



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



**A efetividade da educação
para a saúde na capacitação
da pessoa no controlo da
Hipertensão Arterial**

**Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
Comunitária**

Rita Isabel Pires Hipólito

Orientadores

Professora Doutora Irene Santos

Professora Anabela Cândido

2016, junho

*Da minha aldeia vejo quanto da terra
Se pode ver do Universo...
Por isso a minha aldeia é tão grande
Como outra terra qualquer,
Porque eu sou do tamanho do que vejo
E não, do tamanho da minha altura...*

*Nas cidades a vida é mais pequena
Que aqui na minha casa no cimo deste outeiro.
Na cidade as grandes casas fecham a vista à chave,
Escondem o horizonte, empurram o nosso olhar
para longe de todo o céu,
Tornam-nos pequenos porque nos tiram
o que os nossos olhos nos podem dar,
E tornam-nos pobres
Porque a nossa única riqueza é ver.'*

Alberto Caeiro (1946)

À população de Ulme

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, José e Ivone, por acreditarem sempre em mim.

Aos meus filhos, Joana, Miguel e Raquel, por me darem coragem e determinação para tentar chegar sempre mais longe, foi por eles que iniciei este caminho.

Ao Paulo, por todo o apoio, paciência e compreensão; obrigada também pelo incentivo, muitas vezes viste em mim uma coragem que eu não sabia que existiam.

À Catarina, por toda a paciência, sem ela, todo este percurso não teria sido possível, com toda a certeza. Ao Alberto, por possibilitar que a Catarina me pudesse ajudar.

À Professora Irene Santos e à Professora Anabela Cândido, pela orientação e disponibilidade. Obrigada por me fazerem refletir e, por me incentivarem, a acreditar nas minhas capacidades.

Às minhas colegas de mestrado, em especial à Joana, pelos momentos de partilha, e por me ajudar a descomplicar o que pode ser tão simples.

À Professora Isabel Barroso, por me ter incentivado a continuar, numa altura que eu tinha tanta vontade de ficar pelo caminho.

Às Enfermeiras Maria do Rosário Martins, Marisa Nunes e Cristina Pinto, pela orientação, disponibilidade e acompanhamento, ao longo do estágio.

Ao Presidente da Junta de Freguesia de Ulme, Sr. António Peixinho, pela sua amabilidade, receptividade e colaboração. Agradeço também à Dona Maria do Rosário.

À Doutora Teresa e à Doutora Cristina do Centro de Apoio Social - Casulme, pela colaboração.

Por último, mas não menos importantes, agradeço às pessoas que integraram o curso, sem o seu interesse e disponibilidade, nada disto teria sido possível. Muito obrigada por terem partilhado comigo este caminho. Sinto saudades dessa partilha.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

etal – entre outros

f. – Folha

HTA – Hipertensão Arterial

IE – Índice de Envelhecimento

INE – Instituto Nacional de Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

Nº /nº - número

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

TA – tensão arterial

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

“CUIDE DO SEU CORAÇÃO”

Este relatório refere-se ao estágio realizado na Freguesia de Ulme, Concelho da Chamusca, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, numa amostra de 50 pessoas, das quais 72% hipertensas.

Um estilo de vida saudável ajuda a controlar a Hipertensão Arterial e reduzir o risco de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; a educação para a saúde é uma estratégia importante na capacitação para escolhas apropriadas.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman fundamenta a intervenção desenvolvida, no reforço das linhas de resistência da Comunidade, sensibilizando para a adoção de estilos de vida saudáveis.

Foi realizada revisão sistemática de literatura, através do método PI[C]OD, com a questão: ***Qual a efetividade da educação para a saúde na capacitação da pessoa no controlo da Hipertensão Arterial?***

Verificou-se que, o desenvolvimento de programas de educação para a saúde é efetivo na capacitação das pessoas no controlo da Hipertensão Arterial, promovendo uma mudança nos comportamentos e uma melhoria do estilo de vida.

Palavras-chave: Enfermagem; Hipertensão Arterial; Educação para a Saúde; Intervenção na Comunidade.

ABSTRACT
"TAKE CARE OF YOUR HEART"

This report refers to the trainee in the municipality of Chamusca, Ulme, within the framework of the master's program in Community Nursing, on a sample of 50 people, of whom 72% high blood pressure.

Healthy lifestyles help control high blood pressure and reduce the risk of cardiovascular and cerebrovascular diseases; health education is an important strategy in training for appropriate choices.

The Betty Neuman systems model justifies the intervention developed, in strengthening the lines of resistance from the community, raising awareness for the adoption of healthy lifestyles.

Systematic literature review was conducted, through the method PI[C]OD, with the question: ***what the effectiveness of health education in the training of the person in control of hypertension?***

It was found that the development of programs of health education is effective in empowering the people in control of hypertension by promoting a change in behaviour and lifestyle improvement.

Keywords: Nursing; Hypertension; Health Promotion; Intervention in the Community.

INDICE

	f.
INTRODUÇÃO	21
1 –O ENFERMEIRO E A COMUNIDADE	23
1.1 - PROMOÇÃO DA SAÚDE	27
1.2 – HIPERTENSÃO ARTERIAL	30
2 – PLANEAMENTO EM SAÚDE	35
2.1 – ELABORAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	35
2.2 – EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	44
2.3 – AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	47
2.3.1 – Caraterização Sociodemográfica do Grupo	47
2.3.2 – Caraterização dos Conhecimentos e Comportamentos do grupo	51
3 - REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA	57
3.1 – ANÁLISE REFLEXIVA: PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	61
4 – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	67
5 – CONCLUSÃO	71
BIBLIOGRAFIA	75
ANEXOS	81

INDICE DE ANEXOS

	f.
Anexo I – Projeto de Estágio	83
Anexo II - Norma da Direção Geral de Saúde nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013	107
Anexo III – Folhetos informativos da Sessão 1, 2, 3, 4, 5 e 6	115
Anexo IV – Certificado de Presença	123
Anexo V – Convite para a sessão 6	127
Anexo VI – Fotografia do Porta Moedas	131
Anexo VII – Apresentação da Sessão 1	135
Anexo VIII – Questionário aplicado na Sessão 1.....	139
Anexo IX - Apresentação da Sessão 2	143
Anexo X - Questionário aplicado na Sessão 2	151
Anexo XI – Apresentação da Sessão 3	155
Anexo XII - Questionário aplicado na Sessão 3	165
Anexo XIII – Apresentação da Sessão 5	169
Anexo XIXV – Folheto: Roda dos Alimentos	177
Anexo XV – Questionário de Apreciação do Curso	181
Anexo XVI - Limitadores de pesquisa por base de dados	185
Anexo XVII – Resultados por descritor	189
Anexo XVIII – Resultados com a conjugação dos descritores	191
Anexo XIX - Artigo 1: A randomised trial of a 5 week, manual based, self-management programme for hypertension delivered in a cardiac patient club in Shanghai	197
Anexo XX – Artigo 6 : Patient-tailored self-management intervention for older adults with hypertension in a nursing home	211
Anexo XXI - Artigo 8: Small-group hypertension health education programme: a process and outcome evaluation	227
Anexo XXII – Projeto de Intervenção: Cuide do seu Coração	241

ÍNDICE DE FIGURAS

	f.
Figura nº 1 – Esquema do Modelo de Sistemas de Betty Neuman	25
Figura nº 2 – Mapa do Concelho da Chamusca.....	37

INDICE DE QUADROS

	f.
Quadro nº 1 - Classificação da HTA	32
Quadro nº 2 – Cronograma da Intervenção “Cuide do seu Coração”	42
Quadro nº 3 – Resumo das sessões apresentadas	45
Quadro nº 4 - Distribuição do grupo por perímetro abdominal	51
Quadro nº 5 – Caracterização dos comportamentos e suas mudanças	52
Quadro nº 6 – Indicadores de Processo e de Resultado	55
Quadro nº 7 – Critérios de inclusão e de exclusão	58
Quadro nº 8 – Análise Sumária dos Artigos	59

INDICE DE GRÁFICOS

	f.
Gráfico nº 1 – Distribuição do grupo por género	48
Gráfico nº 2 - Distribuição do grupo por grupo etário	49
Gráfico nº 3 - Distribuição do grupo por escolaridade	49
Gráfico nº 4 – Distribuição dos utentes hipertensos por IMC	50
Gráfico nº 5 – Avaliação do curso: Classificação do curso	54

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio enquadra-se no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, na Unidade Curricular (UC): Estágio e Relatório, e serve de base à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem Comunitária. O Estágio decorreu no período de 10 de Março a 4 de Julho de 2014, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Chamusca, de acordo com o Projeto de Estágio (Anexo I).

Este estágio foi realizado na sequência do Diagnóstico de Saúde das pessoas com 65 e mais anos da freguesia de Ulme, Concelho da Chamusca, onde se constatou uma percentagem de 72% de utentes hipertensos.

Em Portugal existem cerca de dois milhões de hipertensos. Destes, apenas metade tem conhecimento de que apresenta hipertensão arterial (HTA), cerca de um quarto está medicado e apenas 16 por cento estão controlados (Ministério da Saúde, 2014).

Os fatores de risco de HTA mais referidos são a obesidade, o consumo excessivo de sal, o consumo de álcool em excesso, o sedentarismo, a alimentação pouco saudável, entre outros. Considera-se hoje que a adoção de um estilo de vida saudável pode prevenir o aparecimento da doença e que a sua deteção e acompanhamento precoces podem reduzir o risco de incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

A promoção da saúde, bem como a educação para a saúde, tendo como objetivo alterar estilos de vida, é uma temática complexa; assim, torna-se importante que o enfermeiro potencialize o estabelecimento de estratégias voltadas para o controlo da HTA.

Para sustentar a prática clínica da Enfermagem na Comunidade, mobilizou-se o Modelo Sistémico de Betty Neuman, pois este permite conceber a pessoa inserida num sistema (seja ele a família ou a comunidade), em que no seu processo saúde-doença está em constante interação com o ambiente, e é afetado por diferentes fatores de stress (stressores), provocando desequilíbrio.

Neuman defende 3 níveis de prevenção: prevenção primária, prevenção secundária e terciária. De forma a intervir em qualquer dos níveis de prevenção, é fundamental planear.

O planeamento em saúde deve ser efetuado tendo em conta os fatores que condicionam o mesmo. É composto por várias fases: o diagnóstico de situação, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, e a elaboração, execução e avaliação de programas e projetos.

Planear em saúde revela-se importante ao nível da enfermagem, onde há necessidade de conhecer uma determinada comunidade e envolver as várias partes interessadas, tais como políticos, técnicos e representantes da população, para atingir o fim pretendido.

No sentido de conhecer o estado da arte relativamente ao tema, efetuou-se uma revisão sistemática de literatura, com o objetivo de servir de suporte à intervenção desenvolvida.

Indo ao encontro do proposto na Unidade Curricular: Estágio e Relatório, este estágio teve como objetivo, desenvolver competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária; enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica; fundamentar a intervenção desenvolvida com recurso à revisão sistemática, assim como fundamentar as competências desenvolvidas em ação sustentadas na enfermagem avançada e avaliar, registar e divulgar os resultados da intervenção de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis nas pessoas cuidadas.

Para dar resposta aos objetivos propostos, definimos, como **objetivos pessoais**:

- Demonstrar capacidade de utilizar a metodologia de planeamento em saúde na intervenção na comunidade, segundo uma perspetiva profissional avançada;
- Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados de enfermagem na comunidade;
- Demonstrar capacidade de utilizar uma abordagem epidemiológica dos problemas de saúde, na comunidade;
- Definir critérios objetivos para a determinação das prioridades de intervenção no controlo da hipertensão, na Freguesia de Ulme.

Deste relatório fazem parte: o capítulo 1 (Enfermeiro e a Comunidade), o capítulo 2 (Planeamento em Saúde), o capítulo 3 (Revisão Sistemática de Literatura); o capítulo 4 (Competências Desenvolvidas), e a conclusão.

1 – O ENFERMEIRO E A COMUNIDADE

O Sistema de Saúde Português, desde a sua criação até aos dias de hoje, passou por grandes evoluções sustentadas por diferentes filosofias e modelos de Saúde. Os conceitos de Saúde, doença e o papel do utente foram evoluindo, assim como o foco de atenção dos enfermeiros, deixando de ser a doença, para passar a ser a pessoa em todas as suas dimensões.

A Enfermagem, como disciplina e como profissão, tem atravessado, nos últimos anos, modificações a diferentes níveis que a impulsionam para um processo crescente de valorização, adequando-se cada vez melhor às mutações constantes das conjunturas sociopolíticas e às necessidades de saúde da sociedade atual, tendo-se valorizado ao longo dos tempos.

Nos últimos anos, tem-se, assim, assistido a grandes transformações ao nível da enfermagem sendo esta, hoje, considerada uma profissão com um vasto conjunto de saberes, possibilitando aos enfermeiros capacidades e competências técnicas e científicas para responder às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade (Collière, 2007).

A primeira escola de pensamento em enfermagem centrava-se na funcionalidade do corpo; o cliente era visto com 'deficit', no âmbito da hierarquia de necessidades. Os modelos baseados nas necessidades que compartimentam as pessoas em vez de as considerar na globalidade e num contexto determinado devem ser ultrapassados. As necessidades são dependentes do contexto e as de uma pessoa são diferentes das de outra, esperando da enfermagem que distinga as necessidades de cada cliente, relevantes no seu contexto (Holmes e Warelow, 1997; Meleis, 2007), citados por Basto (2009).

Ainda, para a mesma autora (2009), a construção duma disciplina do conhecimento passa pela teorização, e esta depende da clarificação conceptual. Embora seja importante continuar a conhecer, compreender e reconhecer a influência do modelo profissional na orientação para os cuidados, a disciplina de Enfermagem passou a preocupar-se com a teorização da prática dos cuidados e com a elaboração de teorias de médio alcance que evidenciem os efeitos das intervenções de enfermagem.

Kérouac *et al* (1996) estudaram a evolução das escolas de pensamento em enfermagem, verificando que a sua evolução tem a ver com a predominância das ideias e

valores inerentes a uma determinada época, e consideram que a disciplina de enfermagem passou por três paradigmas: o Paradigma da Categorização, da Integração e da Transformação (Silva, 2002).

O Paradigma da Categorização caracteriza-se por perspetivar os fenómenos de modo isolado, não inseridos no seu contexto, e por os entender dotados de propriedades definíveis e mensuráveis. A pessoa é apresentada de modo segmentado, e o ambiente é algo separado da pessoa, e fragmentado em social, físico e cultural. A pessoa e o ambiente surgem, como duas entidades distintas e separadas (Kérouac *et al*, 1994).

O Paradigma da Integração influenciou a orientação da enfermagem para a pessoa. Com este paradigma, a prestação de cuidados adquiriu uma nova dimensão, a partir da qual intervir significa “agir com” a pessoa, com o objetivo de responder às suas necessidades. Surge assim um novo olhar, sobre a pessoa que passou a ser entendida como um todo, fazendo emergir a visão holística. O foco de atenção dos cuidados de enfermagem deixa de ser a doença, e passa a ser a pessoa, esta começa a ser entendida como um todo formado por partes em interação. Saúde e doença passaram a ser perspetivadas como entidades distintas que coexistem e que estão em interação dinâmica (Kerouac *et al*, 1994).

Neste paradigma, os fenómenos são multidimensionais e contextuais, a pessoa é um todo formado pela soma de todas as suas partes que estão interligadas; existe uma valorização idêntica dos dados objetivos e subjetivos.

De acordo com Amendoeira (2004), a generalidade dos autores considera que o paradigma da integração influenciou a orientação da enfermagem por volta dos anos 50 nos Estados Unidos da América, e em Portugal por volta dos anos 60, com especial ênfase na década de 70. Mas é com o Paradigma da Transformação, que se caracteriza pela abertura ao mundo e pela unicidade humana, que se passa a reconhecer à pessoa o direito a participar ativamente no seu projeto de saúde. Nesta perspetiva intervir significa “ser com” a pessoa. O enfermeiro e pessoa passam a ser parceiros nos cuidados; esta é considerada um ser único, maior do que a soma das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo. A saúde é concebida como um valor e uma experiência vivida, segundo a perspetiva de cada pessoa. (Kerouac *et al*, 1994).

Os Modelos Teóricos de Enfermagem contribuem para a conceptualização da prática, definindo uma linguagem própria da enfermagem. Através deles pretende-se conceptualizar o quê do cuidado de enfermagem, verificando-se o reforço da necessidade de distinguir a linguagem dos enfermeiros da linguagem dos médicos (Amendoeira, 2000).

A enfermagem é uma profissão única, na medida em que estão relacionadas todas as variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual)

que afetam a resposta do indivíduo ao stress e diz respeito à totalidade da pessoa (Neuman, 1995).

O Modelo Sistémico de Betty Neuman destaca-se das teorias e modelos de enfermagem que possam ser aplicados na comunidade, este é uma abordagem de sistemas, dinâmica e aberta no cuidar. Foi desenvolvido para fornecer um ponto de interesse unificador para a definição de problemas de enfermagem e para melhor compreender a pessoa em interação com o ambiente (Tomey e Alligood, 2004).

O Modelo de Neuman (Figura nº 1) é utilizado na prática clínica, existindo parâmetros fundamentais na apreciação da comunidade como cliente, tais como o núcleo desta e seus subsistemas, as linhas de defesa (nível de saúde que a comunidade alcança ao longo do tempo, a qual resulta numa resposta temporária aos stressores), as linhas de resistência (mecanismos internos que agem em defesa dos stressores e representam forças da comunidade), os stressores (são produtores de tensão e têm o potencial de causar desequilíbrio no sistema, podendo ser originados fora do sistema ou dentro da comunidade e resultar em ruptura para a comunidade) e o grau de reação (quantidade de energia necessária para o cliente se ajustar aos stressores). Estes

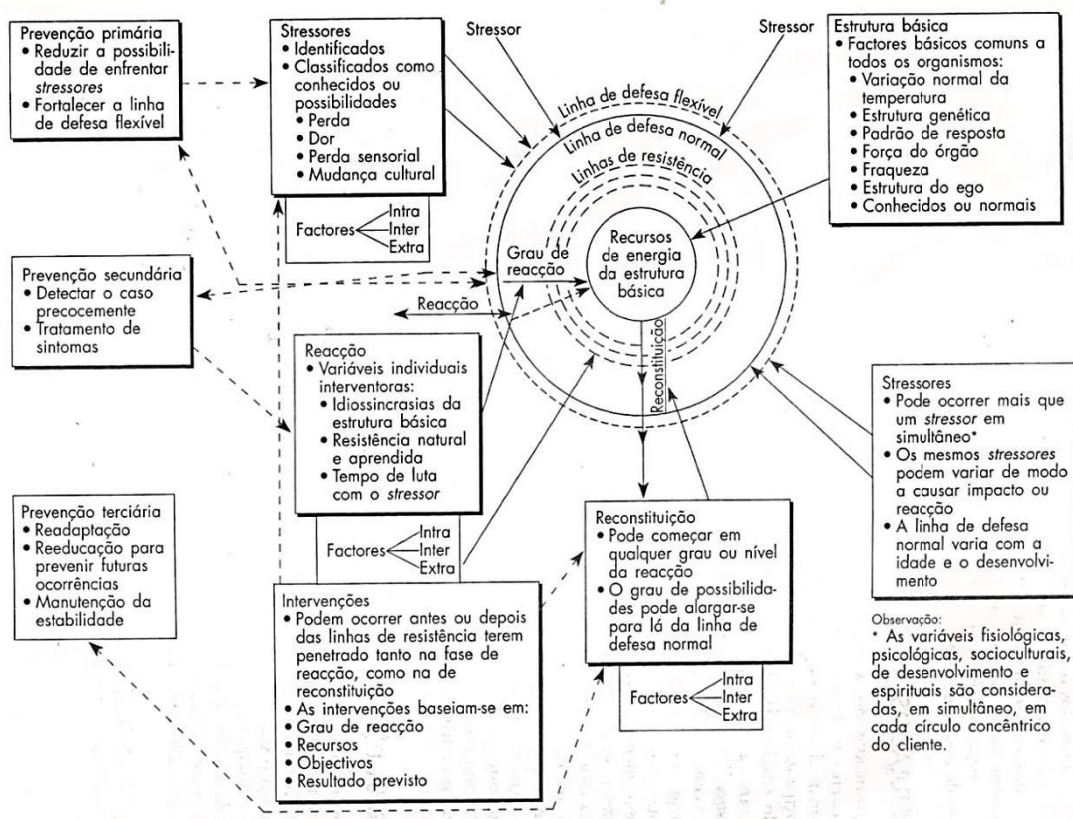


Figura nº 1 – Esquema do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Fonte: Tomey e Alligood (2010)

parâmetros funcionam como o ponto de partida para a elaboração do diagnóstico de enfermagem da comunidade, o qual permite uma orientação, não só para as metas de enfermagem, mas também para as suas intervenções (Neuman e Fawcett, 2011).

A harmonia ou o equilíbrio funcional mantém a integridade do sistema. O bem-estar existe quando as partes do sistema-cliente interagem em harmonia, e as necessidades do sistema são satisfeitas. A desarmonia (doença) entre as partes do sistema é o resultado da não satisfação das necessidades em diversos níveis. Neuman considera o seu modelo como um modelo de bem-estar; este indica que as necessidades do sistema total estão a ser satisfeitas (Neuman e Fawcett, 2011). A relação entre ambiente e pessoa é recíproca. O ambiente é definido como todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa, isto é, com todas as condições, circunstâncias ou influências, rodeando ou afetando o desenvolvimento da comunidade, que estão dentro e fora dela e que fazem parte do meio ambiente. A enfermagem é, definida como uma profissão com uma visão holística e singular da comunidade, participando na apreciação da mesma, identificando e diagnosticando problemas capazes de serem resolvidos através de intervenções de enfermagem, planeando para a resolução do problema de saúde da comunidade, através de intervenções de enfermagem e avaliando o efeito destas (Neuman e Fawcett, 2011).

Os enfermeiros, para além da prestação de cuidados de enfermagem ao longo do ciclo de vida, prestam cuidados a famílias, grupos e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Conceptualiza-se a pessoa, enquanto sistema único, de cariz dinâmico, em constante mudança, considera-se fundamental que o enfermeiro centre a sua intervenção no(s) cliente(s), não esquecendo o seu meio ambiente.

Nesta circunstância, pela natureza dos cuidados que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária presta, este atua adotando uma abordagem sistémica, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade com os outros profissionais, o que vai ao encontro dos postulados do Modelo Sistémico de Betty Neuman (1995); este equaciona como as pessoas se integram e interagem em grupo e em comunidade, através de uma intervenção sistémica do desenvolvimento nos diferentes sistemas contextuais, sendo que este não é somente condicionado pelo próprio, mas por todos aqueles sistemas em que o ser humano está inserido.

Segundo Neuman e Fawcett (2011), é possível o enfermeiro desenvolver um conjunto de reforços às linhas de defesa, através da educação. Deste modo, quanto mais elevado é o nível/conhecimento da pessoa, mais apta ela estará para enfrentar os fatores de stress. Esta afirmação remete-nos para um conceito, a promoção da saúde, que surge como uma ferramenta para reforçar as linhas de defesa do sistema.

1.1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, definiu saúde, como um estado de completo bem-estar físico, psicológico e social, e não apenas a ausência de doença (Fleck *et al*, 2008); esta definição foi reformulada anos mais tarde, passando saúde, a ser definida como “um completo bem-estar físico, psíquico e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades a modificar-se ou adaptar-se ao meio” (OMS, 1986).

Em 1974, Marc Lalonde (Ministro da Saúde do Canadá) publica o Relatório Lalonde”, este fundamenta que, para alcançar melhorias na saúde das populações, é necessário olhar para além da perspectiva biomédica, e acentua a importância dos comportamentos das pessoas e dos efeitos do meio ambiente sobre a saúde. O seu grande contributo foi a alteração da abordagem ao utente, que, de tradicionalmente curativa passou para uma abordagem preventiva. Foi o primeiro documento de governo a usar o conceito Promoção da Saúde, e a referir-se a campo da saúde (Health Field), ao propor a interface entre quatro componentes: a biologia humana, o ambiente, os estilos de vida e a organização da assistência à saúde.

Pouco tempo depois, na conferência de Alma Ata (1978), foi pela primeira vez reconhecida a importância das pessoas participarem no planeamento e execução dos seus cuidados de saúde como sendo um direito e ao mesmo tempo um dever, que antes eram consideradas da exclusiva responsabilidade dos profissionais de saúde.

Anos mais tarde, na Declaração de Jacarta (1997), é reforçada a importância de colocar as pessoas no centro do processo da tomada de decisão para a promoção da sua saúde. Verifica-se o reconhecimento da pessoa, como sujeito ativo e central no seu processo de saúde, admitindo que esta é detentora de capacidades que lhe permitem exercer a sua autonomia. De salientar que, além do reconhecimento da autonomia da pessoa, o enfermeiro, no exercício das suas funções, tem também o papel de capacitá-la para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde, numa lógica de parceria, incluindo a pessoa no planeamento, execução e avaliação dos cuidados.

Nas diversas conferências internacionais de promoção da saúde, as atividades, neste âmbito, passaram a ser incentivadas, sendo compreendidas como o estímulo de utilização das habilidades e conhecimento das pessoas, promovendo a mudança de comportamento, para a adoção de estilos de vida saudável. Recomendam, também, que as ações de promoção da saúde devem contar com a participação ativa das pessoas e comunidades, no processo de tomada de decisão sobre questões que envolvam a sua saúde e bem-estar.

Os enfermeiros, se exercerem a sua intervenção com base nesta linha orientadora, reconhecem que a centralidade da pessoa é o foco que orienta a sua prática. A pessoa passa a ser o centro de interesse baseado numa relação interpessoal que ocorre entre a pessoa que necessita de ajuda e a solicita e a pessoa capaz de dar ajuda (Amendoeira, 2000).

Na Carta de Ottawa (1986), definiu-se promoção da saúde como processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade da vida.

O conceito de 'Empowerment' (Empoderamento) emerge da Carta de Ottawa, corporizando a razão de ser da Promoção da Saúde, enquanto processo que procura possibilitar que, indivíduos e grupos, aumentem o controlo sobre os fatores causadores de doença, para desta maneira terem um melhor bem-estar (Leal, 2006).

Segundo Rappaport, citado por Kendall (1998), o 'empowerment' pode ser definido como um conjunto de mecanismos através dos quais as pessoas, as organizações e as comunidades adquirem domínio sobre as suas vidas. Este visa contribuir para o fortalecimento dos sujeitos envolvidos, permitindo-lhes visualizar e enfrentar os determinantes do processo saúde-doença sob uma nova visão do mundo. Profissionais de saúde e comunidade são parceiros no mesmo processo pelo qual se estimula o fortalecimento das linhas de resistência de cada pessoa (Neuman, 1995).

A Promoção da Saúde é perspectivada como um processo participativo, facilitador da adoção de estilos de vida saudáveis e do desenvolvimento das capacidades de agir com, e sobre o meio. É um processo que tem como objetivo aumentar a capacidade dos indivíduos para controlarem a sua saúde.

O conceito de promoção de saúde defendido por Stanhope e Lancaster (2011) enquadra-se nas estratégias destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar físico, social e emocional de indivíduos, famílias e comunidades.

Não existe uma teoria ou modelo que domine a investigação ou a prática na promoção da Saúde. A escolha deve variar face a cada situação específica. Os enfermeiros têm competências para observar as necessidades em saúde e, assim, delinear estratégias de intervenção que podem ser utilizadas na consecução de objetivos.

Para além da prestação de cuidados de enfermagem globais ao longo do ciclo de vida, os enfermeiros prestam igualmente cuidados a famílias, grupos e comunidades. As suas responsabilidades e atividades dependem, contudo, de fatores, como a área de

A efetividade da educação para a saúde na capacitação da pessoa no controlo da Hipertensão Arterial

atuação, entre outros. Pretende-se que prestem cuidados aos indivíduos, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária (REPE, 1996).

Os enfermeiros têm um importante papel na promoção da Saúde, uma vez que podem assumir o papel de mediadores dos diferentes interesses da sociedade, intervir concreta e efetivamente na comunidade, estabelecendo prioridades, delineando estratégias, tomando decisões no conjunto da equipa multidisciplinar, sempre com o objetivo de prossecução da Saúde (Almeida, 2003, citado por Antunes, 2005).

Ao longo do século XX, as definições de saúde e de promoção da saúde foram evoluindo, e com elas, também o conceito de qualidade, chegando-se ao conceito de gestão da qualidade total assente no desenvolvimento sustentável. Ou seja, uma perspetiva integral da qualidade que envolve o todo, e que significa mais que a soma das suas partes, que pressupõe uma interface entre produtores e fornecedores de serviços e os clientes ou consumidores, que não pode ser imposta de fora da organização mas que supõe uma cultura e filosofia de gestão, e que aponta para a melhoria contínua (Rocha, 2006).

A preocupação com a promoção da saúde e a prevenção da doença, é cada vez mais visível, mas, ainda são pouco claras as intervenções potenciadoras de verdadeiros ganhos. Desta forma, as organizações de saúde vêem-se confrontadas com desafios e exigências no sentido de reunir esforços para uma utilização eficiente dos recursos, sendo, para tal, necessário adotar novos conceitos de gestão que permitam maior flexibilidade, eficiência e rigor e, profissionais empenhados e competentes de forma a garantirem a excelência da qualidade dos cuidados.

Donabedian (1988), médico e autor do estudo da qualidade nos cuidados de saúde, refere-se a qualidade em saúde, como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o cliente, benefícios estes, que se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes, acrescenta ainda, que definir a qualidade implica a consideração de diferentes atributos intrinsecamente associados aos contextos. E, estabelece três dimensões para a qualidade em saúde: a dimensão técnica que se refere à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde do cliente; a dimensão interpessoal que se refere à relação que se estabelece entre quem presta o serviço e o cliente; e a dimensão ambiental que se refere às condições oferecidas ao cliente em termos de conforto e bem-estar.

A qualidade em saúde deve ser entendida numa perspetiva global, envolvendo as componentes de estrutura, processo e resultado. A componente estrutura corresponde às características estáveis, espaço físico e recursos humanos; a componente processo refere-se à prestação dos cuidados segundo os padrões técnico-científicos estabelecidos;

a componente resultado corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, não se limitando apenas ao exercício do profissional que leva a mudanças no estado de saúde do cliente, bem como a satisfação do cliente e do profissional (Donabedian, 1988).

Embora os resultados constituam um indicador de qualidade dos cuidados prestados, há necessidade de avaliar, simultaneamente, as componentes de estruturas e processos para se conhecer as razões dos resultados obtidos, e assim, se poder planejar intervenções que levem à melhoria dos cuidados e alcançar a eficiência na gestão dos serviços (Donabedian, citado por D’Innocenzo, Adami e Cunha, 2006).

Anos mais tarde (1990), Donabedian alargou esses princípios, utilizando-se do denominado “Sete Pilares da Qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade.

Destacamos dos sete: a eficácia, efetividade e a eficiência, porque são os conceitos que emergem na intervenção por nós desenvolvida. A Eficácia é a capacidade do cuidado, contribuir para a melhoria das condições de saúde, ou seja, capacidade de a arte e a ciência da saúde produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do utente e mantidas constantes as demais circunstâncias. Efetividade é a melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática quotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, se eleva ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis. Eficiência é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo (Donabedian, 1990, citado por Righi, Schmidt e Venturini, 2010).

De seguida, abordaremos a Hipertensão Arterial.

1.2 – HIPERTENSÃO ARTERIAL

Ao longo das últimas décadas temos presenciado uma transformação demográfica sem precedentes na história, à semelhança de outros países na Europa e no Mundo, Portugal tem tido uma profunda alteração na sua estrutura etária e densidade populacional.

A dinâmica populacional apresentada, desde 1960, e as projeções demográficas para as próximas décadas, apontam para uma transição demográfica sem antecedentes na sociedade portuguesa. A evolução demográfica a que temos assistido, e que se

espera que se venha a registar nas próximas décadas nos países desenvolvidos, tem repercussões em diversos domínios.

Nas últimas décadas, presenciamos uma diminuição da natalidade (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2014), por outro lado, o crescimento populacional das idades mais avançadas é decorrente das conquistas tecnológicas, e da melhoria das condições de vida, que foram produzindo ao longo dos tempos meios que tornaram possível diagnosticar, prevenir e curar muitas doenças fatais do passado, aumentando assim a esperança de vida e o envelhecimento populacional. Também o fenómeno das migrações influencia o envelhecimento demográfico, por exemplo, a emigração dos jovens em idade ativa e fértil.

Todavia, o envelhecimento populacional é algo de que nos devemos orgulhar, na relação direta que ele representa em termos de progressos na medicina, nas condições de higiene e salubridade das habitações, em suma, no que ele traduz de progressos que a civilização humana conseguiu nas últimas décadas.

Em Portugal, verifica-se, uma redução da dimensão média da família. Este fato está diretamente associado à redução dos índices de fecundidade, à diminuição do número de membros dos agregados familiares, refletindo uma importante alteração na composição das famílias e produzindo, conseqüentemente, alterações no domínio das relações pessoais, sociais e afetivas entre os seus membros (INE, 2014).

O envelhecimento demográfico é uma realidade nos dias de hoje, e exige uma “reformulação” na estrutura social e familiar da sociedade Portuguesa. Este envelhecimento tem determinado novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas. Os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tiveram um papel preponderante no aumento da longevidade. Após os 65 anos de vida, os idosos têm cerca de 9,6 anos de vida saudáveis, no entanto, a esperança de vida, nesta idade, é de 19,9 anos de vida (INE, 2014), conclui-se assim que os últimos 10 anos de vida são, na sua maioria, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade.

O aumento da esperança de vida, aliado às modificações dos estilos de vida da população, tem levado ao aumento de fatores de risco de doenças crónicas, designadamente o excesso de peso, o sedentarismo, o baixo consumo de frutos e produtos hortícolas, bem como o consumo de álcool. Estima-se que mais de metade das mortes prematuras sejam provocadas por doenças crónicas, como as cardiovasculares; o tratamento destas doenças, apesar de ser gerador de melhoria na qualidade de vida, comporta avultados custos em terapêutica prolongada e utilização dos serviços de saúde (Plano Nacional de Saúde [PNS], 2012-2016).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2014), as doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte em Portugal, e responsáveis por 32% do total dos óbitos. A Hipertensão Arterial (HTA) é o fator de risco com maior prevalência, embora seja o seu diagnóstico simples, este deve obedecer a um processo criterioso e rigoroso de avaliação, diagnóstico e classificação.

A HTA é um grave problema de saúde a nível nacional e mundial. Designa-se de HTA, a todas as situações em que os valores de tensão arterial (TA) sistólica são superiores ou iguais a 140 mm Hg (milímetros de mercúrio) e/ou valores de tensão arterial diastólica superiores a 90 mm Hg (Ministério da Saúde, 2014).

A necessidade de detecção precoce e adequado controlo da HTA assume em Portugal particular relevância, estima-se que a prevalência de HTA na população adulta seja de 43%, com uma taxa de controlo tensional não superior a 11% (Polónia *et al*, 2006).

O diagnóstico de HTA, que se encontra definido na Norma da Direção Geral de Saúde (DGS) nº 020/2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013 (Anexo II), é definido, como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg, em avaliação de consultório (Quadro nº 1).

Quadro nº 1 - Classificação da HTA

Classificação da TA	TA sistólica (mmHg)		TA diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	e	< 80
Normal	120 - 129	e/ou	80 - 84
Normal Alta	130 - 139	e/ou	85 - 89
HTA Grau 1	140 - 159	e/ou	90 - 99
HTA Grau 2	160 - 179	e/ou	100 - 109
HTA Grau 3	≥ 180	e/ou	≥ 110
HTA sistólica isolada	≥ 140	e	< 90

Fonte: Norma da DGS nº 020 (2011, 2013)

Na maior parte dos casos, não há uma causa conhecida para a HTA, embora em algumas situações seja possível encontrar uma doença associada que é a verdadeira causa da HTA. Esta está frequentemente associada a outras patologias, por exemplo, *diabetes mellitus*, dislipidémia, e outros fatores de risco, tais como, tabagismo, sedentarismo, obesidade, etc.

Segundo Polónia *et al* (2006), a HTA constitui um importante problema de saúde pública e o fator de risco quantitativamente mais influente no desenvolvimento da doença

A efetividade da educação para a saúde na capacitação da pessoa no controlo da Hipertensão Arterial

vascular cerebral, bem como da doença coronária e insuficiência cardíaca. É uma das doenças crónicas com maior repercussão nos órgãos vitais. Para além de se continuar a investir no diagnóstico de HTA, e no melhor controlo da TA, é essencial fazer a abordagem integrada dos fatores de risco de morbilidade e mortalidade.

Apesar de, grande parte da população ter minimizado a necessidade de introduzir alterações nos seus comportamentos de risco, esta continua a não se submeter a exames periódicos de saúde, os quais são necessários, principalmente quando existe história familiar de doença cardiovascular ou de morte precoce, visto saber-se que metade da população hipertensa permanece por diagnosticar, e que dos hipertensos diagnosticados, menos de metade faz o tratamento corretamente.

As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas têm-se traduzido em novas necessidades de saúde, pelo que tem sido reconhecido o papel determinante dos Cuidados de Saúde Primários, com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos, no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica.

No próximo capítulo, iremos descrever a elaboração, execução e avaliação da intervenção desenvolvida, tendo por base a metodologia de planeamento em saúde.

A efetividade da educação para a saúde na capacitação da pessoa no controlo da Hipertensão Arterial

2 – PLANEAMENTO EM SAÚDE

Podemos afirmar que a solução para encontrar a resposta adequada a determinada situação passa por planear. O planeamento em saúde deve ser efetuado tendo sempre em conta os fatores que condicionam o mesmo; biológicos, endógenos, o ambiente, os hábitos de vida e o sistema de cuidados (Imperatori e Giraldes, 1993).

O planeamento pode ser entendido como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos (Imperatori e Giraldes, 1993).

É importante que intervenção do enfermeiro especialista em saúde comunitária tenha por base o planeamento em saúde enquanto processo que engloba o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades; o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção e a elaboração de indicadores que possibilitem avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade das suas intervenções e os ganhos em saúde daí decorrentes.

O planeamento em saúde deve conter três fases importantes: a **elaboração do plano**, a **execução** e a **avaliação** (Imperatori e Giraldes, 1993).

2.1 – ELABORAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A primeira fase do planeamento em saúde é a **elaboração do plano**, e é uma das fases mais importantes. Esta é composta pelo (a): **diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação para a execução e execução** dos mesmos.

O **diagnóstico da situação** funciona como a justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto a partir do qual será medido o avanço alcançado com as nossas atividades (Imperatori e Giraldes, 1993).

É de referir que a qualidade atingida na elaboração do diagnóstico determinou, em grande parte, a escolha das prioridades (Imperatori e Giraldes, 1993). A fase de diagnóstico deve abarcar os sectores económicos e sociais, identificando os principais

problemas de saúde e os seus fatores condicionantes, de forma a explicar as suas causas.

O estágio descrito, neste relatório, foi realizado após o estágio de 9 semanas, na Unidade de Cuidados na Comunidade da Chamusca, e decorreu na sequência da realização do Diagnóstico de Saúde das pessoas com 65 e mais anos, residentes na freguesia de Ulme, Concelho da Chamusca, no âmbito da UC: Estágio, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém.

No diagnóstico de saúde realizado constatou-se uma elevada percentagem de utentes hipertensos. Do total da amostra (50 utentes), 36 são hipertensos, isto é, 72%. Destes, 66% (33) utentes referem tomar medicação anti-hipertensiva. Quando questionados de que modo a Hipertensão Arterial (HTA) interfere nas suas atividades de vida, 19,4% referem que interfere muito, 52,8% interfere pouco e 27,8% não interfere nada.

Com vista, a realizar uma caracterização da comunidade, foram recolhidos dados referentes à história, cultura, e dados demográficos da Vila de Ulme e do Concelho da Chamusca.

Segundo dados dos Censos 2011, o concelho da Chamusca apresenta uma população residente de 10.120 habitantes, dos quais 5242 são do sexo feminino, e 4878 são do sexo masculino, representando respetivamente 51,8% e 48,2% da população total. A densidade populacional é de 13,6 habitantes/ Km². Este concelho destaca-se, ainda, como um índice de envelhecimento mais elevado, sendo dos concelhos mais envelhecidos do distrito (IE – 159,3) e do país (IE - 127,8), apresentando um índice de envelhecimento de 230,6.

O concelho da Chamusca (Figura nº 2) abrange uma área total de 746 Km², sendo o segundo maior em área, dos 21 concelhos que integram o distrito de Santarém. Localiza-se no Vale do Tejo e pertence à Região Centro, está limitado a norte pelos concelhos de Vila Nova da Barquinha e Constância, a nascente por Abrantes e Ponte de Sor, a poente por Almeirim, Alpiarça e Santarém, a noroeste pela Golegã e a sul por Coruche.

Divide-se em cinco freguesias: 1 - União de Freguesias de Chamusca e Pinheiro Grande; 2 – Carregueira, 3 – Ulme, 4 - Vale de Cavalos e 5 - União de Freguesias de Parreira e Chouto,

A Vila de Ulme ocupa uma área de 121,80 Km², o que corresponde a 16,33% do território do concelho. Dista da sede concelhia cerca de 8 km (Município da Chamusca, 2014). A freguesia de Ulme é habitada por 1.277 pessoas, das quais, 621 são do sexo masculino e 656 são do sexo feminino, representando respetivamente 48,6% e 51,3% da população total, percentagens muito semelhantes aos dados do concelho (INE, 2014).

A efetividade da educação para a saúde na capacitação da pessoa no controlo da Hipertensão Arterial



Fonte:

<http://fotos.sapo.pt/NVE8P2hDc3PMDhkr4Y/>(2015)



Fonte:

<http://www.otemplario.pt/ficheiros/fo tos/N10262-B618E36D.jpg>(2015)



Fonte:

<http://www.districtosdeportugal.com/mainchamusca.htm>

Figura n.º 2 – Mapa do Concelho da Chamusca

Entre 2001-2011, houve uma diminuição acentuada do número total de residentes, mais acentuada no número de jovens e adultos, mantendo-se apenas o grupo etário dos idosos. Esta desertificação, associada a uma esperança de vida cada vez maior, coloca esta freguesia como uma das freguesias com maior taxa de envelhecimento populacional (28,27% da população tem mais de 65 anos). A densidade populacional é de 10,5 habitantes/Km².

Segundo Stanhope e Lancaster (2011), o primeiro objetivo da colheita de dados consiste na aquisição de informação pertinente da comunidade e da sua saúde, e implica recolher ou compilar os dados já existentes e, também, produzir dados ainda não existentes, através da interação com membros da comunidade ou grupos. A interpretação destes dados permite que os problemas de saúde comunitária, as necessidades de intervenção e as forças ou capacidades sejam identificados, bem como os recursos disponíveis (para satisfazer as necessidades), sendo fundamental a participação ativa da comunidade para o processo de interpretação de dados, e, mais particularmente, para a identificação de problemas.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária identifica as necessidades dos grupos e assegura a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

As entrevistas aos parceiros representam um instrumento essencial à recolha de informação acerca da população em estudo, visto que estes encontram-se inseridos na comunidade em questão, sendo, por isso mesmo, elementos com bastante informação.

Durante a implementação da intervenção foram realizadas entrevistas aos parceiros da Unidade de Cuidados na Comunidade da Chamusca, como o Presidente da Junta de Freguesia de Ulme e a diretora técnica do Centro de Apoio Social – Casulme, tendo favorecido o conhecimento, mas também, a aproximação à comunidade. De referir, a importância dos mesmos, na divulgação e na cedência dos espaços para o desenvolvimento da atividade.

De referir que, para efetuar o levantamento de dados, é essencial que o enfermeiro seja aceite na comunidade, uma vez que o êxito depende largamente do modo como entra, e é visto por todos. De acordo, com Stanhope e Lancaster (2011), o enfermeiro comunitário é frequentemente um elemento estranho, pelo que é essencial criar formas adequadas para entrar na comunidade, como por exemplo, através da participação nos eventos, observando e escutando atentamente, marcando reuniões com indivíduos com posições formais de liderança, utilizando um guia para o levantamento de dados e utilizando um grupo de parceiros de apoio.

Todos os métodos de recolha direta de dados requerem sensibilidade, abertura, curiosidade, e a capacidade de ouvir e ver a vida tal como ela é vivida na comunidade (Stanhope e Lancaster, 2011), e devem ser validados com quem forneceu a informação. A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e elementos selecionados da comunidade, com o objetivo de colher dados relativamente ao que se pretende conhecer e/ou pesquisar (Fortin, 2006).

Segundo Gil (1995), a entrevista define-se como uma técnica que se formula perguntas, com objetivo de obtenção de dados; é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes procura colher dados e outra se apresenta como fonte de informação.

Para Bolander (1998), as finalidades da entrevista em enfermagem são estabelecer uma base de dados, da qual se pode extrair respostas e problemas específicos, fazer um diagnóstico de enfermagem e estabelecer um plano apropriado de cuidados de enfermagem.

A qualidade e a cientificidade do diagnóstico irão determinar a próxima etapa, porque, tal como nos dizem Imperatori e Giraldes (1993), será a partir da definição dos problemas de saúde da população, verdadeiro *output* do diagnóstico, que se começará a trabalhar na escolha de prioridades.

A **definição de prioridades** é o passo seguinte na primeira fase do Planeamento em Saúde. No diagnóstico procede-se à identificação dos problemas de saúde, cuja hierarquização será feita nesta etapa de seleção de prioridades. Trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990).

A efetividade da educação para a saúde na capacitação da pessoa no controlo da Hipertensão Arterial

Para hierarquizar os problemas de saúde detetados recorre-se à utilização de critérios, através dos quais aqueles são ordenados em prioridades. Tavares (1990) refere que determinar prioridades não significa ignorar outros problemas identificados no diagnóstico da situação. É necessário definir os objetivos em relação a cada um desses problemas, determinando também o período de tempo.

Os problemas de saúde da comunidade e a evolução da prestação dos cuidados de saúde exigem hoje a reorganização das instituições e de métodos de trabalho, enfatizando a constituição de equipas multidisciplinares para otimizar as respostas às necessidades da população. Neste sentido, esta reestruturação cria, entre outras, a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

De seguida, clarificamos as alterações no Sistema Nacional de Saúde, que decorreram nos últimos anos com vista a aproximar os profissionais de saúde dos utentes.

A recente reforma dos Cuidados de Saúde Primários propõe, uma reorganização dos centros de saúde, que consiste na criação de agrupamentos de centros de saúde, serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam os centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

O Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, criou os Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, designados por ACES, e estabeleceu o seu regime de organização e funcionamento, integrando-os na estrutura das Administrações Regionais de Saúde, IP, como seus serviços descentralizados.

A reestruturação dos Centros de Saúde foi desenvolvida com o objetivo de uma maior proximidade dos utentes, com vista a responder com maior satisfação e eficácia às necessidades das pessoas (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2013). Consideramos que ao fim de alguns anos da sua implementação, algumas mudanças positivas emergem no apoio ao utente, mas entendemos que este apoio prestado seja mais na área da prevenção da doença, do que na promoção da saúde.

A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde; presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção; e participa na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases.

Estas unidades são coordenadas por enfermeiros e, neste âmbito, os enfermeiros apresentam-se como um recurso qualificado, com competências científicas, técnicas e humanas, sendo estas competências indispensáveis à sua implementação.

Os profissionais da UCC integram e articulam as respostas existentes na comunidade, face às necessidades das pessoas e famílias, constituindo-se como a estrutura que une e articula todos os atores locais na intervenção comunitária,

Os enfermeiros que desenvolvem a sua atividade nestas unidades têm a responsabilidade na identificação dos problemas de saúde, vigilância e determinação do perfil epidemiológico de âmbito geodemográfico, dinamização e coordenação de programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde. Participam, ainda, em projetos de intervenção comunitária, em parceria com outras instituições da comunidade, e com a rede social no âmbito da intervenção a pessoas e famílias.

A UCC da Chamusca, onde decorreu o estágio, está inserida no ACES da Lezíria da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, articulando com as Unidades Funcionais do Agrupamento e as Instituições Parceiras da Comunidade.

A UCC da Chamuscadesenvolve diversos Programas/ Projetos no âmbito da prevenção da doença e promoção da saúde, dos quais, destacamos o projeto Dar Anos à Vida, estetem como finalidade promover a qualidade de vida da Pessoa Adulta e Idosa que resida no Concelho. A intervenção “**Cuide do seu Coração**” dá resposta ao preconizado pelo projeto “Dar anos à Vida”.

Após a definição de prioridades, passamos a outra etapa do planeamento em saúde: **afixação de objetivos**, onde se definem quais, como os alcançar face aos problemas diagnosticados e às prioridades definidas, num determinado período de tempo; é nesta fase que se definem os indicadores de saúde – relação entre uma situação específica, a atividade desenvolvida ou resultado esperado, e uma população em risco. (Imperatori e Giraldes,1993).Esta etapa é imprescindível à avaliação dos resultados de um plano, pelo que deve ser feita de uma forma cuidadosa e tão realista quanto possível.

Definimos como **objetivos da intervenção**:

- Caracterizar os conhecimentos e os comportamentos do grupo;
- Aumentar os conhecimentos do grupo sobre a HTA;
- Incentivar a mudança de comportamentos, nomeadamente redução do uso de sal por dia, aumentar o uso de ervas aromáticas, e ainda, aumentar a prática de exercício físico.

Para atingir os objetivos a que nos propomos, selecionamos **as estratégias**. Aqui é possível escolher um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo (Imperatori e Giraldes, 1993).

A estratégia escolhida para desenvolver a intervenção “Cuide do seu Coração” foi através de sessões de educação para a saúde, como corroboram Xue *et al* (2008) e Park *et al* (2012), a um grupo de utentes hipertensos.

Zanela *et al* (2001), citando Zimmerman (1997) referem que agrupamento caracteriza-se por um conjunto de pessoas que partilha de um mesmo espaço e tem interesses comuns, podendo vir a tornar-se um grupo. A passagem de um agrupamento a um grupo propriamente dito resultaria, da transformação de interesses comuns em interesses em comum; isto é, os integrantes de um grupo reúnem-se em torno de um objetivo comum ao interesse de todos. Zimmerman enumera ainda outras características de um grupo, nomeadamente: forma uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios; garante, além de uma identidade própria, as identidades específicas; preserva a comunicação; apresenta interação afetiva e distribui posições de modo hierárquico.

Por sugestão das Enfermeiras de UCC foi usado o termo “curso”, entende-se por curso, uma série de lições sobre uma matéria, ou matérias tratadas numa aula (Infopédia, 2014). Embora na nossa pesquisa tenhamos encontrado para o mesmo, outras nomenclaturas, por exemplo, “Programa”, não utilizamos esta terminologia, uma vez que em Portugal, entende-se por Programa, como algo mais abrangente, nomeadamente o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares. O objetivo de usar o termo “curso”, era, por um lado, para as pessoas da vila identificarem o que se iria fazer e, por outro lado, para tentar estimular mais pessoas às sessões, promovendo uma maior adesão à intervenção.

Seguindo as etapas do planeamento em saúde foi necessário a **definição de indicadores e metas**. Imperatori e Giraldes (1993) sugerem a definição de indicadores e metas, sendo que estes podem ser de impacto ou de execução e devem estabelecer a relação entre o problema e a população alvo.

Um indicador de impacto mede a alteração verificada num problema de saúde” enquanto um indicador de execução mede a atividade desenvolvida com intenção de atingir um ou mais indicadores de impacto (Imperatori e Giraldes, 1993).

Aquando a intervenção, poderá ser feita a avaliação aos indicadores de execução, no entanto a avaliação dos indicadores de impacto só poderá ser realizada a longo prazo. Dado a avaliação ter de ser feita durante o estágio, foram definidos os indicadores de execução.

A efetividade da educação para a saúde na capacitação da pessoa no controlo da Hipertensão Arterial

Como objetivos definimos: a realização de todas as sessões planeadas (100%), redução do uso de sal por dia (50%), aumentar o uso de ervas aromáticas (50%) e aumentar a prática de exercício físico.

Como meta determinámos: aumentar a percentagem de utentes com hipertensão controlada (20%).

Para Stanhope e Lancaster (2011), os cuidados prestados aos indivíduos e às famílias, nos seus locais de residência, têm por finalidade promover, manter ou recuperar a saúde. Deste modo, os cuidados devem ser planeados, coordenados e adequados às necessidades do utente, por profissionais capazes e preparados para tal.

A elaboração de programas e projetos visa essencialmente o estudo detalhado das atividades necessárias à execução de uma determinada estratégia, no sentido de atingir um ou vários objetivos.

Na fase de preparação da execução, talvez a mais relevante, especifica-se a responsabilidade da mesma, apresentando os calendários e os cronogramas que compõem o projeto.

De seguida, apresentamos o cronograma da intervenção “Cuide do seu Coração” (Quadro nº 2).

Quadro nº 2– Cronograma da Intervenção “Cuide do seu Coração

Ano	Cronograma				
	2014				
	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
Elaboração do Projeto de intervenção	De 10 a 17				
Divulgação do Curso “Cuide do seu Coração”na freguesia de Ulme.					
Realização do Curso “Cuide do seu Coração” por sessões.		28	5, 13 e 27	5 e 19	
Caracterizar os conhecimentos e os comportamentos do grupo					
Aumentar os conhecimentos do grupo sobre a HTA					

Incentivar a mudança de comportamentos, nomeadamente redução do uso de sal, aumentar o uso de ervas aromáticas e a prática de exercício físico					
Aumentar 20%o número de utentes hipertensos com hipertensão controlada					
Registo informático da avaliação de tensão arterial, glicemia capilar e Índice de Massa Corporal					

Após a elaboração do cronograma, passámos à elaboração das sessões que compõem o Curso “Cuide do seu Coração, e para tal, baseamo-nos nos artigos encontrados na revisão sistemática da literatura realizada.

Na sessão 1, planeamos apresentar o curso e justificar a pertinência do tema, tal como nos estudos de Xue, Yao e Lewin (2008) e de Park *et al* (2012), assim como apresentação dos objetivos e aplicação de um questionário sobre os dados sociodemográficos das pessoas que integram o grupo, e avaliação de tensão arterial, glicemia capilar e Índice de massa corporal.

A sessão 2 foi baseada no artigo de Park *et al* (2012), onde se pretendeu abordar a hipertensão, os seus fatores de risco, sintomas, consequências e tratamento, embora no referido artigo estes temas estivessem divididos por 3 sessões, optamos por juntá-los na mesma, porque o curso “Cuide do seu Coração” foi estruturado em 6 sessões ao passo que o estudo de Park *et al* (2012) foi realizado em 8 semanas. Foi delineado um questionário para aplicar, antes do início da sessão, no sentido de diagnosticar os conhecimentos do grupo relativamente à Hipertensão, e ainda, avaliação de tensão arterial.

Na sessão 3, planeámos abordar o grande tema: Alimentação Saudável, munimo-nos do manual da DGS – Princípios de uma Alimentação Saudável, tencionámos explicar a Roda dos Alimentos e os elementos que a compõem, com ênfase na redução do sal e no uso de ervas aromáticas.

O artigo de Park *et al* (2012) aborda a alimentação, no entanto, não nos foi possível perceber que tipo de alimentação aconselha, contudo Xue *et al* (2008) aconselha a dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), esta dieta é específica para utentes com hipertensão, aconselha a redução do consumo de carne e peixe, o aumento do consumo de frutas e vegetais, e diminuir o consumo de gorduras, nomeadamente a manteiga.

Foi também planeado aplicar um questionário, antes do início da sessão, para diagnosticar os conhecimentos e os comportamentos do grupo sobre alimentação saudável, e avaliação de tensão arterial. Pretendemos nesta sessão, reforçar a necessidade de integrar novos hábitos e sugerir a cada pessoa que se comprometa em alterar um hábito alimentar, desde a redução do sal à utilização das ervas aromáticas.

Na sessão 4, delineámos abordar o exercício físico e realizar uma atividade que promova o movimento. Também nos artigos selecionados, se dá importância ao exercício físico na prevenção da HTA, no trabalho de Park *et al* (2012), o exercício físico é transversal em quase todas as sessões, ao passo que Xue *et al* (2008), apenas o evidencia numa sessão.

Planeou-se também a realização de um jogo com a Roda dos alimentos para avaliar os conhecimentos adquiridos, em que cada participante tem de colocar um alimento na Roda de Alimentos gigante elaborada por nós. Pretendemos também, questionar cada pessoa, sobre que hábito alimentar modificou, e qual a sua perspetiva perante essa mudança.

Na sessão 5 faremos um resumo de todos os temas abordados, enfatizando os mais importantes, e realização de um jogo para avaliar os conhecimentos adquiridos, bem como distribuição de um folheto com a Roda dos Alimentos.

Na sessão 6 e última, pretendemos organizar uma atividade ao ar livre, planeamos realizar uma aula de Zumba Gold - Zumba para pessoas com mais de 65 anos ou com dificuldade em mobilizar-se, seguida de lanche partilhado (lanche livre).

Após o planeamento e divulgação da intervenção passámos à execução da mesma.

2.2 – EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO

Na fase da **execução** procurou-se pôr em prática o planeado, bem como atingir os objetivos, dentro do friso cronológico a que nos tínhamos proposto.

Como forma de divulgação da intervenção planeada, foram elaborados folhetos informativos dirigido aos utentes da freguesia de Ulme (Anexo III), os quais foram colocados, após autorização, em diversos pontos de referência, tais como a Junta de Freguesia, o Centro de Apoio Social – Casulme, Parafarmácias, Café, Supermercado e Posto de Abastecimento. Foi ainda solicitada a divulgação verbal a pessoas consideradas elementos-chave na comunidade, tais como, o Presidente da Junta de Freguesia, o Padre da Paróquia, e a Diretora Técnica do Centro de Apoio Social - Casulme.

A efetividade da educação para a saúde na capacitação da pessoa no controlo da Hipertensão Arterial

Os folhetos informativos foram afixados 6 dias antes da realização da sessão, por forma a relembrar do dia e hora combinados sessão a sessão, conforme disponibilidade dos participantes.

No final da sessão 5, uma vez que era a última na sala, foram entregues certificados de presença a todos os participantes (Anexo IV).

Para a sessão 6, além do folheto informativo, foi também elaborado um convite (Anexo V) a outras pessoas além dos participantes, tais como, o Presidente da Junta de Ulme, a Diretora Técnica e Animadora Cultural do Centro de Apoio Social – Casulme, assim como o vereador da área da saúde da Câmara Municipal da Chamusca.

Após as atividades da sessão 6, foi entregue um porta-moedas, com porta-chaves, a cada participante de forma a deixar uma lembrança do curso, e com intenção de ser útil para quem faz caminhada, visto poder guardar tudo numa bolsa e que ocupasse pouco espaço (Anexo VI).

O curso teve lugar no Auditório da Junta de Freguesia de Ulme, no entanto a sessão 6 decorreu no recinto ao lado da Igreja de Ulme. Foram ministradas 6 sessões, tal como planeado (Quadro nº 3).

Quadro nº 3 – Resumo das sessões apresentadas

Sessão	Nº de Pessoas por sessão	Temas	Atividades
1 28/04/2014 (17-19H) (Anexo VII)	39 pessoas	Apresentação do curso Pertinência do tema	Aplicação de um questionário para caracterização do grupo (Anexo VIII) Rastreio (avaliação de tensão arterial, glicemia capilar e Índice de Massa Corporal)
2 05/05/2014 (17-18H) (Anexo IX)	16 pessoas	Hipertensão – Definição Fatores de risco Sintomas(Hipertensão e Hipotensão) Consequências e Tratamento	Avaliação de tensão arterial e glicemia capilar a todos os participantes da sessão Realização de um questionário antes do início da sessão para diagnosticar o nível de conhecimentos do grupo relativamente à Hipertensão (Anexo X)

3 13/05/2014 (16-17H) (Anexo XI)	9 pessoas	Alimentação Saudável Roda dos Alimentos Hidratos de Carbono, Proteínas, Gorduras, Fibras Alimentares, Vitaminas e Sais Minerais, água e sal	Avaliação de tensão arterial e glicémia capilar a todos os participantes da sessão Realização de um questionário (Anexo XII) antes do início da sessão para diagnosticar o nível de conhecimentos e comportamentos do grupo sobre alimentação saudável e Roda dos Alimentos;
4 27/05/2014 (16-17H)	7 pessoas	Alimentação Saudável Exercício Físico.	Realização de jogo para avaliar os conhecimentos adquiridos na sessão anterior sobre a Roda dos Alimentos (Sessão ministrada em colaboração com a Nutricionista do ACES Lezíria)
5 05/06/2014 (16-17H) (Anexo XIII)	16 pessoas	Resumo de todos os temas abordados (Sessão ministrada em colaboração com a Nutricionista do ACES Lezíria)	Realização de jogo para avaliar os conhecimentos adquiridos na sessão anterior Distribuído folheto com a Roda dos Alimentos (Anexo XIV) e questionário sobre apreciação do curso (Anexo XV) Avaliação de tensão arterial aos participantes
6 19/06/2014 (16-18H)	29 pessoas		Atividade ao ar livre - Aula de Zumba Gold, seguido de lanche convívio (lanche livre)

A intervenção desenvolvida envolve o cuidado de enfermagem para o controlo da hipertensão, recorrendo à educação para a saúde, com vista à adoção de um estilo de vida saudável, de forma a evitar ou minimizar fatores de risco; teve o objetivo de atuar nos diferentes níveis de prevenção.

A intervenção desenvolvida pretendeu intervir ao nível da prevenção primária, uma vez que se detetou uma elevada percentagem de utentes hipertensos, alguns deles não controlados, ambicionou-se fortalecer este grupo, dando-lhe conhecimentos sobre a doença, os seus fatores de risco e consequências da doença.

Para Neuman (1995), a Prevenção Primária é desenvolvida quando se suspeita ou se identifica um stressor, e fortalece a linha flexível de defesa do indivíduo. A Prevenção Secundária envolve intervenções ou tratamento iniciados após ocorrência de sintomas de stress. A Prevenção Terciária centra-se no reajustamento ativo com vista à estabilidade ótima do sistema. O objetivo principal é fortalecer a resistência aos stressores para ajudar a prevenir o reaparecimento ou a regressão (Tomey e Alligood, 2004).

A efetividade da educação para a saúde na capacitação da pessoa no controlo da Hipertensão Arterial

Quanto ao nível da Prevenção Secundária, no rastreio da sessão 1 foram constatados alguns utentes com HTA, e estes foram encaminhados para o médico de família. Nas sessões do curso em que abordamos o tratamento não farmacológico da doença, ou seja, na adoção de estilos de vida promotores de saúde, também pretendemos intervir neste nível de prevenção.

Por fim, quanto ao nível da Prevenção Terciária, pretendeu-se empoderar o grupo no sentido de haver uma mudança de comportamento para adoção de um estilo de vida saudável, com objetivo de manter a tensão arterial controlada.

Após a execução da intervenção, realizamos a avaliação da mesma, que apresentamos de seguida.

2.3 - AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A **avaliação** é a última fase do planeamento. Esta pode ser de curto prazo (constituída através dos indicadores de processo que serviram para atingir metas) ou de médio prazo (que tem por base os objetivos fixados segundo o resultado a cumprir).

Segundo Tavares (1990), a principal função da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas.

Quando todo este processo termina, o mesmo deve recomeçar mantendo assim o seu cariz de continuidade e dinamismo. Na mesma linha de pensamento, Imperatori e Giraldes (1993) dizem-nos que terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo.

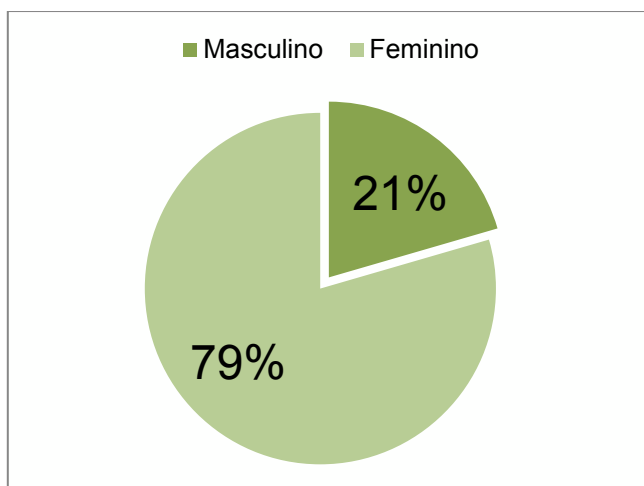
Durante a execução fomos recolhendo dados, assim como realizando questionários antes de cada sessão, nesta etapa fazemos a apreciação da informação recolhida.

Para conhecer o grupo que foi alvo da intervenção desenvolvida foi feita a sua caracterização sociodemográfica.

2.3.1 – Caracterização sociodemográfica do Grupo

O grupo era constituído por 39 pessoas. Destas, 80% eram do género feminino (Gráfico nº1). O grupo era predominantemente composto por mulheres, o que vai ao encontro dos Censos 2011, uma vez que refere que 51,3 % da população é composta por mulheres.

Gráfico nº 1 - Distribuição do grupo por género



Quanto ao grupo etário, trata-se de uma amostra envelhecida, 18% das pessoas apresenta idade entre os 18 anos e os 64 anos de idade, 44% apresenta entre 65 e 75 anos, e 38% apresenta mais de 75 anos de idade (Gráfico nº2). Isto é, no global, cerca de 82% do grupo apresenta mais de 65 anos de idade.

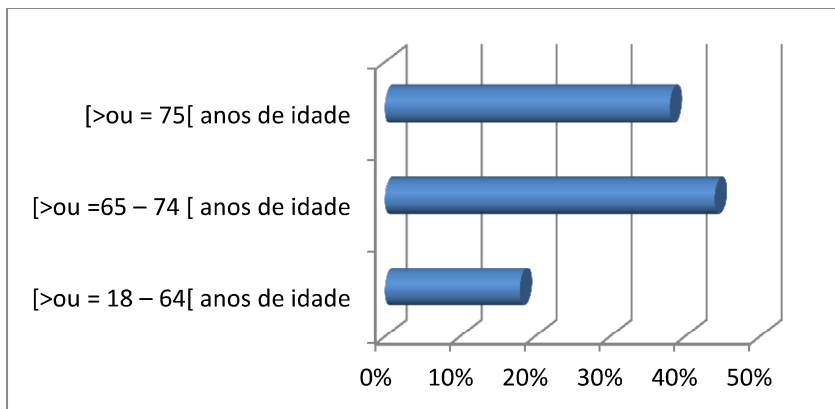
A esperança média de vida à nascença, em Portugal, é de 80,3 anos para as mulheres e de 73,5 anos para os homens (Ministério da Saúde, 2004). Também dados do INE (2011) mencionam que o crescimento mais acentuado da população situa-se no grupo de 65 e mais anos (19,4%).

O fenómeno do envelhecimento demográfico tem como principal fator, o aumento da esperança média de vida. Em 1960, a esperança de vida à nascença no homem era de 60,7 anos e na mulher era de 66,4 anos. Comparativamente com 2012, o homem passou para uma esperança de vida de 76,7 anos e a mulher para 82,6 anos (PORDATA, 2014). Ou seja nos últimos 60 anos, assistimos a um aumento da esperança de vida em cerca de 16 anos, em ambos os géneros.

Quanto ao estado civil, cerca de 8% são solteiros, 59% são casados, 31% são viúvos, e 2% são separados ou divorciados. A maioria das pessoas habita como cônjuge, embora exista uma elevada percentagem de pessoas que vivem sozinhas devido a viuvez.

De acordo com Branco (2001), o perfil da população idosa Portuguesa tem um nível de instrução baixo (82,6%), 70,3% são casados, 67,8% são reformados, 52,4% vivem com apenas uma pessoa no agregado familiar e 11,5% referem viver sozinhos, estes dados reforçam também os resultados obtidos no grupo em estudo.

Gráfico nº 2 - Distribuição do grupo por grupo etário

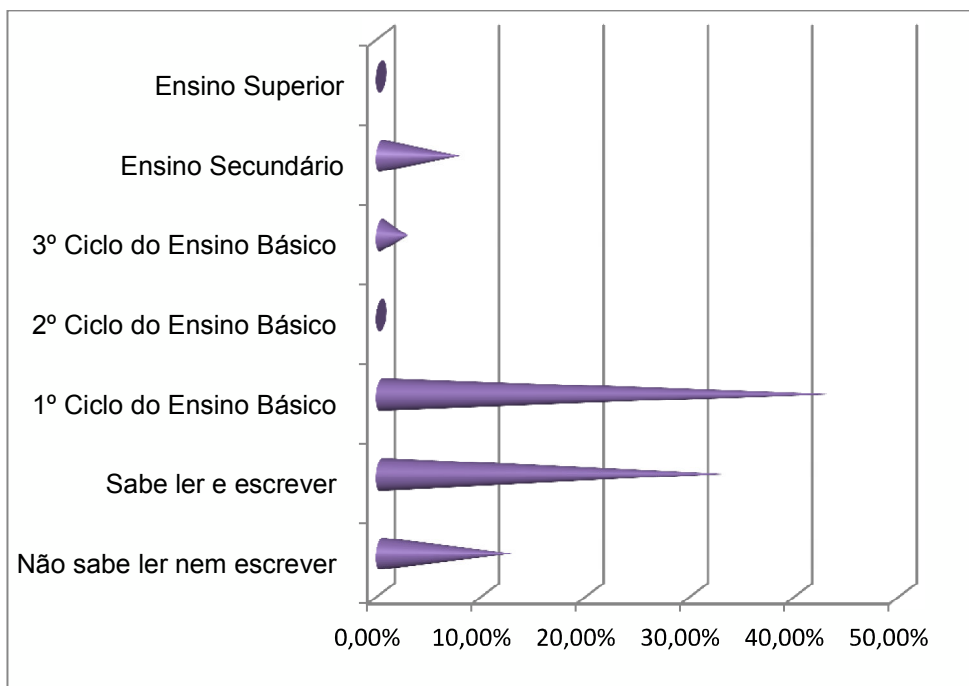


Relativamente à escolaridade, 12,8% não sabe ler nem escrever, 33,3% sabe ler e escrever, 43% tem o 1º Ciclo do Ensino Básico, 2,6% tem o 3º Ciclo do Ensino Básico e 7,7% possui o Ensino Secundário (Gráfico nº 3).

Aproximadamente 50% apresentava um baixo grau de instrução, cerca de 13% não sabe ler nem escrever, o que nos leva a interrogar como reconhecem e tomam a medicação.

Perdigão *et al* (2009) constatou no seu estudo, uma elevada prevalência nos indivíduos sem escolaridade (34,1%) e nos que têm apenas o 1º ciclo (28,3%), muito próximo dos dados por nós recolhidos.

Gráfico nº 3 - Distribuição do grupo por Escolaridade



Quanto aos Antecedentes de Hipertensão das pessoas, 69% são Hipertensos.

Nos utentes hipertensos, 59,3% apresentavam Tensão Arterial controlada, 33,3% apresentava HTA Grau I e 7,4% apresentava HTA Grau II, mesmo, na maioria dos casos, encontrando-se a tomar medicação anti-hipertensiva.

Nos utentes sem antecedentes de Hipertensão, 41,7% apresentam a Tensão Arterial controlada, no entanto, 50% apresentava HTA Grau I e 8,3% apresentava HTA Grau II. Neste caso, 58,3% grupo é, ou poderá vir a desenvolver hipertensão.

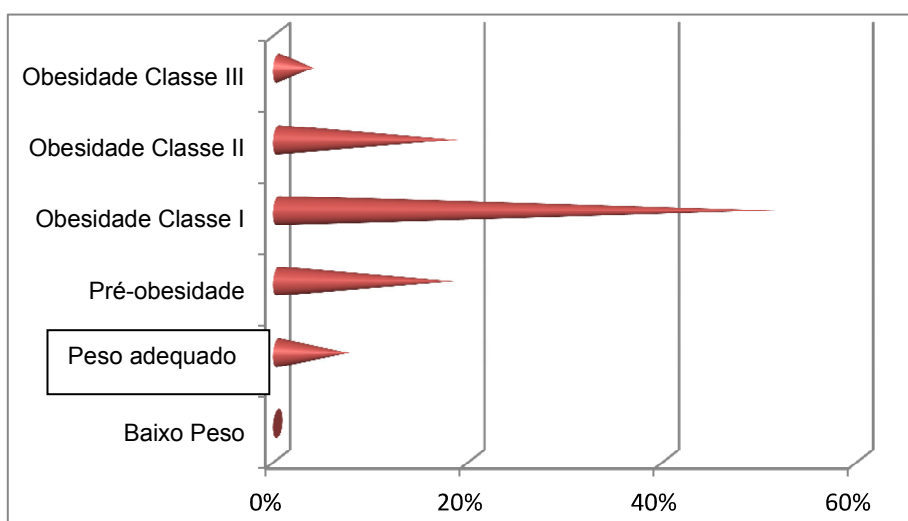
Segundo o Ministério da Saúde (2014) apenas 16% da população tem a sua TA controlada, nesta situação, os dados são sobejamente melhores do que a situação nacional.

Relativamente ao IMC (Classificação de acordo com o Programa Nacional de Combate à Obesidade, 2005), nos utentes hipertensos, 7,4% encontra-se com peso adequado, 18,5% encontra-se em Pré-Obesidade, 74,1% apresenta IMC superior a 30 (Obesidade), distribuindo-se da seguinte forma: Obesidade Classe I com 51,9%, Obesidade Classe II com 18,5% e Obesidade Classe III com 3,7% (Gráfico nº 4).

A prevalência da pré-obesidade e da obesidade na população portuguesa é em média cerca de 34% para a pré-obesidade e de 12% para a obesidade (Programa Nacional de Combate à Obesidade, 2005).

Todo o grupo de utentes hipertensos apresenta IMC elevado, o que pode contribuir, como fator de risco para o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares e cardiovasculares.

Gráfico nº 4 - Distribuição dos utentes hipertensos por IMC



Já nos utentes não hipertensos, a percentagem dos que apresentam peso adequado e os que se apresentam em pré-obesidade foi a mesma com 41,7% e os restantes (16,6%) apresentam Obesidade Classe.

A efetividade da educação para a saúde na capacitação da pessoa no controlo da Hipertensão Arterial

Nos utentes hipertensos, 11,1% apresentam risco aumentado de complicações metabólicas e 88,9% apresenta risco muito aumentado. Curiosamente, nos utentes sem antecedentes de HTA, 16,7% apresenta risco aumentado e 75% apresenta risco muito aumentado de complicações metabólicas (Quadro nº4).

Podemos constatar que mesmo nos utentes não hipertensos, o perímetro abdominal é superior ao preconizado, aumentando assim o risco de desenvolverem complicações metabólicas (Programa Nacional de Combate à Obesidade, 2005).

Quadro nº 4 – Distribuição do grupo por perímetro abdominal

	Risco de complicações metabólicas	Homens	Mulheres	Total
HTA	Normal	0%	0%	0%
	Aumentado	7,4%	3,7%	11,1%
	Muito Aumentado	18,5%	70,4%	88,9%
Não HTA	Normal	0%	8,3	8,3%
	Aumentado	0%	16,7%	16,7%
	Muito Aumentado	16,7%	58,3%	75%

De seguida apresentamos os dados colhidos relativamente aos comportamentos e conhecimentos.

2.3.2 – Caracterização do Grupo quanto aos Conhecimentos e Comportamentos

Para avaliarmos os conhecimentos do grupo, elaborámos um questionário com as seguintes perguntas:

- A Hipertensão Arterial é uma doença crónica;
- O Sal em excesso faz bem à saúde;
- Fazer exercício físico, como caminhadas, faz bem à saúde;
- Se a minha Tensão Arterial estiver “boa”, dentro dos valores considerados normais, devo deixar de tomar a medicação.

Todos os utentes apresentaram 100 % de respostas corretas, o que nos levou a interrogar se têm o conhecimento porque não o praticam. E assim, propusemo-nos a avaliar os comportamentos do grupo, e a sua intenção de mudar, ou integrar novos hábitos.

Para melhor clarificação da informação colhida optamos para organizar num quadro (Quadro nº 5).

Quadro nº 5 – Caracterização dos comportamentos e suas mudanças

COMPORTAMENTOS	MUDANÇAS APÓS A INTERVENÇÃO
Em média, ingerem 4 refeições por dia e bebem 1 L de água.	Passaram a realizar 6 refeições por dia e a ingerir 1,5 L de água Moderaram o consumo de enlatados
80% refere colocar uma colher de sopa de sale 20% refere colocar uma colher de sobremesa por dia	Redução da ingestão de sal para menos de 5 gr por dia
80 % refere colocar uma colher de Sopa de azeite e 20% refere colocar mais do que uma colher de sopa.	Redução na ingestão de gorduras
100% utiliza azeite, como a sua gordura de eleição	Não alterado
44,4% utiliza ervas aromáticas	Aumentado consumo de ervas aromáticas
60% refere ingerir um copo de leite por dia, 20% refere ingerir dois copos de leite e 20% referem ingerir mais de 500 ml por dia.	Não alterado, maior parte do grupo não aprecia leite, e por isso ingerem cerca de um copo por dia
20% refere não ingerir queijo, 80% refere ingerir 1 a 3 fatias por dia	Não alterado
40% refere não consumir iogurte, 60% refere consumir 1 a dois iogurtes por dia	Não alterado
66,7% refere ingerir fruta todos os dias e 33,3 % refere ingerir às vezes. 60% refere ingerir 1 a 2 peças de fruta e 40% ingere 3 a 4 peças de fruta/dia.	Aumento no consumo de fruta
66,7% refere ingerir vegetais todos os dias e 33,3 % refere ingerir às vezes. 60% refere ingerir uma taça de sobremesa por dia e 40% referem ingerir uma tigela de sopa.	Aumento no consumo de vegetais
11,1% refere não consumir carne, 33,4% consome menos de uma vez por mês, 22,2% consome uma a três vezes por mês e 22,2 % refere consumir 1 a 4 vezes por semana.	Não alterado. No geral apreciam pouco carne.
50% faz caminhadas 3 vezes por semana	Aumento do número de pessoas (25%) que fazem caminhada

A efetividade da educação para a saúde na capacitação da pessoa no controlo da Hipertensão Arterial

A OMS estabeleceu, em 2013, uma meta de redução global no consumo de sal na dieta, e deu orientação para reduzir a ingestão média de sal na população para valores menores ou iguais a 5 gramas por dia, isto é, menos do que uma colher de sobremesa (DGS, 2013). Todos os participantes referem consumir por dia mais do que a quantidade recomendada pela OMS.

Segundo DGS (2013), a situação económica de muitas famílias potencia consumos aumentados de produtos preservados com sal, nomeadamente conservas e processados de carne, que nestas condições acabam por substituir total ou parcialmente algumas refeições, aumentando as ingestões médias de sal. Nestas mesmas situações, o consumo de produtos hortícolas e frutos frescos acaba por ser reduzido.

No grupo, isto não se observa, uma vez que consomem pouca carne, e diariamente consomem vegetais e frutas.

Após a realização das sessões, foi registado no Suporte de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), em cada utente, os dados do Rastreio (tensão arterial, glicemia capilar e Índice de Massa Corporal) e, em Comunidade: “Gestão Comunitária”.

Para efetuar a apreciação do curso, por parte do grupo, foi elaborado e aplicado um questionário (Anexo XV).

Os utentes quando questionados se tinham encontrado no Curso aquilo que procuravam: 66,7% referem que encontraram sempre aquilo que procuravam e 33,3% refere ter encontrado muitas vezes.

Quando questionados, se iriam mudar algum comportamento com o que aprenderam no curso, 100% dos utentes responderam sim. Referem, entre outras mudanças, ter moderado o consumo do sal, produtos enlatados e processados, e ainda, iniciaram o uso de ervas aromáticas em substituição do sal, como já referido anteriormente.

Relativamente à satisfação com o curso, 33,3% referem estar bastante satisfeitos e 66,7% referem estar muito satisfeitos com o curso em que participaram.

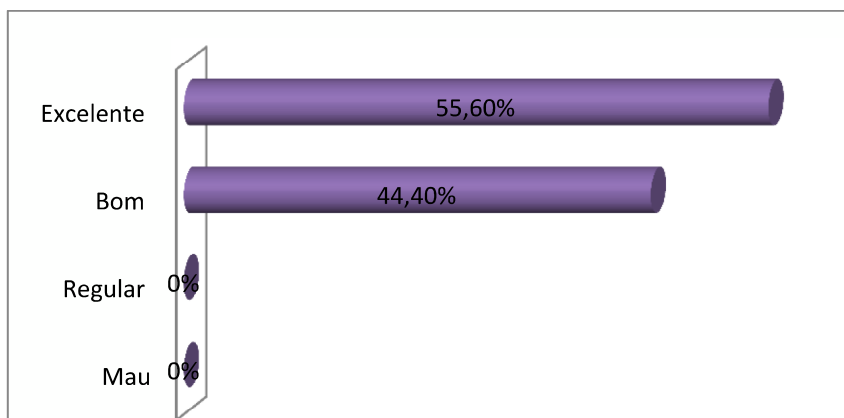
Quando interrogados, se recomendariam este curso a uma pessoa amiga, 11,1% referiu que não e 88,9% referiu que sim. Mais ainda, 100% dos utentes se tivessem oportunidade voltariam a frequentar o curso.

No geral, quando questionados como classificam o curso (Gráfico nº 5), 44,4 % das pessoas consideram o curso bom e 55,6% classificam o curso como excelente.

Segundo Donabedian (1988), a satisfação do cliente assume uma importância fundamental como medida da qualidade dos cuidados de saúde porque nos dá informação acerca do sucesso dos prestadores, em relação aos valores e às expectativas dos seus clientes. O conceito de satisfação compreende aspetos afetivos, cognitivos,

avaliativos e comportamentais, sendo uma atitude, uma emoção ou um sentimento que pode ser medido através de uma opinião.

Gráfico nº 5 – Avaliação do curso: Classificação do curso



Aquando a divulgação do curso, foi colocada uma ficha de inscrição na Junta de Freguesia e no Centro de Apoio Social – Casulme, onde inicialmente se inscreveram 30 pessoas; aparentemente todos os inscritos, sentiram a necessidade de fazer algo pela sua saúde, tinham vontade de aprender e/ou encontravam-se preocupados com a sua saúde, como foi revelado no diagnóstico de saúde.

Embora Ulme tenha uma população envelhecida, surpreendeu-nos o facto de encontrar tantas pessoas com mais de 65 anos, durante a intervenção, genuinamente interessados em mudar estilos de vida e melhorar a sua saúde, o que nos leva a pensar que esta população está aberta à mudança, independentemente da idade.

Consideramos que o interesse deste grupo ficou bem patente pela motivação e empenho, na presença continua ao longo do curso, e pela atenção e participação demonstradas durante as sessões, assim como na intenção e determinação na mudança de comportamentos. Embora no geral, as sessões tivessem bastantes participantes, ao longo do curso, nem sempre isso foi muito constante, pensamos que seja atribuído ao facto de estar muito mau tempo (chuva e vento), e também porque num dos dias, para o qual estava marcada a sessão, e embora as sessões fossem combinadas de uma semana para a outra, esta foi marcada para a hora do rezar do terço, o que motivou a fraca adesão num desses dias.

As variáveis individuais referidas por Neuman (1995), adquirem aqui relevância, porque aqui testemunhamos a importância das variáveis socioculturais e espirituais, embora o grupo tivesse aparecido na hora marcada, à sessão, perto da hora de começar o terço, algumas pessoas começaram a abandonar a sala, pedindo desculpa por terem de sair mais cedo, visto terem de ir à igreja.

A efetividade da educação para a saúde na capacitação da pessoa no controlo da Hipertensão Arterial

O enfermeiro deve monitorizar a eficácia da intervenção, com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010), para isso foram utilizados indicadores de processo e de resultado (Quadro nº 6).

Quadro nº 6 - Indicadores de processo e de resultado

OBJETIVO /META	INDICADOR	AVALIAÇÃO
Caracterizar os conhecimentos e os comportamentos do grupo	Caracterizaçãodos conhecimentos e dos comportamentos do grupo através de questionário, descritos no quadro nº5	Objetivo atingido
Aumentar os conhecimentos do grupo sobre a HTA	Aumento dos conhecimentos sobre HTA, avaliado através de questionário e diálogo antes das sessões, relatados no quadro nº 5	Objetivo atingido
Realizar todas as sessões planeadas (100%)	100% de sessões realizadas	Objetivo atingido
Reduzir a ingestão de sal para o recomendado por dia (20%)	Redução em todo o grupo na ingestão de sal para menos de 5 gr por dia (100%)	Objetivo atingido
Aumentar o consumo de ervas aromáticas (20%)	Aumento do consumo de ervas aromáticas (25%)	Objetivo atingido
Aumentar a prática de exercício físico (20%)	Aumento do número de pessoas que fazem caminhada (25%)	Objetivo atingido
Meta: aumentar a percentagem de utentes com hipertensão controlada (10%)	Aumento da percentagem de utentes com hipertensão controlada (16%)	Objetivo atingido

Embora, o período de tempo em que decorreu a intervenção fosse curto para observar no grupo, grandes mudanças de estilo de vida, consideramos que pequenos passos foram dados, no sentido de direcionar o grupo para um futuro mais saudável, e também mais responsável pela sua saúde.

Fazemos um balanço bastante positivo da intervenção desenvolvida uma vez que atingimos todos os objetivos a que nos propusemos.

3 – REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Neste capítulo iremos explicar a metodologia que orientou a nossa pesquisa científica, que teve como objetivo proporcionar respostas à questão de investigação colocada. Realizou-se de acordo com os princípios metodológicos inerentes a uma Revisão Sistemática de Literatura, no sentido de sistematizar o estado da arte, e com objetivo de desenvolver a intervenção baseada na evidência científica encontrada.

Desta forma foi utilizado o método PI[C]OD: Participantes, Intervenções, Comparação, Resultados (Outcomes) e Tipo de Estudo (Desenho) (Melnik & Fineout-Overholt, 2011), na elaboração da questão de pesquisa, e na definição dos critérios de inclusão e de exclusão.

Partindo da conceptualização definiu-se a seguinte questão:

Qual a efetividade (O) da educação para a saúde (I) na capacitação da pessoa no controlo da Hipertensão Arterial (P)?

Para seleção dos estudos a incluir na revisão foram identificadas as seguintes Palavras-chave:

- Enfermagem;
- Hipertensão,
- Educação para a Saúde.

Partindo da questão, foram definidos critérios de inclusão e de exclusão de estudos na revisão sistemática de literatura(Quadro nº7).

As Palavras-chave foram validadas, na MeSH Browser, como descritores. Usando as palavras-chave pela ordem referida, foi efetuada a pesquisa na plataforma EBSCO, no dia 20 de Abril de 2014, pelas 17 horas, nas bases de dados: CINAHL Plus with FullText; MEDLINE with Full Text; Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Medic Latina.

Como limitadores na pesquisa foram tidos em conta: booleano and ou or, FullText em PDF, friso cronológico de 10 anos (Janeiro de 2004 a Abril de 2014) e Campo: Sumário.

Quadro nº7 - Critérios de inclusão e de exclusão

P	Utentes portadores de Hipertensão	Critérios de exclusão: Portadores de doença mental Menores de 18 anos.	PALAVRAS CHAVE: Nurs* Hypertension Health Education Effectiveness	DESCRITORES: ✓ Nurs* ✓ Hypertension ✓ Health Education
I	Educação para a Saúde			
(C)				
O	Efetividade da Educação para a Saúde			
D	Estudos Quantitativos e Qualitativos			
Expressão de pesquisa				
Nurs*and Hypertension and Health Education				

Os limitadores especiais foram selecionados por base de dados (Anexo XVI)

Os resultados obtidos por descritores podem ser visualizados no Anexo XVII. Como resultado da combinação das palavras-chave em conjunto de duas e de três, obtiveram-se os resultados que podem ser visualizados no Anexo XVIII.

Do total da conjugação das três palavras-chave obtiveram-se 10 artigos. Destes, 2 foram rejeitados após a leitura do título e do resumo, 5 foram rejeitados após leitura integral dos artigos, por não atenderem aos objetivos do estudo, por conseguinte, apenas 3 atendiam o objetivo da pesquisa.

Após a seleção dos artigos, procedeu-se à sua análise. Para uma fácil compreensão da metodologia utilizada na análise dos artigos, sistematizamos, sob a forma de quadro, as dimensões consideradas mais relevantes, bem como os níveis de evidência, segundo Guyatt e Rennie (2002), conforme se pode visualizar no quadro seguinte.

Quadro nº 8 – Apresentação sumária dos artigos

<p>Título</p> <p>Autores</p> <p>Ano</p>	<p>Artigo 1 - A randomised trial of a 5 week, manual based, self-management programme for hypertension delivered in a cardiac patient club in Shanghai (Anexo XIX)</p> <p>(Um ensaio clínico randomizado de 5 semanas, com base no manual, de um programa de autogestão da hipertensão desenvolvido numa associação de utentes cardíacos em Shanghai)</p> <p>Xue; Yao; Lewin</p> <p>2008</p>
Objetivos	Avaliar os benefícios de um programa simples, cognitivo-comportamental, de autogestão da hipertensão, fundamentado num manual de hipertensão e desenvolvido no contexto de uma associação anti-hipertensiva da comunidade em Shanghai.
Tipo	Estudo experimental - Ensaio clínico randomizado
Nível de evidência	II
Participantes	140 adultos com hipertensão
Intervenções	Pacientes adultos com hipertensão primária de leve a moderada, em espera para ser admitidos numa associação, participaram em sessões de tratamento em grupo, em 4 sessões ao longo de 5 semanas, para a educação, combinada com a fixação de metas para a mudança de estilo de vida
Resultados	<p>Os principais resultados foram: alterações na pressão arterial; colesterol total no sangue; dieta; saúde e nível de atividade, relacionado com a qualidade de vida, 1 mês e 4 meses, após o término do tratamento.</p> <p>Este estudo indica que, pelo menos a curto prazo, uma intervenção simples de autogestão cognitivo-comportamental pode levar a reduções clinicamente significativas na tensão arterial sistólica e diastólica. Os pacientes também reduziram o perímetro abdominal, perderam peso, tornaram-se mais ativos e reduziram os valores de colesterol no sangue. Embora os ensaios anteriores de programas de mudança comportamental tenham produzido benefícios semelhantes para pacientes hipertensos, este ensaio fê-lo com uma quantidade muito menor de recursos: apenas 8,5 horas de contato e um manual de autoajuda simples.</p>
Limitações	Curto período de acompanhamento devido às limitações de recursos.
<p>Título</p> <p>Autores</p> <p>Ano</p>	<p>Artigo6: Patient-tailored self-management intervention for older adults with hypertension in a nursing home (Anexo XX)</p> <p>(Intervenção de autogestão, adaptada ao paciente, para idosos com hipertensão arterial numa casa de repouso)</p>

	Park; Chang; Kim; Kwak 2012
Objetivos	Avaliar os efeitos de uma intervenção, de auto-gestão adaptada ao paciente, sobre a tensão arterial e na mudança de comportamentos
Tipo	Estudo Experimental - Caso Controlo
Nível de Evidência	IV
Participantes	Quarenta e sete pacientes (23 no grupo experimental e 24 no grupo controlo)
Intervenções	Os Pacientes hipertensos do grupo de intervenção receberam educação para a saúde e aconselhamento adaptado individual por oito semanas
Resultados	A idade média dos pacientes foi 77,4 anos de idade. Os pacientes tomavam medicação anti-hipertensiva há 11,8 anos; apenas 36 pacientes tomaram a medicação sem assistência. As comparações dos pacientes com e sem a intervenção de 8 semanas não diferiram nas variáveis clínicas, demográficas e avaliação dos resultados. A tensão arterial foi significativamente reduzida apenas em pacientes que receberam a intervenção. Comportamentos de autocuidado e de autogestão aumentaram significativamente, apenas naqueles que estavam no grupo de intervenção. No entanto, nenhuma diferença significativa foi observada na adesão de medicação entre os dois grupos.
Limitações	A escolha dos participantes nos grupos não foi aleatória.

A efetividade da educação para a saúde na capacitação da pessoa no controlo da Hipertensão Arterial

Título	Artigo 8: Small-group hypertension health education programme: a process and outcome evaluation (Anexo XXI)
Autores	(Programa de educação para a saúde a pequenos grupos de utentes hipertensos: uma avaliação de processo e resultado)
Ano	Leung; Ho; Foong; Ho; Lee; Mak 2006
Objetivos	Explorar as expectativas, realizações e opiniões dos clientes do programa de educação para a saúde a pequenos grupos de utentes hipertensos.
Tipo	Estudo Qualitativo Descritivo
Nível de Evidência	VI
Participantes	Após a execução de um programa de educação para a saúde a pequenos grupos de utentes hipertensos, dois grupos foram selecionados para colheita de dados: 8 enfermeiros e 16 participantes no programa.
Intervenções	Programa de educação para a saúde a pequenos grupos de utentes hipertensos
Resultados	Ambos, os utentes e os enfermeiros referem que apreciaram o processo deste programa de educação de saúde e os seus relacionamentos melhoraram após o programa. Cerca de metade dos clientes relataram ter adotado comportamentos que melhoram a saúde. O estudo também revelou discrepâncias entre os enfermeiros e os utentes, nas suas percepções dos objetivos do programa. Isso indica que há uma necessidade de clarificar os objetivos com os clientes a minimizar decepções de expectativas irreais.
Limitações	A Participação no programa de educação de saúde é voluntária e os participantes podem ser selecionados por serem mais motivados

3.1 – ANÁLISE REFLEXIVA: PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Neste subcapítulo pretendemos refletir sobre a intervenção desenvolvida, os dados obtidos e a pesquisa realizada.

A elaboração deste trabalho permitiu a reflexão e o desenvolvimento de conhecimentos, no âmbito do cuidar em enfermagem, fazendo uma articulação da prática com a evidência científica.

A revisão sistemática da literatura é uma forma de pesquisa fundamental para a prática baseada na evidência, permitindo-nos desenvolver competências nesta estratégia de pesquisa.

A intervenção “Cuide do seu Coração” foi elaborada após a realização da pesquisa nas bases de dados referidas, com recurso aos artigos encontrados, com vista a desenvolver a prática baseada na evidência

Na elaboração da intervenção foram analisados os artigos, com vista a dissecar as intervenções desenvolvidas em cada um deles, de maneira a colher informação para replicar, na freguesia de Ulme, embora se evidenciasse serem necessárias algumas adaptações, porque os artigos encontrados eram de outros países que não Portugal, e o friso cronológico em que decorreram era diferente.

Passemos à análise dos artigos e ao que foi colhido de cada artigo. No artigo analisado de Xue, Yao e Lewin (2008), foi realizado um ensaio clínico randomizado de 5 semanas, com base no manual, de um programa de autogestão da hipertensão desenvolvido numa associação de utentes cardíacos em Shanghai. O contributo deste artigo para o planeamento da intervenção foi bastante significativo, como já referido anteriormente, desde aos temas a abordar em cada sessão, assim como o que avaliar, desde a tensão arterial, ao IMC, e na elaboração dos questionários aplicados. Os questionários foram adaptados à realidade de Ulme, e aos recursos disponíveis que se apresentavam. Foi elaborado o questionário da caracterização sociodemográfica, e dos comportamentos e conhecimentos.

O artigo de Park *et al* (2012) teve como objetivo, avaliar a intervenção de autogestão, adaptada ao paciente, para idosos com hipertensão arterial numa casa de repouso. Este artigo mostrou-se importante para a intervenção desenvolvida, uma vez que, é bastante evidente a importância de sessões de educação para a saúde, na capacitação dos utentes, e ainda, contribuiu para a elaboração das sessões e dos temas a abordar, desde à alimentação ao exercício físico, bem como para a elaboração dos questionários aplicados, antes do início de cada sessão.

Estes autores destacam que efeitos maiores podem ser obtidos, quando a intervenção inclui a modificação de estilos de vida (alimentação, prática de exercício físico e gestão de stress), e a adaptação às necessidades de cada indivíduo.

No artigo analisado de Leung *et al* (2005), os objetivos do estudo foram explorar as expectativas, realizações e opiniões dos utentes do programa de educação para a saúde, a pequenos grupos de utentes hipertensos. Na apresentação dos resultados, é evidente que ambos, utentes e enfermeiros, ganharam com este estudo, apreciaram o processo deste programa de educação de saúde e os seus relacionamentos melhoraram após o programa. Cerca de metade dos utentes relataram ter adoptado comportamentos que melhoram a saúde (Leung *et al*, 2005).

O estudo também revelou discrepâncias entre os enfermeiros e os utentes, nas suas percepções dos objetivos do programa. Isso indica que há uma necessidade de clarificar os objetivos com os utentes, de forma a minimizar decepções ou expectativas irreais (Leung *et al*, 2005). Embora apresente um nível de evidência baixo, este estudo teve a sua importância para a intervenção desenvolvida, uma vez que demonstra a diferença entre as expectativas dos utentes relativamente ao programa de educação para a saúde e as expectativas dos enfermeiros, quanto aos objetivos propostos. Destaca-se neste artigo, a importância de utentes e enfermeiros comunicarem entre si, de modo a que fique bem claro os objetivos e as expectativas que ambos têm, com vista a atingirem os objetivos a que, conjuntamente, se propõem (Leung *et al*, 2005).

Este artigo foi relevante uma vez que, tendo um grupo com um nível de instrução baixo, torna-se necessário a adequação da linguagem, as pausas no discurso, e tentar perceber o que não foi devidamente entendido, daí fazer-se nas sessões seguintes a avaliação dos conhecimentos adquiridos, para irmos percebendo, ao longo das sessões, se a nossa mensagem estava a ser transmitida como desejado. Para tal, elaboramos o questionário da satisfação dos utentes com a intervenção desenvolvida.

A avaliação do processo, pode ajudar, na identificação das condições necessárias para a implementação bem-sucedida, de programas de educação para a saúde. Os enfermeiros, precisam ter, uma compreensão clara dos objetivos do programa de educação para a saúde, antes da sua implementação, com vista a evitar uma incompatibilidade de expectativas, entre os enfermeiros e os participantes. É fundamental que estes sejam informados das metas da intervenção, para evitar uma incompatibilidade de expectativas entre educadores e destinatários, que pode levar a decepção dos participantes.

Nos estudos de Leung *et al* (2005), Xue *et al* (2008) e Park *et al* (2012) evidencia-se a importância da educação para a saúde, como estratégia de promoção da saúde, com vista à capacitação do utente. Sobressai, ainda, o papel importante que os enfermeiros têm na promoção da saúde, como elementos dinamizadores e, também, profissionais privilegiados pelo contato próximo, que possuem junto das pessoas. Este contato próximo é bastante valorizado, e é também à proximidade enfermeiro-utente que é atribuído o sucesso das ações educativas desenvolvidas.

Consideramos, ainda, ter sido uma mais-valia, este estágio vir no seguimento de outro realizado, também, na mesma vila, visto já existir um conhecimento da população, o que proporcionou uma maior empatia com o grupo. Consideramos também positivo ter sido um grupo de dimensão moderada, e julgamos ser, também uma mais-valia, as

peçoas dentro do grupo conhecerem-se, porque aparentemente, sentiram-se mais à vontade para partilhar a sua experiência.

Para Leung *et al* (2005), Xue *et al* (2008) e Park *et al* (2012) é bastante evidente a importância da proximidade enfermeiro-utente e a continuação da intervenção, por isso mesmo, propomos o acompanhamento do grupo que integrou o curso, através de sessões de 2 em 2 meses para avaliação dos sinais vitais, para posterior comparação com os dados iniciais, bem como esclarecimento de dúvidas e reforço dos assuntos abordados anteriormente.

Quanto aos indicadores de resultado, propõe-se o seguimento dos utentes, 1 mês após e 4 meses após o curso, e comparação dos dados obtidos nas sessões, com objetivo de quantificar os ganhos em saúde no grupo (Xue *et al*, 2008; Park *et al*, 2012).

No estudo realizado por Xue *et al* (2008), o acompanhamento foi feito após 1 mês e 4 meses após o fim da intervenção. Após esse tempo, voltaram a avaliar a TA, IMC, perímetro abdominal, atividade física e hábitos alimentares, e obtiveram resultados bastante favoráveis, com a redução do IMC e da TA para valores aceitáveis.

Estes resultados são também sustentados por Park *et al* (2012), estes obtiveram uma significativa redução nos valores de tensão arterial, e um aumento nos comportamentos de autocuidado e de autogestão.

A intervenção foi, inicialmente, planeada para utentes com mais de 18 anos, com vista, a diminuir os fatores de risco da HTA no adulto e no idoso, no entanto, o grupo, na maioria, tinha mais de 65 anos de idade.

O desenvolvimento da intervenção, que abordou a efetividade das estratégias de educação para a saúde em utentes hipertensos, foi de evidente importância, pois consistiu numa aprendizagem para o desenvolvimento de competências na pesquisa em bases de dados científicas, e para a sua aplicabilidade, na prática, assim como o desenvolvimento de estratégias, para trabalhar na área da educação em saúde, com utentes hipertensos.

Seguramente, a educação para a saúde, em utentes hipertensos é reconhecida pelo seu potencial para reduzir custos, tanto ao nível da prescrição de medicação anti-hipertensiva, como na prevenção de internamentos, uma vez que favorece a promoção do autocuidado e responsabiliza a pessoa pela sua própria saúde. De modo a capacitar os utentes, é importante que, os enfermeiros privilegiem uma atuação direcionada às necessidades da população.

De referir que, na nossa pesquisa nas bases de dados científicas, não foi identificada nenhuma publicação nacional, sobre esta temática. Contudo, continuamos a pesquisar em bases de dados, a existência de estudos nesta área, e obtivemos o

seguinte artigo: “Prevalência, Caracterização e distribuição dos principais factores de risco cardiovascular em Portugal” de Perdigão *et al* (2009).

Neste artigo, ficámos a conhecer a realidade portuguesa em 2006 e 2007, salientamos: a prevalência de utentes com hipertensão mostrou que era superior nas mulheres, com mais de 70 anos, sem ou com um baixo nível de escolaridade, nas obesas e nas que não praticam exercício físico; estes vão ao encontro dos resultados que reunimos na freguesia de Ulme.

No nosso estudo foram recolhidos os dados antropométricos, avaliada a tensão arterial e realizado um questionário sobre os fatores de risco, desde a prática de exercício físico, hábitos tabágicos, e outras doenças associadas, bem como, caracterizados os conhecimentos e os comportamentos dos utentes hipertensos na freguesia de Ulme. Os questionários elaborados tiveram por base o estudo de Xue *et al* (2008), no entanto, também Perdigão *et al* (2009) colheram alguns dados, o que nos permite conhecer a realidade portuguesa e comparar resultados.

Sendo um tema tão atual, pensamos ser pertinente desenvolver a intervenção “Cuide do seu Coração” noutras freguesias do Concelho da Chamusca, e sugerimos, na sessão 1 do curso, apresentar um pequeno testemunho, de um utente da Freguesia de Ulme, que realizou o curso “Cuide do seu Coração”, que possa referir os contributos deste, para a sua saúde e para a sua vida.

Tendo-se sugerido a replicação do curso noutras freguesias do concelho, foi-nos proposto, pela UCC Chamusca, a realização de um projeto de intervenção, de modo a estar resumida toda a informação de “Cuide do seu Coração”, assim como os resultados, para posterior implementação e comparação entre freguesias (Anexo XXII).

Consideramos que os estudos analisados demonstram que existe efetividade na educação para a saúde, na capacitação da pessoa, no controlo da hipertensão, o que nos leva a responder afirmativamente à nossa questão de pesquisa.

No capítulo seguinte fazemos a análise reflexiva da intervenção à luz das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

4 – COMPETENCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo, iremos relacionar as competências específicas do enfermeiro especialista adquiridas e desenvolvidas ao longo do estágio, e as intervenções de enfermagem realizadas.

Os enfermeiros devem: identificar a situação de saúde da população e dos recursos da comunidade; criar e aproveitar oportunidades para promover estilos de vida saudáveis e fornecer informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cidadão, preconizando ajudar os utentes a alcançarem o máximo potencial de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

“A enfermagem relaciona competência, exercício profissional e contexto. A inovação tecnológica e as alterações na organização do trabalho fazem emergir as novas lógicas empresariais. Os enfermeiros são atores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências” (Serrano, Costa e Costa, 2011).

Importa, também, definir o conceito de especialista, este é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária desenvolve programas e projetos de intervenção, com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades, na consecução de projetos de saúde colectiva, evidenciam-se entre outros, as atividades de educação para a saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

É essencial, que o enfermeiro especialista possua as competências, que lhe permitem implementar, dinâmicas de intervenção promotoras da saúde, da autonomia e do empoderamento do cidadão, para a construção dos seus projetos de saúde.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde da comunidade, e assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos grupos, proporcionando efetivos ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Assim as competências adquiridas e desenvolvidas em “Cuide do seu Coração” foram: proceder à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade; estabelecer prioridades em saúde (dessa comunidade); formular objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas; definir o projeto de intervenção em cuidados especializados em Enfermagem Comunitária; estabelecer e avaliar projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados; liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde; integrar, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes áreas disciplinares: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais, e proceder à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.

Posto isto, importa relacionar as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, com as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do estágio.

O estágio desenvolvido foi realizado após o diagnóstico de saúde das pessoas com 65 ou mais anos na Freguesia de Ulme, Concelho da Chamusca. Deste diagnóstico emergiu uma elevada percentagem de utentes com hipertensão, na maioria deles, não controlada.

A hipertensão é o maior problema de saúde pública, com uma prevalência que atinge quase metade da população (42%), as doenças cérebro-cardiovasculares matam um em cada três portugueses, e retiram em média 12 anos de vida útil (Pinto, 2015), este tema mostra-se atual e pertinente.

Para a elaboração da intervenção, foi feita uma pesquisa em bases de dados científicas e em bases de dados considerados de interesse relativamente à temática, desde o INE, às normas emanadas pela Direção Geral de Saúde, estudos realizados pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão, entre outros.

A intervenção foi desenvolvida com o intuito de capacitar os utentes hipertensos, com vista a mudar comportamentos com o objetivo de adoção de estilos de vida saudáveis.

A educação para a saúde é uma área em evolução, sendo compreendida como parte essencial para alcançar resultados e ganhos em saúde. Esta deverá ser assumida pelos enfermeiros, como uma estratégia na intervenção em enfermagem, num contexto onde os cuidados de saúde, cada vez mais exigem um conjunto de atributos e qualificações necessárias.

O investimento na literacia e capacitação dos cidadãos para a adoção de estilos de vida saudáveis, a par do reforço das medidas de prevenção secundária e terciária,

A efetividade da educação para a saúde na capacitação da pessoa no controlo da Hipertensão Arterial

permitirá a obtenção de mais ganhos em saúde, em qualidade de vida e em produtividade. As estratégias e recursos para o reforço da qualidade em saúde dependem da intervenção programada, em determinadas áreas, nomeadamente na participação e capacitação dos utentes (PNS, 2012-2016).

O empoderamento do utente tem mostrado melhoria da gestão da doença, na utilização dos serviços de saúde, na melhoria da saúde e da qualidade de vida. A enfermagem comunitária é, deste modo, convidada a intervir junto da população, valorizando-a e empoderando-a numa relação de parceria (Campos, Saturno e Carneiro, 2010).

A efetividade da Educação para a Saúde consiste em produzir o efeito desejado, ou seja, obter uma determinada mudança na proporção de indivíduos expostos a determinados fatores de risco, ou gerar ganhos em saúde (Ferreira, 2010). O 'empowerment' é central na filosofia e prática da promoção da saúde para assim desenvolver ou reforçar as competências individuais (Tones, 1994, citado por Ferreira, 2010).

Os enfermeiros devem estar atentos para o fato de que na educação para a saúde, estes e os utentes devem ser parceiros no processo de tomada de decisão, numa relação onde não é esperado que os profissionais resolvam os problemas pelo utente, mas sim que os resolvam em colaboração com ele. Este olhar sobre a relação enfermeiro-utente, posiciona-nos no Paradigma da Transformação, onde o enfermeiro e a pessoa são parceiros, e a pessoa participa ativamente no seu projeto de saúde.

Após a intervenção implementada, foi feita a avaliação desta, e foram comparados os dados recolhidos com os estudos encontrados. Ao Enfermeiro Especialista, compete atuar junto do utente em situações de risco, bem como definir e utilizar indicadores que lhe permitam avaliar, de forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente, para assim introduzir as medidas corretivas julgadas necessárias (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

No global, em função das atividades desenvolvidas anteriormente, e já submetidas a uma apreciação crítica, podemos concluir que, os objetivos foram alcançados na sua globalidade, tendo sido necessário mobilizar e articular recursos e competências de diversa natureza, em tempo considerado oportuno, de modo a conseguir de futuro, um bom desempenho, num percurso de desenvolvimento profissional especializado.

5 - CONCLUSÃO

A Enfermagem, nos últimos anos, evoluiu, quer ao nível da respetiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional. Estes aspetos tornam necessário reconhecer o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade e, no que respeita à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde (REPE, 1996).

No estágio, eram nossos objetivos, desenvolver competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária; enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica; fundamentar a intervenção desenvolvida com recurso à revisão sistemática, assim como fundamentar as competências desenvolvidas em ação sustentadas na enfermagem avançada, e avaliar, registar e divulgar os resultados da intervenção de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis.

Assim as competências desenvolvidas em “Cuide do seu Coração” foram: elaboração do diagnóstico de saúde da freguesia de Ulme; determinação de prioridades em saúde (dessa comunidade); formulação de objetivos; implementação e avaliação do curso “Cuide do seu Coração”, sustentado na metodologia do planeamento em saúde.

A intervenção “Cuide do seu Coração” foi desenvolvida após o diagnóstico de saúde à população de Ulme. Pensamos ter atingido os objetivos a que nos tínhamos proposto, consideramos ter caracterizado o grupo, do ponto de vista dos comportamentos e dos conhecimentos, sensibilizado o grupo, no que respeita à adoção de comportamentos saudáveis, e incentivado para a vigilância da sua saúde. Sugerimos a comparação destes dados com novos estudos no grupo alvo, mas também em outras freguesias do Concelho da Chamusca.

A intervenção foi implementada num grupo constituído por 39 utentes da Vila de Ulme, Concelho da Chamusca. O grupo era composto, maioritariamente, por mulheres, com mais de 65 anos, casadas, e com baixo grau de instrução. Na sua maioria, faziam caminhadas, porém, ingeriam sal em excesso. O grupo mostrou-se sempre de maneira interessada e participativa, o que ajudou a que a intervenção desenvolvida fosse um sucesso.

Em “Cuide do seu Coração” situamos o grupo alvo da intervenção, no centro do nosso sistema (Neuman e Fawcett, 2009). Interveio-se ao nível da Prevenção Primária, Secundária e Prevenção Terciária.

Como linhas de defesa do grupo, destacamos uma população ativa e satisfeita, na sua grande maioria autónoma, com o hábito de caminhar diariamente.

Como Linhas de resistência do grupo, salientamos a mobilização dos recursos da junta de freguesia e de familiares e vizinhos (população com uma grande rede de suporte de vizinhos). O Centro de Apoio Social fornece cerca de 120 refeições por dia, possui várias valências, tais como, Centro de Dia, Apoio Domiciliário, e ainda Centro de Convívio. A comunidade possui Voluntários e recorrem aos filhos e aos vizinhos. Têm médico de família duas vezes por semana, na Extensão de Saúde de Ulme, e o Centro de Saúde da Chamusca, também se encontra aberto ao fim de semana.

Relativamente aos Stressores do grupo, destacamos uma população envelhecida (Média de idades - 75,06 anos), baixo grau de instrução (50% possuem o ensino básico primário) e fraca rede de transportes.

“Cuide do seu Coração” foi, para nós, uma grande aprendizagem, desde o planeamento, à execução e avaliação, e ainda, o sair do centro de saúde para as ruas de Ulme, pelo contacto direto com o grupo e por poder estar embebida do ambiente em que o grupo vive.

No estágio delineamos, também, objetivos pessoais, e consideramos ter atingido os objetivos a que nos propusemos. Consideramos ter: demonstrado capacidade em utilizar a metodologia de planeamento em saúde, numa perspetiva profissional avançada; desenvolvido competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, e demonstrado capacidade de utilizar uma abordagem epidemiológica dos problemas de saúde, na freguesia de Ulme.

Esperamos desafiar com este trabalho, os enfermeiros a refletir, acerca dos cuidados prestados aos utentes hipertensos, no sentido de contribuir para o controlo da hipertensão e melhoria da qualidade de vida.

Esta intervenção decorreu, após mais de 10 anos de vida profissional exclusivamente em meio hospitalar, todo o percurso percorrido ao longo do estágio, nos era novo, mas ao mesmo tempo estimulante. Ao longo da intervenção, sentimos um crescente integrar das competências, assim como, um apropriar dos conhecimentos, o que nos deixa muito satisfeitos, por todo o percurso percorrido.

Chegar até aqui, ao fim deste trabalho, é uma recompensa pelo esforço que lhe foi dedicado, bem como, é o culminar de toda a aprendizagem realizada. Consideramos que esta caminhada representou um grande desafio, principalmente por se tratar de

A efetividade da educação para a saúde na capacitação da pessoa no controlo da Hipertensão Arterial

áreas diferentes, do nosso contexto de trabalho, o que exigiu inicialmente grande capacidade de aprendizagem, para posteriormente, adquirir, progressivamente, as competências de um nível avançado, da prática de enfermagem.

Em suma, e pensamos já o ter referido anteriormente, mas nesta fase afirmamo-lo com muito mais força, entusiasmo e emoção: o enfermeiro especialista tem um conhecimento aprofundado, que se quer globalizante e centrado na comunidade, capacitando-o para uma abordagem especializada tendo em conta as respostas humanas, num *continuum* de saúde/doença, ao longo do ciclo de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010); pensamos tê-lo feito na intervenção desenvolvida e, é o que pretendemos fazer de agora em diante.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP - Unidades de Saúde (2013) Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Disponível em <http://www.arslvt.min-saude.pt/PrestacoesCuidadosSaude/UnidadesDeSaude/Paginas/CentrosdeSaude.aspx>.
- Amendoeira, J. (2000) Cuidado de Enfermagem. Intenção ou Ação. O que Pensam os Estudantes. *Revista Nursing*, pp. 8-14. Acedido em 10 de Julho de 2013, em <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/92>
- Amendoeira, J. (2004) *Entre Preparar Enfermeiros e educar em Enfermagem- Uma Transição inacabada (1950-2003) Um contributo sócio – histórico*. Tese de Doutoramento na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal. Acedido em 10 de Julho de 2013 em <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/92>
- Antunes, I. (2005) *Cuidados de Enfermagem à Família para promoção da Saúde da criança: Encontro com a história (1888-1988)*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Bardin, L. (2009) *Análise de Conteúdo. 5ª edição, Edições 70. Lisboa.*
- Basto, M. L. (2009) Necessidade e necessidades: Revisitando o seu uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem. N.º 1 (13)*.
- Bolander, V. (1998) *Enfermagem Fundamental. 1ª Edição. Lisboa: Lusodidacta.*
- Branco, M.J; Nogueira, P.J. Dias, C.D. (2001). *MOCECOS: uma observação dos cidadãos idosos no princípio do Século. XXI. Lisboa: ONSA*
- Campos, L., Saturno, P., Carneiro, A. (2010) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços*. Acedido em 15 de Março de 2014 em pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf.
- Declaração de Otawa (1986) Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm.
- Conferência de Alma Ata (1978) Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm.
- Collière, M. (1989) *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M. (2007) *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.

- Declaração de Jacarta (1997) Disponível em
http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Jacarta.htm
- Conselho de Ministros (2008) Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro. Diário da República, I Série (38). Lisboa: Ministério da Saúde
- Direção Geral de Saúde (2005) *Princípios para uma alimentação Saudável*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Direção Geral de Saúde (2005) *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Direção Geral de Saúde (2008) *Programa Nacional De Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Direção Geral de Saúde (2013) *Relatório - Estratégia para a redução do consumo de sal na alimentação em Portugal*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em 15 de Março de 2014 em <http://www.dgs.pt>.
- Direção Geral da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Acedido em 15 de Março de 2014 em <http://pns.dgs.pt>.
- Direção Geral de Saúde (2013) Norma nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2013) *Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- D`Innocenzo, M., Adam, N. e Cunha, I. (2006) O Movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Acedido em 28 de Agosto de 2013 em www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf
- Donabedian, A. (1988) *The quality of care. How can it be assessed?* Acedido em 20 de Agosto de 2013 em
http://post.queensu.ca/hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care_How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf.
- Donabedian, A. (1990) *The seven pillars of quality*. Disponível em
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241519>
- Ferreira, S. (2010) RSL - *A adaptação do Cuidador Informal como foco de prática de enfermagem*. Disponível em
<http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/585/1/Revis%C3%A3o%20Sistem%C3%A1tica%20da%20Literatura.pdf>.

- Fleck, M., e colaboradores (2008) *A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed. Disponível em <http://books.google.pt/books?id=6pTXhdeNr4oC&pg=PA49&lpg=PA49&dq=organiza%C3%A7%C3%A3o+mundial+de+sa%C3%BAde+1958&source=bl&ots=5dpXIY4SPT&sig=eYboxlA435E6Xy8uFP4AJ6yPrt8&hl=pt-PT&sa=X&ei=qSnDU6D5OeSd0QWW1oGoDQ&ved=0CF8Q6AEwBw#v=onepage&q=organiza%C3%A7%C3%A3o%20mundial%20de%20sa%C3%BAde%201958&f=false>
- Fortin, M. (1999) *O Processo de Investigação, da Concepção à Realização*. Lisboa: Lusociência.
- Fortin, M. (2006) *O Processo de Investigação, da Concepção à Realização*. Lisboa: Lusodidacta.
- Fortin, M. (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Gil, A. (1995) *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Guyatt, G.; Rennie, D. (2002) *Users guides: essentials of evidence-based clinical practice*. Chicago, IL: American Medical Association
- Infopédia (2014) Enciclopédias e Dicionários. Porto Editora. Acedido em <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/>
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993) *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª edição) Lisboa: Obras Avulsas.
- Internacional Council of Nurses (2002) *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Versão Beta 2. 1ª edição. Genebra: International Council of Nurses.
- Instituto Nacional de Estatística (2014). Censos 2011. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao
- Kendall, S. (1998) *Health and empowerment*. London: Arnold Publishers.
- Kerouac, S. [et al] (1994) *La pensée Infirmiere*. Laval: Maloine.
- Lalonde, M. (1974) *A new perspective on the health of Canadians*. Canada: Ottawa. Disponível em <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Leal, I. (2006) *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Leung, C., Ho, G., Foong, M., Ho, C., Lee, P. e Mak, L. (2005) Small-group hypertension health education programme: a process and outcome evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 631–639.
- Melnyk, B.M. e Fineout-Overholt, E. (2011) *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

- Ministério da Saúde (2014) *Hipertensão Arterial*. Ministério da Saúde: Portal da Saúde. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal>.
- Município da Chamusca (2014) *Junta de Freguesia de Ulme*. Disponível em <http://www.cm-chamusca.pt/autarquia/juntas-de-freguesia/ulme>
- Neuman, B. (1995) *The Neuman Systems Model*. 3ª Edition. Library of Congress. USA.
- Neuman, B. e Fawcett, J. (2011) *The Neuman Systems Model*. 5ª Edition. Upper Saddle River: Pearson Education.
- Ordem dos Enfermeiros (2010) *Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2010) *Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros, (2011) *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Otava, Canadá. Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm
- Park, Y., Chang, H., Kim, J. e Kwak, J. (2012) Patient-tailored self-management intervention for older adults with hypertension in a nursing home. *Journal of Clinical Nursing*. 22, 710–722.
- Perdigão, C., Rocha, E., Duarte, J., Santos, A. e Macedo, A. (2009) Prevalência, Caracterização e distribuição dos principais factores de risco cardiovascular em Portugal. Uma análise do Estudo AMÁLIA. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, Vol. 30. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Ana_Santos75/publication/51546152_Prevalence_and_distribution_of_the_main_cardiovascular_risk_factors_in_Portugal_-_The_AMALIA_study/links/0a85e53551cc7b250a000000.pdf
- Polónia, J., Ramalinho, V., Martins, L., Saavedra, J. (2006) Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão, *Rev. Port. Cardiol.* 2006; 25 (6): 649-660. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Hipertensão.
- PORDATA (2014) Disponível em <http://www.pordata.pt>.
- REPE (1996) Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Ministério da Saúde: Lisboa. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>

- Rocha, J. (2006) *Gestão de Qualidade – Aplicação aos serviços públicos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Righi, A., Schmidt, A e Venturini, J. (2010) *Qualidade em Serviços Públicos de Saúde: Uma Avaliação da Estratégia Saúde da Família*. Revista Produção Online v.10, n.3. Disponível em:
<http://producaoonline.org.br/rpo/article/viewFile/405/721>
- Serrano, M.T., Costa, A., Costa, N. (2011) *Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)*. Revista de Enfermagem Referência, III Série, nº 3
- Silva, D. (2002) *Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem*. Millenium Online. Revista do ISPV, nº26. Viseu: Instituto Superior Politécnico de Viseu. Disponível em http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/26_24.htm
- Stanhope, M. e Lancaster, J. (1999) *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. (1ª edição) Loures: Lusociência
- Stanhope, M. e Lancaster, J. (2011) *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (7ª edição) Loures: Lusodidata
- Tavares, A. (1990). *Cadernos de formação nº 2 - Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde: Departamento de recursos humanos da saúde. Centro de formação e aperfeiçoamento profissional.
- Tomey, A. e Alligood, M. (2004) *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª edição. Loures: Lusociência.
- Tomey, A. e Alligood, M. (2010) *Nursing Theorists and Their Work*. 7ª edição. USA: Mosby Elsevier
- Xue, F., Yao, W. e Lewin, R. (2008) *A randomised trial of a 5 week, manual based, self-management programme for hypertension delivered in a cardiac patient club in Shanghai*. BMC Cardiovascular Disorders, 8 (10)
- Zanella, A. e Pereira, R. (2001). *Estudos de Psicologia*. 6 (1), págs. 105-114.

ANEXOS

ANEXO I – PROJETO DE ESTÁGIO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UC – ESTÁGIO E RELATÓRIO

PROJETO DE ESTÁGIO

Autora:

Rita Isabel Pires Hipólito
Nº Aluno 120431001

Orientadores:

Professora Irene Santos
Enfermeira Maria Rosário Martins
Enfermeira Marisa Nunes

Santarém, Março, 2014

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

etal – entre outros

f. – Folha

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

Nº /nº - número

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

INDICE

	f.
INTRODUÇÃO	4
1 – CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE – CHAMUSCA ..	6
2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO “Cuide do Seu Coração”	7
3 - PLANO DE ATIVIDADES A IMPLEMENTAR.....	12
4 – CONCLUSÃO	16
BIBLIOGRAFIA	17
ANEXOS	
ANEXO I – Cronograma.....	19
ANEXO II – Curso de Hipertensão.....	21

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Projeto: “Cuide do Seu Coração”	11
--	----

INTRODUÇÃO

O presente projeto de estágio enquadra-se no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, na Unidade Curricular (UC): Estágio e Relatório. O Estágio decorre no período de 10 de Março de 2014 a 4 de Julho de 2014, na UCC da Chamusca.

Este projeto do estágio surge após a realização do Diagnóstico de Saúde das pessoas com 65 e mais anos da freguesia de Ulme, Concelho da Chamusca, onde se constatou uma elevada percentagem de utentes hipertensos.

Indo ao encontro do proposto nesta Unidade Curricular: Estágio e Relatório, este projeto tem como **objetivos**:

- Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar, em contexto transdisciplinar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.

Definiu-se ainda, como **objetivos gerais**:

- Demonstrar capacidade de utilizar a metodologia de planeamento em saúde na programação das atividades e de intervenção na comunidade, segundo uma perspetiva profissional avançada;
- Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados de enfermagem comunitária;
- Demonstrar capacidade de utilizar uma abordagem epidemiológica dos problemas de saúde, na comunidade, para a gestão de programas e serviços de saúde;
- Definir critérios objetivos para a determinação das prioridades de intervenção no controlo da hipertensão, na freguesia de Ulme.

Definiu-se como objetivos **específicos**:

- Caracterizar os conhecimentos e os comportamentos do grupo, no que respeita aos fatores de risco de Hipertensão Arterial (HTA);
- Aumentar os conhecimentos do grupo sobre HTA;
- Sensibilizar o grupo, no que respeita à adoção de comportamentos saudáveis;
- Incentivar o grupo para a Vigilância de Saúde.

Aquando a elaboração do presente projeto, sentiu-se a necessidade de situar este projeto nos modelos e teorias de enfermagem, e para tal, mobilizou-se o Modelo Sistémico de Betty Neuman.

Em Portugal, existem cerca de dois milhões de hipertensos. Destes, apenas metade tem conhecimento de que apresenta hipertensão arterial, cerca de um quarto está medicado e apenas 16 por cento estão controlados (Portal da Saúde, 2014).

Os fatores de risco de HTA mais referidos são a obesidade, o consumo excessivo de sal, o consumo de álcool em excesso, o sedentarismo, a alimentação pouco saudável, entre outros.

Considera-se hoje que a adoção de um estilo de vida saudável pode prevenir o aparecimento da doença e que a sua deteção e acompanhamento precoces podem reduzir o risco de incidência de doença cardiovascular.

A promoção de saúde, bem como a educação para a saúde, tendo como objetivo, alterar estilos de vida, é uma temática complexa, assim, torna-se importante que o enfermeiro potencialize o estabelecimento de estratégias voltadas para o controlo da hipertensão arterial e, conseqüentemente, das doenças cardiovasculares.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (2010), desenvolve uma prática centrada na comunidade, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes, proporcionando efetivos ganhos em saúde.

Ao enfermeiro especialista, compete prestar cuidados de enfermagem, que requerem um nível profundo de conhecimentos e habilidades, e atuar assim, junto do utente em situações de crise ou risco, bem como definir e utilizar indicadores que lhe permitam, avaliar, de forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente, para assim introduzir as medidas corretivas julgadas necessárias (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Desta forma, no projeto de estágio analisar-se-á a contextualização do Estágio, em que se procura explicitar as áreas específicas a desenvolver, abordando a área de intervenção específica proposta, a priorização das necessidades e o modo como será dada resposta a estas, inseridas nas competências que se pretende adquirir, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e as atividades realizadas no sentido de as adquirir e solidificar.

1 – CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE – CHAMUSCA

A recente reforma dos Cuidados de Saúde Primários propõe uma reorganização dos centros de saúde, que consiste na criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Os problemas de saúde comunitários e a evolução da prestação dos cuidados de saúde exigem hoje a reorganização das instituições e de métodos de trabalho, enfatizando a constituição de equipas multidisciplinares para otimizar as respostas às necessidades da população. Neste sentido, esta reestruturação cria, entre outras, a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde; presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção; e participa na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases.

A UCC da Chamusca está inserida no ACES da Lezíria da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, onde estão integradas: a Unidade de Cuidados na Comunidade, a Unidade de Saúde Familiar, a Unidade de Saúde Pública e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

A UCC – Chamusca é constituída por uma equipa multidisciplinar, dos quais: cinco Enfermeiros e ainda, um Médico, um Psicólogo e um Nutricionista (que embora não pertençam exclusivamente à UCC, dão apoio sempre que necessário).

A área de influência da UCC Chamusca abrange, todo o concelho da Chamusca, com uma área total de 746 Km², sendo o segundo maior em área dos 21 concelhos que integram o distrito de Santarém e encontra-se dividido por cinco freguesias.

2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO “CUIDE DO SEU CORAÇÃO”

Nos últimos anos tem-se assistido a grandes transformações ao nível da enfermagem sendo esta, hoje, considerada uma profissão com um vasto conjunto de saberes, possibilitando aos enfermeiros capacidades e competências técnicas e científicas para responder às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade (Collière, 1989).

Dos modelos e teorias de enfermagem que possam ser aplicados para desenvolver cuidados de enfermagem na comunidade, destaca-se o Modelo Sistémico de Betty Neuman, o qual aborda os sistemas dinâmicos e abertos ao cuidar do cliente, foi desenvolvido para fornecer um ponto de interesse unificador para a definição de problemas de enfermagem e para melhor compreender a pessoa em interação com o ambiente (Tomey e Alligood, 2004).

O modelo de Sistemas de Neuman é utilizado na prática comunitária, existindo parâmetros fundamentais na apreciação da comunidade como cliente, tais como o núcleo da comunidade e seus subsistemas, as linhas de defesa (nível de saúde que a comunidade alcança ao longo do tempo, a qual resulta numa resposta temporária aos *stressores*), as linhas de resistência (mecanismos internos que agem em defesa dos *stressores* e representam forças da comunidade), os *stressores* (são produtores de tensão e têm o potencial de causar desequilíbrio no sistema, podendo ser originados fora do sistema ou dentro da comunidade e resultar em rutura para a comunidade) e, por fim, o grau de reação (desequilíbrio que resulta do impacto dos *stressores* nas linhas de defesa da comunidade). Estes parâmetros funcionam como o ponto de partida para a elaboração do diagnóstico de enfermagem da comunidade, o qual permite uma orientação, não só, para as metas de enfermagem, mas também para as suas intervenções (Tomey e Alligood, 2004).

O diagnóstico de enfermagem provém dos *stressores* e inclui, por um lado, a limitação do *stressor* e, por outro, o fortalecimento das linhas de defesa. Assim, e após o grau de reação estar estabilizado, a Enfermagem planeia intervenções de forma a fortalecer as linhas de resistência através dos níveis de prevenção primária, secundária ou terciária.

Este projeto de intervenção comunitária surge após a realização do Diagnóstico de Saúde das pessoas com 65 e mais anos, residentes na freguesia de Ulme, no âmbito da UC: Estágio, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, que decorreu durante 9 semanas na Unidade de Cuidados na Comunidade da Chamusca.

Neste diagnóstico foram identificados alguns diagnósticos de Enfermagem Comunitária, e identificada uma elevada percentagem de utentes hipertensos. Algumas das principais conclusões apuradas:- Média de idades - 75,06 anos;- 50% da população possui o ensino básico primário;- 68% da população inquirida percebe a sua saúde física regular e 64% dos utentes consideram

que a sua saúde física é pior do que há 5 anos;- 54% considera que está satisfeita com a vida;- 70% refere estar sempre preocupada; - 46% considera o seu estado mental razoável e 54% considera que o seu estado emocional e mental é pior que à 5 anos; - 70% não participam em atividades recreativas e 67% refere não necessitar de participar.

Do total da Amostra (50), 36 são hipertensos, isto é, 72% da amostra. Destes, 66 % (33) utentes referem tomar medicação anti-hipertensiva. Quando questionados de que modo a Hipertensão interfere nas atividades, 19,4% referem que interfere muito, 52,8% interfere pouco e para 27,8% interfere pouco.

Segundo a DGS (2014), as doenças cardiovasculares continuam a ser, em Portugal, a principal causa de morte e, responsáveis por 32% do total dos óbitos. A HTA é o fator de risco com maior prevalência na população portuguesa e pese embora, seja simples o seu diagnóstico, este deve obedecer a um processo criterioso e rigoroso de avaliação, diagnóstico e classificação.

Na maior parte dos casos, não há uma causa conhecida para a HTA embora em algumas situações seja possível encontrar uma doença associada que é a verdadeira causa da HTA. Esta está frequentemente associada a outras patologias, por exemplo, *diabetesmellitus*, dislipidémia, e outros fatores de risco vascular tais como, tabagismo, sedentarismo, obesidade, etc.

Segundo Polónia *etal* (2006), a HTA constitui um importante problema de saúde pública sendo a doença cardiovascular mais comum e o fator de risco quantitativamente mais influente no desenvolvimento da doença vascular cerebral, bem como doença coronária e insuficiência cardíaca.

A hipertensão é, atualmente, uma das doenças crónicas com maior repercussão nos órgãos vitais, requerendo por isso um correto controlo. Para além de se continuar a investir no diagnóstico de HTA e no melhor controlo da tensão arterial, é essencial fazer a abordagem integrada dos fatores de risco de morbilidade e mortalidade cardiovascular.

Apesar de, hoje em dia, grande parte da população ter minimizado a necessidade de introduzir alterações nos seus comportamentos de risco, continua a não se submeter a exames periódicos de saúde, os quais são mandatórios, principalmente quando existe história familiar de doença cardiovascular ou de morte precoce, visto saber-se que metade da população hipertensa permanece por diagnosticar, e que dos hipertensos diagnosticados, menos de metade faz tratamento corretamente.

A necessidade de deteção precoce e adequado controlo da HTA assume em Portugal particular relevância, nomeadamente porque o acidente vascular cerebral constitui a principal causa de morte. Em Portugal estima-se que a prevalência de HTA na população adulta seja de 43% com uma taxa de controlo tensional não superior a 11% (Polónia *etal*, 2006).

De modo a capacitar os utentes para controlarem a sua saúde e assim atingirem “um completo bem-estar físico, psíquico e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades a modificar-se ou adaptar-se ao meio” (OMS, 1986), é importante que os profissionais de saúde e a comunidade privilegiem uma atuação direcionada para a promoção da saúde.

Tal como referido no Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016, a saúde não se acumula, porém resulta de um histórico de promoção da saúde e prevenção da doença e suas complicações, da adoção de comportamentos saudáveis e vivências em contextos saudáveis.

A efetividade da Promoção da Saúde consiste em produzir o efeito desejado, isto é, obter uma determinada mudança na proporção de indivíduos expostos a determinados fatores de risco ou gerar ganhos em saúde (Ferreira, 2010).

Os profissionais devem estar atentos para o fato de que as ações educativas em saúde não têm o dever de possuir um caráter vertical, sendo que é fundamental priorizar o conhecimento da realidade da pessoa ou do grupo, mergulhar no seu cotidiano, para em seguida fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva.

Tendo a UCC da Chamusca como missão, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do concelho da Chamusca, visando a obtenção de ganhos em saúde através da intervenção de cariz comunitário de uma equipa multidisciplinar que atua em parceria com várias entidades do concelho, esta unidade desenvolve atualmente diversos Programas/ Projetos no âmbito da prevenção da doença e proteção e promoção da saúde, nomeadamente: Crescer e Viver com Saúde, que integra os projetos: **Nascer com Saúde**, **Crescer com Saúde** e **Intervir com Jovens**; Saúde Escolar, que integra: **o Programa de Saúde Escolar e Crescer com Peso e Medida**; e Dar Anos à Vida, que integra os projetos: Aprender a viver com a diabetes; Cuide da sua Saúde; e Aproximar para Cuidar.

O projeto Dar Anos à Vida tem como finalidade promover a qualidade de vida da Pessoa Adulta e Idosa que residam no Concelho. Algumas das Atividades de sensibilização desenvolvidas, neste âmbito são, por exemplo, Alimentação Saudável e Maio, mês do Coração.

A intervenção que se pretende desenvolver denomina-se por “Cuide do seu Coração”, dá resposta ao preconizado pelo projeto Dar Anos à Vida.

“Cuide do seu Coração” pretende que o grupo possa desenvolver aprendizagens e competências na comunidade a que pertence, naquilo que são as suas especificidades e necessidades de saúde identificadas, no que refere, especificamente, ao controlo da hipertensão e, ainda, prevenção de complicações associadas à Hipertensão, nomeadamente, doenças cardiovasculares.

Assim, temos como objetivos específicos da intervenção:

- Caracterizar os conhecimentos e os comportamentos do grupo, no que respeita aos fatores de risco de HTA;

- Aumentar os conhecimentos do grupo sobre a HTA;

- Sensibilizar o grupo, no que respeita à adoção de comportamentos saudáveis.

Neste sentido, e para que os objetivos propostos sejam aplicáveis, a intervenção “Cuide do seu Coração” contempla os itens explanados no Quadro 1.

Quadro nº 1 – Intervenção: “Cuide do seu Coração”

Objetivos Específicos	Atividades	Estratégias	Indicador de Avaliação
<p>Fornecer informação por intermédio da estratégia de educação para a saúde, mediante as necessidades identificadas.</p>	<p>- Realização de um Curso “Cuide do seu Coração” com 5 sessões, com a duração de 60 minutos cada (Anexo II).</p> <p>-Divulgação em locais chave da freguesia de Ulme, tais como, café, Junta de Freguesia, Centro de Apoio Social – Casulme, Parafarmácia, etc.;</p> <p>- Registo informático da avaliação de tensão arterial, glicémia capilar e Índice de Massa Corporal (IMC).</p>	<p>- Educação para a Saúde e Promoção da Saúde através de Curso “Cuide do seu Coração”;</p> <p>- Registos realizados na aplicação: Suporte de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).</p>	<p>Nº total de participantes /Nº de sessões = Média de participantes por sessão</p>

Meta: Diminuir 20%o número de utentes hipertensos com hipertensão não controlada no grupo.

- Ganhos em conhecimento no controlo da HTA, no início e no fim do projeto.

- Ganhos em conhecimento no controlo da HTA relativamente aos fatores de risco.

- Avaliação dos contributos dados pelo projeto no controlo da HTA.

- Instrumento de colheita de dados.

- Adotar estilos de vida saudáveis: Alimentação e exercício físico;

- Gestão do regime terapêutico;

- Ação de sensibilização aos enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade da Chamusca, no sentido de poderem dar continuidade ao projeto.

3. PLANO DE ATIVIDADES A IMPLEMENTAR

Neste capítulo está esquematizado o plano de atividades através da tabela que inclui os objetivos que nos propomos atingir, bem como as atividades a desenvolver e as estratégias. São ainda referidas as unidades de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária relacionadas com o objetivo e atividades em questão. É importante referir que, enquanto planeamento que é, poderá surgir a necessidade de alterar ou retificar o plano das atividades. Desta forma, considera-se que este é flexível e passível de ser alterado sempre que se justifique. Delineou-se, ainda, as atividades de acordo com o espaço temporal, no cronograma que se encontra no Anexo I.

UNIDADES DE COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS	ATIVIDADES	QUANDO	ONDE
G1.2. Estabelece prioridades em saúde de uma comunidade.	<p>1) Caracterizar a área de intervenção;</p> <p>2) Integrar a estrutura física, organizacional e funcional do Centro de Saúde da Chamusca;</p> <p>3) Conhecer a dinâmica das unidades funcionais de Centro de Saúde da Chamusca.</p>	<p>- Caracterização sociodemográfica, cultural e económica;</p> <p>- Recursos comunitários e sociais;</p> <p>- Rede de transportes;</p> <p>- Acessibilidades;</p> <p>- Infraestruturas;</p> <p>- Apresentação do Centro de Saúde da Chamusca;</p> <p>- Visita às instalações do Centro de Saúde nas diferentes unidades funcionais para conhecimento do espaço físico, equipa de profissionais, organização e funcionamento;</p> <p>- Apresentação aos profissionais;</p> <p>- Conhecimento do plano de ação e dos programas da UCC da Chamusca;</p> <p>- Conhecimento do organograma funcional do ACES Lezíria.</p>	<p>No estágio do 2º Semestre</p> <p>No estágio do 2º Semestre</p>	<p>UCC - Chamusca</p> <p>Centro de Saúde da Chamusca</p> <p>UCC - Chamusca</p>

<p>identificados. G1.5. Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.</p>		<p>efetuadas e os recursos disponíveis;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registo em aplicativo SAPE e documentação da prestação de cuidados no processo de enfermagem – através dos diagnósticos de enfermagem Conhecimento demonstrado/não demonstrado; - Registo informático da avaliação de tensão arterial, glicémia capilar e Índice de Massa Corporal (IMC). 	<p>Ao longo do estágio</p>	<p>UCC - Chamusca</p>
<p>G2.1 Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e execução da cidadania.</p>	<p>Intervir no grupo, de acordo com as suas necessidades, assegurando cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados.</p>	<p>- Reforçar o desempenho com feedback positivo;</p>		

<p>G2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e, ciências humanas e sociais.</p> <p>G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.</p>	<p>Proporcionar a partilha de informação na e para com a comunidade.</p>	<p>-Fornecer informação por intermédio da estratégia de educação para a saúde; - Curso “Cuide do Seu Coração”;</p> <p>- Elaboração do trabalho e disponibilização do mesmo na UCC Chamusca.</p>	<p>Ulme Junta de Freguesia de Ulme</p>
		<p>Maio e Junho de 2014</p> <p>Julho de 2014</p>	

4 – CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde têm um papel importante no processo de promoção da saúde, uma vez que têm uma posição privilegiada no contacto com o utente, tendo em conta que cabe-lhes intervir e ser promotores de mudança no sentido de prestar cuidados de um modo mais regular e mais consistente.

Campos, Saturno e Carneiro (2010) defendem que o empoderamento do utente tem mostrado melhoria da gestão da doença, na utilização dos serviços de saúde, na melhoria da saúde e da qualidade de vida.

Os enfermeiros têm um importante papel na promoção da Saúde, uma vez que podem assumir o papel de mediadores dos diferentes interesses da sociedade, intervir concreta e efetivamente na comunidade, estabelecendo prioridades, delineando estratégias, tomando decisões no conjunto da equipa multidisciplinar, sempre com o objetivo de prossecução da Saúde (Almeida, 2003, citado por Antunes, 2005).

Os profissionais de Saúde, nomeadamente os Enfermeiros, devem ver na pessoa um parceiro no processo de tomada de decisão, numa relação onde não é esperado que estes resolvam os problemas pelo cliente, mas sim que os resolvam em colaboração com ele.

O projeto individual aqui apresentado envolve o cuidado de enfermagem para o controlo da hipertensão, enfatizando a promoção da saúde, assim como a educação para a saúde, realizadas através de ações preventivas, com a adoção de medidas e cuidados para evitar ou minimizar fatores de risco.

Em jeito de conclusão, os enfermeiros têm um papel importante no processo de promoção da saúde, uma vez que têm uma posição privilegiada no contato com o utente. Devem “ver” na pessoa um parceiro no processo de tomada de decisão, numa relação onde não é esperado que resolvam os problemas pelo utente, mas sim que os resolvam em colaboração com ele.

6 – BIBLIOGRAFIA

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP - Unidades de Saúde (2013) Consultado a 14 de Março de 2014, disponível em <http://www.arslvt.min-saude.pt/PrestacoesCuidadosSaude/UnidadesDeSaude/Paginas/CentrosdeSaude.aspx>.
- Antunes, I. (2005) – *Cuidados de Enfermagem à Família para promoção da Saúde da criança: Encontro com a história (1888-1988)*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Campos, L., Saturno, P., Carneiro, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços*. Acedido em 15 de Março de 2014 em pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf.
- Collière, M. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro. Diário da República, I Série (38). Ministério da Saúde
- Direção Geral da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Consultado a 15 de Março de 2014, disponível em <http://pns.dgs.pt>.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Ferreira, S. (2010) *RSL - A adaptação do Cuidador Informal como foco de prática de enfermagem*. Disponível em <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/585/1/Revis%C3%A3o%20Sistem%C3%A1tica%20da%20Literatura.pdf>.
- Ministério da Saúde (2014). *Hipertensão Arterial*. Ministério da Saúde: Portal da Saúde. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Otava, Canadá.
- Polónia, J., Ramalinho, V., Martins, L., Saavedra, J. (2006) Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão, *Rev. Port. Cardiol.* 2006; 25 (6): 649-660. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Hipertensão.
- Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª edição. Loures: Lusociência.

ANEXOS

ANEXO I – Cronograma

		Cronograma				
Ano		2014				
Mês		Março	Abril	Maió	Junho	Julho
Atividades						
Elaboração do Projeto de Estágio.		De 10 a 17				
Divulgação do Curso de Hipertensão em locais chave da freguesia de Ulme.						
Realização do Curso "Cuide do Seu Coração".						
Registo informático da avaliação de tensão arterial, glicémia capilar e Índice de Massa Corporal.						
Seminário (Escola de Enfermagem de Santarém)				12		3
Elaboração do Relatório						

Anexo II – Curso de Hipertensão

CURSO DE HIPERTENSÃO – CUIDE DO SEU CORAÇÃO

Destinatários: População de Ulme

1ª sessão:

- Rastreio “Cuide do Seu Coração” a todos os participantes: Avaliação de Glicémia Capilar, Tensão Arterial e IMC.
- Apresentação do Curso de Hipertensão “Cuide do Seu Coração”.



2 Sessão:

- Abordagem dos seguintes assuntos: HTA – conceito, Fisiopatologia, Classificação da hipertensão arterial; Fatores de risco; Tratamento; Complicações da hipertensão arterial e Crise hipertensiva.
- Preenchimento de questionário para avaliar a sessão.
- Esclarecimento de dúvidas e sugestões.

3 Sessão:

- Adesão ao regime terapêutico: Alimentação.
- Preenchimento de questionário para avaliar a sessão.
- Esclarecimento de dúvidas e sugestões.

4 Sessão:

- Adesão ao regime terapêutico: Exercício Físico.
- Esclarecimento de dúvidas e sugestões.

5 Sessão:

- Atividade Mistério.
- Esclarecimento de dúvidas e sugestões.
- Encerramento e entrega de diplomas.

ANEXO II – NORMA DA DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE Nº 20/2011 DE
28/09/2011, ATUALIZADA EM 19/03/2013

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura
George

Digitally signed by Francisco
Henrique Moura George
DN: cn=Francisco
Henrique Moura George,
o=DGS, ou=Direção-Geral da
Saúde, ou=Direção-Geral da
Saúde, ou=Ministério da
Saúde, ou=Portugal,
c=PT

113 anos

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



NÚMERO: 020/2011
DATA: 28/09/2011
ATUALIZAÇÃO: 19/03/2013

ASSUNTO: **Hipertensão Arterial: definição e classificação**
PALAVRAS-CHAVE: **Hipertensão Arterial**
PARA: **Profissionais do Sistema Nacional de Saúde**
CONTACTOS: **Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)**

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte

I – NORMA

1. O diagnóstico de hipertensão arterial (HTA) define-se, em avaliação de consultório, como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg, conforme algoritmo clínico em Anexo I (*Nível de evidência A, grau de recomendação I*).
2. A hipertensão arterial classifica-se em três graus, correspondendo o grau 1 a hipertensão arterial ligeira, o grau 2 a hipertensão arterial moderada e o grau 3 a hipertensão arterial grave, conforme algoritmo clínico em Anexo I.
3. Os profissionais de saúde registam nos processos clínicos os valores de pressão arterial (PA) avaliados em cada situação clínica e classificam-na nos termos da presente Norma.
4. No quadro abaixo assinalam-se os limites de referência da pressão arterial para o diagnóstico de hipertensão arterial ^a, de acordo com o tipo de medição realizado:

Tipo de medição		PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Consultório		140	90
24 horas (MAPA)	Global (24 horas)	125-130	80
	período do dia (07-23h)	130-135	85
	período da noite(23-07h)	120	70
Automedição no domicílio		130-135	85

MAPA - medição ambulatória da pressão arterial

5. O algoritmo clínico/árvore de decisão referente à presente Norma encontra-se em Anexo I.
6. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.

^a propostos pelas Sociedades Europeias de Cardiologia (www.escardio.org) e de Hipertensão (www.eshonline.org)

7. A presente Norma revoga a Circular Normativa n.º 2/DGS/DGCG, de 13/07/2004.
8. A presente Norma, atualizada com os contributos recebidos durante a discussão pública, revoga a versão de 28/09/2011.

II – CRITÉRIOS

- A. Esta definição de HTA é válida para pessoas de idade igual ou superior a 18 anos, que não sujeitas a tratamento farmacológico anti-hipertensor e que não apresentem patologia aguda concomitante ou se encontrem grávidas.
- B. Para efeitos de classificação nos termos do número dois da presente Norma, conforme algoritmo clínico em Anexo I, quando as PAS e PAD estiverem em diferentes categorias, considerar-se-á a categoria do valor mais elevado.
- C. Para o diagnóstico de HTA é necessário que a PA se mantenha elevada nas medições realizadas em, pelo menos, duas diferentes consultas, com um intervalo mínimo entre elas de uma semana.
- D. Como regra, o intervalo entre consultas poderá ser tanto maior quanto mais próximos da normalidade estejam os valores de PA.
- E. Em cada consulta deve medir-se a PA, pelo menos duas vezes, com um intervalo mínimo entre elas de um a dois minutos, sendo registadas no processo clínico o valor mais baixo registado da PAS e da PAD. Considerar uma terceira medição se houver uma grande discrepância entre os dois valores iniciais medidos e assinalar essa diferença no processo clínico.
- F. A medição da PA deve obedecer às seguintes premissas:
 - i. efetuada em ambiente acolhedor;
 - ii. realizada sem pressa;
 - iii. com o doente sentado e relaxado, pelo menos, durante 5 minutos;
 - iv. com a bexiga vazia;
 - v. não ter fumado nem ingerido estimulantes (café por exemplo) na hora anterior;
 - vi. com o membro superior desnudado^b;
 - vii. usando braçadeira de tamanho adequado;
 - viii. medição sistemática no membro superior em que foram detetados valores mais elevados da PA na primeira consulta.
- G. Devem ser registados os valores da PA, o braço em que foi medida, a braçadeira utilizada, a hora da medição e, alguma circunstância particular, como *stress*, febre ou agitação.
- H. Todos os doentes com HTA grau 3, assim como todos os doentes com grau 1 e 2 com risco cardiovascular (CV) alto ou muito alto, são candidatos a tratamento farmacológico precoce (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*).
- I. A hipertensão sistólica isolada define-se com valores de PAS ≥ 140 mmHg e de PAD < 90 mmHg, conforme algoritmo clínico em Anexo I.

^b Circunstâncias especiais, como a ausência congénita ou pós-traumática dos membros superiores, determinarão a medição da PA noutros locais e, consequentemente, a utilização de outras premissas.

- J. Para além da avaliação da PA, os profissionais de saúde avaliam o risco CV global, conforme Norma n.º 05/2013. Este depende não apenas dos graus de HTA, mas também da coexistência de outros fatores de risco, lesões dos órgãos alvo e doenças concomitantes.
- K. De acordo com os valores encontrados, a PA deve ser reavaliada com a seguinte periodicidade:
 - i. se PA < 130 / 85 mmHg, reavaliar até dois anos;
 - ii. se PA 130-139 / 85-89 mmHg, reavaliar dentro de um ano;
 - iii. se PA 140-159 / 90-99 mmHg, confirmar dentro de dois meses;
 - iv. se PA 160-179 / 100-109 mmHg, confirmar dentro de um mês;
 - v. se PA ≥ 180 / 110 mmHg, avaliar e iniciar tratamento imediatamente, ou avaliar dentro de uma semana, de acordo com o quadro clínico.
- L. Um doente que esteja a receber tratamento farmacológico anti-hipertensor, considera-se à partida como hipertenso, independentemente dos seus valores tensionais.
- M. Quando há dúvida se um doente é hipertenso, suspende-se progressivamente a medicação, garantindo-se uma vigilância apertada dos valores tensionais.
- N. A medição da PA poderá ser complementada com medições ambulatoriais, seja a automedicação da PA ou a medição ambulatoria da PA em 24 horas, sempre que clinicamente justificado. Estas abordagens estão especialmente indicadas quando valores tensionais elevados coexistem com a ausência de lesões nos órgãos alvo, diabetes mellitus ou doença renal crónica.
- O. Na monitorização da HTA também se procede à avaliação do risco CV, utilizando o algoritmo de risco cardiovascular SCORE, conforme Norma n.º 05/2013.

III – AVALIAÇÃO

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- C. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- D. A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- E. A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
 - i. Percentagem de indivíduos com medição da PA, nos últimos 12 meses:
 - (i) Numerador: nº de indivíduos com medição da PA nos últimos 12 meses;
 - (ii) Denominador: nº de inscritos na unidade de saúde.

- ii. Percentagem de pessoas com HTA com medição da PA, nos últimos 12 meses:
 - (i) Numerador: n.º de pessoas com HTA com medição da PA nos últimos 12 meses;
 - (ii) Denominador: n.º de pessoas com HTA inscritas na unidade de saúde.
- iii. Percentagem de pessoas que diminuíram de grau de HTA ao fim de 12 meses;
 - (i) Numerador: n.º de pessoas com HTA que diminuíram o grau de HTA ao fim de 12 meses;
 - (ii) Denominador: n.º de pessoas com HTA inscritas na unidade de saúde.
- iv. Número médio anual de consultas na vigilância de HTA, por grau de HTA:
 - (i) Numerador: número total de consultas na vigilância anual da HTA, por grau de HTA;
 - (ii) Denominador: n.º de pessoas com HTA inscritas na unidade de saúde, sob vigilância, por grau de HTA.

IV – FUNDAMENTAÇÃO

- A. As doenças cardiovasculares (DCV) continuam a ser, em Portugal, a principal causa de morte e, responsáveis por 32% do total dos óbitos. Mais especificamente, em 2006, a mortalidade proporcional por doenças cerebro vasculares foi de 14%, por doença isquémica cardíaca 8 % e por outras doenças do aparelho circulatório 11%. Acresce que, segundo o estudo português “The PAP study”, 21% da população em Portugal tem excesso de peso e 16% são obesos, 20% são fumadores (INS 2005-2006: 29% sexo masculino, 11% feminino) e 42% têm HTA. Em 2010, e segundo os dados publicados no relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes, nas pessoas com diabetes tipo 2, 76% dos doentes têm prescrição de fármacos anti-hipertensores e 56% de fármacos antilipidémicos.
- B. A HTA é o fator de risco mais prevalente na população portuguesa e por consequência, apesar de ser simples o seu diagnóstico, este deve obedecer a um processo criterioso e rigoroso de avaliação, diagnóstico e classificação.
- C. A HTA, como doença crónica que é, necessita da terapêutica e vigilância continuada no tempo, sendo importante não esquecer que a interrupção da terapêutica, absoluta ou intermitente, pode associar-se a um agravamento da situação clínica, embora, num grande número de casos, a HTA evolua de uma forma benigna e seja fácil de controlar.

V - APOIO CIENTÍFICO

- A. A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo de protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.

- B. Mário Espiga de Macedo e Carlos Gonçalves (Coordenação Científica), Carlos Silva Vaz (coordenação executiva), Carlos Canhota, Evangelista Rocha, Luís Duarte Costa, Paula Alcântara, Pedro Marques da Silva.
- C. Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- D. Foi ouvido o Diretor do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares.
- E. O conteúdo científico da presente Norma foi validado pelo Professor Doutor Henrique Luz Rodrigues, responsável pela supervisão e revisão científica das Normas Clínicas e pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas integrando-se os contributos, recebidos durante o período de discussão pública, sustentados cientificamente e acompanhados das respetivas declarações de interesses.

SIGLAS/ACRÓNIMOS

CV: cardiovascular

DCV: doença cardiovascular

HTA: hipertensão arterial

PA: pressão arterial

PAD: pressão arterial diastólica

PAS: pressão arterial sistólica

BIBLIOGRAFIA

British Cardiac Society; British Hypertension Society; Diabetes UK; HEART UK; Primary Care Cardiovascular Society; Stroke Association. JBS 2: Joint British Societies "guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice". Heart 2005; 91 Suppl 5: v1-52.

Díaz JDG, Herraiz CG. Diagnóstico del riesgo cardiovascular asociado a la arteriosclerosis. In: Núñez-Cortés JM, ed. Medicina Cardiovascular. Arteriosclerosis. Tomo II. Barcelona: Masson S.A., 2005:1497-512.

Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. J Hypertens 2005;23:1661-6.

Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2007;25:1105-87.

Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. Hypertension 2009;27:2121-58.

O risco de morrer em Portugal. DGS, Lisboa 2006.

Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J 2012;33:1635-701

Relatório Anual de 2011 do Observatório Nacional da Diabetes, Portugal 2011; 32.

Silva PM. Cálculo de risco cardiovascular global: um instrumento em evolução. Rev Port Card 2010; 29 (supl III): 75-88.

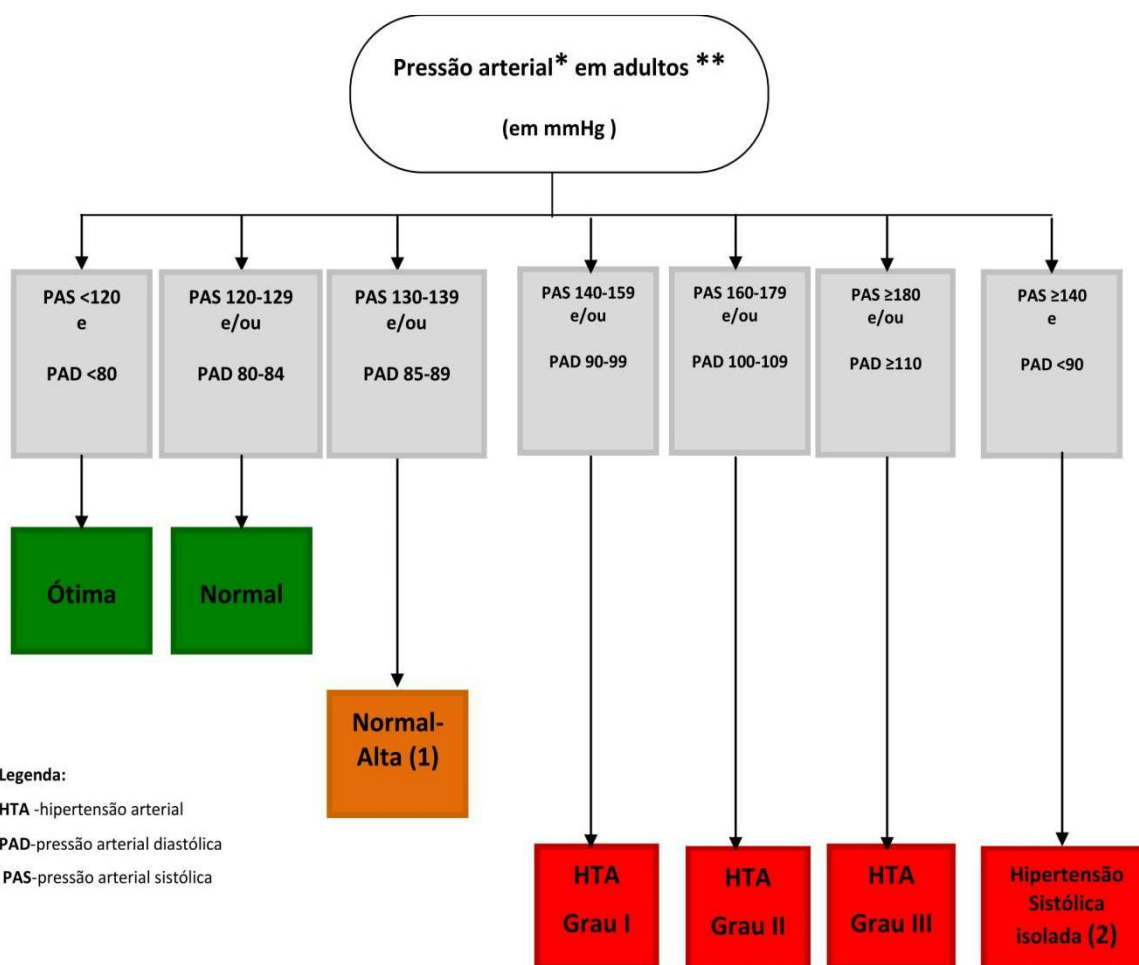
The Sixth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). Arch Intern Med 1997;157:2413-46.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXOS

Anexo I: Algoritmo clínico/árvore de decisão



Notas:

* Valores médios de duas medições realizadas em, pelo menos, duas diferentes consultas, após a deteção inicial de valores elevados de PA.

** Esta classificação é válida para adultos com 18 ou mais anos de idade que não estejam medicados com fármacos anti-hipertensores e não apresentem nenhum processo patológico agudo concomitante. Quando as PAS e PAD estejam em diferentes categorias considera-se a categoria do valor mais elevado.

(1) - As pessoas com PA normal-alta têm risco CV mais elevado comparativamente às que apresentam uma PA ótima (risco relativo de 2.5 na mulher e 1.6 no homem).

(2) - Hipertensão sistólica isolada: classifica-se também em graus de 1 a 3, segundo os seus valores de PAS e com idênticos escalões aos da HTA.

ANEXO III – FOLHETOS INFORMATIVOS DA SESSÃO 1, 2, 3, 4 e 5

CURSO

“CUIDE DO SEU CORAÇÃO”

RASTREIO
(avaliação de Tensão Arterial e Glicémia Capilar)



28 DE ABRIL DE 2014
(17 H – 19 H)

LOCAL: JUNTA DE FREGUESIA DE ULME

Enfermeira Rjta Hipólito
Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária - Escola Superior de Saúde de Santarém

CURSO

“CUIDE DO SEU CORAÇÃO”

2ª Sessão



05 DE MAIO DE 2014
às 17 H

LOCAL: JUNTA DE FREGUESIA DE ÚLME

CURSO

“CUIDE DO SEU CORAÇÃO”

3ª Sessão



13 DE MAIO DE 2014 às 16 H

LOCAL: JUNTA DE FREGUESIA DE ÚLME

Enfermeira Rjta Hipólito
Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária - Escola Superior de Saúde de Santarém

CURSO

“CUIDE DO SEU CORAÇÃO”

4ª Sessão



27 DE MAIO DE 2014
às 16 H

LOCAL: JUNTA DE FREGUESIA DE ÚLME

Enfermeira Rjta Hipólito
Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária - Escola Superior de Saúde de Santarém

CURSO

“CUIDE DO SEU CORAÇÃO”

5ª Sessão



05 DE JUNHO DE 2014
às 16 H

LOCAL: JUNTA DE FREGUESIA DE ÚLME

Enfermeira Rjta Hipólito
Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária - Escola Superior de Saúde de Santarém

ANEXO IV – Certificado de Presença



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que _____
participou no Curso “**Cuide do Seu Coração**”, que se realizou nos meses de Abril, Maio e Junho de 2014,
em Úlme.

Úlme, Junho de 2014

(A Coordenadora da UCC: Maria do Rosário Martins)

(Rita Hipólito)

O Curso “Cuide do Seu Coração” foi realizado no âmbito do 4º CMCC da ESSS,
pela mestrande Rita Hipólito.

ANEXO V – CONVITE PARA A SESSÃO 6

CONVITE

Vimos por este meio convidar Vossa Excelência para o encerramento do Curso “ **Cuide do Seu Coração**”, que se realizará no dia **19 de Junho de 2014**, pelas **16 h**, no recinto junto à Igreja de Ulme.

Traga o seu lanche e divirta-se connosco.

Contamos com a sua presença.

Ulme, Junho de 2014

A Coordenadora da UCC: Maria do Rosário Martins
Mestranda: Rita Hipólito

ANEXO VI – FOTOGRAFIA DO PORTA-MOEDAS



ANEXO VII – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO 1

“CUIDE DO SEU CORAÇÃO”

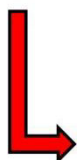


28 DE ABRIL DE 2014
(17 H - 19 H)

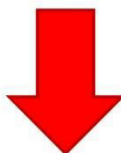
JUNTA DE FREGUESIA DE ULME

Enfermeira Rita Hipólito
Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária - Escola Superior de Saúde de Santarém

- DIAGNÓSTICO DE SAÚDE A PESSOAS COM 65 OU MAIS ANOS



72% DOS UTENTES
APRESENTAM HIPERTENSÃO ARTERIAL



CUIDE DO SEU CORAÇÃO

CUIDE DO SEU CORAÇÃO



→ AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES SÃO A PRINCIPAL CAUSA DE MORTE EM PORTUGAL.

→ SENDO, A HTA É O FATOR DE RISCO NA POPULAÇÃO PORTUGUESA.

DGS (2014)

CUIDE DO SEU CORAÇÃO



HTA

- Doença Vascular Cerebral (AVC)
- Doença Coronária (Enfarte Agudo do Miocárdio)
- Insuficiência Cardíaca.

Polónia *et al* (2006)

ANEXO VIII – QUESTIONÁRIO APLICADO NA SESSÃO 1

6 – É Hipertenso(a)?

Não _____

Sim _____

7 –É Diabético?

Não _____

Sim _____

8 – Tensão Arterial: _____/_____ mmHg

9 – Glicémia Capilar: _____mg/dl

10 – Peso Corporal: _____ Kg

11 – Altura: _____m

12 - IMC: _____

13 – Perímetro Abdominal: _____cm

ANEXO VII – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO 2

CUIDE DO SEU CORAÇÃO

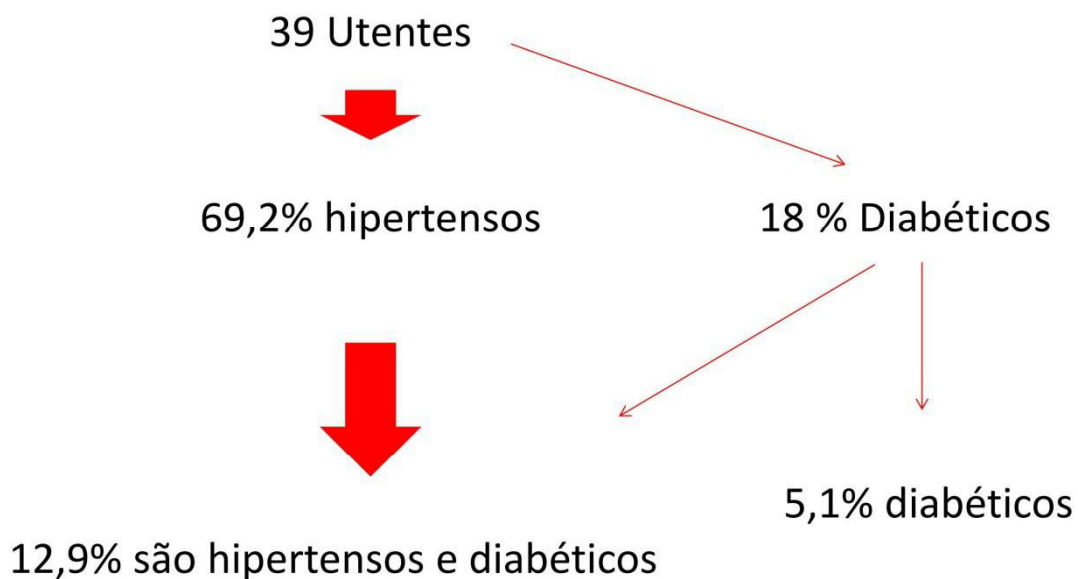


05 DE Maio DE 2014

JUNTA DE FREGUESIA DE ULME

Enfermeira Rita Hipólito
Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária - Escola Superior de Saúde de Santarém

Hipertensão Arterial



Hipertensão Arterial



39 Utentes

12 Utentes

27 Utentes hipertensos



5 (12,8%) -> TA Normal
7 (18%) -> HTA

16 (41%) -> TA Normal
11(28,2%) -> HTA

Tensão Arterial



É a **Pressão** que o sangue faz na parede das artérias por onde circula



Quando esta pressão é maior do que o normal



Hipertensão Arterial
(Tensão Arterial Alta)

Hipertensão Arterial



Exemplo de artérias obstruídas por placas de gordura

Hipertensão Arterial



Doença crónica



Tensão sistólica (máxima) > ou = 140mm Hg

Tensão diastólica (mínima) > ou = 90 mm Hg



Não se sente, mede-se!

Hipertensão Arterial



Fatores de Risco

- ✓ Excesso de peso
- ✓ Uso de sal em excesso e a má alimentação
- ✓ Sedentarismo (não fazer exercício físico)
- ✓ Stress
- ✓ Tabagismo (ser fumador)
- ✓ Consumo de Bebidas Alcoólicas
- ✓ Ser Diabético
- ✓ Colesterol Elevado



Hipertensão Arterial



Sintomas

NÃO PROVOCA QUAISQUER SINTOMAS.

Mas pode manifestar-se através de sinais, tais como:

- Cefaleias (dor de cabeça)
- Tonturas
- Mal-estar vago



Hipertensão Arterial



Sintomas de hipotensão

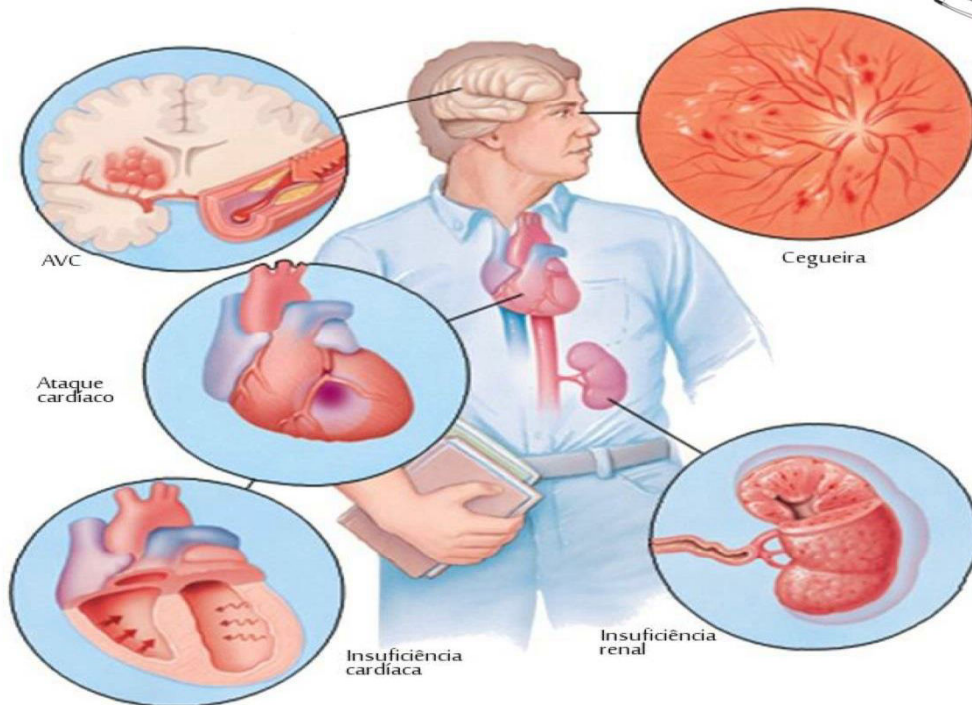
- × Tonturas
- × Vertigens
- × Distúrbios visuais
- × Dores de cabeça
- × Sensação de Desmaio e/ou breve inconsciência (colapso ortostático)



Hipertensão Arterial



Consequências



Hipertensão Arterial



Tratamento

- Ter uma alimentação saudável e diminuir o consumo do sal na comida
- Praticar exercício físico, por exemplo, caminhadas
- Manter o peso adequado
- Evitar o Stress



Hipertensão Arterial



Tratamento

- Diminuir ou abandonar o consumo de bebidas alcoólicas
- Não fumar
- Tomar a medicação conforme orientação médica



ANEXO X – QUESTIONÁRIO APLICADO NA SESSÃO 2

Questionário

Agradeça a sua colaboração respondendo a este questionário, de caráter confidencial e anónimo, e cujos dados se destinam unicamente a tratamento estatístico.

O meu muito obrigado.

1- A Hipertensão Arterial é uma doença crónica?

Sim _____

Não _____

2- O Sal em excesso faz bem à saúde?

Sim _____

Não _____

3- Fazer exercício físico, como caminhadas, faz bem à saúde?

Sim _____

Não _____

4- Se a minha Tensão Arterial estiver “boa”, devo de deixar de tomar a medicação?

Sim _____

Não _____

ANEXO XI - APRESENTAÇÃO DA SESSÃO 3

CURSO

CUIDE DO SEU CORAÇÃO



13 DE Maio DE 2014

JUNTA DE FREGUESIA DE ULME

Enfermeira Rita Hipólito
Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária - Escola Superior de Saúde de Santarém

Hipertensão Arterial



Tratamento

- Ter uma alimentação saudável e diminuir o consumo do sal na comida
- Praticar exercício físico, por exemplo, caminhadas
- Manter o peso adequado





ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



Roda dos Alimentos



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



- ✓ COMPLETA
- ✓ EQUILIBRADA
- ✓ VARIADA

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



Todos os alimentos podem ser constituídos por:

- ✓ Hidratos de Carbono
- ✓ Proteínas
- ✓ Gorduras
- ✓ Vitaminas e Sais Minerais
- ✓ Água

Hidratos de Carbono



SÃO A PRINCIPAL FONTE DE ENERGIA.



PROTEÍNAS



São utilizadas para a construção de órgãos, músculos, pele, cabelo, etc.



Não precisamos de quantidades exageradas, pois o excesso, a ser aproveitado, é usado na constituição e reservas de gordura.

Gorduras



São necessárias, mas o seu consumo deve ser cuidadoso.

GORDURAS SATURADAS, MONOINSATURADAS, POLINSATURADAS E COLESTEROL.



Vitaminas e sais minerais



Fibras Alimentares



Conjunto de substâncias existentes nos alimentos de origem vegetal, que o organismo não consegue digerir e que não são absorvidas.

Atuam na digestão, contribuindo para um bom trânsito intestinal.

Água



É fundamental para a nossa sobrevivência e para a manutenção do nosso estado de saúde.



70% do nosso corpo



Bebidas alcoólicas – podem ser consumidas às refeições, embora com muita moderação

Sal



Deve ser substituído por ervas aromáticas.

Ler com atenção os rótulos do alimentos embalados e procurar comprar os que têm menor quantidade de sal.



Por exemplo, o fiambre.

Não levar o saleiro para a mesa.

Exemplo de uma alimentação adequada para uma pessoa com hipertensão arterial



Pequeno Almoço:

Iogurte e um pão integral com manteiga magra e sem sal

Meio da tarde:

Um copo de leite magro ou meio gordo e uma torrada com manteiga magra e sem sal

Meio da manhã

Uma peça de fruta com duas bolachas sem sal

Jantar:

Sopa de legumes
Peixe grelhado com batata cozida e salada de frutas

Almoço:

Sopa de legumes,
Peru grelhado com arroz, alface e tomate, e uma peça de fruta

Ceia:

Um iogurte e duas bolachas sem sal

ANEXO XII – QUESTIONÁRIO APLICADO NA SESSÃO 3

Questionário

- 1– Quantas refeições ingere por dia? _____
- 2– Qual a quantidade de água que bebe por dia? _____
- 3– Costuma utilizar ervas aromáticas em substituição do sal?
- Sim _____
- Não _____
- 4 – Costuma utilizar azeite em substituição de outra gordura, como manteiga ou óleo?
- Sim _____
- Não _____
- 5 - Que quantidade de sal costuma pôr na comida por dia?
- Nenhum _____
- Uma colher de sobremesa _____
- Uma colher de sopa _____
- Mais do que uma colher de sopa _____
- 6 – Com que regularidade come vegetais?
- Todos os dias _____
- Às vezes _____
- Nunca _____
- 7 – Qual a quantidade de vegetais come por dia?
- Nenhum _____
- Uma taça de sobremesa _____
- Uma tigela de sopa _____
- Mais do que uma tigela de sopa _____
- 8 – Com que regularidade come fruta?
- Todos os dias _____
- Às vezes _____
- Nunca _____

9 – Qual a quantidade de fruta que come por dia?

Nenhuma _____ que tipo quando?

1 a 2 peças de fruta _____

3 a 4 peças de fruta _____

Mais de 5 peças de fruta _____

10 – Qual a quantidade de carne que ingere habitualmente?

Não consome _____

Consome <1 x mês _____

Consome 1 a 4 x por semana _____

Consome 1x por semana _____

Consome 1 x dia _____

Consome 1 ou mais vezes ao dia _____

11 – Qual a quantidade de azeite que usa por dia?

Nenhum _____

1 colher de sobremesa _____

1 colher de sopa _____

>1 colher de sopa _____

12 – Qual a quantidade de leite que bebe por dia?

Nenhum _____

1 copo de leite (250 ml) _____

2 copos de leite (500 ml) _____

>500 ml dia _____

13 – Costuma comer queijo? Quantas fatias por dia?

14 – Costuma comer iogurtes? Quantos por dia?

ANEXO XIII - APRESENTAÇÃO DA SESSÃO 5

“CUIDE DO SEU CORAÇÃO”



05 DE JUNHO DE 2014

JUNTA DE FREGUESIA DE ULME

Enfermeira Rita Hipólito
Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária - Escola Superior de Saúde de Santarém

Hipertensão Arterial



RELEMBRANDO

Tensão Arterial



É a **Pressão** que o sangue faz na parede das artérias por onde circula



Quando esta pressão é maior do que o normal



Hipertensão Arterial
(Tensão Arterial Alta)

Hipertensão Arterial



Doença crónica



Tensão sistólica (máxima) > ou = 140mm Hg

Tensão diastólica (mínima) > ou = 90 mm Hg

NÃO PROVOCA QUAISQUER SINTOMAS.



Não se sente, mede-se!

Hipertensão Arterial



Fatores de Risco

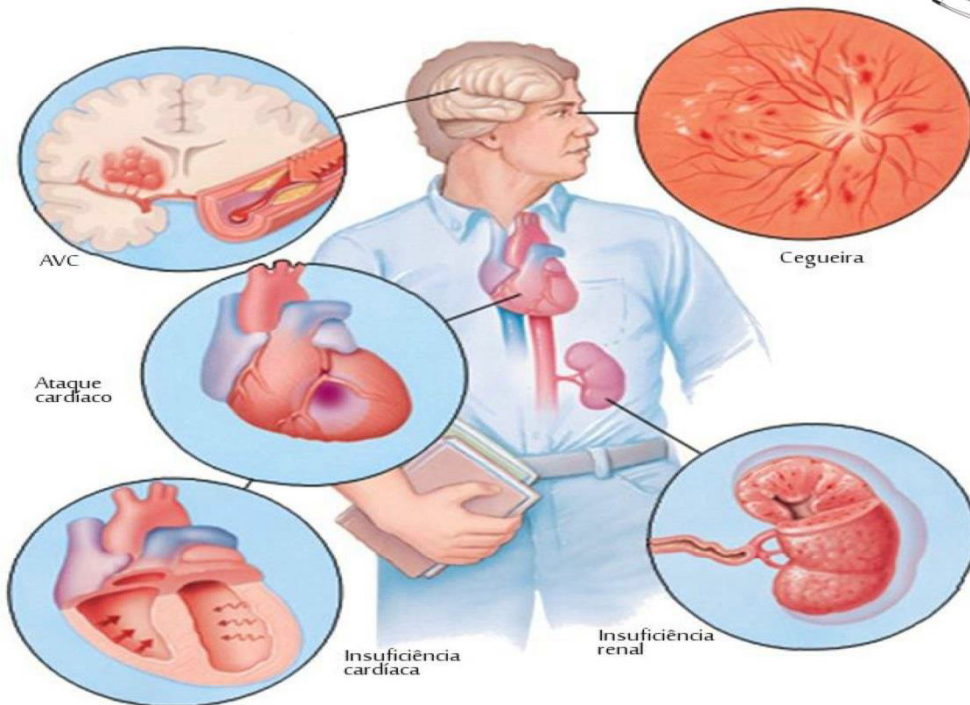
- ✓ Excesso de peso
- ✓ Uso de sal em excesso e a má alimentação
- ✓ Sedentarismo (não fazer exercício físico)
- ✓ Stress
- ✓ Ser fumador
- ✓ Consumo de Bebidas Alcoólicas
- ✓ Ser Diabético
- ✓ Colesterol Elevado



Hipertensão Arterial



Consequências



Hipertensão Arterial



- Praticar exercício físico, por exemplo, caminhadas
- Manter o peso adequado
- Evitar o Stress
- Tomar a medicação conforme orientação médica

Tratamento



E....



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

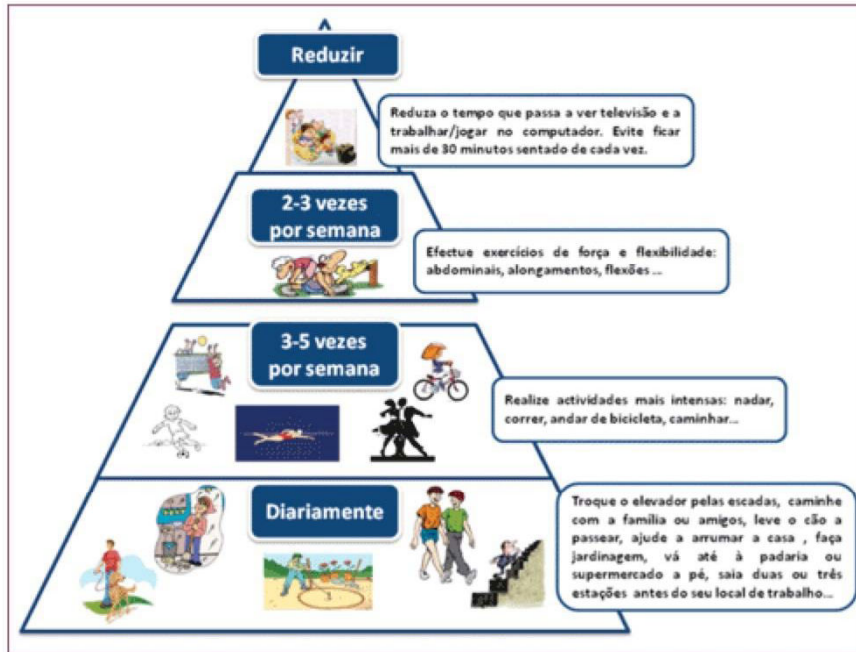
Tratamento



EXERCICIO FISICO



Treatmento



EXERCICIO FISICO



Sugestão para um plano de Caminhada:

Semana	Duração	Frequência
Primeira semana	10 minutos	3 vezes por semana
Segunda semana	15 minutos	3 vezes por semana
Terceira semana	20 minutos	3 vezes por semana
Quarta semana	25 minutos	3 vezes por semana
Após um mês	30 minutos	3 vezes por semana

E assim passamos a ter o hábito de caminhar

“CUIDE DO SEU CORAÇÃO”



05 DE JUNHO DE 2014

JUNTA DE FREGUESIA DE ULME

Enfermeira Rita Hipólito
Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária - Escola Superior de Saúde de Santarém

ANEXO XIV – FOLHETO: RODA DOS ALIMENTOS

RODA DOS ALIMENTOS



RODA DOS ALIMENTOS



A ALIMENTAÇÃO DEVE SER **COMPLETA, EQUILIBRADA E VARIADA.**

ANEXO XV – QUESTIONÁRIO DE APRECIÇÃO DO CURSO

Avaliação do Curso

Por forma a avaliar o curso, pedimos a vossa colaboração, respondendo a algumas questões acerca das sessões em que participou. Agradecemos que expresse a sua opinião sincera sobre os tópicos seguintes, independentemente desta ser positiva ou negativa, assinalando as opções que melhor a traduzem.

1 - Encontrou neste Curso aquilo que procurava?

- Nunca
- Quase nunca
- Muitas vezes
- Sempre

2 –Vai mudar algum comportamento com o que aprendeu neste curso?

- Sim
- Não

3 –Estásatisfeito com o curso em que participou?

- Nada
- Pouco
- Bastante
- Muito

4 –Recomendaria este curso a uma pessoa amiga?

- Não
- Sim

5 – Setivesse oportunidade voltaria a frequentar o curso?

- Não
- Sim

6 – Comoclassifica o curso em que participou?

- Mau
- Regular
- Bom
- Excelente

Que outros temas gostaria de ver abordados?

Muito grata pela sua colaboração!

ANEXO XVI – LIMITADORES DE PESQUISA POR BASE DE DADOS

	LIMITADORES
CINAHL Plus with Full Text	Resumo disponível; humano; qualquer autor é enfermeiro(a), texto completo em PDF.
MEDLINE withFullText	Resumo disponível; humano;
Cochrane Database of Systematic Reviews	Ano de publicação 2004 a 2014 - Resenhas
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Texto completo em PDF
MedicLatinawithFullText	Texto completo em PDF

ANEXO XVII - RESULTADOS POR DESCRITOR

Nurs*	34561
Hypertension	19128
HealthEducation	1726

ANEXO XVIII – RESULTADOS COM CONJUGAÇÃO DOS DESCRITORES

Nurs*+ Hypertension	407
Nurs* + Health Education	261
Hypertension + Health Education	69
Nurs*+ Hypertension + Health Education	10

ANEXO XIX – ARTIGO 1: A RANDOMISED TRIAL OF A 5 WEEK, MANUAL BASED, SELF-MANAGEMENT
PROGRAMME FOR HYPERTENSION DELIVERED IN A CARDIAC PATIENT CLUB IN SHANGHAI

Research article

Open Access

A randomised trial of a 5 week, manual based, self-management programme for hypertension delivered in a cardiac patient club in Shanghai

Feng Xue¹, Wen Yao² and Robert J Lewin^{*3}

Address: ¹Postgraduate Area, 2nd Floor, HYMS, University of York, York, UK, ²Centre for Disease Control, Hong Kou District, 197 Chang Yang Road, Shanghai, PR China and ³British Heart Foundation Care and Education Research Group, Department of Health Sciences, Seebohm Rowntree Building, University of York, University Road, York, UK

Email: Feng Xue - fx101@york.ac.uk; Wen Yao - yw612423@163.com; Robert J Lewin* - RJPL1@york.ac.uk

* Corresponding author

Published: 6 May 2008

Received: 10 August 2007

BMC Cardiovascular Disorders 2008, **8**:10 doi:10.1186/1471-2261-8-10

Accepted: 6 May 2008

This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/8/10>

© 2008 Xue et al; licensee BioMed Central Ltd.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Background: In Shanghai there are 1.2 million people with hypertension, many of whom have difficulty in affording medical treatment. Community based, anti-hypertensive clubs have been created to provide health education but education alone is often ineffective. Lifestyle change programmes have shown some potential for reducing blood pressure but in previous trials have required specialist staff and extensive contact. We have previously demonstrated that self-management programmes delivered by health professionals, such as a nurse who has had short training in self-management techniques can change health behaviour and reduce symptoms. This study was designed to evaluate the benefits of a simple, cognitive-behavioural, self-management programme for hypertension based around a hypertension manual and delivered in the setting of a community anti-hypertensive club in Shanghai.

Method: The method was a pragmatic randomised controlled trial with an intention-to-treat analysis. Adult patients with mild-to-moderate primary hypertension, waiting to join a neighbourhood anti-hypertension club, were randomised to the self-management programme or to an information only control procedure. They attended the group treatment sessions on 4 occasions over 5 weeks for education combined with goal setting for lifestyle change and an introduction to exercise. The main outcome measures were: changes in blood pressure; blood total cholesterol; diet; activity level and health related quality of life 1 month and 4 months after the end of treatment.

Results: A total of 140 adults with mild-to-moderate primary hypertension took part. All of the main outcomes showed beneficial changes. Four months after the end of treatment the mean blood pressure differences between groups were systolic 10.15 mm Hg ($P < 0.001$, 95% CI 7.25–13.05), and diastolic 8.29 mmHg ($P < 0.001$, 95% CI 6.71–9.88). Patients in the intervention group also had significantly reduced weight, lowered blood total cholesterol, increased physical activity and improved quality of life.

Conclusion: Patients with mild-to-moderate primary hypertension attending a 5 week, group and manual based, cognitive-behavioural self-management programme, delivered through a voluntary club in Shanghai experienced a significant reduction in blood pressure.

Trial registration: Current Controlled Trials ISRCTN73114566

Background

Hypertension is associated with a number of health behaviours such as lack of exercise and an unhealthy diet. Trials of lifestyle change programmes have shown worthwhile improvements in blood pressure (BP). For example the PREMIER trial, after subtracting change in the control group, showed a net reduction of 3.7 mmHg ($P < 0.001$) in systolic BP at 6 months and 4.3 mmHg ($P < 0.001$) in a second group of patients having additional counselling about an anti-hypertensive diet (the DASH diet) [1]. At 18 months the differences were not statistically significant [2]. In the ADAPT trial in Australia, positive changes in lifestyle and blood lipids were observed; however, the study appeared not to have reported the effect of its intervention on BP [3]. Both trials involved intensive contact with patients, long-term follow up and multi-professional input. For example, in the PREMIER trial patients attended 18 group sessions over 6 months plus 4 individual training sessions. Some cognitive-behavioural studies have targeted stress as a potential risk marker but results from such programmes have been mixed. A study by Linden [4] demonstrated that individualised stress management was associated with ambulatory BP reductions; however some other studies, e.g. Johnston's [5], have failed to replicate this effect. According to Mancia [6], stress may be linked to hypertension through increasing unhealthy behaviours. Reviewing these studies the 2004 Canadian recommendations for the management of hypertension recommended its use only in selected individuals [7].

In Shanghai the prevalence of hypertension has been rising for almost two decades; in 1991 it was 13%, in 1998 17% and in 2001 19% [8]. In 2006, 29.8% of over-35s in Shanghai were hypertensive [9]. The majority of Chinese patients are unable, or unwilling, to pay for expensive 'western' medicines for hypertension. Instead many use local cheap herbal medicines [10,11], for example the *zhenju* pill, a compound of chrysanthemum, pearl and a diuretic. There are believed to be 1.2 million hypertensive people in Shanghai [8]. As they get older there is likely to be an increase in the number of strokes and heart disease which will have a profound effect on the health of the population. In response a community based chronic disease management strategy has been adopted. One aspect of this strategy has been the establishment of voluntary and very popular 'hypertension and cardiac rehabilitation clubs'. Patients who join the clubs have public lectures on hypertension and lifestyle change with 40 or 50 people attending each time.

Educational interventions are known to be a relatively weak method for behavioural change when compared with cognitive-behavioural self-management programmes [12]. Unfortunately there are many patients to

treat and few health professionals trained in cognitive-behavioural methods. One solution for delivering cognitive-behavioural self-management programmes to large numbers of people is the use of self-help manuals 'facilitated' by brief contacts with a health professional or lay person who has had short training in the cognitive-behavioural methods employed in the programme. Examples include the Heart Manual for delivering post-MI (myocardial infarction) cardiac rehabilitation which has been evaluated in several trials versus both routine care [13] and multi-disciplinary hospital based programmes [14] and has been found to be superior to the former and equal to the latter. In the UK the National Institute for Clinical Excellence has recently recommended the Heart Manual as being equivalent to a multi-disciplinary phase III hospital based rehabilitation programme and it is being widely used for that purpose. A similar self-management programme, the Angina Plan reduced episodes of angina by 40% and improved a number of health behaviours when delivered through 4 brief contacts with a nurse [15] and this too is being increasingly adopted across the UK.

In the study reported here we developed and evaluated a 5 week, group and manual based, cognitive-behavioural self-management programme for hypertension that could be delivered in the setting of a community based 'hypertension and cardiac rehabilitation club' in Shanghai.

Methods

Study participants

The study was conducted in a community anti-hypertensive club in Tilanqiao Neighbourhood, Shanghai. A chronic disease management system had been established in this neighbourhood as part of the work of the Tilanqiao Community Health Services Centre (CHSC). In this system all patients with a chronic disease receive regular health checks, the frequency of these depending on the severity of the illness. The checks are administered by community 'doctors' who are health workers trained in public health but have no right to prescribe medicine. For hypertensive patients, community doctors go to their homes at regular intervals to measure blood pressure and give simple advice about managing the disease.

The research subjects were adults with mild-to-moderate primary hypertension with no evidence of serious co-morbidity such as diabetes and angina. According to the 2003 European Society of Hypertension guidelines for the management of arterial hypertension [16], such patients need to be monitored for at least 3 months with only non-pharmacological treatment rather than begin drug treatment promptly. Hypertensive patients with concomitant diabetes, even if they have only high normal BP, are classified as at high risk, and should initiate immediate anti-hypertensive drug treatment which would have confounded the

results of the trial. We had intended to recruit patients not having started drug therapy; however this was not available in the system, as all patients had been on medication, although the majority were taking herbal medicine. Furthermore, under the chronic disease management system in force in this neighbourhood diabetic patients were part of a different monitoring mechanism. Therefore diabetic patients were not included in the trial.

The inclusion criteria were:

- clinician diagnosed mild-to-moderate primary hypertension defined as having systolic BP between 140 and 180 mm Hg and/or diastolic BP between 90 and 110 mmHg in accordance with patients' medical records;
- patients aged 18–69 years: this was because the physical activity questionnaire we used was only valid in this range.

The exclusion criteria were:

- secondary forms of hypertension (e.g. hypertension resulting from renal disease);
- target organ damage and/or diabetes;
- congestive heart failure;
- angina;
- other life-threatening co-morbidity (e.g. carcinoma, terminal liver or renal failure);
- disability that would prevent participation in a walking exercise regime;
- an inability to read or communicate in Chinese and/or a history of reduced cognitive ability.

Recruitment and randomisation

The names of the patients who satisfied the entry criteria were taken in a serial fashion from the list of patients

being actively followed up in the chronic disease management system. The principle investigator (FX), accompanying a community doctor, conducted home visits and explained the study to these patients. If interested in taking part, they were given an information sheet and contacted again by telephone after one week. If still willing to take part, they were then invited to the CHSC for a baseline assessment. Informed consent was obtained, following which they were randomised by an independent community health doctor who was not involved in the research in any other way. The research subjects automatically became members of the Tilanqiao Community Anti-Hypertensive Club.

The patients were randomised to either the self-management programme or an information only control group with the promise that they would receive the intervention once the study was completed. Randomisation codes were generated by STATA and the person who executed the allocation sequence was blinded to the patients and took no other part in the research.

The intervention

The self-management group intervention was delivered in 4 small group sessions spread over 5 weeks, the final session taking place two weeks after the third session. Each small group comprised 10–12 patients, there being 6 groups in all. Each of the first three sessions lasted 2.5 hours, and the final session around 1 hour. Table 1 presents the content of each session.

The programme followed a common format, consisting of:

- An educational talk, in accordance with a self-management manual (the Hypertension Manual), from a community doctor who was trained by the principal investigator (FX) in the methods being used in the programme. The community doctor also led three group exercises, which were, respectively, using digital BP meter, calculating body mass index (BMI), and estimating food energy.

Table 1: contents of the cognitive-behavioural self management programme for hypertension by session

Day 1 in Week 1 (9.00–11.30)	Day 2 in Week 2 (9.00–11.30)	Day 3 in Week 3 (9.00–11.30)	Day 4 in Week 5 (9.00–10.00)
<ul style="list-style-type: none"> • Basic knowledge of hypertension • Introduction to goal setting 	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback from practice of goals • Physical activity, DASH diet, salt, alcohol, smoking 	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback from previous goals • Managing the pills 	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback from previous goals • Patient led exercise session
<ul style="list-style-type: none"> • Group exercise – using digital BP meter • Handing out booklets 2–5 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient led exercise session • Group exercise – calculating BMI 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient led exercise session • Group exercise – food energy calculation 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintaining change
<ul style="list-style-type: none"> • Setting initial goals 	<ul style="list-style-type: none"> • Setting new goals 	<ul style="list-style-type: none"> • Setting new goals 	<ul style="list-style-type: none"> • Setting new goals

- Goal setting for behaviours that would reduce hypertension such as improved diet or a higher level of activity. From the second session onwards patients reported back to their group the progress they had made with their individually set goals and received praise and encouragement from the group members before setting further goals. Between each session every patient was contacted by a 'group facilitator' (one of the group members) who phoned the others to check progress with the 'homework' goals that the patient had set in the group session. This facilitator was chosen by the principle investigator (FX) using his subjective judgement as to which patient would be most suitable for this role.

- A patient led exercise session. In each group one patient volunteered to give demonstration and then lead an exercise session in a form of exercise they knew well; in most cases this was *tai chi* or fan dance.

Self-monitoring was known to improve health behaviour and patients were provided free of charge with a digital BP meter, a weight scale, and a measuring tape to record daily BP, as well as weekly weight and waist circumference.

Patients were given a copy of the Hypertension Manual, which consisted of 5 separate booklets handed out at the first session.

- Booklet 1 gave basic knowledge about the causes of hypertension and dealt with a number of common misconceptions about hypertension. It also explained goal setting techniques and the self-monitoring of BP using the equipment provided.

- Booklet 2 gave information about desirable lifestyle changes including smoking cessation, increased levels of activity, weight reduction, controlling alcohol consumption to moderate levels, reducing the use of dietary sodium, and details of the DASH eating plan that was previously shown to reduce BP.

- Booklet 3 concerned compliance with medication and the maintenance of behaviour change.

- Booklet 4 was a diary for recording their daily BP as well as weekly weight and waist circumference.

- Booklet 5 was the 'Action Plan', a set of goal sheets on which the patients set out and recorded their success with their weekly goals.

The text of these booklets is available in both English and Chinese from the principal investigator (FX).

The main hypothesised therapeutic components of the intervention were: increasing activity levels, a reduction in or cessation of smoking, reduced sodium consumption and improved diet.

The main therapeutic methods employed were: education about the illness and changing unhelpful misconceptions, goal setting, group facilitation, self-monitoring and self-recording.

The control group received a booklet that was given to all members of the anti-hypertension clubs explaining desirable behavioural change and giving important information about hypertension. At the completion of the study the control group also took part in the self-management programme.

Both groups also received usual care as part of the chronic disease management programme.

Sample size

The following assumptions were made: that the standard deviation of diastolic BP was 10 mmHg [17] and a reduction of blood pressure by 10/5 mmHg would be a clinically significant improvement [18]. Previous research showed that the DASH eating plan could lead to a reduction in diastolic pressure of 5.5 mmHg [19] and a reduction of 5–10% of body weight could reduce systolic and diastolic blood pressure by between 4–7 and 3–6 mm Hg respectively [20]. It was therefore thought reasonable to predict a mean diastolic blood pressure reduction of 5 mm Hg might be achieved. Requiring 80% power to detect such a change at $\alpha = 0.05$ level would require 126 patients (63 in each group). Allowing for an attrition rate of 10% of patients over the course of the study yielded a recruitment target of 70 patients for each arm of the trial.

Outcome measures

Baseline data was collected during the initial screening visit. Follow up data was collected on 2 occasions after treatment, the 1st follow-up being 1 month after the end of treatment and the 2nd follow up being 4 months after the end of treatment. Staff blind to randomization collected and scored all measurements.

Blood pressure measurements were obtained by trained, certified individuals who used a mercury sphygmomanometer. After the participant sat quietly for 5 minutes, the observer measured BP in the right arm with an appropriately sized cuff. At each visit, 2 BP measurements separated by at least 30 seconds were obtained. A reading of systolic BP was taken when the first Korotkoff sound appeared, and a reading of diastolic BP was taken when the Korotkoff sounds disappeared [21]. At each assess-

ment point, BP was the mean of all available measurements.

Weight, height and waist circumference were measured using, respectively, a calibrated scale, a wall-mounted stadiometer and an inelastic tape maintained in a horizontal plane.

Biochemical tests were taken by a chief technician and analysed at a laboratory in a hospital that was not connected to the study in any other way. Urine sodium and potassium was measured using ion selective electrodes (ISE); and the cholesterol oxidase method was used to establish blood total cholesterol. The normal range for blood total cholesterol was 2.8–5.8 mmol/L; for urine sodium 130–260 mmol/24 h; for urine potassium 25–100 mmol/24 h. Urine sodium divided by potassium was equal to the urine sodium-to-potassium (Na/K) ratio.

Risk markers – physical activity, diet, smoking, drinking

Information about physical activity was collected using the international physical activity questionnaire (IPAQ) [22]. Data collected with the IPAQ was reported as a continuous measure. The volume of activity was computed by weighting each type of activity according to its energy requirements to yield a score in MET-minutes. Total Physical Activity MET-minutes/week was equal to the sum of Walking, Moderate and Vigorous MET-minutes/week scores. The IPAQ instruments had been validated in China [23]. Diet was assessed using a validated dietary questionnaire [24] asking about intake of food items in the last three months, based on which the daily intake of food groups (red meat, vegetables, fruits) was calculated. For smoking, we asked patients if they had smoked in the last 4 weeks. For drinking, we asked them if they had: (1) 1–4 drinks per week; (2) more than 5 drinks per week.

Health Related Quality of Life (HRQOL)

Quality of life was assessed using the Medical Outcomes Study Short Form 12 Health Survey (SF12), a widely used tool to measure quality of life. SF-12 was derived in the United States from the twelve questions of the SF-36. It provides scores in two domains: the Mental Component Summary (MCS) and Physical Component Summary (PCS) scales [25]. Possible scores range from 0 to 100 with higher scores indicating better quality of life.

Statistical Analysis

An intention-to-treat analysis was used with missing final scores being replaced with the last valid observation for that subject. Use of the last observation carried forward is a popular and simple practice in analysing clinical trial outcomes [26]. Variation in outcome between the six subgroups was tested by analysis of covariance (ANCOVA) within the intervention group only adjusting for baseline

as well as for subgroup as a categorical factor. This was only significant in one ($P < 0.05$) out of the 26 analyses, suggesting that subgroup effects were not important, and it was therefore justifiable to use simple ANCOVA as a statistical method for removing the effect of the baseline variable in testing for intervention effects. Comparison of groups for changes in smoking and drinking were made using chi-squared tests. When making comparisons between the intervention and control groups, adjusted means were used. All statistical tests were two-tailed and had a significant level of 5% ($\alpha = 0.05$).

The use of effective western medication was uncommon but many patients took herbal remedies, the effectiveness of which was unknown. To control for the possibility that any change in blood pressure outcomes observed were the result of changes in the extent of the use of medications, a categorical variable called 'drug use' was created to ascertain if there were systematic changes in the use of these medications at the 2nd follow up assessment. Three outcomes were categorised; these were: 'patient reducing the dose', 'patient increasing the dose' and 'no change'. With blood pressure used as the dependent variable, baseline blood pressure as the covariate, and the variable 'drug use' as the fixed factor, we examined if a change in the use of medications between groups resulted in the change in blood pressure.

All statistical analyses were executed using SPSS 14.0 for Windows.

Ethical approval

This trial was carried out as part of the doctoral research training programme at the Department of Health Sciences of the University of York, United Kingdom. All student research must be approved by the Research Governance Committee at the University of York. The Centre for Disease Control in Hong Kou district Shanghai also reviewed and approved the protocol.

Results

Baseline characteristics

Recruitment began in November 2004 and ended in May 2005. The participant flow during the trial is shown in Figure 1:

Randomisation was successful and there were no significant differences between groups in any of the baseline measures (Table 2). In the intervention group, 53 (75.7%) people claimed they had obtained knowledge about hypertension in the past six months; and in the control group 58 (82.9%) people. There were only 24 smokers among the participants, 11 (15.7%) in the intervention group and 13 (18.6%) in the control group; and there were 28 drinkers, 17 (24.3%) in the intervention group

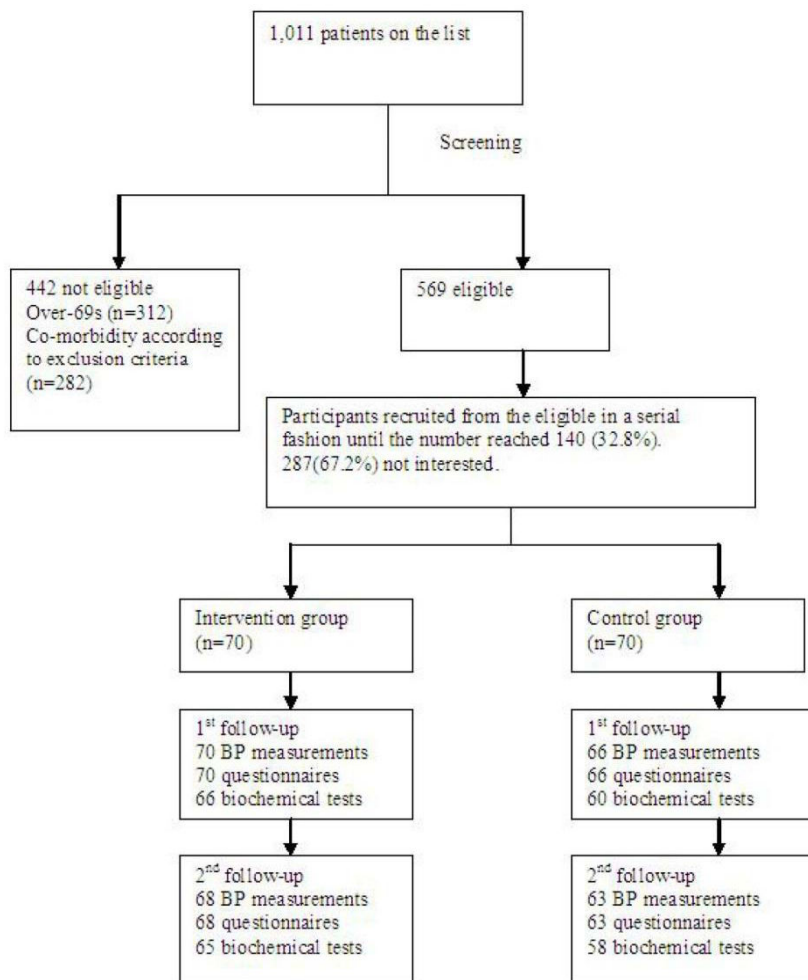


Figure 1
participant flow.

and 11 (15.7%) in the control group. In the intervention group, 10 (14.3%) had more than 5 drinks per week; and in the control group, 5 (7.1%). All the participants had been taking medications and the majority (72.9%) were taking the *zhenju* pill. The numbers taking western drugs in the intervention and control groups were, respectively, 32 and 24; and the difference was not statistically significant.

Intervention effects

The differences in outcomes for the two groups 1 month and 4 months after the end of treatment are summarised in Table 3.

Blood pressure

Table 3 and Figure 2,3 present the differences between groups in blood pressure at both follow-up assessments. The intervention, but not the control group, experienced a significant reduction in both systolic and diastolic blood pressure at both assessments.

Biochemical and clinical measures

Table 3 shows a similar pattern of findings for blood total cholesterol, BMI and waist circumference. The variable of urine Na/K ratio was not normally distributed. Logarithmic transformation was performed so that it could be ana-

Table 2: Baseline characteristics of participants by group

		Intervention group (n = 70)	Control group (n = 70)
<i>Demographics</i>			
Gender	Male (n)	29 (41.4%)	29 (41.4%)
	Female (n)	41 (58.5%)	41 (58.5%)
Age ^a		57.5 (6.96)	57.4 (6.95)
Years after diagnosis ^b		7.50 (4.00,15.00)	8.50 (3.75,18.50)
Highest level of Education	Junior middle school and below	29 (41.4%)	24 (34.3%)
	Secondary technical school	8 (11.4%)	9 (12.9%)
	Senior middle school	12 (17.1%)	19 (27.1%)
	College (Associate)	14 (20.0%)	12 (17.1%)
	University (Bachelor)	7 (10.0%)	6 (8.6%)
Monthly income (yuan)	≥10000	1 (1.4%)	0 (0)
	5000–9000	3 (4.3%)	0 (0)
	2000–4000	9 (12.9%)	4 (5.7%)
	1000–2000	19 (27.1%)	31 (44.3%)
	≤1000	38 (54.3%)	35 (50.0%)
<i>Clinical indicators</i>			
BP (mm Hg)	Systolic ^a	141.66 (12.81)	141.64 (12.65)
	Diastolic ^a	89.70 (7.82)	89.43 (7.53)
Body mass index (BMI) ^a		25.17 (3.01)	24.74 (2.99)
Blood total cholesterol ^a (mmol/L)		5.74 (1.01)	6.00 (1.28)
Urine Na/K ratio ^b		2.11 (1.34–3.09)	2.40 (1.39–3.77)
Waist circumference ^a (cm)		85.87 (8.62)	83.61 (9.19)
<i>Quality of life</i>			
HRQOL SF-12	Physical domain ^a	43.32 (7.59)	43.85 (7.53)
	Mental domain ^a	51.87 (8.24)	53.49 (8.34)
<i>Behavioural indicators</i>			
Physical activity	Sitting total minutes/week ^a	1676.29 (931.44)	1703.36 (895.74)
	Total physical activity ^a (MET-minutes/week)	3753.86 (2480.79)	3916.44 (2471.21)
Diet	Red meat (g) ^a	60.01 (37.96)	52.99 (31.09)
	Vegetables (g) ^a	320.77 (95.44)	320.05 (93.97)
	Fruits (g) ^a	154.26 (86.44)	164.99 (91.72)
<i>Medications</i>			
Zhengju pill		43	59
Western medicine		32	24

^aMean (SD)^b Median (25–75th percentile)

lyzed using ANCOVA which showed that the differences were not significant.

Behavioural risk markers

The intervention group showed a much greater increase in physical activity than the control group but no significant differences existed between the two groups in dietary behaviours. For smoking and drinking, neither showed a

significant difference in changes between the two groups. There were 9 (13.2%) smokers in the intervention group and 9 (14.3%) smokers in the control group 4 months after the end of treatment. In the intervention group 1 patient had quit smoking, and 1 smoker had dropped out of the study; in the control group 1 patient had quit smoking, and 3 smokers had dropped out of the study. In the intervention group 6 patients stopped having more than 5

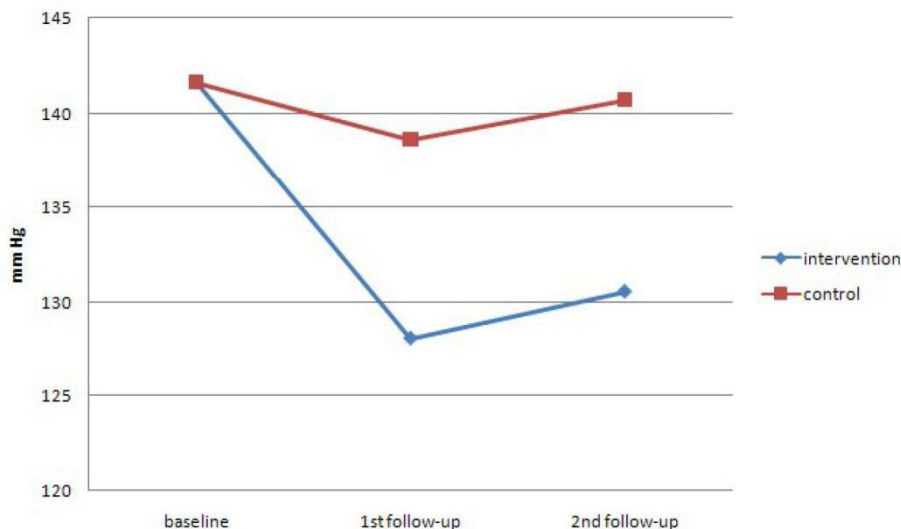


Figure 2
Mean systolic BP over time by randomised group.

drinks per week 4 months after the end of treatment, and in the control group 1 patient.

HRQOL

The mean differences in quality of life scores as measured by the physical and mental dimensions of the SF-12 were statistically significant with the intervention group having a clear advantage.

Exploring interaction of drugs with BP

ANCOVA showed that changes in taking anti-hypertensive drugs could not explain the reduction of blood pressure (for SBP, $F = 1.68$, $P = 0.19$; for DBP, $F = 1.38$, $P = 0.26$). More people in the intervention group had reduced medication 4 months after the end of treatment, and the differences were statistically significant ($P = 0.02$) (Table 4). Also, there were no significant differences between the groups in the proportions taking western drugs at the end either in those taking at the start, 27 (84%) in intervention versus 19 (79%) in controls, or in those not taking at the start, 1 (3%) versus 3 (6%). Furthermore, the differences between the groups in final blood pressure (both SBP and DBP) remained at $P < 0.001$ even when one adjusted for the changes in medication in a multiple regression. Therefore the effect of the changes in use of medication over the trial on blood pressure can be excluded.

Discussion

This study indicates that, at least in the short term, a simple cognitive-behavioural self-management intervention can lead to clinically significant reductions in both systolic and diastolic blood pressure. Patients also reduced their waist circumference, lost weight, became more active and reduced their blood cholesterol. Although previous trials of behavioural change programmes have produced similar benefits for hypertensive patients [1-3] this trial did so with a very much lower amount of input: only 8.5 hours of face to face contact and a simple self-help manual.

The most obvious and a serious limitation in this study is the short follow-up period. This was necessitated because of resource limitations. The benefits of cognitive-behavioural programmes are known to diminish over time [20] and further trials will be required before it can be assumed that this is a worthwhile treatment. In this study there was little evidence of regression in the blood pressure improvement between the first and second follow-ups but a more realistic follow-up period would be five years. If the medical benefits of taking part could be shown to be sustained over time, this simple programme might save many lives in China and possibly in other countries where lifelong treatment with 'western' medicines is not an option for the general population.

Another apparent limitation is that only around a third of those who were invited agreed to take part (Figure 1). Of

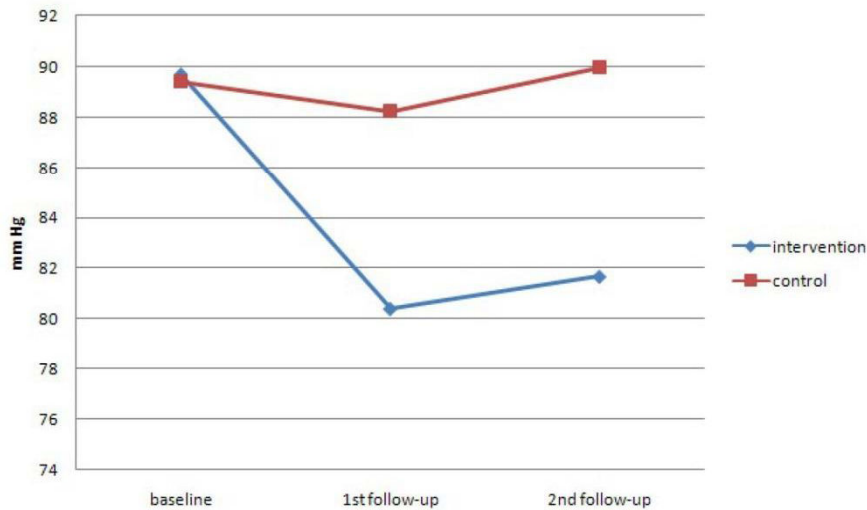


Figure 3
Mean diastolic BP over time by randomised group.

course this proportion might increase if the method was known to be effective. From the demographic data it seemed it might have been people with better health behaviour who volunteered and self-evidently the people who took part were interested in trying to self-manage their blood pressure. Only 17% of the participants were smokers, 50% lower than the prevalence rate in Shanghai (36%) [27]. The fact that only a proportion of the population want to actively manage their health does not mean that this treatment should be ignored; if 30% of those in Shanghai with hypertension agreed to take part this would bring treatment to around 360,000 people.

One of the weaknesses of this and most other trials of cognitive-behavioural treatments is that patients are not blind to allocation and the control group may do worse because they know that they have been denied a treatment they were interested in. To try to minimise this problem, in this study the control group patients were told that they would receive the treatment when the research project was finished; and there was no evidence that their blood pres-

sure went worse during the trial. It was also clear that their blood pressure remained the same and that all of the change observed was a reduction in the intervention group's blood pressure.

Small groups may vary in effectiveness because it is impossible to create the same circumstances for each group. In this study, for example, a 'group facilitator' was chosen by the principle investigator and that person's personality might have influenced the effectiveness of the group. However statistical tests showed that this was not the case and that results did not vary by group.

A potential complication in interpreting the results in this study was the degree of self-medication with popular herbal remedies or with western medicines. The effectiveness of the herbal treatment is controversial [10,11]. Even if we presumed the traditional medicine to be ineffective, there was not an imbalance between the groups for that factor. At baseline there was not a significant excess of people in the intervention group taking western medicine; and 4 months after the end of treatment there were also no significance differences between the groups in the proportions taking western drugs. The changes in BP may be even more surprising because they were also accompanied by a reduction in the use of medication, both Chinese and western, in the intervention group and a very slight increase in the controls.

Table 4: Drug taking status at the 2nd follow-up

Category	Control group	Intervention group
Patients reducing the dose	10	23
Patients increasing the dose	6	2
Patients taking same dose	54	45

$\chi^2 = 7.94, P = 0.02$

Table 3: Outcomes at 1st and 2nd follow-ups by group

Blood Pressure		Mean		Mean difference (95% CI)	P value	
		Intervention	Control			
Systolic BP (mm Hg)	1 st follow-up	128.10	138.62	10.52 (7.75–13.28)	<0.001	
	2 nd follow-up	130.57	140.72	10.15 (7.25–13.05)	<0.001	
Diastolic BP (mm Hg)	1 st follow-up	80.40	88.25	7.85 (5.98–9.72)	<0.001	
	2 nd follow-up	81.67	89.96	8.29 (6.71–9.88)	<0.001	
Total cholesterol (mmol/L)	1 st follow-up	4.99	5.43	0.45 (0.24–0.65)	<0.001	
	2 nd follow-up	5.14	5.42	0.28 (0.06–0.49)	0.013	
Urine Na/K ratio	1 st follow-up	0.67	0.60	0.07 (-0.26–0.11)	0.445	
	2 nd follow-up	0.70	0.52	0.19 (-0.03–0.41)	0.094	
Waist circumference (cm)	1 st follow-up	81.95	85.07	3.12 (2.36–3.89)	<0.001	
	2 nd follow-up	82.80	85.17	2.37 (1.56–3.18)	<0.001	
Body mass index (BMI)	1 st follow-up	24.39	24.72	0.33 (0.06–0.60)	0.016	
	2 nd follow-up	24.43	24.74	0.31 (0.00–0.62)	0.048	
Physical activity	1 st follow-up	Sitting total minutes/week	1238.35	1757.01	518.65 (374.46–662.85)	<0.001
		Total physical activity (MET-minutes/week)	4572.94	3475.49	1097.45 (900.81–1294.10)	<0.001
	2 nd follow-up	Sitting total minutes/week	1531.25	1844.42	313.18 (143.94–482.42)	<0.001
		Total physical activity (MET-minutes/week)	4259.58	3239.43	1020.15 (786.24–1254.06)	<0.001
Diet (daily intake)	1 st follow-up	Red meat (g)	59.10	57.63	1.47 (-2.47–5.41)	0.462
		Vegetables (g)	325.20	320.96	4.24 (-2.21–10.69)	0.196
		Fruits (g)	160.09	163.44	3.35 (-2.70–9.40)	0.276
	2 nd follow-up	Red meat (g)	60.45	58.72	1.74 (-3.59–7.07)	0.520
		Vegetables (g)	315.78	309.70	6.09 (-3.74–15.91)	0.223
		Fruits (g)	155.69	161.33	5.64 (-2.97–14.24)	0.197
HRQOL SF12	1 st follow-up	Physical	47.72	43.44	4.28 (1.85–6.71)	0.001
		Mental	56.48	52.66	3.83 (1.97–5.68)	<0.001
	2 nd follow-up	Physical	47.25	44.19	3.06 (0.72–5.40)	0.011
		Mental	54.88	52.80	2.08 (0.12–4.04)	0.038

The study did not achieve the hoped for benefits of changing dietary behaviour and the level of urine sodium. However, the participants appeared to already have had a reasonably good diet, and the urinary Na/K ratio was quite low (median = 2.14 at baseline) as compared with north China. Of the 52 centres in the Intersalt study, Tianjin, a city in north China, had the highest urinary Na/K ratio reaching as high as 6.7 [28]. Their dietary pattern was close to that recommended by the China Nutrition Society [29]. Weight, blood total cholesterol and waist circumference were all significantly reduced. The behaviour that did change significantly was activity levels. People in the intervention group were sedentary for less time and expended about 1,000 MET minutes more activity a week. Theoretically an increase in activity could be responsible for all of these benefits including the reduction in total cholesterol [30]. Applying certain psychological models, such as goal setting, to self-management programmes appears to be important elements for them to be successful [6]. Setting realistic and graduated goals was used in this study as a core behavioural change technique. Reaching goals would give patients a sense of control over their illness, which could lead to the setting of more rigorous goals at the next level.

Delivering treatments in countries where primary care services are not well developed is a challenge. In Shanghai the club-based model provides a good platform for chronic disease self-management, ensuring sustainability and accessibility. The results of this study suggest that this new approach could easily be integrated with the existing local chronic disease management system. Many community health services centres have already set up anti-hypertensive clubs; and it may be the case that they could have a more effective impact on hypertension if they adopted a cognitive-behavioural approach, whereby patients are engaged in practical exercises to change behaviour rather than only attending public lectures. Tilanqiao Neighbourhood has a population of 104,745, and 54 residents' committees [31]. It is unlikely that the Tilanqiao club could provide help for all of the hypertensive patients in the local community and the Community Health Services Centre might consider setting up clubs at the residents' committee level to allow greater access. Health cadres at residents' committees could act as facilitators, and the Community Health Services Centre as a coordinating centre.

Conclusion

In Shanghai, a simple intervention of 8.5 hours' face-to-face group contact and a self-help manual produced improvement in lifestyle accompanied by clinically significant reductions in blood pressure in patients with mild-to-moderate hypertension. Further research is required to see if the benefits would persist long enough to have an impact on the incidence of stroke and heart disease.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

FX with RL designed the intervention and the research protocol. FX directed the trial and analysed the data. WY selected the sampling frame and contributed to the design of the study. FX and RL wrote the initial draft of this paper. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

This study was jointly funded by the Great Britain China Educational Trust and the Henry Lester Trust Ltd. Professor Martin Bland, Dr Rob Elton, and Mr Simon Coulton helped the authors with the statistical issues. Special thanks must go to the people involved in the field research in Shanghai. Mr Zhu Zhiqiang, a retired but still active public health official, whose persistent contact with a hospital solved the problem of where to have the biochemical tests done. Dr Gu Guobao, a chief technician at the Changzheng Hospital Zhabei Branch, conducted all the biochemical tests. Finally we would like to thank the trial participants.

References

- Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group: **Effects of comprehensive lifestyle modifications on blood pressure control.** *JAMA* 2003, **289**:2083-93.
- Elmer PJ, et al.: **Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control: 18-month results of a randomised trial.** *Annals of Internal Medicine* 2006, **144**:485-495.
- Burke V, et al.: **A lifestyle programme for treated hypertensives improved health-related behaviours and cardiovascular risk factors, a randomised controlled trial.** *Journal of Clinical Epidemiology* 2007, **60**:133-141.
- Linden W, Lenz JW, Con AH: **Individualized stress management for primary hypertension.** *Archives of Internal Medicine* 2001, **161**:1071-1080.
- Johnston DW: **Effect of stress management on blood pressure in mild primary hypertension.** *BMJ* 1993, **306**(6883):963-966.
- Mancia G, et al.: *Manual of Hypertension* Churchill Livingstone; 2002.
- Touyz RM, et al.: **The 2004 Canadian recommendations for the management of hypertension: Part III – Lifestyle modifications to prevent and control hypertension.** *Can J Cardiol* 2004, **20**(1):55-9.
- Shanghai Health Education Institute: **A brief introduction to the Shanghai Anti-Hypertensive Club.** 2002. (Unpublished)
- Shanghai Eastday.com [<http://xwwb.eastday.com/eastday/node29/node168/node15946/ula192006.html>]
- Medical Advice Site [<http://www.fx120.net/dzjk/axwn/lnyy/20040211084807.htm>]
- Wang HY, et al.: **A cross-sectional survey of the diagnosis and treatment for people living with primary hypertension in the community.** *Chin J Geriatr Heart Brain Vessel Dis* 2004, **6**:220-222.
- Little P, et al.: **Randomised controlled factorial trial of dietary advice for patients with a single high blood pressure reading in primary care.** *BMJ* 2004, **328**:1054.
- Lewin B, Robertson IH, Cay EL, Irving JB, Campbell M: **Effects of self-help post-myocardial-infarction rehabilitation on psychological adjustment and use of health services.** *Lancet* 1992, **339**(8800):1036-40.
- Dalal HM, Evans PH, Campbell JL, Taylor RS, Watt A, Read KL: **Home-based versus hospital-based rehabilitation after myocardial infarction: A randomized trial with preference arms – Cornwall Heart Attack Rehabilitation Management Study (CHARMS).** *Int J Cardiol* 2007, **119**(2):202-11.
- Lewin RJ, Furze G, Robinson J, Griffith K, Wiseman S, Pye M, Boyle RA: **A randomised controlled trial of a self-management plan for patients with newly diagnosed angina.** *Br J Gen Pract* 2002, **52**(476):194-6. 199-201
- Guidelines Committee: **2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension.** *Journal of Hypertension* 2003, **21**:1011-1053.
- Lin JD, et al.: **24 h ambulatory blood pressure among 200 middle-aged and old people.** *Chinese Journal of Cardiovascular Rehabilitation Medicine* 2000, **9**(2):24-26.
- Guidelines on Prevention and Treatment of Hypertension in China [<http://www.chinesexinyou.com/xueshu/014.htm>]
- Appel LJ, et al.: **A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure.** *N Engl J Med* 1997, **336**:1117-24.
- Trials of Hypertension Collaborative Research Group: **Effects of weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure incidence in overweight people with high-normal blood pressure: the trials of hypertension prevention (phase 2).** *Arch Intern Med* 1997, **157**:657-667.
- O'Brien E, et al.: *Blood pressure measurement: recommendations of the British Hypertension Society* 3rd edition. London: BMJ Publishing Group; 1997.
- IPAQ Group [<http://www.ipaq.ki.se/ipaq.htm>]
- Qu NN, Li KJ: **Study on reliability and validity of the IPAQ Chinese version.** *Chinese Journal of Epidemiology* 2004, **25**(3):265-8.
- Shu XO, et al.: **Validity and reproducibility of the food frequency questionnaire used in the Shanghai Women's Health Study.** *European Journal of Clinical Nutrition* 2004, **58**:17-23.
- Ware J, Kosinski M, Keller S: **A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity.** *Medical Care* 1996, **34**(3):220-233.
- Shao J, Zhong B: **Last observation carry-forward and last observation analysis.** *Statistics in Medicine* 2003, **22**(15):2429-2441.
- Shanghai Smoking Association: **Two-Year Plan for Tobacco Free Initiatives in Shanghai.** 1999. (Unpublished)
- Intersalt Cooperative Research Group: **Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure – Results for 24 hour sodium and potassium excretion.** *BMJ* 1988, **297**:319-328.
- China Nutrition Society: *Guidelines on diet for Chinese people* Beijing: People's Health Press; 2003.
- Halbert JA, et al.: **Exercise training and blood lipids in hyperlipidemic and normolipidemic adults: a meta-analysis of randomised controlled trials.** *European Journal of Clinical Nutrition* 1999, **53**(7):514-552.
- Shanghai Local History Office [<http://www.shtong.gov.cn/node2/node4429/node4438/node70484/node70700/node70702/userobject1ai72127.html>]

Pre-publication history

The pre-publication history for this paper can be accessed here:

<http://www.biomedcentral.com/1471-2261/8/10/prepub>

BioMed Central publishes under the *Creative Commons Attribution License (CCAL)*. Under the *CCAL*, authors retain copyright to the article but users are allowed to download, reprint, distribute and /or copy articles in BioMed Central journals, as long as the original work is properly cited.

ANEXO XX – Artigo 6: Patient-tailored self-management intervention for
older adults with hypertension in a nursing home

Patient-tailored self-management intervention for older adults with hypertension in a nursing home

Yeon-Hwan Park, HeeKyung Chang, JinShil Kim and Jin Sang Kwak

Aims and objectives. This study was to evaluate the effects of a patient-tailored self-management intervention on (1) blood pressure control and (2) self-care behaviour, exercise self-efficacy and medication adherence among Korean older hypertensive patients in a nursing home.

Background. Little is known about whether a patient-tailored self-management for nursing home residents with hypertension is likely to advance the care of this growing population worldwide.

Design. A non-equivalent comparison group design.

Methods. Forty-seven patients (23 and 24 in the intervention and comparison groups, respectively) participated in the study. No one withdrew during the eight-week study period. Hypertensive patients in the intervention group received health education and tailored individual counselling for eight weeks to enhance the self-management.

Results. The mean age of patients was 77.4 years. Patients were on hypertensive medications for 11.8 years; only 36 of them took medications without assistance. The baseline comparisons of the patients with and without 8-week intervention did not differ for clinical and demographic variables and outcome measures. Blood pressure decreased when comparing the baseline to eight weeks later from baseline; moreover, blood pressure was significantly reduced only in patients who received the intervention. Self-care behaviour and exercise self-efficacy significantly increased over time only in those who were in the intervention group. However, no significant difference was observed in medication adherence between the two groups.

Conclusions. Patient-tailored self-management intervention was a practical approach for decreasing blood pressure and increasing self-care behaviour in older hypertensive patients in a nursing home. Further studies are needed to validate these findings using a larger sample with long-term follow-up.

Relevance to clinical practice. A patient-tailored intervention is feasible not only to empower nursing home residents with hypertension for their care, but also to offer a qualified training and guidelines to nursing home staffs, expanding their professional competence in clinical practice.

Key words: hypertension, lifestyle modification, nursing home, patient-tailored, self-management

Accepted for publication: 8 April 2012

Authors: *Yeon-Hwan Park*, PhD, RN, Associate Professor, College of Nursing & The Research Institute of Nursing Science, Seoul National University, Seoul; *HeeKyung Chang*, MSN, RN, Clinical Instructor and Research Associate, The Research Institute of Nursing Science, Seoul National University, Seoul; *JinShil Kim*, PhD, RN, Assistant Professor, Department of Nursing, Suncheon National University,

Suncheon; *Jin Sang Kwak*, RN, Manager, Department of Nursing, Seoul Dongbu Senior Care Center, Seoul, South Korea

Correspondence: JinShil Kim, Assistant Professor, Suncheon National University Department of Nursing, 255 Jungangno, Suncheon, South Korea. Telephone: +82 61 750 3882.

E-mail: kimj@suncheon.ac.kr

Introduction

Hypertension is a major health problem in older adults, which affects approximately 970 million people worldwide (Kearney *et al.* 2005). In 2025, the prevalence of hypertension is estimated to be 1.56 billion, which is an increase of 60% from 2000 (Kearney *et al.* 2005). An epidemic increase has been observed in South Korea with 56% of older Koreans (age ≥ 65 years) having hypertension with the incidence of newly diagnosed cases continually rising (Korea Ministry of Health & Welfare 2010). Every one in three nursing home residents in South Korea suffers from hypertension, which is one of the most common chronic conditions in nursing homes (Kim *et al.* 2009). More importantly, uncontrolled hypertension has been found in 29% of nursing home residents, which is a major risk for the development of coronary heart disease, stroke or end-stage renal disease (Coover *et al.* 2008).

Despite the substantial progress made in the medical management of hypertension, many patients continue to have high blood pressure because of difficulty in following the long-term treatment recommendations (Lehane & McCarthy 2007a, Dolor *et al.* 2009). Self-management is often promoted as a critical behavioural strategy for blood pressure control. A recent meta-analysis showed that educational interventions targeting self-management reduced blood pressure (5 mmHg each) at clinically significant levels (Chodosh *et al.* 2005). Larger effect sizes were expected when the patients' primary physicians provided self-management strategies for blood pressure control in a group setting, and the interventions were tailored to the individual needs and lifestyle (McGuire *et al.* 2004, Glynn *et al.* 2010).

A tailored self-management with lifestyle approach is particularly needed for older hypertensive patients in nursing homes in South Korea. It could be argued that self-management strategies have no place in nursing homes on the grounds that nursing staffs are available. However, the need for such care for nursing home residents with hypertension can be justified by three respects. First, given whose ability to engage in intricate self-care regimens is often limited, nursing home residents still have desires for being control in their care (Strohbecker *et al.* 2011). Second, poor self-management is common in Korean elders after nursing home placement because of the loss of support from family who they primarily relied on for their hypertensive care in the home setting (I.S. Song, Hanyang University, Seoul, unpublished Master's thesis, Ahn & Kim 2007). Functional independence of nursing home residents is in greater need for such care to meet their problems. Third, health insurance coverage was extended to include nursing home care, which was previously excluded, with a subsequent increase in the number of

nursing home residents in South Korea. However, the qualified nursing staffs who take care of the nursing home residents have not increased accordingly, raising concern about the quality of care (Chon 2008).

There is a growing recognition that a patient-tailored self-management intervention with a lifestyle approach for blood pressure control would benefit both hypertensive nursing home residents (Figar *et al.* 2006, Powers *et al.* 2009) and nursing professionals in the nursing home industry (Bodenheimer *et al.* 2002a,b, Bosworth *et al.* 2009). A nursing home that embraces a patient-tailored self-management is likely to empower the residents to make adjustments following the nursing home placement and increase engagement in their care. The participation of nursing home residents in their hypertensive care has the potential to improve blood pressure control and their self-care capability. Additionally, a patient-tailored self-management can be an alternative treatment in meeting the increasing demand for high-quality care of hypertensive nursing home residents given the shortage of qualified staffs.

Therefore, this study developed and tested the efficacy of a patient-tailored self-management intervention with lifestyle modification for primarily blood pressure control in older adults with hypertension in a nursing home. This study also evaluated the short-term effects of the intervention on self-care behaviour, exercise self-efficacy and medication adherence. It is hypothesised that (1) patients with a patient-tailored self-management intervention would have a significant reduction in blood pressures at eight weeks after the initiation of the programme compared with those in the comparison group who received the usual care for hypertensive management. Additionally, the patient-tailored self-management intervention is positively associated with (2) self-care behaviour, exercise self-efficacy and medication adherence. Fig. 1 outlines the hypothesised interactions among the variables of interest in this study. This intervention study will determine whether the patient-tailored self-management intervention for older hypertensive residents in a nursing home is likely to advance the care of this growing population worldwide (The National Assembly Research Service 2010).

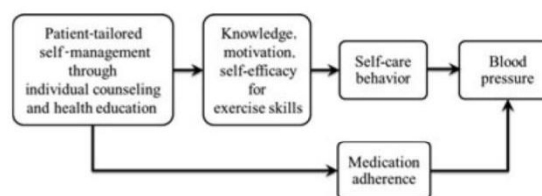


Figure 1 The study framework.

Background

The current national guideline for the treatment of patients with hypertension recognises the importance of self-management aimed at lifestyle modifications as an adjunct therapy that effectively lowers blood pressure (Chobanian *et al.* 2003). Emerging evidence indicates that self-management significantly decreased blood pressure and increased self-care knowledge, adherence to medication, exercise and compliance for health care appointments, and decreased the use of health care services in older hypertensive patients (McGuire *et al.* 2004, Bosworth *et al.* 2009, Blumenthal *et al.* 2010, Glynn *et al.* 2010).

The lifestyle approach is particularly an important behavioural strategy for self-management of hypertension (Bosworth *et al.* 2005, 2008, Xue *et al.* 2008). One of the interventions with lifestyle modifications was designed to improve self-management for hypertensive care through educational and behavioural modules that included medication adherence, restrictions in dietary sodium and alcohol intake, weight control, stress reduction and smoking cessation (Bosworth *et al.* 2005). Hypertensive patients who received the tailored lifestyle intervention ($n = 294$) had a significant decrease in blood pressure from 40–54% over a 24-month study period ($p = 0.03$). Another self-management intervention with a lifestyle approach was also beneficial for blood pressure control. The patients in the intervention group ($n = 70$) had lower blood pressures compared to those receiving the usual care ($n = 70$) at one month (mean group differences, systolic = 10.52 mmHg, diastolic = 7.85 mmHg) and four months (mean group differences, systolic = 10.15 mmHg, diastolic = 8.29 mmHg) (all $p < 0.001$) after the five-week intervention (Xue *et al.* 2008).

Other health outcomes conducive to self-management interventions for older hypertensive patients were self-care knowledge, compliance with healthcare appointments, self-care behaviours, adherence to medication and exercise and healthcare use (Devine & Reifschneider 1995, McGuire *et al.* 2004, Glynn *et al.* 2010). Self-management education increased self-care knowledge about hypertension, compliance with healthcare appointments and self-care behaviours, decreased healthcare use and improved adherence to medication and exercise in nursing home residents or community-dwelling older adults with hypertension. Another self-management intervention was also beneficial in that patients in the intervention group had a significant reduction in weight and increases in physical activity and quality of life (all $p < 0.001$) (Xue *et al.* 2008).

The results of past studies are consistent with the works of Korean investigators who found that tailored nursing inter-

ventions were beneficial for lifestyle modifications and blood pressure control in individuals with hypertension (Kim 2003) and in those with a high risk for cerebrovascular diseases including hypertension, diabetes and heart disease (Park & Lee 2007). An individually tailored visiting nursing intervention for older persons with hypertension and diabetes was effective for blood pressure control ($p < 0.001$) and for increases in self-care behaviours that included smoking cessation ($p = 0.02$), engagement in regular exercise ($p < 0.001$), restrictions in alcohol ($p = 0.006$) and dietary sodium intake ($p < 0.001$), stress management ($p < 0.001$) and medication compliance ($p < 0.001$) (Park & Lee 2007). Other investigators evaluated educational interventions for older hypertensive patients (mean age 60.0 years); patients who received group education had lower blood pressure ($p < 0.05$), and restricted their dietary sodium intake ($p < 0.05$) and alcohol intake to a greater degree ($p < 0.001$) compared with those with the usual care (Kim 2003).

Previously, investigators focused on the beneficial effects of self-management on blood pressure control and other health outcomes among hypertensive patients, although some limitations in the research and directions in priority emerged. The lifestyle approach was incorporated in several intervention studies (McGuire *et al.* 2004, Lee *et al.* 2007, Bosworth *et al.* 2008, Eakin *et al.* 2008, Xue *et al.* 2008) of which two were designed to meet the specific needs or circumstances of the patients with tailored feedback provided (Bosworth *et al.* 2008, Xue *et al.* 2008). The most common targets for lifestyle modifications were physical activity, dietary behaviours or both guided by international recommendations. Further research is needed to determine the effects of tailored self-management with the incorporation of multifaceted lifestyle modifications that international guidelines for hypertension management identify as preventing the development of further disabling conditions. Established areas of lifestyle modifications include smoking cessation, weight control, engagement in regular exercise, restrictions of alcohol and dietary sodium intake, stress management and medication compliance (Krousel-Wood *et al.* 2005, Kim *et al.* 2007, Bosworth *et al.* 2008, Dolor *et al.* 2009).

All intervention studies but two were designed primarily for blood pressure control; one of the two studies included both hypertensive and diabetic patients (Eakin *et al.* 2008), and healthy adults with above optimal blood pressure participated in the other study (McGuire *et al.* 2004). Most studies included adults or middle-aged to older individuals ranging from their 40s to their early 60s; only two intervention studies targeted older adults aged 60 or higher (Lee *et al.* 2007, Kim *et al.* 2009), limiting the generalisability of the results from past studies. Few intervention studies are found

targeting nursing home residents with hypertension who become the primary recipients of self-management in South Korea, given the increased number of nursing homes but the shortage of nursing staffs able to provide high-quality care (Lee *et al.* 2001, Chon 2008).

In summary, past studies propose there is a priority for further research on patient-tailored self-management with a multifaceted lifestyle approach for older adults. To obtain a large effect size, the intervention for nursing home residents should be tailored to meet their specific needs and preferences, health status, level of education and unique cultural circumstance based on their family dynamics and being in a nursing home. Particularly, nursing home placement may cause older hypertensive patients to experience transitional challenges in hypertensive care from a family member as the primary caregiver to one's own responsibility for self-management with the assistance of the nursing home staff.

Methods

Design

A non-equivalent comparison group design was used, with non-random allocation of 47 nursing home residents with hypertension to the intervention ($n = 23$) and the comparison ($n = 24$) groups. The effects of a patient-tailored self-management intervention with lifestyle approach were evaluated eight weeks later from baseline on blood pressure, self-care behaviour, exercise self-efficacy and medication adherence, with the intervention group receiving weekly education and counselling on self-management during eight weeks and the comparison group receiving the usual care.

Participants

Patients aged 60 or higher at the time of informed consent and with a medical diagnosis of hypertension ≥ 12 months before being placed in a nursing home were eligible for the study. Other eligibility criteria included (1) no severe cognitive deficit indicative of the Mini-Mental State Examination in the Korean version (MMSE-K) with scores ≥ 24 (adjusted to ≥ 22 for education < 9 years) (Park & Kwon 1989, Lee *et al.* 2002) and (2) optimal anti-hypertensive medications including Thiazide-type diuretics and angiotensin-converting enzyme inhibitors with no change in medication in the three months previous to the study. Patients were excluded if they had documented cognitive impairments, such as dementia and/or stroke or psychiatric diagnosis that precluded them from giving informed consent or the ability to follow protocol instructions.

Procedure

The data were collected from April–October in 2009 at the designated site in the participating nursing home. The hypertensive older patients were enrolled from one of the largest nursing homes in a metropolitan city in South Korea. Eligible patients were invited to participate in the study by nursing home staff members. The study was approved by the institutional review boards of the university, and all participants completed written informed consents prior to the interviews. Then, to determine the level of cognitive function, the trained research assistants administered the MMSE-K to the patients and asked what their education level was.

Data collection involved face-to-face interviews with the trained research assistants, as well as a review of medical records of residents. The assistants collected baseline data during the interviews on the participants in both groups. The interviews were approximately 15–20 minutes long. All participants in both groups received the optimal routine care of medication, diet and physical activity for at least one year in a nursing home. In addition to the routine care, the patients in the self-management group were given weekly structured health education sessions and patient-tailored counselling after the baseline interview for eight weeks (Table 1). The baseline data collection was repeated eight weeks after the initial baseline was taken for all participants in both groups.

Intervention

The intervention was designed to increase the adherence to self-management strategies including therapeutic regimens of medication, diet and physical activity, and stress management in older hypertensive patients in a nursing home. The framework of the intervention was derived from the theoretical and empirical literature related to self-management for hypertensive patients (Bodenheimer *et al.* 2002a,b, Chodosh *et al.* 2005) and patient-centeredness (Bosworth *et al.* 2005, 2008). International guidelines also provided a framework for the development of the tailored self-management of hypertension (Chobanian *et al.* 2003). The major components of the intervention were group education and individual counselling, which are critical components for improving self-management in individuals with hypertension (Banning 2004, Lehane & McCarthy 2007b, Bosworth *et al.* 2008, Haynes *et al.* 2008). The repeated health education (Burge *et al.* 2007) and tailored counselling based on individual needs and preferences (Wagner 2000) are particularly important in hypertensive older adults to increase their adherence to lifestyle modifications. Older patients are more

Table 1 Content of the self-management intervention

Group education on Mondays (60 minutes per session)	Individual counselling on Wednesdays (30 minutes with each participant)
Structure and duration (min)	
Reviewing previous topic, feedback from previous action plans and sharing problem-solving strategies (10)	Using motivational interviewing
Education on self-management (30)	Identification of barriers in doing his/her action plans
Framing individual action plan (10)	Additional education on previous topic
Q & A (10)	Guiding to problem-solving
Education topics on self-management	
Week 1: introduction to self-management programme	
Week 2: diagnosis and symptoms of hypertension	
Week 3: complications of hypertension	
Week 4: medication	
Week 5: checking blood pressure	
Week 6: diet	
Week 7: physical activity	
Week 8: strategies for stress management	

likely to benefit from a series of intervention sessions followed by tailored feedback from the provider of the counselling rather than interventions that are one-off with no such customisation being offered (Bodenheimer *et al.* 2002a,b, Birtwhistle *et al.* 2004).

The principal investigator offered structured health education to the nursing home residents with hypertension in the intervention group. The tailored counselling sessions were followed, which were led by the geriatric nurse specialists. Each session took 90 minutes with an approximate 30-minute counselling session. The health education and counselling consisted of one session per week for eight weeks (Table 1).

Health education

The health education focused on providing adequate knowledge and motivating self-management. The research team developed materials suitable for older adults that facilitated learning about the disease and self-management strategies. The topics for each session that were often promoted for self-management of hypertension included diagnosis, symptoms and complication of hypertension, medication, checking blood pressure, diet, physical activity and strategies for stress management. Each session was interactive with a short introduction to the topic, group discussion and personal experiences associated with the topic for that session.

Patient-tailored counselling

The geriatric nurse specialists offered individualised counselling to the patients in the intervention group, following each health education session. Participants debriefed knowl-

edge about self-management obtained from the previous educational sessions. The debriefing process helped reveal areas misunderstood by individuals in self-management strategies or concerns one had about difficulties following the therapeutic regimens (Burge *et al.* 2007). The patient-tailored counselling enabled patients to be aware of one's own problems of self-management of hypertension and the habitual, frequently unrecognised aspects of self-care behaviours in malpractice (Bodenheimer *et al.* 2002a,b, Birtwhistle *et al.* 2004). The focus of the patient-tailored counselling was for patients to develop strategic plans for lifestyle changes that were of concern.

Training of the research team

To assure accuracy and compliance, the investigators developed a standardised training manual that specified methodology, data collection and entry, and patient-tailored self-management protocol with the counselling technique. The principal investigator conducted the training sessions for the research team, which had six members consisting of a project manager, a research assistant and four geriatric nurse specialists. A PhD student in nursing served as the project manager and the nurse specialists led the tailored counselling sessions. The principal investigator provided detailed instruction for administering and scoring the baseline questionnaires. The principal investigator also evaluated the geriatric nurse specialists' ability as counsellors. First, education about the therapeutic counselling technique specific to the topics of self-management was offered. Second, a mock test was carried out using a patient scenario that corresponded to one of the self-management topics. Two experts in geriatric nursing and hypertension care validated the

counselling process carried out for the scenario among the four geriatric nurse specialists and obtained 100% agreement on a five-point Likert scale among the four.

Measurement of variables

Blood pressure

Blood pressure was assessed during the interview using the criteria recommended by the Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (Chobanian *et al.* 2003) for all participants at baseline and eight weeks later from baseline. Blood pressure was assessed by two trained nurses during the interview in a designated quiet area for the research. The two nurses were blinded to who belonged to the intervention or comparison groups and assessed blood pressure using the standardised protocol developed by the Trial of Hypertension Prevention Collaborative Research Group (Banning 2008).

Self-care behaviour

Self-care behaviour was measured using the Scale of Self-Care Behaviour of Hypertension (Lee 1995). The 20 items assessed the hypertensive patients' performance of self-care behaviours, including weight control, restrictions in dietary sodium and alcohol intake, exercise, medication adherence, smoking cessation and stress management. The response scales ranged from 1 (e.g. never or rarely) to 5 (e.g. always), with the scores summated to create total scores ranging from 20–100; higher scores indicated greater performance of self-care behaviour. The validity and reliability of this scale were documented (Lee 1995). The reliability coefficient estimated by the Cronbach's alpha was 0.77 in this study.

Exercise self-efficacy

Exercise self-efficacy, the degree to which an individual feels confident in the ability of performing exercise, was measured using the Self-Efficacy for Exercise (Resnick & Jenkins 2000). The scale consisted of eight items, and the response scales for each item ranged from 10 (not at all confident) to 100 (completely confident) on a visual analogue scale. Total scores ranged from 80–800, with higher scores indicating greater exercise self-efficacy. The validity and reliability of the scale were documented for older adults (Resnick & Jenkins 2000). The Cronbach's α was 0.96 in this study.

Medication adherence

Adherence to antihypertensive medications was measured using a 4-item Medication Adherence Questionnaire (Morisky *et al.* 1986). The response options were either 'yes' or

'no' for each item; at least one response of 'yes' to the four items was considered non-adherence to medication.

Data analysis

Descriptive statistics were computed for all study variables. Differences in demographic and clinical characteristics between patients with or without patient-tailored self-management intervention were assessed, using the t-tests or chi-square tests. For hypotheses testing, repeated measures analysis of variance was used to compare blood pressures and other outcomes of self-care behaviour and exercise self-efficacy between patients who were in the intervention and those in the comparison groups from baseline to eight weeks postbaseline with an interaction term [2×2 (Group \times Time)]. For adherence to hypertensive medications, which is an outcome of a categorical variable, chi-square test was used to examine whether the frequency of medication adherence differed from baseline to eight weeks after the baseline between the two groups. The level of significance was set at 0.05 for all analyses. The analyses were completed using the Statistical Package for the Social Sciences 14.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Sample size justification

The sample size calculation was based on a model: outcomes at baseline and eight weeks later = Group (intervention vs. comparison) \times Time. The approach for comparing group main effects described by Cole and Grizzle (1966) and Rochon (1991) was used. The sample size was 47 to detect a small–moderate standardised effect size of 0.3 assuming a correlation of $r = 0.64$ between the repeated measures at two time points, with a power of 0.80 and an alpha level of 5% for the 2-tailed tests.

Results

Description of the baseline sample

Forty-seven patients who met the inclusion criteria completed the baseline interviews. Twenty-three of these patients (49%) were assigned to the intervention group, and 24 were assigned to the comparison group (51%). All patients completed the follow-up interviews after the delivery of the 8-week intervention, and no one withdrew from the study. Most patients were women (72%), and one-third was married (32%). The mean age was 77.4 years (± 7.1 ; range, 61–93 years). Less than one-fifth had any prior experience with hypertension education. Patients were on hypertensive medications for approximately 11.8 years, but only 16 of

them took medication without assistance. Baseline blood pressure was 129 mmHg (± 13.1) over 73 mmHg (± 9.9). Scores for self-care behaviours and exercise self-efficacy were moderately high (means \pm SD = 64.7 \pm 9.6 and 435.3 \pm 233.4, respectively). Baseline comparisons of patients with and without intervention did not differ for the clinical and demographic variables and baseline outcome measures (Table 2).

Blood pressure

The patient-tailored self-management intervention significantly reduced blood pressure (Table 3; Figs 2 and 3). Significant interactions of the groups (patient-tailored self-management intervention and comparison) by time (from baseline to eight weeks later) were found in both systolic ($F_{1, 45} = 5.89$, $p = 0.024$) and diastolic ($F_{1, 45} = 5.82$, $p = 0.020$) blood pressures, and both systolic and diastolic blood pressures decreased when comparing from baseline to eight weeks later, but blood pressures were significantly reduced only in those in the intervention group.

Self-care behaviour, exercise self-efficacy and medication adherence

Hypotheses of secondary outcomes were partially supported. The patient-tailored self-management intervention significantly improved all secondary outcomes of self-care behaviour and exercise self-efficacy but medication adherence (Table 3). Self-care behaviour significantly improved when comparing from baseline to eight weeks later in patients with intervention with an increase by 13.7 points, while a decrease by -3.4 points was noted in the comparison group (mean difference 17.1 points, $p < 0.005$).

A significant interaction of the groups by time was found for exercise self-efficacy ($F_{1, 54} = 3.37$, $p = 0.003$). Patients in the intervention had greater exercise self-efficacy than those in the comparison, and exercise self-efficacy significantly increased when comparing from baseline to eight weeks later only for patients in the intervention. However, no significant difference was observed in medication adherence between the two groups ($\chi^2 = 0.21$, $p = 0.88$) (Table 3; Fig. 4).

Table 2 Baseline demographic and clinical characteristics

Characteristics	Total ($n = 47$) n (%)	Intervention group ($n = 23$) n (%)	Comparison group ($n = 24$) n (%)	p -value
Gender: female	34 (72.3)	16 (69.6)	18 (75.0)	0.680
12th grade education or less	44 (93.6)	22 (95.7)	22 (91.7)	0.662
Other health problems: Yes	40 (85.1)	19 (82.6)	21 (87.5)	0.641
Spouse				
Yes	15 (31.9)	7 (30.4)	8 (33.3)	0.833
No	32 (68.1)	16 (69.6)	16 (66.7)	
Medication for themselves	16 (34.0)	11 (47.8)	5 (20.1)	0.058
Experience on education for hypertension	8 (17.0)	5 (21.7)	3 (12.5)	0.662
Admission experience because of hypertension	17 (36.2)	10 (43.5)	7 (29.2)	0.496
Symptoms related to hypertension	9 (19.1)	4 (17.4)	5 (20.8)	0.713
Medication adherence	23 (48.9)	9 (39.1)	14 (58.3)	0.193
Measures	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	p -value
Age (years)	77.4 (7.1)	78.2 (7.0)	76.5 (7.2)	0.424
Hypertension duration (years)	12.5 (10.3)	13.6 (12.2)	11.1 (7.9)	0.484
Antihypertensives period (years)	11.8 (9.0)	12.9 (9.6)	10.5 (8.2)	0.441
Number of pills taken per day	11 (6)	12 (7)	10 (5)	0.331
Times of medication administration per day	2.9 (1.4)	3.1 (1.6)	2.7 (1.0)	0.344
Blood pressure				
Systolic (mmHg)	129.3 (13.1)	127.6 (11.9)	130.9 (14.2)	0.393
Diastolic (mmHg)	73.0 (9.9)	70.7 (7.9)	75.3 (11.1)	0.111
Self-care behaviours	64.7 (9.6)	62.0 (8.7)	67.4 (9.9)	0.059
Exercise self-efficacy	435.3 (233.4)	460.0 (225.4)	411.7 (243.2)	0.484

SD, standard deviation.

Table 3 Changes in blood pressure, self-care behaviours, exercise self-efficacy and medication adherence from baseline to eight weeks follow-up

Outcomes	Baseline mean (SD)	8th week mean (SD)	Mean difference	<i>p</i> -value	Effect size (<i>d</i>)	Group × time <i>p</i> -value
Systolic BP (mmHg)						
Comparison group	130.9 (14.2)	132.8 (11.4)	1.9	0.120	0.108	0.024*
Intervention group	127.6 (11.9)	120.0 (15.3)	-7.6	0.069		
Diastolic BP (mmHg)						
Comparison group	75.3 (11.1)	76.6 (9.8)	1.3	0.084	0.115	0.020*
Intervention group	70.7 (7.9)	69.2 (10.4)	-1.5	0.599		
Self-care behaviour						
Comparison group	67.4 (9.9)	64.0 (9.5)	-3.4	0.001**	0.582	0.000**
Intervention group	62.0 (8.7)	75.7 (7.3)	13.7	0.000**		
Exercise self-efficacy						
Comparison group	411.7 (243.2)	395.4 (222.1)	-16.3	0.109	0.176	0.003**
Intervention group	460.0 (225.4)	563.9 (147.0)	103.9	0.014*		
Medication adherence						
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		0.884	$\chi^2 = 0.21$	
Comparison group	14 (58.3)	8 (33.3)				
Intervention group	9 (39.1)	23 (100)				

SD, standard deviation; BP, blood pressure.

**p* < 0.05, ** *p* < 0.01.

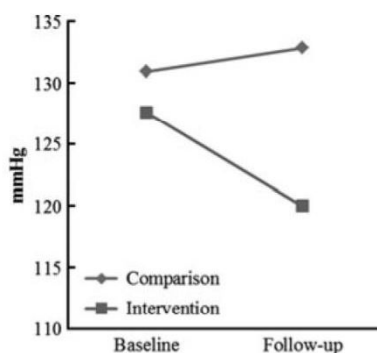


Figure 2 Mean changes in systolic blood pressure (SBP) from baseline to eight weeks follow-up.

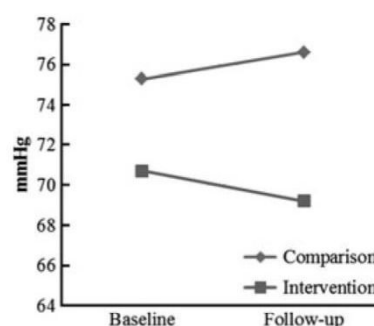


Figure 3 Mean changes in diastolic blood pressure (DBP) from baseline to eight weeks follow-up.

Discussion

It remains undetermined yet whether a patient-tailored self-management with the lifestyle modifications is feasible for nursing home residents with hypertension. Poor self-management often occurs with nursing home residents with hypertension associated with a lack of family support and a shortage of qualified nursing personnel. The results of this study are consistent with and extend the results of the previous studies in that the patient-tailored self-management advanced the care of older hypertensive individuals in nursing

homes, with a decrease in blood pressure and increases in self-care behaviour. This study highlighted the importance of self-management for hypertension tailored to an individual's needs and unique cultural circumstance resulting from family dynamics and nursing home placement where the older experience transitional challenges in the self-management of hypertension. Despite the dependence on nursing home staffs because of the limited capabilities for daily activities, many older adults have been recognised for their active engagement in self-management strategies (Lee *et al.* 2001).

Three important intervention effects emerged, partially supporting the hypotheses of this study. Previously,

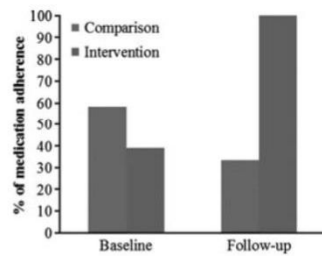


Figure 4 Changes in the number of patients who were adherent with antihypertensive drugs from baseline to eight weeks follow-up.

self-management for hypertensive patients was proven beneficial for blood pressure control (Chobanian *et al.* 2003, Hunt *et al.* 2004, Dolor *et al.* 2009, Glynn *et al.* 2010). The current intervention also decreased blood pressure at greater than the clinically significant level of 5 mmHg for systolic blood pressure (Chodosh *et al.* 2005). The systolic blood pressure of patients with the tailored intervention decreased by 7.6 mmHg when comparing from baseline to eight weeks postbaseline. Compared with the comparison group, patients with the intervention had significant reductions in both systolic and diastolic blood pressures over time ($p = 0.02$). The present self-management intervention, which took into account an individual's needs and preferences for particular areas of concerns about self-management and environmental challenges, produced a greater decrease in blood pressure.

The patient-tailored self-management intervention extended its efficacy to the self-care behaviour and exercise self-efficacy. Compared with the comparison group, patients with the eight-week intervention had higher levels of self-care behaviour and exercise self-efficacy, which both increased when comparing from baseline to eight weeks later from baseline (all $p < 0.05$). It is believed that this effect might be attributable to the current intervention tailored to meet older adults' needs and preferences and designed to build their self-management strategies through repeated health education and focused counselling. More importantly, self-care behaviour and exercise self-efficacy of the patients in the comparison group further decreased when comparing from baseline to eight weeks later.

However, patients in the intervention did not have significantly greater adherence to the medication than those in the comparison, when comparing from baseline to

eight weeks later ($\chi^2 = 0.21$, $p = 0.88$). Possible reasons for this non-significance in this sample could be associated with design and measurement issues. Medication adherence was taught in week 4 and others closer to the end of the intervention. It is expected a more substantial impact of constant or recent education and counselling on medication adherence than remote ones. Another reason that could possibly explain non-significant change in medication adherence between the two groups is a measure of medication adherence. The medication adherence was evaluated using a 4-item scale with a dichotomous response choice (yes vs. no), in which a ceiling or floor effect generally reduces the precision of the measure of the concept. Thereby, a subtle but significant change might not be captured. This result discloses issues in need for further investigation. Using a multi-item measure of medication adherence with a Likert format that generally improves the precision, an effect of the intervention on medication adherence should be tested. Further, because of the non-significant change in medication adherence between the two groups, no further analysis was conducted to support the framework in which the intervention hypothetically decreases blood pressure by improving medication adherence. Future studies are needed that examine associations between medication adherence and blood pressure control in nursing home residents with hypertension to test the framework.

When offered in a timely manner while nursing home residents are experiencing transitional challenges, a patient-tailored intervention may assist older hypertensive patients to develop strategic plans for self-management. The strengths of the intervention were that the education and an individual counselling were appropriately designed and delivered to the older adults who might have had limited ability in understanding and following the self-management instructions. Furthermore, educational messages were better understood in this study because of the incorporation of sound, pictures and graphics tailored to the level of each patient's cognitive function (Chodosh *et al.* 2005, Fahey *et al.* 2005). Additionally, exercise self-efficacy enhanced with the patient-tailored intervention can be one of the psychological resources that are used as an alternative to increasing the quality of care, given the shortage of qualified staffs in a nursing home (Flesner & Rantz 2004). The self-efficacy of nursing home residents may allow them to be more responsive to lifestyle changes for hypertension management.

It is surprising that self-management interventions for nursing home residents have not been extensively documented. Nursing home residents are more vulnerable to poor self-management of hypertension because of a lack of ability to manage their own hypertension because family support for

care is no longer available as it is with community-dwelling older adults (Ahn & Kim 2007, Coover *et al.* 2008). Actually, group education alone has limited efficacy for application to older adults because of their diverse educational level (Dolor *et al.* 2009) and motivational provisions for self-management (Bosworth *et al.* 2009). One-off education is not sufficient for older individuals with hypertension in obtaining self-management skills (Fahey *et al.* 2005, 2006). Furthermore, lifelong habits can hardly be modified by group education, requiring the lifestyle approach for long-term changes (Fahey *et al.* 2005, 2006). Therefore, self-management intervention for older adults with hypertension should be designed considering their needs and preferences, and provisions for self-management as well as their individual circumstances.

In this respect, one of the strengths of this study is that the self-management intervention was tailored to the individual educational needs and understanding of self-management strategies during the weekly education sessions was ensured. Individual counselling sessions followed the education sessions and focused on identifying barriers to performing self-management strategies and assisting older adults in problem-solving and decision-making for any concerns or issues they may have encountered during the self-management process. Furthermore, geriatric nurse specialists in the nursing home participated as interventionists who led the individual counselling. It helped them to understand hypertensive residents' specific self-management needs and preferences and assist them efficiently and in a timely manner. As a result, mutual commitment to the intervention appeared to be high and likely resulted in substantial effect sizes (Flesner & Rantz 2004), ranging from 0.11–0.58.

This study has several limitations. First, a major limitation of the study was the use of a less rigorous design in which the allocation of participants to groups was not random. Although a previous meta-analysis reported no significant effect of random vs. non-random assignment on outcomes (Ottenbacher 1992), non-random assignment may increase the risk of bias in the selection of groups, threatening the validity of the findings. Second, sustained benefits of the intervention should be tested through longer-term follow-up. Future research should also evaluate long-term effect of the intervention on the maintenance of self-care behaviours in longitudinal studies using a larger sample. Third, we did not evaluate the effects of the patient-tailored self-management intervention on other areas of lifestyle modifications that include diet, physical activity and stress management; the covariates that could have affected the effects of the intervention (i.e. demographics, functional status, family support, cognitive function, co-morbidities, etc.). Further prospective

studies are needed with larger samples to fully evaluate the eight-week tailored intervention for multifaceted lifestyle changes and to evaluate the variables, for example, cognitive function as a determinant of self-care behaviours in testing the intervention. Fourth, the sample size of 47 in this study was adequate for a small–moderate effect size of 0.30 with a power of 0.80. The findings should be validated in a larger study.

In conclusion, the patient-tailored self-management intervention for nursing home residents with hypertension that integrated health education and individual counselling was beneficial for decreasing blood pressure at a clinically significant level and improving self-care behaviours, exercise self-efficacy and medication adherence. The present intervention highlighted that larger effect sizes could be obtained when the intervention incorporated lifestyle modifications and was tailored to an individual's needs and unique cultural circumstance because of being placed in a nursing home.

Relevance to clinical practice

Given the increased number of nursing home residents and a shortage of nursing staffs in South Korea, individually tailored self-management intervention in the nursing home care is likely to promote the residents' ability to self-manage therapeutic regimens for hypertension. Particularly, functional independence of nursing home residents often believed to have no such capacity may allow them to follow such intricate strategies to meet their problems, with the support from family no longer available who they primarily relied on for their hypertensive care in the home setting. The intervention also assists the nurses to take an active involvement in self-management support and helps them create effective quality of care in a nursing home. Therefore, a patient-tailored intervention is a feasible approach that may not only empower hypertensive elders in a nursing home for their care, but also offer a qualified training and guidelines to nursing home staffs, expanding their professional competence in clinical practice.

Contributions

Study design: YHP, HC, JK; data collection: YHP, HC, JSK; data analysis: YHP, HC, JK, JSK; literature review: YHP, HC, JK, JSK and manuscript preparation: JK, YHP, HC, JSK.

Conflict of interest

There is no conflict of interests to declare.

References

- Ahn T & Kim K (2007) Mutual caring of elderly Korean couples. *Journal of Transcultural Nursing* 18, 28–34.
- Banning M (2004) Nurse prescribing, nurse education and related research in the United Kingdom: a review of the literature. *Nurse Education Today* 24, 420–427.
- Banning M (2008) Older people and adherence with medication: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 45, 1550–1561.
- Birtwhistle RV, Godwin MS, Delva MD, Casson RI, Lam M, MacDonald SE, Seguin R & Rühlend L (2004) Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. *British Medical Journal* 328, 204–209.
- Blumenthal JA, Babyak MA, Hinderliter A, Watkins LL, Craighead L, Lin PH, Caccia C, Johnson J, Waugh R & Sherwood A (2010) Effects of the DASH diet alone and in combination with exercise and weight loss on blood pressure and cardiovascular biomarkers in men and women with high blood pressure: the ENCORE study. *Archives of Internal Medicine* 170, 126–135.
- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H & Grumbach K (2002a) Patient self-management of chronic disease in primary care. *The Journal of the American Medical Association* 288, 2469–2475.
- Bodenheimer T, Wagner EH & Grumbach K (2002b) Improving primary care for patients with chronic illness. *The Journal of the American Medical Association* 288, 1909–1914.
- Bosworth HB, Olsen MK, Gentry P, Orr M, Dudley T, McCant F & Oddone EZ (2005) Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tailored multifactorial intervention. *Patient Education and Counseling* 57, 5–14.
- Bosworth HB, Olsen MK, Neary A, Orr M, Grubber J, Svetkey L, Adams M & Oddone EZ (2008) Take Control of Your Blood Pressure (TCYB) study: a multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. *Patient Education and Counseling* 70, 338–347.
- Bosworth HB, Olsen MK, Grubber JM, Neary AM, Orr MM, Powers BJ, Adams MB, Svetkey LP, Reed SD, Li Y, Dolor RJ & Oddone EZ (2009) Two self-management interventions to improve hypertension control. *Annals of Internal Medicine* 151, 687–695.
- Burge FI, Bower K, Putnam W & Cox JL (2007) Quality indicators for cardiovascular primary care. *The Canadian Journal of Cardiology* 23, 383–388.
- Chobanian AV, Bakris GL, Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jones DW, Matorson BJ, Oparil S, Wright JT & Roccella EJ (2003) Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension* 42, 1206–1252.
- Chodosh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttrop MJ, Hilton L, Rhodes S & Shekelle P (2005) Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of Internal Medicine* 143, 427–438.
- Chon YH (2008) A study on the development of information in Long-Term Care Insurance in Korea: focusing on the accessibility of information in the third pilot project. *Journal of the Korean Gerontological Society* 28, 687–704.
- Cole JWL & Grizzle JE (1966) Applications of multivariate analysis of variance to repeated measures experiments. *Biometrics* 22, 810–828.
- Coover KL, Ryan-Haddad A, Faulkner MA & Hilleman DE (2008) Prevalence, treatment, and control of hypertension in residents of skilled nursing facilities. *The Consultant Pharmacist* 23, 317–323.
- Devine EC & Reifschneider E (1995) A meta-analysis of the effects of psycho-educational care in adults with hypertension. *Nursing Research* 44, 237–245.
- Dolor RJ, Yancy WS, Owen WF, Matchar DB, Samsa GP, Pollak KI, Lin P, Ard JD, Premphe M, McGuire HL, Batch BC, Fan W & Svetkey LP (2009) Hypertension Improvement Project(HIP): study protocol and implementation challenges. *Trials* 10, 13.
- Eakin EG, Reeves MM, Lawler SP, Oldenburg B, Mar CD, Wilkie K, Spencer A, Battistutta D & Graves N (2008) The Logan Healthy Living Program: a cluster randomised trial of a telephone-delivered physical activity and dietary behavior intervention for primary care patients with type 2 diabetes or hypertension from a socially disadvantaged community—rationale, design and recruitment. *Contemporary Clinical Trials* 29, 439–454.
- Fahey T, Schroeder K & Ebrahim S (2005) Educational and organizational interventions used to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. *The British Journal of General Practice* 55, 875–882.
- Fahey T, Schroeder K & Ebrahim S (2006) Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art. No.: CD005182. Doi:10.1002/14651858.CD005182.pub3.
- Figar S, Galarza C, Petrik E, Hornstein L, Loria BR, Waisman G, Rada M, Soriano ER & de Quirós FGB (2006) Effect of education on blood pressure control in elderly persons: a randomized controlled trial. *American Journal of Hypertension* 19, 737–743.
- Flesner MK & Rantz MJ (2004) Mutual empowerment and respect: effect on nursing home quality of care. *Journal of Nursing Care Quality* 19, 193–196.
- Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K & Fahey T (2010) Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, Art. No.: CD005182. Doi:10.1002/14651858.CD005182.pub3.
- Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP & Yao X (2008) Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art. No.: CD000011. Doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub3.
- Hunt JS, Siemieniuc J, Touchette D & Payne N (2004) Impact of educational mailing on the blood pressure of primary care patients with mild hypertension. *Journal of General Internal Medicine* 19, 925–930.
- Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK & He J (2005)

- Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 365, 217–223.
- Kim OR (2003) Effects of self care program on hypertensive control in hypertensive patient. *The Journal of Korean Community Nursing* 14, 1–11.
- Kim EY, Han HR, Jeong S, Kim KB, Park H, Kang E, Shin HS & Kim M (2007) Does knowledge matter?: intentional medication nonadherence among middle-aged Korean Americans with high blood pressure. *Journal of Cardiovascular Nursing* 22, 397–404.
- Kim KB, Lee H & Sok SR (2009) Activities of daily living and nursing needs of the elderly in nursing home. *Journal of Koran Academic Community Health Nursing* 20, 1–11.
- Korea Ministry of Health & Welfare (2010) *2008 Statistical Reports for Health and Welfare*. Korea Ministry of Health & Welfare, Seoul.
- Krousel-Wood M, Hyre A, Muntner P & Morisky D (2005) Methods to improve medication adherence in patients with hypertension: current status and future directions. *Current Opinion in Cardiology* 20, 296–300.
- Lee YW (1995) A study of the effect of an efficacy expectation promoting program on self-efficacy and self-care. *Journal of Korean Academy of Nursing* 7, 212–227.
- Lee SH, Kim SR, Kim SM, Kim EK, Park SK & Oh JH (2001) *A Study on Supply Strategy of Long-Term Care Facility and Special Beds*. Korea Health Industry Development Institute, Seoul.
- Lee JH, Lee KU, Lee DY, Kim KW, Jhoo JH & Kim JH (2002) Development of the Korean version of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease Assessment Packet (CERAD-K): clinical and neuropsychological assessment battery. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 57B, 47–53.
- Lee LL, Arthur A & Avis M (2007) Evaluating a community-based walking intervention for hypertensive older people in Taiwan: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine* 44, 160–166.
- Lehane E & McCarthy G (2007a) An examination of the intentional and unintentional aspects of medication non-adherence in patients diagnosed with hypertension. *Journal of Clinical Nursing* 16, 698–706.
- Lehane E & McCarthy G (2007b) Intentional and unintentional medication non-adherence: a comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies* 44, 1468–1477.
- McGuire HL, Svetkey LP, Harsha DW, Elmer PJ, Appel LJ & Ard JD (2004) Comprehensive lifestyle modification and blood pressure control: a review of the PREMIER trial. *The Journal of Clinical Hypertension* 6, 383–390.
- Morisky DE, Green LW & Levine DM (1986) Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care* 24, 67–74.
- Ottensbacher K (1992) Impact of random assignment on study outcome: an empirical examination. *Controlled Clinical Trials* 13, 50–61.
- Park J & Kwon Y (1989) Standardization of Korean version of the Mini-Mental State Examination (MMSE-K) for use in the elderly. Part II: diagnostic validity. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association* 28, 508–512.
- Park JM & Lee SJ (2007) The effects of visiting nursing intervention on self care behavior and blood pressure in persons with high risk of cerebrovascular diseases. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing* 18, 572–582.
- Powers BJ, King JL, Ali R, Alkon A, Bowlby L, Edelman D, Gentry P, Grubber JM, Koropchak C, Maciejewski ML, AcCant F, McKov G, Newell M, Oddone EZ, Olsen MK, Rose CM, Trujillo G & Bosworth HB (2009) The Cholesterol, Hypertension, and Glucose Education (CHANGE) study for African Americans with diabetes: study design and methodology. *American Heart Journal* 158, 342–348.
- Resnick B & Jenkins LS (2000) Testing the reliability and validity of the self-efficacy for exercise scale. *Nursing Research* 49, 154–159.
- Rochon J (1991) Sample size calculations for two-group repeated-measures experiments. *Biometrics* 47, 1383–1398.
- Strohbecker B, Eisemann Y, Galushko M, Montag T & Votz R (2011) Palliative care needs of chronically ill nursing home residents in Germany: focusing on living, not dying. *International Journal of Palliative Nursing* 17, 27–34.
- The National Assembly Research Service (2010) *The Investigation into a New Direction of Expanding Business of the Elderly Care Facilities for Aged Society*. The National Assembly Research Service, Seoul.
- Wagner EH (2000) The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal* 320, 569–572.
- Xue F, Yao W & Lewin RJ (2008) A randomised trial of a 5 week, manual based, self-management programme for hypertension delivered in a cardiac patient club in Shanghai. *BMC Cardiovascular Disorders* 8, 10.

The Journal of Clinical Nursing (JCN) is an international, peer reviewed journal that aims to promote a high standard of clinically related scholarship which supports the practice and discipline of nursing.

For further information and full author guidelines, please visit JCN on the Wiley Online Library website: <http://wileyonlinelibrary.com/journal/jocn>

Reasons to submit your paper to JCN:

High-impact forum: one of the world's most cited nursing journals, with an impact factor of 1.118 – ranked 30/95 (Nursing (Social Science)) and 34/97 Nursing (Science) in the 2011 Journal Citation Reports® (Thomson Reuters, 2011)

One of the most read nursing journals in the world: over 1.9 million full text accesses in 2011 and accessible in over 8000 libraries worldwide (including over 3500 in developing countries with free or low cost access).

Early View: fully citable online publication ahead of inclusion in an issue.

Fast and easy online submission: online submission at <http://mc.manuscriptcentral.com/jcnur>.

Positive publishing experience: rapid double-blind peer review with constructive feedback.

Online Open: the option to make your article freely and openly accessible to non-subscribers upon publication in Wiley Online Library, as well as the option to deposit the article in your preferred archive.

This document is a scanned copy of a printed document. No warranty is given about the accuracy of the copy. Users should refer to the original published version of the material.

ANEXO XXI – Artigo 8: Small-group hypertension health education
programme: a process and outcome evaluation

Small-group hypertension health education programme: a process and outcome evaluation

Cynthia M. Leung MSc PhD

Senior Lecturer, School of Psychology, Victoria University, Victoria, Australia

Georgina K.H. Ho BSc MPH

Chief Nursing Officer, Department of Health, Hong Kong SAR, China

Mary Foong MN MSc

Nursing Officer, Department of Health, Hong Kong SAR, China

C. F. Ho MSc

Nursing Officer, Department of Health, Hong Kong SAR, China

Peter K.K. Lee MSc MPH

Nursing Officer, Department of Health, Hong Kong SAR, China

Lucy S.P. Mak BN MPH

Senior Nursing Officer, Department of Health, Hong Kong SAR, China

Accepted for publication 7 June 2005

Correspondence:

Georgina K.H. Ho,
Department of Health,
Hong Kong SAR,
China.
E-mail: cno1@dh.gov.hk

LEUNG C.M., HO G.K.H., FOONG M., HO C.F., LEE P.K.K. & MAK L.S.P.
(2005) *Journal of Advanced Nursing* 52(6), 631–639

Small-group hypertension health education programme: a process and outcome evaluation

Aim. This paper reports a study to explore the expectations, attainments and opinions of the participants, the objectives and experiences of nurse facilitators, and the changes in nurse–client relationship after a small-group hypertension health education programme.

Background. Effective control of blood pressure among hypertensive patients is essential in the reduction of cerebrovascular-related morbidity and mortality. A ‘small-group hypertension education programme’ has been implemented in all general outpatient clinics in Hong Kong since 2000. In order to identify what aspects of the programme were beneficial and how it benefited clients, a process evaluation study was conducted.

Methods. Following implementation of a small-group hypertension health education programme, two focus groups were run to collect data from eight nurse facilitators, and individual semi-structured interviews were conducted with 16 programme participants. The data were collected in 2001.

Findings. The findings indicate that both clients and nurses gained a great deal from and enjoyed the process of this health education programme, and their relationships were improved after the programme. About half of the clients reported having adopted health-enhancing behaviour. The study also revealed discrepancies between the nurses and clients in their perceptions of the objectives of the programme. This indicates that there is a need to clarify the objectives with clients to minimize disappointments from unrealistic expectations.

Conclusion. There is a need for the nurse facilitators to clarify the goal of the programme as an education group rather than as a support group. Also, needs assessment is suggested before group member recruitment in order to make the group more homogeneous.

Keywords: client–nurse relationship, evaluation, expectations, objectives, qualitative process, small-group hypertension health education programme

Introduction

In Hong Kong, chronic diseases constitute major causes of death; for example, cerebrovascular disease is one of the top three and accounted for 3130 deaths in the year of 2001 [Department of Health (Hong Kong) 2002]. The major risk factor for stroke among the Chinese population is poor control of hypertension (He *et al.* 1995). In order to decrease the morbidity and mortality in our hypertensive population, health education programmes are needed, which have been found to have positive effects on patients' adherence to medical treatment and on control of blood pressure (Shannon & Kirkley 1997).

In view of the benefit of health education programmes for patients with hypertension, a 'small-group hypertension education programme' has been developed. Standardized teaching kits are issued to all Department of Health general outpatient clinics (GOPC). Using the teaching kit, nurse facilitators can conduct a five-session small group health education programme for hypertensive patients. The small-group is expected to consist of eight patients and each session lasts around 2 hours. The content of the first four sessions includes talks and discussions on knowledge of hypertension, anti-hypertensive medication, blood pressure-taking skills, healthy lifestyle, diet management, physical activity, stress management and community resources for people with hypertension. The last session is a reunion session to give participants the opportunity to revise and to ask questions about what they have learnt.

Although most clients who completed the five sessions of the hypertension health education programme reported that they gained a great deal, there was no systematic evaluation to identify what aspects of the programme were beneficial and how it benefited clients. Rigorous programme evaluation is required to address these issues.

Background

Nutbeam (1998) points out that there are two fundamental aspects in the evaluation of health education programmes. The first is outcome evaluation, which aims to examine the

extent to which the intervention has achieved its goals and objectives. The second is process evaluation, which aims at identifying the basic conditions necessary for the successful implementation of the intervention programme. In fact, there has been increasing recognition that process evaluation has been as important as outcome evaluation in health education research since the 1990s (Macdonald *et al.* 1996, McKinlay 1996). Dignan (1995) explained the importance of process evaluation as follows:

If we know only the results of health education programme and not how those effects were brought about, we cannot develop a body of knowledge which guides health educators in selecting the appropriate intervention for a particular target audience with a particular health problem, in a particular setting. (Dignan 1995, p. 15)

Further, Israel *et al.* (1995) indicate that process evaluation not only provides information about how and why the health outcomes have or have not been achieved, it also provides information about areas in which the programme can be improved and areas to be retained.

Many researchers point out that process evaluation should provide a clear description of what the health education providers and the recipients are doing and experiencing as they engage in the health education activities (Raeburn 1992, Spoth & Molgaard 1993, Gillis 1995). These researchers further emphasize the need to include an investigation of the nature of the relationship developed between the providers and recipients in process evaluation, as this relationship will influence the outcomes of the programme.

With regard to methodology, both Britton *et al.* (1998) and Clarke (2001) support the use of qualitative methods in process evaluation because they generate a rich and deep understanding of the phenomena of interest.

At this point, it is also important to outline the health outcomes of health education programmes. Nutbeam (1998) put forward a hierarchy with three levels of outcomes (Table 1). At the top of the hierarchy are health and social outcomes and they are regarded as the end point of health and medical intervention. Examples of social outcomes include quality of life, functional independence, equity; and examples of health outcomes include reduced morbidity and disability,

Table 1 Three levels of outcome

Outcome	Examples
Health and social outcomes	Improvement of quality of life, independence and equity Reduction of morbidity, disability and mortality
Intermediate health outcomes	Adoption of healthy lifestyles, and healthy environments
Health education outcomes	Enhancement of health literacy, social influence and action, and healthy public policy and organizational practice

and avoidable mortality. At the second level are intermediate health outcomes, which represent the determinants of health and social outcomes (Nutbeam 1998). They include modifiable determinants of health, such as healthy lifestyles (e.g. food choice, physical activity), effective health services (e.g. provision of preventive service) and healthy environments (e.g. safe physical environment). At the lowest level are health education outcomes and these represent the more immediate results of health education activities (Nutbeam 1998). They include intervention impact measures such as health literacy (e.g. health-related knowledge, attitudes and motivation), social action and influence (e.g. community participation and empowerment, social support and connectedness) and healthy public policy and organizational practice (e.g. policy statements).

The study

Aims

The aims of the study were to explore the expectations, attainments and opinions of the clients of the small-group hypertension health education programme; the objectives and experiences of nurse facilitators on running the group; and the relationships between the nurse facilitators and clients.

Design

A process and outcome evaluation of the small-group hypertension health education programme was conducted. The data were collected in 2001.

Participants

The participants were 52 clients who completed the programme at eight GOPCs in the four main geographical regions of HK. A stratified technique was used in sampling

and clients were selected purposively to represent different gender, age, educational level and hypertension history. A total of 17 clients were invited to participate in individual interviews. One client, who had no formal education, refused to take part. Finally, 16 clients participated, with two from each GOPC under study.

All the nurse facilitators ($n = 8$) of the selected GOPCs were willing to take part in the study. They understood that participation was voluntary and there would be no penalty for refusal. The demographic characteristics of the clients and nurses are shown in Tables 2 and 3, respectively.

Table 2 Demographic characteristics of client participants ($n = 16$)

	Female ($n = 8$)	Male ($n = 8$)
Age range (years)		
< 41	1	0
41–50	1	0
51–60	5	3
61–70	0	4
≥71	1	1
Education		
Primary	5	4
Secondary	3	3
Tertiary	0	1
Hypertension history (years)		
< 1	3	2
1–5	3	4
6–10	1	1
> 10	1	1

Table 3 Demographics of nurse participants ($n = 8$)

	Female ($n = 7$)	Male ($n = 1$)
Age range (years)		
31–35	3	0
36–40	4	1
Rank		
Registered Nurse	3	0
Registered Nurse (Health)*	4	1
Education		
Diploma	3	1
Tertiary	4	0
Numbers of times conducting the small-group hypertension health education programme		
Never	1	0
1–2	2	0
3–4	4	0
≥5	0	1

*A Registered Nurse (Health) has completed the Post-registration Diploma Course in Public Health Nursing Studies run by the School of Public Health Nursing, Department of Health, Hong Kong Special Administrative Region, China.

Data collection

Nurse focus groups

Focus groups were used to collect opinions from the nurses, using a set of open-ended questions. Two focus groups were conducted, each comprising four nurses, to accommodate the working schedules of the nurses.

Client interviews

Semi-structured individual interviews were used for collecting data from the clients to obtain in-depth responses.

Rigour

A research team with a psychologist and seven senior nurses from different public health services was formed as a way of ensuring that findings could be adequately corroborated (Giacomini & Cook 2000). Two research team members (interviewer and observer) paired up for data collection to capture the non-verbal information from participants. All the discussions were recorded on audiotape.

Ethical considerations

Approval for the study was obtained from the Hong Kong Department of Health. An invitation letter explaining the purpose of the study, voluntary participation, measures on protecting personal identity and the right of withdrawal was given to every potential participant. Individual written consent was obtained before conducting the study. All data were anonymized.

Data analysis

The audiotape recordings were transcribed verbatim. All research team members read the transcripts individually, and themes and categories were arrived at after agreement among team members.

Findings

Expectations of clients and objectives of nurses

In terms of health education outcomes, both clients and nurses mentioned health knowledge gain as one of the outcomes achieved through the programme. They expressed their views in the following quotes (C, client; N, nurse).

C: I wanted to know more about this disease, as sometimes our knowledge is insufficient.

C: Have to review what to eat, what is high in cholesterol.

N: First, provide them with the information. Most of them only had superficial knowledge.

Unlike the clients, the nurses also regarded client empowerment, improved nurse–client relationship and peer support among clients as their objectives for running the groups

N: Guide them to think about issues about themselves, and also, stimulate them, to think about what their future health status would be like.

N: Can make the relationship with client closer. So, we communicate more.

N: The aim of the group, in fact, is to let them make more friends. Let them have support among themselves.

Furthermore, the nurses mentioned behaviour change, an intermediate health outcome, as one of their objectives for the programme.

N: That is, hope that they have improvements in their behaviour and knowledge.

Some clients also mentioned that they wished to achieve health outcomes such as reducing body weight and improving their health.

C: The goal is to become thinner. I am too fat. I have 227 lbs.

In short, the nurses emphasized health education outcomes and intermediate health outcomes, whereas the clients emphasized health education outcomes and health outcomes. Both parties, however, stressed knowledge gain as an important aspect. Their views are summarized in Table 4.

Table 4 Expectations of clients and objectives of nurses

Outcomes	Clients	Nurses
Health and social outcomes	Weight reduction	
Intermediate health outcomes		Behaviour change
Health education outcomes	Knowledge gain	Knowledge gain Social support among clients Improved client–staff relationships Client empowerment

Fulfilment of expectations and objectives

Health education outcomes

Nearly all the clients stated that the health education outcome of knowledge gain on hypertension and skills of self-monitoring, such as blood-pressure-taking skills, were achieved.

C: Now I've heard the explanation here...Don't eat that much fatty food, and other things high in cholesterol, then it is better for physical health, then this is very helpful, I personally reckon.

C: That is, the nurse explained everything very clearly, and this made us very satisfied.

C: In the past I didn't know (how to measure blood pressure). That is, parallel to the heart...know that this way is the correct one.

C: She took out some pictures, used things to teach, then (we) understood better what blood vessels were like.

However, some clients were concerned that they were not given enough information about their own anti-hypertensive medication.

C: Hmm, the most important is the medication I am taking. Don't care about other people. Yes (talked about his medication), very quick, didn't say much.

This issue was also noted by some of the nurses and they expressed the inadequacy in dealing with the information on the medication.

N: The aspect about medication is relatively more difficult. The most difficult is talking about the medication part, because we ourselves have not studied this before, but the clients want to know about medication.

N: If (one) can find a professional person, for example, a pharmacist, to talk, I think they will be more convincing.

With regard to client empowerment or self-efficacy, this was partially achieved. During the interviews some clients said that they could control their illness because they had more knowledge and skills after attending the health education programme. They felt less anxious and less worried about their hypertension.

C: Could show off in front of relatives and friends...There's real substance there.

C: Helped me...that is, made me feel better, not so nervous.

However, one participant mentioned about there was lack of input about community resources.

C: What I need?...But I don't know whom I can ask...And, for example, yearly body check, I want to have a body check, but I don't know where.

Apart from health knowledge and client empowerment, many clients reported improved relationships with the nurse facilitators, although they did not mention this as one of their expectations.

C: Lots of changes (in relationship with the nurse). Could chat a lot with the nurse...say 'Good morning', greetings.

C: Before joining, I felt that the nurses did not pay much attention to us, just being very procedural...But after joining the nurses gave a feeling of cordiality.

In terms of peer support, one of the objectives mentioned by the nurses but not the clients, some nurses reported that their group members could share deeply.

N: Saw that they, there was a good relationship between client and client, that is, very friendly...like seeing very good friends.

N: Some of them said, (they) felt that they said here more than what they said to their family members.

N: Because they, one of them, after starting jogging, felt leg pain...so everyone together found some other suitable exercises (for this client).

Contradictory to the perceptions of nurses, none of the clients reported peer social support. Many of them said that they did not feel they could share too deeply with other group members. They explained that 4 weeks were too short to establish any meaningful or trusting relationships with others. The following are two of the quotes from clients to explain the actual situation and the hindrance in building up relationship among group members.

C: First, not familiar (with one another). Though there were four sessions, but there's only one meeting (each week), one session only, couldn't say that there was good serious communication, so, just nod to each other, ah, looks familiar, in the same class, like that.

C: Not much contact. Some have to work (is going to be occupied from household work); some have to go to work (having a job), and some say that they are now working (occupied from household work), like this.

Clients reported positive changes in health knowledge and skills, nurse-client relationship and self-efficacy. On the contrary, they did not report gains in peer social support, although this was mentioned by the nurse facilitators.

Intermediate health outcomes

Behaviour change was reported by half of the clients, although they did not mention this in their learning objectives. They reported changes in their drug adherence, diet, smoking habit and physical activity level during the interviews.

C: Taking medication regularly according to time schedule, now I know that this is important. In the past I wasn't regular: now I know, 9 o'clock is 9 o'clock, don't go too far.

C: Life (style) has changed, more regular, take medication regularly according to time schedule. Eating, if cholesterol is high, don't eat. Also, you don't eat things high in sugar. You cannot eat too much, three meals a day.

C: Don't smoke...my grandchild is still young, only one year old now. I don't want him to smell my cigarette smell.

C: The most impressive was that we had to have more physical exercises daily, not to sleep till too late.

Nevertheless, the other half of the clients said that they would not give up their behaviour that was harmful to their health. They gave various reasons for their lack of behavioural change.

C: Like the fatty things...this, I have cut off mostly, but not completely. To tell the truth, if I have to cut off completely, life is not interesting anymore.

C: I have been smoking for 40 years. If I had cancer, I would have been dead. I have been 40 years...Have been smoking for 40 years, there is no influence on me, immunized...I smoke, but it won't reach my lungs, just in the mouth...I have a relative who never smoked, gall bladder cancer, three months, bye bye.

C: But I am lazy, ha ha...I feel very tired...I don't have the interest (to do exercise), don't know why.

Health outcomes

A few clients said that their expectations about health outcomes were not fulfilled.

C: The expectation is that I hope my blood pressure can be lowered...half...(however, the blood pressure) will go up whenever I am unhappy.

C: The expectation was that I could control my disease so I would not have to take medication...Actually it is not possible.

Achievement of the various outcomes, based on the perceptions of nurses and clients, is summarized in Table 5.

Opinions and feelings about the health education programme

Clients were, on the whole, satisfied with the programme. They explained that they liked the content, including broadening their knowledge on various aspects, the pamphlets, the activities, the information given by the nurse facilitators and

Table 5 Perceptions of nurses and clients on achievement of outcomes

Outcome	Achieved	Partially achieved	Not achieved
Health and social outcomes			Weight reduction
Intermediate health outcomes		Behaviour change	
Health education outcomes	Knowledge gain	Social support among clients	
	Improved client-nurse relationships		
	Client empowerment		

the opportunity to share others' viewpoints. The instruction on measuring blood pressure and food selection skills were useful and practical. They appreciated the nurse facilitators' efforts in teaching and in group management, as well as their caring attitude.

C: That is, the nurse explained everything very clearly, and this made us very satisfied.

C: The activities were good.

C: Food, dietary management with respect to food, this is really useful. There are things that (I) didn't know.

C: There was exchange among us, opportunity to talk, that's correct, that's not correct.

However, some clients were not satisfied about the composition of the group membership.

C: Because there were many group members, and the education levels were different...The age difference was another problem, wasn't it? There were only two males in my group; the rest were females. Then, you say, it's not me saying anything, but the viewpoints and perspectives were different; the feelings were different, weren't they? That's what I think.

Similarly, nurses also encountered problems in handling clients with different backgrounds and characteristics.

N: But if the level difference is too great, I think there will be some difficulties, because you have to cater for those clients with lower levels.

N: That is, everyone's need is also different. Within a limited time, it is difficult for you...that is 'pleasing your brother upsetting your sister-in-law' (you cannot please everyone).

One nurse made the following suggestion.

N: Check the background and the educational level of those clients you invited.

Nurses also shared their experiences of running the group. They emphasized that good preparation and presentation skills, including use of practical activities and visual aids, were important. They also stressed that they used various group management techniques to encourage participation and made a special effort to convey a sense of warmth. They believed the clients acknowledged their effort in running the group. Through the process, they also experienced a sense of achievement and self-enhancement.

N: Because some of the people in our team were more than 70 years old. And their knowledge was comparatively low. Therefore, if you do not use games to express, or other things, it would be difficult for them to absorb.

N: If everyone is illiterate, very confused, then explain profound meaning in simple language, or say less, maybe make it simpler for certain things.

N: I have a feeling of achievement.

N: Also, have job satisfaction.

N: That is, experience makes you more and more rich and sufficient.

Discussion

The findings indicate that there were differences in the needs/expectations of the clients and nurses, perhaps illustrating discrepancies between clients' expressed needs and nurses' normative needs, as well as the different priorities about health concerns of clients and nurses (Fletcher 1997). Clients emphasized the cognitive health education outcome of knowledge gains and health outcome achievement but none of them mentioned intermediate health outcomes, such as behaviour changes, as their objectives. Nurses focused on broader social and psychological aspects of health education outcomes, such as client empowerment, improved nurse-client relationship, peer support, and intermediate health outcomes, such as behaviour changes. The nurses' view is consistent with that reported by Ewles and Simnett (1999), who define a health education programme as 'providing information, exploring values and attitudes, making health decisions and acquiring skills to enable behaviour changes to take place' (Ewles & Simnett 1999, p. 23). Empowering clients to take control of their health and to make decisions about their health are regarded as fundamental aspects of health education (MacLaury 2000). In terms of implications for service delivery, the results highlight the importance of informing

clients about the goals of health education programmes, giving them realistic expectations about the programmes and broadening their perspectives.

There was more success in achieving the health education outcomes, such as knowledge gain, client empowerment and improved nurse-client relationship. With regard to intermediate health outcomes, not all clients reported changes in health behaviour. Health outcomes such as weight reduction were not reported by any clients.

As far as behavioural changes were concerned, some clients, after learning more about their illness, changed their behaviour and lifestyle to benefit their own health and that of their family members. However, this is not always the case. Clients' adherence to a healthy lifestyle could be higher if nurses were to take clients' personal circumstances and life contexts into account and provide tailor-made interventions (Nagammal 1998, Wissen *et al.* 1998). Ehiri (2000) points out that client education should aim at helping clients incorporate health-related behaviour into their everyday lives. This highlights the importance of negotiating solutions suitable for the client's personal situation in health education.

Further, some clients found it difficult to be in a group with members from different backgrounds as their needs were different, and the nurse facilitators also experienced this difficulty. If pregroup assessments were performed, this could facilitate grouping of clients and enable nurse facilitators to adjust the content of the programme. Thus, clients' needs could be better met.

Clients reported improvement in the client-nurse relationship after the completion of the health education programme. Some clients mentioned that they would approach the nurse facilitators in the future should they encounter problems. Client-provider relationships are viewed as an important issue in a client's motivation to return for further treatment and care (Rose *et al.* 2000, Twinn & Cheng 2000) so that this could help in enhancing a client's adherence to follow-up schedules and, hopefully, the drug regimen.

Although nurse facilitators expected the health education programme to nurture peer support among clients, clients reported that they did not feel any support from peers. It is perhaps unrealistic to expect people to develop a trusting, meaningful and mutually supportive relationship in 4 weeks, especially when knowledge dissemination and skill transfer are the main activities of the health education programme. Furthermore, self-disclosure is not encouraged among Chinese people (Chen 1995). Ewles and Simnett (1999) also point out that different skills are needed to facilitate a support group.

What is already known about this topic

- Cerebrovascular disease is a major cause of death, and effective control of blood pressure among hypertensive patients is needed.
- Process evaluation can help in identifying the basic conditions necessary for the successful implementation of health education programmes.

What this paper adds

- Nurse facilitators need to have a clear understanding of the roles and objectives of a health education programme before its implementation.
- To prevent a mismatch in expectations between nurse facilitators and programme participants, it is crucial that facilitators inform participants of the goals of the health education programme.
- Information on clients' background should be collected before the programme so that participants of similar backgrounds can be organized into a group.

To enable this health education programme to become a support group, its duration would have to be increased and more time would be needed to build up relationships among the group members, in addition to information dissemination and skills transfer. Furthermore, the nurse facilitators might need to have additional training to enhance their groupwork skills. Therefore, the roles and objectives of the 'small-group hypertension health education programme' should be clarified for the nurse facilitators. Obviously, the present format and content of the programme were geared towards a health education group rather than a peer support group.

Nonetheless, the nurse facilitators felt that the participants were appreciative of their efforts. They also experienced a sense of achievement and self-enhancement while facilitating the groups. This would definitely promote a nurse's job satisfaction and enhance their career development.

Both clients and nurses expressed dissatisfaction with the inadequacy of knowledge about anti-hypertensive medication. Some of the nurses suggested that a pharmacist should be invited to the groups to give information on medication, while others suggested having a pharmacist as a resource person for consultation on medication-related matters. Indeed, Latter *et al.* (2000) indicate that the nursing curriculum on pharmacology is inadequate for nurses to take up the medication education role and they suggest that nurses should continue to increase their knowledge in pharmacology through continuous lifelong learning.

Study limitations

It is important to acknowledge that the data of present study were generated from hypertension education programme participants consisting mainly of older clients from general outpatient clinics in Hong Kong. Participation in the health education programme and the study is voluntary and the participants might be self-selected people who are more motivated. It is not clear whether the findings can be generalized to other health education programmes with clients of different characteristics, such as adolescents, and in different settings, such as community centres. Moreover, only group views rather than individual views were available as focus groups were used in this part of the study.

Conclusions

Before the implementation of an education programme, there is a need for nurse facilitators to be clear about the programme roles and objectives. Prior assessment of clients should be performed before recruiting programme participants, in order to organize those with similar backgrounds into a group. Further, it is essential for nurse facilitators to inform participants of the goals of the health education programme to prevent a mismatch in expectations between education providers and recipients, which may lead to disappointment of participants.

Author contributions

CL, GH, MF, PL and LM were responsible for the study conception and design. CL, GH, MF, CFH, PL and LM performed the data collection. CL, GH, MF, CFH, PL and LM performed the data analysis. CL, GH and CFH drafted the manuscript. CL and CFH made critical revisions of manuscript for important intellectual content. CL provided statistical expertise. GH contributed administrative, technical or material support. CL and GH supervised.

References

- Britton A., Thorogood M., Coombes Y. & Lewando-Hundt G. (1998) Search for evidence of effective health promotion: quantitative outcome evaluation with qualitative process evaluation is best. *British Medical Journal* 316(7132), 703-704.
- Chen C.P. (1995) Group counseling in a different cultural context: several primary issues in dealing with Chinese clients. *Group* 19(1), 45-55.
- Clarke A. (2001) Evaluation research in nursing and health care. *Nurse Researcher* 8(3), 4-14.

- Department of Health (Hong Kong) (2002) *2001/2002 Annual Report*. Government Printer of Hong Kong Special Administrative Region, Hong Kong.
- Dignan M.B. (1995) *Measurement and Evaluation of Health Education*, 3rd edn. Charles C Thomas, Springfield.
- Ehiri B.I. (2000) Improving compliance among hypertensive patients: a reflection on the role of patient education. *International Journal of Health Promotion & Education* 38(3), 104–108.
- Ewles L. & Simnett I. (1999) *Promoting Health: A Practical Guide*, 4th edn. Bailliere Tindall, London.
- Fletcher J. (1997) Do nurses really care? Some unwelcome findings from recent research and inquiry. *Journal of Nursing Management* 5, 43–50.
- Giacomini M.K. & Cook D.J. (2000) Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care A. Are the results of the study valid? *Journal of American Medical Association* 284(3), 357–362.
- Gillis A. (1995) Exploring nursing outcomes for health promotion. *Nursing Forum* 30(2), 5–12.
- He J., Klag M., Wu Z. & Whelton P.K. (1995) Stroke in the People's Republic of China: II meta-analysis of hypertension and risk of stroke. *Stroke* 26, 2228–2232.
- Israel B.A., Cummings K.M., Dignan M.B., Heaney D.P., Perales D.P., Simons-Morton B.G. & Zimmerman M.A. (1995) Evaluation of health education programs: current assessment and future directions. *Health Education Quarterly* 22(3), 364–389.
- Latter S., Rycroft-Malone J., Yerrell P. & Shaw D. (2000) Evaluating educational preparation for a health education role in practice: the case of medication education. *Journal of Advanced Nursing* 32(5), 1282–1290.
- Macdonald G., Veen C. & Tones K. (1996) Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. *Health Education Research* 11(3), 367–376.
- MacLaury S. (2000) The hidden group: the role of group dynamics in teaching health education. *Journal of Health Education* 31(3), 156–159.
- McKinlay J.B. (1996) More appropriate evaluation methods for community-level health interventions: introduction to the special issue. *Evaluation Review* 20(3), 237–243.
- Nagammal S. (1998) Continuing nursing education – patient education. *Singapore Nursing Journal* 25(3), 27–28.
- Nutbeam D. (1998) Evaluating health promotion. *Health Promotion International* 13(1), 27–43.
- Raeburn J. (1992) Health promotion research with heart: keeping a people perspective. *Canadian Journal of Public Health* 83(Suppl. 1), 20–24.
- Rose L.E., Kim M.T., Dennison C.R. & Hill M.N. (2000) The context of adherence for African Americans with high blood pressure. *Journal of Advanced Nursing* 32(3), 587–593.
- Shannon J. & Kirkley B. (1997) Self-efficacy as a predictor of dietary change in a low-socioeconomic status southern adult population. *Health Education & Behaviour* 24, 357–368.
- Spoth R. & Molgaard V. (1993) Consumer-focused data collection in preventive program evaluation. *Evaluation and the Health Professions* 16(3), 278–294.
- Twinn S. & Cheng F. (2000) Increasing uptake rates of cervical screening amongst Hong Kong Chinese women: the role of the practitioner. *Journal of Advanced Nursing* 32(2), 335–342.
- Wissen K.V., Litchfield M. & Maling T. (1998) Living with high blood pressure. *Journal of Advanced Nursing* 27, 567–574.

This document is a scanned copy of a printed document. No warranty is given about the accuracy of the copy. Users should refer to the original published version of the material.

ANEXO XXII – PROJETO DE INTERVENÇÃO: CUIDE DO SEU CORAÇÃO

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
UCC – CHAMUSCA
4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

PROJETO DE INTERVENÇÃO
“Cuide do seu Coração”



Mestranda:

Rita Isabel Pires Hipólito

Orientadores:

Enfermeira Maria do Rosário Martins

Enfermeira Marisa Nunes

Santarém, junho 2014

PROJETO DE INTERVENÇÃO

NOME DO PROJETO

“Cuide do seu coração”

FINALIDADE DO PROJETO

Capacitação do grupo para o controlo da Hipertensão Arterial

FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA

Nos últimos anos tem-se assistido a grandes transformações ao nível da enfermagem sendo esta, hoje, considerada uma profissão com um vasto conjunto de saberes, possibilitando aos enfermeiros capacidades e competências técnicas e científicas para responder às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade (Collière, 1989).

Este projeto surge após a realização do Diagnóstico de Saúde das pessoas com 65 e mais anos, residentes na freguesia de Ulme, no âmbito da UC: Estágio, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Neste diagnóstico, foi identificada uma elevada percentagem de utentes hipertensos, cerca de 72% da amostra. Destes, aproximadamente, 66 % utentes referem tomar medicação anti-hipertensiva.

Segundo a DGS (2014), as doenças cardiovasculares continuam a ser, em Portugal, a principal causa de morte e, responsáveis por 32% do total dos óbitos. A Hipertensão Arterial é o fator de risco com maior prevalência na população portuguesa. Em Portugal, existem cerca de dois milhões de hipertensos. Destes, apenas metade tem conhecimento de que apresenta hipertensão arterial, cerca de um quarto está medicado e apenas 16 por cento estão controlados (Portal da Saúde, 2014).

Os fatores de risco de HTA mais referidos são a obesidade, o consumo excessivo de sal, o consumo de álcool em excesso, o sedentarismo, a alimentação pouco saudável, entre outros. Considera-se hoje que a adoção de um estilo de vida saudável pode prevenir o aparecimento da doença e que a sua deteção e acompanhamento precoces podem reduzir o risco de incidência de doença cardiovascular.

Segundo Polónia *etal* (2006), a HTA constitui um importante problema de saúde pública sendo a doença cardiovascular mais comum e o fator de risco quantitativamente mais influente

no desenvolvimento da doença vascular cerebral, bem como doença coronária e insuficiência cardíaca.

A promoção de saúde, bem como a educação para a saúde, tendo como objetivo, alterar estilos de vida, é uma temática complexa, assim, torna-se importante que o enfermeiro potencialize o estabelecimento de estratégias voltadas para o controlo da hipertensão arterial e, conseqüentemente, das doenças cardiovasculares.

A efetividade da Promoção da Saúde consiste em produzir o efeito desejado, isto é, obter uma determinada mudança na proporção de indivíduos expostos a determinados fatores de risco ou gerar ganhos em saúde (Ferreira, 2010).

OBJETIVOS

- Caracterizar os conhecimentos e os comportamentos do grupo, no que respeita aos fatores de risco de Hipertensão Arterial (HTA);
- Aumentar os conhecimentos do grupo sobre HTA;
- Sensibilizar o grupo, no que respeita à adoção de comportamentos saudáveis;
- Incentivar o grupo para a Vigilância de Saúde.

POPULAÇÃO ALVO

Utentes da Freguesia de Ulme

RECURSOS

Computador;

Data-show

Máquina de glicémia capilar

Fitas reagentes de glicémia

Compressas

Lancetas

Esfigmomanómetro.

ATIVIDADES PLANEADAS E DESENVOLVIDAS

Reunir com o Presidente da Junta de Freguesia para escolha do espaço e datado início do curso;

Divulgar em locais chave da Freguesia, tais como: café, Junta de Freguesia, Centro de Apoio Social – Casulme, e Parafarmácias;

Solicitar a divulgação do curso a pessoas consideradas elementos-chave na comunidade.

Realizar um curso com 6 sessões.

IMPLEMENTAÇÃO DA ATIVIDADE

Realização de curso com 6 sessões.

Sessão 1: Apresentação do curso, pertinência do tema, aplicação de questionário para caracterização do grupo, realizar rastreio (Tensão arterial, glicémia capilar, peso, altura, IMC) a todos os participantes da sessão;

Sessão 2: Abordagem dos seguintes temas: Hipertensão – Definição, fatores de risco, sintomas (Hipertensão e Hipotensão), consequências e tratamento, e avaliar tensão arterial, glicémia capilar a todos os participantes da sessão;

Sessão 3: Abordagem dos seguintes temas: Alimentação Saudável, Roda dos Alimentos, Hidratos de Carbono, Proteínas, Gorduras, Fibras Alimentares, Vitaminas e Sais Minerais, água e sal, e avaliar tensão arterial, glicémia capilar a todos os participantes da sessão;

Sessão 4: Abordagem dos seguintes temas: Alimentação Saudável e Exercício Físico.

Sessão 5: Resumo de todos os temas abordados.

Sessão 6: Atividade ao ar livre que envolva exercício físico, seguido de lanche convívio.

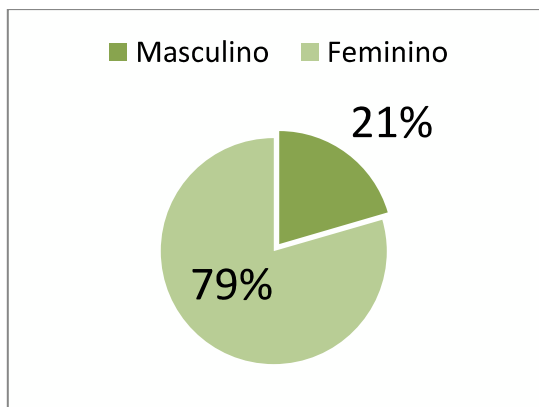
REGISTOS

Registar em SAPE:

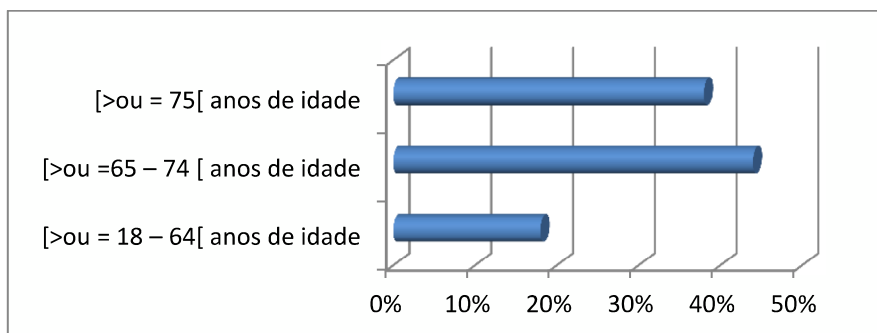
- ✓ No indivíduo, os dados do Rastreio (tensão arterial, glicémia capilar, peso, altura e Índice de Massa Corporal)
- ✓ No grupo, registar na Comunidade “Gestão Comunitária”.

CARATERIZAÇÃO DO GRUPO

1 - Distribuição do grupo por género



2 - Distribuição do grupo por grupo etário



Cerca de 80% tem mais de 65 anos de idade, 59% são casados, 43% tem o 1º Ciclo do Ensino Básico. Do grupo, 69,2% são Hipertensos, 18 % são Diabéticos e destes, 12,9% são hipertensos e diabéticos.

Nos Utentes sem antecedentes de hipertensão, 18% apresenta Tensão Arterial elevada, mesmo sem antecedentes de Hipertensão Arterial.

Já nos Utentes hipertensos, 41% apresentam Tensão Arterial Normal e 28% apresenta Hipertensão. Alguns dos utentes, mesmo tomando medicação apresentam Tensão Arterial elevada.

Nos Utentes sem antecedentes de hipertensão, 25 % apresenta IMC abaixo de 30.

No entanto nos utentes hipertensos, 51% apresenta IMC superior a 30.

Curiosamente, dos utentes sem antecedentes de HTA, 28% apresenta um Perímetro Abdominal aumentado ou muito aumentado.

No entanto, nos Utentes hipertensos, 69% apresenta um Perímetro Abdominal aumentado ou muito aumentado.

Referem fazer em média 4 refeições por dia e beber, em média, 1 L de água.

Cerca de 80% referem colocar uma colher de sopa por dia na comida, e os restantes 20% referem colocar uma colher de Sobremesa. Quanto à quantidade de azeite que usam por dia, 80 % referem colocar uma colher de Sopa – 80% e os restantes 20% referem colocar mais do que uma colher de sopa.

Todo o grupo utiliza azeite como a sua gordura de eleição. Referem ainda utilizar ervas aromáticas em substituição do sal (44,4%).

Quanto à ingestão de fruta, 66,7% referem ingerir todos os dias e 33,3 % refere ingerir às vezes. Relativamente à quantidade, 60% refere ingerir 1 a 2 peças de fruta e 40% referem ingerir 3 a 4 peças de fruta.

Quanto à ingestão de vegetais, 66,7% referem ingerir todos os dias e 33,3 % refere ingerir às vezes. Relativamente à quantidade, 60% refere ingerir uma taça de sobremesa por dia e 40% referem ingerir uma tigela de sopa.

Em relação ao consumo da carne, 11,1% referem não consumir, 33,4% refere consumir menos de uma vez por mês, 22,2% consome uma a três vezes por mês e 22,2 % referem consumir 1 a 4 vezes por semana.

O número médio de utentes por sessão foram 19 utentes.

Relativamente à avaliação das sessões: 66,7% refere que encontrou aquilo que procurava; 100% dos utentes refere que irá mudar algum comportamento com o que aprendeu; 66,7% refere estar muito satisfeito com o curso em que participou; 88,9% recomendaria este curso a uma pessoa amiga; 100% dos utentes se tivessem oportunidade voltariam a frequentar; e no geral, 55,6% classificam o curso como excelente e 44,4 % como bom.

BIBLIOGRAFIA

Collière, M. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Direção Geral de Saúde (2013). *Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Ferreira, S. (2010) RSL - A adaptação do Cuidador Informal como foco de prática de enfermagem. Disponível em <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/585/1/Revis%C3%A3o%20Sistem%C3%A1tica%20da%20Literatura.pdf>

Ministério da Saúde (2014). *Hipertensão Arterial*. Ministério da Saúde: Portal da Saúde. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal>.

Polónia, J., Ramalinho, V., Martins, L., Saavedra, J. (2006) Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão, *Rev. Port. Cardiol.* 2006; 25 (6): 649-660. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Hipertensão.