

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIELLE RIBEIRO FEITOSA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL E A ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O
MANEJO DAS PRINCIPAIS DIFICULDADES APONTADAS POR PACIENTES
HIPERTENSOS PARA O CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL NO INTERIOR DO
MARANHÃO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIELLE RIBEIRO FEITOSA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL E A ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O
MANEJO DAS PRINCIPAIS DIFICULDADES APONTADAS POR PACIENTES
HIPERTENSOS PARA O CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL NO INTERIOR DO
MARANHÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Msc. Cláudia Rhinow Humphreys

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **HIPERTENSÃO ARTERIAL E A ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O MANEJO DAS PRINCIPAIS DIFICULDADES APONTADAS POR PACIENTES HIPERTENSOS PARA O CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL NO INTERIOR DO MARANHÃO** de autoria da aluna **MARIELLE RIBEIRO FEITOSA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Msc. Cláudia Rhinow Humphreys
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	09
3 MÉTODO.....	12
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	14
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

RESUMO

O estudo descritivo em questão é um plano de ação com o foco na educação em saúde. Busca identificar os pacientes hipertensos e conhecer suas principais dificuldades para aderir ao tratamento proposto pela equipe de saúde na tentativa da adequação terapêutica com a necessidade dos sujeitos. O perfil dos entrevistados será caracterizado a partir de variáveis sobre seus conhecimentos, questionamentos e suas dificuldades para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica. Os dados serão coletados durante as consultas de enfermagem e visitas domiciliares por meio de entrevistas semiestruturadas e individuais com 41 pacientes hipertensos cadastrados e acompanhados na Unidade Básica de Saúde da Família do Barro Branco em um município maranhense. Após interpretação destes dados será elaborado junto a Equipe de Saúde da Família um plano de cuidados na garantia de que a abordagem multiprofissional junto à participação e conscientização do hipertenso proporcionará a redução das complicações pela Hipertensão e a conquista da qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Hipertensão; Educação em saúde; Equipe de Saúde da Família.

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tem sido um desafio para o trabalho da APS (Atenção Primária em Saúde). De modo geral, alguns fatores de risco (FR) são os responsáveis pela maior parte da morbidade e mortalidade decorrente das DCNT, entre eles: hipertensão arterial (HAS), diabetes mellitus (DM), elevação nos níveis de colesterol, sobrepeso e obesidade, tabagismo e sedentarismo. (BRASIL, 2007, 2001, VILELLA, 2006)

A HAS e o DM são problemas de saúde considerados próprios da APS, condições sensíveis à APS, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo destes problemas na APS evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (BRASIL, 2010, 2006, CARDOSO, 2007, FORTES AN, LOPES, 2004).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e constantes de pressão arterial (PA 140 x 90 mmHg). Associam-se, frequentemente, as alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, com o aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (BRASIL, 2010, 2006, PIERIN AMG, 2001).

No Brasil, de acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010, 2008), as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte e estudos apontam que a prevalência global de hipertensos é cerca de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes prematuras e 13% do total de óbitos no mundo. Estima-se que 36% dos pacientes acima de 40 anos de idade sejam portadores de HAS. Outros estudos apontam uma prevalência entre 40 a 50% da população adulta.

Os altos índices de ocorrência dessa doença dificulta a vida de 24,4% dos brasileiros que têm de conviver com ela, em geral, a partir dos 30 anos de idade, segundo o Ministério da Saúde (MS). De acordo com dados da Secretaria de Estado da Saúde (SES), no Maranhão há cadastrados junto ao órgão 292.972 pessoas hipertensas. Desses, pelo menos 12.000 situam-se na capital e aproximadamente 1800 só na cidade de Buriti sendo este o local de estudo.

Segundo Vilella, (2006), Pierin et al, (2001), frequentemente, a Hipertensão Arterial resulta em graves complicações como insuficiência cardíaca, renal e acidente vascular cerebral, podendo, portanto evoluir para danos severos, com hospitalização de pacientes. Devido a sua

cronicidade, causa agravos sociais por absenteísmo ao trabalho, elevados custos com internações de longa permanência, incapacitação por invalidez, aposentadoria precoce e outros.

Além disso, constitui-se num desafio para a equipe de saúde em propor uma terapêutica eficaz em longo prazo, porque requer a participação e cooperação do portador, o qual convive com a cronicidade e tem dificuldade em alterar seu estilo de vida (VASCONCELOS, 2001 TAKEDA, S.M.P., DIERCKS, M.S, 2007).

Esses desafios para o controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, da APS, notadamente das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos (SILVA, 2006, BRASIL, 2011,2007). Assim, o Ministério da Saúde (MS) preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais, os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos. (BRASIL, 2010, 2007,VALLA, STOTZ, 2001, XIMENES, 2005).

Nesse contexto, entende-se que nos serviços de APS um dos problemas de saúde mais comum que as ESF's enfrentam é a HAS e que existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, tratamento e controle dos níveis pressóricos dos usuários. (COELHO, NOBRE, 2006, FORTES, LOPES, 2004, OMS, 2003). Segundo Pierin et al, 2001 países com redes estruturadas de APS, 90% da população adulta consultam pelo menos uma vez ao ano com seu médico de família. Mesmo assim, existem dificuldades no diagnóstico, evidenciando não ser um problema de acesso aos serviços de saúde. Somam-se a isto as dificuldades de seguimento ao tratamento.

A prevenção primária, a detecção precoce, o tratamento e o controle da HAS são as formas mais efetivas de evitar a doença e reduzir eventos cardiovasculares e devem ser metas prioritárias dos serviços e profissionais de saúde (JARDIM, 2006, PIERIN, 2004).

A abordagem e cuidado de pessoas com HAS é um processo complexo e exige das equipes de saúde o exercício cotidiano da interdisciplinaridade e da intersetorialidade buscando a integralidade da atenção à saúde. Dessa forma, pretende-se com esse estudo elaborar e implementar um conjunto de ações sistematizadas para acompanhamento e avaliação das pessoas

com HAS e desencadear um processo de educação permanente entre as equipes da atenção primária e os portadores de HAS na busca do controle da PA e consequentemente prevenção de complicações em prol da qualidade de vida dos mesmos. Objetiva-se ainda com a participação ativa dos usuários do sistema de saúde, visualizar as falhas do tratamento e conduzir a assistência prestada a essa população com equidade, de forma individualizada, coletiva e integral garantindo o tratamento necessário e eficaz aos hipertensos (BRASIL, 2007, PIERIN et al 2001, COELHO, NOBRE, 2006, ROCHA et al 2002).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na Educação Permanente em Saúde, o serviço, o trabalho, a atenção, a educação e a qualidade têm como finalidade ou razão de ser a contribuição à satisfação das necessidades individuais e coletivas da população (CARDOSO, 2007; VASCONCELOS, 2001).

A proposta de educação permanente assume como objetivo a melhoria de qualidade do serviço que se oferece à população, constituindo-se em um instrumento pedagógico da transformação do trabalho e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores nos planos individual e coletivo (BRASIL, 2006,2007).

Uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, assistência integral e continuada a famílias de uma área adscrita são algumas das inovações verificadas no PSF. Pelo nível de compromisso e responsabilidade esperado dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, pelo nível de participação desejado da comunidade na resolução dos problemas de saúde, pela humanização das práticas, pela busca da qualidade da assistência e de sua resolutividade tendo a educação em saúde como um modelo dialógico (VASCONCELOS, 2001, PINHEIRO, MATTOS, 2001, VALLA, STOTZ, 1993).

Na hipertensão arterial sistêmica, por ser uma doença com sinais e sintomas obscuros e, muitas vezes ausentes, a informação da equipe de saúde passa a ser fundamental. Conscientizar o paciente sobre a seriedade da doença e os benefícios do tratamento é prioritário. Tanto o meio ambiente, quanto o indivíduo, tem papel relevante no comportamento final e o paciente é co-responsável pelos resultados, sendo o próprio agente da mudança (REIS, GLASHAN, 2001 BRASIL, 2006 TAKEDA, DIERCKS, 2007).

Segundo, Silva et al, 2006, o indivíduo hipertenso geralmente relata mais dificuldade quando a doença interfere naquilo que lhe causa satisfação, situação que deve ser visualizada de maneira muito particular para que se possa compreender melhor esse sentimento e perceber o que significa para a pessoa a interferência da doença sobre sua vida. (ROCHA, et al,2002).

Sabendo que a adesão ao tratamento é caracterizada como um processo comportamental complexo, influenciado pelo meio ambiente, profissionais de saúde e cuidados de assistência médica a adoção de medidas de controle na HAS é importante não somente para que a pressão arterial se mantenha nos níveis de normalidade, como também permitir que o indivíduo adquira

resistência orgânica, colaborando tanto para uma recuperação adequada, em caso de complicações, quanto para uma vida mais saudável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Por isso a não aderência ao tratamento da hipertensão arterial é um dos mais importantes problemas enfrentados pelos que atuam nessa área. Gera custos substanciais, pelas baixas taxas de controle alcançadas em todo o mundo, que acabam aumentando a morbimortalidade consequente a essa síndrome (JARDIM, 2006, PIERIN, 2004).

Acredita-se que o conhecimento dos fatores que dificultam o seguimento dessas pessoas ao tratamento possibilita aos profissionais de saúde o desenvolvimento de estratégias direcionadas a sua correção, melhorando a adesão e propiciando um melhor controle dos níveis pressóricos (BRASIL, 2011, COELHO, 2006, JARDIM, 2006).

Na atual condição crítica da prestação de serviços públicos de saúde, a necessidade e o desafio de se elevar a qualidade da atenção é um objetivo maior junto com a universalidade do acesso (AROUCA, 2003, MALTA, et al 2009).

Entende-se o trabalho em saúde como uma prática que tem como consequência uma dimensão técnica, na qual supõe a aplicação de conhecimento e tecnologia para satisfazer necessidades relevantes da sociedade e uma dimensão social a que se refere às relações sociais por ela mobilizadas e aos intercâmbios simbólicos que isso supõe. (BRASIL, CARDOSO, 2007).

Para fundamentar uma proposta de educação permanente é essencial entender que a instituição de saúde é também um lugar de trabalho e de educação, e que nele encontraremos um conjunto complexo de relações, acontecimentos e processos de natureza ideológica, cultural, técnica e econômica que, em resumo, definem um espaço social. (TAKEDA, DIERCKS, 2007; PINHEIRO, MATTOS, 2001).

Este pensamento é corroborado por Souza (2004), quando enfatiza que os princípios e técnicas da educação deveriam ser considerados em toda abordagem como o indivíduo portador de doenças crônicas, objetivando-se auxiliá-lo no enfrentamento das mudanças necessárias e também para instrumentalizar melhor o profissional de saúde. Nesse contexto, o conhecimento do paciente acerca da doença hipertensiva deve ser considerado e valorizado pelos profissionais de saúde durante as consultas (VASCONCELOS, 2001).

Segundo Moreira (1999), o desconhecimento da doença pode dificultar muito o seguimento do tratamento, sendo clara a importância do profissional de saúde na facilitação de

conhecimento de sua patologia e do tratamento respectivo com vistas ao aumento dos índices de adesão ao tratamento.

O movimento da Educação Popular em Saúde tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas dos usuários e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular. Esta metodologia contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias enfrentamento (BRASIL, 1986, STOTZ, 1993, FREIRE, 1996, CARDOSO, 2007).

Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (TAKEDA, DIERCKS, 2007 AROUCA, 2003).

Por influência do modelo predominante de formação de profissionais de saúde, há uma tendência a privilegiar a abordagem da dimensão técnica do cuidado quando se enfrenta um problema e, particularmente, a valorizar mais o domínio do conhecimento científico em si que a pertinência de sua aplicação. Sob uma perspectiva de trabalho para a qualidade, o conhecimento não é o único atributo da competência profissional. Seu valor está na possibilidade de que seu uso assegure a satisfação das necessidades do usuário (SILVA, 2006, COELHO, 2006).

O sucesso do tratamento somente será alcançado, quando tais aspectos forem contemplados também na visão multiprofissional e interdisciplinar, considerando características pessoais, potencialidades e contexto de vida, tornando o usuário participante ativo no seu cuidado (BRASIL, 2004, 2011, PINHEIRO; MATTOS, 2001, CARDOSO, TAKEDA, DIERCKS, 2007).

3 MÉTODO

Trata-se de um plano de ação, descritivo, observacional com abordagem quali-quantitativo. A pesquisa descritiva visa delinear as características de determinada população ou fenômeno e estabelece relações entre variáveis. A pesquisa com abordagem qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo entre o mundo objetivo e a subjetividade da pessoa que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são fundamentais no processo de pesquisa qualitativa. E a pesquisa com abordagem quantitativa preocupa-se em medir (quantidade, frequência e intensidade) e analisar as relações causais entre as variáveis.

A pesquisa, autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Equipe de Saúde da Família em questão, será desenvolvida na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família do Barro Branco, no município de Buriti, Maranhão. Essa instituição localiza-se no interior da cidade (zona rural), onde a atividade agrícola, como a produção de soja e milho, destaca-se como fonte de renda da população. O município possui aproximadamente 28 mil hab. dentre esses por volta de 1800 hipertensos cadastrados. A população de abrangência da Unidade Básica é de aproximadamente 172 famílias, 756 pessoas e 68 hipertensos. Sendo apenas 41 hipertensos envolvidos no estudo. Estes inscritos e ativos no Programa de Hipertensão Arterial, com idades entre 18 a 65 anos.

Foi escolhida uma amostra por conveniência, uma vez que se pretendeu apreender o comportamento do hipertenso em relação à adesão ao tratamento, no momento da consulta de enfermagem ao relatarem dificuldades para controlar a PA. Assim, os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos, de ambos os sexos, estar cadastrado no programa pelo agente comunitário de saúde (ACS) da Unidade de Saúde, estar recebendo acompanhamento da ESF, haver recebido diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica, ter revelado dificuldade na adesão ao tratamento da HA, ter disponibilidade e vontade de participar do estudo e ter procurado a unidade de saúde em busca de atendimento, no período de setembro a novembro 2013.

Para a coleta de dados será aplicado um formulário elaborado especificamente para este estudo mediante entrevista semiestruturada, sendo que o instrumento será composto de duas partes. A primeira contemplará dados de identificação e auxílio na caracterização do perfil da

amostra em questão (idade, sexo, pressão arterial, peso, altura, estado civil, escolaridade, renda familiar, hábitos e vícios, antecedentes familiares, tipo de tratamento já utilizado para hipertensão e em uso, fatores de risco e complicações já instaladas da doença e presença de co-morbidades) e a segunda, com questões abertas referentes ao conhecimento sobre a cronicidade, complicações da doença e a influência dessas na qualidade de vida.

Também, serão mensurados a pressão arterial, a altura, o peso e a circunferência abdominal dos entrevistados. Para tanto serão utilizadas como padrão as normas estabelecidas pela V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

As entrevistas serão realizadas a partir de visitas domiciliares a cada participante, sempre respeitando sua disponibilidade. Após a apresentação da pesquisadora e do objetivo do estudo, será entregue ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo todas as explicações necessárias, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Serão sanadas as dúvidas quanto aos questionamentos sobre a hipertensão e esclarecimentos quanto à liberdade de participar ou não do estudo.

As entrevistas serão individuais apesar da presença familiar no local, gravadas com duração média de uma hora, com prévia concordância do entrevistado, sendo complementadas com o registro das observações da entrevistadora no momento da aplicação. Cada participante será identificado por um número seguido das letras F(feminino) ou M(masculino), exemplo: 1F, 2M, 3M, 4F, até que todos sejam registrados.

Após a coleta, será elaborado um plano para consolidação, análise e tratamento dos dados, constituído das seguintes etapas: tabulação dos dados quantitativos (organizados e armazenados em um banco de dados do programa Excel) e organização das unidades temáticas referentes às seguintes variáveis: conhecimento sobre a doença, controle da alimentação, atividade física, abstenção de fumo e bebida alcoólica, regime alimentar, medicação; interpretação dos resultados juntamente à análise das anotações adicionais durante as entrevistas. Posteriormente será elaborado junto a ESF um plano de cuidados baseado nos resultados alcançados como forma de intervenção, assistência multiprofissional e tratamento ajustado conforme necessidade e dificuldades apontadas pelos hipertensos. O estudo em questão será apresentado ao Comitê de Ética para aprovação antes da execução do plano de ação.

4 RESULTADO E ANÁLISE

O plano de ação em questão está sendo desenvolvido na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família do Barro Branco, no município de Buriti, Maranhão localizado no interior da cidade (zona rural), com uma população de aproximadamente 172 famílias, 756 pessoas e 68 hipertensos. Sendo que como público alvo foi escolhido apenas 41 hipertensos. Estes inscritos e ativos no Programa de Hipertensão Arterial.

Foi escolhida uma amostra por conveniência, prioritariamente, por relatarem no momento da consulta de enfermagem, dificuldades para controlar a PA. Assim, foram utilizados os critérios de inclusão:

- Ser maior de 18 anos;
- De ambos os sexos;
- Estar cadastrado no programa pelo agente comunitário de saúde (ACS) da Unidade de Saúde;
- Estar recebendo acompanhamento da ESF;
- Haver recebido diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica;
- Ter revelado dificuldade na adesão ao tratamento da HA;
- Ter disponibilidade e vontade de participar do estudo;
- Ter procurado a unidade de saúde em busca de atendimento, no período de setembro a novembro 2013.

O formulário para coleta de dados elaborada especificamente para este estudo com uma entrevista semiestruturada, será um instrumento composto de duas partes. A primeira contemplará dados de identificação e auxílio na caracterização do perfil da amostra em questão a serem consolidados em Tabela 01:

- Idade;
- Sexo;
- Pressão arterial;
- Peso;
- Altura;
- Estado civil;

- Escolaridade;
- Renda familiar;
- Hábitos e vícios;
- Antecedentes familiares;
- Tipo de tratamento já utilizado para hipertensão e em uso;
- Fatores de risco e complicações já instaladas da doença;
- Presença de co-morbidades.

A segunda parte será composta de questões abertas referentes ao conhecimento sobre a cronicidade, complicações da doença e a influência dessas na qualidade de vida.

Também, serão mensurados a pressão arterial, a altura, o peso e a circunferência abdominal dos entrevistados.

As entrevistas que serão realizadas no domicílio do hipertenso, individualmente terão seus participantes identificados por um número seguido das letras F(feminino) ou M(masculino), exemplo: 1F, 2M, 3M, 4F, até que todos sejam registrados.

Após a coleta, será elaborado um plano para consolidação, análise e tratamento dos dados, organizados a partir das unidades temáticas referentes às seguintes variáveis a serem consolidados em Tabela 02:

- Conhecimento sobre a doença;
- Controle da alimentação;
- Atividade física;
- Abstenção de fumo e bebida alcóolica;
- Regime alimentar;
- Medicação;

Todos os dados consolidados na pesquisa serão consolidados e interpretados para apresentação dos resultados juntamente à análise das anotações qualitativas observadas durante as entrevistas.

Um plano de cuidados baseado nos resultados alcançados será elaborado como forma de intervenção, assistência multiprofissional e tratamento ajustado de acordo com as necessidades e dificuldades apontadas pelos hipertensos.

Com as orientações sobre as modificações no estilo de vida e a prática de hábitos saudáveis, como por exemplo, a adoção de uma alimentação equilibrada e a realização regular de atividade física com o objetivo de controle do peso corporal, entre outros, são fundamentais para prevenção e tratamento da hipertensão.

Buscaremos entre os resultados identificar as dificuldades com vistas a uma melhor adesão ao tratamento da hipertensão, bem como das doenças crônicas associadas, reforçando a necessidade de se informar e discutir as condições observadas pelos membros da equipe de saúde.

Além de apresentar e estimular os profissionais envolvidos no tratamento da hipertensão a conhecer estas informações, pois sugerem a prioridade dada ao trabalho pelo adulto, em detrimento de sua condição de saúde, e a dependência que o idoso tem de ser responsável para lhe administrar a medicação.

Espera-se ainda com a colaboração dos familiares durante a entrevista e aplicabilidade do plano de cuidados elaborado após estudo, uma melhor comunicação entre os profissionais e os pacientes e orientações mais fáceis de serem compreendidas que entre outras ações, favorecem a adesão ao tratamento.

A partir da interpretação dos dados e resultados obtidos comparados a outros estudos serão apresentados os resultados com os objetivos a serem alcançados como a busca de estratégias que permitam maior conhecimento da doença e de suas complicações, como a educação em saúde. O processo educativo em questão deve abranger aspectos que permitam:

- Conhecer as atitudes, percepções e práticas do portador de hipertensão;
- Incentivar a participação ativa destes no tratamento;
- Levar em consideração suas dificuldades e necessidades; estabelecer adequada comunicação e interação entre os envolvidos no processo educativo;
- Trabalhar os aspectos cognitivos e psicossociais dos usuários e buscar o envolvimento da família no tratamento do portador de hipertensão arterial.

Assim esperamos obter os resultados para facilitar a aceitação da doença, melhorar e reduzir as complicações decorrentes da hipertensão mal controlada. Todavia, para atingir esses objetivos é necessária uma abordagem multiprofissional ao hipertenso, que ocorra de forma contínua, contemplando todos os aspectos do tratamento anti-hipertensivo, a fim de manter a qualidade de vida dos sujeitos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa a ser realizada e da assistência prestada aos portadores da HAS na Atenção Básica, sabemos que a percepção da qualidade de vida, para os entrevistados, poderá estar relacionada por fatores como: saúde, boa relação familiar, lazer, alegria, amizade e condições de moradia adequadas, ou seja, bem-estar físico, bem-estar emocional e bem-estar material e poderá ainda está sendo determinada por um déficit de conhecimento acerca da doença e da dificuldade de conviver com ela para a não adesão ao tratamento.

Sabe-se que como a doença é, na maioria das vezes, assintomática, os portadores não conseguem se perceber como hipertensos e conseqüentemente não conseguem aceitar a doença, principalmente no que se refere à mudança de hábitos de vida, necessárias para excluir ou postergar as conseqüências da HA.

Assim, com o estudo acreditamos que seja necessário buscar estratégias que permitam maior adesão ao tratamento, como a educação em saúde que deve abranger aspectos que permitam: conhecer as atitudes, percepções, conhecimento e práticas do portador de hipertensão; incentivar a participação ativa dos hipertensos no tratamento; levar em consideração as dificuldades e necessidades da clientela; estabelecer adequada comunicação e interação entre os pacientes e profissionais de saúde; trabalhar os aspectos cognitivos e psicossociais dos usuários e buscar o envolvimento da família no tratamento do portador de Hipertensão Arterial.

Espera-se ainda após a coleta e análise dos dados dentre outros objetivos: estimular a busca constante de alternativas que favoreçam um enfrentamento mais efetivo, pelas equipes multiprofissionais, de modo que a saúde e o bem-estar dos sujeitos sejam preservados e assim compreender o momento vivido pelos hipertensos acompanhados pela ESF, apoiar sem estabelecer condições, fornecer informações claras e consistentes de acordo com a necessidade de cada pessoa, evidenciar as conquistas e avanços obtidos e mostrar a possibilidade de construção de um futuro com mais qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. AROUCA, S. **O Dilema Preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde** / organização de Sandra R. S. Ferreira, Itemar M. Bianchini, Rui Flores. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011.
3. _____. Ministério da saúde. **Pratique Saúde contra a Hipertensão Arterial**, disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23616 acesso em jun. 2010.
4. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007 (caderno de Atenção Básica);
5. _____. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde:** documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007.
6. _____. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal** – Caderno de Atenção Básica n17. Brasília-DF, 2006. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd17.pdf
7. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
8. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais** / Caderno de Atenção básica, nº 14. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
9. _____. Ministério da saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.** Secretaria de políticas da Saúde, Brasília, 2001. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reorganizacao_plano.pdf
10. _____. Ministério da Saúde. Relatório da **VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1986.
11. CARDOSO, J. A. Educação e as Práticas de Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Trabalho, Educação e Saúde: reflexões críticas de Joaquim Alberto Cardoso de Melo.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.

12. CARDOSO, S. UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA. SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNAMA. **Manual de Normalização de Trabalhos Acadêmicos-** Conforme Normas Técnicas da ABNT, Belém, 2013.
13. COELHO EB, NOBRE F. **Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo.** Rev. Bras Hipertens. 2006; 13(1): 51-4.
14. DUNCAN, B.B., SCHIMIT,M.I., GIUGLIANI,E. **Medicina Ambulatorial.** Porto Alegre:3 Ed, Art Med,2006.
15. FORTES AN, LOPES VO. **Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa unidade básica de atenção à saúde da família.** Texto Contexto Enferm. 2004; 13(1): 26-34.
16. FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1996.
17. JARDIM PCBV, JARDIM TSV. **Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.** Rev Bras Hipertens vol.13 (1): 26-29, 2006.
18. MALTA DC, MOURA L, SOUZA FM, ROCHA FM, FERNANDES FM. **Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006** in Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pág. 337–362.
19. OMS. **Doenças Crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia Mundial sobre alimentação, atividade física e saúde.** 2003. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/d_cronic.pdf.
20. PIERIN AMG, MION Jr D, FUKUSHIMA JT, PINTO AR, KAMINAGA MM. **O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença.** Ver Esc. Enferm USP. 2001; 35(1): 11-8.
21. PIERIN AMG. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar.** São Paulo, 2004.
22. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.
23. REIS MG dos, GLASHAN RQ. **Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida.** Rev. Latino-am Enfermagem 2001 maio; 9(3): 51-7.
24. ROCHA R, PORTO M, MORELLI MYG, MAESTÁ N, WAIB PH, BURINI C. **Efeito do estresse ambiental sobre a pressão arterial de trabalhadores.** Rev. Saúde Publ 2002; 36(5): 568-75.
25. SILVA MA, OLIVEIRA AGB, MANDÚ ENT, MARCON SR. **Enfermeiro e grupos em PSF: possibilidade para participação social.** Cogitare Enferm.2006.

26. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.
27. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. 2006. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/>. Acesso em 31.08.08.
28. TAKEDA, S.M.P., DIERCKS, M.S. **A Avaliação como um processo que enfatiza aprendizado e mudanças**. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Ministério da Saúde, Ano VII, pag.12-15, nº13, janeiro a março, Brasília, 2007.
29. VALLA, V., STOTZ, E. N. (Orgs.) **Participação Popular, Educação e Saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, p.11-22.
30. VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.11-9.
31. VILELLA JC. **A percepção das complicações da hipertensão arterial e a condição crônica de saúde** [monografia]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2006.
32. XIMENES, P.M.O. **Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em pacientes submetidos a tratamento odontológico na FOUSP**. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, 2005.