



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

Yanisleidis Puentes Gort

Ações para melhorar a adesão da terapêutica
anti-hipertensiva dos pacientes da unidade básica de
saúde: Dr. Américo, Jaguariaíva, Paraná

Florianópolis, Março de 2018

Yanisleidis Puentes Gort

Ações para melhorar a adesão da terapêutica anti-hipertensiva dos
pacientes da unidade básica de saúde: Dr. Américo, Jaguariaíva,
Paraná

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: Ana Maria Mujica Rodriguez
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Yanisleidis Puentes Gort

Ações para melhorar a adesão da terapêutica anti-hipertensiva dos
pacientes da unidade básica de saúde: Dr. Américo, Jaguariaíva,
Paraná

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

Ana Maria Mujica Rodriguez
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial ocupa uma posição destacada entre as doenças crônicas que possuem maior morbimortalidade e constitui um dos principais fatores de risco para doenças de correntes de aterosclerose e trombose e para o surgimento das doenças cardíacas, cerebral, renal, e vascular periférico, em combinação com o diabetes mellitus, com a insuficiência renal terminal, impactando diretamente na qualidade de vida da população e nos gastos com a saúde pública. **Objetivo:** Propor um plano de intervenção junto com a equipe de saúde para qualificar a assistência à saúde dos pacientes hipertensos que buscam a unidade básica de saúde (USB) Dr. Américo F Carvalho . **Metodologia:** Trata-se de um projeto de intervenção, que será realizado durante o ano de 2018 por meio de ações de educação em saúde, elaboração de materiais informativos impressos, divulgação de informações sobre hipertensão arterial sistêmica na rádio local, qualificação do acompanhamento dos pacientes hipertensos e estímulo da prática de atividade física. Participarão do planejamento e desenvolvimento das ações profissionais da equipe básica de saúde, a Secretaria de Esporte e a Gráfica Municipal, e o público alvo das ações será a população da comunidade, pessoas com hipertensão e seus familiares. **Resultados Esperados:** Espera-se que este projeto possa contribuir com a redução da prevalência e incidência da hipertensão arterial sistêmica na comunidade, melhorando a adesão dos pacientes ao tratamento, reduzindo os fatores de risco e melhorando os hábitos de vida da população.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Hipertensão, Promoção da Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Especí fi cos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	27

1 Introdução

Jaguariaíva é um município da microrregião de Jaguariaíva, na Mesorregião do Centro Oriental Paranaense, no estado do Paraná, no Brasil. O município possui 34.750 habitantes (IBGE, 2014), com uma área de 1 524 km² representando 0,7645 por cento da área do estado, 0,2704 por cento da região e 0,0179 por cento de todo o território brasileiro. A rede escolar de Jaguariaíva é formada por escolas públicas municipais e estaduais e escolas da rede privada, que ofertam as modalidades de educação infantil, ensino fundamental, médio, superior e profissionalizante, possuindo equipamentos tanto na área urbana quanto rural, totalizando 42 estabelecimentos de ensino (??).

A educação infantil e ensino fundamental de primeira à quarta série da rede pública são de responsabilidades do Governo Municipal – Secretaria Municipal de Educação, Esporte e Cultura. Oito estabelecimentos de atendimento específico ao Ensino Fundamental estão situados na zona rural; 10 que atuam nas modalidades de Educação Infantil e Ensino Fundamental localizam-se na zona urbana; quatro são Centros de Educação Infantil localizados na zona urbana. Dos estabelecimentos municipais que ofertam Educação Infantil e/ou Ensino Fundamental, 20 possuem prédio próprio. Duas escolas municipais são compartilhadas com uma instituição estadual e uma escola para pessoas com deficiência totalizando 42 estabelecimentos de ensino.

A saúde pública do município se encontra bem estruturada conta com um hospital municipal, 4 Unidades Básicas de Saúde Urbanas e 7 em áreas rurais, serviço de fisioterapia, centro de saúde mental. A Secretaria Municipal de Saúde participa do Comitê Gestor do Programa, representando a área da saúde e realizando o acompanhamento das famílias cadastradas no sistema e alimentando os dados das crianças beneficiárias do Programa, as quais representam 6.581 crianças na faixa etária de zero até 18 anos, recebendo em média R\$ 22,00 por criança até 15 anos e de R\$ 33,00 na faixa etária de 15 a 18 anos através da Bolsa Jovem Jaguariaíva recebe do Governo do Estado, mensalmente, 15.660 litros de leite, fortificado com ferro e vitaminas A e D que são distribuídos nas seguintes escolas estaduais: Escola Estadual Nilo Peçanha e Escola Estadual Anita Canet, atendendo 522 crianças beneficiárias e acompanhadas mensalmente. Em Jaguariaíva, o programa é acompanhado pela Divisão de Vigilância Sanitária que verifica a pesagem das crianças e a qualidade do leite distribuído com exames mensais. Em Jaguariaíva, o programa é operacionalizado através de convênio assinado entre a Prefeitura Municipal e a Secretaria de Agricultura e Abastecimento (DATASUS, 2017).

A Unidade Básica de Saúde (UBS), Dr. Américo Faustino de Carvalho, está localizada no Bairro Remonta do Município Jaguariaíva, consta com uma população de 4305 pessoas, sendo 53,6% mulheres e 46,4% homes, atendendo uma faixa etária de 1374 menores de 20 anos, 2462 entre 20 e 59 anos e 469 de mais de 60 anos (DATASUS, 2017). Nesta

comunidade tem 987 famílias cadastradas, 602 pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (14%), 183 diabéticos (4,3%), 167 famílias são beneficiárias com o programa Bolsa Família (DATASUS, 2017). Segundo registros de fevereiro de 2015 realizados pela equipe de saúde não tem casos de hanseníase e tuberculose. Ainda conta com uma quadra poliesportiva para a prática de esporte e lazer. Segundo registros de dezembro de 2015 as principais causas de procura as pessoas na unidade de saúde são hipertensão arterial, diabetes, procura de receitas, pedido de exames e encaminhamento para os especialistas; as queixas mais comuns são febre, dor na cabeça e as costas, lesões na pele, gripe (DATASUS, 2017).

A HAS, foi um dos principais problemas identificados pela equipe, esta está relacionada com as situações observáveis no cotidiano com a comunidade, com a rotina da equipe e é de fácil intervenção. Trabalharemos com as pessoas diagnosticadas com essa doença por sua alta incidência, modificando modo e estilo de vida, para lograr controle efetivo através do tratamento, correta alimentação e prática de exercícios físicos.

Nossa comunidade tem 602 pessoas cadastradas com HAS. O Projeto de Intervenção é importante porque a HAS é uma das doenças crônicas mais frequentes no município, no Brasil e na maioria dos países do mundo desenvolvido ou subdesenvolvido ou em vias de desenvolvimento. Segundo estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), essa doença vai incrementar sua incidência e prevalência nos próximos anos (OPAS/OMS, 2017).

No município de Jaguariaíva, a HAS é uma das doenças crônicas de maior incidência e prevalência e cada ano incrementa o número de pacientes diagnosticados segundo o diagnóstico situacional de saúde feito neste ano.

“No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de Hipertensão Arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente, seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% de crianças e adolescentes também sejam portadores. A carga de doenças representadas pela mobilidade devido à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde no Brasil e no mundo” Brasil (2006, p. 7) .

Modificações no estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto a consumo de sal, controle de peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial. Ela é uns dois mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doenças ar-

terial coronária e em combinação com o diabetes, 10% dos casos de insuficiência renal terminal (SAÚDE, 2017) .

Com este projeto podemos modificar modo e estilo de vida destes pacientes e lograr um melhor controle e autocontrole da HAS prevenindo as complicações, sequelas e mortes que causam, além de ajudar à diminuição da sua incidência e prevalência já que os pacientes que participaram na intervenção seriam promotores de saúde dos conhecimentos apreendidos.

2 Objetivos

2.1 **Objetivo Geral**

Propor um plano de intervenção junto com a equipe de saúde para qualificar a assistência à saúde dos pacientes hipertensos que buscam a unidade básica de saúde (USB)
Dr. Américo F Carvalho.

2.2 **Objetivos Específicos**

1. Realizar ações que contribuam para a modificação do modo e estilo de vida dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica.
2. Garantir o tratamento de saúde adequado e contínuo aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e para o controle da doença.
3. Contribuir para a redução de complicações relacionadas à hipertensão arterial sistêmica.

3 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) tornou-se problema de saúde pública pelo impacto econômico e ônus que acarreta no sistema social e de saúde, refletindo na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. A prevenção de alterações irreversíveis no organismo, exige o seu controle continuado, além de ações individuais e coletivas. No Brasil, a prevalência da HAS é aproximadamente entre 10% a 20%. Desse modo, somam 15 a 30 milhões de indivíduos hipertensos. Entre esses, 65% são idosos, 7% crianças e adolescentes, 25% negros. Porém, em torno de 16 a 50% dos hipertensos que iniciam o tratamento, desistem da medicação anti-hipertensiva no primeiro ano (OLIVEIRA et al., 2011).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada pelo nível elevado e sustentado da pressão arterial, associada frequentemente às alterações funcionais e/ou metabólicas em órgãos alvos com aumento do risco de eventos cardiovasculares, fatais ou não fatais, conforme consenso da Sociedade Brasileira de Cardiologia (BRASIL, 2002). Considerada também o principal fator de risco para complicações, como o acidente vascular encefálico, o infarto agudo do miocárdio e a doença renal crônica. A HAS pode ser definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. A urbanização da população de 80% dos idosos interfere no sedentarismo, associado ao consumo de alimentos industrializados, ricos em gordura saturada, açúcar e sal contribuindo a obesidade e HAS, entre outras doenças (GRAVINA; GRESPLAN; BORGES, 2007).

As possíveis causas da HAS primária estão relacionadas às alterações no sistema nervoso autônomo, no metabolismo renina-angiotensina-aldosterona, na reabsorção de sódio renal e das variações genéticas. A HAS também pode ter influência da resistência insulínica (WOODS; MOTZER; FROELICHER, 2005), cujo padrão ouro de detecção é o método de Homeostases Model Assessment-HOMA. Por sua vez, as causas secundárias da HAS estão relacionadas à feocromocitoma, Síndrome de Cushing, hipertireoidismo e hipotireoidismo, doença renal crônica, distúrbios renovasculares, uso de anticoncepcionais orais, coarctação da aorta, aldosteronismo primário, entre outros (WOODS; MOTZER; FROELICHER, 2005). Os fatores de risco para a HAS relacionam-se à idade, sexo, cor da pele, excesso de peso, obesidade, ingestão de sal, consumo de álcool, sedentarismo, fatores sócios econômicos e genéticos. Em torno de 60% da prevalência da HAS ocorre acima de 65 anos. A prevalência da HAS é maior em homens até os 50 anos e, a partir desta idade, torna-se mais frequente em mulheres não brancas (OLIVEIRA et al., 2011).

O excesso de peso e a gordura central acarretam maior risco para o aparecimento de HAS, bem como, a ingestão excessiva de sódio. O efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido demonstrado. Em populações que utilizam dieta pobre em sal não foram

constatados casos de HAS. Em relação à ingestão de álcool, como fator de risco para desenvolvimento de HAS, verifica-se que o consumo excessivo de etanol está associado à ocorrência de HAS. A atividade física também contribui na redução das doenças cardiovasculares e da mortalidade, evidenciando a importância do combate ao sedentarismo. Fatores genéticos também interferem no desenvolvimento de HAS. Ainda, constatou-se maior prevalência de hipertensos entre os indivíduos de menor escolaridade (BRASIL, 2010).

A medida sustentada da pressão arterial obedece a critérios como o preparo adequado do paciente, técnica padronizada e equipamento calibrado. Os métodos de precisão mais utilizados para obtenção da pressão arterial são em consultório, auto medida (AMPA), monitorização residencial (MRPA), monitorização ambulatorial (MAPA). A detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. Um estudo com 14783 indivíduos que apresentavam valores de pressão arterial sistólica e diastólica acima de 140 x 90 mmHg, constatou que apenas 19,6% deles realizavam o respectivo controle da pressão arterial (BRASIL, 2010).

Os métodos supracitados tornam-se indispensáveis na distinção do efeito do avental branco (EAB), caracterizado pela diferença igual ou superior a 20 mmHg da pressão arterial sistólica e de 10 mmHg da diastólica. O diagnóstico de HAS é definido pelos valores pressóricos correspondentes a PAS \geq 140 mmHg e PAD \geq 90 mmHg, que devem ser confirmados em pelo menos três ocasiões, em condições técnicas apropriadas (BRASIL, 2010). A HAS pode ser classificada em estágios, de acordo com os valores pressóricos: Estágio 1 140 a 159 mmHg 90 à 99 mmHg; Estágio 2 160 à 179 mmHg 100 à 109 mmHg; e Estágio 3 $>$ 180 mmHg $>$ 110mmHg.

Pela evolução da doença ser predominantemente assintomática e idiopática, o hipertenso pode sofrer demora no diagnóstico e até mesmo não aderir de modo contínuo ao tratamento da HAS. A avaliação dos níveis tensionais deve ser uma prática obrigatória e rotineira no atendimento do usuário, a técnica de medidas sucessivas da pressão arterial em consultório, pode melhorar o controle da hipertensão. Quando a pressão arterial sistólica atinge valor maior ou igual a 140 mmHg e a diastólica permanece com valores menores a 90 mmHg, considera-se a hipertensão sistólica isolada. Em algumas situações o usuário apresenta valor normal de pressão arterial no consultório e elevado no período de vigília pela MAPA ou na MRPA (BRASIL, 2010).

O avanço nas pesquisas farmacêuticas disponibiliza medicamentos de alta eficácia e segurança, para o controle da hipertensão arterial e redução de suas complicações, mas exige adesão à terapêutica (ROCHA, 2001). O tratamento da HAS, medicamentoso ou não, depende da evolução da doença e da classificação de risco. A meta primordial que é reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular. O tratamento não medicamentoso baseia-se na mudança de estilo de vida que envolve controle do peso, diminuição da ingestão de álcool, redução da ingestão de sódio, da gordura saturada e do colesterol, além da

ingestão adequada de potássio, cálcio e magnésio, cessar o hábito de fumar e participar regularmente de programas de exercícios físico e controlar o estresse à medida do possível. O uso dos medicamentos anti-hipertensivos deve ter como objetivo não só reduzir a pressão arterial, mas também prevenir eventos de natureza cardiovasculares, diminuindo a taxa de mortalidade. Estudos com diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores da angiotensina e antagonistas dos canais de cálcio mostram redução da morbidade e mortalidade (BRASIL, 2010).

O uso de medicamentos, recentemente colocados no mercado, possivelmente pelo menor número de efeitos adversos, podem propiciar uma maior adesão ao tratamento, uma vez que os anti-hipertensivos modernos como os antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da ECA e antagonistas dos receptores do tipo 1 da angiotensina II pelos seus respectivos mecanismos de ação, podem ser mais seletivos do que os diuréticos, beta bloqueadores e simpatolíticos de ação central, diminuindo os efeitos colaterais. Os antagonistas do receptor da angiotensina II, pelo menor número de efeitos adversos, podem contribuir de modo satisfatório para a adesão e controle da HAS (JÚNIOR et al., 1995).

A adesão é um fenômeno multidimensional, englobando o sistema e equipe de saúde, fatores relacionados ao tratamento, à doença, ao paciente e socioeconômicos. A adesão ao tratamento pode ser definida como um envolvimento amplo do paciente, de natureza ativa, voluntária e colaborativa gerando comportamentos que irão influenciar nos resultados terapêuticos e no controle da doença (PIANCASTELLI, 2013).

A falta de adesão ao tratamento por parte dos pacientes dificulta o sucesso terapêutico, entre os fatores que dificulta a adesão ao tratamento da hipertensão arterial, teria maior relevância a quantidade de comprimidos que os usuários devem utilizar diariamente, os efeitos colaterais, como hipotensão, taquicardia, tontura, arritmia e tosse seca, também dificultam o tratamento (JÚNIOR et al., 1995).

A Educação em Saúde é imprescindível para haver o controle do quadro da pressão arterial. O paciente deverá ser instruído sobre o seu tratamento, desde os medicamentos até os principais efeitos colaterais, para maior confiabilidade no tratamento (MANFROI; OLIVEIRA, 2006). O Programa HIPERDIA, criado em março de 2002 pelo Ministério da Saúde, trata-se de um plano de atenção à HAS e Diabetes Mellitus, estabelecendo diretrizes de para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, mediante a reorganização do trabalho. Nas unidades realizam-se reuniões com as equipes de saúde, voltadas para hipertensos e diabéticos, onde os pacientes recebem orientação sobre suas doenças, compartilham suas dificuldades e recebem os medicamentos necessários ao tratamento, mensalmente. A principal meta das ações da equipe de saúde ao hipertenso é a adesão do indivíduo ao tratamento (BRASIL, 2002).

De acordo com Gomes, Silva e Santos (2010), diversos fatores determinam o controle dos níveis da pressão arterial dos usuários do sistema, entre esses, o estado civil, o nível de escolaridade, a ocupação, o tempo de tratamento, o número de medicamentos e efeitos

colaterais. Consideram também que a individualidade, pois o tratamento será promissor levando-se em conta a vivência, as crenças e valores, provocando maior adesão às recomendações (ARAÚJO; GARCIA, 2006). As variáveis sociodemográficas, conhecimento e crenças do paciente sobre a HAS, o apoio familiar e social apresentam-se como fatores relacionados ao paciente na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

A diminuição no número de medicamentos utilizados e da frequência das doses, preferencialmente em dose única, podem facilitar a adesão na abordagem da terapêutica farmacológica. A preferência dos pacientes por dose única do medicamento, associado aos horários coincidentes com atividades rotineiras matinais, reforçam a adesão ao tratamento (ARAÚJO; GARCIA, 2006). Outro ponto favorável é a evolução dos fármacos com maior efetividade e diminuição dos efeitos colaterais (COELHO et al., 2005) citam que a principal medida, entre as 58 intervenções da OMS, para melhor adesão ao tratamento da HAS foi a simplificação do esquema terapêutico com a redução das doses. Recomendam a prescrição individualizada e estilo de vida saudável.

É preconizado também a intervenção interdisciplinar, considerando-se a HAS como doença multicausal e multifatorial, exigindo diferentes abordagens e uma ação conjunta e integrada, podendo proporcionar maior número de informações que por sua vez propiciam atitudes efetivas no controle da doença (ARAÚJO; GARCIA, 2006). Um sistema organizado de registro e controle de pacientes hipertensos, associado às ações de busca ativa dos pacientes faltosos, por meio de contatos telefônicos, aerograma ou visitas domiciliares, gera no paciente o sentimento de estar sendo cuidado. Ao comparar pacientes com visitas a cada 15 dias com outro grupo, cujos encontros ocorriam a cada 90 dias, como maiores benefícios citam, a possibilidade de ajustes terapêuticos, correção de possíveis efeitos colaterais, mudança mais efetiva no estilo de vida, com possível redução da ansiedade e estresse. A qualidade do atendimento da equipe de saúde e a satisfação do hipertenso com o atendimento como ponto fundamental na adesão ao tratamento. No acolhimento, pelos membros da equipe de saúde, é necessário levar em consideração os sentimentos de estímulo, esperança, compreensão e respeito às inquietudes, aos sintomas e limitações do paciente em seu processo de adaptação à doença (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

A qualidade do vínculo do profissional de saúde com o usuário no estabelecimento da comunicação e relacionamento efetivos visam melhor adesão ao tratamento da HAS (LEITE; VASCONCELLO, 2003). A atuação do médico é analisada por Coelho et al. (2005) para comentar o valor da habilidade de se conseguir efetivo relacionamento com o paciente e consequência benéfica no resultado da adesão ao tratamento da HAS, ao mesmo tempo em que cita a existência de estudos na literatura sobre a tendência médica de evitar ajustes terapêuticos em pacientes apresentando níveis pressóricos não controlados e persistentemente altos, destacando também, o pouco tempo dedicado ao fornecimento de informações acerca do uso dos fármacos, o que pode proporcionar uso inadequado, perda da eficácia e aparecimento de efeitos colaterais adversos.

A família também é de fundamental importância para que o tratamento da HAS alcance seus objetivos, pode gerar transformações na família, ao provocar limitações no estilo de vida em todos os elementos do núcleo familiar. Além do que, visitas aos familiares e aos pacientes em seu próprio ambiente, propiciaria o contato e o desenvolvimento de atividades educativas, não só com o paciente, mas com a família e maior adesão ao tratamento e controle dos níveis tensionais nos pacientes que percebiam a família como apoio e suporte social (COELHO et al., 2005). De acordo com o estudo acima citado, as pessoas que são compreendidas dentro do seu contexto social são mais aderentes ao tratamento. Neste mesmo estudo, a maioria dos hipertensos entrevistados mencionou que o apoio familiar foi facilitador da adesão ao tratamento, destacando a importância na assistência ao hipertenso que auxiliam o paciente hipertenso a lembrar do horário das medicações, oferecendo também orientações dietéticas e o acompanhamento nas consultas.

A idade avançada é um fator que contribui para maior adesão ao tratamento (ARAÚJO; GARCIA, 2006) estudou funcionários em um Banco Estatal, cujo tratamento da HAS era realizado com indivíduos acima de 45 anos, sendo que a adesão foi superior (77,4%) em relação aos mais jovens (17,1%). A menor adesão ao tratamento da HAS por parte de hipertensos com idade inferior a 40 anos, considerando a idade avançada como um fator para adesão. A idade avançada pode dificultar a aderência à prática de atividade física, cujo planejamento deve ser compatível com a faixa etária considerando-se as características próprias do idoso, tais como a diminuição aeróbica, alteração do relaxamento diastólico, complacência pulmonar diminuída, menor massa e força muscular, instabilidade músculo esquelética, medo de queda, ansiedade, depressão, falta de companhia para caminhar, desconhecimento da importância da atividade física (GRAVINA; GRESPLAN; BORGES, 2007). Os grupos educativos da ESF junto à comunidade contribuem para a evolução deste processo. A importância dos grupos educativos na mudança de estilo de vida e incentivo à adesão ao tratamento da HAS, facilita o acesso e o entendimento das informações que contribuem para a prevenção e promoção da saúde (OLIVEIRA et al., 2011). O comparecimento frequente à Unidade Básica de Saúde (UBS) melhora a monitorização dos níveis pressóricos, a possibilidade de receber informações sobre a doença, podendo trazer maior motivação individual, contribuindo na adesão ao tratamento da HAS. O auto-monitoramento pode aumentar a motivação do paciente ao propiciar a auto-responsabilidade, acarretando melhora no controle da pressão arterial e propiciando participação ativa do paciente no tratamento (ARAÚJO; GARCIA, 2006). Minimamente uma consulta ao ano e medida arterial mensal mostrou melhor associação na adesão à atividade física e modificações na dieta de hipertensos, entretanto, o comparecimento às consultas não está associado ao melhor controle da pressão arterial.

4 Metodologia

A metodologia adotada neste trabalho é o projeto-intervenção, que fundamenta-se nas bases da pesquisa-ação, que é um tipo de pesquisa social realizada a partir da prática, com estreita associação com uma ação ou com a solução de um problema coletivo, onde as pessoas que idealizam a intervenção e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidas de modo cooperativo ou participativo. No projeto de intervenção objetiva, como metodologia, transformar a realidade

Para cada objetivo específico, foram elaboradas estratégias para atingi-los, especificando as ações, participantes, e recursos necessários e o prazo de execução.

Para atingir o primeiro objetivo específico: Realizar ações que contribuam para a modificação do modo e estilo de vida dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica, estabelecido neste projeto, serão realizadas as ações descritas na Figura 1.

A metodologia adotada neste trabalho é o projeto de intervenção, que será realizado durante o ano de 2018 por meio de ações de educação em saúde, elaboração de materiais informativos impressos, divulgação de informações sobre hipertensão arterial sistêmica na rádio local, qualificação do acompanhamento dos pacientes hipertensos e estímulo da prática de atividade física. Participarão do planejamento e desenvolvimento das ações profissionais da equipe básica de saúde, a Secretaria de Esportes e a Grafica Municipal, e o público alvo das ações será a população da comunidade, pessoas com hipertensão e seus familiares. Espera-se que este projeto possa contribuir com a redução da prevalência e incidência da hipertensão arterial sistêmica na comunidade, melhorando a adesão dos pacientes ao tratamento, reduzindo os fatores de risco e melhorando os hábitos de vida da população.

Figura 1 – Ações: Realizar ações que contribuam para a modificação do modo e estilo de vida dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica.

Figura 2 – Ações: Garantir o tratamento de saúde adequado e contínuo aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e para o controle da doença.

Figura 3 – Ações: Contribuir para a redução de complicações relacionadas à hipertensão arterial sistêmica.

Ação	Local de Realização	Público Alvo	Re-cursos	Res-pon-sável	Prazo de execução
Início		Final			
Realizar palestras educativas sobre hipertensão arterial	Sala de espera do posto de saúde	100% da população hipertensa e população em geral da comunidade		Es-paço da uni-dade bá-sica de saúde.	Equipe de saúde (médico, enfermagem, técnico de enfermagem, agentes de saúde).
10 03 2018	10 05 2018				
	Construção de formulários com informações sobre hipertensão arterial (fatores de risco, prevenção, complicações, tratamentos).		Grá-fica do muni-cípio	Grá-fica	
Adminis-tração da gráfica		12 05 2018	20 06 2018		
	Campanha educativa na emissora de rádio local sobre hipertensão arterial, incentivando a motivação do modo e estilo de vida.		Emis-sora da radio local do muni-cípio	Es-cola pri-ma-ria da co-mu-ni-dade	
Direção da radio local		02 2018	08 2018		

Ação	Local de realização	Público Alvo	Recursos	Responsável	Prazo de execução
	Início	Final			
Palestras educativas sobre uso correto das medicações. Acompanhamento sistemático aos pacientes hipertensos.	Sala de espera do posto de saúde. Unidade básica de saúde ou domicílios de cada paciente.	100% população hipertensa e familiares. 100% da população hipertensa.	Espaço do posto de saúde. UBS e domicílios de pacientes hipertensos.	Equipe 112 2017 2018 de Per-saúde. ma- Equipe nente de saúde.	

Ação	Local de realização	Público Alvo	Recursos	Responsável	Prazo de execução
	Início	Final			
Construção de formulários com informações sobre as principais complicações da hipertensão arterial. Fomentar caminhadas e pratica sistemática de exercícios, para modificar modo e estilo de vida	Gráfica do município. Instalações esportivas e áreas de lazer da comunidade.	Hipertensos e população em geral. Hipertensos e população em geral.	Gráfica. Ginásio de esportes, praça, campos de futebol e outros.	Equipe de saúde e direção da gráfica. Secretaria de esportes.	11 05 2018 30 06 2018

5 Resultados Esperados

O plano de intervenção iniciou com a realização de uma palestra sobre a mudança dos hábitos e estilo de vida como: exercícios físicos, bons hábitos alimentares dieta adequada, reduzir o álcool, tabagismo e acidentes vasculares, essa palestra realizada na unidade básica antes das consultas; na oportunidade se orientou acerca das complicações, identificarem os pacientes que possuem dificuldades em relação ao tratamento anti-hipertensivo; como também ainda incentivar o uso contínuo e regular dos remédios orais destacando a importância do medicamento no controle e regular da pressão arterial associado à dieta e atividades físicas.

É importante também salientar que durante as palestras surgiam outras demandas e outras informações dos pacientes sobre sua rotina de vida, o que se fez compreender melhor quanto à adaptação do paciente ao tratamento como também o ambiente familiar e comunitário em que se encontrava o paciente hipertenso daquela unidade.

Ficou claro, por tanto ao analisar as avaliações mensais no acompanhamento do Cartão de Controle do Paciente, um melhor controle a partir das informações, interação e compromisso do tratamento e seguimento da dieta. Esse envolvimento por meio de palestras, das rodas de conversa, diálogo e experiências que aconteceram durante essa ação que acarretou um percentual assíduo de 84% dos pacientes que compareceram as duas palestras e realizaram seus exames, e um controle de 50% na manutenção das taxas de medição da pressão arterial no total de pacientes acompanhados e que assistiram às palestras após a realização das ações previstas para este projeto de intervenção, tem-se como resultados esperados a diminuição em 20% o numero de pacientes hipertensos sedentários, obesos, tabagistas e com maus hábitos alimentares; aumento de um 30 % de hipertensos com adesão ao tratamento correto e redução em 12 % das complicações da hipertensão arterial.

A evolução silenciosa, idiopática e assintomática da HAS influencia o abandono do tratamento e deve ser lembrado pela equipe de saúde e pelo paciente, hipertenso ou não, minimizando esse malefício pela adoção de uma medida simples e eficientes: medir a pressão arterial de maneira rotineira em todas as consultas, de acordo com as normas preconizadas.

Espera-se, ao final deste projeto de intervenção, que diminuía a prevalência e incidência do número de hipertensos da UBS, aumentar a qualidade da assistência de saúde aos pacientes hipertensos, aumentar assistência as consultas programadas dos pacientes hipertensos; espera-se também fomentar a participação dos familiares e cuidadores das atividades dos pacientes hipertensos e aumentar os conhecimentos sobre Hipertensão Arterial a toda a população da comunidade de abrangência da UBS. Espera-se também que o presente estudo contribua de alguma forma nesse novo cenário que enquadra a

Hipertensão Arterial Sistêmica.

Asseia-se que os profissionais de saúde ampliem suas percepções sobre o homem e coloquem em prática no seu âmbito de trabalho ações que podem ser implantadas a partir desses resultados. Ao mesmo tempo em que este projeto venha subsidiar outros sobre essa perspectiva, estimulando novas investigações e alicerçando a construção de estratégias, visando a qualificação dos profissionais de saúde frente aos cuidados que os pacientes exigem.

Referências

- ARAÚJO, G. B. da S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 8, n. 2, p. 259–272, 2006. Citado 3 vezes nas páginas 17, 18 e 19.
- BRASIL, M. da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado na página 10.
- BRASIL, M. da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de A. P. E. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- BRASIL, S. B. de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de N. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, p. 1–51, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- 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*, p. 157–161, 2005. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.
- DATASUS, D. de Informática do Sistema Único de S. *Cadernos de Informações de Saúde Paraná*. 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pr.htm>>. Acesso em: 05 Abr. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 10.
- GOMES, T. J. de O.; SILVA, M. V. R. e; SANTOS, A. A. dos. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa hiperdia em uma unidade de saúde da família. *Rev Bras Hipertens*, p. 132–139, 2010. Citado na página 17.
- GRAVINA, C. F.; GRESPAN, S. M.; BORGES, J. L. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. *Rev Bras Hipertens*, p. 33–36, 2007. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 19.
- JÚNIOR, D. M. et al. Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. *J. Bras. Nefrol*, p. 229–236, 1995. Citado na página 17.
- LEITE, S. N.; VASCONCELLO, M. da P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência Saúde Coletiva*, p. 775–782, 2003. Citado na página 18.
- MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. de. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, p. 165–176, 2006. Citado na página 17.
- OLIVEIRA, E. A. F. de et al. Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista APS*, p. 319–326, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 19.

- OPAS/OMS, O. P.-A. da S. *CUIDADO INTEGRAL DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS*: Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. 2017. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1183-diretrizes-e-recomendacoes-para-o-cuidado-integral-doencas-chronicas-nao-transmissiveis-promocao-o-category_slug=doencas-nao-transmissi>. Acesso em: 05 Abr. 2017. Citado na página 10.
- PIANCASTELLI, C. H. *Saúde do adulto*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Citado na página 17.
- ROCHA, J. Prefácio. In: PIERIN, A. M. G.; JÚNIOR, D. M.; NOBRE, F. (Ed.). *Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão*. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. p. 1–50. Citado na página 16.
- SAÚDE, M. da Saúde. Secretaria de Políticas de. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus*: Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. 2017. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em: 05 Abr. 2017. Citado na página 11.
- WOODS, S. L.; MOTZER, S. A.; FROELICHER, E. S. S. *Enfermagem em cardiologia*. Jaguariáiva: Barueri: Manole, 2005. Citado na página 15.