

Análise do programa de controle de hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde da Família de São José do Rio Preto.

Analysis of the arterial hypertension control program in a family health care unit of Sao Jose do Rio Preto.

Lívia P.M. Lima¹; Claudia E. Gazetta²

¹Acadêmica da 4ª série de Enfermagem*; ²Professora Doutora do curso de Enfermagem*

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Resumo O Programa Saúde da Família (PSF) tem sua atenção centrada na família, a partir de seu ambiente, com a equipe multiprofissional atuando além das práticas curativas e prestando assistência integral. No PSF insere-se o programa de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que é desenvolvido, principalmente, através de ações educativas. Este estudo teve como objetivo analisar a opinião dos pacientes participantes do programa de HAS e a atuação da equipe de saúde envolvida no mesmo, em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no município de São José do Rio Preto. A pesquisa é do tipo descritivo exploratória, realizada no período de março a outubro de 2006, através de entrevistas. A amostra foi composta de 30 pacientes e 4 profissionais de saúde e os dados foram analisados por estatística descritiva. A população estudada era, em sua maioria, do sexo feminino (76,67%); com idade entre 56 e 65 anos (26,70%); com ensino fundamental incompleto (90%); 75% já se internou devido à crise hipertensiva e 85% praticavam caminhada como exercício físico. Dos pacientes 46,67% relataram que após freqüentarem o grupo, aprenderam a controlar a pressão arterial; 60% afirmaram que seus conhecimentos sobre o tema aumentaram, após participar das reuniões e 13,33% gostariam de obter mais informações sobre exames, medicamentos e dieta. Sobre a equipe de saúde, os agentes comunitários relataram que os hipertensos começaram a seguir as orientações passadas, sendo observados pela auxiliar de enfermagem responsável pela coordenação do grupo. A enfermeira que realiza visitas domiciliares e consultas de enfermagem, refere aumento da motivação dos pacientes com conseqüente melhora da sua qualidade de vida. Portanto, ações educativas são fundamentais na adesão ao tratamento da HAS, com necessidade de participação dos pacientes e profissionais de saúde, para que haja conscientização e mudanças nos hábitos de vida.

Palavras-chave Saúde da Família; Hipertensão; Equipe Interdisciplinar de Saúde; Unidade Básica de Saúde.

Abstract The Family Healthcare Program has its attention centered on the family, starting with its environment, which includes a multiprofessional team whose work goes beyond simple healing practices providing integral assistance. In the Family Healthcare Program, an arterial hypertension control program is included, and developed, mainly through educational actions. This study aimed at analyzing the patients' opinion on their participation of arterial hypertension program as well as the health team's performance in that Family Healthcare Unit, in the city of Sao Jose do Rio Preto. This was a descriptive study, exploratory nature; some interviews were used, and it was accomplished between March and October 2006. The sample group comprised 30 patients and 4 healthcare professionals. Data were analyzed using descriptive statistics. The majority of the studied population was female (76.67%); the ages ranged from 56-65 years (26.70%); with incomplete elementary school (90%); 75% had already been hospitalized due to hypertensive crisis and 85% practiced walk as physical exercise. Out of the patients, 46.67% reported that after participating in the group, they learned to control arterial pressure; 60% claimed that their knowledge on the subject increased after participating in the meetings and 13.33% would like to obtain more information about tests, medications and diet. Concerning the healthcare team, the communitary agents reported changes in the lives of the hypertensive patients, the same being observed by the auxiliary nurse responsible for the organization of the group. The nurse, who has been performing visits at home and nursing consultations, reported an increase in the patients's motivation with consequent improvement in their quality of life. Therefore, educational actions are fundamental in adhesion to the treatment of arterial hypertension. The participation of patients and healthcare professionals is necessary to achieve awareness and some changes in the patients' lifestyle.

Keywords Family Health; Hypertension; Patient Care Team; Health Centers.

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua ^{1,2}.

O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição do modelo tradicional de assistência, com a atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Isto possibilita às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas ^{1,2}.

A estratégia do PSF foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários. Esta estratégia reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade ¹.

A partir de 2003, com o desenvolvimento do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), o Ministério da Saúde reorienta quanto ao uso da terminologia, ao invés do termo PSF, Estratégia de Saúde da Família (ESF) ³.

A estrutura da ESF é formada a partir de uma Unidade Básica Saúde da Família (UBSF), com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população (recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4500 pessoas), onde desenvolve ações de promoção de saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos ^{1,2}.

A UBSF atua com base nos seguintes princípios: substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho; atenção integral garantida aos indivíduos e famílias, assegurando a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema; acompanhamento da população adscrita no território de abrangência e uma equipe composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), numa proporção média de uma agente para 550 pessoas acompanhadas ^{1,2}.

Outros profissionais poderão ser incorporados nas UBSF ou em equipes de supervisão, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Uma UBSF pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias do território de sua abrangência ^{1,2}.

Cada equipe de Saúde da Família é capacitada para: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral na UBSF, na comunidade, no domicílio e no

acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar e desenvolver ações educativas e intersectoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados ^{1,2}.

O programa de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) está inserido no plano de atenção básica de assistência a Saúde do Adulto, desenvolvido pela ESF ⁴.

A HAS atinge cerca de 15% a 20% da população adulta, chegando a 50% nos idosos e atinge mais pessoas do sexo masculino até 45-50 anos de idade e a partir desta faixa a prevalência é maior nas mulheres. A presença da HAS duplica o risco cardiovascular e, além disso, é o primeiro fator de risco para o acidente vascular cerebral. Cerca de 90% de pessoas em estágio final de doença renal tem história de HAS ^{4,5}. Ressalta-se, ainda, o alto custo social em nosso meio, pois a HAS é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e absenteísmo ao trabalho ^{4,5}.

A UBSF escolhida para o desenvolvimento da pesquisa tem, em sua área de abrangência 1166 famílias cadastradas, sendo que a HAS é a doença crônica mais comum na área (10,94%) e a maior causa de mortalidade se dá por doenças cardiovasculares (31,5%).

O programa desenvolvido fornece informações educativas sobre a HAS e realiza exames conforme proposto pelo Protocolo de Enfermagem da saúde do adulto criado pela Secretaria Municipal de Saúde e Higiene de São José do Rio Preto ⁶. Assim como visa realizar o diagnóstico precoce e o acompanhamento do portador, prestando assistência individualizada ou em grupo, promovendo o autoconhecimento do paciente e da doença que o acomete, facilitando o adequado controle da pressão arterial. Como ser social, o homem busca vincular-se aos grupos desde a infância, através de interesses em comum. O grupo traz a possibilidade de crescimento e mobilização uma vez que favorece aos integrantes a troca de papéis, facilitando o resgate dos sonhos, perdas e expectativas remotas ⁷.

O processo educativo é considerado importante para complementação do tratamento de pacientes hipertensos para aumentar sua adesão àquele, contribuindo no controle da pressão arterial, no esclarecimento de dúvidas e direcionamento do autocuidado ⁸. A educação é um componente essencial para a promoção, manutenção e restauração da saúde, devendo agir de maneira conscientizadora ⁹.

Este estudo teve como objetivos: caracterizar os usuários cadastrados no programa de HAS de uma UBSF, analisar a opinião destes que participam do programa, verificando a importância em sua vida cotidiana e analisar e avaliar a atuação da equipe multiprofissional que participa do programa de HAS.

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza descritiva e exploratória, configurado-se como qualiquantitativo, realizado através de entrevistas semi-estruturadas com os pacientes participantes

do grupo educativo de HAS de uma UBSF e com a equipe multiprofissional atuante no programa.

Os encontros do grupo ocorrem a cada 2 meses e tem duração de 1 hora. A população de hipertensos cadastrados na UBSF era de 302, mas apenas 37 participaram das reuniões no mês de abril de 2006, que foi o mês escolhido para a coleta de dados. A amostra foi composta de 30 pacientes, escolhidos aleatoriamente e para compor a equipe multiprofissional foram entrevistados 2 agentes comunitários de saúde, a auxiliar de enfermagem e a enfermeira. O médico não foi entrevistado devido a não estar mais trabalhando na UBSF no período da coleta de dados.

O primeiro e o segundo instrumento, destinados aos pacientes, continham questões objetivas sobre o perfil sócio demográfico e 7 questões abertas relacionadas ao grupo de controle de HAS, como mudanças nos hábitos de vida após freqüentar o grupo, a importância da participação, e sua opinião sobre o funcionamento do grupo. O terceiro instrumento, para a equipe multiprofissional, compreendia questões abertas sobre a função e a visão de cada profissional em relação aos pacientes participantes e ao grupo educativo.

O estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FAMERP, e a partir daí iniciou-se a coleta de dados, de acordo com todas as recomendações realizadas pelo referido Comitê.

A seguir os dados obtidos foram agrupados conforme seu tipo quantitativo e qualitativo, analisados por meio de estatística descritiva e alguns dados apresentados em gráficos e quadros.

Resultados

Caracterização do perfil sócio-demográfico:

Observou-se que a maioria da população estudada é do sexo feminino (76,67%).

Em relação à idade, a média foi de 55 anos entre os pacientes e a maior parte da população estudada encontrava-se na faixa etária de 56 a 65 anos (26,70%).

Quanto à naturalidade, a maioria nasceu em São José do Rio Preto - SP, totalizando 46,70%. Quanto ao estado civil, grande parte dos entrevistados era casada, 56,70%. Em relação a ocupação, 46,70% eram do lar. E quanto ao nível de escolaridade verificou-se a predominância do ensino fundamental incompleto (90%).

Os entrevistados foram questionados sobre há quanto tempo descobriram que eram portadores de HAS, e a média foi de 12,7 anos. Os dados mostram que 30% descobriram a doença entre 2 e 5 anos atrás.

Quanto a variável internação, 53,33% já foram internados devido a HAS. Relacionado ao item anterior, foi questionado o motivo da internação, e a grande maioria, 75%, foi internada devido a uma crise hipertensiva.

Em relação ao item atividade física, a maior parte dos pacientes, 66,67% relatou praticar algum tipo de exercício físico, sendo a caminhada a atividade mais citada como mostra o Gráfico 1. A freqüência com que a população estudada realizava exercícios físicos pode ser vista no Gráfico 2.

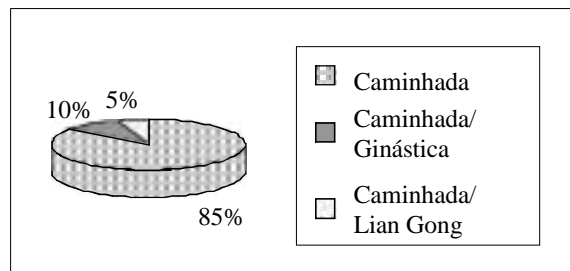


Gráfico 1 – Representação gráfica dos sujeitos quanto à atividade física realizada.

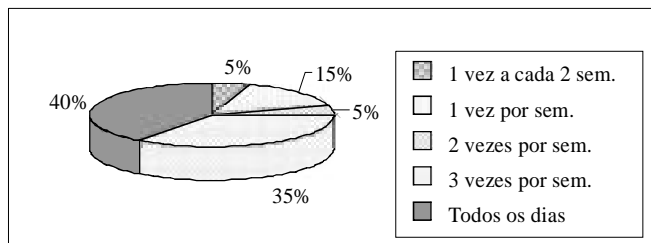


Gráfico 2 – Representação gráfica dos sujeitos quanto à freqüência da prática de exercícios físicos.

Percepção dos pacientes em relação ao grupo educativo de HAS:

A maioria dos pacientes, 33,33%, freqüentam o grupo desde o início, isto em há 4 anos. Foi questionado aos pacientes quais foram as mudanças ocorridas em sua vida, depois que eles passaram a freqüentar o grupo e o Quadro 1 traz estes resultados.

Quadro 1 – Distribuição dos sujeitos quanto a mudança no estilo de vida após participação no grupo educativo de Hipertensão Arterial.

Mudança de vida após participação no grupo	n	%
Aprendeu a controlar a pressão arterial	14	46,67
Mudança nos hábitos alimentares	11	36,67
Passou a praticar exercícios físicos	3	10,00
Passou a se sentir bem	11	36,67
Passou a ganhar e tomar remédios corretamente	4	13,34
Aprendeu muitas coisas	8	26,67
Número de mudanças por sujeito		
1	16	53,33
2	9	30,00
3	5	16,67

Todos os entrevistados acham que é importante participarem do grupo educativo de HAS e em seguida foram questionados o por quê e as respostas podem ser vistas no Quadro 2. 53,33%, isto é, 16 pacientes, afirmaram que há necessidade de alguma mudança no grupo. E o Quadro 3 mostra quais seriam essas mudanças.

Quadro 2 – Distribuição dos sujeitos classificando as respostas sobre o por quê é importante freqüentar o grupo educativo.

Por quê é importante participar do grupo	N = 30	
	n	%
Aprende muito	18	60,00
Aprende mais sobre a Hipertensão Arterial	9	30,00
Aprende novidades	4	13,33
Troca experiências	3	10,00
Recebe orientações	4	13,33
Não soube responder	1	3,33
Número de mudanças por sujeito		
1	21	70,00
2	9	30,00

Quadro 3 – Distribuição dos sujeitos classificando as opiniões sobre as mudanças necessárias no grupo educativo de Hipertensão Arterial.

Mudança no grupo	N = 30	
	n	%
Aferir a pressão durante a reunião	1	3,33
Mais informações sobre exames, medicamentos e dieta	4	13,33
Horário para marcar consulta beneficiando os participantes do grupo	3	10,00
Fazer dinâmica e trazer outros profissionais	1	3,33
Incentivo e informação sobre exercícios	3	10,00
Horário da reunião do grupo	4	13,33

Obs. Neste quadro foram consideradas somente os pacientes que afirmaram haver necessidades de mudanças no grupo educativo.

A visão da equipe multiprofissional atuante no grupo educativo de HAS:

Quando questionados sobre suas funções no grupo educativo de HAS, os agentes comunitários referiram que passam informações para a comunidade, acompanham se está ocorrendo a participação dos pacientes e auxiliam os técnicos. Ambos disseram que perceberam mudanças na vida dos pacientes que freqüentam o grupo, tais como: seguimento das orientações sobre alimentação, exercícios e houve o aumento da conscientização destes sobre a doença. A auxiliar de enfermagem tem a função de coordenar o grupo, passar informações, fazer prevenção e conscientizar os pacientes. Ela também percebe tal mudança e cita que vê os pacientes usarem corretamente a medicação, seguirem a dieta, procurarem mais a unidade e buscarem saber mais sobre a HAS, suas complicações e riscos. A enfermeira faz a cobertura do grupo, realiza visitas domiciliares

e consultas de enfermagem com os hipertensos e refere que os assuntos abordados nas reuniões são escolhidos de acordo com as necessidades do grupo. Os materiais e métodos utilizados são panfletos, flip chart e dinâmicas e há participação do médico, nutricionista, psicólogo e fonoaudiólogo em algumas reuniões. Ela relata que percebe melhora na qualidade de vida dos pacientes, mudança dos hábitos alimentares, um maior controle disciplinar da pressão arterial, perda de peso e que o grupo os torna motivados e sensibilizados. Quanto aos faltosos, a enfermeira refere que para incentivá-los são feitos trabalhos de sensibilização, a entrega da medicação só para aqueles que participarem das reuniões e também a busca ativa feita pelos ACS.

Discussão

Caracterização do perfil sócio-demográfico:

Observou-se a predominância do sexo feminino nesta pesquisa e relacionando com a faixa etária obtida que foi de 56 a 65 anos, um estudo mostrou que as mulheres após os 40 anos perdem a proteção dos hormônios femininos e por isso passam a ter a pressão arterial mais elevada e isto se dá também pelas mudanças dos hábitos de vida das mulheres que passaram a fazer, com mais freqüência, o uso de anticoncepcional e do tabagismo¹⁰.

A maioria dos sujeitos é idosa e de acordo com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 65% dos idosos brasileiros são hipertensos¹¹. Uma das complicações da HAS é o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e ele ocorre em 85 % da população idosa; e o longo tempo de hipertensão somado a outros fatores de risco, o idoso possui maior prevalência de lesões como: alteração no fundo de olho, insuficiência renal, doença cerebrovascular, hipertrofia ventricular esquerda e aterosclerose periférica¹².

Houve predominância de um baixo nível de instrução e há uma tendência na queda da média da pressão arterial sistólica e da proporção da HAS, conforme o grau de educação aumenta, e que talvez isso ocorra devido à influência de outros fatores, como a ocupação e fatores de ordem social. Há uma menor prevalência da doença com o aumento do nível de escolaridade, sendo este dado relevante, já que irá interferir diretamente na assimilação das orientações necessárias ao tratamento¹³.

Um estudo realizado com 71 pacientes portadores de doenças crônicas, sendo 35 com HAS, mostrou que a maioria, 66,7%, já foi internada de 1 a 2 vezes devido a agudização dos problemas crônicos¹⁴.

Em uma pesquisa com 32 portadores de HAS quando questionados sobre motivo de internações relacionado a HAS, a maioria citou ter sido internada devido à crise hipertensiva, o que vai de encontro com o presente estudo⁽¹³⁾. A crise hipertensiva se refere ao termo genérico em que ocorre elevação rápida e sintomática da pressão arterial, invariavelmente com nível de pressão diastólica superiores a 120 mmHg, com risco potencial de deterioração de órgão-alvo ou de vida imediato ou em potencial¹⁵.

Uma grande ênfase tem-se dado às medidas, não farmacológicas, de mudança dos hábitos de vida para prevenção e controle dos

níveis pressóricos elevados, que devem ser implementados para todos os hipertensos, mesmo aqueles em uso de droga¹⁶. Dentre essas medidas, vem se destacando a prática regular de exercícios físicos, componente importante na melhoria da qualidade de vida¹⁶. De acordo com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, além de diminuir a pressão arterial, o exercício físico pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronariana, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral¹¹.

A caminhada é recomendada por ser uma atividade física rítmica, repetitiva e que desafia os limites do sistema circulatório, mas com uma intensidade adequada e individualizada¹⁶. As IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial recomendam a frequência de 3 a 6 vezes por semana, na intensidade moderada e sessões de 30 a 60 minutos de duração¹¹. De acordo com os dados desta pesquisa, o resultado está satisfatório. A atividade física regular é capaz de promover aumento na capacidade física em nível pelo menos moderado, pode ser beneficiado, tanto para prevenção, como para o tratamento da HAS¹⁶. No entanto, os efeitos do treinamento não persistem por mais de 2 semanas, após a interrupção da atividade física regular¹⁶.

Percepção dos pacientes em relação ao grupo educativo de HAS:

Os pacientes freqüentam o grupo há bastante tempo e isto acaba por aumentar o vínculo do paciente com a UBSF e com os profissionais participantes do grupo. A convivência com outros pacientes favorece a troca de experiências e o tratamento da HAS.

Apesar do conceito difundido de que é muito difícil mudar hábitos de vida muito antigos, quando a abordagem é feita com bom senso, criando alternativas saudáveis, sem radicalismos, com esclarecimentos dos objetivos e resultados esperados, é possível obter boa aderência, assim como resultados esperados¹². Um estudo realizado com 32 sujeitos participantes de grupos informativos de HAS também questionou sobre mudanças nos hábitos dos pacientes e as mais citadas foram com relação a mudanças nos hábitos alimentares (17%) e começar a fazer exercícios físicos (11%)¹⁷.

A educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle adequado da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamentam o tratamento. A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações¹⁸.

Um estudo com 25 clientes que participavam também de uma reunião do grupo educativo de uma unidade básica de saúde do município de São José do Rio Preto - SP, mostrou que os pacientes citaram a necessidade de mudanças no grupo que vão de encontro aos dados do presente estudo: participação de outros profissionais e alteração do horário da reunião⁸. Os profissionais de saúde devem adaptar as informações às necessidades dos indivíduos e o conhecimento deve fluir sem imposição de idéias, a fim de facilitar o esclarecimento de dúvidas, aumentarem a segurança do paciente na equipe de saúde e caracterizar maior observância ao tratamento¹⁹.

Acredita-se que a educação dos indivíduos portadores de HAS seja o melhor caminho para o alcance de tais objetivos, não sendo apenas uma transmissão de conteúdos referentes à patologia e ao tratamento, mas sim que se promova a adaptação dos clientes ao tratamento da HAS. Para se chegar a essa adaptação, é preciso que os indivíduos estejam motivados para que tais mudanças ocorram e, também, para que assimilem os conhecimentos que poderão melhorar a qualidade de vida dos mesmos¹⁰.

A visão da equipe multiprofissional atuante no grupo educativo de HAS:

Para que os clientes sintam-se motivados a participarem ativamente do tratamento da HAS, deve haver um maior envolvimento dos profissionais que participam dos programas de atendimento, oferecendo suporte social adequado, através de uma relação social mais próxima, na qual tenha afetividade, comunicação e visão do cliente como único, levando-se em consideração seus problemas e sua história de vida¹⁰. E a equipe multiprofissional atua como um fator importante na adesão dos hipertensos ao tratamento e participação nos grupos educativos. Existem vários fatores que influenciam o tratamento da HAS: relacionados ao paciente como sexo, idade, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico; relacionado à doença como a cronicidade, a ausência de sintomas e as conseqüências tardias; relacionado às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais; ao tratamento englobado à qualidade de vida; à instituição no acesso ao serviço de saúde e finalmente ao relacionamento com a equipe de saúde²⁰.

Por ser a HAS 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 prioritário²¹.

O agente comunitário de saúde faz a ligação das famílias com a unidade e realiza visitas domiciliares^{1,2}. O presente estudo evidenciou o trabalho do agente comunitário de saúde, conhecendo o paciente, passando informações para a comunidade e buscando no domicílio avaliar as condições de vida deste paciente, percebendo mudanças e se há adesão ao tratamento de HAS e trazendo a informação para outros profissionais da equipe, identificando grupos de risco e levantando casos novos.

O auxiliar de enfermagem realiza procedimentos de enfermagem na UBSF, no domicílio e executa ações de orientação sanitária^{1,2}. No resultado viu-se o trabalho do auxiliar de enfermagem com o grupo de HAS, realizando ações de promoção e prevenção da saúde.

E o enfermeiro, na UBSF, supervisiona o trabalho do agente comunitário de saúde e do auxiliar de enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, bem como assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio^{1,2}. E as principais competências e funções do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família na atenção ao paciente hipertenso são: capacitar os auxiliares de enfermagem e os ACS e supervisionar, de forma permanente, suas atividades; realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-

medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário; desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os hipertensos e estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão destes; entre outras ²².

Conclusão

No presente estudo observou-se a predominância do sexo feminino (76,67%), 26,70% com idade entre 56 e 65 anos, 56,70% casados, a principal ocupação era do lar (46,70%) e 90% tinham o ensino fundamental incompleto. Ainda relacionado às variáveis da caracterização, 53,33% já se internaram devido à HAS e o principal motivo foi a crise hipertensiva (75%). Em relação à atividade física 66,67% fazem-na, sendo a caminhada a mais citada (85%) e 40% referem praticar exercícios todos os dias.

Foi analisada a percepção dos pacientes em relação ao grupo educativo e quanto às mudanças ocorridas na vida dos pacientes após passarem a participar das reuniões, aprender a controlar a pressão foi a principal delas (46,67%). 100% acham que é importante frequentar o grupo, devido ao fato de aprenderem muito. Quanto à necessidade de mudanças para o grupo, foram sugeridas mudança do horário da reunião e maiores informações sobre exames, medicamentos e dieta.

Sobre a entrevista realizada com a equipe multiprofissional, os agentes comunitários de saúde, que realizam a ligação entre os pacientes e a UBSF, perceberam que os hipertensos estão mais conscientizados e seguem as orientações sobre dieta e exercícios. Do mesmo modo, a auxiliar de enfermagem relata a melhora da qualidade de vida da população e também acumula funções de coordenação do grupo, passar orientações e fazer prevenção. Avaliou-se também a atuação da enfermeira, onde esta é responsável pela cobertura, discutir o cronograma de acordo com a necessidade do grupo, realizar visitas domiciliares e consultas de enfermagem. Ela relatou que há um maior controle da pressão arterial pelos pacientes e utiliza estratégias para incentivar os hipertensos a não faltarem do grupo. A equipe demonstrou seu envolvimento e responsabilidade com os pacientes e reconheceu a função do grupo educativo na adesão ao tratamento de HAS e na interação e criação de vínculo com os mesmos.

Conclui-se que, a educação é um meio de promover a adaptação dos pacientes ao tratamento da HAS, onde é fundamental o envolvimento destes, para prevenir as complicações, que se agravam nos idosos, criando alternativas saudáveis para mudança de hábitos, conhecendo as necessidades dos indivíduos, seus valores e crenças e, além disso, deve ocorrer a participação de todos os profissionais de saúde, para que ofereçam um atendimento adequado aos hipertensos, com mais proximidade e afetividade.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família – PSF. Brasília (DF); 2001. [citado 2005 Ago

21]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/psf01.pdf>

2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Princípios básicos. Brasília (DF); 2003. [citado 2005 Ago 21]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149

3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. PROESF. Brasília (DF); 2003. [citado 2006 Mar 05]. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf>

4. Programa Saúde da Família. Manual de Enfermagem: atuação da equipe de enfermagem na hipertensão arterial. Brasília (DF); 2002. [citado 2005 Ago 21]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/38manual_enfermagem.pdf

5. Smeltzer SC, Bare BG. Histórico e tratamento de pacientes com hipertensão. In: _____. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 690-700.

6. Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene de São José do Rio Preto. Protocolo de enfermagem: programa de saúde do adulto. São José do Rio Preto (SP); 2004.

7. Sampaio K. Grupo operativo para hipertensos [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2003.

8. Silva SP, Santos M. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde. Arq Ciênc Saúde 2004;11(3):169-73.

9. Cesarino CB, Oliveira GASA, Garcia KAB, Shoji S. O autocuidado de clientes portadores de hipertensão arterial em um hospital universitário. Arq Ciênc Saúde 2004;11(3):146-8.

10. Pessuto J, Carvalho EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. Rev Latinoam Enfermagem 1998;6(1):33-9.

11. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. [citado 2006 Ago 05]. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/diretrizes.2002>

12. Miranda RD, Perrotti TC, Bellinazzi VR, Nóbrega TM, Cnedoroglo MS, Toniolo Neto J. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. Rev Bras Hipertens 2002;9(3):293-300.

13. Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. Rev Latinoam Enfermagem 2002;10(3):415-22.

14. Martins LM, França APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. Rev Latinoam Enfermagem 1996;4(3):5-18.

15. Franco RJS. Crise hipertensiva: definição, epidemiologia e abordagem diagnóstica. Rev Bras Hipertens 2002;9(4):340-5.

16. Silveira Júnior PCS, Martins RCA, Dantas EHM. Os efeitos da atividade física na prevenção da hipertensão. Rev Bras Med Esporte 1999;5(2):66-72.

17. Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev Saúde Pública 2003;37(5):635-42.

18. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato,

- São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2006;22(2):377-85.
19. Trentini M, Tomasi N, Polak Y. Prática educativa na promoção da saúde com um grupo de pessoas hipertensas. Cogitare Enferm 1996;1(2):19-24.
20. Gusmão JL, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento: conceitos. Rev Bras Hipertens 2006;13(1):23-5.
21. Jardim PCBV, Jardim TSV. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Rev Bras Hipertens 2006;13(1):26-9.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual de hipertensão e diabetes mellitus. Brasília (DF); 2002. [citado 2006 Ago 19]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>
-

Correspondência:

Lívia Paulina Mangialardo Lima
Rua Colômbia, 10-43 Jardim Terra Branca
17054-190 – Bauru-SP
Tel: (14)3236-1703
e-mail: liviapaulina@yahoo.com.br
