

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARIA DO SOCORRO ALÉCIO BARBOSA

CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMEIRA PARA A ADESÃO DE PACIENTES
HIPERTENSOS USUÁRIOS DO SUS AO TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.

MACEIÓ, ALAGOAS
2009

MARIA DO SOCORRO ALÉCIO BARBOSA

CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMEIRA PARA A ADESÃO DE PACIENTES
HIPERTENSOS USUÁRIOS DO SUS AO TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Alagoas, como
requisito para o exame de qualificação.

Orientador:
Profº Dr. IVAN ROMERO RIVERA

MACEIÓ, ALAGOAS
2009

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

- B238c Barbosa, Maria do Socorro Alécio.
 Contribuição da enfermeira para a adesão de pacientes hipertensos usuários do SUS ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica / Maria do Socorro Alécio Barbosa, 2009.
 71 f. : grafs. e tabs.
- Orientador: Ivan Romero Rivera.
 Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde. Maceió, 2009.
- Bibliografia: f. 57-62.
 Apêndices: f. 63-71.
1. Hipertensão arterial. 2. Adesão ao tratamento. 3. Serviços de enfermagem.
I. Título.

CDU: 616.12-008.331.1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Defesa da Dissertação de Mestrado da aluna Maria do Socorro Alécio Barbosa, intitulado:
"CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO PARA A ADESÃO DE PACIENTES
HIPERTENSOS USUÁRIOS DO SUS AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA", orientada pelo **Prof. Dr. Ivan Romero Rivera**, apresentada ao Programa de
Pós Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Alagoas, em 10 de
junho de 2009.

Os membros da Banca Examinadora, consideraram o candidato Aprovado

Banca Examinadora:

Ivan 2.
Prof. Dr. Ivan Romero Rivera - FAMED-UFAL

Regina Maria dos Santos
Profa. Dra. Regina Maria dos Santos - UFAL

Maria Alayde Mendonça da Silva
Profª. Dra. Maria Alayde Mendonça da Silva - UFAL

André Falcão Pedrosa Costa
Prof. Dr. André Falcão Pedrosa Costa - UNCISAL

DEDICATÓRIA

Dedico esse tão sonhado momento de minha vida, ao meu filho, a minha família, pelo incentivo e cumplicidade, a todos que acreditaram em mim, e em especial aos colegas enfermeiros, que foram os agentes primordiais para concretização deste sonho.

A memória da minha querida e saudosa mãe que sempre foi meu incentivo e meu porto seguro.

AGRADECIMENTOS

Seria impossível elencar todas as pessoas que se fizeram presentes e de sobremaneira contribuíram para a realização deste mestrado. Entretanto, algumas se destacaram e não posso deixar de registrá-las e agradecê-las.

Primeiramente e infinitamente quero agradecer ao meu Deus, neste dia tão importante da minha vida, pela oportunidade de estar vivenciando o privilégio de alcançar mais um degrau da escalada profissional.

A todos meus amigos de trabalho do setor Médico do TRT19ª Região, pela constante confiança, apoio e presteza durante esta jornada, vocês são sinônimos de excelência em seres humanos: José Kléber Tenório, Vera Mendonça, Vânia Florêncio, Fátima Oliveira, Mônica Barros, Silvana Madeiros, Ana Isabel, Marcos Apolônio, Kézia e Zélia.

Às queridas enfermeiras e amigas: Paula Hora, Railda Fraga e Zélia Lessa, pelo incentivo constante e aos meus alunos que foram meus estímulos.

A todas as enfermeiras do Programa Estratégia em Saúde da Família do município de Maceió, pois sem vocês este trabalho não seria realizado. E em especial a enfermeira Clarissa Gonzaga pela colaboração na coleta dos dados, a sua participação foi fundamental para o meu sucesso.

Aos agentes de saúde da Unidade Básica do Reginaldo, representada na pessoa de Bia Pepese.

À Dra. Regina Santos, pela incondicional ajuda e incentivo em todas as horas. Professora suas atitudes e compreensão deveriam ser clonadas em todos os lugares de ensino.

À Dra. Alayde Mendonça que tão gentil e brilhantemente colaborou para efetivação deste trabalho. As suas orientações foram valiosas e relevantes para a finalização desta pesquisa. Assim a sua participação foi impar, pessoa com a sua dedicação e sapiência merecem ser seguidas por todos os profissionais de saúde.

A todos os meus colegas do mestrado, agradeço pelo companheirismo, crescimento compartilhado e acima de tudo humildade. Aprendi muito com todos vocês. Todos ficarão eternamente em minha memória.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao ilustre orientador que tão brilhantemente conduziu todo esse processo. Seu caráter, sua simplicidade, a paciência, a disponibilidade e sua inteligência, servem de espelho para os que têm o privilégio de tê-lo como amigo e orientador. Meus sinceros agradecimentos, pela confiança em mim depositada, bem como, por acreditar em meu sonho. Quero dizer-lhe que suas atitudes refletem a célebre frase de Einstein: “A mente que se abre a uma nova idéia, jamais voltará ao seu tamanho original.” Meu muito obrigado e minha eterna gratidão!

RESUMO

O presente estudo teve como objetivos identificar, na visão do profissional Enfermeiro, a frequência e os fatores associados à adesão do portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ao seu tratamento, nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) da cidade de Maceió e estabelecer o perfil do profissional enfermeiro que atende pacientes hipertensos, nas UBSF, em relação à sua formação acadêmica, experiência e exercício profissional; seu conhecimento sobre HAS e sobre os fatores de adesão ao tratamento anti-hipertensivo e do seu papel nesse processo. Após a assinatura do TCLE, foi aplicado um questionário semi-estruturado. Os resultados identificaram que 100% das entrevistadas são do sexo feminino, 75% delas atuam entre 5 a 10 anos no PSF, 68,3% trabalham exclusivamente no programa, 78,3% realizaram treinamento para trabalhar no Programa de HAS. Além disso, 95% afirmaram que realizam a consulta de enfermagem, 70% definiram HAS como a pressão arterial no valor maior ou igual a 140x90 mmhg, 86,3% afirmaram que a adesão ao programa pelos pacientes é satisfatória, apesar de não possuírem dados reais dessa adesão, 95% referiram que é papel da enfermeira orientar quanto à dieta e efeitos dos medicamentos enquanto que 83,3% informaram que o controle da pressão arterial previne o AVC. Também informaram que fatores tais como: comprometimento financeiro (66,7%) falta de medicamentos nas unidades (61,75) e falta de conhecimento dos pacientes sobre a gravidade da doença (50%), bem como o não uso da medicação pelo pacientes por não gostarem (60%) dificultam a adesão ao tratamento. Conclui-se que: 24% dos enfermeiros têm conhecimento sobre as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 30% desconhecem o valor exato para classificação diagnóstica de HAS, 90% das enfermeiras aplicam de forma correta a metodologia na medida da pressão arterial e que 95% das entrevistadas referiram que as ações de orientação do pacientes sobre a HAS e a realização de palestras envolvendo pacientes e familiares (92%) bem como a capacitação profissional (90%) são as melhores estratégias para adequar o tratamento da HAS.

Palavras-chave:

Enfermagem; Hipertensão; Adesão ao tratamento.

ABSTRACT

This study aimed to identify, in view of the professional nurse, the frequency and factors associated with membership of the carrier of its hypertension treatment in the Basic Health Units of the Family (UBSF) the city of Maceio. But also establish the profile of the professional nurse who meets hypertensive patients in UBSF in relation to their academic training, experience and professional practice, their knowledge about hypertension and the factors of adherence to anti-hypertensive treatment and its role in this process. After signing the FICT, the nurses responded to a semi-structured questionnaire. The results identified that 100% of respondents were female, 75% of them work from 5 to 10 years in the FHP, 68.3% work exclusively in the program, 78.3% underwent training to work in the program for hypertension. So 95% said they held a consultation of nursing, 70% identified hypertension as the value greater or equal 140x90mmHg, 86.3% stated that adherence to the program by patients is satisfactory, although they do not have actual data of accession, 95% reported that it guiding role of the nurse as the effects of diet and medicines while 83.3% reported that the decrease in pressure prevents the AVC. Also indicated that factors such as: financial commitment (66.7%), lack of medicinal plants in (61.75) and lack of knowledge of patients about the severity of the disease (50%) and the non-use of medication by the patients do not like (60%) adherence to ease up treatment. Conclusion: that 24% of nurses have knowledge of the V Brazilian Guidelines on Hypertension, 30% know the exact value for diagnostic classification of hypertension, 90% of nurses as it should apply the methodology in the measurement of blood pressure. And that 95% of respondents said that the actions of patients on the orientation of the SH and conducting lectures involving patients and relatives (92%) and professional training (90%) are the best strategies to bring the treatment of hypertension.

Key words:

Nurse's Profile; Hypertension; Compliance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Recomendações para avaliação, reavaliação e tratamento dos pacientes hipertensos segundo as V Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SBC, 2006).....	20
Figura 2 Frequência de adesão satisfatória ao tratamento pelos pacientes hipertensos segundo relato dos profissionais enfermeiros do Programa de Saúde da Família de Maceió, 2007.	41
Figura 3: Distribuição dos motivos para a falta de adesão dos pacientes hipertensos segundo relato dos profissionais enfermeiros do Programa de Saúde da Família de Maceió, 2007.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Formação Acadêmica, Exercício e Experiência Profissional das Enfermeiras do Programa de Saúde da Família de Maceió, 2007.	36
Tabela 2: Experiência das Enfermeiras do Programa de Saúde da Família de Maceió, 2007, com HAS.	38
Tabela 3: Conhecimento das Enfermeiras do Programa de Saúde da Família de Maceió, 2007, sobre HAS.....	40
Tabela 4: Distribuição dos motivos para a falta de adesão dos pacientes hipertensos segundo relato dos profissionais enfermeiros do Programa de Saúde da Família de Maceió, 2007.....	43
Tabela 5: Papel da enfermeira para melhorar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Comparação dos estudos de prevalência da hipertensão arterial em algumas cidades do Brasil, de 1990 a 2004.....	23
Quadro 2 : Relatório do DATASUS.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS

CIPE- Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem

CIPESC- Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva

ECA- Enzima de Conversão

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MMHG- Milímetro de Mercúrio

NOAS- Normas Operacionais Básicas

OPAS- Organização Pan-americana da Saúde

PSF- Programa de Saúde da Família

SBC- Sociedade Brasileira de Cardiologia

SESAU – Secretaria Estadual de Saúde

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SMSM- Secretaria Municipal de Saúde de Maceió

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 A problemática da adesão ao tratamento	15
1.2 Aspectos conceituais	18
1.3 Aspectos Epidemiológicos	21
1.4 Aspectos relacionados ao Tratamento.....	23
1.5 HAS - Multidisciplinaridade e integralidade da atenção	26
1.6 Consulta de enfermagem	27
1.7 Ações da enfermagem	31
2. OBJETIVOS	32
2.1 Geral	32
2.2 Específicos	32
3. METODOLOGIA.....	33
4. RESULTADOS	35
4.1 Perfil dos profissionais enfermeiros	35
4.2 Experiência profissional das enfermeiras.....	37
4.3 Conhecimentos das enfermeiras do PSF sobre a hipertensão arterial sistêmica.....	38
4.4 Aspectos relacionados à adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento.....	41
4.5 Estratégias da enfermagem para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento anti-hipertensivo.....	43
5. DISCUSSÃO	46
6. CONCLUSÃO.....	55
7. ESTRATÉGIAS CONTRIBUTIVAS	56
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICE	63
ANEXO1.....	67
ANEXO 2.....	71

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são as principais causas de óbito em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsáveis por cerca de 250.000 mortes/ano. No Brasil, no ano de 2003, **27,4%** dos óbitos foram decorrentes de fatores cardiovasculares. Quando se excluem os óbitos por causas mal definidas e por violência, este valor atinge **37%** como causa de morte (SBC, 2006). Dentre as doenças cardiovasculares, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das mais importantes, explicando **40%** das mortes por acidente vascular cerebral e **25%** por doença arterial coronariana (FUCHS *et al.*, 2004).

A prevalência da HAS em adultos, no Brasil, é de 25% a 44%, sendo uma das causas mais freqüentes de consultas ambulatoriais (FUCHS *et al.*, 2004). Segundo estimativa do *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention* (CHOBANIAM *et al.*, 2007) existem cerca de um bilhão de hipertensos no mundo todo.

Estima-se que **22% a 68%** da população mundial desconhecem ser portadora da HAS (FUCHS *et al.*, 2001). Apesar da ausência de dados estatísticos no Brasil, em geral sua prevalência é alta e aumenta com a idade. No Rio Grande do Sul, resultados indicaram prevalência de HAS de **33,7%**, dos quais **49,2%** desconheciam ser hipertensos; **10,4%** sabiam ser hipertensos, mas não seguiam o tratamento; **30,1%** seguiam tratamento, mas não apresentavam controle adequado e **10,4%** seguiam tratamento anti-hipertensivo com bom controle da doença (GUS *et al.*, 2004).

A elevação dos níveis pressóricos é um fator independente de risco, com conseqüências em nível cardíaco, coronariano, cerebrovascular, renal e vascular. A história tem demonstrado que a aferição da pressão arterial é o principal motivo para a realização da consulta médica e que os medicamentos anti-hipertensivos encontram-se entre as drogas mais prescritas em todo o mundo (SBC, 2005).

Os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (SIAB/SMS), através dos registros do Programa de Saúde da Família (PSF) de Maceió, demonstram que existem 71.985 hipertensos cadastrados, sendo 67.257 acompanhados pelas 72 equipes do PSF.

Em Alagoas, o número de hipertensos chega a 240.127 pacientes (SESAU, 2006). O primeiro estudo realizado na cidade de Maceió para avaliar a prevalência da HAS, identificou o percentual de **26%** de indivíduos com hipertensão arterial entre os 1042 adultos avaliados. Esta prevalência é semelhante à de outras capitais brasileiras e de países desenvolvidos, sendo a distribuição análoga entre as classes econômicas (SILVA *et al.*, 2006).

Devido à elevada prevalência da HAS, esta doença é considerada um grave problema de saúde pública (LESSA, 1993). Além disso, é uma das principais causas de absenteísmo ao trabalho (NEGRÃO e BARRETTO, 2006). O desafio de controlar os níveis pressóricos dos hipertensos e de adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, têm sido motivo de pesquisas e diversas divulgações científicas, sobre esta temática, no mundo e no Brasil.

1- Revisão Bibliográfica

1.1 A problemática da adesão ao tratamento

A característica singular de cronicidade da hipertensão, bem como sua evolução silenciosa, dificulta a percepção pelos sujeitos portadores desta doença. Desta forma a HAS é tida como “perversa” por sua invisibilidade e interfere na qualidade de vida do indivíduo (TOLEDO *et al.*, 2007).

Araújo e Garcia (2006) destacaram que a adesão ao tratamento é uma problemática significativa para o controle da hipertensão e que o enfermeiro é o profissional que desempenha um papel de destaque no controle desta doença. Por esta razão, acredita-se que a análise da expressão “Adesão ao tratamento anti-hipertensivo” é de relevância, pois permitirá uma compreensão mais abrangente do fenômeno, fornecendo base para uma intervenção mais eficaz, tanto do controle da pressão, quanto da prevenção dos danos causados por uma HAS não controlada.

A não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial pode ocorrer por diversos fatores, os quais podem estar relacionados ao paciente entre estes: (hábitos de vida, crenças e hábitos culturais), à própria doença (cronicidade, ausência de sintomas), ao tratamento (efeitos incômodos das drogas) e ao acesso ao tratamento (GUEDES *et al.*, 2005).

Um estudo realizado no Canadá, com 79.591 indivíduos que foram acompanhados por um período de quatro anos, demonstrou que a adesão diminuiu nos primeiros seis meses e continuou caindo durante o seguimento do estudo. Verificou-se também, que **78%** dos pacientes com diagnóstico de HAS recente mantiveram o tratamento até o final do primeiro ano, enquanto **97%** dos pacientes com hipertensão estabelecida encontraram-se na mesma situação (CARO, 1999). Em outro estudo de coorte realizado na Itália com 7.312 pacientes italianos com diagnóstico recente de hipertensão, apenas **57,9%** dos pacientes com hipertensão permaneceram em tratamento em um período de três anos, **34,5%** interromperam o tratamento, e **7,6%** reiniciaram o tratamento no terceiro ano (DEGLI, 2002).

A problemática da adesão é tão séria, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu algumas estratégias para melhorar o atendimento e minimizar este problema. Tais estratégias, apresentadas no relatório da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e OMS (2003), são descritas abaixo.

- Desenvolver políticas para cuidado racional
- Reorganizar financiamento para suporte
- Coordenar as ações de atendimento
- Aumentar a informação para pacientes e prescritores
- Desenvolver planos de atendimento baseados em evidências
- Educar pacientes em auto cuidado
- Estimular a adesão ao tratamento
- Facilitar o acesso às medidas de tratamento

Araújo e Garcia (2006) referiram que a não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo acontece como consequência da não-observância das medidas higieno-dietéticas tais como: alimentação saudável, prática regular de exercício físico, manutenção do peso saudável, abstinência de álcool e tabaco, gerenciamento do estresse e o uso controlado de bebidas que contêm cafeína.

De acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, 2006),

a.

expressão “adesão ao tratamento” pode ser definida como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente. Car *et al* (1991), em relação à HAS, definiram adesão ao tratamento, como o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a Pressão Arterial em níveis normais. Admite-se que a meta de adesão a ser obtida é, ao menos, de 80%, entretanto, os maiores índices observados atingem 65% (BARBOSA e LIMA, 2006).

A doença leva as transformações na vida do paciente e o enfermeiro tem participação importante na assistência global dos hipertensos, principalmente com a adesão ao tratamento, o qual é considerado como o grande desafio a ser vencido pelos profissionais de saúde e pelo paciente (MS, 2002).

Assim é importante a caracterização das necessidades dos pacientes a serem atendidos. E dentro dessa caracterização encontra-se a condição socioeconômica que não é a única responsável pela baixa adesão ao tratamento e consequentemente ao controle pouco satisfatório da doença. Entretanto, as condições socioeconômicas devem ser consideradas como um marcador social importante que refletirá na problemática da doença e no tratamento (TAVEIRA e PIERIN, 2007).

Um dos graves problemas para a adesão foi observado por Mascarenhas e cols. (2006), que concluíram que é preciso que a equipe de profissionais esteja atenta ao lidar com estes pacientes de modo que todas as atividades e ações que forem agendadas sejam cumpridas por ambos. É importante que o profissional mostre-se sensível e atento para cuidá-lo dos pacientes e com o tempo despendido diante destes. O cuidado em relação aos aspectos psicossociais dos pacientes merece maior atenção, pois por meio destas atitudes é que o paciente será sensibilizado sobre a importância do seu tratamento (BALDUINO, 2007).

Os problemas relacionados às recomendações terapêuticas e à adesão foram estudados por diversos autores (AKASHI *et al.*, 1998; CARVALHO FILHO & CURIATI, 1996; COSTA, 2001). Esses estudos são unânimes ao pontuar os ganhos relacionados com o controle e tratamento da HAS. Kuncl e Nelson (1997), Kjellgren e cols. (1995) e Lahdenperä e Kyngäs (2000) relatam que entre os prejuízos resultantes da não-adesão destacam-se: o inadequado controle da HAS, o aumento das complicações e mortes originárias destas complicações, o aumento dos gastos com admissões hospitalares e absenteísmo ao trabalho.

Lessa e Fonseca (1998) observaram que nos solteiros a adesão à consulta e ao tratamento foi maior do que nos casados. Oshiro (2007) relatou que a baixa adesão é a responsável por complicações médicas e psicossociais ocasionadas pela doença, o que reduz a qualidade de vida do paciente e contribui para o aumento dos gastos advindos de recursos da saúde.

Marcon e cols. (1995) afirmaram que a adesão do paciente ao regime terapêutico é de suma importância para o controle dos sintomas e da progressão da doença. Sarquis e cols. (1998) salientaram que a meta primordial das ações das equipes de saúde deve ser melhorar a adesão do hipertenso ao tratamento. Fuchs e cols (2001) identificaram que o grupo de risco para não-adesão é formado por pacientes com baixo nível de escolaridade, diagnóstico recente e fumante; desta forma, os autores sugerem que as ações para melhorar a adesão sejam direcionadas a estes pacientes.

Os fatores que dificultam a adesão podem ser minimizados através de parcerias estabelecidas entre a equipe de enfermagem, nutricionistas, médicos e assistentes sociais, de forma que todos realizem suas atividades voltadas para a realidade local de cada Unidade Básica de Saúde da Família (SBC, 2006). Além

disso, percebe-se que a inexistência dessas ações pode favorecer impedimentos à realização de medidas para minimizar a não-adesão.

Apesar da realização de diversos estudos, no mundo e no Brasil, relacionados à adesão, percebe-se que diversos fatores contribuem para a não-adesão. Entre estes fatores, destacam-se: vida sedentária, dificuldade de acesso aos medicamentos, falta de conhecimento sobre a doença, entre outros. Estes fatores refletem nos dados epidemiológicos das doenças crônicas no Brasil (BARBOSA, 2006).

Observa-se um processo de inversão das curvas de morbidade e mortalidade, com declínio da curva da mortalidade por doenças infecciosas e um concomitante aumento na mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis. Esse processo, chamado “fenômeno de transição epidemiológica”, ocorreu em diversos países desenvolvidos, nos quais a população idosa vem ascendendo regularmente (MS, 2006).

1-2 – Aspectos Conceituais

Hipertensão arterial sistêmica é definida por níveis de pressão arterial (PA) iguais ou superiores a 140/90mmhg, em indivíduos maiores de 18 anos; sendo os valores até 130/85 mmhg considerados normais (PORTO, 2008). Esta definição é a adotada pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, 2006). Potter e Perry (2006) descrevem que a hipertensão arterial é um distúrbio assintomático caracterizado pela elevação persistente da pressão.

O principal critério para estabelecimento do diagnóstico de hipertensão arterial é a medida sistemática da PA (SBC, 2006). Na prática clínica, o método indireto é o mais utilizado, sendo empregados à técnica auscultatória e o esfigmomanômetro, de coluna de mercúrio ou o aneróide. Devido ao risco de toxicidade e contaminação ambiental pelo mercúrio, existe uma tendência de substituir os aparelhos de coluna de mercúrio por equipamentos automáticos. Entretanto, a descalibração dos aparelhos aneróides é muito freqüente. Os aparelhos eletrônicos evitam erros relacionados ao observador e podem ser empregados, inclusive em estudos epidemiológicos, desde que sejam validados e utilizados de acordo com recomendações específicas. Todos os aparelhos devem ser testados e calibrados a cada seis meses (SBC, 2006).

A aferição da PA deve ser realizada em toda avaliação de saúde, tanto por médicos e enfermeiros, quanto pelos demais profissionais da área de saúde, desde que estejam devidamente treinados (SBC, 2006).

As V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, 2006) definiram um protocolo para aferição da PA, como se pode ver:

PREPARO DO PACIENTE PARA A MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL

1. Explicar o procedimento ao paciente
2. Repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo
3. Evitar bexiga cheia
4. Não praticar exercícios físicos 60 a 90 minutos antes
5. Não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não fumar 30 minutos antes.
6. Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado.
7. Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito
8. Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.
9. Solicitar para que não fale durante o procedimento de medida da pressão arterial.

PROTOCOLO PARA AFERIÇÃO DA PA.

- 1º Medir a circunferência do braço do paciente.
- 2º Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.
- 3º Colocar o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm.
- 4º Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.

5º Estimar o nível da PAS (palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto antes da medida).

6º Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva.

7º Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica.

8º Proceder à desinsuflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mm Hg/s).

9º Determinar a Pressão Sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de desinsuflação.

10º Determinar a Pressão Diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff).

11º Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à desinsuflação rápida e completa.

12º Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PS no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólico-diastólica/diastólica/zero.

13º Esperar 1 a 2 minutos antes de novas medidas.

14º Informar os valores de PA obtidos ao paciente.

15º Anotar os valores e em qual membro foi verificado.

A figura 1 apresenta as recomendações para avaliação, reavaliação e tratamento dos pacientes hipertensos segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Quando a pressão sistólica e a diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial (SBC, 2006).

Pressão arterial inicial (mmHg)**		Seguimento
Sistólica	Diastólica	
< 130	< 85	Reavaliar em 1 ano. Estimular mudanças no estilo de vida
130-139	85-89	Reavaliar em 6 meses***. Insistir em mudanças no estilo de vida
140-159	90-99	Confirmar em 2 meses***. Considerar MAPA/MRPA
160-179	100-109	Confirmar em 1 mês***. Considerar MAPA/MRPA
≥ 180	≥ 110	Intervenção medicamentosa imediata ou reavaliar em 1 semana***

** Modificar o esquema de seguimento de acordo com a condição clínica do paciente; ** Se as pressões sistólica ou diastólica forem de estágios diferentes, o seguimento recomendado deve ser definido pelo maior nível de pressão; *** Considerar intervenção de acordo com a situação clínica do paciente (fatores de risco maiores, comorbidades e lesão em órgãos-alvo).*

Figura 1: Recomendações para avaliação, reavaliação e tratamento dos pacientes hipertensos segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, 2006).

O momento e o local para verificar a PA devem ser considerados. Com relação ao momento, espera-se 30 minutos para aferição da PA de pacientes que tenham fumado bebido ou ingerido café, e espera-se de 5 a 10 minutos, quando os pacientes chegam ao consultório. O local para a medida deve ser calmo (SBC, 2006).

1.3 - Aspectos Epidemiológicos

A Hipertensão Arterial e doenças relacionadas são responsáveis por alta frequência de internações hospitalares. No Brasil, em 2005, ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$ 1.323.775.008,28 (SBC, 2006).

O controle adequado da pressão arterial associa-se a uma redução média de **35% a 40%** dos casos de acidente vascular cerebral, **20% a 25%** dos casos de infarto de miocárdio e mais do que **50%** dos casos de insuficiência cardíaca. A redução de 120 mmhg por 10 anos em pacientes hipertensos, mesmo os que estão no estágio 1 (pressão arterial sistólica de 140 a 159 mmhg e/ou diastólica de 90 a 99 mmhg) com outros fatores de risco associados, pode prevenir um óbito em cada 11 pacientes tratados, ou um em cada 9 pacientes tratados, se existem doença cardiovascular ou lesão de órgão alvo (CHOBANIAN *et al.*, 2003).

Oshiro (2007) relata que a patogênese da hipertensão não está totalmente esclarecida, pois **90 a 95%** dos casos da doença têm sua etiologia desconhecida, sendo classificada como hipertensão primária, ou essencial. Nos casos em que a

etiologia é elucidada, denominada hipertensão secundária, a pressão arterial volta ao normal quando a causa é retirada.

Associando-se a etiologia da doença e os fatores epidemiológicos, encontram-se outros fatores de grande peso, dentre os quais parece que a idade e os fatores nutricionais interferem nos valores da hipertensão como também o sexo e os fatores étnicos (Franklin, 2004).

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial a estratificação de risco da HAS leva em consideração a concomitância dos fatores de risco cardiovascular, que podem ser classificados em fatores de risco maiores e outros fatores. A primeira categoria inclui tabagismo, dislipidemias, diabetes melito, idade acima de 60 anos e história de doença cardiovascular (SBC, 2006). Entre as patologias, encontram-se as doenças cardíacas, caracterizadas por hipertrofia do ventrículo esquerdo, doença isquêmica, revascularização miocárdica prévia e insuficiência cardíaca (FUCHS *et al.*, 2004).

Estudos realizados sobre a prevalência da hipertensão arterial em algumas cidades do Brasil de 1990 a 2004 são apresentados no quadro 1. Verifica-se maior prevalência de HAS em indivíduos com idade entre 60 e 70 anos e em mulheres em idade produtiva.

Silva e cols. (2005), em estudo de base populacional escolar, com crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, da cidade na cidade de Maceió, identificaram que **7,7%** têm HAS, **93,5%** são sedentários, **4,5%** têm risco de sobrepeso e **2,4%** tabagistas. Os mesmos autores (2006) identificaram, em amostra populacional de 1042 adultos, de ambos os sexos, da cidade de Maceió, que a HAS está presente em 26%, sem predomínio em nenhuma classe econômica. E que **53%** dos adultos hipertensos de Maceió desconhecem a sua condição; dos que se sabem hipertensos, **40%** não tratam, **42%** tratam e não controlam a PA e apenas **18%** têm a PA normalizada com medicamentos (Silva *et al.*, 2005).

Quadro 1: Comparação dos estudos de prevalência da hipertensão arterial em algumas cidades do Brasil, 1990 a 2004.

Local e data	População	Hipertensão arterial sistêmica (has)	Exame de pressão arterial	Prevalência (%) total e por sexo	Prevalência (%) por faixa etária (anos)
Cotia-SP, 1990 e 1991	20-88 anos n= 1, 041	PA>140/90 ou tratamento	Medida no braço direito de indivíduos sentados	44,4 H – 47,9 M – 41,0	-
Ilha do governador/Município do Rio de Janeiro, 1991 e 1992	> 20 anos n=1, 500	PAS> 160 PAD> 95 ou tratamento	Ultimo de duas medidas; aparelho calibrado	24,9 H – 22,6 M – 26,8	20 – 29 – 4,4 % anos e mais – 62,7 %
Pelotas-RS, 1992	20 – 69 anos n=1.657	PAS> 160 PAD> 95 ou tratamento	Uma medida; aparelho calibrado.	19,8 M – 21,2 H – 18,3	20 – 29 – 2,3% 60 – 69 – 46,9 %
Porto Alegre – RS	> 18 anos n= 1.091	> 160/95, > 140/90 ou tratamento	Média de duas medidas; aparelho calibrado	19,2 ^b 29,8 H – 13,1 ^b M – 12,1 ^b	18 – 27 – 0,8% 68 anos e mais – 28,7%
Passo Fundo – RS, 1995	18 -47 anos n= 206	PAS > 160 PAD > 95 Ou tratamento	Quatro medidas de 5-5 média das três últimas; aparelho calibrado	21,9 H – 24,7 M – 19,8	18-29 – 0% 68 anos e mais – 45,5%
Salvador – BA, 1996	> 20 anos N= 491	PA>140/90 Auto-referida	Ultima de duas medidas	41,1 H – 38,9 M – 41,9	20 – 29 – 6% 60 anos e mais – 37,1%
BambuÍ-MG, 1997	18 – 59 anos n=820 > 60 anos n=1.494	PAS>140 PAD>90 ou tratamento	Três medidas de 5,5, média das duas últimas; aparelho calibrado	24,8 H – 22,0 M – 26,9	60 anos e mais – 61,5%
Bauru-SP,1997	41-79 anos n=530	PA>140/90 E ou tratamento	Média de três medidas	29,8 H – 34,9 M – 33,9	-
Catanduva-SP,1998	>18 anos n=688	>140/90	Média de duas medidas;aparelho calibrado	31,5 H – 33,9 M – 29,9	5,5% (18-29) a 52,1% (70 a 99)
Estado do Rio Grande do Sul, 1999 e 2000	>20 anos n=1.066	PA>140/90 PA>160/95	Duas medidas de 3-3; considerada a ultima;aparelho calibrado	31,6 ---	20 – 29 – 3,3% 60 anos e mais – 28,4%
Salvador-BA,200	>20 anos N=1.298	PAS> 140 PAD>90 ou tratamento	Seis medidas de PA em dois blocos de3 de 10-10;aparelho eletrônico	-	-
Ipacaetá-BA	>19 anos n=143	PAS>140 PAD>90 ou tratamento	Três medidas de 3-3;aparelho calibrado	36,5 ---	-
Inquérito domiciliar em 15 capitais e no distrito Federal,2002 e 2003	>25 anos	Auto-referida	-	-	25 a 39 – 7,4 a 15,7% 60 anos e mais – 39 a 59%

Fonte: Passos e cols. (2006)

1.4 Aspectos relacionados ao tratamento

Não existem dúvidas sobre a necessidade de tratar adequadamente os pacientes hipertensos em especial àqueles com fatores de risco associados ou com lesão de órgão-alvo. Apesar dos esforços para diagnosticar e tratar a HAS, **75 a 92%** dos pacientes em tratamento não mantêm a pressão arterial controlada. Além disso,

a taxa de adesão encontra-se em torno de **51%** nos Estados Unidos (BASTOS, 2002).

De uma maneira geral, os trabalhos demonstram que **50%** dos pacientes não sabem que são hipertensos. Entre os que sabem **50%** não se tratam e, entre os tratados, apenas **30%** têm a sua pressão controlada (GUS *et al.*, 2004). Em Maceió, o número de hipertensos tratados e com a PA sob controle é ainda menor, representando **18%** (SILVA *et al.*, 2005-a).

Coelho e cols. (2005) identificaram **89,7%** de assiduidade ao tratamento entre os 245 pacientes avaliados. Giorgi (2006), em uma amostra de 1346 pacientes acompanhados ao longo de 12 meses, conseguiu diminuir a taxa de abandono do tratamento de **42%** para **8%**. A estratégia utilizada por este autor foi à diminuição do tempo de espera da consulta e o aprimoramento da relação médico-paciente (GIORGI, 2006). Semelhantemente, Mori (2002), relatou que a falta de adesão dos pacientes às recomendações é uma das causas do insucesso no tratamento dos indivíduos hipertensos.

Em 2001, Mion Jr. e cols enviaram um questionário para 37.904 médicos inscritos na lista de um laboratório, apenas 2.519 médicos responderam. Neste estudo os autores verificaram que a adesão do paciente hipertenso é maior para as medidas farmacológicas, visto que **80%** dos hipertensos aderem ao tratamento farmacológico comparado com **50%** de adesão para os tratamentos não farmacológicos, como o uso de dieta hipossódica. Gus e cols. (2004), utilizando um universo de 918 indivíduos hipertensos, observaram que **49,2%** desconheciam ser hipertensos; **10,4%** sabiam que eram hipertensos, mas não seguiam o tratamento; **30,1%** seguiam o tratamento, mas não apresentavam controle adequado e **10,4%** seguiam tratamento anti-hipertensivo com bom controle.

Busnello e cols. (2001) identificaram, entre os 945 pacientes monitorados no período de 12 a 24 meses, uma taxa de **56%** de abandono do tratamento e **44%** de continuidade do tratamento durante o estudo.

O tratamento medicamentoso não é o único empecilho para a não adesão ao mesmo. Outros fatores estão relacionados a este fato, como: característica assintomática da doença; tratamento prolongado; custo alto dos medicamentos; orientações insuficientes para se entender e se seguir à prescrição; falta de informação sobre a necessidade de tratamento continuado; interação com álcool e com outras drogas; manutenção da conduta terapêutica após normalização da

pressão; esquecimento de uma ou várias doses; efeitos colaterais ou adversos e relação entre equipe e paciente (FUCHS *et al.*, 2004).

Santos e Lima (2005) identificaram que as medidas não farmacológicas devem ser intensificadas nos pacientes hipertensos, principalmente, no que diz respeito ao controle do peso e da ingestão de sal. Porém, não se deve esquecer que essa proteção faz parte de um contexto, ou seja, o tratamento farmacológico deve ser associado às orientações de mudança de estilo de vida.

Borges e Caetano (2005), acompanhando indivíduos através de consultas trimestrais durante um ano, encontraram uma taxa de cobertura de **12,5%**, considerada baixa, e taxa de abandono do tratamento de **25,7%**, considerada alta.

Em tratamentos com associação de drogas, Freitas e cols. (2001) observaram que a taxa de abandono foi de **20,9%** entre os pacientes hipertensos (n=1.210) e de **23,4%** entre os hipertensos e diabéticos (n=290). Apesar das baixas taxas de controle, **70%** dos pacientes usavam um a dois medicamentos anti-hipertensivos.

Percebe-se que o caminho para adesão ao tratamento é longo, difícil e requer ações estratégicas. Entre as ações, encontram-se as terapêuticas medicamentosas. No mercado existem disponíveis diversas drogas para o tratamento da HAS, distribuídas conforme seu princípio de ação, diuréticos, inibidores adrenérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio, Inibidores da Enzima Conversora (ECA), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II e vasodilatadores diretos (SBC, 2006).

Em Ribeirão Preto, uma pesquisa realizada com idosos do ambulatório de geriatria do Hospital encontrou que **60%** dos pacientes compravam a medicação receitada pelo médico e **33,3%** não compravam a medicação. Entre os pacientes que não compravam **80%** referiram não compreender a letra do médico e **40%** não compreendiam a receita (COELHO *et al.*, 2005).

Outro pressuposto estudado, a respeito da hipertensão, é a carga genética do indivíduo, que vêm despertando interesse científico na comunidade internacional e nacional. Schoen e Cotran (2000) descreveram os defeitos nas enzimas que estão relacionadas como o metabolismo da aldosterona, que resulta num aumento dessa substância e vai interferir na reabsorção de sal e água, expansão do volume plasmático e, conseqüentemente na hipertensão.

O tratamento da hipertensão deve levar a redução dos níveis pressóricos e promover a diminuição dos possíveis eventos cardiovasculares, que podem ser

fatais ou não. Entre os pressupostos essenciais que os medicamentos devem conter, cita-se:

- ser eficaz por via oral;
- ser bem tolerado;
- permitir a administração no menor número possível de tomadas diárias.

1.5 A Hipertensão Arterial Sistêmica - Multidisciplinaridade e integralidade da atenção

Percebe-se, que a hipertensão exige uma atenção multiprofissional durante seu tratamento. Ao enfermeiro, cabe um papel relevante neste trabalho que inclui a compreensão do processo patológico e do tratamento pelo paciente, o incentivo à participação em programas de autocuidado, a certificação da ausência de complicações e o reforço para o uso de medicamentos. Além disso, mudanças alimentares e exercícios físicos são essenciais.

Assim, investir na prevenção é um fator decisivo para garantir a qualidade de vida e minimizar os gastos com hospitalização, o que justifica a realização de trabalhos em nível de prevenção de doença e promoção de saúde (BASTOS, 2002).

É importante considerar a possibilidade da entrada de outros profissionais de saúde, além dos preconizados pelo Ministério da Saúde, na equipe do programa Saúde da Família, uma vez que estes poderão contribuir para melhorar a adesão e minimizar os agravos causados pela doença.

Ohara (2005) sugeriu que o Programa Saúde da Família deve oferecer oportunidades para que o paciente, juntamente com a equipe, encontre estratégias para ampliar a participação deles no processo e torná-los capaz de provocarem mudanças de atitudes.

Segundo Rodrigues (2003), é importante a existência de um indivíduo que atue como um cuidador para o tratamento. Esta pessoa deve demonstrar poder diante do paciente, de modo que suas palavras possam soar como cura. Este autor, afirma que a aproximação direta com o paciente é difícil porque as atitudes, comunicações e reflexões são semelhantes entre os pacientes hipertensos participantes do programa devido ao modelo biomédico seguido. Deve-se ter uma relação mais dialogada e horizontal possível com o usuário, atendendo suas

necessidades e peculiaridades, ouvindo-o atentamente e respeitando suas limitações (RODRIGUES, 2003).

Assim, é importante que a atenção seja interdisciplinar, estando unidos e comungando da mesma filosofia, médicos, enfermeiros, agentes de saúde, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais e todos que puderem somar nessa luta em prol do hipertenso.

Com isto, os diversos profissionais serão agregados obedecendo a um princípio básico: alcançar metas, que são mudança de estilo de vida dos pacientes, envolvendo não apenas o tratamento medicamentoso, mas também o não medicamentoso e comparecendo para as atividades e consultas agendadas (JARDIM *et al.*, 1996).

O educador físico vem sendo agregado ao programa, frente às necessidades dos pacientes, pois as práticas das atividades físicas devem ser rigorosas e disciplinadas para proporcionar um efeito desejado, de acordo com a capacidade dinâmica do indivíduo. Segundo Pollock e Wilmore, (1993) e Krinsk (2006), escreveram que “a não realização da atividade física e o baixo nível de condicionamento têm sido considerados fatores de risco para a mortalidade precoce dos indivíduos tanto quanto o fumo, a dislipidemia, a diabetes e a própria hipertensão arterial”.

O trabalho multiprofissional é uma forma de facilitar o aumento da adesão, e conseqüentemente, cada indivíduo será um replicador de conhecimentos e atitudes. Além disso, este trabalho eleva o crescimento profissional no serviço como um todo (SBC, 2006).

Em geral é facultada a participação de qualquer profissional que desenvolva alguma ação com estes pacientes, visando aumentar a adesão. Assim sendo, todos os profissionais devem estar aptos para realizarem as ações necessárias que facilitem o aumento da adesão.

1.6 – Consulta de Enfermagem

A consulta de enfermagem compreende entrevista e exame físico para coleta dos dados, estabelecimento dos diagnósticos e prescrição de enfermagem, implementação dos cuidados, orientações das ações e avaliação dos resultados. A partir dos diagnósticos efetivados, a enfermeira adotará condutas de resolutividade

própria, ou encaminhamento ao profissional, ou encaminhamento ao serviço competente, quando a intervenção não estiver no âmbito de atuação (CRUZ, 1991).

Essa consulta é a atenção prestada ao indivíduo, à família e a comunidade, de modo sistemático e contínuo, com o objetivo de promover a saúde mediante o diagnóstico e o tratamento precoce. Nesta atividade, ocorre à integração de ações que visam uma relação de interdependência, sugerindo uma ação sistematizada, direcionada à produção de resultados esperados, conforme padrões preestabelecidos. A consulta de enfermagem tende a compreender os seres humanos doentes, sadios, tranquilos ou estressados, avaliando o grau de atendimento de suas necessidades humanas básicas (VANZIN e NERI, 1996).

Deve conter objetivos claros, com um modelo de fazer próprio, de forma que a enfermeira tenha uma atuação definida nos Programas de Saúde (MACIEL e ARAÚJO, 2003). Alguns autores referem que a consulta de enfermagem deve, sistematicamente, compreender a realização de um histórico, com um contexto mais amplo que a anamnese médica; a elaboração de diagnósticos de enfermagem deve, por sua vez, contemplar ações, adotando-se ou não, taxonomias consagradas, de preferência a CIPE/CIPESEC ou a denominação de problemas ou de necessidades de atendimento e, finalmente, o plano de cuidados. A consulta de enfermagem contém as técnicas, normas e procedimentos que orientam e controlam a realização das ações destinadas à obtenção, análise e interpretação de informações acerca das condições de saúde do paciente, bem como nas decisões quanto à orientação e outras medidas que possam influir na adoção de práticas favoráveis à saúde reduzindo assim as complicações da hipertensão (MACIEL e ARAÚJO, 2003).

Neste cenário, a enfermeira possui ainda a função de educadora, a qual deve procurar conscientizar as pessoas sobre os cuidados que devem ter com sua saúde, propiciando-lhes orientação científica, buscando, junto com o próprio paciente hipertenso e sua família, a responsabilidade e a resolutividade para os cuidados com a melhoria da saúde.

De acordo com a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, a consulta de enfermagem é uma das atividades que melhor caracterizam o profissional liberal desta categoria. A consulta encontra-se na lista das atividades exclusivas do profissional enfermeiro, havendo impossibilidade de delegação desta função a outro membro da equipe de enfermagem.

Essa lei consolidou uma atividade já desenvolvida pelas enfermeiras desde 1968. Esta atividade era exercida, inicialmente, de forma não oficial e direcionada as gestantes e crianças sadias. Posteriormente foi estendida aos portadores de tuberculose e outros Programas da Área de Saúde Pública (ROCHA e ZEITOUNE, 2007).

Na consulta, o enfermeiro deve enfatizar o controle da hipertensão, em vez de sua cura. É impreterível um esforço por parte dos portadores de HAS para aderirem às modificações recomendadas de estilo de vida e realizarem o tratamento medicamentoso adequadamente (CRUZ, 1991).

O controle adequado da hipertensão arterial não é realizado unicamente pela orientação, também são necessárias estratégias que auxiliem o indivíduo na mudança de atitudes contributivas para o controle da doença. As medidas de educação devem ser contínuas, simples e objetivas, para melhor entendimento ao paciente (SANTOS *et al.*, 2005).

Outras medidas que podem aumentar à adesão ao tratamento são: simplificação dos regimes terapêuticos, informações escritas sobre dose e efeitos colaterais, envolvimento de equipe multidisciplinar, manutenção de regimes permanentes das cifras tensoriais e da ingestão de drogas, envolvimento familiar no auxílio da administração da medicação, das medidas dietéticas e outras (BASTOS, 2002).

É de se esperar que o enfermeiro, por desempenhar um importante papel dentro da equipe multiprofissional, tanto na atenção primária quanto na atenção hospitalar, mantenha-se permanentemente alerta quanto a esta situação, inclusive para resolver questões emergenciais (XIMENES NETO, 2006).

Moreira e cols (2004) demonstraram que as relações interpessoais enfermeira/paciente/família devem ser enfatizadas, proporcionando um aumento da adesão ao tratamento do hipertenso. Além disso, estes autores enfatizaram a necessidade de um cuidar integral, sistêmico e com ênfase na interação, enfermeiro/paciente/família.

As principais metas a serem atingidas pela equipe de enfermagem, junto aos pacientes portadores de hipertensão, são: a compreensão do processo patológico, do tratamento, do incentivo à participação em programas de autocuidado, certificar-se da ausência de complicações, para se controlar a hipertensão com mudanças no estilo de vida e o uso de medicamentos (MACIEL, 2003).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS) do Ministério da Saúde do Brasil preconiza que as ações de atuação estratégica da atenção primária à saúde para o controle da hipertensão sejam: diagnóstico clínico dos casos; busca ativa dos casos através da medição da pressão arterial de usuários e da visita domiciliar; tratamento dos casos com um acompanhamento ambulatorial e domiciliar; diagnóstico precoce de complicações através de realização de exames laboratoriais; primeiros atendimentos de urgência às crises hipertensivas e às outras complicações; medidas preventivas por ações educativas para o controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo) e prevenção de complicações (MS, 2001).

A enfermagem ganhou mais espaço para a execução de atividades no campo da atenção primária à saúde, com as ações educativas e assistenciais a determinados grupos de pessoas; isto ocorreu pelo advento da Estratégia de Saúde da Família, em 1994, que possibilitou a integralização destes profissionais na equipe. A Lei do Exercício Profissional e o Decreto Regulamentador do Exercício Profissional colocam, como uma das competências da enfermagem, a participação direta na equipe de Saúde para desenvolver trabalhos com grupos específicos (CRUZ, 1991).

Em face destas considerações, salienta-se a importância de que todos os profissionais da área de Saúde devam concentrar esforços na predição, prevenção e controle adequado dos níveis tensionais, evitando e/ou corrigindo complicações. Diante desta situação, é imprescindível analisar a assistência às pessoas portadoras de hipertensão arterial desenvolvida pelos profissionais de enfermagem (enfermeiros/as). Faz-se necessário uma reflexão sobre a qualificação dos mesmos e sobre as ações realizadas por eles (CRUZ, 1991).

Avanços importantes foram alcançados na organização das práticas de saúde com a adoção do ESF como política de governo. A adoção de medidas para superar muito dos entraves existentes se faz necessário para que o ESF contribua de fato para mudança do modelo de atenção, no sentido de superar concepções e práticas voltadas para o mercado, e respondam às necessidades de saúde da população, contribuindo para melhoria das condições de vida em nosso país (COSTA, 2007).

Com o ESF em Maceió, os portadores da hipertensão passaram a ter um local específico para serem atendidos fora do eixo de atenção hospitalar, ficando as Unidades Básicas de Saúde em toda cidade empenhada no atendimento a esses

pacientes. Assim, dentro deste contexto está inserido o profissional enfermeiro, o qual deve direcionar suas atividades também para este grupo. Não obstante, é imprescindível que o enfermeiro fale na linguagem do paciente sem impor condições, e acima de tudo, respeite a sua fala e opiniões, bem como suas condições socioeconômicas.

1-7- Ações de enfermagem

As prescrições da enfermagem, a fim de se atingirem as metas que podem levar ao controle da hipertensão, são: apoiar e ensinar o paciente a aderir ao esquema terapêutico, incentivar a ingestão de medicamentos conforme prescritos e as mudanças necessárias ao estilo de vida, agendar consultas regulares com o profissional de saúde, monitorar o progresso e identificar quaisquer complicações da doença e terapia (BASTOS, 2002).

A formação de grupos de pacientes é outro trabalho desenvolvido pela enfermagem, juntamente com os demais membros das equipes cuidadoras desses pacientes. A enfermeira está sempre à frente da organização desses grupos e do treinamento dos profissionais que atendem a esses pacientes. Cabe ao enfermeiro, realizar capacitações para auxiliares e técnicos de enfermagem para diminuir os erros inerentes à verificação da pressão arterial, tanto nos usuários das unidades de saúde como nos hospitais. A qualificação é uma importante estratégia para prevenção das complicações nesses pacientes e redução dos custos para o sistema de saúde (JULIANO, 2005).

Fica evidente, a necessidade de determinar a adesão do paciente hipertenso ao tratamento e os fatores que interferem para a mesma, bem como, identificar o papel do enfermeiro no tratamento destes pacientes e as estratégias para melhorar a adesão em relação à terapêutica medicamentosa e não medicamentosa.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Identificar, na visão do Enfermeiro sobre a frequência e os fatores associados à adesão do portador de Hipertensão Arterial Sistêmica ao seu tratamento, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Programa Estratégia em Saúde da Família (ESF) da cidade de Maceió.

2.2 Específicos

- Estabelecer o perfil do profissional enfermeiro que atende pacientes hipertensos, nas UBSF, em relação à sua formação acadêmica, experiência e exercício profissional; seu conhecimento sobre HAS e sobre os fatores de adesão ao tratamento anti-hipertensivo e do seu papel nesse processo.

- Identificar aspectos relacionados à adesão ao tratamento (frequência da adesão; fatores relacionados à não-adesão; estratégias para facilitar a adesão) dos pacientes hipertensos ao Programa de Hipertensão do PSF, sob a visão dos profissionais enfermeiros.

- Identificar ações de enfermagem relacionadas ao manuseio dos pacientes hipertensos que podem servir para aumentar a sua adesão ao tratamento.

3. MÉTODOLOGIA

Foi realizado um estudo do tipo transversal e descritivo envolvendo os profissionais enfermeiros das 72 equipes da Estratégia em Saúde da Família (ESF) da cidade de Maceió. A coleta dos dados do estudo foi desenvolvida no período de março a maio de 2007.

A amostra incluiu todos os profissionais enfermeiros do ESF de Maceió. O município de Maceió, capital do Estado de Alagoas, apresenta uma população de 829 milhões de habitantes (IBGE, 2007). Do ponto de vista da organização da atenção em saúde, Maceió está em gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS), com rede básica estruturada em Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas quais funciona o PSF. A cobertura do PSF é 26,9% na cidade. A rede é hierarquizada, descentralizada e regionalizada em sete distritos sanitários.

Alguns critérios de exclusão foram adotados, em razão da necessidade de cumprir o cronograma da pesquisa. Foram eles:

- Férias ou licença médica de mais de 15 dias
- Transferência do local de trabalho
- Ausência nos dias selecionados para a coleta
- Recusa em participar do estudo

Os dados foram coletados através de visitas ao local de trabalho, sendo utilizado um questionário construído exclusivamente para este estudo (Apêndice 1). O modelo do questionário utilizado foi um formulário semi-estruturado, baseado em trabalhos semelhantes realizados por autores tais como: SIMONETTI (2002), XIMENES NETO (2007), entre outros. O questionário utilizado incluiu questões sobre: A) Tempo de formação acadêmica, experiência e exercício profissional; B) Experiência com o manuseio da HAS; C) Conhecimento do profissional sobre HAS (níveis de PA diagnósticos de HAS, cuidados adotados para a medida correta da PA, impacto da HAS na morbi-mortalidade do paciente, conhecimento das Diretrizes Brasileiras sobre HAS); D) Conhecimento sobre fatores relacionados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo; E) Sugestões de ações de Enfermagem para aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Boa adesão ao tratamento foi considerada, para os pesquisadores, como um percentual acima de 70% de hipertensos com a PA dentro de parâmetros normais,

graças à utilização de medidas não-medicamentosas e, quando indicado, medicamentosas.

Todos os dados foram codificados pela pesquisadora no aplicativo Excel 2007(Microsoft Office Excel® 2007) para preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa. Após a digitação, todos os questionários foram revisados para eliminar erros de digitação e os dados foram analisados no aplicativo Excel 2007(Microsoft Office Excel® 2007), utilizando distribuição de frequências e médias.

O presente trabalho atendeu as Normas Regulamentares de Pesquisa envolvendo Seres Humanos – Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas, com Registro no CEP número 016552/2006-84 (Anexo 1).

Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre o propósito do estudo, sendo o consentimento obtido através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

4. RESULTADOS

4.1 Perfis dos profissionais de Enfermeiros do PSF de Maceió, 2007.

Foram avaliados 60 indivíduos, correspondendo a **83,3%** dos enfermeiros que trabalham no PSF de Maceió. Todos os participantes do estudo são do sexo feminino. A média de idade é de **30,7** anos; **40%** delas têm acima de 40 anos (Tabela 1).

Do total das enfermeiras que responderam ao questionário, **41,7%** apresentam entre 11 a 15 anos de formadas; **76,7%** trabalham a mais de cinco anos na mesma unidade de saúde e **68,3%** trabalham exclusivamente no Programa de Saúde da Família (Tabela 1).

Tabela 1: Idade, Formação Acadêmica, Exercício e Experiência Profissional das Enfermeiras do Programa de Saúde da Família de Maceió, 2007.

Características das enfermeiras	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Idade (anos)		
26 – 30	4	6,6
31 – 35	10	16,7
36 – 40	22	36,7
> 40	24	40,0
Total	60	100,0
Tempo de Formação Acadêmica (anos)		
De 1 - 5	3	5
De 6 – 10	11	18,3
De 11 – 15	25	41,7
De 16– 20	11	18,3
> 20	10	16,7
Total	60	100,0
Tempo de Atuação na UBS (anos)		
≥ 1	3	5
De 2 - 4	10	16,6
De 5 – 10	45	75,0
De 11 – 15	1	1,7
Não informou	1	1,7
Total	60	100,0
Número de vínculos empregatícios		
1	41	68,3
2	13	21,7
3	6	10
Total	60	100,0
Locais de Trabalho		
Unidade Básica de Saúde (UBS)	41	68,3
UBS + Hospitais	13	21,7
UBS + Ensino	3	5
Rede Básica e outros	2	3,3
Rede Básica e SAMU	1	1,7
Total	60	100,0

4.2 Experiências Profissionais das Enfermeiras da ESF de Maceió, 2007, com HAS.

Em relação à atuação das enfermeiras com os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi observado que **59** enfermeiras, ou seja, (98,3%) lidam com o Programa de HAS em sua unidade de trabalho; dentre essas, **76,7%** têm atuação há cinco ou mais anos (Tabela 2). O Programa existe em todas as unidades pesquisadas.

Outro dado encontrado diz respeito à realização de treinamento para trabalhar com o programa de HAS, onde foi identificado que **78,3%** das enfermeiras receberam treinamento sobre prevenção e controle da HAS para trabalhar no Programa de HAS; entretanto, **75%** participaram de treinamentos há três ou mais anos (Tabela 2).

Tabela 2. Experiência das Enfermeiras do Programa de Saúde da Família de Maceió, 2007, com HAS.

Experiência profissional das enfermeiras com HAS	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Trabalha no programa de Prevenção e controle da HAS		
Sim	59	98,3%
Não	1	1,7%
Total	60	100,0
Tempo de Atuação no Programa (anos)		
Até 1	3	5
De 2 - 4	10	16,7
De 5 – 10	45	75,0
De 11 – 15	1	1,7
Total	59	100,0
Existência do programa nas UBS do município de Maceió, em 2007.		
Sim	60	100,00
Participação em treinamento específico para a prevenção e controle da HAS.		
Sim	47	78,3
Não	13	21,7
Total	60	100,00
Tempo em que realizaram um curso de atualização em HAS (anos).		
Menos de 01	2	3,3
De 01 a 02	16	26,7
De 03 a 05	21	35
De 05 a 10	12	20
Mais de 10	4	6,7
Sem registro	5	8,3
Total	60	100
Realização de consulta de enfermagem		
Sim	57	95
Não	03	5
Total	60	100,00

4.3 Conhecimentos das Enfermeiras do PSF de Maceió, 2007, sobre HAS.

Quanto ao diagnóstico de HAS, foi observado que **70%** das entrevistadas definiram de forma correta o valor da pressão arterial para caracterizar a hipertensão, ou seja: ($\geq 140 \times 90$ mmHg); **25%** definiram que é o valor da PA acima de 130×85 mmHg e apenas **5%** definiram que é quando a pressão arterial apresenta-se superior a 150×90 mmHg (Tabela 3).

Noventa e oito por cento (**98%**) das enfermeiras afirmaram que explicam o procedimento ao paciente antes da verificação da PA.

Com relação ao tempo de repouso do pacientes antes da verificação da PA, **65%** das entrevistadas relataram aguardar 15 minutos; **31,7%** aguardam 5 minutos e **1,7%** aguardam 3 a 5 minutos (Tabela 3). Em pacientes tabagistas, apenas **1,7%** não informou o tempo de espera para verificar a pressão após o paciente fumar; os demais profissionais relataram que aguardavam algum tempo para aferir a PA, que variou de 5 a 30 minutos (Tabela 3).

Para verificar a PA a posição sentada é a mais utilizada pela maioria das enfermeiras (**83,3%**) para aferição da PA nos pacientes (Tabela 3). Para **90%** das entrevistadas não é permitido, ao paciente, falar enquanto se verifica a pressão e **5%** delas permitem que o paciente fale.

Quando perguntada sobre a reavaliação da pressão arterial, **51,7%** delas responderam aguardarem de 1 a 2 minutos para realizar a segunda aferição da PA; **30%** esperam 5 minutos, **8,3%** esperam 15 minutos e **5%** fazem nova medição imediatamente (Tabela 3).

Para **83%** das entrevistadas, a diminuição da PA reduz a possibilidade da ocorrência de Acidente Vascular Cerebral (AVC); **35%** acham que reduz o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e **13,3%** acham que reduz a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) (Tabela 3).

Com relação à utilização das V Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, **75%** das enfermeiras afirmaram que não as utilizam **23,7%** que as utilizam e **1,7%** não informou (Tabela 3).

Tabela 3. Conhecimento das Enfermeiras do Programa de Saúde da Família de Maceió, 2007, sobre HAS.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Conhecimento das enfermeiras sobre HAS		
Definição de HAS (mmHg)		
≥130 – 85	15	25
≥140 – 90	42	70
≥150 – 90	3	5
Total	60	100,0
Explicações ao paciente sobre a medida da PA o procedimento ao paciente		
Explica	59	98,3
Não explica	1	1,70
Total	60	100,0
Tempo de espera em repouso para verificação da PA quando o paciente tem fumou previamente		
05 minutos	06	10,0
15 minutos	16	26,7
30 minutos	29	48,3
Não informado	09	15,0
Total	60	100,0
Tempo de espera em repouso para verificação da PA (minutos)		
3 a 5	1	1,7
5	19	31,7
15	39	65,0
Não Informou	1	1,7
Total	60	100,0
Posição do paciente durante a verificação da PA		
Sentado	50	83,3
Deitado	4	6,7
Em pé	1	1,7
Sentado ou deitado	2	3,3
Ignorado	1	1,7
Não informou	2	3,3
Total	60	100,0
Tempo de espera para a segunda aferição (minutos)		
1 – 2	31	51,7
5	18	30,0
15	5	8,3
Não informou	2	3,3
Imediatamente após a primeira	3	5,0
Total	60	100,0
DCV prevenidas com a redução da PA		
AVC	50	83,3
IAM	21	35
ICC	8	13,3
Utilização das V Diretrizes de HAS da SBC		
Sim	14	23,3
Não	45	75
Não informou	1	1,7
Medicamentos disponíveis nas UBS		
Bloqueadores de calico	23	38,3
IECA	26	43,3
Diuréticos	48	80,0
Beta Bloqueador	30	50,0
Outros	09	15,0

4.4 Aspectos relacionados à adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento, segundo a visão das Enfermeiras do PSF de Maceió, 2007.

Entre as enfermeiras entrevistadas, **68,3%** acham que a adesão ao tratamento pelos pacientes é satisfatória (acima de **70%** dos pacientes com a PA sob controle, segundo o parâmetro utilizado no presente estudo) e **31,7%** acham que não é satisfatória (Figura 2, Tabela 4).

Frequência de Adesão

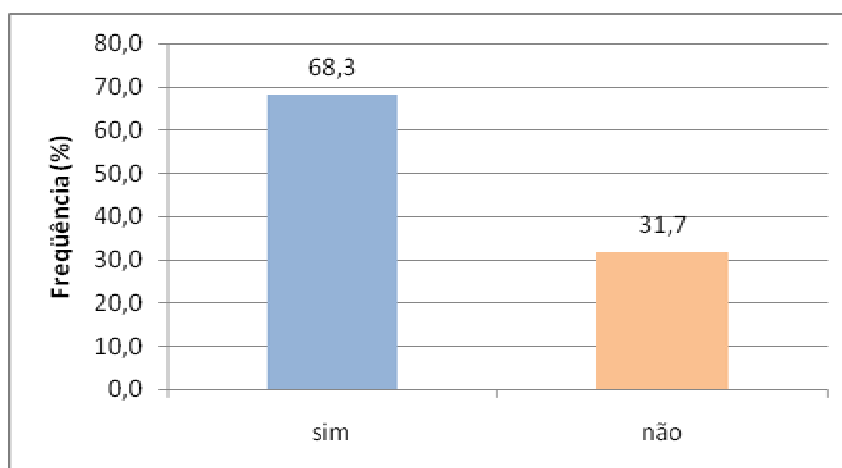


Figura 2: Frequência de adesão satisfatória ao tratamento pelos pacientes hipertensos segundo relato dos profissionais enfermeiros do Programa de Saúde da Família de Maceió, 2007.

Quanto ao percentual de adesão que deve existir em suas Unidades Básicas de Saúde, **21,7%** das enfermeiras acredita que é igual ou abaixo de **50%**; **48,3%** acreditam que está entre **51 a 70%** e **30%** pensa estar acima de **70%**. Como o parâmetro utilizado neste trabalho para o valor de “boa adesão ao tratamento” é considerado acima de **70%**, apesar de **68,3%** das enfermeiras acreditarem que exista “boa adesão”, apenas **30%** delas reconhecem o percentual esperado.

Sob a visão das enfermeiras, os principais motivos relacionados a não-adesão ao programa são: os pacientes não gostam de fazer uso de medicamentos (**60%**), o impacto financeiro da compra do remédio (**66,7%**), falta de medicamentos

nas unidades (**61,7%**) e desinformação sobre a gravidade da doença (**50%**) (Figura 3; Tabela 4).

Falta de Adesão ao Tratamento

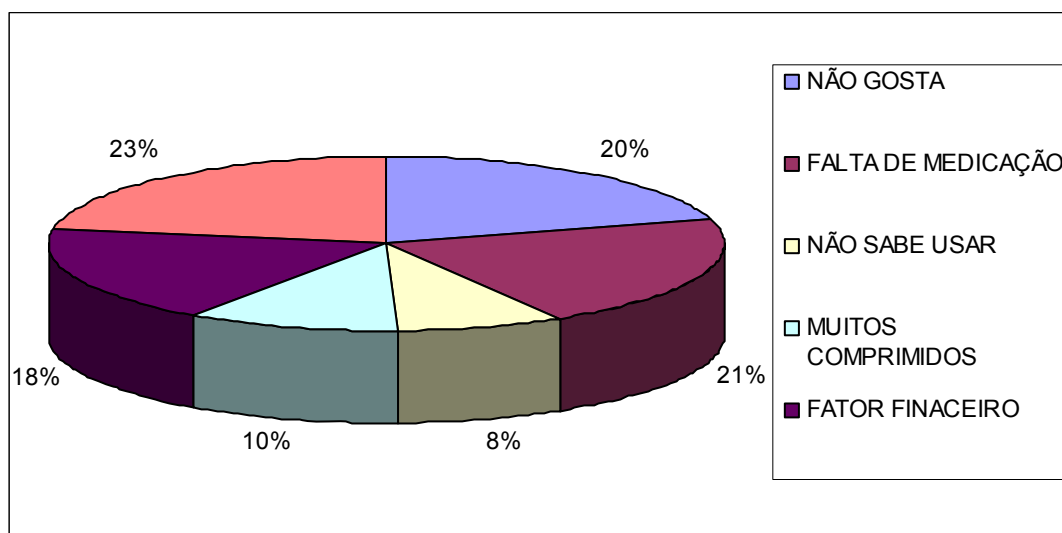


Figura 3: Distribuição dos motivos para a falta de adesão dos pacientes hipertensos segundo relato dos profissionais enfermeiros do Programa de Saúde da Família de Maceió, 2007.

Tabela 4: Aspectos relacionados à adesão dos pacientes ao tratamento anti-hipertensivo, segundo a visão das Enfermeiras do PSF de Maceió, 2007.

Aspectos relacionados à adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento da HAS	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Satisfação da adesão segundo as enfermeiras		
Sim	41	68,3
Não	19	31,7
Total	60	100,0
Percentual de adesão		
Menos de 20%	2	3,4
21 a 30%	6	10,0
31 a 50%	5	8,3
51 a 70%	29	48,3
Mais de 71%	18	30,0
Total	60	100,0
A não adesão pelos pacientes é devido a		
Não gostam de usar medicamentos	36	60
Não sabem usar	14	23,3
Falta de medicamentos no posto	37	61,7
Muitos comprimidos	27	45,0
Fator financeiro	39	65
Não sabe da gravidade da doença	30	50,0

4.5 Estratégias da Enfermagem para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento anti-hipertensivo.

As orientações sobre os cuidados com a dieta para melhorar o controle da PA e sobre os efeitos colaterais dos medicamentos são, em conjunto (**95%**), as estratégias mais utilizadas pelas enfermeiras, quando realizam atendimento a pacientes hipertensos, no PSF de Maceió (Tabela 5).

A verificação do peso para o controle do Índice de Massa Corporal (IMC) é realizada por **13,3%** das profissionais e a orientação sobre os efeitos colaterais dos medicamentos utilizados é realizada por **51,7%** das mesmas (Tabela 5).

A grande maioria das enfermeiras acredita que é necessária a adoção de estratégias para aumentar a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento (Tabela 5). Dentre as estratégias, algumas estão relacionadas à consulta da enfermagem na orientação do paciente sobre a doença (**95%**), sobre os hábitos de vida que contribuem para a sua piora ou que dificultam o tratamento (**86,7%**) e sobre a gravidade da mesma (**88,3%**); aumento do número de consultas (**83,5%**), enquanto outras dependem do planejamento das atividades na UBS como: preparação de palestras para pacientes e familiares (**91,7%**); garantia da oferta dos medicamentos (**86,7%**); educação continuada dos profissionais da UBS (**90,0%**); contratação de mais profissionais (**71,7%**); melhoria da infra-estrutura da UBS (**80,0%**).

A orientação do paciente nas consultas (**95%**), a realização de palestras envolvendo pacientes e familiares (**91,7%**) e a capacitação profissional para o trabalho com o hipertenso (**90%**) foram às estratégias mais freqüentemente mencionadas.

Tabela 5 - Papel da enfermeira para melhorar a adesão ao tratamento da HAS.

Ações da Enfermagem no Programa de HAS	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Verificar o peso	8	13,3
Orientação sobre os efeitos colaterais dos remédios	31	51,7
Orientação sobre dieta e uso regular dos medicamentos prescritos	60	100,0
Outros	09	15
Necessidade de estratégias para aumentar a adesão		
Sims	60	100,0
No	0	0
Total	60	100,0
Estratégias para aumentar a adesão		
Orientar adequadamente o paciente	57	95
Melhorar a disponibilidade de medicação	52	86,7
Realizar palestras com os pacientes e familiares	55	91,7
Realizar consultas mais freqüentes	50	83,5
Capacitação profissional para esse tipo de atuação	54	90,0
Insistir sobre a gravidade da doença em todas as consultas	53	88,3
Insistir sobre a mudança de hábitos alimentares (consumo de sal)	52	86,7
Aumentar o número de profissionais de Saúde	43	71,7
Melhorar a infraestrutura básica das Unidades	48	80,0

5. DISCUSSÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) que logo após a sua concepção pelo Ministério da Saúde transformou-se em Estratégia em Saúde da Família, (ESF) já responde pelo atendimento básico em saúde em mais de **50%** da população brasileira. A Saúde da Família como estratégia (PORTARIA Nº 648/GM de 28/03/06), estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Assim esta medida busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes de saúde da família (MS, 2006).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

A prestação de serviços públicos de qualidade, entretanto, ainda está distante de ser alcançada, uma vez que sua adoção pelos gestores não garante a execução deste com responsabilidade e vínculo. E infelizmente, os decretos criados pelo poder público não garantem o funcionamento da estratégia de forma efetiva (LEVCOTIZ e GARRIDO, 1996).

O que também se torna difícil devido a falta de ações que interliguem as políticas pública de saúde com outros setores como o meio-ambiente e a economia, a participação e o controle social das políticas públicas (RONZANI, 2002).

No estado de Alagoas, a Política de Estratégia em Saúde da Família está presente em todos os municípios, com uma cobertura em média de **69,5%**. Há municípios alagoanos com **100%** de atendimento da população através do Modelo de Estratégia da Família, como a cidade de Carneiros (no sertão Alagoano), por exemplo, enquanto na capital do Estado a cidade de Maceió essa cobertura corresponde apenas a **26,9%** da população atendida. Já em outros estados como da Paraíba cidades como Camaragibe, Brumadinho e Campina Grande possuem cobertura em torno de **70%** (MATOS, 2002).

Como a Estratégia em Saúde da Família pode aumentar a detecção de casos de HAS não-diagnosticados, não-tratados e não adequadamente controlados, observa-se que em Maceió, é necessária e urgente à ampliação dessa forma de atendimento, o que pode contribuir para o diagnóstico precoce da doença

hipertensiva, e também para transformação do perfil epidemiológico da população local, inicialmente com o aumento da taxa de prevalência e depois com o aumento da adesão ao controle.

Essa necessidade de ampliação das equipes de ESF baseia-se no fato de que os dados conhecidos sobre HAS em adultos no município de Maceió mostram elevada prevalência (**26%**) e baixa taxa de diagnóstico (**47%**); dentre os hipertensos diagnosticados, **40%** não tratam a doença, **42%** tratam e não controlam a PA e apenas **18%** têm a PA normalizada com medicamentos (Silva et al, 2005-a). O que significa uma baixa adesão. Assim citando Barbosa e Lima (2006), que em sua pesquisa disse que: a não-adesão ao tratamento da hipertensão é o principal fator para a falta de controle da pressão arterial em mais de dois terços dos indivíduos hipertensos.

O número de hipertensos cadastrados no município de Maceió em média por mês é em torno de 13.567 indivíduos, conforme demonstrado no DATASUS, 2007 (Quadro 2). Um número muito baixo, para uma prevalência identificada de **26%**, o que corrobora os dados acima mencionados (Silva et al. 2005).



Relatório de Indicadores
Número de Diabéticos e Hipertensos
Agrupado por
Município, período de 01/2000 até 11/2008
UF:AL

Código	Município	Nº de Diabéticos tipos 1 e 2 e Diabéticos com Hipertensão	Nº de Hipertensos sem Diabetes
2704302	MACEIO	4704	8863
Total		4704	8863

Quadro 2: Relatório do DATASUS (2008).

A Estratégia em Saúde da Família é uma forma de acesso à saúde para todos os cidadãos e para sua implantação, faz-se necessário o trabalho de gestores e condutores do campo operacional visando à construção de um novo paradigma para a saúde pública brasileira (RUFINO NETO, 2001).

No presente estudo, todos os enfermeiros vinculados as 72 equipes do ESF de Maceió são do sexo feminino, reforçando a cultura da profissão da enfermagem que continua sendo predominantemente do sexo feminino. Estes dados confirmam a

caracterização da força de trabalho em enfermagem, composta, em sua expressiva maioria, por mulheres (ROCHA e ZEITOUNE, 2007).

Os profissionais da enfermagem têm maior contato com os pacientes do ESF. Os enfermeiros são responsáveis pela consulta de enfermagem, na qual é realizado o primeiro contato do paciente com o serviço, além das ações que irão ser realizadas as quais confirmarão o diagnóstico de HAS. Na ocasião da consulta de enfermagem são colhidas informações sobre fatores de risco cardiovascular, conhecimento sobre hipertensão e doenças cardiovasculares, fatores hereditários e hábitos alimentares, e são realizadas orientações quanto aos hábitos de vida e fatores de risco cardiovascular. Nos casos de não confirmação do diagnóstico de HAS, é recomendada a realização de acompanhamento anual, e na presença de fatores de risco, os indivíduos são convidados a participarem das atividades educativas em grupo (JARDIM *et al.*, 1996).

Nesta pesquisa o maior número de enfermeiras encontra-se na faixa etária com mais de 40 anos, isto pode ser explicado pelo fato de que há mais de 07 anos não se realiza concurso público para o município de Maceió. Este perfil assemelha-se ao que foi apresentado por Pierantoni (2006) sobre os enfermeiros que trabalham nas ESFs da região Nordeste.

A formação do enfermeiro, ao longo dos anos, vem sendo consolidada através das práticas de assistência nos diversos campos de atuação da categoria. O atendimento em saúde individualizado foi substituído por uma forma de atendimento que contempla o contexto familiar e os valores sócio-culturais, isto é, uma visão ampla do usuário. Esta mudança só foi possível com a criação do PSF que contempla os princípios de universalidade, equidade e integralidade. A família como unidade de cuidado, é a perspectiva que dá sentido ao processo do trabalho da ESF (SANTOS e LIMA, 2005).

Segundo as diretrizes básicas do ESF, as atribuições do enfermeiro são: discutir junto à equipe de trabalho e com a comunidade o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as suas bases legais; participar na organização e controle do processo de trabalho da unidade de saúde; desenvolver atividades de prevenção, tratamento e/ou encaminhamento dos indivíduos; capacitar os auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde para o desempenho de suas funções junto aos serviços de saúde; realizar consultas de enfermagem (individual e coletiva); tratar da educação sanitária; executar ações básicas na área

de atenção à criança, à mulher, ao trabalhador, no controle da tuberculose, da hanseníase, das doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas, de vigilância sanitária e epidemiológica (ROCHA e ZEITOUNE, 2007).

Das enfermeiras avaliadas, **76,7%** atuam no PSF há mais de cinco anos e **68,3%** trabalham exclusivamente na Unidade Básica de Saúde. Esse dado pode servir de demonstração do vínculo entre o profissional e a comunidade, construído através de confiança e autonomia frente às ações propostas para o tratamento de qualquer condição de adoecimento.

Assim dentro do contexto de trabalhar indivíduo/família e comunidade encontra-se o programa de HAS, no qual o enfermeiro executa ações educativas que conferem ao profissional um papel importante desde a participação em programas de detecção precoce, até o desenvolvimento de estratégias para garantir a adesão ao tratamento. Esta participação tem levado ao desenvolvimento de estudos, enfocando a educação e orientação do cliente como parte integrante do cuidado de enfermagem (CHAVES, 2006).

Nesta pesquisa, **76,7%** das enfermeiras mencionaram que trabalham com HAS há mais de cinco anos e **78,3%** participaram de treinamento específico para esse fim. Entretanto, a maioria delas (**61,6%**) realizou esse treinamento há mais de três anos e, portanto, pode desconhecer o que é preconizado pela V Diretrizes Brasileiras de HAS (V DBHA), publicadas em 2006. Esse resultado é corroborado pelo fato de que **75%** das profissionais disseram que não utilizam rotineiramente a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica (DBHAS) em suas atividades e **90%** acreditam que a capacitação profissional é uma estratégia necessária para melhorar a adesão dos seus pacientes ao tratamento anti-hipertensivo.

Apesar do acima exposto, **70%** das entrevistadas sabem utilizar os níveis adequados da PA para o diagnóstico de HAS, **98,3%** explicam o procedimento de medida da PA ao paciente e **93,3%** o fazem com o paciente deitado ou sentado e **83,3%** sabem da importância do controle da PA para a prevenção do acidente vascular cerebral, demonstrando um bom nível de conhecimento sobre o diagnóstico e consequências da HAS. Ou seja, seguem as recomendações da V DBH. Entretanto, observa-se que muitas delas, ou seja, **65%** esperam um tempo muito prolongado (acima de cinco minutos) para a medição inicial da PA e que há desconhecimento por parte de muitas sobre a necessidade do controle da PA para a prevenção do Infarto Agudo do Miocárdio (**65%**) e da Insuficiência Cardíaca

Congestiva **(86,7%)** (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006). Conhecimentos como os acima mencionados podem agilizar alguns aspectos da consulta e oferecem mais subsídios para o convencimento do paciente quanto ao tratamento proposto.

No Estado de Alagoas a inserção das enfermeiras no ESF começou a partir da municipalização do sistema de saúde, na década de 90, e mais efetivamente a partir do ano 2000, com a criação do PSF na cidade de Maceió. No programa, o profissional da Enfermagem deve agir realizando as seguintes tarefas: pré-consulta (triagem/confirmação diagnóstica); consulta de enfermagem (CE) para pacientes com PA sob controle; pós-consulta (reforço de orientações após as Consultas Médicas); re-encaminhamento ao médico anualmente, ou caso surja alguma alteração; encaminhamento à Nutrição, quando necessário; encaminhamento ao Serviço Social, quando necessário; à Psicologia; controle dos retornos; contato e busca dos faltosos (aerograma e/ou visita domiciliar); coordenação do serviço e de projetos de pesquisa (JARDIM *et al.*, 1996).

Chama a atenção, no presente trabalho, que **68,3%** das enfermeiras acreditam que há uma boa adesão dos pacientes das Unidades Básicas de Saúde ao tratamento proposto, com controle da PA, quando há evidências de que essa adesão em Maceió é baixa, em torno de **18%** (Silva *et al.*, 2005-a). Por outro lado, **70%** das Enfermeiras acreditam que o percentual de adesão está abaixo de **70%**, quando os valores acima dele é que caracterizam “uma boa adesão” (Barbosa e Lima, 2005).

Dessa forma, parece haver desconhecimento, provavelmente também dos demais membros das equipes de trabalho do ESF, sobre o conceito de adesão ao tratamento hipertensivo e também sobre qual a frequência de hipertensos tratados e com PA controlada que deve ser esperada em cada UBS para a definição de que se obteve um bom grau de adesão.

Esses conceitos talvez devam ser discutidos dentro de cada unidade, para que na definição de suas estratégias seja incluída a relação do número de hipertensos tratados e com PA controlada, para que todo o investimento na detecção e tratamento da HAS resulte em benefícios individuais e coletivos, no que diz respeito à redução da morbi-mortalidade da HAS. Caso isso não aconteça, continuará ocorrendo o sub-diagnóstico o que denota o descaso com que o programa é realizado. E como resultado tem-se o tratamento inadequado da HAS,

sob a forma de emergências hipertensivas e de mortalidade cardiovascular. Lembrando que a doença cardiovascular é, atualmente, no Brasil, responsável por **30%** da mortalidade geral (SBC, 2006).

A consulta de enfermagem encontra-se entre as tarefas executadas pelo profissional de enfermagem no PSF. A maioria das enfermeiras do presente estudo respondeu que realizam a consulta de enfermagem, entretanto, trabalho realizado por Barbosa (2008), com pacientes de uma unidade da Estratégia em Saúde da Família do município de Maceió, evidenciou que apenas **17,1 %** dos pacientes afirmaram realizar consulta com as enfermeiras. Este comportamento dos pacientes pode ser reflexo da sua cultura, por entender que só o médico pode realizar a consulta, ou que após a consulta do médico não é necessário retornar a unidade para a consulta de enfermagem.

Foi também observado, no presente estudo, que **95%** das enfermeiras orientam o paciente a fazer uso dos medicamentos propostos para o tratamento da hipertensão e, simultaneamente, o orienta sobre a dieta, como auxiliar no tratamento da HAS. Entretanto, poucas (**13,3%**) verificam o peso corporal, e essa estratégia poderia mais freqüentemente fazer parte das ações de Enfermagem, pois o excesso de peso corporal é um dos fatores mais comumente associados à elevação da Pressão Arterial e conseqüentemente dificultando assim o seu controle (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006).

Dessa forma, cabe aos enfermeiros sensibilizar os pacientes da importância do retorno para a consulta de enfermagem e para a verificação da pressão arterial. Assim, o enfermeiro estará contribuindo para o aumento da adesão ao tratamento. Além disso, a enfermeira deverá realizar atendimento extra-unidade básica de saúde, ou seja, dentro das casas dos pacientes, da comunidade e do seu local de trabalho.

Vale salientar, que a visita domiciliar garante o vínculo e o acesso da equipe de saúde ao contexto familiar e social dos assistidos. Por isto, destaca-se como uma atividade que permite acompanhar regularmente a saúde da família, prestar ou supervisionar cuidados e identificar os fatores que poderão auxiliar para melhorar a qualidade de vida do paciente, no domicílio e no relacionamento familiar. Consequentemente a adesão e controle da doença estarão presentes.

Assim o enfermeiro deverá realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, com os respectivos diagnósticos de enfermagem utilizando a

linguagem da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE) de acordo com o que fosse identificado no paciente otimizando assim a consulta de enfermagem.

Devido à saída dos enfermeiros da unidade de saúde para o atendimento externo, o planejamento das ações encontra-se mais próximo da realidade dos pacientes, conferindo maior amadurecimento e autonomia para realizações das atividades deste profissional (SANTOS e LIMA, 2005).

As atividades desenvolvidas pelas enfermeiras nos ESFs de Maceió estão de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, atuando com o paciente, comunidade e toda família, e realizando atividades tais como: verificação do peso e da PA, orientação sobre a dieta e efeitos dos medicamentos.

Percebe-se que o trabalho realizado pelas enfermeiras dentro das Unidades da ESF é eminentemente educativo, concordando com Alencar (2006) de que: “a ação educativa desenvolvida pelo enfermeiro do PSF deve propiciar uma reflexão crítica, problematizadora, ética, estimulando a curiosidade, o diálogo, a escuta e a construção do conhecimento compartilhado”. Sendo assim, faz-se necessário a realização de capacitações específicas para atuação na área educativa.

O trabalho da enfermeira frente ao paciente hipertenso deve enfatizar o controle da pressão. Portanto, é recomendado que os profissionais de saúde participem dos processos de construção do conhecimento, dando condições ao indivíduo, de desenvolver o autocuidado de forma mais satisfatória.

Desse modo, as orientações aos pacientes são dirigidas para as mudanças de hábitos, atitudes e comportamentos, que funcionam como determinantes importantes do binômio saúde-doença, e não devem estar separados do contexto psicossocial e histórico do indivíduo. Assim a participação do enfermeiro na assistência do paciente hipertenso tem contribuído para melhorar a adesão ao tratamento e o controle da pressão. Este é o grande desafio para os enfermeiros, reduzir os índices de abandono ou a baixa adesão ao tratamento da hipertensão (FAE *et al.*, 2006).

Algumas enfermeiras (**15%**) definiram que consideram como Hipertensão Arterial Sistêmica o valor pressórico como sendo acima ou igual a 150/90 mmHg, o que pode ter levado ao diagnóstico errado de algum paciente durante a consulta de enfermagem. Isto evidencia a necessidade da realização de cursos mais freqüentes de atualização em todos os níveis de atenção. Além disso, menos da metade dos

avaliados participaram de treinamento para iniciar suas atividades no Programa de Hipertensão da ESF, evidenciando a necessidade iminente de atualização quanto ao cuidar do paciente hipertenso.

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, 2006), quando o paciente apresentar pressão arterial (PA) acima de 130x85 mmHg deve-se iniciar o processo de educação visando mudanças no estilo de vida. Porém, é preciso ficar atento para que as ações educativas não caiam no esquecimento. Portanto, alguns autores sugerem a realização de trabalhos em grupo, de forma contínua (ARAÚJO e GARCIA, 2006).

Os treinamentos deveriam ser realizados anualmente ou a cada dois anos, pois as Diretrizes de Hipertensão são atualizadas bianualmente e as novas informações precisam ser incorporadas por todos os que trabalham com pacientes hipertensos, em especial os enfermeiros do ESF. Como as ações do enfermeiro e demais profissionais da área de saúde devem ser concentradas na predição, prevenção e controle adequado dos níveis tensionais, evitando e/ou corrigindo complicações, é fundamental a educação permanente desses profissionais (MACIEL e ARAÚJO, 2003).

Vale ressaltar que as enfermeiras entrevistadas, apesar de conhecerem os pacientes hipertensos das suas unidades de trabalho, desconhecem seu perfil quanto ao controle da PA. Elas relataram também que as opções de medicamentos nas unidades são limitadas e que essa escassez poderá interferir na diminuição da pressão ou no aumento da resistência aos medicamentos. Em geral os medicamentos existentes nas Unidades Básicas de Saúde são: os inibidores da Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (ECA), betabloqueadores e diuréticos.

Apesar de, na visão das Enfermeiras, a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos serem elevada, elas também acreditam que muitas atividades podem ser realizadas no intuito de aumentar ainda mais essa adesão. É necessário, portanto, instituir urgentemente nas UBS, discussões sobre o conceito de adesão, para que todos os profissionais passem a incorporá-lo em sua prática, como uma meta a ser conquistada. Além de identificar quais as atividades que a enfermagem pode realizar para aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão.

É preciso programar ações previstas pelo programa de atendimento ao hipertenso que não são ainda realizadas, como reuniões conjuntas com pacientes, familiares e a equipe que os assiste. É essencial que as demais ações sugeridas pelas enfermeiras (garantir a disponibilidade da medicação; ampliar o quadro de profissionais das equipes) sejam também implantadas, para que ocorra a valorização da saúde de forma integral, concordando com a sugestão de Souza e Jardim (1994).

O presente trabalho apresenta a nosso ver uma limitação, que é a de não havermos pesquisado, de forma simultânea com os pacientes, o grau de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, em cada UBS atendida pelo ESF, nas quais foram entrevistadas as enfermeiras que se constituem nos sujeitos da nossa investigação. Entretanto, essa limitação é minimizada pelo fato de existirem dados relativos a essa variável, oriundos de um estudo populacional que abrangeu indivíduos de ambos os sexos, de todos os distritos sanitários e de todas as classes econômicas, aleatoriamente selecionadas, na cidade de Maceió (Silva *et al.* 2005-a; Silva *et al.* 2006).

No trabalho apresentado por Silva *et al.* 2006, a amostra foi constituída de 1253 estudantes onde 1215 responderam ao questionário (**97%**), sendo 531 do sexo masculino com média de idade de $12,4 \pm 3$ anos. A prevalência de HAS: foi de **7,7%** 348 estudantes (**29%**) já haviam medido a PA (**54%** 1 vez **35%** 2 a 4 vezes **11%** 5 ou mais) **53%** há menos de 1 ano. Posto de Saúde, residência, hospital e consultório foram os locais mais mencionados (**27%**, **16%**, **15%** e **14%**, respectivamente). Onde foi identificado haver associação significativa entre prévia Medida da Pressão Arterial (MPA) com faixa etária de 15 a 17 anos, nas classes econômicas A e B e ser estudante de escola privada. O que evidencia que o enfermeiro deve avaliar a adesão e também correlacionar com o perfil sócio econômico dos pacientes do programa de hipertensão das UBS.

Conclui-se, assim, que o Enfermeiro do ESF da cidade de Maceió pode auxiliar na melhoria da adesão do paciente hipertenso ao seu tratamento tanto em ações individuais, executadas durante a consulta de Enfermagem, como em ações voltadas para a equipe das UBS como um todo. Nesse bojo, a educação continuada (capacitação e atualização) parece ser a estratégia que embasará as demais ações, para a obtenção do objetivo primordial, que é a assistência integral ao cidadão.

6. CONCLUSÃO

- Os profissionais enfermeiros que atendem pacientes hipertensos nas UBSF são todos do sexo feminino; a maioria encontra-se na faixa etária igual ou acima de 40 anos, com tempo de formação acadêmica entre 11 e 15 anos e tempo de trabalho na unidade de saúde entre 5 e 10 anos;
- **78,3%** receberam treinamento específico, entretanto apenas **24%** têm conhecimento sobre as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006);
- Com relação aos conhecimentos sobre HAS, **30%** não definiram corretamente os valores de PA que caracterizam a doença (mas apenas **5%** identificaram-na com valores acima dos estabelecidos); **83%** sabem que a HAS está associada ao Acidente Vascular Cerebral, mas apenas **35%** a associam com o Infarto Agudo do Miocárdio e **13%** à Insuficiência Cardíaca; **90%** ou mais das enfermeiras aplicam a metodologia correta na medida da pressão arterial;
- As enfermeiras desconhecem se os pacientes do programa de hipertensão aderem ao tratamento, pois elas informaram que a adesão é de **(68,3%)** acredita que a adesão dos hipertensos ao tratamento é satisfatória, identificando-a, equivocadamente, como uma frequência de pacientes com PA controlada abaixo de **70%**;
- Acreditam que os fatores que dificultam a adesão ao tratamento da HAS são: a) rejeição do paciente ao uso crônico de medicamentos; b) dificuldade financeira do paciente para adquirir medicamentos continuamente; c) falta de medicamentos nas unidades básicas de atendimento e d) falta de conhecimento dos pacientes sobre a gravidade da doença.
- Que os profissionais investigados informaram que o paciente recebe orientações sobre a HAS durante a consulta **(95%)**, bem como que realização de palestras envolvendo pacientes e familiares **(92%)** e a capacitação profissional **(90%)** são as melhores estratégias para melhor adequar o tratamento da HAS.
- **23%** dos pacientes não aderem ao tratamento porque não gostam da medicação.

7. ESTRATÉGIAS CONTRIBUTIVAS

- Deve-se aumentar a cobertura da ESF de Maceió no intuito de melhorar o acesso da população nos serviços básicos de saúde;
- É necessário estimular a realização de atividades físicas orientadas e a participação de grupos de auto-ajuda para com os pacientes hipertensos;
- É crucial instituir cursos de atualização para toda a equipe de Saúde da Família à medida que sejam publicadas novas diretrizes de hipertensão;
- Que os enfermeiros realizem a busca ativa de pacientes faltosos ao programa através de vistas domiciliares; estimulando assim o comparecimento as consultas;
- Que os enfermeiros realizem ações que envolvam toda família e comunidade local, através da realização de palestras em diversos lugares da comunidade, debates e atividades recreativas sensibilizando a todos mostrando as interfaces da doença hipertensiva e medidas para preveni-las;
- Que seja instituída como rotina a pós-consulta de enfermagem para com o paciente quando ele sai do consultório médico e a realização dos diagnósticos de enfermagem, como também incentivar o autocuidado como forma de controlar a pressão e realizar um trabalho de enfermagem mais humanizado e contínuo; conseqüentemente institucionalizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem usando a linguagem da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE).
- Que os enfermeiros divulguem e insistam quanto à gravidade da doença para suas respectivas comunidades e demonstrem os benefícios ocasionados pelo controle da pressão, bem como apresentem os dados de pesquisas sobre a relação de consultas de enfermagem versus os pacientes controlados. Que insistam no controle alimentar bem como em toda prescrição terapêutica seja medicamentos ou não.
- Que seja discutido na equipe de saúde o conceito de adesão ao tratamento de forma a influenciar na qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

REFERÊNCIAS

- AKASHI, D, ISSA, F. K., PEREIRA, A. C. TANURI, A. C., FUCCIOLO, D. K. LOBATO, M. L. *et al.* Tratamento Anti-hipertensivo. Prescrição e custo de medicamento. Pesquisa em hospital terciário. Arq Bras Cardiol. 1998; 71: 55-7.
- ALENCAR, R. C. V. A Vivência da Ação Educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF). Belo Horizonte, 2006. Disponível em <<http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes>>. Acesso em: 15/07/2007.
- ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia, v. 8, n. 2, set. 2006. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm>. Acesso em: 15/07/2007.
- BALDUINO, A. F. A. O processo de cuidar em enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. Curitiba, 2007, p 200.
- BARBOSA, M.S.A. Índice de adesão à consulta de enfermagem pelo pacientes hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde. (ainda a ser publicado).
- BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento antihipertensivo no Brasil e mundo. Rev Bras Hipertens. 2006. 13: 35-38.
- BASTOS, D. S. Cuidando de Pessoas Portadoras de Hipertensão Arterial: Contribuindo para a Superação dos Déficits de Autocuidado. Florianópolis, 2002. Disponível em <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0416.pdf>>. Acessado em 20/12/2007.
- BORGES, P. C. S.; CAETANO, J. C. Abandono do tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes cadastrados no Hiperdia/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis-SC. Arquivos Catarinenses de Medicina. Florianópolis. 2005; 34 (3): 45-50.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma operacional de assistência à saúde-NOAS/SUS-01/2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- BRASIL. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 1996.
- BUSNELLO, R. G. *et al.* Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de Pacientes Hipertensos Atendidos em um Ambulatório de Referência. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Porto Alegre. 2001; 76 (5): 349-351.
- CAR, M.R., PIERIN, A.M.G., AQUINO, V.L.A. Estudos sobre a influência do processo educacional no controle da Hipertensão Arterial. Rev Esc Enf USP. 1991; 25: 259-269.
- CARO, J.J., *et al.* Persistence with treatment for hypertension in actual. *Can Med Assoc J*, v. 160, p. 31–37, 1999.
- CARVALHO FILHO, E. T.; CURIATI, J. A. E. Hipertensão arterial sistólica isolada no idoso. Rev. Bras. Med. 1996; 53(10): 989–998.

CHAVES, E. S. *et al.* Eficácia de programas de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. 2006; 59 (4): 543-547.

CHOBANIAN, A. B. *et al.* The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *JAMA*. Chicago. 2003; 289: (19): 2560- -2572.

COELHO, B.E. , NETO MOISÉS, M., PALHARES, M. C. M. C.CARDOSO, M. C., GELEILETE, T. J. M., NOBRE, F. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. *Arq. Bras. Cardiol*. 2005; 85 (3):

COSTA, A. Hipertensão arterial sistêmica como fator de risco. *Compacta – Temas em Cardiologia*. 2001; 3 (2): 5–10.

COSTA, P. J. M. B. S. Avaliação da Implantação da Atenção à Hipertensão Arterial pelas Equipes de Saúde da Família do Município do Recife-Pe. FIOCRUZ, Recife/PE, Tese, 2007.

CRUZ, I. C. F. Consulta de enfermagem ao cliente Hipertenso. Tese. Rio de Janeiro, UFRJ, 1991.

DATASUS. Relatório de envio de dados por município. Brasília, 2008. Disponível em <http://hiperdia.datasus.gov.br/relenviodados.asp?sgUfEnviado=AL&Tipo=&source=relatorio.asp&acesso=publico&Nive>>. Acesso em 20/02/2008.

DEGLI, E. E, *et al.* Long-term persistence with antihypertensive drugs in new patients. *J Hum Hypertens*, v. 16, p. 439–444, 2002.

FAE, A. B. *et al.* Facilitadores e Dificultadores da Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial. *Revista de Enfermagem da UERJ*. Rio de Janeiro. 2006; 14 (1): 32-36.

FRANKLIN S. S, PIO, J.R, WONG, N.D, LARSON, MG, LEIP EP, Vasan RS, Levy D. Predictors of new-onset diastolic and systolic hypertension: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2005; 111:1121-1127.

FREITAS, J.B, TAVARES A, KOHLMANN O *et al.* Estudo transversal sobre controle da pressão arterial no Serviço de Nefrologia da Escola Paulista de Medicina - UNIFESP. *Arq Bras Cardiol*. 2002; 79: 117–122.

FUCHS, F.D. TOHP, T e outros estudos envolvendo restrição salina, tratamento da obesidade e exercício físico na prevenção e no tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens* 2001; 8(2): 216-20.

FUCHS, S. C. *et al.* Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise das evidências. *Hipertensão*. São Paulo. 2004; 7(3): 90-93.

GIORGI, D. M. A. Estratégias para Melhorar a Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*. São Paulo. 2006; 13 (1): 47-50.

GUEDES, N. G. *et al.* Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo. 2005; 39 (2): 181-188.

GUS I. *et al.* Prevalência, reconhecimento e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 83 (5): 424-428.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> 2007> Acesso em 20/11/2007.

JARDIM, P.C.B.V; SOUSA ALL e MONEGO, E.T.. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina, Ribeirão Preto*, 29: 232-238, abr./set. 1996.

JULIANO, I. A. SENNA, S.M. D. Avaliando a Qualificação profissional do Técnico de Enfermagem na Assistência aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). *Sitientibus*. 2005; 33: 61-84.

KJELLGREN, K. Ahlne, J, SÄLJÖ, R. Taking antihypertensive medication — controlling or co-operating with patients? *International Journal of Cardiology*., V 47 (3):, p.257–268, 1995.

KRINSKI, K. *et al.* Efeitos do exercício físico em indivíduos portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica. *Revista Digital*. 2006; 10 (93): Disponível em <<http://www.efdeportes.com/>> Acesso em: 15/07/2007.

KUNCL, N. NELSON, K. M. Antihypertensive drugs--balancing risks and benefits. 1997 Aug;27(8):46-9. PMID: 9295636 PubMed - indexed for MEDLINE.

LAHDENPERÄ, T. S.; KYNGÄS, H. A. Compliance and its evaluation in patients with hypertension. *Journal of Clinical Nursing*. 2000; 9: 826–833.

LESSA, I., FONSECA, J. Raça, Aderência ao tratamento e/ ou consultas e controle da hipertensão arterial. *Arq. Bras. Cardiol*. 1997; 68: 443-449.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. *Cadernos de Saúde da Família*. 1996; 1 (1): 89-92.

LESSA, I. Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. *Informe Epidemiológico do SUS*, 1993; 3:59-75.

MACIEL, I. C. F.; ARAÚJO, T.L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2003; 11 (2): 207-214.

MARCON, S.S. *et al.* Comportamento preventivo de servidores da UEM hipertensos e a aderência ao programa de assistência ao hipertenso do ambulatório. *Ciencia Y Enfermeria*. 1995; 1 (1): 33–42.

MASCARENHAS, C. H. M. *et al.* Adesão ao Tratamento no Grupo de hipertensos do Bairro Joaquim Romão - JEQUIÉ/BA. *Revista Saúde. Com*. 2006; 2 (1): 30-38.

MATTOS, R. A., Phisys: *Revista Saúde Coletiva*, 2002; 12(1): 77-108.

MION JR, D. *et al.*, Tratamento da Hipertensão Arterial – Respostas de médicos Brasileiros a um inquérito. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2001; 47 (3): 249 -54.

MONK, M. Psychological status and hypertension. *Am J Epidemiol*. 1980; 112: 200–208.

MOREIRA, T. M. M.; Maciel, I. C. F.; Araújo, Thelma Leite de. Trabalhando a auto-ajuda em grupo no controle da hipertensão. 1999; 3:20-4.

MORI, A. L. P. M. Orientação educacional do paciente hipertenso: efeito sobre a adesão ao tratamento. São Paulo, 2002. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 20/10/2007.

OHARA, E. C. C. Subjetividade do homem idoso e a relação com a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo - Estudo dos indivíduos do sexo masculino cadastrados no Programa de Saúde da Família da Região Leste de São Paulo. Tese. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 89 p, PUC, São Paulo, 2005.

Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003. (<http://www.who.int/hpr/gf.facts.shtml>).

OSHIRO, M. L. Fatores para Não Adesão ao Programa de Hipertensão em Campo Grande/MS: um estudo de caso e controle. 89 p. Tese doutorado. Brasília, 2007.

PASSOS, V.M.A, ASSIS, T.D. BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2006; 15 (1): 35-45.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Evolução da Oferta de Profissionais Médicos e Enfermeiros no Brasil: disponibilidade do sistema educacional para a formação. Disponível em www.obsnetims.org.br/adm/arq/artigo/37332958.PDF. Acesso em: 10/07/2008.

POLLOCK, M. L.; WILMORE, J. H. Exercício na Saúde e na Doença: Avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação. Ed. Médici, Rio de Janeiro: 1993.

PORTO, C.C. Semiologia Médica. 4ª ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2008.

DEGLI ESPOSTI E, STURANI A, DI MARTINO M, FALASCA P, NOVI MV, BAILO G, BUDA S, VOLPE M. Long-term persistence with antihypertensive drugs in new patients. *J Hum Hypertens*. 2002; 16: 439–444.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro: 2006.

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos Enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 2007; 15 (1): 46-52.

RODRIGUES, M. T. M. Caminhos e descaminhos da adesão ao tratamento anti-hipertensivo: um estudo com usuários do PACHA (PROGRAMA DOS PACIENTES HIPERTENSOS DO HOSPITAL ONOFRE LOPES, Natal/RN, 2003. http://bdtd.bczm.ufrn.br/tesesimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=84. 30/08/2007.

RONZANI, T. M. O psicólogo na Atenção Primária à Saúde: desafios, contribuições e redirecionamentos. 2000. 53p. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva)- Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora.

RUFFINO-NETO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. *Inf. Epidemiol. Sus*. 2001; 10(3) : 129-138.

SANTOS, Z. M. S. A, FROTA, MA, CRUZ, DM, HOLANDA, S. D. O. - Adesão do cliente hipertenso ao tratamento : Análise com abordagem interdisciplinar. Texto & contexto enferm, 2005 - bases.bireme.br

SANTOS, Z. M. S. A. LIMA, H. P. Atitudes e Práticas Adotadas Por Trabalhadores Hipertensos no controle da doença. *Revista Brasileira em Promoção da saúde*. Fortaleza. 2005; 18 (3). Disponível em <http://www.unifor.br/notitia/file/610.pdf>. Acesso em: 22/05/2007.

- SARQUIS, L. M. M. *et al.* A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 1998; 32 (4): 35-53, dez. 1998.
- SAÚDE, M. http://www.prosaude.org/leg/8Portaria_n_649%2028_mar_2006.pdf.
- I Diretriz Brasileira de diagnóstico e tratamento da Síndrome metabólica. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 84:1-28.
- V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. São Paulo. 2006; 50 p.
- SCHOEN, F. J. Vasos sanguíneos. In: CONTRAN, R. S. *et al.* Robbins patologia estrutural e funcional. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 414.
- SESAU - Secretaria Municipal de Saúde do Município de Maceió. Boletim local da Secretaria Municipal. 2006.
- Secretaria de Serviços Integrados de Saúde- SSI -Saúde – (Disponível em: <http://www.pgr.mpf.gov.br/pgr/saude/doencas/dcardio.htm>. Acesso em: 26/06/2007.
- SILVA, M.A.M., RIVERA I.R., FERRAZ, M.R.M.T., PINHEIRO, A.J.T., CARVALHO, ACC *et al.* Prevalência de fatores de risco cardiovascular em crianças e adolescentes da rede de ensino da cidade de Maceió. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 84: 387-392.
- SILVA, M.A.M., RIVERA, I.R., SÁ, J.C., SOARES, F.J.S., PINHEIRO, A.M., SARMENTO, D.L. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica em amostra populacional de adultos da cidade de Maceió: prevalência e distribuição por estratos econômicos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Porto Alegre, v. 87: 220, 2006.
- SILVA, M.A.M., RIVERA, I.R., SÁ, J.C., SOARES F.J.S., PINHEIRO JR, A. M., SARMENTO, D.L, MOREIRA, M.A, SILVA R.D.T.A., SORIANO M.C. Conhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em amostra populacional de adultos da cidade de Maceió. *Hipertensão*, 2005 (a); 8 (S): 23.
- SIMONETTI, J.P., Batista L, Carvalho LR. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. *Ver. Latino am Enfermagem* 2002; 10(3): 415-22.
- SOUZA, A. L. L.; JARDIM, P. C. B. V. A Enfermagem e o paciente hipertenso em uma abordagem multiprofissional – Relato de Experiência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 1994; 2 (1): 5-17.
- TAVEIRA, L. F., PIERIN, A.M.G., O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007; 15(5): 929-935.
- TOLEDO, M. M. *et. Al.* Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial: Uma nova ótica para um Velho Problema. *Texto & contexto*. 2007; 16 (2): 233-238.
- VANZIN, A. S.; NERY, M. E. S. Consulta de Enfermagem: uma necessidade social? Porto Alegre: RM&L Gráfica, 1996. 198p.
- XIMENES NETO, FR, Melo JR. Controle da hipertensão arterial na atenção primária em saúde – uma análise das práticas do enfermeiro. *Revista Enfermeria Global*.

2005.[cited2007apr30];(6).Availablefrom:<http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/506/552>.

APÊNDICE

Questionário das enfermeiras

Data:.....

Nome:.....USF:.....

Idade:

18-25

26-30

31-35

36-40

☐ 40

A) Tempo de formado:

1 a 5

6 a 10

11 a 15

16 a 20

☐ 20

B) Tempo que você atua nesta Unidade de Saúde

☐ 1a

1 a 5

6 a 10

10 a 20

☐ 21

C) Número de vínculos empregatícios do profissional

1

2

3

D) Instituições em que o profissional exerce as suas atividades

Rede hosp

Rede bás

Outros

E) Você trabalha no programa de HAS?

Sim

Não

F) Tempo de atuação no Programa de Prevenção e Controle da HAS

☐ 1 a

1a

2 a 4

☐ 5a

G) Na sua unidade existe um programa de controle e acompanhamento do paciente HAS?

Sim

Não

H) Já recebeu treinamento específico sobre prevenção e controle da HAS?

Sim

Não

I) Há quanto tempo você participou de um curso de atualização na atenção dos pacientes HAS

☐ 1 a

1 a 2

3 a 5

5 a 10

☐ 10

J) Você realiza consulta de enfermagem com o paciente HAS?

Sim

Não

Conhecimento específico

K) Hipertensão Arterial Sistêmica é definida a partir de:

120 x 80 130 x 85	140 x 90	150 x 90	150 x 100
----------------------	----------	----------	-----------

Quais cuidados devem ser tomados para aferir a PA dos pacientes?

L) Explicar o procedimento ao paciente

M) Repouso ☐ 5 min 15 min

N) Se tabagista, não ter fumado há 5 min 15 min 30 min

O) Paciente Em pé Sentado Deitado

P) O paciente pode falar durante a medida Sim Não

Q) Se você não consegue aferir adequadamente a PA, você:
Reinsufla novamente antes de dessinsuflar totalmente

Espera 1 a 2 min 5 min 15 min

Quais os medicamentos disponíveis na USF para tratar a HAS?

Sim Não

☐ bloq IECA Diureticos Bloq Ca Outros

R) Você tem fácil acesso às diretrizes da SBC para o tratamento da HAS?

Sim Não

Quais as queixas mais comuns dos pacientes com relação ao uso da medicação?

Tosse Cefaléia Taquic. Sonolência

Impotência sexual Gastrite

Visão embaçada Dor no peito Vômito

S) A redução da PA a níveis ☐ 120 x 80 reduz:

IAM ICC AVC

T) Você acha que a falta de adesão do paciente HAS ao tratamento é principalmente devido a:

O paciente não gosta de usar medicação

O paciente não sabe como usar

Não tem disponibilidade da medicação no posto

O paciente refere que são muitos comprimidos para tomar

Fatores econômicos do paciente para comprar a medicação

O paciente não tem certeza da gravidade da doença

U) Qual o seu papel fundamental no acompanhamento dos pacientes com HAS?

Verificar peso Orientação

Aferir PA Perguntar sobre efeitos colaterais

Outro

V) Você orienta o paciente sobre hábitos alimentares e sobre o uso da medicação?

	Sim	Não			
W)	Se não:				
	É papel do médico	Não precisa, pois eles já sabem			
X) Você considera que a adesão dos pacientes ao tratamento da HAS é satisfatória?					
	Sim	Não			
Y) Em média, quanto você acha que é a adesão dos pacientes ao tratamento da HAS?					
	< 20%	21 a 30%	31 a 50%	51 a 70%	☐ 71%
Z) Você considera necessária a adoção de estratégias para aumentar a adesão do paciente?					
	Sim	Não			
1) Quais as estratégias você considera mais importantes? (marcar em ordem de importância)					
	Orientar adequadamente o paciente				
	Melhorar a disponibilidade de medicação				
	Realização de palestras com os pacientes e familiares				
	Realizar consulta mais freqüentes				
	Capacitar os profissionais para este tipo de orientação				
	Insistir sobre a gravidade da doença em todas as consultas				
	Insistir sobre a mudança de hábitos alimentares (consumo de sal)				
	Aumentar o número de profissionais de Saúde				
	Melhorar a infraestrutura básica das Unidades				

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntári(o,a) da pesquisa e pelo responsável)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,, tendo sido convidado (o,a) a participar como voluntári (o,a) do estudo Estudo sobre a pressão arterial em hipertensos adultos em uma unidade básica de Saúde da Família

recebi de (o,a) Sr(a).Maria do Socorro Alécio Barbosa (o,a) responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

☐ Que o estudo se destina a elaboração da dissertação de mestrado e como fonte de informação para os profissionais enfermeiros, em perceber a importância do acompanhamento aos pacientes hipertensos;

☐ Que a importância deste estudo é a de relevância visto da necessidade informar ao profissional enfermeiro seu papel frente aos hipertensos;

☐ Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: identificação precoce dos hipertensos com maior possibilidade de ter algum evento coronariano,

☐ Que esse estudo começará em julho e terminará em setembro.

☐ Que o estudo será feito da seguinte maneira: através de entrevistas com as enfermeiras do PSF do município de Maceió.

☐ Que eu participarei das seguintes etapas: apenas da entrevista.

☐ Que os outros meios conhecidos para se obter os mesmos resultados são as seguintes: bibliografia

☐ Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são os seguintes: constrangimento diante da entrevista

☐ Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: que não terei riscos quanto a minha integridade física e poderei apenas ter um certo desconforto diante da entrevista.

☐ Que deverei contar com a seguinte assistência: da pesquisadora, sendo responsável (l, is) por ela : Maria do Socorro Alécio Barbosa.

☐ Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são: participar na formação do conhecimento dos profissionais enfermeiros além de mostrar a necessidade que o enfermeiro deve ter frente ao hipertenso.

☐ Que a minha participação será acompanhada do seguinte modo: durante as entrevistas e sempre que eu precisar.

☐ Que, sempre que desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

☐ Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.

☐ Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

☐ Que eu deverei ser indenizado por qualquer despesa que venha a ter com a minha participação nesse estudo e, também, por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para essas despesas, foi-me garantida a existência de recursos.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr(a).

Maria do socorro Alécio Barbosa

Rua. Profº Silvio de Macedo,49,203/ Maceió/AL.
57036740.

Endereço d(os,as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Centro de ciências da Saúde.

Endereço

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade:

Telefones p/contato:

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:

Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 214-1053

Maceió,

(Assinatura ou impressão datiloscópica
d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal
- Rubricar as demais folhas)

Nome e Assinatura do(s) responsável(eis)
pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

ANEXO 2
PROTOCOLO DO CEP.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Maceió – AL, 26/08/2008

Senhor (a) Pesquisador (a), Maria do Socorro Alécio Barbosa
Ivan Rivera

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), aprovou *Ad Referendum* em 26/08/2008 e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo **016552/2006-84** sob o título **Contribuição da enfermagem para o controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes hipertensos, usuários do SUS**, de sua autoria, vem por meio deste instrumento comunicar sua aprovação com base no item VIII.13, b, da Resolução nº 196/96.

Outrossim, recomendamos a observância do que consta na folha de rosto com respeito ao cumprimento dos prazos para entrega de relatórios, bem como o atendimento da referida Resolução da CONEP/CNS, quando for o caso (*).

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra referidas.

(*) Áreas temáticas especiais



Prof. Dr. Walter Matias Lima
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa
UFAL