição da população do estudo por prática de exercício físico

6.1. Prática exercício físico, qual?	nº	%
Caminhadas	2	1.78
Hidroginástica	2	1.78
TOTAL	4	3.56

Na consulta de enfermagem onde decorreu o estudo, o exercício físico faz parte dos objectivos terapêuticos negociados com a pessoa portadora de HTA, sendo por isso reforçada a sua importância, de acordo com as possibilidades físicas, psicológicas e sociais da pessoa.

Pelos resultados, parece ser uma das áreas onde a intervenção deve continuar a ser enfatizada, congregando esforços na equipa de saúde e no contexto comunitário.

○ Alimentação

Nas últimas décadas, os hábitos alimentares e o gasto de energia têm-se alterado.

Por outro lado, a DGS (2011) prevê a diminuição do consumo do sal e a diminuição do álcool (não mais que 1 bebida por dia para as mulheres e 2 bebidas por dia para os homens), para uma alimentação equilibrada na HTA.

Alguns estudos ecológicos referem que o aporte calórico e energético da dieta, entre os portugueses, têm aumentado.

As tendências e os padrões alimentares da população assentam no excesso de consumo de gorduras, de sal e de açúcar, no elevado aporte calórico e na reduzida ingestão de frutos, legumes e vegetais (MS & DGS, 2002)

Metanálises de estudos aleatórios mostraram também que reduções do consumo de sódio em 1,8 g/dia se associam a descidas da PA sistólica e diastólica, em média de 4 e 2 mmHg, respectivamente nos hipertensos, e a reduções menores nos normotensos.

Tabela 16 – Distribuição da população do estudo segundo os produtos que usa para temperar alimentos

7.Quais destes produtos usa frequentemente para temperar alimentos		
	n.º	%
Salsa	16	26.23
Coentros	22	36.07
Alho	27	44.26
Sal	31	50.82
Pimenta	0	0
Álcool	0	0
Total	61	100%

Um dos produtos culinários que mais contribuem para a HTA é precisamente o sal, que os portugueses consomem em excesso, mais do dobro da quantidade recomendada pela WHO.

Verifica-se na Tabela 16, que 50.82% (n = 31) dos participantes utiliza sal para temperar os alimentos.

Tabela 17 – Distribuição da população do estudo segundo o tipo de gorduras que usa para temperar os alimentos

8.Quais destas gorduras usa frequentemente para temperar comida		
	nº	%
Azeite	50	81.97
Óleo girassol	6	9.84
Margarina	9	14.75
Banha	12	19.67
Manteiga	0	0
TOTAL	61	100%

Verifica-se que cerca de 82% (n=50) dos inquiridos utilizam azeite, para temperar para temperar os alimentos, contudo ainda seguido da banha com 20% (n= 12).

Apesar do azeite ser considerado uma gordura saudável, é necessário atender que a quantidade necessária para o organismo é muito pequena.

Tabela 18 – Distribuição da população do estudo segundo os tipos de confecção dos alimentos

9. Quais os tipos de confecção de alimentos que usa frequentemente	nº	%
Cozidos	16	26.23
Grelhados	29	47.54
Estufados	20	32.79
Fritos	10	16.39
Assados	13	21.31
Enlatados	0	0
Total	61	100%

Verifica-se que dos participantes, cerca de 47% (n=29) confeccionam grelhados frequentemente e 33% dos inquiridos confeccionam estufados frequentemente. Porém, cerca de 16% (n = 10) optam frequentemente por fritos.

o **Mudança de hábitos positivos para a HTA**

O álcool é uma substância culturalmente bem aceite. Todavia, em excesso, e em especial fora das refeições, tem efeitos nocivos nas pessoas, e portadores de HTA em particular.

Tabela 19 – Distribuição da população do estudo segundo considera que a mudança de hábitos condiciona de forma positiva a HTA

10. Considera que a mudança de hábitos condiciona de forma positiva a HTA	nº	%
Não	32	52.46
Sim	29	47.54
TOTAL	61	100%

Quando questionados sobre se considera que a mudança de hábitos muda positivamente a HTA, 52.46% (n=32) dos participantes refere que não, contudo os restantes 47,54% (n=29) dos participantes referem que sim, como consta na Tabela 19.

Tabela 20 – Distribuição da população do estudo segundo o motivo porque considera que a mudança de hábitos condiciona de forma positiva a HTA

10.1. Se sim, porquê	nº	%
Reduz risco doença cardiovascular	24	82.76
Outras razões	5	17.24
Total	29	100%

Pelo que se observa na tabela 20, dos 29 inquiridos que responderam afirmativamente, 82.76% (n=24) referem que as mudanças de hábitos interferem na HTA porque há redução do risco cardiovascular, enquanto 17.24% (n = 5) refere que se deve a outras razões.

○ **Medida de Adesão ao Tratamento**

A MAT enquanto medida, permite o registo de dados relativos a 7 variáveis sobre o comportamento da pessoa face à adesão à terapêutica. Quanto mais elevado for a cotação obtida em cada pergunta e/ou global, maior é a adesão da pessoa à terapêutica. No que toca à pontuação e resultados da escala, valores mais elevados significam maior nível de adesão.

Como se observa na Tabela 21, na amostra (n=61), obteve-se um valor mínimo de 2.14, a média de 5.14, mediana de 5.14 e um valor máximo de 6 pontos. Para definir o valor limite para distinguir aderente *versus* não aderente, usou-se o critério sugerido por Delgado e Lima (2011, p.89) “ (...) a classificação dos sujeitos como aderentes ou como não aderentes foi feita segundo valores próximos da mediana”.

Tabela 21 – Score MAT

11.Score MAT	nº
Mínimo	2.14
Mediana	5.14
Média	5.14
Máximo	6

A análise permite-nos ainda observar que a adesão à terapêutica medicamentosa, medida através do MAT é elevada, já 50% dos participantes têm *score* (igual ou) superior a 5,14 (que é a mediana do *score*). As frequências (n, %) de cada resposta em cada item apresentam-se na tabela 22.

Tabela 22 – Frequências da MAT em cada resposta dos participantes do estudo

Item	1		2		3		4		5		6	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
11.1	1	1,6	0	0,0	3	4,9	22	36,1	9	14,8	26	42,6
11.2	1	1,6	0	0,0	4	6,6	16	26,2	16	26,2	24	39,3
11.3	1	1,6	0	0,0	2	3,3	15	24,6	13	21,3	30	49,2
11.4	1	1,6	0	0,0	0	0,0	7	11,5	11	18,0	42	68,8
11.5	0	0,0	0	0,0	2	3,3	18	29,5	9	14,7	32	52,5
11.6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	29,5	10	16,4	33	54,1
11.7	1	1,6	0	0,0	0	0,0	21	34,4	5	8,2	34	55,7

Como nos é dado observar, os itens 11.1 (alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?) a 11.3 (alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?) foram os que mais contribuíram para baixar os scores do MAT, representam 75% das respostas “sempre” (1), “quase sempre” (2) e “com frequência” (3) dadas pelas pessoas portadoras de HTA.

○ **IMC**

Relativamente ao IMC, Tabela 22, pode-se constatar que, 57.38% dos participantes, (n=35), apresentam excesso de peso, 19,67% (n=12) são obesos moderados e não se encontrou nenhum deles no grau de obesidade grau II e III.

Contudo, 22,95% (n=14) dos participantes têm peso normal e não foi encontrado nenhum com magreza.

Tabela 23 – Distribuição da população do estudo segundo a classificação de IMC

IMC	nº	%
Magreza	0	0
Normal	14	22.95
Excesso peso	35	57.38
Obesidade grau I	12	19.67
Obesidade grau II	0	0
Obesidade grau III	0	0
Total	61	100%

○ **Pressão Arterial**

A auto vigilância da PA assume um papel importante no controlo da HTA, uma vez que permite à pessoa ter uma percepção do controlo e desta forma poder gerir o seu regime terapêutico.

Nesta perspectiva, na consulta de enfermagem, as recomendações para auto vigilância da PA são instituídas de acordo com as necessidades e com as características das pessoas (idade, escolaridade, condições económicas, suporte social disponível).

Tabela 24 – Distribuição da população do estudo segundo a PA sistólica e diastólica

PA sistólica	mmHg	nº	%
	>140	30	49.18
	<=140	31	50.82
PA diastólica			
	>90	24	39.34
	<=90	37	60.66
Total		61	100%

Quanto ao controlo da PA, pode-se verificar através da tabela 24, que cerca de 49% (n=30) dos participantes têm a PAS acima dos valores de referência ou seja > 140mmHg, e 39% (n=24) têm a PAD >90 mmHg.

3.5. ESTATÍSTICA DESCRITIVA BIVARIADA

Para medir a força da associação entre as várias questões do formulário, construiu-se uma tabela de contingência para cada par de variáveis e calculou-se a estatística do teste do qui-quadrado de Pearson.

O nível de significância (p-value) considerado foi 0,05. Dado o elevado número de testes estatísticos realizados, optou-se por aplicar a correção de Bonferroni.

Para fazer a análise estatística foram agrupadas novas categorias das respostas às questões 1.1, 1.4, 3., 10.1 e 11., e atribuídos códigos às variáveis usadas na matriz. **(Apêndice XII)**

Os resultados obtidos sintetizam-se na matriz simétrica, em que cada célula pintada com cor azul indica que a associação entre a variável indicada em coluna e a variável indicada em linha é significativa (p-value <0,05). **(Apêndice XIII)**

Encontrou-se uma associação significativa nos pares de variáveis Q11-Q14, ou seja o grupo etário e a profissão respectivamente, entre os pares Q13-Q16, entre o estado civil e com quem vive.

3.6. ANÁLISE DE DADOS MULTIVARIADA

A análise dos dados do formulário foi realizada pelo método da Análise Factorial de Correspondências Múltiplas (Benzécri, 1973) – AFCM. Este método é uma extensão da Análise Factorial de Correspondências, e é usado neste trabalho, pois é o método privilegiado de

análise de dados multidimensional para o tratamento de formulários e questionários (Sousa, 2000).

Recorreu-se ao programa Andad 7.12 para realizar a AFCM e utilizou-se o método de Pearson para definir o número de eixos a reter (até que a variância atinja 80% dos dados).

No entanto, realizar uma análise AFCM com o conjunto dos dados do formulário, seria pouco produtivo porque o nº de pessoas analisadas (n=61) e o nº de respostas possíveis por pessoa (até 50 respostas por pessoa) geraria muitas combinações possíveis, que depois tornaria difícil a interpretação dos resultados (com tantas possibilidades de resposta, quase tantas como o nº de pessoas, não se detectariam padrões de resposta evidentes).

A solução encontrada passou por realizar AFCM a sub conjuntos de variáveis de modo e encontrar um compromisso entre a perda de informação provocada por não incluir em simultâneo todas as variáveis contidas no formulário, e a simplicidade de interpretação dos resultados mais relevantes. As análises realizadas foram as seguintes:

- AFCM da Questão (Q) 1 (que inclui Q1.1-Q1.6) e Q6; AFCM Q1 e Q7; AFCM Q1 e Q8; AFCM Q1 e Q9; AFCM Q1 e Q11.

i) Características sócio-demográficas (Q1) e medidas adoptadas para combater a HTA (Q6)

Tabela 25 – Tabela de valores próprios, % da variância explicada e da variância explicada acumulada obtidos pela análise factorial (Q1, Q6)

	Valor Próprio	% Exp	% Acum
1	0.05	39.65	39.65
2	0.02	15.78	55.43
3	0.02	11.94	67.37
4	0.01	7.35	74.72
5	0.01	5.51	80.23
6	0.01	4.26	84.49
7	0.01	3.74	88.23
8	0.00	3.07	91.31
9	0.00	2.40	93.71
10	0.00	1.95	95.66

Os 4 principais factores que resultam da análise da Tabela 25 explicam 74,72% da variabilidade total.

Passam a descrever-se os factos mais relevantes encontrados nestes eixos que explicam ¾ da variabilidade total das respostas.

Cerca de 40% da variabilidade é explicada pelo 1º eixo. Neste eixo, os factos mais relevantes encontrados são:

1. Pessoas que vivem sozinhas opõem-se aos que responderam que reduziram a ingestão de gorduras, sal e café como medidas para controlar a HTA, ou seja quem vive sozinho tende a responder que não adere a estas medidas.
2. Pessoas que vivem sozinhas opõem-se aos que responderam que não tomam a medicação como medida para controlar a HTA, ou seja quem vive sozinho tende a responder que adere a esta medida.

Este resultado (que é importante, pois está no lote de um conjunto de associações que representam 40% da variabilidade das respostas dadas), deve ser trabalhado para aumentar a adesão à terapêutica.

Quem vive sozinho tende a responder que não adere a medidas de redução de sal e gorduras, pelo importa delinear estratégias de intervenção para promoção da adesão sobre os hábitos alimentares.

Os aspectos impulsionadores de alterações no comportamento, quer por se ter apreendido a informação dada, quer por imposição de outrem ou por situação de doença vivida, relaciona-se com aquilo que a pessoa coloca como prioridades no seu percurso de adaptação à sua nova situação no processo de saúde/doença.

As estratégias ao nível do acompanhamento, para melhorar os hábitos alimentares dos que vivem sozinhos, passam seguramente pelo envolvimento das respostas sociais e da saúde disponíveis em cada comunidade.

As redes de vizinhança começam a perder a sua visibilidade, e a comunidade deve promover as redes de apoio já existentes, potenciando, sempre que possível, relações de parceria, boa vizinhança e voluntariado.

As mudanças ocorrerão numa vertente positiva se a relação estabelecida for de confiança.

Hesbeen (2001) considera que para a pessoa cuidada equivale a dizer “o prestador de cuidados pode ajudar-me respeitando quem eu sou” (p.103). O que leva muitas vezes a pessoa a mudar os seus hábitos surge após a identificação dos hábitos a corrigir, pelos profissionais de saúde, depois de estabelecida a relação de confiança.

Cerca de 16% da variabilidade é explicada pelo 2º eixo. Neste eixo os factos mais relevantes encontrados são:

3. Pessoas que trabalham e que são do grupo etário mais jovem (< 65 anos) opõem-se aos que responderam que reduziram a ingestão de gorduras e de sal como medidas

para controlar a HTA, ou seja quem vive sozinho tende a responder que não adere a estas medidas.

4. Pessoas que trabalham e que são do grupo etário mais jovem opõem-se aos que responderam que não tomam a medicação como medida para controlar a HTA, ou seja quem vive sozinho tende a responder que adere a esta medida.

Quando é referido o conceito adesão ao longo deste trabalho reporta-se a *adherence*, enfatizando a participação activa por parte da pessoa e a existência de colaboração e interacção na relação de cuidados. Este conceito realça que a pessoa é livre de decidir se adere ou não ao regime terapêutico, não devendo ser culpabilizada se a sua decisão for negativa. Cabe aos profissionais de saúde no geral, e ao enfermeiro no particular, identificar estratégias conjuntas negociadas com a pessoa para que a adesão “aconteça”, encorajando-a a responsabilizar-se pelas suas decisões envolvendo-a no seu plano de tratamento. Trata-se, por isso, de uma relação de parceria.

Cerca de 12% da variabilidade é explicada pelo 3º eixo. Neste eixo os factos mais relevantes encontrados são:

5. Pessoas do género masculino opõem-se aos que responderam que reduziram a ingestão de gorduras, que não fazem controlo da medicação, e de forma muito acentuada em oposição aos que fazem controlo de peso como medidas para controlar a HTA, ou seja os homens tendem a não aderir a estas 3 medidas.
6. As respostas das pessoas do género masculino a estas questões estão ainda em oposição (embora de modo atenuado) às respostas das pessoas do género feminino a estas mesmas questões. Evidencia-se uma correlação positiva entre as mulheres e as respostas “reduziram a ingestão de gorduras”, “não fazem controlo da medicação” como medidas para controlar a HTA.
7. O controlo de peso não tem expressão em nenhum dos géneros como medida para controlar o HTA.

Por último, o 4º eixo explica cerca de 7% da variabilidade. Neste eixo os factos mais relevantes encontrados são:

8. Pessoas divorciadas opõem-se aos que responderam que reduziram a ingestão de álcool como medida para controlar a HTA, ou seja quem é divorciado responde que não adere a esta medida. Por outro lado estas pessoas têm uma correlação positiva com a redução no consumo de café como medida para controlar a HTA.

ii) Características sócio-demográficas (Q1) e hábitos alimentares (Q7)

Tabela 26 – Tabela de valores próprios, % da variância explicada e da variância explicada acumulada obtidos pela análise factorial (Q1, Q7)

	Valor Próprio	% Exp	% Acum
1	0.07	44.74	44.74
2	0.02	15.64	60.38
3	0.02	13.08	73.46
4	0.01	6.30	79.76
5	0.01	4.88	84.64
6	0.01	3.93	88.57
7	0.01	3.47	92.04
8	0.00	2.44	94.48
9	0.00	1.89	96.37
10	0.00	1.72	98.09

Os 3 principais factores que resultam da análise da Tabela 26, explicam 73,5% da variabilidade total encontrada nas questões Q1 e Q7. Passam a descrever-se os factos mais relevantes encontrados nestes eixos que explicam aproximadamente $\frac{3}{4}$ da variabilidade total das respostas.

Cerca de 45% da variabilidade é explicada pelo 1º eixo, onde se encontram as variáveis sócio-demográficas. Neste eixo evidenciam-se oposições entre respostas das pessoas sem qualquer nível de escolaridade, solteiras, reformadas, do grupo etário mais velho (> 75 anos) divorciadas ou que vivem sozinhas às das pessoas casadas, trabalhadoras, do grupo etário mais jovem e com ensino básico 1º ciclo concluído.

No 2º eixo, cerca de 16% da variabilidade é explicada pelas diferenças entre géneros na escolha dos produtos para temperar alimentos. Pessoas do género masculino usam tendencialmente alho e sal para temperar alimentos, não usam salsa nem coentros. Estas escolhas encontram-se em oposição às do género feminino, mais associadas ao uso da salsa e coentros e menos associadas ao uso do sal e alho.

O 3º eixo representa cerca de 13% da variância. Os produtos alimentares não têm expressão neste factor, pelo que se omite a sua análise.

iii) **Características sócio-demográficas (Q1) e temperos utilizados na confeção (Q8)**

Tabela 27 – Tabela de valores próprios, % da variância explicada e da variância explicada acumulada obtidos pela análise factorial (Q1, Q8)

	Valor Próprio	% Exp	% Acum
1	0.08	39.78	39.78
2	0.04	21.43	61.21
3	0.02	12.38	73.59
4	0.02	8.06	81.65
5	0.01	5.06	86.71
6	0.01	4.36	91.07
7	0.01	3.17	94.24
8	0.00	1.94	96.19
9	0.00	1.63	97.82
10	0.00	0.75	98.57

Os 3 principais factores que resultam da análise da Tabela 27 explicam 73,6% da variabilidade total encontrada nas questões Q1 e Q8. Passam a descrever-se os factos mais relevantes encontrados nestes eixos que explicam aproximadamente $\frac{3}{4}$ da variabilidade total das respostas.

A variabilidade do 1º eixo, que detém 40% da variabilidade total, é explicada essencialmente por variáveis sócio-demográficas. Neste eixo evidenciam-se oposições entre respostas do grupo de pessoas sem qualquer nível de escolaridade, solteiras, reformadas, do grupo etário mais velho (> 75 anos) divorciadas ou que vivem sozinhas às das casadas, trabalhadoras, do grupo etário mais jovem e com ensino básico 1º ciclo concluído. Neste eixo, o primeiro grupo de pessoas está mais associado à utilização de margarina no tempero, enquanto o segundo grupo está mais associado, embora de forma não muito expressiva à utilização do azeite no tempero de alimentos.

No 2º eixo, que detém 21,4% da variabilidade, é explicada essencialmente pela oposição entre pessoas solteiras, divorciadas e a utilização de óleo de soja/girassol, margarina, banha de porco, ou seja, respondem que não usam estas gorduras para temperar. As pessoas solteiras e divorciadas tendem a dar respostas semelhantes em relação às gorduras que usam nos temperos.

iv) Características sócio-demográficas (Q1) e tipos de confecção (Q9)

Tabela 28 – Valores próprios, % da variância explicada e da variância explicada acumulada obtidos pela análise factorial da Q1 e Q9.

	Valor Próprio	% Exp	% Acum
1	0.08	44.50	44.50
2	0.03	16.59	61.09
3	0.02	9.30	70.39
4	0.01	8.06	78.45
5	0.01	4.83	83.28
6	0.01	4.18	87.46
7	0.01	3.34	90.80
8	0.01	2.98	93.78
9	0.00	2.44	96.22
10	0.00	1.47	97.69

Os 3 principais factores que resultam da análise da Tabela 28 explicam 70% da variabilidade total encontrada nas questões Q1 e Q9. Passam a descrever-se os factos mais relevantes encontrados nestes três principais eixos.

Tal como nas questões anteriores, a variabilidade do 1º eixo, que explica 45% da variabilidade total, é explicada essencialmente por variáveis sócio-demográficas. Neste eixo evidenciam-se oposições entre respostas do grupo de pessoas sem qualquer nível de escolaridade, solteiras, reformadas, do grupo etário mais velho (> 75 anos) divorciadas ou que vivem sozinhas às das pessoas casadas, trabalhadoras, do grupo etário mais jovem e com ensino básico 1º ciclo concluído. Neste eixo, o primeiro grupo está mais associado à utilização de fritos na confecção, enquanto o segundo grupo está mais associado à utilização dos cozidos e embora de forma menos expressiva os grelhados, na confecção dos alimentos.

No 2º eixo, que explica 17% da variabilidade. Neste eixo, os factos mais relevantes a evidenciar são:

9. O grupo etário mais jovem encontra-se em oposição à confecção de cozidos, grelhados. Este grupo etário encontra-se ainda associado à confecção de fritos.
10. Em sentido contrário, encontra-se o grupo etário intermédio (65-75 anos), altamente associado à confecção de grelhados e não confecção de alimentos estufados.

As preferências pessoais, relativas à alimentação quando coincidentes com as recomendações, facilitam a adesão à dieta, pelo que cabe aos profissionais de saúde conhecer estas preferências para adequar as recomendações e apresentar sugestões de dietas a adoptar.

Documentar nos registos de enfermagem estas preferências deve ser uma estratégia assumida, assim como a distribuição informação escrita, sempre que surgem dúvidas, pois tem impacto positivo na adesão à dieta.

A informação é um pré requisito importante mas por si só não é suficiente para levar a pessoa a aderir (Teixeira, 2004), pois permite recordar a informação veiculada pelos profissionais de saúde, neste caso consultando a informação escrita fornecida.

No entanto a coerência da informação fornecida por diferentes elementos da equipa multidisciplinar, tal como referido por Teixeira (2004), parece ter influência positiva na adesão.

A estratégia a este nível, passa pela assumpção do papel de cada elemento no seio da equipa e na discussão sobre os aspectos da informação a facultar. A discussão de casos clínicos pode e deve também ser uma boa prática a adoptar.

As crenças de saúde podem ser percussoras de impacto negativo na adesão à dieta, nomeadamente os hábitos de consumo excessivo de sal. Não se pode relegar que a comunidade em estudo situa-se junto ao mar, com tradição no consumo de peixe e mariscos e que o sal tem feito parte da sua história. Atendendo que o tipo de confecção mais referido é o grelhado, o sal parece ser o tempero mais indicado.

A influência social, nomeadamente a opinião dos amigos e da rede de vizinhança e a frequência de espaços de convívio social, podem dificultar a adesão à dieta.

Por outro lado, se a família não adopta os mesmos comportamentos alimentares, pode revelar-se como factor dificultador à adesão da pessoa portadora de HTA.

Sabe-se que no domínio dos comportamentos adoptados, na sua maioria, encontram eco no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e noutros modelos de mudança comportamental, nos quais ele se baseia.

Quanto mais barreiras percebidas à acção maior dificuldade em obter como resultado um comportamento de promoção da saúde (no nosso estudo os comportamentos de promoção da saúde são os comportamentos de adesão); a auto eficácia percebida, no modelo de Nola Pender refere-se à percepção pessoal sobre a capacidade para executar um comportamento, perceber o regime terapêutico.

Cabe ao enfermeiro, na consulta, desmistificar as recomendações do regime alimentar visto como uma imposição, para que a pessoa se sinta envolvida nas decisões sobre o mesmo.

No entanto o seu contributo, relativamente à educação e aos processos de aprendizagem promotores de uma melhor adesão, durante as consultas de enfermagem, pode e deve ser mais efectivo.

Katchen et al., (1986), citado por WHO (2003), usou um programa educativo para enfatizar a importância da adesão num grupo de pessoas portadoras de HTA, tendo verificado

uma diminuição da PAS e PAD dos participantes durante a intervenção, bem como um melhor controlo da PA após o programa.

Iniciar a intervenção com o ensino sobre hábitos alimentares saudáveis, nos grupos etários mais jovens, no âmbito dos planos do Programa Nacional de saúde Escolar, pode ser uma estratégia a enfatizar. Intervir na comunidade de uma forma mais alargada, com recurso a grupos de *stakeholders*, nomeadamente as IPSS, restaurantes, associações, pode ser outra estratégia de intervenção comunitária no contexto em estudo.

Por último, o 3º eixo explica cerca de 9% da variabilidade. Neste eixo os factos mais relevantes encontrados separam os géneros (embora de forma pouco significativa em relação à confecção de assados).

As pessoas do género masculino tendem a estar mais associadas à confecção de estufados. As mulheres tendem a estar em oposição à confecção de assados. É com os solteiros que se evidenciam associações mais significativas com confecção de assados.

v) Características sócio-demográficas (Q1) e MAT (Q11)

Tabela 29 – Valores próprios, % da variância explicada e da variância explicada acumulada obtidos pela análise factorial (Q1, Q11)

Factor	Valor Próprio	% Variância Explicada	% Variância Explicada Acumulada
1	0.05	34.39	34.39
2	0.04	25.37	59.76
3	0.02	10.48	70.24
4	0.01	6.33	76.57
5	0.007	4.87	81.44
6	0.006	4.22	85.66
7	0.006	3.81	89.47
8	0.005	3.10	92.57

Os 3 principais factores que resultam da análise da Tabela 29 explicam 70% da variabilidade total encontrada nas questões Q1 e Q11.

A variabilidade do primeiro factor, que explica 34% da variabilidade total, é explicada essencialmente pelas respostas dadas nas variáveis sócio-demográficas. Agrupa todos os participantes em 2 grupos: um grupo formado pelas pessoas sem qualquer nível de escolaridade, reformadas, do grupo etário mais velho (> 75 anos) ou que vivem sozinhas e outro grupo onde se incluem as pessoas casadas, trabalhadoras, do grupo etário mais jovem e com ensino básico 1º ciclo concluído.

No segundo factor, que explica 25% da variabilidade, aparecem as respostas dadas no MAT.

As questões do MAT que mais contribuem para a variabilidade das respostas são as questões um (*Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?*) e a dois (*alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?*).

As diferenças nas respostas a estas duas questões estão associadas ao género dos participantes: os do género feminino tendem a ser menos esquecidos/descuidados (atribuem cotações superiores) com a toma dos medicamentos do que os do género masculino.

Nas questões três (*alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?*), seis (*alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença, por ter deixado acabar os medicamentos?*) e sete (*alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?*), também fazem parte do lote de questões que mais contribuem para a variabilidade das respostas dadas.

O que as distingue das questões 1 e 2 é que aqui, para além do género dos participantes, verifica-se que cotações inferiores atribuídas a estas questões estão também bem associadas com as pessoas do género masculino do grupo etário intermédio (65-74 anos).

O factor idade pode contribuir para este resultado pelo que a utilização de memorandos pode ser outra estratégia a adoptar, através de embalagens especiais como as caixas de distribuição e com a preparação inclusivamente por parte da enfermeira ou dos principais cuidadores.

Embora com menor expressão, o terceiro factor explica 10% da variabilidade das respostas.

A questão cinco (*alguma vez tomou mais um ou vários medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?*), assume neste eixo o papel da questão mais importante entre todas as questões do MAT.

As diferenças nas respostas a esta questão estão associadas ao género dos participantes (tal como nas questões 1 e 2). Neste caso, as pessoas do género masculino atribuem cotações superiores a esta questão, dando indicação de uma menor tendência para a auto medicação, do que as do género feminino (ao contrário do observado nas questões 1 e 2).

Reconhecer os benefícios, resultantes do cumprimento das recomendações tem impacto positivo fundamentalmente para aderir ao regime medicamentoso.

O enfermeiro pode ter um papel fundamental neste aspecto, dado conhecer a pessoa, estabelecer uma relação de confiança e proximidade, contínua.

Os dados da literatura que indicam a qualidade da relação que se estabelece como um factor importante na adesão mas também ele só por si insuficiente para a explicar (WHO, 2003).

Por fim, a associação entre as variáveis sócio-demográficas e a variabilidade da questão seis (*alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença, por ter deixado acabar os medicamentos?*), não tem expressão que justifique a sua análise.

O elevado número de estudos que utilizam os processos educativos para melhorar a adesão terapêutica, traduz o reconhecimento da sua importância, embora seja consensual, na maioria dos artigos, a sua pequena eficácia se utilizados isoladamente (Bugalho & Carneiro (2004).

A evidência científica produzida sobre esta temática reforça a importância dos processos educativos geradores de comportamentos de procura de saúde.

CAPÍTULO 4 – MODELO DE INTERVENÇÃO

No contexto actual, o modelo ideal tem que transformar-se muitas vezes no modelo possível, e as ideias e as acções exemplares nas que são mais apropriadas a determinado contexto.

Assim, é fulcral a utilização de avaliação sistemática e contínua dos problemas individuais e comunitários, das necessidades, dos recursos existentes e as formas de intervenção mais adequadas, de modo serem tidas em conta e a serem incorporados na sua gestão.

Atendendo à estratégia nacional, o planeamento estratégico do ACESAL considera como garantia, que os CSP vão trabalhar em conjunto com a comunidade de modo a implementar programas de intervenção comunitária realistas e adequados, com enfoque na prevenção e promoção da saúde.

Muito embora tenha sido desenhado um modelo de intervenção para a UCSP de Alcácer do Sal *versus* UCC, que tem como elemento integrante das duas unidades funcionais, a enfermeira da equipa de saúde local da extensão de Saúde da Comporta, considera-se alargar este modelo a outras unidades do ACESAL, numa segunda fase.

Estrategicamente este projecto encontra-se alinhado com dois vectores estratégicos do ACESAL: Normalização dos processos e procedimentos de trabalho e sua monitorização e avaliação; Desempenho organizacional, integrando as perspectivas da Pessoa, dos Processos e da Inovação e Aprendizagem.

Esta gestão segue os princípios e métodos gerais comuns à gestão de outros projectos, sendo um dos princípios chave a observar, que só é possível gerir e avaliar aquilo que se puder medir.

Tendo por base o diagnóstico efectuado, a identificação das estratégias de promoção da saúde e da prevenção primária no âmbito da HTA, para as quais existe evidência de eficácia/eficiência, o projecto visa três áreas distintas de intervenção que adiante são definidas.

Pela descrição do contexto, percebe-se que é muito importante ser-se realista na adequação dos recursos, por isso, considerou-se a mobilização dos recursos existentes e disponíveis na comunidade com estabelecimento de uma parceria com o Hospital do Litoral Alentejano e a Câmara Municipal de Alcácer do Sal.

É do conhecimento de todos que o planeamento das estratégias em função dos resultados encontrados, permite obter um conhecimento mais profundo do problema e é corrente encontrarmos autores que defendem que a metodologia de projecto é reflexiva, pois além de ser sustentada pela investigação, visa identificar problemas e tentar resolvê-los através de actividades práticas.

Os próprios destinatários do projecto são activos na execução do mesmo, sendo que esta interacção contribui para que conheçam os seus problemas e que sejam também parceiros na construção de soluções.

Esta metodologia, ao permitir o desenvolvimento pessoal de cada um, permite em simultâneo que se misturem várias experiências, pensamentos e perspectivas, desenvolvendo novas formas de resolução dos problemas e enriquecendo cada elemento do grupo, com enfoque especial nos enfermeiros.

Actualmente, e de acordo com a WHO (2003), o autocuidado, protagonizado pela pessoa portadora de HTA, assume um papel central no tratamento da HTA.

Assim, efectuar a vigilância da PA, ajustar o consumo de alimentos, especialmente o sal, cumprir o regime medicamentoso ao efectuar correctamente a sua toma, praticar exercício regular, fazer uma vigilância de saúde periódica, são as actividades de autocuidado que pessoa portadora de HTA deve integrar no seu dia-a-dia.

Haynes (2006) sintetiza o que se pretende em termos de autocuidado e auto gestão numa patologia crónica: cumprir o plano terapêutico ao nível da toma de medicamentos, alimentação, exercício físico regular, conseguir integrar a vivência da patologia na rotina diária, encontrar estratégias para lidar com o medo, a angústia causada pela incerteza dos efeitos da doença no futuro.

De modo a que as actividades sejam integradas na rotina diária é necessário que a pessoa tenha conhecimento sobre a doença e o regime terapêutico, de modo a saber o que dela se espera e que adquira o domínio de habilidades práticas associadas ao treino, ou seja a aprendizagem de capacidades que lhe confirmem competência para lidar do ponto de vista instrumental, ou técnico, com a sua condição de saúde.

Cabe ao enfermeiro para capacitar a pessoa com HTA e/ou prestador de cuidados, fornecendo-lhes informação para a gestão do regime terapêutico, de modo a serem proactivos na consecução do seu “projecto de saúde”, utilizando estratégias que visam a implementação de processos de ensino aprendizagem, para que adquiram competências para a implementação de comportamentos adequados à sua condição de saúde.

As intervenções de enfermagem serão fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar, tal como defende Pender (1987) para a promoção de saúde.

Quando as pessoas são limitadas a desempenhar um papel de receptor passivo dos cuidados de saúde, onde o que se espera é que obedecem às ordens sem questionar, falha drasticamente a abordagem quando aplicada às situações de doença crónica, prevenção e promoção da saúde. Emerge nesta análise, o conceito de *empowerment*, que traduz um processo de aquisição de conhecimentos e competências por parte das pessoas e capacita o indivíduo com os recursos que precisa para tomar decisões pessoais informadas acerca do seu autocuidado.

Para facilitar a intervenção, o folheto tem uma dupla função: promove a informação e educação terapêutica de apoio, e permite que cada pessoa se possa inscrever nas sessões de alimentação e de exercício físico.

4.1. A CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem via a realização de uma avaliação, o estabelecer de um plano de cuidados de enfermagem, no sentido de capacitar a pessoa para atingir o máximo de capacidade para o autocuidado.

Existem diferenças evidentes entre os cuidados de saúde ao nível do tratamento da doença aguda e o acompanhamento terapêutico da pessoa com doença crónica.

Para Meleis (2000), o exercício da profissão de enfermagem, centrando-se nas respostas humanas aos processos de saúde / doença, exige ao profissional uma relação com as pessoas e famílias nos diferentes processos de transição das suas vidas. Pretende-se o desenvolvimento de competências relacionais, emocionais e éticas na interacção com a pessoa, pela interiorização de atitudes de relação de ajuda e treino das habilidades em que elas se concretizam, com enfoque na satisfação.

A OE (2003), referia que o enfermeiro deve procurar a excelência no exercício profissional, atingindo os mais elevados níveis de satisfação das pessoas. No processo de prestação de cuidados de enfermagem, existem alguns elementos importantes que se relacionam com a satisfação dos utentes, como

o respeito pelas capacidades, pelas crenças, pelos valores e desejos de natureza individual do cliente; a procura constante da empatia nas interacções com o cliente; o estabelecimento de parcerias com o cliente, no planeamento do processo de cuidados; o envolvimento dos conviventes do cliente individual no processo de cuidados e o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde. (p.147-148)

Para que a satisfação das pessoas, seja uma realidade, é fundamental ter em atenção a relação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa portadora de HTA, de modo a promover comportamentos de adesão.

Neste enquadramento, o exercício autónomo de enfermagem emerge, aquando da identificação das necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa portadora de HTA, e a adesão ao regime terapêutico, em que se torna importante a complexidade do pensamento evidenciando os cuidados de enfermagem cientificamente estudados, como uma mais-valia para a disciplina e para a profissão.

Neste enquadramento, e atendendo a que são as competências dos enfermeiros de cuidados gerais, definiu-se o guião da consulta de enfermagem conforme consta na tabela 30, com o tempo médio de 30 minutos na primeira consulta e 20 minutos nas seguintes.

Tabela 30 – Guião da consulta de enfermagem do grupo de risco hipertensão

Desenho/Cronologia	Actividades
I Parte	Apresentação Avaliação Inicial: Intercorrências desde última consulta/ outras consultas Regime medicamentoso Preocupações/dúvidas Prática de actividades desportivas/culturais/ocupação tempos livres Registos
II Parte	Avaliação PA, IMC, FC, Perímetro Abdominal Gestão do regime terapêutico Importância do autocuidado Fisiopatologia da HTA Complicações tardias da HTA Hábitos: Alcoólicos/alimentares/eliminação/higiene/sono repouso/vida saudável / tabágicos Importância consulta periódica/exercício físico Prevenção de acidentes Programa Nacional de Vacinação: Vacina anti-Tetânica (Td) Registos
III Parte	Preocupações/Dúvidas Fornecimento de informação escrita Registos

De acordo com a *Adherence Meeting* (WHO, 2003), foi também tido em conta que os enfermeiros devem incluir nas estratégias para melhorar a adesão:

- A colheita de dados sobre os comportamentos de adesão, recorrendo a questões não ameaçadoras que lhe permitam perceber se a pessoa adere ou não e em que vertentes do regime terapêutico;
- Questionar a pessoa sobre os efeitos secundários da medicação e as suas consequências na qualidade de vida;
- O conhecimento sobre a doença, sobre tratamento e sobre o modo como este poderá ajudar.
- A importância de aderir ao regime terapêutico, possíveis efeitos secundários e estratégias para lidar com eles;
- Sugerir ou orientar a pessoa para utilizar estratégias que facilitem a adesão ao regime medicamentoso como horários detalhados que integrem os horários da medicação nos seus hábitos diários e recorrer a caixas de medicação com horários ou alarmes de modo a evitar os esquecimentos úteis, sobretudo, em idosos.
- Recordar e reforçar os comportamentos de adesão, através de diagramas e gráfico que mostrem o impacto da adesão nos valores de tensão arterial obtidos;

Neste particular, importa não só perceber o porquê da pessoa optar por determinado comportamento em detrimento de outro, assim como delinear estratégias adequadas que visem o envolvimento e a capacitação para o seu projecto de saúde.

A informação por escrito pode ser uma das estratégias a utilizar, mas não a única quando se pretende aumentar a adesão.

Outra das estratégias que já foi estudada com sucesso, prende-se com a disponibilidade de contacto telefónico entre as pessoas e o enfermeiro, pois promove o aumento da comunicação e aconselhamento de forma directa, pelo que constituiu uma das estratégias adoptadas na consulta, sendo distribuído na primeira consulta o número de telefone da extensão, sem limitações horárias dentro do período normal de funcionamento.

Por outro lado simplificar o regime terapêutico a nível das tomas diárias não compete ao enfermeiro, uma vez que as prescrições de terapêutica são da competência do médico.

No entanto se a pessoa vem à consulta de enfermagem e se o enfermeiro identifica que o facto de o esquema terapêutico ser complexo está a ser um factor dificultador no processo de adesão, deve partilhar este conhecimento com o médico para que em conjunto se encontre uma solução.

A utilização de memorandos tem sido outra estratégia adoptada, através de embalagens especiais como as caixas de distribuição de medicamentos ou empacotamento da medicação em embalagens individuais com o dia e o horário, com informação visual sobre a toma dos medicamentos referente à hora do dia.

Também os alertas telefónicos feitos pela assistente técnica da extensão, na véspera da consulta, são a forma encontrada para garantir a adesão à consulta.

A acessibilidade aos serviços de saúde, a relação estabelecida com os profissionais e a própria organização dos serviços, mais ou menos direccionada para cuidar da pessoa com HTA constituem neste contexto, uma prioridade para o ACESAL no geral e para a UCSP de Alcácer do Sal no particular.

4.1.1. Acesso à Consulta

No âmbito da Qualidade e Inovação nos CSP, o ACESAL optou pelo desenvolvimento do projecto-piloto “Modelo de Intervenção em Saúde Cardiovascular”, na consecução dos objectivos gerais das “Boas Práticas de Governação” e poderá potenciar de forma muito substantiva o envolvimento das pessoas portadoras de HTA, enquanto parceiros activos. Assim, foi produzido o manual de estruturação da consulta integrada, médica e de enfermagem, da pessoa com HTA na extensão de saúde da Comporta.

O agendamento das consultas será efectuado para períodos específicos e consecutivos no mesmo período do dia, que se encontram afixados na Unidade, presencialmente, por telefone ou via electrónica, de modo a que a pessoa não tenha de se deslocar desnecessariamente aos CS.

A referenciação para a consulta pode ser efectuada internamente, no âmbito do Serviço de Urgência Básica, Consulta Complementar ou de inter substituição, por qualquer profissional médico ou de enfermagem ou pode ainda resultar de uma identificação externa.

Emerge então, a necessidade do enfermeiro quer na consulta na extensão de saúde quer em contexto domiciliário, adequar a informação às necessidades da pessoa portadora de HTA e/ou prestador de cuidados (nível de literacia, capacidade para aprender), que interferem decisivamente neste processo de aquisição de competências fundamentais, para que estes, adiram eficazmente ao regime terapêutico. Existem estudos que sugerem que as pessoas aderem melhor, quando lhes é transmitida informação sobre a sua doença e regime de tratamento.

Cabe então ao enfermeiro documentar os ensinamentos realizados, de forma a garantir a continuidade de cuidados e a monitorizar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

4.1.2. Registos de enfermagem

O registo das actividades, além de constituir um dever dos profissionais, é o factor fundamental para garantir a continuidade de cuidados e a existência de informação que permita a tomada de decisão em enfermagem.

O tratamento da HTA impõe um controlo da gestão do regime terapêutico alinhado com registos frequentes da PA, do IMC, até se obterem os valores definidos pelas *guidelines*, a partir dos quais se poderá avaliar a PA com maior periodicidade.

Para a OE (2003)

A produção de guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica – “*guidelines*” – constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros...os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional (p.6).

Assim, de modo a haver um procedimento uniforme no registo clínico das pessoas portadoras de HTA, será utilizado em exclusivo, o sistema SAPE, com a CIPE[®] como referencial de linguagem.

Segundo a OE (2007), dada a natureza da CIPE[®], há necessidade de parametrização por unidade prestadora de cuidados. Entenda-se parametrização como a adequação dos itens mais utilizados na unidade, pois as necessidades de cuidados de enfermagem variam consoante os processos de saúde e doença de cada pessoa, logo variam também os focos, as intervenções e os resultados esperados de enfermagem.

Só através da monitorização e acompanhamento, é possível a avaliação ao longo do processo de enfermagem, a introdução das necessárias medidas correctivas, sendo fundamental a definição de indicadores que permitam medir os objectivos definidos e respectivas metas.

Os indicadores de um programa de saúde constituem um instrumento de planeamento, principalmente no que se refere à definição de áreas prioritárias de intervenção, metodologias e estratégias de intervenção.

Neste particular e para que se possam definir os indicadores clínicos e de execução (Apêndice XIV).

Em paralelo construíram-se os respectivos bilhetes de identidade. (Apêndice XV)

Houve necessidade de definir *a priori* o RMDE para o Grupo de risco Hipertensão, visando a qualidade do desempenho dos enfermeiros. (Apêndice XVI)

4.2. A EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA

Cabe, aos CSP, por ser um imperativo de natureza ética, esclarecer cada pessoa da forma como pode escolher, adaptar e assumir, as opções mais saudáveis e desejáveis dentro do seu próprio estilo de vida.

A este propósito, Oliveira (2004) faz referência à reunião de Barcelona, em que a partir de 1997, a WHO considerou que a defesa da saúde exige profissionais de saúde “5 estrelas”, possuindo como características essenciais: cuidador, decisor, comunicador, líder comunitário e gestor. Estes profissionais teriam como finalidade major, cuidar da saúde das populações (e não apenas das doenças), teriam a capacidade de tomar decisões capazes de produzir mudanças concretas, comunicando eficazmente (e não unilateralmente) com as pessoas e os grupos.

A educação terapêutica assume um papel fundamental, pois a equipa de saúde deve proporcionar à pessoa com doença crónica no geral e na HTA no particular, um acompanhamento incondicional e duradouro, e criar um ambiente favorável à aceitação da doença, estimulando a motivação para a mudança de comportamentos, para a aprendizagem e a adesão ao regime terapêutico

Um dos objectivos da educação alimentar na HTA é desenvolver algumas competências que são adquiridas após a informação que é fornecida.

Para cumprir este desiderato, esta etapa inicia-se com a inscrição de cada pessoa através do folheto, tanto para as sessões de educação alimentar como para o programa de exercício físico.

A mudança de hábitos e comportamentos é por vezes difícil e deve ser feita de forma gradual, é um processo dinâmico que exige tempo e apoio na qual interagem diversos factores incluindo o comportamento habitual, os factores pessoais e as influências do meio.

Neste enquadramento, definiu-se o formato das sessões, a população alvo, locais e metodologia de divulgação das sessões, bem como a definição das responsabilidades na implementação das estratégias e desenvolvimento das actividades.

As actividades tiveram início a 9 de Janeiro de 2012 com as sessões sobre a HTA e alimentação com a elaboração de diapositivos a apresentar nas sessões. (**Apêndice XVII**)

Como produto final foram elaborados os documentos de suporte à implementação das actividades e estratégias de promoção da saúde e prevenção no âmbito da HTA, que está documentada na Tabela 31.

Tabela 31 – Programa de educação terapêutica

Desenho/Cronologia	Educação Terapêutica
Grupo Alvo	As pessoas portadoras de HTA, inscritas na extensão da Comporta
Tema 1 Tema 2	Alimentação e Hipertensão Arterial, que relação? Escolhas de alimentos e cuidados especiais na HTA
Objectivos Tema 1	Compreender os objectivos do programa; Conhecer a HTA e as principais complicações; Compreender a relação existente entre a HTA e alimentação; Compreender quais os objectivos alimentares e nutricionais para o controlo da HTA; Identificar quais as principais regras de uma alimentação equilibrada; Compreender a Roda dos Alimentos, identificando os diferentes grupos de alimentos e suas principais características nutricionais
Objectivos Tema 2	Saber ler os rótulos dos produtos alimentares; Compreender a importância do controlo de sal, gorduras, açúcares, álcool e cafeína; Identificar quais os alimentos a controlar; Compreender o conceito “Doses e Equivalentes”; Demonstração de Doses e equivalentes; Jogo “À volta da Roda”
Dinâmica	Apresentação do programa e participantes Debate dirigido sobre a Hipertensão Arterial e a alimentação Exploração da Nova Roda dos Alimentos Exploração de rótulos de produtos alimentares de uso comum Debate dirigido sobre técnicas culinárias Avaliação qualitativa das sessões/ Componente teórico prática

Responsável	Enfermeiras Dietista do Hospital de Referência Médico
Contexto	Sala de reuniões da extensão de saúde
Divulgação	Extensão de saúde, supermercado, restaurantes, cafés, escolas, cabeleireiras, IPSS, associações locais, jornal periódico da autarquia.
Grupo/duração da sessão	Grupos de 10-15 Pessoas / 60 minutos por sessão
Recursos	Computador / <i>Datashow</i> / Materiais didácticos
Periodicidade	2/2 Meses, início em Janeiro, suspende em Agosto/Dezembro
Sessões realizadas	9 de Janeiro/16 de Janeiro
Próximas sessões agendadas	19 / 26 de Março
Presenças	32 Pessoas - 13 do género masculino e 19 do género feminino

4.3. PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO

Qualquer prescrição de exercício é efectuada para melhorar a condição física e promover a saúde pela redução dos factores de risco para doenças crónicas como por exemplo a HTA, bem como para assegurar a segurança dos participantes em programas de exercício físico.

Para indivíduos sedentários, com risco de desenvolver prematuramente doenças crónicas, a simples adopção de um estilo de vida activo pode proporcionar importantes benefícios de saúde.

A campanha sob o mote “Mexa-se pela sua Saúde”, realizada pela Fundação Portuguesa de Cardiologia (FPC) em 2004, subscreve a importância de investir nesta área.

Apesar das evidências acumuladas sobre os benefícios do exercício físico para a saúde, os níveis de prática dos portugueses ainda são muito baixos.

Contudo, verifica-se actualmente uma discreta mudança de comportamento a este nível, já que vai sendo comum que as pessoas se reúnam para fazer caminhada.

Na construção dos programas de exercício, importa referir que, no início de cada época se efectua uma avaliação do perfil de saúde e da condição física de cada pessoa, que tem por objectivo despistar problemas físicos que se possam intensificar com o exercício físico.

Os inscritos são avaliados nas consultas médicas e de enfermagem, e a inscrição só tem validade após a obtenção de autorização para ingressar no programa de exercício físico.

Este processo de avaliação é composto por anamnese, análise dos factores de risco (a considerar a modificação dos exercícios e ou carga em função dos factores), avaliação postural e avaliação da condição física (aplicação de uma bateria de testes de modo a avaliar as capacidades físicas) e componentes antropométricos (peso corporal, estatura total, circunferência abdominal, índice de massa corporal).

Os exercícios quando propostos, independentemente do seu objectivo, devem obedecer a um conjunto de princípios que os direccionam, orientam e controlam com maior eficácia a sua aplicação, no sentido de obter o maior rendimento a partir dos mesmos.

Este conjunto de directrizes denomina-se de Princípios do Treino. Estes Princípios subdividem-se em três categorias, princípios Biológicos, Metodológicos e Pedagógicos, (Tavares, 2003)

Para o ACSM (2003) “(...) a prescrição dos conteúdos do treino, temos que ter em consideração as componentes essenciais do mesmo, nomeadamente, o tipo, a intensidade, a frequência, a duração e a progressão do exercício físico” (p. 54).

Por outro lado, correlacionar exercícios a elementos da vida diária pode ser uma boa estratégia para que os participantes se lembrem rapidamente do exercício proposto, no entanto isso não descarta a necessidade da demonstração.

Como tal, existe uma necessidade de definir a intensidade e duração adequada, bem como monitorizar a FC, PA, percepção subjectiva de esforço e Electrocardiograma (quando apropriado) para se conseguir um estímulo efectivo e seguro.

Assim, definiu-se que no programa de exercício em análise, os exercícios obedecem a uma intensidade de leve a moderada (50% a 80% da Frequência Cardíaca máxima [Fcmáx], sendo a $F_{cmáx} = 220 - \text{idade}$) e o treino da força deve estar entre os valores da Frequência Cardíaca (FC) de 120 a 140 da Escala de Borg. **(Anexo IV)**

Por outro lado, como a hidrogenástica leva de maneira obrigatória à imersão do corpo no meio líquido, os primeiros ajustes corporais provavelmente são temperatura corporal e pressão periférica.

A temperatura da água é então uma característica importante e deve ser observada neste tipo de actividade. A temperatura ideal para prática de actividades aquáticas não competitivas deve ser entre 27° e 29° (graus) e esta é dependente da faixa etária dos praticantes.

Realiza-se na posição vertical, com a água na altura do tórax, devendo trabalhar toda a musculatura do corpo.

Existe grande diferença de ritmo dentro e fora da água, por isso o professor deve estar atento para não exigir que o praticante execute o movimento com a mesma velocidade que a dele.

Estrutura-se com aquecimento, condicionamento aeróbico e relaxamento. Destina-se a promover aspectos relacionados com a capacidade física: força, resistência muscular, condicionamento cardiovascular, flexibilidade e bem-estar físico e mental.

A sudação é dissipada pela água, no entanto, este facto implica um consumo constante de água durante a prática desta actividade.

Neste enquadramento, foi desenhado um programa de exercício físico de intensidade moderada cuja responsabilidade técnica e pedagógica é do Sector do Desporto da Câmara Municipal de Alcácer do Sal, sendo responsáveis pelas actividades deste programa dois técnicos de desporto, conforme se encontra documentado na Tabela 32.

As actividades tiveram início 17 de Outubro de 2011.

Tabela 32 – Programa de exercício físico

Desenho/Cronologia	Exercícios em Terra	Hidroginástica
Grupo Alvo	Pessoas portadoras de HTA residentes na Comporta	
Objectivos	Aumentar o volume de oxigénio máximo Aumentar o volume sistólico Reduzir a resistência vascular Diminuir a FC de repouso Fortalecer o sistema músculo-esquelético Reduzir gordura corporal total/abdominal Aumentar a capacidade cardio-respiratória Manter ou aumentar a força, resistência e tónus muscular Prevenir evento cardíaco agudo Melhorar a imagem que tem de si próprio Promover a cultura da vizinhança	Aliviar a dor e espasmos musculares Manter ou aumentar a flexibilidade e a amplitude articular Aumentar a capacidade cardio-respiratória Manter e melhorar o equilíbrio, coordenação e postura Reeducação dos músculos Relaxar Alongar os grandes grupos musculares
Responsável	Técnicos Superiores de Desporto da Autarquia	
Contexto	Salão do Clube Desportivo da Comporta	Piscina Coberta de Alcácer do Sal

Divulgação	Extensão de saúde, supermercado, restaurantes, cafés, escolas e cabeleireiras, IPSS, associações locais, jornal periódico da autarquia.	
Grupo/duração da sessão	Grupos mistos de 10-15 Pessoas / 60 minutos por sessão	
Dinâmica	10 minutos de aquecimento (exercícios de alongamento de membros e tronco) 40 minutos de exercícios aeróbios 10 minutos de resfriamento com exercícios de alongamento flexibilidade e relaxamento	5 a 10 minutos de aquecimento 30 a 35 minutos exercícios aeróbios dirigidos 5 a 10 minutos relaxamento com diminuição da frequência cardíaca e da temperatura corporal
Recursos	Material didáctico Apoio de dois autocarros, que asseguram a deslocação dos alunos do Pré-escolar e simultaneamente dos inscritos no programa de educação física.	
Calendarização	De Outubro a Junho, 2 vezes por semana / gratuito As sessões iniciaram-se a 17 de Outubro de 2011	
Periodicidade/ Horário de Funcionamento	2ª Feira – 2 turnos Das 8.30 às 13.00 h	6ª Feira - 2 turnos Das 8.30 às 13.00 h
Presenças	Das 15 participantes todas género feminino, 10 são portadoras de HTA (61 e os 80 anos)	Dos 29 participantes, 18 são portadores de HTA – 2 do sexo masculino (69 e 76 anos) e 16 do sexo feminino (55 e 80 anos).

⊙ Avaliação

A finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência. Desta forma, pretende-se determinar o valor das intervenções realizadas.

A equipa de técnicos avalia o programa mensalmente, assegurando a intervenção eficiente e homogénea em todas as turmas do projecto: a avaliação dever-se-á traduzir num diálogo sucessivo com a pessoa portadora de HTA, de modo a que a sua participação assente na consciencialização, e seja uma mais-valia para o resultado final.

Sabe-se que apesar das evidências acumuladas sobre os benefícios do exercício físico para a saúde, os níveis de prática dos portugueses ainda são muito baixos.

No entanto, há várias controvérsias no que se refere ao impacto e relevância das diferentes iniciativas e, conseqüentemente, da adesão da população aos programas, que passam pela própria compreensão da saúde, corpo e qualidade de vida, entre outros conceitos, pelos princípios que justificam as iniciativas, seja do poder público seja do privado, pelos valores e sentidos atribuídos ao exercício físico.

Entretanto, é importante destacar que não há no nosso país uma cultura de avaliação de programas de exercício físico em parceria com as equipas de saúde.

Cabe não só ao técnico de desporto envolvido no projecto mas também à enfermeira, o ensino sobre os problemas relacionados com a segurança durante o exercício, incluindo sinais e sintomas de alarme.

No decorrer de uma sessão de exercícios, importa dedicar extrema atenção aos seguintes sinais e sintomas que podem estar evidenciando uma intolerância ao exercício:

- Tonturas;
- Angina *pectoris* (dor no peito);
- Fadiga excessiva e incomum;
- Claudicação intolerável;
- Descoordenação motora;
- Confusão mental;
- Cianose, palidez, visão turva, hipotensão arterial;
- Taquiarritmia ou bradiarritmia;
- Dispneia desproporcional ao esforço físico.

Ao aparecimento desses sinais ou sintomas, o exercício deve ser suspenso, contactado o serviço de emergência médica e encaminhar a pessoa para o Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal, que dista a cerca de cinco minutos da piscina municipal e a cerca de quinze minutos da comunidade da Comporta.



CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO

Tal como refere o PNS (2011-2016), os factores que determinam e influenciam o estado de saúde de uma população são dinâmicos, sistémicos e complexos.

Actualmente, as exigências sociais com a saúde e com os serviços prestadores de cuidados de saúde são crescentes. Também o desenvolvimento técnico científico e uma maior literacia em saúde criam novas expectativas e novas metas de desenvolvimento.

Neste enquadramento, melhorar o nível de saúde de todos os cidadãos é um dos objectivos últimos do SNS, e as estratégias a desenvolver devem ser integradas e complementares.

A WHO (2008, p.4) afirma que “um serviço de saúde de qualidade é aquele que organiza os recursos eficazmente de forma a ir ao encontro das necessidades de saúde dos que mais precisam de cuidados preventivos e curativos, de forma segura e sem desperdício”.

Esta definição abrange as três perspectivas de qualidade: qualidade da pessoa portadora de doença crónica, o que experiencia; qualidade profissional (o que as pessoas necessitam e a aplicação das melhores práticas) e gestão da qualidade, realizada eficazmente através da elaboração de normas de actuação (Christo, 2010, p. 45).

A adesão ao regime terapêutico assume uma grande importância no mundo actual, representando uma enorme preocupação para as políticas de saúde. O envelhecimento progressivo da população e o aumento das doenças crónicas traduz-se num aumento exponencial dos gastos com a saúde. “Prevê-se que o impacto económico mundial das doenças crónicas continue a crescer até 2020, altura em que corresponderá a 65% das despesas para a saúde em todo o mundo” (Bugalho & Carneiro, 2004, p. 9).

Importa pois, definitiva e efectivamente, integrar a temática da adesão ao regime terapêutico, nos curricula dos cursos de todos os profissionais de saúde, uma vez que, só uma abordagem multidisciplinar produzirá os resultados desejados.

No âmbito da adesão ao regime terapêutico, os ganhos em saúde resultam do contributo de todos os profissionais envolvidos, em que cada um deve dar o seu contributo particular, de acordo com o seu mandato social. Todos os profissionais de saúde, deverão dispor de formação e treino, que lhes permitam, cada um na sua área definir e implementar intervenções para melhorar/aumentar a adesão ao regime terapêutico (WHO, 2003).

Tendo os enfermeiros um papel preponderante na problemática da adesão, parece que se pode afirmar que, globalmente, no contexto em que se realizou o presente projecto, os

resultados, embora não possam ser generalizados, vão de encontro à ideia inicial que o norteou. As estratégias de intervenção na adesão ao regime terapêutico, devem ser alinhadas entre os diferentes parceiros comunitários de modo a capacitar a pessoa com HTA para a adesão, e paralelamente promover o desenvolvimento de competências dos profissionais para aumentarem a adesão terapêutica das pessoas com HTA que cuidam.

Uma cultura de integração dos diferentes grupos profissionais, nos processos de mudança e de partilha do conhecimento sobre o estado da arte, bem como a definição de normas e protocolos de procedimentos que definam as funções e o papel do enfermeiro em CSP, poderá ser outra das estratégias para a garantia da adesão á terapêutica, e que asseguram a segurança na prestação de cuidados.

Embora este projecto seja de índole de intervenção comunitária nos CSP, se existir uma melhoria na comunicação na equipa, na identificação das pessoas portadoras de HTA, das suas necessidades e preferências, se existir um planeamento partilhado e o funcionamento em equipa e em rede, haverá seguramente repercussões directas nos cuidados prestados, na qualidade de vida e naturalmente na satisfação das pessoas cuidadas e dos profissionais.

A comunicação dentro da equipa de saúde, parece-nos então uma dimensão fundamental a ser encarada com frontalidade nos aspectos relativos aos profissionais de saúde que condicionam a adesão á terapêutica, sob pena de nos mantermos a alimentar ciclicamente um processo que compromete a segurança das pessoas e a qualidade dos cuidados.

Partindo dos objectivos inicialmente traçados para este projecto, verificamos que, no contexto em que o mesmo se realizou, a percentagem de pessoas que aderem ao regime terapêutico é bastante baixa, pois no que diz respeito às medidas adoptadas após o diagnóstico da HTA, pode-se observar que a maioria dos participantes (62,3%) referiu que a medida que assume para controlar a HTA é a medicação. Verifica-se também a polimedicação, com o valor máximo 12 fármacos por pessoa. Importa ainda referir que 42.62% referem que reduziram o sal e 37.7% reduziram a ingestão de gorduras, contudo quando questionados sobre se consideram que a mudança de hábitos muda positivamente a HTA, 52.46% dos participantes refere que não, sendo que 6,5% refere que pratica exercício físico.

No domínio dos comportamentos adoptados, as categorias emergentes dos dados, na sua maioria encontram eco no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e noutros modelos de mudança comportamental, nos quais ele se baseia. Os factores que dificultam a adesão confirmam o descrito no modelo, ou seja, que quanto mais barreiras percebidas à acção maior dificuldade em obter como resultado um comportamento de promoção da saúde (no nosso estudo os comportamentos de promoção da saúde são os comportamentos de adesão); a auto eficácia percebida, no modelo de Nola Pender refere-se à percepção pessoal

sobre a capacidade para executar um comportamento, o que vai de encontro ao que emergiu na influência social como o viver sozinho, ter ocupação e ausência de ocupação, no domínio dos comportamentos adoptados e a responsabilidade da família.

Os enfermeiros, pela natureza e pela intensidade da relação que estabelecem com a pessoa portadora de doença crónica e com a família, inerente à frequência e ao tempo de contacto muito significativos e pela informalidade que caracteriza a sua interacção e que é muito valorizada pelas pessoas, devem investir mais no que se refere à adesão, pois este ainda é um processo ainda pouco sistematizado e intencional, contudo apesar desta percepção, 65.57% dos inquiridos obtiveram informação sobre a consulta de HTA pelo enfermeiro.

A educação e mais concretamente a educação para a saúde, revela-se como um recurso fundamental, na intervenção terapêutica dos enfermeiros, promotora de uma melhor adesão. Tal como defende (Bugalho e Carneiro, 2004), torna-se fundamental que se criem medidas objectivas de avaliação dos benefícios das intervenções. São vários os instrumentos de recolhas de dados sobre a adesão, mas nenhum abrange a totalidade do fenómeno em estudo.

Os resultados do estudo e a revisão de literatura realizada, sobre o fenómeno da adesão, permitem que se sugira, além da intervenção individual, orientada pelo modelo de promoção da saúde de Nola Pender e pelo projecto de intervenção em saúde cardiovascular do ACESAL, que podem facilitar a vigilância e monitorização do fenómeno da adesão e a prescrição atempada das intervenções mais adequadas a cada pessoa, se integrem também as parcerias comunitárias recorrendo ao grupo de pares, bem como, o reforço de informação sobre o regime alimentar e o exercício físico, como terapia coadjuvante no tratamento e manutenção da saúde nas pessoas portadoras de HTA, juntamente com a terapêutica medicamentosa, caso necessário.

A educação e mais concretamente a educação para a saúde, revela-se como um recurso fundamental, na intervenção terapêutica dos enfermeiros, promotora de uma melhor adesão.

Assim, este projecto pode ser um pretexto ou o ponto de partida para a realização de outras pesquisas visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no contexto de cuidados de saúde primários.

Como limitações do projecto, considera-se que na realização de um exercício desta natureza, a experiência do coordenador e restante equipa, se torna num factor importantíssimo para o seu desenvolvimento. Por conseguinte, detém-se a plena percepção que a inexperiência no âmbito do desenho de projectos, se tornou uma limitação, pois as questões teóricas são equacionadas e reflectidas com o desenvolvimento da prática e vice-versa.

No entanto, importa sempre olhar para estas limitações como uma etapa de aprendizagem, uma vez que permitiu realizar todo o processo do desenho da intervenção, com o máximo rigor metodológico e ético.

A partilha dos resultados do projecto com a equipa de enfermagem, constituirá seguramente a garantia da continuidade de um percurso de reflexão sobre as práticas em uso, através de um processo intencional, perspectivando as mudanças necessárias, para melhorar ou introduzir novas estratégias e intervenções com impacto positivo nos comportamentos de adesão, suportadas e validadas pela investigação.

No âmbito dos CSP, o enfermeiro participa no planeamento do Centro de Saúde, pois conhece as necessidades da comunidade em que está inserido, estimula-a na busca de soluções, identifica e diagnostica necessidades, planeia, propõe intervenções e avalia o desempenho, definindo indicadores de resultado. Articula com os diferentes serviços do Centro de Saúde e diferentes instituições, quer seja no âmbito da promoção da saúde ou da prevenção da doença (OE, 2010).

Esta forma de agir, na perspectiva do enfermeiro enquanto recurso comunitário de qualidade, prevê que seja um agente de mudança a todos os níveis da organização, pois trabalha em equipa, identifica e estimula os parceiros comunitários para objectivos comuns, estimula o autocuidado.

A este propósito Sakellarides (2010) refere:

Os cuidados de saúde primários acontecem todos os dias: quando as pessoas comuns aprendem ou fazem alguma coisa de útil à sua saúde e à dos que lhes estão próximos; sempre que comunicam com alguém habilitado a ouvi-los e apoiá-los sobre as suas dúvidas, medos, fantasias, angustias, preferências ou necessidades de saúde. (p. 101)

São os enfermeiros que reúnem a informação relevante nesta temática e poderão ser o elo de ligação entre a equipa de saúde (Banning, 2004), pois o médico prescriptor e o farmacêutico não têm, pela experiência, uma visão integrada dos cuidados prestados à pessoa e em conjunto com a família e cuidadores, bem como das suas potencialidades no autocuidado.

As enfermeiras definem conjuntamente com a pessoa, os cuidados que melhor se adequam a cada caso individualmente e a forma como poderão ser ajudados na gestão do seu regime terapêutico de forma autónoma.

O ser enfermeiro “implica situar-se em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde tendo em vista a prevenção e a eliminação da doença” (Collière, 1989).

Dado que a problemática abordada, neste projecto, é complexa, uma vez que envolve inúmeros factores que interagem entre si, considera-se que a sua realização constitui um importante contributo para melhorar os cuidados de saúde prestados na comunidade da Comporta e seguramente garantir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, nos CSP.

O estudo do contributo dos enfermeiros dos CSP para a adesão ao regime terapêutico na problemática da doença crónica no geral, e na HTA no particular, pode ser uma das opções futuras.

Parece ser necessário validar *checklists* de avaliação de barreiras à adesão destas pessoas e o *foco* dos enfermeiros, mais do que ser direccionado para produzir estimativas, deve permitir conhecer o “que” as pessoas já conseguem fazer e o “que” necessitam para aderir ao regime terapêutico na HTA, de modo a adequar o seu desempenho.

Este quadro representa o prenúncio da necessidade de mudança de velhos conceitos e processos de trabalho, que prevalecem ainda no pensamento e na acção de muitos profissionais de saúde.

CAPÍTULO 6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Litoral (2009). Diagnóstico de Atividades de Governação Clínica do ACES Alentejo Litoral. *ACESAL: Conselho Clínico do ACESAL*, 2009.

Amendoeira, José. (2006). Enfermagem, Disciplina do Conhecimento. Coimbra. *Revista Sinais Vitais*, 67 (4), 19-27.

Amendoeira, J & Catela, A. (2010). Viver a Adesão ao Regime Terapêutico: Experiências Vividas do Doente Submetido a Transplante Cardíaco. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), 39-54.

American College of Sports Medicine (1993). *Position Stand: Physical Activity, Physical Fitness, and Hypertension*. Medicine and Science in Sports and Exercise, ACM.

American College of Sports Medicine (2003). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. 6th ed. Baltimore: Lippincott, William & Wilkins.

Arrazola MS, Lerma DG, Garrido, JMM, Ramirez, AA, Ogáyar ML (2002). Atención de enfermería en el cumplimiento terapéutico. *ROL Enfermería*, 2, (25), 70-4.

Augusti, M. (2010). Contra Relógio. Consultado 18 de Setembro 2011. Disponível em http://revistacontrarelogio.com.br/pdfs/Treinamento_borg_200.pdf

Banning, M. (2004). Enhancing older people's concordance with taking their medication. *British Nursing*, 13 (11), 669-674.

Barata, T.(2003). *Mexa-se ... pela sua saúde*. (3ª Ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto.

Benzécri, J.P., (1973), *L'analyse des données, I, La taxinomie, II, L'analyse des correspondances*. Paris: Dunod.

Biscaia, A. R., Martins, J. N., Carreira, M. F. L., Gonçalves, I. F., Antunes, A. R. & Ferrinho, P., (2006). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal*, 2 (4), 128-131.

Branca, F. (2007) *The second WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012*. Consultado a 18 de Novembro de 2011. Disponível em http://www.euro.who.int/document/RC57/epres_nut.pdf WHO

Brannon, L. & Feist, J. (2000). *Adhering to Medical Advice. Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health* (4th edition). USA: Brooks/Cole.

Bugalho A, Carneiro AV. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: CEMBE-FM.

Butler, C. C., & Rollnick, S. (2003). *Adesão ao tratamento medico*. London: Mosby.

Cabral, M. V., Silva, P. A. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Consultado em 4 de Maio de 2011. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/apifarma.pdf>

Carapeto C. & Fonseca F. (2006). *Administração pública – modernização, qualidade e inovação*. (2ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Cavaleiro, S. (2011). *Importância da nutrição e dos estilos de vida saudável no hipertenso*. 5º Congresso Português de hipertensão. *Noticias Diárias*, 2 (1), 3-7.

Chinitz, D. (2005). What you see from here, is not what you see from there: convergence and dynamism in European health systems. Consultado em Agosto de 2011. Disponível em http://www.apes.pt/files/dts/dt_012005.pdf

Christo, F.H. (2010). *Acreditar na Acreditação, Missão Cuidados de Saúde Primários* Lisboa: Ministério da Saúde.

CIPE[®] (2005), *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0*. Geneva, Copyright© by ICN – Internacional Council of Nurses (Edição Portuguesa). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Collière, M. (1989) – *Promover a vida*. Lisboa: SEP.

De Geest, S., Abraham, I., Gemoets, H, Evers, G. (1994). Development of the long-term medication behaviour self-efficacy scale: qualitative study for item development. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 233-238.

Delgado A, Lima M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 81-100.

Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A & Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 4, 201-219.

Direcção Geral da Saúde [DGS] (2002). *Saúde em Portugal - Indicadores básicos*. Lisboa: DGS.

Direcção Geral da Saúde [DGS] (2005). *Saúde em Portugal - Princípios de uma Alimentação Saudável*. Lisboa: DGS.

Direcção Geral da Saúde [DGS] (2007) *Elementos Estatísticos, informação geral*. Lisboa: DGS.

Enriquez M, Lackey NR, O'Connor MC, McKinsey D. Successful adherence after multiple HIV treatment failures. *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 45, 438-436.

Ezzati, M. et al (2005). Rethinking the Diseases of affluence paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development. *PLoS medicine*, 2 (5), 133-137.

Fazenda, I. (2007). Empowerment e participação, uma estratégia de mudança. Centro português de investigação e história e trabalho social. Consultado a 24 de Junho de 2011. Disponível em <http://www.cpihts.com/pdf/empowerment.pdf>

Ferreira, P.L., Antunes, P., & Portugal, S. (2010). *O Valor dos Cuidados Primários: Perspectiva dos utilizadores das USF*. Lisboa: Ministério da Saúde - Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fronteira, I., White, A.K. (2007). *A saúde dos homens em enfermagem*. Comunicação apresentada no V Congresso Nacional de Epidemiologia, Lisboa.

Fundação Portuguesa de Cardiologia. Consultado em 12 de Outubro de 2001. Disponível em <http://www.fpcardiologia.pt/default.aspx>

Garrido, M. (2007). *Livro de Gestão de HTA em Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Texto Editora.

Gomes, O.M., Faraj, M. et al. (2005). *Cardiologia da Família*. Belo Horizonte: Edicor.

Gonçalves, A. & Vilerta, R. (2004). *Qualidade de vida e actividade física: explorando a teoria e a prática*. Barueri: Manole.

Gusmão, J. L., et al. (2006). Adesão ao Tratamento – Conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13 (1), 23-25.

Haynes, B. (2006). *Patient Adherence: The Missing Link*. Consultado a 18 de Junho de 2011. Disponível em <http://www.medscape.com>

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade Em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. International Council of Nurses (2002). Loures: Lusociência.

Hughes, S. (2004) – The use of non face-to-face communication to enhance preventive strategies. *Journal Cardiovascular Nursing*, 18(4), 267-73

International Council of Nurses, (1993). *Nursing's Next Advance: An International Classification for Nursing Practice (ICNP)*. Geneva, Switzerland: ICN.

International Council of Nurses. (2002). *Nurses always for you: caring for families*. Geneva: ICN.

International Council of Nurses. (2004). *Collaborative practice in the 21st century*. Geneva: ICN.

International Council of Nurses.(2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

International Council of Nurses.(2008). *Nursing care continuum framework and competencies*. Geneva :ICN.

Imperatori, E, Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em Serviços Centrais, Regionais e Locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística (2006). 4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006. Informação à Comunicação Social. Consultado a 24 de Junho de 2011. Disponível em <http://www.ine.pt/www.insa.pt>.

Joyce-Moniz, L.; Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde. Desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições ASA.

Kearney, P. M. et al. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*, 365 (9455), 217-223.

Klein, J.M.; Gonçalves, A.(2005). *A Adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários*. *Psico-USF*, 10, (2), 113-120.

Leite, S. N. & Vasconcellos, M.P. (2003). Adesão à Terapêutica Medicamentosa: Elementos para a Discussão de Conceitos e Pressupostos Adotados na Literatura. *Ciência e Saúde Colectiva*, 8 (3), 775-782.

Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 1 (10), 117-138.

Lo, R. (1999). Correlates of expected success at adherence to health regimen of people with IDDM. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 418-424.

Macedo, M.E. (2005). Estudo da prevalência, tratamento e controlo da Hipertensão Arterial em Portugal. *Anamnesis*. Lisboa, 130 (13), 7-8.

Macedo, M.E. (2011). *Importância dos estilos de vida saudável no hipertenso*. 5º Congresso Português de hipertensão. *Notícias Diárias*, 2 (1), 9-11.

Machado, H. et al. (2010). Prevalência do diagnóstico de hipertensão arterial em pessoas Sedentárias e em Praticantes de Exercício Físico, na Cidade do Porto. *Acta Medica Portuguesa*, 23 (2), 153-158.

Mancia,G, Grassi, G.(2008). *The New European Society of Hypertension/European Society of Cardiology (ESH/ESC) Guidelines*. Consultado a 24 de Novembro de 2011. Disponível em <http://www.medscape.nurse.com>

Margalho, R. et al. (2009) *Métodos de avaliação e observação clínica de adesão*. Psicologia. Consultado a 17 de Outubro de 2011. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0466.pdf>

Meleis, A., Sawyer, L., IM, E., Messias, D., & Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle - range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

Meleis, A.I. (2005). *Theoretical nursing: development and progress* (3ª ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, Circular Normativa Nº: 020/DGCG de 28/09/2011- *Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde.

Ministério da Saúde (2006). *Glossário para as unidades de saúde familiar*. Consultado a 15 de Novembro de 2011. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/Glossario_USF.pdf

Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2011) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Estratégias para a saúde*. Enquadramento – Versão de discussão. Lisboa: MS.

Monteiro, J. F. Manual de Psicologia Comunitária (2010). *Análise Psicológica*, 28, (3), 537-538.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários Plano Estratégico 2010-2011*. Lisboa: Ministério da Saúde – Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

Morisky D.E, Green L.W, Levine DM. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care an*, 24 (1), 67-74.

Neves, M. A. (2004), *Intervenções de Enfermagem: Razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras – Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem*, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Nunes, L. (2006). *Perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros*. Consultado em 5 de Outubro de 2011. Disponível em <http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta.htm>

Nunes, L. (2006). *A Prescrição da Actividade Física* (2ª Ed.). Lisboa: Editorial Caminho

Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores (Tradução do original em inglês *Health psychology, A textbook*). Buckingham: Open University Press.

Oliveira, C. C. (2004). *Auto-organização, Educação e Saúde*. Coimbra: Ariadne Editora.

Oliveira, T. R., Pedrosa, L.A.K. & Gonçalves, R.M.A. (2008). Estudo Da Hipertensão Arterial Sistémica: Repercussões Quanto a Adesão ao Tratamento. *Revista Triangulo*, 1 (1), 97-110.

Oliveira, I.T. (2010). *Mortalidade: Compressão, Deslocamento e Causas de Morte* (Portugal 1950-2005). *Revista Estudos Demográficos*, 2 (48), 35-62.

Ownby, R.L. (2006). *Medication adherence and cognition*. *Geriatrics*. Consultado a 15 de Novembro de 2011. Disponível em <http://www.geri.com/geriatrics/article/article>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos – Lisboa*, Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Conselho de Enfermagem: do caminho percorrido e das propostas (análise do 1º mandato 199-2003)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2005). Sistema de informação e documentação de enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 17 (2) 9-10.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de posição sobre segurança do doente*. Junho 2006. Consultado em 25/10/2011. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt

Ordem dos Enfermeiros (2007). *O Enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários*. Consultado a 3 de Dezembro de 2011. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Proposta de modelo organizacional da unidade de cuidados na comunidade (UCC)*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde*. Consultado a 19 de Maio de 2011. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>

Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Washington: OMS.

Ornelas, J., Moniz, M.J. (2007). *Parcerias comunitárias e intervenção preventiva*. Lisboa: Análise Psicológica.

Padilha, J. (2006). Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa, conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana ao desafio da saúde. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto Ciências Bio-Médicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

Pender, N.J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd Ed). Califórnia: Appleton & Lange.

Pereira, F. (2004) – Dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 13 (3), 14-22.

Pereira, F. (2007). Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros – Estudo empírico de resumo mínimo de dados de enfermagem. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

Pereira, M. (2010). *A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta. Não publicada. Lisboa.

Pereira, S. (2010). *Abordagem do risco cardiovascular no doente hipertenso*. Consultado em 29 de Novembro de 2011. Disponível em <http://www.actamedica.com>

Polit, D., Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Polit, D., Beck, C., Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5.ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Potter, P., Perry, A.G. (2006) – *Fundamentos de enfermagem* (6ª Edição). São Paulo: Editora Elsevier.

Portugal, Ministério da Saúde (1990, Novembro 8). Decreto-lei n.º 48/90, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro. Lei de Bases da Saúde. Consultado a 18 de Maio de 2011. Disponível em <http://www.minsaude.pt>

Portugal, Ministério da Saúde (1999, Outubro 8). Despacho Conjunto n.º 861/99, alínea b), do Ministério da Saúde, e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade (1999). Diário da República, Série II, (235), 15015.

Portugal, Assembleia da Republica, (2007, Agosto 14), Decreto-Lei nº 37/2007, de Diário da República, I série, 156 (2), 5277-5285.

Portugal, Ministério da Saúde (2008, Fevereiro 22), Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. Agrupamentos de Centros de Saúde. Consultado a 18 de Maio de 2011. Disponível em <http://www.sg.min-saude.pt>

Portugal, Ministério da Saúde, (2008, Setembro 4). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril . Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros).

Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Ribeiro, J. L. (2006). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.

Rodrigues, M.; Pereira, A.; Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde – Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.

Ruivo, M.A. (2007). *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva das Etapas*. Consultado a 6 de Abril de 2011. Disponível em web.ess.ips.pt/percursos/per_num_11.html

Russel, S. (2003). Nurses and "difficult" patients: negotiating non compliance. *Journal of Advanced Nursing*, 43, (3), 281-287.

Sakellarides, C. (2001). De Alma a Harry Potter : um testemunho pessoal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 101-108.

Santos, O. (2011). Literacia em saúde - interações com motivação e mudança comportamental no controlo do peso corporal. Faculdade de Medicina do Porto. Consultado em 3 de Dezembro de 2011. Disponível em http://onocop.pt/conteudos/documentos/Osvaldo_Santos_Literacia_em_obesidade.pdf.

Sarafino, E. P. (2002). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (4ª ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.

Silva, I., Ribeiro, J.; Cardoso, H., Ramos, H.; Carvalhosa, S., Dias, S., Gonçalves, A. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4 (1), 21-23.

Silva, I., Ribeiro, J.P., Cardoso, H. (2006). *A abordagem do empowerment na doença crónica*. In I. Leal (Coordenação), *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.

Simões, A.J., Gama, M.E.& Contente, C.B. (2000). Prevalência de factores de risco cardiovascular numa população rural com idade entre os 25 e os 44 anos. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 19 (6), 656-667.

Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2010) – *É Urgente Mudar o Estilo de Vida dos Hipertensos*. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 21 (23), 6-23.

Sorensen, K.C., Luckmann J. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Loures: Lusodidacta.

Sousa, M.R.M.G.C. (2003). Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2. Dissertação de Mestrado em Educação na Área de Especialização de Educação para a Saúde. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

Sousa, A. J., Sousa P. (2000). *Andad 7.12*. Lisboa: CVRM/Instituto Superior Técnico.

Tavares, C., Raposo, Marques R. (2003). *Prescrição de Exercício em Health Club* (2.ª Edição). Cacem: Ed. A. Manz Produções.

Teixeira, J. A. (2004). Comunicação em Saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes. *Análise Psicológica*, 22 (3), 615-620.

Telles-Correia, D. et al. (2007). Adesão nos Doentes Transplantados. *Acta Médica Portuguesa*, 20 (1), 73-85.

Vermeire, E.& et al. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 26 (5), 331-342.

Wenger, N.K., (2008) Current Status of Cardiac Rehabilitation. *Journal of the American College of Cardiology*, 51 (17), 202-207.

World Health Organization (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Ottawa: WHO.

World Health Organization (1998). *Life in the 21st century A vision for all*. Relatório Mundial. Geneva, Consultado a 19 Novembro de 2011. Disponível em http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf

World Health Organization (2002a). *Cuidados inovadores para condições crónicas Componentes estruturais de acção*. Relatório Mundial. Geneva: 2002.

World Health Organization (2002b) “30 minutes for a healthy life span”. Consultado a 18 de Julho de 2011. Disponível em <http://www.euro.who.int/mediacentre>

World Health Organization (2002c) *The World Health Report- Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapy: evidence for action*. Consultado em 4 de Maio de 2011. Disponível em <http://apps.who.int/medicinedocs>

World Health Organization (2008). *Cuidados de Saúde Primários Agora Mais que Nunca*. Relatório Mundial de Saúde. Consultado a 19 de Outubro de 2011. Disponível em http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf

World Health Organization (2009). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Fact sheet n.o 317. Consultado em 19 de Maio de 2011. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/print.html>

Wolff, T. (2001). Community Coalition Building – Contemporary Practice and Research: Introduction. *American Journal of Community Psychology*, 29 (2), 165-192.

Wu, J., Moser, D., Lennie, T. & Burkhart, P. (2008). Medication adherence in patients who have heart failure. *Nursing Clinics of North América*, 43, (1), 133-153.

APÊNDICES

APÊNDICE I

*Distribuição por Género e Prevalência da pessoa portadora de HTA, inscrita na extensão da
Comporta.*

Distribuição por género, de pessoas portadoras de HTA inscritas na extensão da Comporta

	FEMININO		MASCULINO		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 44 anos	8	5,8	2	2,3	10	4,4
Entre os 45 e os 49	2	1,4	3	3,4	5	2,2
Entre os 50 e os 54	11	8,0	7	8,0	18	8,0
Entre os 55 e os 59	15	10,9	12	13,8	27	12,0
Entre os 60 e os 64	22	15,9	12	13,8	34	15,1
Entre os 65 e os 69	13	9,4	15	17,2	28	12,4
Entre os 70 e os 74	20	14,5	12	13,8	32	14,2
Entre os 75 e os 79	22	15,9	12	13,8	34	15,1
Entre os 80 e os 84	14	10,1	9	10,3	23	10,2
85 e mais anos	11	8,0	3	3,4	14	6,2
Total	138	100,0	87	100,0	225	100,0

Fonte: ACESAL, 2011.

Prevalência da HTA género e grupo etário de pessoas portadoras de HTA inscritas na extensão da Comporta

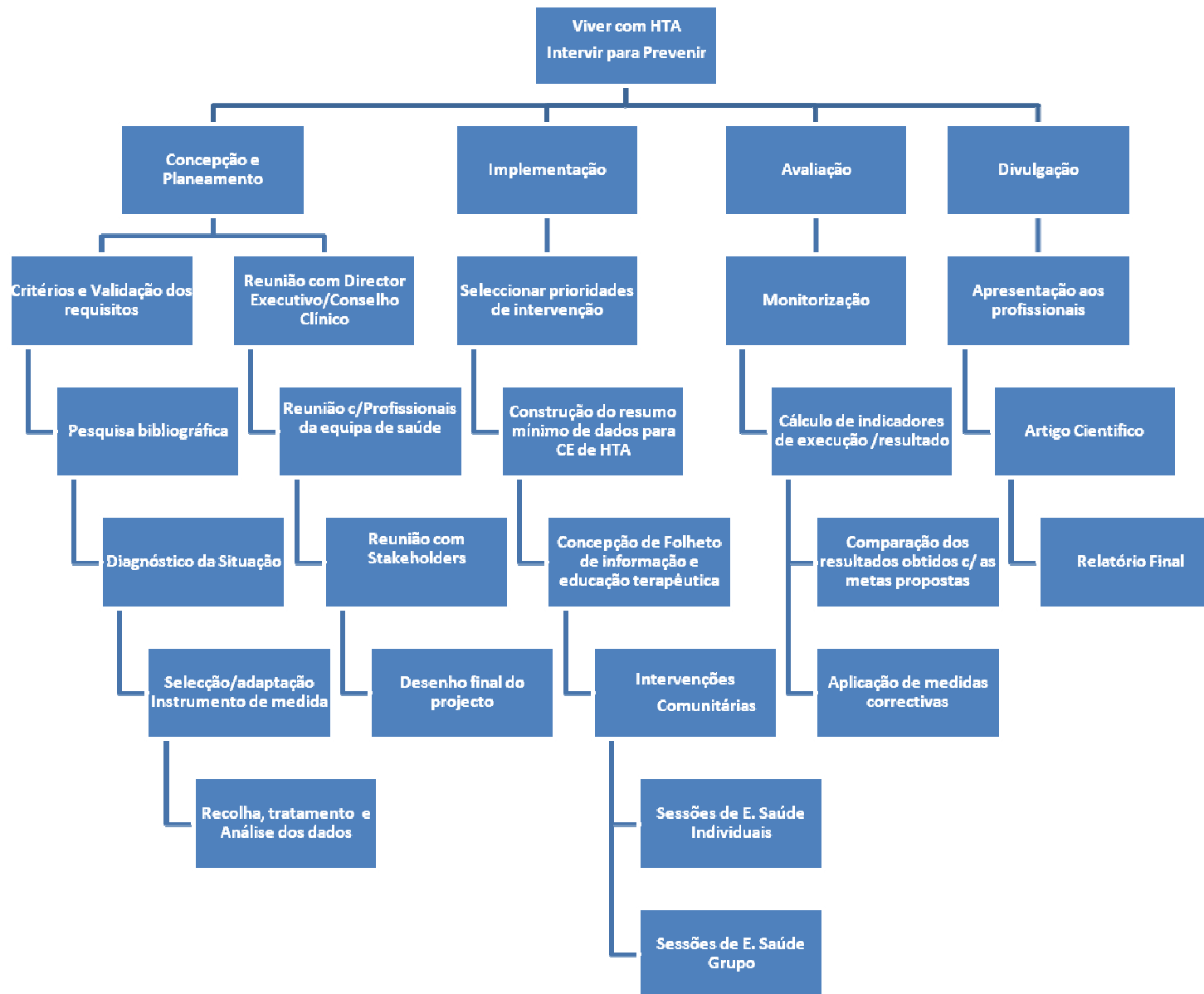
	FEMININO			MASCULINO			TOTAL		
	Nº de utentes	C/ HTA	Prevalência	Nº de utentes	C/ HTA	Prevalência	Nº de utentes	C/ HTA	Prevalência
Até 44 anos	308	8	2,6	339	2	0,6	647	10	1,5
Entre os 45 e 49	37	2	5,4	42	3	7,1	79	5	6,3
Entre os 50 e 54	49	11	22,4	60	7	11,7	109	18	16,5
Entre os 55 e 59	45	15	33,3	48	12	25,0	93	27	29,0
Entre os 60 e 64	50	22	44,0	43	12	27,9	93	34	36,6
Entre os 65 e 69	29	13	44,8	35	15	42,9	64	28	43,8
Entre os 70 e 74	31	20	64,5	21	12	57,1	52	32	61,5
Entre os 75 e 79	34	22	64,7	26	12	46,2	60	34	56,7
Entre os 80 e 84	21	14	66,7	23	9	39,1	44	23	52,3
85 e mais anos	21	11	52,4	7	3	42,9	28	14	50,0
Total	625	138	22,1	644	87	13,5	1269	225	17,7

Fonte: ACESAL, 2011.

APÊNDICE II


Work Breakdown Structure - WBS

Work Breakdown Structure- WBS



APÊNDICE III

Pedido ao Director Executivo do ACESAL para desenvolver o projecto e autorização

Autorizo

DIRECTOR EXECUTIVO
DR. PAULO ESPIGA

Ex ° Sr. Director Executivo

do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral

Dr. Paulo Espiga

Eu, Ana Paula Parreira Palmeirinha Pinto, enfermeira chefe no Centro de Saúde de Alcácer do Sal, aluna da Escola Superior da Saúde de Beja, do Instituto Politécnico de Beja, a frequentar o Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária, venho por este meio pedir a Vª Exª autorização para a concretização de um projecto de Intervenção Comunitária na Comunidade da Comporta, que estou presentemente a elaborar.

O Projecto tem como tema, a doença cardiovascular, mais precisamente a Hipertensão Arterial e prevê o estudo da adesão à terapêutica e o desenho de intervenções comunitárias.

Num contexto em que o aumento da prevalência e incidência de doenças crónicas representa um desafio para todos os Sistemas de Saúde e o aumento da esperança média de vida se relaciona directamente com o aumento das doenças crónicas, os estilos de vida adoptados pelos indivíduos no continuum de suas vidas., parece-nos fundamental a formação e informação, sobre os comportamentos a adoptar.

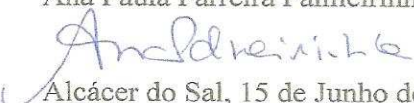
Por outro lado, este projecto enquadra-se perfeitamente quer na Missão quer na Visão do ACES que Vª. Ex.ª dirige.

Face ao exposto, peço autorização para realizar a recolha de dados relativos ao projecto na Extensão de Saúde da Comporta. Esta recolha de dados será efectuada através da utilização de um formulário., aplicado aos utentes que reúnam os critérios ainda a definir e mediante o consentimento informado.

Agradeço desde já a disponibilidade.

Atenciosamente,

Ana Paula Parreira Palmeirinha Pinto


Alcácer do Sal, 15 de Junho de 2011

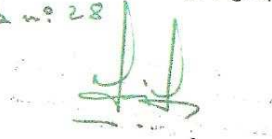
APÊNDICE IV

Pedido ao Conselho Clínico do ACESAL, da listagem das pessoas inscritas na Extensão da Comporta, com o diagnóstico médico de HTA e autorização

2
72
Aprovado em reunião
de Conselho Clínico em
04.08.2011 - acta nº 28

Ex.º Sr. Presidente do Conselho Clínico
do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral

Dr. Mário Moreira



Eu, Ana Paula Parreira Palmeirinha Pinto, enfermeira chefe no Centro de Saúde de Alcácer do Sal, aluna da Escola Superior da Saúde de Beja, do Instituto Politécnico de Beja, a frequentar o Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária, venho por este meio pedir a V.ª Ex.ª autorização para a concretização de um projecto de Intervenção Comunitária na Comunidade da Comporta, que estou presentemente a elaborar.

O Projecto tem como tema, a doença cardiovascular, mais precisamente a Hipertensão Arterial e prevê o estudo da adesão à terapêutica e o desenho de intervenções comunitárias.

Num contexto em que o aumento da prevalência e incidência de doenças crónicas representa um desafio para todos os Sistemas de Saúde e o aumento da esperança média de vida se relaciona directamente com o aumento das doenças crónicas, os estilos de vida adoptados pelos indivíduos no continuum de suas vidas., parece-nos fundamental a formação e informação, sobre os comportamentos a adoptar.

Por outro lado, este projecto enquadra-se perfeitamente quer na Missão quer na Visão do ACES a que V.ª Ex.ª Preside o Conselho Clínico.

Face ao exposto, solicito a listagem de utentes inscritos na Extensão da Comporta, com o diagnóstico médico de HTA para realizar a recolha de dados relativos ao projecto na Extensão de Saúde da Comporta. Esta recolha de dados será efectuada através da utilização de um formulário., aplicado aos utentes que reúnam os critérios ainda a definir e mediante o consentimento informado.

Agradeço desde já a disponibilidade.

Atenciosamente,

Ana Paula Parreira Palmeirinha Pinto



Alcácer do Sal, 30 de Junho de 2011

APÊNDICE V

Pedido à Presidente do Conselho de Administração do HLA para Colaboração da Dietista e
autorização

Ex^ª Sr.^ª. Presidente do Conselho de Administração do

Hospital do Litoral Alentejano

Sr.^ª Dr.^ª Adelaide Belo

Eu, Ana Paula Parreira Palmeirinha Pinto, enfermeira chefe no Centro de Saúde de Alcácer do Sal, aluna da Escola Superior da Saúde de Beja, do Instituto Politécnico de Beja, a frequentar o Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária, venho por este meio pedir a V^ª Ex^ª autorização para colaboração da dietista do Vosso Hospital, no projecto de Intervenção Comunitária “Viver com HTA- Intervir para Prevenir”, que estou presentemente a elaborar, a realizar na Comunidade da Comporta

O Projecto tem como tema, a doença cardiovascular, mais precisamente a Hipertensão Arterial e prevê o estudo da adesão ao regime terapêutico e o desenho de intervenções comunitárias.

Dado que o aumento da esperança média de vida se relaciona directamente com o aumento das doenças crónicas, os estilos de vida adoptados pelos indivíduos no continuum de suas vidas., parece-nos fundamental desenvolver estratégias em rede que contemplem a formação e informação, sobre os comportamentos a adoptar.

Por outro lado, no Alentejo Litoral, o aumento da prevalência e incidência de doenças crónicas representa um desafio para todos os intervenientes.

Agradeço desde já a disponibilidade.

Atenciosamente,

Ana Paula Parreira Palmeirinha Pinto

Alcácer do sal, 15 de Junho de 2011



Exma. Senhora
Enf. Ana Paula Parreira Palmeirinha Pinto
C.S. Alcácer do Sal
Av. José Saramago
7570-206 Alcácer do Sal

Ofício

SUA REFERÊNCIA	DATA	NOSSA REFERÊNCIA
065 DE	SANTIAGO DO CACÉM, 11.07.29	PROC. N.º 614-P

ASSUNTO: Colaboração da Dietista do HLA, EPE

Na sequência do v/ ofício a solicitar a colaboração da dietista do HLA, EPE, no projecto que a Sr^a. Enf^a. está a desenvolver, e a realizar na Comunidade da Comporta, serve o presente para a informar que esta se encontra devidamente autorizada.

Com os melhores cumprimentos

Presidente do Conselho de Administração

Adelaide Belo

NA RESPOSTA INDICAR A "NOSSA REFERÊNCIA". EM CADA OFÍCIO, TRATAR SÓ DE UM ASSUNTO



APÊNDICE VI

Pedido de colaboração ao Presidente da CMAS para colaboração do técnico de desporto e
autorização

Ex.º Sr. Presidente da Câmara Municipal de Alcácer do Sal

Arquitecto Pedro Paredes

Eu, Ana Paula Parreira Palmeirinha Pinto, enfermeira chefe no Centro de Saúde de Alcácer do Sal, aluna da Escola Superior da Saúde de Beja, do Instituto Politécnico de Beja, a frequentar o Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária, venho por este meio pedir a V.ª Ex.ª autorização para colaboração do Técnico de Desporto da freguesia da Comporta, no projecto de Intervenção Comunitária “Viver com HTA- Intervir para Prevenir”, que estou presentemente a elaborar, a realizar na Comunidade da Comporta

O Projecto tem como tema, a doença cardiovascular, mais precisamente a Hipertensão Arterial e prevê o estudo da adesão ao regime terapêutico e o desenho de intervenções comunitárias.

Dado que o aumento da esperança média de vida se relaciona directamente com o aumento das doenças crónicas, os estilos de vida adoptados pelos indivíduos no continuum de suas vidas., parece-nos fundamental desenvolver estratégias em rede que contemplem a formação e informação, sobre os comportamentos a adoptar.

Por outro lado, no Alentejo Litoral, o aumento da prevalência e incidência de doenças crónicas representa um desafio para todos os intervenientes.

Agradeço desde já a disponibilidade.

Atenciosamente,

Ana Paula Parreira Palmeirinha Pinto

Alcácer do sal, 15 de Junho de 2011



MUNICÍPIO DE ALCÁÇER DO SAL
DIVISÃO DE CULTURA, DESPORTO E TURISMO
Sector de Desporto

Exma Senhora
Ana Paula Parreira Palmeirinha Pinto
Centro de Saúde de Alcácer do Sal
Av. José Saramago
7580-206 ALCÁÇER DO SAL

Ofício Nº:	70/2011	V/Refª.:	Data:
------------	---------	----------	-------

Nº/Refª/Processo:

Assunto: Pedido de Apoio de Técnico

Procurando dar resposta à V/solicitação, serve o presente para informar que, poderá contar com o apoio do Técnico de Desporto da Autarquia, no projecto a ser desenvolvido por V. Exa., Intervenção Comunitária "Viver com HTA – Intervir para Prevenir", a realizar na Comunidade da Comporta.

Com os melhores cumprimentos,

O Vereador do Pelouro


(Gabriel Afonso Leal Geraldo)

/SS



Praça Pedro Nunes - 7580-125 Alcácer do Sal
Tel: 265610070 - Fax: 265610079
E-MAIL: socio.cultural@m-alcacerdosal.pt

APÊNDICE VII

Cronograma das Actividades

Cronograma de Actividades 2011/2012

ACTIVIDADES	MAI	JUN	JUL	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR
Pesquisa bibliográfica											
Realização de reuniões de profissionais para apresentação da proposta											
Diagnóstico da situação											
Instrumento de colheita de dados aplicação, análise e tratamento da informação											
Definição do desenho do projecto											
Definição do resumo mínimo de dados para a consulta de HTA de enfermagem											
Folheto informativo Definição conteúdo, formato, quantidades e locais de distribuição											
Indicadores clínicos e de execução, construção dos BI dos Indicadores seleccionados											
Realização de reunião entre os membros da equipa de projecto, para revisão dos conteúdos											
Elaboração do Projecto Final											
Implementação de uma intervenção direccionada para um dos factores identificados											
Apresentação do modelo a todos os profissionais da UCSP											
Entrega do relatório Final											
Divulgação no <i>site</i> da ARSA											
Divulgação do projecto e junto do Conselho da Comunidade											

I. CRONOGRAMA DE INTERVENÇÕES REALIZADAS (2011-2012)

Objectivos	Intervenções	Recursos	Avaliação	Custos	Follow-up
<p>1. Elaborar o projecto de Intervenção nos CSP, no âmbito da adesão ao regime terapêutico, que vise a coordenação entre os Cuidados de Saúde Primários e os recursos da comunidade da Comporta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos intervenientes; - Sondagem da pertinência do projecto; - Apresentação do projecto aos intervenientes para obtenção de ponto de partida e direcção comuns; - Pesquisa bibliográfica: revisão teórica das directrizes internacionais e nacionais no âmbito da temática em estudo; - Agendamento das reuniões; - Levantamento dos recursos existentes e disponíveis; - Realização de reuniões para obtenção de consensos de articulação; - Revisão sistemática do processo; - Avaliação do projecto; - Elaboração do relatório; 	<p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 Intervenientes – 1 médico e 2 enfermeiras, 1 assistente técnica, da UCSP; 1 dietista do HLA, 2 técnicos de desporto da autarquia. <p>- Recursos Materiais:</p> <p>bibliografia, documentos elaborados (projecto e relatório), telefone, computadores, internet de banda larga, e-mails, papel, impressora, tinteiros, projector multimédia.</p> <p>- Recursos Físicos: espaços já existentes sala de reuniões, piscina</p> <p>- Recursos Temporais: de Maio de 2011 a Dezembro de 2012.</p>	<p>Quando:</p> <p>Semestral (Julho 2012) / anual (Janeiro 2013).</p> <p>Como:</p> <p>N.º de reuniões planeadas;</p> <p>Nº de reuniões realizadas;</p> <p>Análise SWOT de cada interveniente do projecto</p> <p>Relatório;</p> <p>Onde: UCSP Alcácer</p> <p>Quem: Equipa do Projecto</p>	<p>Pessoal: tempo de serviço, em horário normal.</p> <p>Material:</p> <p>manutenção do equipamento existente (internet de banda larga);</p> <p>Papel, tinteiros, Telefonemas.</p> <p>Deslocações: em transporte próprio (0,36€/km);</p> <p>em transporte público (0,11€/Km).</p>	<p>Coordenação do projecto será feita pela Enf.ª Ana Palmeirinha</p> <p>Elaboração anual de um relatório de actividades, em conjunto.</p> <p>Apresentação do relatório ao Conselho Clínico do ACESAL.</p>

II. CRONOGRAMA DE INTERVENÇÕES REALIZADAS (2011-2012)

Objectivos	Intervenções	Recursos	Avaliação	Custos	Follow-up
2. Definir o processo de articulação após o início do projecto.	<ul style="list-style-type: none"> - Criação de mecanismos de relacionamento: fluxograma e reuniões trimestrais; - Definição de formas de comunicação directas, frequentes e estruturadas; - Reforço da utilização dos canais de comunicação existentes e disponíveis; - Partilha e discussão das propostas; - Definição de objectivos comuns e específicos a cada interveniente; - Desenho de organização da consulta de enfermagem; - Pesquisa, análise e discussão para o RMDE do Grupo de risco Hipertensão. 	<p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -A equipa de projecto <p>-Recursos Materiais:</p> <p>documentos elaborados (protocolo de referenciação, folhas de referenciação, notificações, e-mails) telefonemas, computadores, internet de banda larga, papel, impressora, tinteiros, projector multimédia.</p> <p>-Recursos Físicos: espaços já existentes</p> <p>-Recursos Temporais: de Maio de 2011 a Dezembro de 2012.</p>	<p>Quando:</p> <p>Semestral (Julho 2012) / anual (Janeiro 2013).</p> <p>Como:</p> <p>Documentos elaborados, sessões realizadas, adesão dos participantes, reuniões.</p> <p>Onde: UCSP de Alcácer do Sal</p> <p>Quem: Consoante as áreas temáticas, os diferentes intervenientes.</p>	<p>Pessoal: tempo de serviço, em horário normal.</p> <p>Material: manutenção do equipamento existente; internet de banda larga, papel, tinteiros e telefonemas.</p> <p>Deslocações: em transporte próprio (0,36€/km);em transporte público (0,11€/km).</p>	<p>Coordenação do projecto será feita pela Enf.ª Ana Palmeirinha</p> <p>Agendamento e realização de reuniões trimestrais.</p>

III. CRONOGRAMA DE INTERVENÇÕES REALIZADAS (2011-2012)

Objectivo	Intervenções	Recursos	Avaliação	Custos	Follow-up
3. Implementar o projecto de articulação no âmbito da adesão ao regime terapêutico, que vise a coordenação entre os Cuidados de Saúde Primários e os recursos da comunidade de Alcácer do Sal.	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgação do projecto na comunidade da Comporta; - Divulgação na UCSP de Alcácer do Sal - Definição de critérios - Realização da avaliação, com definição de indicadores comuns; - Elaboração do relatório e planeamento anual. 	<p>-Recursos Humanos:</p> <p>Equipa do projecto</p> <p>-Recursos Materiais:</p> <p>documentos elaborados, telefones, computadores, internet de banda larga, papel, impressora, tinteiros, projector multimédia.</p> <p>-Recursos Físicos: espaços já existentes</p> <p>-Recursos Temporais: de Julho de 2011 a Dezembro de 2012.</p>	<p>Quando:</p> <p>Semestral (Julho 2012) / anual (Janeiro 2013).</p> <p>Como:</p> <p>Indicadores do projecto</p> <p>Avaliação anual por todos os intervenientes para decidir quais os ajustamentos necessários adoptar caso o projecto tenha continuidade no próximo ano.</p> <p>Onde: UCSP de Alcácer do Sal</p> <p>Quem: Equipa do projecto.</p>	<p>Pessoal: tempo de serviço, em horário normal – ver custos estimados</p> <p>Material: manutenção do equipamento existente; telefonemas.</p> <p>Deslocações: em transporte próprio (0,36€/km); em transporte público (0,11€/km).</p>	<p>Coordenação deste projecto é da Enf.ª Ana Palmeirinha</p> <p>Agendamento e realização de reuniões trimestrais.</p> <p>Elaboração anual de um relatório e planeamento de actividades, em conjunto.</p> <p>Apresentação do relatório ao Conselho Clínico do ACESAL</p>

APÊNDICE VIII

Folheto e cartaz de divulgação do Projecto



Alimentação e Hipertensão Arterial – Que relação?



SALÃO DA **9 & 16**
JUNTA DE FREGUESIA **DE JANEIRO**
DA COMPORTA **2012**

14:00h– Palestra

“ A Hipertensão Arterial”

Dr.Carlos Laginha/Enf^a Vera Letras — ACESAL

14:30h– Palestra

“Compreender a relação existente entre a alimentação e a Hipertensão Arterial”

Dr.^a Dora Faria- Hospital do Litoral Alentejano

Entidade Promotora:

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alcácer do Sal - **Extensão de Saúde da Comporta**

Contacto: 265 490 520

Enf^a Ana Palmeirinha/Enf^a Vera Letras



Ficha de Inscrição

Nome: _____:

Sexo: F M

Data de Nascimento: _____

Profissão: _____

Habilitações Literárias: _____

Morada: _____

Contacto: _____

Sessões:

Sobre Alimentação

Actividade Física

As datas serão agendadas pelo telefone.

Contamos consigo!

Medidas de Prevenção

- » Adotar uma alimentação saudável
- » Consumir mais frutas, legumes, carnes brancas e peixe
- » Evitar fritos e refogados
- » Preferir gorduras vegetais: Azeite Óleo de milho, girassol, soja
- » Evitar as gorduras ditas “saturadas”: Gorduras de carne, manteiga, queijo ou leite gordo, ovos, miolos e vísceras
- » Evitar bebidas alcoólicas
- » Manter-se activo: Actividade física entre 30 – 45 minutos, 3 vezes por semana

Entidade Promotora:

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alcácer do Sal - Extensão de Saúde da Comporta

Contacto: 265 490 520

Enfª Ana Palmeirinha/Enfª Vera Letras



O PROJECTO:

Na freguesia da **Comporta**, concelho de Alcácer do Sal, estima-se que cerca de 18% da população inscrita seja portadora de **Hipertensão Arterial**.

Sabemos que a **Detecção Precoce** e a adequada **Adesão Terapêutica** constituem importantes medidas que devemos adoptar para o seu **controle eficaz e prevenção de complicações**.

Com este **Projecto**, pretendemos aumentar a **Adesão ao Regime Terapêutico**, através de sessões de actividade física e de educação alimentar. É dirigido a pessoas portadoras de Hipertensão Arterial inscritas na Extensão de Saúde da Comporta.

Contamos com uma Equipa de intervenção, constituída por técnicos de desporto da autarquia, médico e enfermeiras do Centro de Saúde e com a dietista do Hospital do Litoral Alentejano, e da qual o Sr. (a) também faz parte .

Contamos Consigo! Inscreva-se!

O QUE É HIPERTENSÃO?

Quando o coração bombeia sangue pelas artérias, a força do fluxo sanguíneo exerce pressão sobre as paredes das artérias, fazendo com que o sangue circule normalmente por todo o corpo.

Se essa força for superior à necessária para manter um fluxo constante durante grande parte do dia, ocorre a **Hipertensão Arterial**, cuja causa pode ser devida a vários factores, como ex.: alimentação, excesso de peso, abuso do álcool, fumar e sedentarismo.



Os valores da **Tensão Arterial** devem ser inferiores a **140/90 mmHg**, para minimizar o risco de complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.

Importante: Uma única avaliação da Tensão Arterial alta não determina a hipertensão.

O que fazer para participar:

Inscreva-se para as sessões, no verso do folheto, destaque pelo picotado e entregue na extensão de saúde a sua inscrição.

Conheça os sinais de Alarme:

- DOR DE CABEÇA
- TONTURAS
- ZUMBIDOS
- AUMENTO DOS BATIMENTOS CARDÍACOS
- VISÃO TURVA
- NAUSEAS

Cumpra as orientações da Equipa de Saúde:

Proteja-se!

APÊNDICE IX

Orçamento do Projecto

ORÇAMENTO
Projecto "Intervir para Prevenir"

	Nº	Custo Unitário	Custo Total	Observações
Recursos Humanos		3.940,00 €		
Reuniões de equipa	2	390,00 €	780,00 €	1, 2
Avaliação projecto	1	910,00 €	910,00 €	1,3
Programa físico e avaliação (horas)	90	50,00 €	2.250,00 €	1, 4, 5
Deslocações		3.312 €		
Deslocações para a equipa de projecto	48	32.40 €	1.555.20 €	8,9
Deslocações para os utilizadores	120	50,00 €	1.756.80 €	8
Divulgação		429,90 €		
SMS (80% das pessoas com HTA)	180	0,10 €	179.90€	
Folhetos/posters			250 €	
Custos administrativos		300,00 €		
Telefones/impressões/Cópias, Etc.			300,00 €	
Custo Total do Projecto		7.981 €		

Nota:

- 1 - Custo hora: Médico 35€; Enfermeiro 25€; Técnico Desporto 25€; Dietista 20€;
- 2 - 2 reuniões = 3 horas reunião; 1 médico; 2 enfermeiros; 1 técnico desporto; 1 dietista
- 3 - Reunião de 7 horas; 1 médico; 2 enfermeiros; 1 técnico desporto; Dietista;
- 4 - 1 hora/1 dias semana em programa físico - 38 semanas 1 técnico de desporto por sessão
- 5 - 1 hora/1 dias semana em programa de meio aquático - 38 semanas - 1 técnico de desporto
- 6 - População utilizadora da Consulta de HTA na Comporta: 225 hipertensos

Deslocações:

- 8- Alcácer /Comporta/Alcácer -64 kmx0.36€= 21.96€x 80 viagens = 1.756.80€
- 9- Santiago do Cacém - Alcácer /Comporta/Alcácer - 90 kmx0.36 €= 32.40 € x 48 viagens = 1.555.2 €

APÊNDICE X

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ aceito de minha livre vontade, participar neste projecto intitulado “Viver com a HTA- Intervir para Prevenir” realizado pela enfermeira Ana Paula Parreira Palmeirinha Pinto, sob a orientação da professora doutora Helena José, Professora convidada da Universidade Católica de Lisboa, no âmbito do mestrado integrado na área da Enfermagem em Saúde Comunitária.

Constituem objectivos deste projecto a identificação dos factores da não adesão ao regime terapêutico na Hipertensão arterial.

Após a análise de dados, os resultados serão, quando considerado adequados, comparados com dados já existentes na literatura. Será realizado o preenchimento de um formulário com a duração aproximada de 25 minutos.

Este procedimento não oferece nenhum risco adicional ao participante. A participação na investigação é voluntária e o participante pode desistir a qualquer momento.

Autorizo a enfermeira a ter acesso à informação contida no meu processo clínico, caso isso seja pertinente para o projecto em questão.

Toda a informação obtida nesta investigação será estritamente confidencial e a identidade do utente não será revelada em qualquer relatório ou publicação ou a qualquer pessoa não relacionada com esta investigação sem autorização prévia por escrito do participante.

A enfermeira está disponível para esclarecer qualquer dúvida.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE XI

Formulário do Projecto

Este formulário destina-se a recolher informação sobre a Hipertensão, e, especialmente, registar os seus hábitos de vida enquanto utilizador da consulta de Hipertensão Arterial do Centro de Saúde de Alcácer do Sal, na Extensão de Saúde da Comporta.

O sucesso deste Projecto e a melhoria da intervenção em Saúde Cardiovascular, bem como as acções futuras nesta área, dependem da sua colaboração. O tratamento dos resultados deste questionário será confidencial.

Nº sequencial: _____

1. Dados Pessoais

1.1. Idade: Até 60 anos Entre 60 e 64 anos Entre 65 e 69 anos Entre 70 e 75 anos
 mais de 75 anos

1.2. Género: Homem Mulher

1.3. Estado civil: Solteiro Casado / unido de facto Separado / divorciado Viúvo

1.4. Profissão: _____

1.5. Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever 1º ciclo 2º ciclo 12º Ano Licenciado

1.6. Vive com:

- Vive sozinho
- Vive com familiares directos (marido, mulher, filhos, ...)
- Vive com empregado(a)
- Outro _____

2. O que o levou a esta consulta?

- Indicação de um profissional do Centro de Saúde:
- Médico Enfermeiro Outro Por minha iniciativa:
- Vi cartazes/folhetos Ouvi falar
- Indicação de um profissional de saúde do Centro de Saúde

3. Nº de medicamentos que toma cronicamente: _____

4. Onde costuma avaliar a Tensão Arterial?

- Casa
- Na vizinha
- Farmácia
- No centro de saúde

5. Após o diagnóstico de Hipertensão arterial mudou os seus hábitos de vida?

- Sim Não

6. Que tipos de Medidas toma para controlar a HTA?

- Medicação
- Redução da ingestão de gorduras
- Redução da ingestão de sal
- Redução da ingestão de café
- Redução da ingestão de álcool
- controlo de peso
- Deixar de fumar

6.1. Prática de actividade física qual? _____

7. Qual destes produtos usa frequentemente para temperar os alimentos?

- Salsa Coentros Alho Sal Pimenta Bebidas alcoólicas

8. Qual destas gorduras usa frequentemente para temperar a comida?

- Azeite Óleo de Girassol/Soja Margarina Banha de Porco Manteiga

9. Qual o tipo de confecção de alimentos que usa frequentemente?

- Cozidos Grelhados Estufados Fritos Assados Enlatados

10. Considera que a mudança de hábitos de vida condiciona de forma positiva a hipertensão?

- Sim Não

Se sim porquê? _____

APÊNDICE XII

Códigos das variáveis usadas na matriz

Código	Questão	Questão respondida
Q11	Q1.1	Grupo etário (<65; 65-75;>75)
Q12	Q1.2	Sexo
Q13	Q1.3	Estado civil
Q14	Q1.4	Profissão
Q15	Q1.5	Escolaridade
Q16	Q1.6	Vive com
Q2	Q2.	O que o levou a esta consulta
Q3	Q3.	Nº de medicamentos que toma cronicamente
Q4	Q4.	Onde costuma avaliar a Tensão Arterial
Q5	Q5.	Após o diagnóstico de Hipertensão arterial mudou os seus hábitos de vida

Q6. Que tipos de Medidas toma para controlar a HTA

Q61	Q6.1	Medicação
Q62	Q6.2	Redução da ingestão de gorduras
Q63	Q6.3	Redução da ingestão de sal
Q64	Q6.4	Redução da ingestão de café
Q65	Q6.5	Redução da ingestão de álcool
Q66	Q6.6	Controlo de peso
Q67	Q6.7	Deixar de fumar
Q68	Q6.8	Pratica actividade física

Q7. Qual destes produtos usa frequentemente para temperar os alimentos

Q71	Q7.1	Salsa
Q72	Q7.2	Coentros
Q73	Q7.3	Alho
Q74	Q7.4	Sal
Q75	Q7.5	Pimenta
Q76	Q7.6	Bebidas alcoólicas

Q8. Qual destas gorduras usa frequentemente para temperar a comida

Q81	Q8.1	Azeite
Q82	Q8.2	Óleo de Girassol/Soja
Q83	Q8.3	Margarina
Q84	Q8.4	Banha de Porco
Q85	Q8.5	Manteiga

Q9. Qual o tipo de confecção de alimentos que usa frequentemente

Q91	Q9.1	Cozidos
Q92	Q9.2	Grelhados
Q93	Q9.3	Estufados
Q94	Q9.4	Fritos
Q95	Q9.5	Assados
Q96	Q9.6	Enlatados
Q10	Q10.	Considera que a mudança de hábitos de vida condiciona de forma positiva a HT

Q10.1 Se sim porquê?

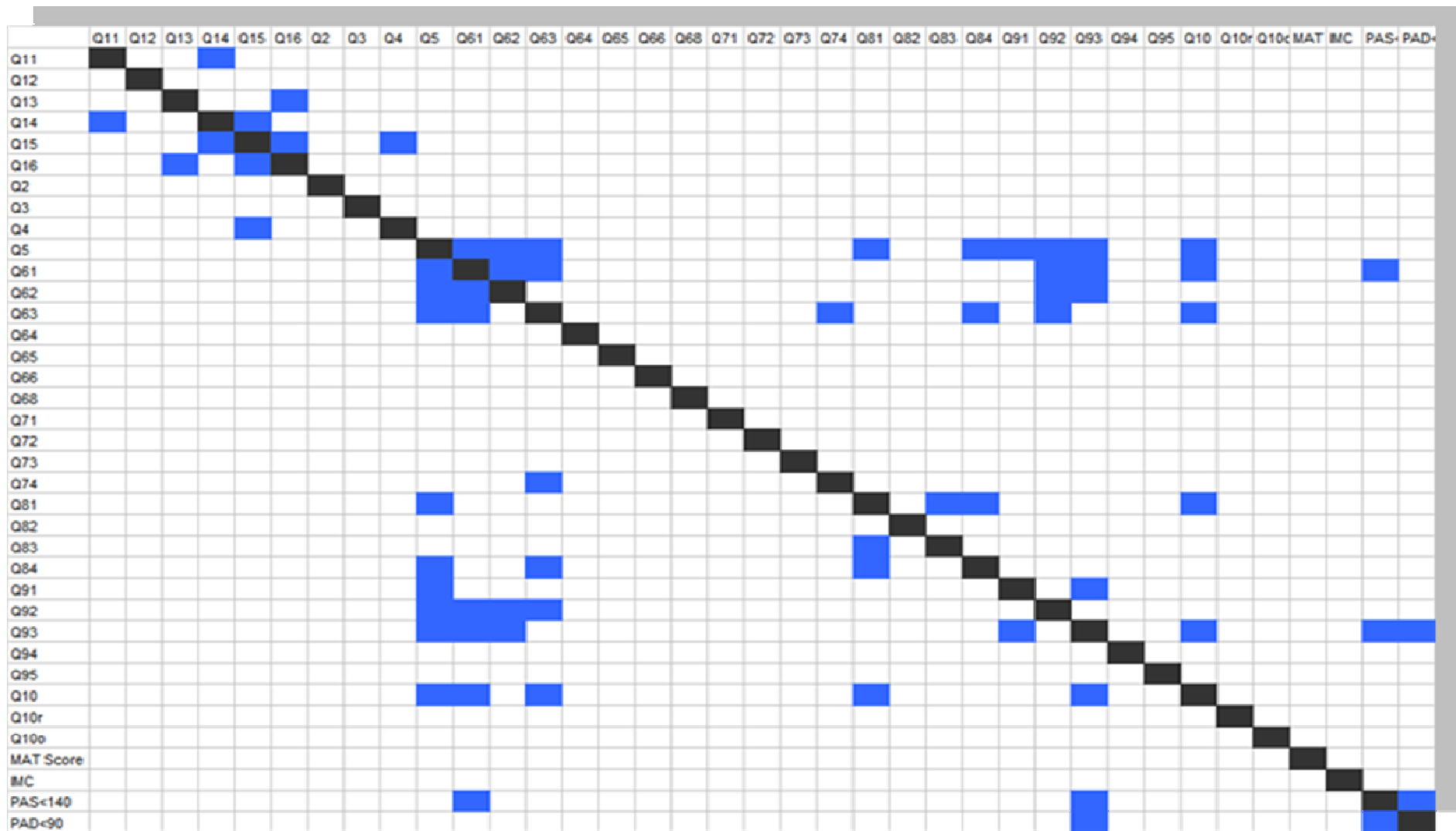
Q10r	Q10r	Redução risco de doença cardiovascular (respondem “porque TA baixou...”)
Q10o	Q10o	Outras razões (respondem que se sentem melhor, menos obesos...)
MAT Score	MAT Score	Score de Medida de Adesão ao Tratamento (<5;>=5)

Outras variáveis (não incluídas no inquérito)

IMC	IMC	Índice Massa Corporal
PAS<140	PAS<140	Pressão arterial sistólica
PAD<90	PAD<90	Pressão arterial diastólica

APÊNDICE XIII

Tabela de contingência: associações significativas das questões (a azul)



Fonte: Dados obtidos da análise bivariada

APÊNDICE XIV

Indicadores e Metas do Projecto

INDICADOR GERAL DO PROJECTO	META
1.% de reuniões realizadas/ previstas da equipa	80%
2.% de actividades realizadas/previstas	90%
3.% de participantes previstos por sessão de educação alimentar	70%
4. % de participantes previstos por sessão de programa de exercício físico	70%
INDICADORES DO RMDE	META
5.% de pessoas inscritas com o programa de HTA associado no SAPE, com adesão ao regime terapêutico demonstrada	70%
6. % de pessoas inscritas com o programa de HTA associado no SAPE, com conhecimentos demonstrados sobre regime medicamentoso	70%
7. % pessoas inscritas com o programa de HTA associado no SAPE, com conhecimentos demonstrados sobre hábitos alimentares	60%
8. % pessoas inscritas com o programa de HTA associado no SAPE, com conhecimentos demonstrados sobre hábitos de exercício físico	60%
9. % de pessoas inscritas com o programa de HTA associado no SAPE, com comportamentos demonstrados de procura de saúde	70%
10.% de pessoas inscritas com o programa de HTA associado no SAPE, com registo de índice de massa corporal no ano	90%
11. % de pessoas inscritas com o programa de HTA associado no SAPE, com 1 ou mais registos de Tensão Arterial em cada semestre	90%
12.% de pessoas inscritas com o programa de HTA associado no SAPE, com Tensão Arterial controlada (Sistólica: < 140 / Diastólica: < 90), na ultima medição	60%
13.% de pessoas inscritas com o programa de HTA associado no SAPE, com o PNV actualizado	80%
14. Nº de Pessoas inscritas com o programa de HTA, associado que faltam às consultas de enfermagem	10%

APÊNDICE XV

Bilhete de Identidade dos Indicadores do Projecto

Designação do Indicador	1.Percentagem de reuniões da equipa do projecto		
Objectivo	Identificar a organização da equipa e a importância da reflexão conjunta.		
Descrição do Indicador	Indicador que revela o nº de reuniões realizadas face ao nº previsto.		
Período aplicável	Anual		
Frequência de monitorização	Semestral		
Responsável pela monitorização	Coordenadora do Projecto “Intervir para prevenir”		
Critérios de inclusão	Numerador: reuniões realizadas Denominador: / previstas		
Factor crítico	Horários de trabalho		
Frequência de revisão	Anual		
Formula	Nº reuniões realizadas / nº de reuniões previstas*100		
Variáveis	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida	
A – Numerador	SAPE	Número	
B – Denominador	SAPE	Número	
Observações			

Designação do Indicador	2.Percentagem de actividades realizadas		
Objectivo	Identificar a organização da equipa e a adesão dos utilizadores.		
Descrição do Indicador	Indicador que revela o nº de actividades realizadas face ao nº previsto.		
Período aplicável	Anual		
Frequência de monitorização	Semestral		
Responsável pela monitorização	Coordenadora do Projecto “Intervir para prevenir”		
Critérios de inclusão	Numerador: actividades realizadas Denominador: actividade previstas		
Factor crítico	Horários de trabalho		
Frequência de revisão	Anual		
Formula	Nº actividades realizadas / nº de actividade previstas*100		
Variáveis	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida	
A – Numerador	Folha de Excel	Número	
B – Denominador	Folha de Excel	Número	
Observações			

Designação do Indicador	3.Percentagem de participantes por sessão de educação alimentar		
Objectivo	Identificar a adesão das pessoas inscritas.		
Descrição do Indicador	Indicador que revela o nº de participantes face ao nº previsto.		
Período aplicável	Anual		
Frequência de monitorização	Semestral		
Responsável pela monitorização	Coordenadora do Projecto “Intervir para prevenir”		
Critérios de inclusão	Numerador: nº de participantes presentes por sessão Denominador: nº de participantes previstos		
Factor crítico	Horários de trabalho		
Frequência de revisão	Anual		
Formula	Nº participantes presentes / nº de participantes previstos*100		
Variáveis	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida	
A – Numerador	Folha de Excel	Número	
B – Denominador	Folha de Excel	Número	
Observações			

Designação do Indicador	3.Percentagem de participantes por programa de exercício físico		
Objectivo	Identificar a adesão dos utilizadores.		
Descrição do Indicador	Indicador que revela o nº de participantes face ao nº previsto.		
Período aplicável	Anual		
Frequência de monitorização	Semestral		
Responsável pela monitorização	Coordenadora do Projecto “Intervir para prevenir”		
Critérios de inclusão	Numerador: nº de participantes presentes por sessão Denominador: nº de participantes previstos		
Factor crítico	Horários de trabalho		
Frequência de revisão	Anual		
Fórmula	Nº participantes presentes / nº de participantes previstos*100		
Variáveis	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida	
A – Numerador	Folha de Excel	Número	
B – Denominador	Folha de Excel	Número	
Observações			

Designação do Indicador	5. % de Pessoas com HTA com adesão ao regime terapêutico demonstrada	
Objectivo	Identificar o “peso” das pessoas inscritas com o programa de HTA associado do SAPE, que apresentam “Adesão ao Regime Terapêutico demonstrada”	
Descrição do Indicador	Indicador que revela a percentagem de Pessoas inscritas com o programa de HTA associado, no universo de pessoas inscritas, que apresentam registo de “Adesão ao Regime Terapêutico demonstrada” no SAPE	
Período aplicável	Anual	
Frequência de monitorização	Mensal	
Responsável pela monitorização	Coordenadora do Projecto “Intervir para prevenir”	
Critérios de inclusão	Numerador: Pessoas inscritas na unidade de saúde com o programa de HTA associado, com registo de “Adesão ao Regime Terapêutico demonstrada” no SAPE. Denominador: Pessoas inscritas, na unidade de saúde com o programa de HTA associado.	
Factor crítico	Registo no SAPE	
Frequência de revisão	Anual	
Fórmula	Nº de Pessoas inscritas com o Programa de HTA associado, com registo de “Adesão ao Regime Terapêutico demonstrada” no SAPE *100 / Total Pessoas inscritas com o programa de HTA associado.	
Variáveis	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A – Numerador	SAPE	Número
B – Denominador	SAPE	Número

Designação do Indicador	6. % de Pessoas com HTA, com conhecimentos demonstrados sobre regime medicamentoso	
Objectivo	Identificar o “peso” Pessoas com o “Programa de HTA” do SAPE associado, que apresentam “Conhecimentos demonstrados sobre regime medicamentoso”	
Descrição do Indicador	Indicador que revela a percentagem de pessoas com o programa de HTA associado no universo de pessoas inscritas, que apresentam registo de “conhecimentos demonstrados sobre regime medicamentoso” no SAPE.	
Período aplicável	Anual	
Frequência de monitorização	Mensal	
Responsável pela monitorização	Coordenadora do Projecto “Intervir para prevenir”	
Critérios de inclusão	Numerador: Pessoas inscritas na unidade de saúde com o programa de HTA associado, com registo de “Conhecimentos demonstrados sobre regime medicamentoso” Denominador: Pessoas inscritas na unidade de saúde com o programa de HTA associado.	
Factor crítico	Registo no SAPE	
Frequência de revisão	Anual	
Fórmula	Nº de Pessoas inscritas com o Programa de HTA associado com registo de “Conhecimentos demonstrados sobre regime medicamentoso” no SAPE *100 / Total de Pessoas inscritas com o programa de HTA associado.	
Variáveis	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida
A – Numerador	SAPE	Número
B – Denominador	SAPE	Número

Designação do Indicador	7. % de Pessoas com HTA, com conhecimentos demonstrados sobre hábitos alimentares		
Objectivo	Identificar o “peso” Pessoas inscritas com o “Programa de HTA” do SAPE associado, com “conhecimentos demonstrados sobre hábitos alimentares”		
Descrição do Indicador	Indicador que revela a percentagem Pessoas com o programa de HTA associado no universo de pessoas inscritas, que apresentam registo de “conhecimentos demonstrados sobre hábitos alimentares” no SAPE.		
Período aplicável	Anual		
Frequência de monitorização	Mensal		
Responsável pela monitorização	Coordenadora do Projecto “Intervir para prevenir”		
Critérios de inclusão	Numerador: Pessoas inscritas na unidade de saúde com o programa de HTA associado, que apresentam registo de “Conhecimentos demonstrados sobre hábitos alimentares” Denominador: Pessoas inscritas na unidade de saúde com o programa de HTA associado.		
Factor crítico	Registo no SAPE		
Frequência de revisão	Anual		
Fórmula	Nº de Pessoas inscritas com o Programa de HTA associado com registo de “Conhecimentos demonstrados sobre hábitos alimentares” no SAPE *100 / Total de Pessoas inscritas com o programa de HTA associado.		
Variáveis	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida	
A – Numerador	SAPE	Número	
B – Denominador	SAPE	Número	
Observações			

Designação do Indicador	8. % de Pessoas com HTA com conhecimentos demonstrados sobre hábitos de exercício físico		
Objectivo	Identificar o “peso” Pessoas com o “Programa de HTA” do SAPE associado, com “conhecimentos demonstrados sobre hábitos de exercício físico ”		
Descrição do Indicador	Indicador que revela a percentagem de Pessoas com o programa de HTA associado no universo de pessoas inscritas, que apresentam registo de “conhecimentos demonstrados sobre hábitos de exercício físico” no SAPE.		
Período aplicável	Anual		
Frequência de monitorização	Mensal		
Responsável pela monitorização	Coordenadora do Projecto “Intervir para prevenir”		
Critérios de inclusão	Numerador: Pessoas inscritas na unidade de saúde com o programa de HTA associado, com registo de “Conhecimentos demonstrados hábitos de exercício físico” Denominador: Pessoas inscritas, inscritos na unidade de saúde com o programa de HTA associado.		
Factor crítico	Registo no SAPE		
Frequência de revisão	Anual		
Fórmula	Nº de Pessoas inscritas com o Programa de HTA associado com registo de “Conhecimentos demonstrados sobre hábitos de exercício físico” *100 / Total de Pessoas inscritas com o programa de HTA associado.		
Variáveis	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida	
A – Numerador	SAPE	Número	
B – Denominador	SAPE	Número	

Designação do Indicador	9. % de Pessoas inscritas com HTA, com comportamentos demonstrados de procura de saúde		
Objectivo	Identificar o “peso” Pessoas inscritas como o “Programa de HTA” associado, do SAPE, que apresentam “com comportamentos demonstrados de procura de saúde”		
Descrição do Indicador	Indicador que revela a percentagem de Pessoas inscritas com o programa de HTA associado no universo de pessoas inscritas, que apresentam registo de “com comportamentos demonstrados de procura de saúde” no SAPE.		
Período aplicável	Anual		
Frequência de monitorização	Mensal		
Responsável pela monitorização	Coordenadora do Projecto “Intervir para prevenir”		
Critérios de inclusão	Numerador: Pessoas inscritas na unidade de saúde com o programa de HTA associado, com registo de com “comportamentos demonstrados de procura de saúde” Denominador: Pessoas inscritas na unidade de saúde com o programa de HTA associado.		
Factor crítico	Registo no SAPE		
Frequência de revisão	Anual		
Fórmula	Nº de Pessoas inscritas com o Programa de HTA associado com registo de “Conhecimentos demonstrados sobre hábitos de exercício físico” no SAPE *100 / Total de Pessoas inscritas com o programa de HTA associado.		
Variáveis	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida	
A – Numerador	SAPE	Número	
B – Denominador	SAPE	Número	
Observações			

Designação	10. Percentagem de pessoas com HTA, por Classificação de IMC		
Objectivo	Identificar a distribuição das pessoas codificadas como hipertensas pelos vários níveis de IMC		
Descrição do Indicador	Indicador que revela a percentagem de pessoas com o programa de HTA associado no universo de pessoas inscritas com registos de IMC no “Programa de HTA” do SAPE, por nível de IMC.		
Período aplicável	Mensal		
Frequência de monitorização	Mensal		
Responsável pela monitorização	Coordenadora do Projecto “Intervir para prevenir”		
Critérios de inclusão	Numerador: Pessoas inscritas na unidade de saúde com o programa de HTA associado, com registo de IMC no “Programa de HTA” do SAPE, por nível de IMC. Denominador: Pessoas inscritas na unidade de saúde com o programa de HTA associado a quem foi registado IMC no SAPE.		
Factor crítico	Registo no “Programa HTA” do SAM e no SAPE		
Frequência de revisão	Anual		
Fórmula	Nº de pessoas inscritas com o programa de HTA associado, com registo de IMC no “Programa de HTA” do SAPE, por nível de IMC *100 / Total de pessoas inscritas com programa de HTA associado, com registo de IMC no SAPE.		
Variáveis	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida	
A – Numerador	SAPE	Número	
B – Denominador	SAPE	Número	
Observações	Níveis de IMC: <18,5; Entre 18,5 e 24,9; Entre 25,0 e 29,9; Entre 30,0 e 34,9; Com > 34,9		

Designação	11. Percentagem de pessoas com HTA com 1 ou mais registos no de PA em cada semestre, no SAPE		
Objectivo	Identificar a frequência de registos de PA no “Programa de HTA” do SAPE de pessoas com o programa de HTA associado, efectuados em cada semestre		
Descrição do Indicador	Indicador que revela a percentagem de pessoas com o programa de HTA associado no universo de pessoas inscritas, a quem foi medida a PA e efectuados registos da mesma no “Programa de HTA” do SAPE, em uma ou mais vezes durante o semestre		
Período aplicável	Semestre		
Frequência de monitorização	Semestral		
Responsável pela monitorização	Coordenadora do Projecto “Intervir para prevenir”		
Critérios de inclusão	Numerador: Pessoas inscritas na unidade de saúde com o programa de HTA associado, com 1 ou mais registos de PA no “Programa de HTA” do SAPE, em cada semestre. Denominador: Pessoas inscritas na unidade de saúde com o programa de HTA associado.		
Factor crítico	Registo no SAPE		
Frequência de revisão	Anual		
Fórmula	Nº de pessoas inscritas com o programa de HTA associado, com 1 ou mais registos de PA no “Programa de HTA” do SAPE no semestre *100 / Total de pessoas inscritas com o programa de HTA associado		
Variáveis	Fonte Informação/ SI	Fonte Informação/ SI	
A - Numerador	SAPE	SAPE	
B - Denominador	SAPE	SAPE	
Observações	Consideram-se os semestres de acordo com o ano civil: 1 Janeiro a 30 de Junho e 1 de Julho a 31 de Dezembro		

Designação	12. Percentagem de pessoas com HTA com PA controlada		
Objectivo	Identificar no “Programa de HTA” do SAPE o “peso” de pessoas com o programa de HTA associado, com A TA controlada, em cada semestre		
Descrição do Indicador	Indicador que revela a percentagem de pessoas com o programa de HTA associado no universo de pessoas inscritas, com registo de PAS <140 mmHg e PAD <90 mmHg na última medição.		
Período aplicável	Semestre		
Frequência de monitorização	Semestral		
Responsável pela monitorização	Coordenadora do Projecto “Intervir para prevenir”		
Critérios de inclusão	Numerador: Pessoas inscritas, na unidade de saúde com o programa de HTA associado, com o registo de PAS <140 mmHg e PAD < 90 mmHg na última medição Denominador: Pessoas inscritas na unidade de saúde com o programa de HTA associado.		
Factor crítico	Registo no SAPE		
Frequência de revisão	Anual		
Fórmula	Nº de Pessoas inscritas com o programa de HTA associado, com o registo de PAS <140 mmHg e PAD <90 mmHg na última medição no semestre *100 / Total de Pessoas inscritas com o programa de HTA associado		
Variáveis	Fonte Informação/ SI	Fonte Informação/ SI	
A – Numerador	SAPE	SAPE	
B – Denominador	SAPE	SAPE	

Designação	13. Percentagem de Pessoas com HTA com Plano Nacional de Vacinação (PNV) actualizado		
Objectivo	Identificar o “peso” dos Pessoas inscritas com o “Programa de HTA” do SAPE associado. que têm o PNV actualizado		
Descrição do Indicador	Indicador que revela a percentagem de Pessoas inscritas com o programa de HTA associado, no universo de pessoas inscritas, que têm o PNV actualizado.		
Período aplicável	Anual		
Frequência de monitorização	Mensal		
Responsável pela monitorização	Coordenadora do Projecto “Intervir para prevenir”		
Critérios de inclusão	Numerador: Pessoas inscritas na unidade de saúde com o programa de HTA associado, para os quais existe registo de vacina do tétano no SAPE/SINUS. Denominador: Pessoas inscritas na unidade de saúde com o programa de HTA associado.		
Factor crítico	Registo no “Programa de HTA” do SAPE/SINUS.		
Frequência de revisão	Anual		
Fórmula	Nº de Pessoas inscritas com o programa de HTA associado com o PNV actualizado no SAPE *100 / Total de Pessoas inscritas com o programa de HTA associado.		
Variáveis	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida	
A – Numerador	SAPE	Número	
B – Denominador	SAPE	Número	
Observações	O registo vacinal é efectuado no SINUS mas depois é automaticamente exportado para o SAPE		

Designação	14. Percentagem de Pessoas com HTA que faltaram à consulta de enfermagem sem motivo justificado		
Objectivo	Identificar o “peso” dos Pessoas inscritas com o “Programa de HTA” do SAPE associado que faltam á consulta de enfermagem, sem motivo justificado.		
Descrição do Indicador	Indicador que revela a percentagem de Pessoas inscritas com o programa de HTA associado, no universo de pessoas inscritas, que faltam às consultas de enfermagem.		
Período aplicável	Anual		
Frequência de monitorização	Mensal		
Responsável pela monitorização	Coordenadora do Projecto “Intervir para prevenir”		
Critérios de inclusão	Numerador: Pessoas inscritas na unidade de saúde com o programa de HTA associado, que faltam às consultas de enfermagem. Denominador: Pessoas inscritas na unidade de saúde com o programa de HTA associado e agendadas.		
Factor crítico	Registo no SAPE.		
Frequência de revisão	Anual		
Fórmula	Nº de Pessoas inscritas com o programa de HTA associado que faltam às consultas de enfermagem *100 / Total de Pessoas inscritas com o programa de HTA associado.		
Variáveis	Fonte Informação/ SI	Unidade de medida	
A – Numerador	SAPE	Número	
B – Denominador	SAPE	Número	
Observações			

APÊNDICE XVI

RMDE para o “Grupo de risco Hipertensão”

Avaliação Inicial (Atualização obrigatória 1 x/ano e sempre que necessário)

Situações Especiais

Hipertensão

- Ano de Diagnóstico
- Vigilância
 - Centro de Saúde/Domicílio
 - Centro de Saúde
 - Domicílio
 - Outros
- Observações

Processo de Enfermagem

Diagnóstico: Aceitação do Estado de Saúde

“**Aceitação do Estado de Saúde** é um tipo de Aceitação com as seguintes características específicas: reconciliação com as circunstâncias de saúde.”

Status/Juízo diagnóstico:

- **Demonstração**
 - Não Demonstrado
 - Demonstrado
- **Suporte**
 - Não Percebido
 - Percebido
- **Conhecimento sobre estratégias de coping**
 - Não Demonstrado
 - Demonstrado
- **Iniciativa**
 - Não Demonstrado
 - Demonstrado
- **Esperança**
 - Não Demonstrado
 - Demonstrado

Intervenções de enfermagem:

- Apoiar a tomada de decisão
- Disponibilizar prestação de serviços na comunidade
- Encorajar a comunicação expressiva de emoções

- Encorajar a interacção de papéis
- Encorajar interacção social
- Ensinar a pessoa sobre estratégias de *coping*
- Ensinar sobre estratégias de adaptação
- Ensinar sobre prestação de serviços na comunidade
- Ensinar sobre serviços de saúde
- Facilitar a comunicação expressiva de emoções
- Facilitar suporte familiar
- Identificar com a pessoa estratégias anteriores de adaptação eficaz
- Estratégias anteriores de adaptação eficazes (frase de vigilância)

- Sim (especificar)
- Não

- Incentivar a relação dinâmica com pessoas com adaptação eficaz
- Incentivar a tomada de decisão com conhecimento
- Optimizar crença em valores (valores)
- Optimizar crença religiosa
- Orientar a pessoa para grupos de suporte
- Orientar a pessoa para serviços médicos
- Promover envolvimento da família
- Promover uma comunicação expressiva
- Verificar conhecimento

- Conhecimentos (frase de vigilância)
 - Não demonstrados
 - Demonstrados

Diagnóstico: Adesão ao Regime Terapêutico

“**Adesão ao Regime Terapêutico** é um tipo de Gestão do Regime Terapêutico com as características específicas: desempenhar actividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado ou apoiante.”

Status/Juízo diagnóstico:

- **Demonstração**
 - Não Demonstrado
 - Demonstrado
- **Suporte**
 - Não Percepcionado
 - Percepcionado

Intervenções de enfermagem:

- Assistir a pessoa a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico
- Elogiar adesão ao regime terapêutico
- Elogiar tomada de decisão
- Encorajar a tomada de decisão
- Incentivar adesão ao regime terapêutico
- Incentivar relação dinâmica com pessoas com adesão ao regime terapêutico
- Negociar adesão ao regime terapêutico
- Negociar com a pessoa um contrato de saúde
- Orientar para serviços de saúde

Diagnóstico: Auto-Administração de Medicamentos

“Auto-Administração de Medicamentos é um tipo de Comportamento de Adesão com as características específicas: desempenhar actividades para obter, arrumar com segurança, tomar de acordo com a prescrição, ajustar as doses, aplicar os medicamentos prescritos, deitar fora os medicamentos de modo adequado.”

Status/Juízo diagnóstico:

- **Adequação**
 - Não adequado
 - Adequado
- **Conhecimento sobre auto-administração de medicamentos**
 - Não Demonstrado
 - Demonstrado
- **Aprendizagem de habilidades sobre técnica de auto-administração de medicamentos**
 - Não Demonstrado¹
 - Demonstrado

Intervenções de enfermagem:

- Elogiar a aprendizagem de habilidades
- Ensinar sobre auto-administração de medicamentos
- Ensinar sobre desvantagens da auto medicação
- Ensinar sobre regime medicamentoso
- Ensinar sobre técnica auto-administração de medicamentos
- Ensinar sobre estratégias de adaptação
- Incentivar para o cumprimento da medicação
- Instruir sobre como auto-administrar os medicamentos
- Providenciar dispositivo que facilite a gestão eficaz da medicação
- Providenciar material de leitura
- Treinar a auto-administrar os medicamentos

- Verificar aprendizagem de habilidades
 - Aprendizagem de habilidades (frase de vigilância)
 - Não demonstrada
 - Demonstrada
- Verificar conhecimento
 - Conhecimentos (frase de vigilância)
 - Não demonstrados
 - Demonstrados
- Vigiar pele

Diagnóstico: Auto-Vigilância

“Auto – Vigilância é um tipo de Comportamento de Adesão com as características específicas: desempenhar actividades de auto-observação para evitar factores de risco ou para identificar sinais precoces de problemas de saúde ou doenças.”

Status/Juízo diagnóstico:

- **Conhecimento sobre auto-vigilância**
 - Não Demonstrado
 - Demonstrado
- **Conhecimento sobre auto-vigilância da tensão arterial**
 - Não Demonstrado
 - Demonstrado
- **Aprendizagem de habilidades para proceder à auto-vigilância**
 - Não Demonstrado
 - Demonstrado
- **Aprendizagem de habilidades para proceder à auto-vigilância da tensão arterial**
 - Não Demonstrado
 - Demonstrado
- **Conhecimento sobre sinais de alerta**
 - Não Demonstrado
 - Demonstrado
- **Adequação**
 - Não adequado
 - Adequado
- **Negligência**
 - Negligenciado
 - Não negligenciado

Intervenções de enfermagem:

- Ensinar sobre auto-vigilância da tensão arterial
- Incentivar auto-vigilância

- Instruir auto-vigilância da tensão arterial
- Orientar para serviço de enfermagem
- Providenciar equipamento de auto-vigilância: glicemia capilar
- Providenciar material de leitura sobre auto-vigilância
- Treinar auto-vigilância da tensão arterial
- Verificar aprendizagem de habilidades
 - Aprendizagem de habilidades (frase de vigilância)
 - Não demonstrada
 - Demonstrada
- Verificar conhecimento
 - Conhecimentos (frase de vigilância)
 - Não demonstrados
 - Demonstrados

Diagnóstico: Gestão do regime terapêutico

“**Gestão do Regime Terapêutico** é um tipo de Comportamento de Adesão com as seguintes características específicas: executar as actividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrarem actividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária.”

Status/Juízo diagnóstico:

- **Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico**
 - Não Demonstrado
 - Demonstrado
- **Conhecimento sobre fisiopatologia da doença**
 - Não Demonstrado
 - Demonstrado
- **Conhecimento sobre hábitos alimentares**
 - Não Demonstrado
 - Demonstrado
- **Conhecimento sobre hábitos de exercício**
 - Não Demonstrado
 - Demonstrado
- **Conhecimento sobre regime medicamentoso**
 - Não Demonstrado
 - Demonstrado
- **Eficácia**
 - Ineficaz
 - Eficaz

Intervenções de enfermagem:

- Ensinar sobre complicações do regime terapêutico ineficaz
- Ensinar sobre fisiopatologia da doença
- Ensinar sobre gestão do regime terapêutico
- Ensinar sobre hábitos alimentares
- Ensinar sobre hábitos de exercício
- Ensinar sobre regime medicamentoso
- Facilitar encontro com pessoas com gestão eficaz do regime terapêutico
- Gerir regime medicamentoso
- Incentivar a actividade física
- Incentivar hábitos alimentares saudáveis
- Monitorizar frequência cardíaca
- Monitorizar índice de massa corporal (IMC)
- Monitorizar peso corporal
- Monitorizar perímetro abdominal
- Monitorizar tensão arterial
- Orientar para serviços de saúde
- Planear a dieta
- Planear exercício
- Providenciar material de leitura sobre regime terapêutico
- Verificar conhecimento
 - Conhecimentos (frase de vigilância)
 - Não demonstrados
 - Demonstrados

Diagnóstico: Hipertensão

“**Hipertensão** é um tipo de Pressão Sanguínea com as seguintes características específicas: bombagem do sangue através dos vasos sanguíneos com pressão superior à normal.”

Status/Juízo diagnóstico:

- **Possibilidade (risco)** (utilizar apenas)
 - Alto risco de
 - Algum risco de
 - Baixo risco de
- **Presente/Ausente**
 - Presente, em grau elevado

Grau 3: TA Sistólica ≥ 180 mmHg ou TA Diastólica ≥ 110 mmHg

- Presente, em grau moderado

Grau 2: TA Sistólica 160 – 179mmHg ou TA Diastólica 100 – 109mmHg

- Presente, em grau reduzido

Grau 1: TA Sistólica 140 – 159 mmHg ou TA Diastólica 90 – 99 mmHg

(Classificação proposta pela Direcção Geral de Saúde na Circular Normativa Nº: 20/2011 a 28/09/2011))

Intervenções de enfermagem:

- Monitorizar frequência cardíaca
- Monitorizar índice de massa corporal (IMC)
- Monitorizar peso corporal
- Monitorizar perímetro abdominal
- Monitorizar tensão arterial

APÊNDICE XVII

Diapositivos do Programa de Educação Terapêutica



VIVER COM
HIPERTENSÃO

INTERVIR
PARA
PREVENIR

ANA PALMEIRINHA, ENF.
CARLOS LAGINHA, DR.
VERA LETRAS, ENF.

HIPERTENSÃO ARTERIAL

O QUE É ISSO ?



2. Hipertensão arterial

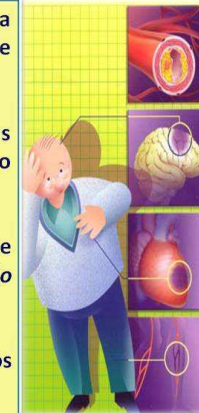
- Vulgarmente conhecida como “tensão alta”;
- A hipertensão arterial ou pressão alta é uma doença caracterizada pelo aumento da força (pressão) que o sangue exerce na parede das artérias ao se movimentar, atingindo valores de pressão acima dos considerados normais.
- O valor normal situa-se < 140/90 mmHg.



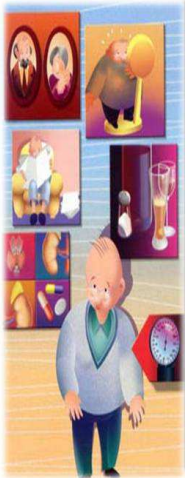
COMPORTA, 24-03-2012

Importa saber ...

- A hipertensão arterial é uma doença crónica que tem como principais complicações o enfarte agudo do miocárdio e o AVC.
- Prejudica os rins, os olhos (retina) e as artérias dos membros inferiores, mas é sobretudo agressiva para as artérias cerebrais.
- Para diminuir a taxa de complicações há que definir *objectivos alcançáveis com a participação activa e informada do doente*.
- É fundamental a toma regular dos medicamentos prescritos.



COMPORTA, 24-03-2012



- A hipertensão arterial é a doença cardiovascular que afecta o maior número de pessoas a nível mundial;
- Não apresenta sintomas a não ser em fases mais avançadas;
- A única maneira de a despistar é medir a Tensão arterial seguindo as orientações do médico e da enfermeira;
- Um bom habito é de medir a pressão arterial de forma regular e regista-la num papel para poder mostrar ao seu médico ou enfermeira quando for à consulta.

COMPORTA, 24-03-2012

Quando uma pessoa é considerada hipertensa?

- A pessoa é considerada hipertensa quando a medida da pressão arterial se mantém frequentemente acima de 140/90 mmHg (ou 14 / 9) .Os valores precisam ser confirmados pelo médico e enfermeira no Centro de Saúde, utilizando aparelhos calibrados.

Quais consequências a pressão alta pode trazer?

- Se não tratada, a pressão alta pode ocasionar derrames cerebrais; doenças do coração: enfarte, aumento do coração e dor no peito; problemas renais e alterações na visão.
- A hipertensão arterial ou pressão alta não tem cura, mas tem controle.

COMPORTA, 24-03-2012

Quais as pessoas com maior risco de se tornarem hipertensas?

- Aquelas com excesso de peso, que não possuem uma alimentação saudável;
- Ingerem muito sal;
- Não fazem exercício físico;
- Consomem bebidas alcoólicas em excesso,
- São diabéticos ou têm familiares com pressão alta.
- Após os 55 anos, mesmo as pessoas com pressão arterial normal, tem 90% de risco de desenvolver a hipertensão, se não respeitarem uma vida saudável.



COMPORTA, 24-03-2012

Quais os sintomas da pressão alta?

- A maioria das pessoas com a pressão alta não apresenta nenhum sintoma no início da doença, por isso ela é chamada de "inimiga silenciosa";
- Alguns sintomas atribuídos à pressão alta: dor de cabeça, cansaço, tonturas, dentre outros. Neste caso, a única forma de saber se a pressão está alta é verificar os seus valores.
- Importa conhecer a consulta de hipertensão na extensão da Comporta, que funciona integrada com médico e enfermeira todas as XXXXX feiras entre as XXXX e as XXXX com agendamento de dia e hora.



COMPORTA, 24-03-2012

Tratamento da hipertensão



❖ Medidas não farmacológicas – dependem da pessoa

1. Moderação da ingestão de sal e álcool;
2. Parar de fumar;
3. Aumento na ingestão de alimentos ricos em potássio;
4. Prática regular de actividade física;
5. Controlar o stress;
6. Manutenção do peso ideal para a altura e sexo;



COMPORTA, 24-03-2012

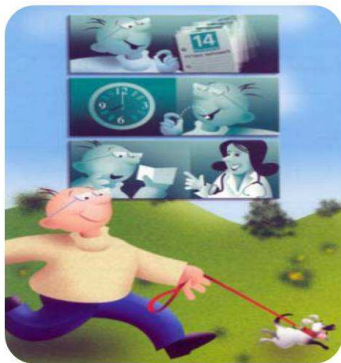
Tratamento da hipertensão



❖ Medidas farmacológicas – medicamentos

- São da responsabilidade do médico
- Importa minimizar o uso de medicamentos que possam elevar a pressão arterial, como anti-inflamatórios;

CUIDADOS A TER QUANDO SE É HIPERTENSO



REGRAS DA MEDICAÇÃO NA HIPERTENSÃO



- Sendo a HTA uma doença crónica o tratamento é provavelmente para toda a vida.
- A escolha do tratamento é da responsabilidade do seu médico, deve ser talhado à medida de cada pessoa.
- Não deve interromper a medicação sem o acordo do seu médico.
- A eficácia dos medicamentos aumenta com a sua toma regular.
- Se tem dúvidas fale com o seu médico ou enfermeira.

COMPORTA, 24-03-2012

REGRAS DA MEDICAÇÃO NA HIPERTENSÃO

- Os medicamentos do seu vizinho/amigo/familiar podem não se adaptar a si e podem ser perigosos.
- Mesmo que tenha valores normais, se parar os medicamentos a sua pressão arterial volta a subir, por vezes para valores superiores
- Peça ao seu médico caixas de medicamentos atempadamente para não ter que parar com o tratamento, pode ser perigoso e sofrer complicações de uma crise hipertensiva (enfarte, trombose).
- Tome os medicamentos a horas regulares e nas doses prescritas como lhe indicou o seu

COMPORTA, 24-03-2012

Causas do Acidente Vascular Cerebral (AVC)

- Um Acidente Vascular Cerebral é uma alteração associada aos vasos do cérebro, conhecido por derrame ou trombose;
- Estas alterações são de 2 tipos: isquémicos e hemorrágicos.

Porque acontece um AVC

- Os isquémicos devido a trombose, pois uma artéria vai ficando cada vez mais estreita e acaba por se “entupir” (devido à aterosclerose).
- Os hemorrágicos devido a alterações causadas pela hipertensão arterial.

COMPORTA, 03-01-2012

CAUSAS DO ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Factores que podem ser mudados ou controlados:

- Colesterol alto
- Hipertensão arterial
- Tabagismo
- Excesso de peso
- Sedentarismo
- Diabetes Mellitus



Factores que não podem ser mudados

- Idade
- História familiar ou predisposição genética

Causas do Acidente Vascular Cerebral (AVC)

❖ Factores que podem ser mudados ou controlados:

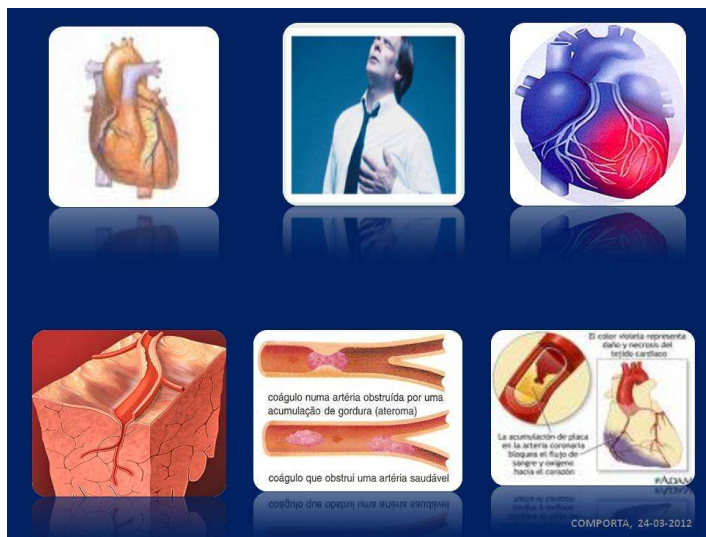
- Colesterol alto
- Hipertensão arterial
- Tabagismo
- Excesso de peso
- Sedentarismo
- Diabetes Mellitus



❖ Sintomas

Cada área do cérebro é responsável por uma função (sensação, movimento, visão, fala, equilíbrio, coordenação motora), pelo que os sintomas do AVC variam conforme a área do cérebro que é afectada.

COMPORTA, 24-03-2012



COMPORTA, 24-03-2012

PENSE NISSO : Intervir na hipertensão arterial



COMPORTA, 24-03-2012



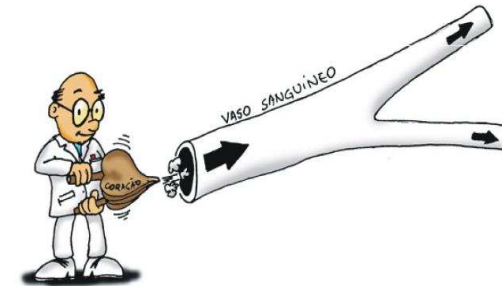
OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

COMPORTA, 24-03-2012

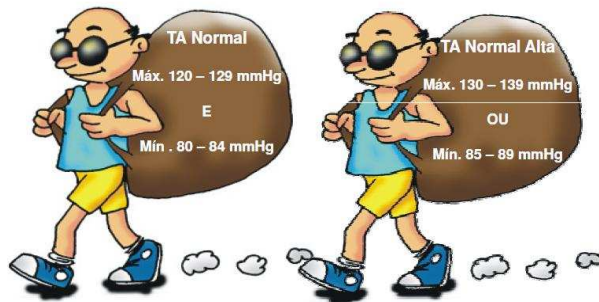
Hipertensão Arterial E Alimentação



O sangue circula pelo corpo humano graças ao coração que actua como se fosse uma bomba.

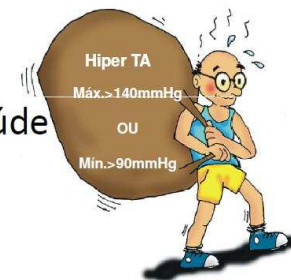


Ao circular o sangue faz tensão(força) sobre as paredes artérias (TA).

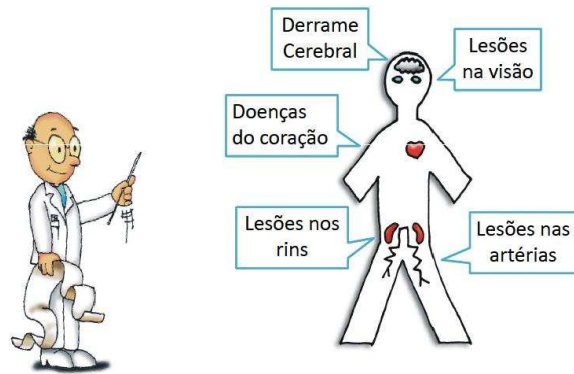


A **Hipertensão Arterial**, tensões com valores persistentemente elevados...

... é um problema de saúde **SÉRIO**



São consequências da HTA



As causas da HTA nem sempre são fáceis de identificar

Podem ser fatores **NÃO MODIFICÁVEIS** ...



HEREDITARIEDADE



IDADE e GÊNERO



RAÇA

ou fatores **MODIFICÁVEIS** ...

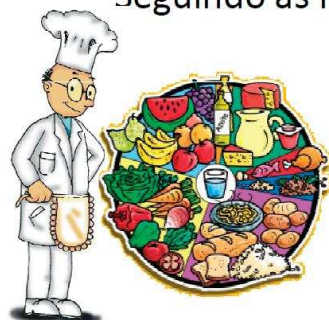


SENDO OS FATORES RELACIONADOS COM A ALIMENTAÇÃO



NUTRICIONALMENTE
aconselha-se que:

Faça uma
ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA
Seguindo as recomendações da

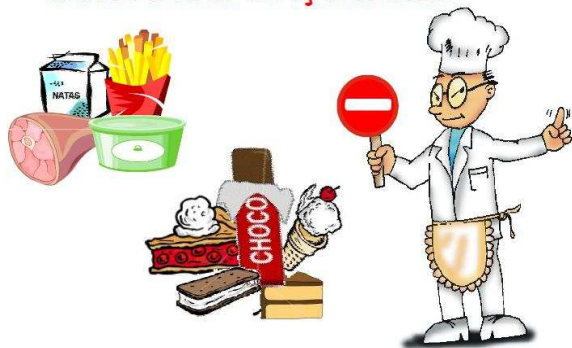


**RODA
DOS
ALIMENTOS**

Reduza o consumo de
SAL e PRODUTOS SALGADOS



Controle o consumo de
GORDURAS e **AÇÚCARES**



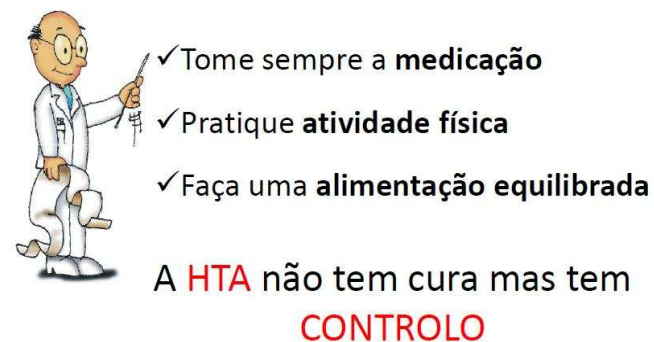
Modere o consumo de
BEBIDAS ALCOÓLICAS,
CAFÉ
E OUTRAS
BEBIDAS
ESTIMULANTES



Alie os **CUIDADOS ALIMENTARES** à
prática de **ATIVIDADE FÍSICA**



Lembre-se:



RELAÇÃO ENTRE HIPERTENSÃO ARTERIAL E ALIMENTAÇÃO



DIETISTAS: Dora Faria Carvalho Teresa Ganhão Tatiana Araújo Silva
09 de Janeiro de 2011

CONSEQUÊNCIAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

↑ Risco de Derrame Cerebral



↑ Risco de Doenças do Coração



↑ Risco de Lesões Renais



Pressão Arterial
 ➤ Força que o sangue exerce nas artérias ao percorrer todo o corpo, de modo a fornecer as matérias necessárias para o bom funcionamento do organismo.

Força que o sangue exerce nas artérias:

➔ **Muito Forte!!**



HIPERTENSÃO ARTERIAL
 Tensão Arterial persistentemente >140/90mmHG



INCIDÊNCIA EM PORTUGAL

- De acordo com estudo Feito em 2009 nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal:

Cerca de 42% adultos Portugueses têm HTA:

- Destes cerca de **39% estão medicados:**
 - E destes de **11% estão controlados!**

FACTORES QUE INFLUENCIAM O AUMENTO DA TENSÃO ARTERIAL:

Factores Não Modificáveis:

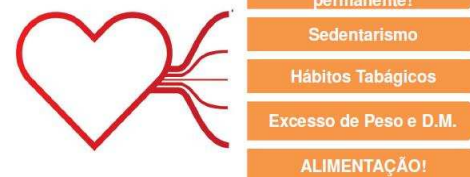
Causas da Hipertensão Arterial



FACTORES QUE INFLUENCIAM O AUMENTO DA TENSÃO ARTERIAL:

Factores Modificáveis:

Causas da Hipertensão Arterial



FACTORES DE RISCO RELACIONADOS COM A ALIMENTAÇÃO

- **Excesso de peso**, em 20%:
 - ↑ 8 vezes a incidência de HTA!
- **D.M.:**
 - ↑ para cerca do Dobro a incidência de HTA!

D.M. tipo1:

- HTA não está presente na altura do Diagnóstico;
- HTA está correlacionada com presença de doença renal;
- Tanto a T. Máx. como a Min. aumentam!

D.M. tipo2:

- HTA presente na altura do Diagnóstico;
- HTA está correlacionada com a obesidade e aumento da idade;
- A T. Máx. aumenta, sem aumento da T. Min.!

Relação entre Hipertensão Arterial e Alimentação

Alimentos e nutrientes que influenciam o ↑ da Tensão Arterial

- Alcool
- Cafeína/Teína
- Sal (Na⁺CL⁻)
- Tipo e quantidade de Gorduras
- ↓ Consumo de Alimentos com propriedades Hipotensoras



CONSUMO DE ÁLCOOL

Em quantidades excessivas é prejudicial para a Hipertensão Arterial e pode potenciar os efeitos dos medicamentos reguladores da Tensão Arterial.

O consumo de álcool não deve ser superior a:

- Homens: 1 copo (150ml) de vinho tinto, 2x/dia, à refeição,
- Mulheres: 1 copo (150ml) de vinho tinto, 1x/dia, à refeição.



Em quantidades moderadas poderá ter efeito protector, no entanto:
"Quem não bebe não precisa de beber!"

CAFEÍNA E TEÍNA



Provocam o aumento das batidas cardíacas, potenciando o aumento da Tensão Arterial

SAL (NA+CL-)

O Sal actua no organismo como uma "esponja", retendo os líquidos nos tecidos:



HIPERTENSÃO ARTERIAL

De acordo com a OMS

O consumo de sal não deve ser superior a **5g/dia**

(1 colher de chá)

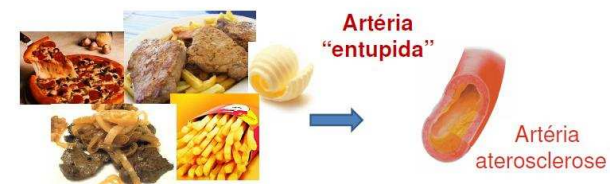


ATENÇÃO À FLÔR DE SAL!

É sal Marinho, no entanto, apesar de na sua composição ter outros sais, como, Magnésio e Potássio, não deixa de ter um alto teor de SÓDIO (SAL)!!

Gorduras Alimentares

O consumo excessivo de alimentos ricos em Colesterol, origina o depósito do mesmo nas artérias, diminuindo o seu calibre, dificultando a passagem do sangue → **Hipertensão Arterial**



Gorduras Alimentares

Valorizar o consumo de alimentos ricos em Gorduras Ómega 3



Artéria normal

Diminuem a concentração de Colesterol nas artérias, facilitando a passagem do sangue!

EFEITOS DO POTÁSSIO E MAGNÉSIO



Frutos Oleaginosos

Verduras de Folha Verde

Cacau



Batatas, Tomate, Banana, Maçã

Favorecem a ↓ da Tensão Arterial

EFEITOS DAS FIBRAS ALIMENTARES, DO ALHO E DO CHÁ DE FOLHA DE OLIVEIRA



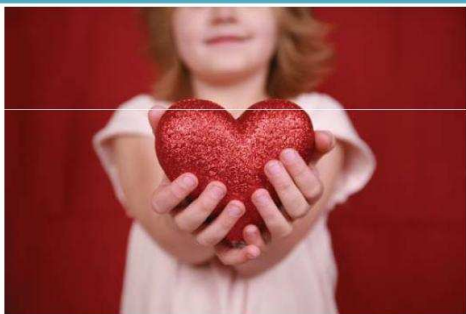
✓ Favorecimento da diminuição da absorção das gorduras e açúcares

✓ Presença de compostos fenólicos antioxidantes

✓ Presença de substâncias que favorecem a diluição do sangue

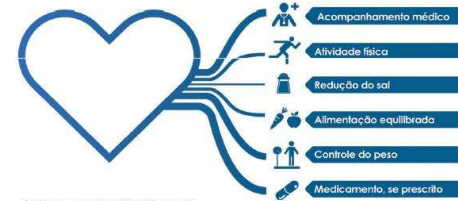
Favorecem a ↓ da Tensão Arterial

CUIDE DE SI, CUIDE DO SEU CORAÇÃO!



www.5carrilologia.pt/boas/MensagemdoCoracaoV0.pdf

Factores que ajudam a controlar a Tensão Arterial



fonte: www.eusou12por8.com.br

Alimentação Vs Nutrição

Alimentação

- Processo de selecção de alimentos e refeições
- Processo **voluntário**
- Determinado por factores cognitivos, socioeconómicos, emocionais, psicológicos, afectivos e culturais.

Nutrição

- Processo biológico que inicia no momento da ingestão dos alimentos
- Processo **involuntário**
- Depende da selecção alimentar

Alimentação Saudável

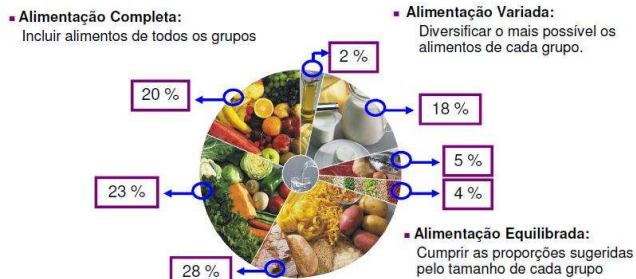
- **RECOMENDAÇÕES GERAIS**
- Realize as refeições em ambiente calmo;
- Coma devagar mastigando bem os alimentos;
- Tome o pequeno-almoço logo após o acordar;
- Coma várias vezes ao dia, com intervalos de 2,5 horas a 3,5 horas e evitar um jejum nocturno superior a 8 ou 10 horas;
- Inicie as refeições maiores (almoço e jantar) com sopa;

Alimentação Saudável

- Opte por técnicas culinárias mais saudáveis;
- **Controle o consumo de açúcar, sal, gorduras e álcool, escolhendo os alimentos de acordo com a sua composição nutricional**
 - Análise da rotulagem nutricional;
 - Açúcar e alimentos açucarados;
 - Sal e alimentos salgados;
 - Gorduras e alimentos gordos;
 - Alimentos dietéticos;
 - Bebidas alcoólicas;
- Siga as recomendações da **Nova Roda dos Alimentos** controlando o peso.

A nova Roda dos Alimentos

- Representação gráfica que ajuda a escolher e a combinar os alimentos de deverão ser incluídos na alimentação diária.



Cereais e derivados, tubérculos

Principais Nutrientes

Glicídicos → Fornecimento de energia

Fibras → Regulação e protecção

Considerações

- Fonte de energia para o organismo, com 1 teor de gorduras
- Conferem saciedade
- Maior grupo da roda dos alimentos (4 a 11 doses diárias)
- Ajudam a controlar as glicemias
- Favorecem o trânsito intestinal regular
- Devem ser preferidos cereais e derivados pouco refinados



Hortícolas

Principais Nutrientes

Vitaminas
 Minerais Regulação e protecção
 Fibras

Considerações

- Deve-se ingerir em abundância e variedade (3 a 5 doses diárias)
- Através da sopa e do 2º prato
- Pobres em gordura e açúcar



Fruta

Principais Nutrientes

Vitaminas
 Minerais Regulação e protecção
 Fibras

Considerações

- Deve-se ingerir 3 a 5 peças/doses por dia
- Nunca devem ser consumidas isoladamente
- Deve-se consumir crua e, quando possível, com casca
- Deve-se evitar sobe a forma de sumo ou em calda



Lacticínios

Principais Nutrientes

Proteínas → Reparação de tecidos e síntese de massa muscular, celular e hormonal

Cálcio → Síntese de massa óssea e contracção muscular

Considerações

- Recomenda-se cerca de 2 a 3 doses de lacticínios por dia
- Prefira os leites, queijos e iogurtes denominados "magro" ou "meio-gordo"
- Evite natas ou confeccões com estas



Carnes, peixe e ovos

Principais Nutrientes

Proteínas → Reparação e síntese de massa muscular, celular e hormonal

Ferro → Síntese de hemoglobina e mioglobina

Vitaminas do complexo B → Metabolismo dos glicídios

Considerações

- Recomenda-se 1,5 a 4,5 doses diárias
- Sempre que possível, prefira o peixe à carne
- Prefira as carnes brancas às carnes vermelhas
- Coma até, em média, 2 ovos por semana



Leguminosas

Principais Nutrientes

Proteínas → Reparação e síntese de massa muscular, celular e hormonal

Glícidos → Fornecimento de energia

Fibras → Regulação e protecção

Considerações

- Recomenda-se 1 a 2 doses diárias
- Proteínas de baixo valor biológico
- Pelo teor em fibra pode causar desconforto abdominal



Gorduras e óleos

Principais Nutrientes

Lípidos → Protecção mecânica e térmica

→ Fornecimento de energia (actividade de longa duração)

Vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K) → Regulação e Protecção

Considerações

- Recomenda-se 1 a 3 doses diárias
- Para temperar e cozinhar é preferível o azeite
- Quando fizer fritos, utilize o azeite, a banha ou o óleo de amendoim
- Sempre pequenas quantidades.



Água

Está representada em todos os sectores, pois faz parte da constituição de quase todos os alimentos



É imprescindível à vida - é fundamental que se beba em abundância diariamente

1,5 L por dia



8 copos por dia



HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO:

- DIETISTAS RESIDENTES:
 - DORA FARIA CARVALHO
 - TERESA GANHÃO
- DIETISTA CONVIDADA:
 - TATIANA DE ARAÚJO SILVA

09 de Janeiro de 2011

ANEXOS

ANEXO I

Definição e classificação dos tipos de HTA

(DGS, 2011)

Definição e classificação dos níveis da pressão arterial em adultos (idade igual ou superior a 18 anos)

Categoria	Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	Pressão Arterial Diastólica (mmHg)
Ótima	<120 e	<80 Normal
Normal	120-129 e /ou	80-84
Normal-Alta	130-139 e /ou	85-89
HTA Grau 1 (HTA ligeira)	140-159 e /	90-99
Grau 2 (HTA moderada)	Ou 160-179 e /ou	100-109
Grau 3 (HTA grave)	≥180 e /ou	≥110
Hipertensão Sistólica isolada (HSi)	≥ 140 e	<90

Fonte: DGS, Circular Normativa nº 20/2011 de 28/09/2011.

Definição do tipo de medição de pressão arterial em adultos (idade igual ou superior a 18 anos)

TIPO DE MEDIÇÃO		PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Consultório		140	90
MAPA (medição ambulatoria da pressão arterial)	Global (24 horas)	125-130	80
	Período do dia (07-23h)	130-135	85
	Período da noite(23-07h)	120	70
Auto medição no domicílio		130-135	85

Fonte: DGS, Circular Normativa nº 20 de 2011.

ANEXO II

Classificação do IMC

Índice de Massa Corporal (IMC)

PESO	IMC
Magreza	<18.5
Normal	18.5-24.9
Pré Obesidade	25-29.9
Obesidade grau I	30-34.9
Obesidade grau II	35 – 39.9
Obesidade grau III	> 40

Fonte: Site DGS, Plataforma contra a Obesidade.

ANEXO III

Medida de adesão ao tratamento (MAT)

11 – Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

11.1- Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	raramente	nunca
1	2	3	4	5	6

11.2- Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	raramente	nunca
1	2	3	4	5	6

11.3- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	raramente	nunca
1	2	3	4	5	6

11.4- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	raramente	nunca
1	2	3	4	5	6

11.5- Alguma vez tomou mais um ou vários medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	raramente	nunca
1	2	3	4	5	6

11.6- Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença, por ter deixado acabar os medicamentos?

sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	raramente	nunca
1	2	3	4	5	6

11.7- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	raramente	nunca
1	2	3	4	5	6

ANEXO IV

Escala de Borg

ESCALA DE BORG

VALORES DA FC	PERCEPÇÃO DO ESFORÇO	CONCEITO
60	Muito fácil	Fraco / Confortável
70		
80	Fácil	
90		
100	Relativamente fácil	
110		
120	Ligeiramente cansativo	Confortável / Moderado
130		
140		
150	Cansativo	
160		
170	Muito cansativo	
180		
190	Exaustivo	
200		

Fonte: Borg e Noble, 1974 (adaptação Marcelo Augusti, 2010)

Fonte: http://revistacontrarelogio.com.br/pdfs/Treinamento_borg_200.pdf