



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Fabio Goossen

Projeto de Intervenção em Saúde para Melhorar a  
Adesão Terapêutica de Portadores de Hipertensão da  
Estratégia Saúde da Família São José, Colombo - PR.

Florianópolis, Abril de 2017



Fabio Goossen

Projeto de Intervenção em Saúde para Melhorar a Adesão  
Terapêutica de Portadores de Hipertensão da Estratégia Saúde da  
Família São José, Colombo - PR.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Pedro Paulo Scremin Martins  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017



Fabio Goossen

Projeto de Intervenção em Saúde para Melhorar a Adesão  
Terapêutica de Portadores de Hipertensão da Estratégia Saúde da  
Família São José, Colombo - PR.

Essa monografia foi julgada adequada para  
obtenção do título de “Especialista na aten-  
ção básica”, e aprovada em sua forma final  
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-  
versidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Pedro Paulo Scremin Martins**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017



# Resumo

Introdução: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) afeta 32,5% da população brasileira adulta e mais de 60% dos idosos, contribuindo direta e indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Atuo na ESF São José em Colombo/PR, na qual temos 1033 pessoas cadastradas com HAS, semanalmente novos diagnósticos são feitos e rotineiramente atendemos esses hipertensos com a pressão arterial (PA) elevada. Por esse motivo decidi abordar esse tema nesse projeto de intervenção. Objetivo: aumentar a adesão dos usuários portadores de HAS ao grupo HIPERDIA da ESF São José – Colombo/PR. Metodologia: inicialmente convidaremos os pacientes hipertensos a participarem de reuniões/palestras/debates sobre HAS, realizadas semanalmente na sala de reuniões da ESF São José. Esses eventos serão organizados por mim e pela equipe de enfermagem. Os convites serão feitos durante consultas e cartazes colocados na UBS e locais públicos do bairro. Durante o evento abordaremos por meio de palestra expositivo-dialogada, assuntos sobre HAS como, "o que é", "epidemiologia", "sintomatologia", "fatores de risco", "prevenção", "tratamento não medicamentoso", "tratamento medicamentoso", "benefícios de controlar a pressão". Ao final abriremos a discussão para perguntas e respostas e concluiremos com aferição de Pressão Arterial e renovação de receitas contínuas. Resultados esperados: os principais resultados esperados são melhorar os índices de HAS compensados, atingir níveis pressóricos menores de 140 x 90 mmHg nos pacientes participantes das reuniões (HAS controlada). Secundariamente, almejamos diminuir o número de internamentos por IAM e AVC, melhorar a qualidade de vida, aumentar a sobrevida e o abandono do sedentarismo.

**Palavras-chave:** Hipertensão, Terapêutica, Adesão à Medicação, Educação em Saúde





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	11
2.1	Objetivo geral . . . . .	11
2.2	Objetivos específicos . . . . .	11
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	13
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	15
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	17
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	19



# 1 Introdução

Atuo na Unidade de Saúde São José, localizada no município de Colombo, estado do Paraná, com população de 210 mil habitantes aproximadamente (IBGE, 2016). Cidade localizada na região metropolitana de Curitiba, emancipada em 08/01/1890. Sua atividade econômica baseia-se nas indústrias extrativas de cal e calcário e na agricultura com a produção de hortifrutigranjeiros, com destaque para a uva. (COLOMBO, 2016)

Entre as décadas de 1860 e 1880, na região do Paraná, estabeleceram-se vinte e sete colônias agrícolas com imigrante poloneses, italianos, alemães do Volga (russo-alemães), franceses, suíços e ingleses. Uma dessas colônias, Alfredo Chaves, recebeu colonos italianos e foi o embrião da cidade de Colombo. Essa colônia cresceu e transformou-se em um próspero povoado. Posteriormente foi alterada a denominação para Colombo, numa homenagem aos descobridores das Américas. (COLOMBO, 2016)

Em 24/04/2003 foi fundada a Unidade de Saúde São José, em formato de Unidade Básica de Saúde (UBS) e posteriormente, em fevereiro de 2004, caracterizada como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Somos hoje três equipes de saúde responsáveis por assistir uma população de aproximadamente 12234 pessoas (cadastro de 2013), sendo que em torno de 10% possui plano de saúde. Desse número, 6019 são homens e 6215 mulheres. Menores de 20 anos são 3844, de 20 a 59 anos temos 5979 e de 60 anos em diante 775.

O número de Hipertensos e Diabéticos é respectivamente 1033 e 245. Contamos com três médicos, três enfermeiras, três técnicas em enfermagem e 14 agentes comunitárias de saúde (ACS). Ainda, dois dentistas e duas técnicas em saúde bucal.

A comunidade é 100% urbanizada. Possui áreas de esgoto a céu aberto e também área de invasão (“favela”) sendo um dos principais pontos de tráfico de drogas. Todavia, outros pontos de tráfico são frequentes nos demais bairros (em torno de 10) assim como prostíbulos (seis no total). Atualmente, a área possui três igrejas católicas, 10 evangélicas e quatro centros espíritas. 100% da comunidade estão coberta pelo transporte coletivo, de fácil acesso, energia elétrica, coleta de lixo e abastecimento de água (4550 domicílios com rede pública de esgoto e 250 com poços de água). Em torno de 300 famílias estão cadastradas no programa Bolsa Família e 250 famílias cadastradas no Programa do Leite. 100 famílias com renda familiar per capita inferior a R\$70,00 e 50 chefes de famílias analfabetos.

As queixas mais comuns na demanda são devido a estado gripal, lombalgia, dores osteomusculares, cefaleia e infecção do trato urinário. Porém, as agendas para os programas HIPERDIA, Pré-Natal, Puericultura e Saúde Mental estão sempre cheias, gerando uma grande demanda de atendimento direcionada a esses grupos. Os principais agravos são quadros de descompensação de HAS/ICC/DM. Sendo esses também os fatores mais relacionados às internações de idosos. Sabendo que HAS e DM descompensados são grandes

riscos para IAM e AVC e percebendo a alta prevalência de pacientes descompensados nesses quesitos, enfatizaremos nesse projeto a baixa aderência nos grupos HIPERDIA. Os grandes beneficiados serão os próprios pacientes, por terem um cuidado mais próximo por parte da ESF. Porém, não podemos esquecer que esse vínculo fortalecido é benéfico também para a Unidade de Saúde, que ganha força junto ao Conselho Local de Saúde. Muitos pacientes desconhecem o grupo HIPERDIA e outros não frequentam por opção, contudo, percebo que as dúvidas são muito semelhantes e em conjunto (equipe + pacientes) é possível abrir um diálogo para resolução de dúvidas e conflitos com o tratamento. Dessa forma é extremamente importante melhorar esse acesso à informação correta com conseqüente melhora de saúde geral da comunidade.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

- Aumentar a adesão dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica ao grupo HIPERDIA da ESF São José – Colombo/PR

### 2.2 Objetivos específicos

- Informar os riscos da HAS descompensada;
- Orientar sobre mudanças no estilo de vida com enfoque à nutrição e atividades físicas;
- Convidar os familiares e/ou cuidadores para participar das reuniões;
- Gerar debates e tempo para respostas de perguntas gerais sobre HAS e Saúde em geral;
- Diminuir as internações hospitalares e a morbi-mortalidade gerada pelos quadros de HAS descompensada.



### 3 Revisão da Literatura

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis de pressão arterial (PA)  $140 \times 90$  mmHg. Em longo prazo está frequentemente associada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo, como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos, e a alterações metabólicas com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Destaca-se que aproximadamente 85% das pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral (AVC) e 40% que sofreram um infarto do miocárdio tem HAS associada (SAÚDE, 2006). Segundo o 7TH Brazilian Guideline of Arterial Hypertension a HAS afeta 32,5% da população brasileira adulta e mais de 60% dos idosos, dessa forma contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Ainda, em 2013, 29,8% das mortes no Brasil foram devido a DCV, sendo assim a principal causa de morte em nosso país (MALACHIAS et al., 2016). Daí a importância do cuidado e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Como já mencionado, a HAS é multifatorial e, assim, destacamos como fatores de risco idade, sexo e etnia, peso, sal, álcool, sedentarismo e genética. A idade tem uma relação linear e direta com HAS. Quanto mais idoso, maior a probabilidade. Como a população brasileira está envelhecendo e a expectativa de vida aumentando, perceberemos ano após ano um aumento no número de pessoas com altos níveis de pressão arterial. No sexo masculino há maior prevalência até os 50 anos, passando para o sexo feminino após a 5ª década de vida, e a cor negra tem apresentado maior prevalência de HAS. Sobrepeso e obesidade também são fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, assim como uma alta ingestão de sal, consumo de álcool e sedentarismo. A história médica familiar positiva para HAS também é considerada fator de risco. (NOBRE et al., 2010).

Estratégias para a prevenção do desenvolvimento de HAS é um compromisso de políticas públicas de saúde junto com ações das sociedades médicas e meios de comunicação. É necessário estimular o diagnóstico precoce, o não abandono do tratamento, controle dos níveis da pressão sanguínea associados aos fatores de risco com mudança no estilo de vida (MEV) e uso regular dos medicamentos. Dessa forma, podemos diminuir a quantidade de eventos cardiovasculares. (MALACHIAS et al., 2016).

O tratamento da HAS baseia-se na MEV e o uso de drogas anti-hipertensivas (DAH). Pacientes com valor de PA  $160 \times 100$  mmHg devem imediatamente iniciar o uso de DAH. Ao passo que pacientes que ainda não atingiram esse valores podem ser tratados inicialmente apenas com MEV.

Conforme estudo feito em Nobres/MT, regiões que tem ampla cobertura pelo Programa de Saúde da Família (PSF) apresentam taxas de tratamento e controle da HAS superiores a outros 35 países comparados. (ROSÁRIO et al., 2009). Assim, mais uma vez ressalto a importância do cuidado e acompanhamento dos hipertensos para conseguirmos

maiores taxas de HAS controladas e diminuição de internamentos e mortes direta ou indiretamente relacionadas à HAS.

A adesão ao tratamento é um problema a ser enfrentado em todo o mundo, por piorar os resultados terapêuticos e gerar um aumento do custos dos sistemas de saúde. (SABATÉ, 2003). Dessa forma, sabe-se que uma boa adesão terapêutica diminui a mortalidade, consultas de emergências e internações, reduz custos médicos e promove o bem-estar dos pacientes.(HEPKE; MARTUS; SHARE, 2004) (SIMPSON et al., 2006).

Em estudo com amostra de 177 pessoas com HAS atendidas em ambulatório de hospital de Fortaleza-CE, percebeu-se uma prevalência de 62% de não adesão por contagem de comprimidos. (TEIXEIRA, 1998). Já Coelho et al. (2005), evidenciou uma não adesão de 10% em pessoas com HAS atendidas em Hospital Universitário de Ribeirão Preto-SP, através de questionário estruturado. Outro estudo, que utilizou a impressão do médico para medir adesão, obteve 45% de não adesão ao tratamento anti hipertensivo em ambulatório de Hospital Universitário do Rio de Janeiro. (MUXFELDT et al., 2004). Muitos fatores podem explicar essa divergência, entre eles, o medicamento consumido, características e crenças das pessoas, condições socioeconômicas e o relacionamento com o serviço de saúde.

Assim, entendo como obrigatório uma boa inserção das ESF nas comunidades, um bom relacionamento médico x paciente, grupos de apoio e farmácias sem falta de medicamentos. De acordo com o Caderno de Atenção Básica do MS, destaca-se a importancia da promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado para o controle clínico da doença e diminuição de complicações. (SAÚDE, 2006).

Porém sabemos que controlar a PA da população não é tarefa fácil. Conforme estudo, constatou-se que aproximadamente 66% da população analisada se reconhecia hipertensa, destes, apenas 50% tratavam e apenas 1/3 tinham sua PA controlada. E ainda, identificou-se que a manutenção de tratamento a longo prazo com o mesmo médico foi extremamente benéfica, com redução dos níveis pressóricos. (FUCHS et al., 2001).

Por fim, conforme tese de doutorado de Ernani Tiaraju de Santa Helena, é recomendado combinar abordagens coletivas (grupos, campanhas) com individuais (consultas médicas e enfermagem, visitas de agentes comunitários de saúde) para objetivarmos um maior controle dos níveis pressóricos de nossa área de abrangência. (HELENA, 2007).



## 4 Metodologia

Convidaremos os pacientes hipertensos a participarem de reuniões/palestras/debates sobre HAS, realizadas semanalmente na sala de reuniões da ESF São José. Esses eventos serão organizados por mim e pela equipe de enfermagem. Os convites serão feitos durante consultas, através de flyers e cartazes colocados no Posto de Saúde e locais públicos do bairro (mercados, pontos de ônibus, mercearias, frutaria, igreja, etc).

Durante o evento abordaremos assuntos sobre HAS como, "o que é", "epidemiologia", "sintomatologia", "fatores de risco", "prevenção", "tratamento não medicamentoso", "tratamento medicamentoso", "benefícios de controlar a pressão". Ao final abriremos um tempo indeterminado para perguntas e respostas e concluiremos com aferição de Pressão Arterial e renovação de receitas contínuas. O sucesso será analisado através da melhora nos níveis pressóricos dos pacientes participantes e futuramente da manutenção da HAS controlada.



## 5 Resultados Esperados

Os principais resultados esperados com o desenvolvimento do projeto de intervenção, são:

- Melhorar o índice de HAS compensada
- Atingir níveis pressóricos menores a 140x90mmHg dos pacientes participantes das reuniões (HAS controlada)

Secundariamente, almejamos alcançar os seguintes resultados:

- Diminuição da internação por IAM e AVC
- Melhora na qualidade de vida
- Aumento da sobrevida
- Abandono do sedentarismo.



## Referências

- COELHO, E. B. et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 85, n. 3, p. 157–161, 2005. Citado na página 14.
- COLOMBO, P. M. de. *História Colombo*. 2016. Disponível em: <<http://www.colombo.pr.gov.br/>>. Acesso em: 07 Dez. 2016. Citado na página 9.
- FUCHS, S. C. et al. Establishing the prevalence of hypertension: Influence of sampling criteria. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 76, n. 6, p. 449–452, 2001. Citado na página 14.
- HELENA, E. T. de S. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com hipertensão arterial em unidades de saúde da família em Blumenau, sc. Blumenau, n. 101, 2007. Curso de Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Citado na página 14.
- HEPKE, K. L.; MARTUS, M. T.; SHARE, D. A. Costs and utilization associated with pharmaceutical adherence in a diabetic population. *American Journal of Managed Care*, v. 10, p. 144–151, 2004. Citado na página 14.
- IBGE. *População Colombo em 2010*. 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410580>>. Acesso em: 07 Dez. 2016. Citado na página 9.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia*, v. 107, n. 3, p. 1–104, 2016. Citado na página 13.
- MUXFELDT, E. S. et al. Demographic and clinical characteristics of hypertensive patients in the internal medicine outpatient clinic of a university hospital in rio de janeiro. *São Paulo Medical Journal*, v. 122, n. 3, p. 87–93, 2004. Citado na página 14.
- NOBRE, F. et al. 6ª diretrizes brasileiras de hipertensão. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*, v. 95, p. 1–51, 2010. Citado na página 13.
- ROSÁRIO, T. M. do et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em nobres - mt. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 93, p. 1–7, 2009. Citado na página 13.
- SABATÉ, E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. *World Health Organization*, p. 1–209, 2003. Citado na página 14.
- SAÚDE, M. da. Hipertensão arterial sistêmica para o sistema Único de saúde. *Cadernos de Atenção Básica*, v. 16, p. 58–58, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- SIMPSON, S. H. et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *British Medical Journal*, v. 333, n. 7557, p. 15–15, 2006. Citado na página 14.

TEIXEIRA, A. C. de A. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório. Fortaleza, n. 139, 1998. Curso de Faculdade de Medicina, Departamento de Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará. Citado na página [14](#).