



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CARINA MACIEL JÁCOME VIEIRA

**ESTRATÉGIA DE CONTROLE DA FARMACOTERAPIA PARA PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA.**

FORTALEZA

2018

CARINA MACIEL JÁCOME VIEIRA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O CONTROLE DA FARMACOTERAPIA PARA
PACIENTES HIPERTENSOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Prof^o. Me. Bruna Michelle Belém Leite Brasil.

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

V714e Vieira, Carina Maciel Jácome.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O CONTROLE DA FARMACOTERAPIA
PARA PACIENTES HIPERTENSOS. / Carina Maciel Jácome Vieira. – 2018.
30 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do
Ceará, Faculdade de Medicina, Curso de especialização em saúde da família,
Fortaleza, 2018.

Orientação: Profa. Me. Bruna Michelle Belém Leite Brasil.

1. Educação em saúde 2. Hipertensão. 3. Aderência ao tratamento hipertensivo.
I. Título.

CDD 610

CARINA MACIEL JÁCOME VIEIRA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O CONTROLE DA FARMACOTERAPIA PARA
PACIENTES HIPERTENSOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof^o., Me Bruna Michelle Belém Leite Brasil – Orientadora

Centro Universitário Estácio do Ceará

Prof^o., Me Débora de Araújo Moreira Varela

Centro Universitário Estácio do Ceará – Membro

Prof^o., Me Carla Daniele Mota Rego Viana

Centro Universitário Estácio do Ceará – Membro

RESUMO

A hipertensão arterial é considerada um dos problemas de saúde pública mais importantes do mundo, por sua alta taxa de casos e por ser um fator predisponente para doenças cardiovasculares que causam alta morbidade e mortalidade o que diminui a vida útil dos portadores de tal comorbidade, também a recuperação dos eventos e decorrência das complicações tem um alto custo para a saúde pública. Esse projeto de intervenção visa um projeto contínuo de educação em saúde, onde serão realizadas atividades mensais com o objetivo de educar os pacientes diagnosticados e que não realizam o tratamento farmacológico e não farmacológico adequadamente. O projeto será desenvolvido na Unidade Básica de saúde Jaçanau localizado no município de Maracanaú no estado do Ceará. O público-alvo do estudo serão os pacientes diagnosticados com hipertensão acima dos 18 anos de idade e menores de 75 anos. Espera-se com esse plano de ação contribuir com a diminuição dos casos de pacientes descompensados na comunidade fazendo com que eles utilizem de forma adequada às medicações.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Hipertensão; Aderência ao Tratamento Antihipertensivo.

RESUMEN

La hipertensión arterial es considerada uno de los problemas de salud pública más importantes del mundo, por su alta tasa de casos y por ser un factor predisponente para enfermedades cardiovasculares que causan alta morbilidad y mortalidad lo que disminuyen la vida útil de los portadores de tal comorbidad y también la recuperación de los eventos consecuentes de las complicaciones. Ellas tienen un alto costo para la salud pública. Este proyecto de intervención busca una constante educación en salud, donde se realizarán actividades mensuales con el objetivo de educar a los pacientes diagnosticados y que no realizan el tratamiento farmacológico y no farmacológico adecuadamente. El proyecto será desarrollado en la Unidad Básica de salud Jaçanau ubicado en el municipio de Maracanaú. El público objetivo del estudio serán los pacientes diagnosticados con hipertensión por encima de los 18 años de edad y menores de 75 años. Se espera que este plan de acción contribuya con la disminución de los casos de pacientes descompensados en la comunidad haciendo que ellos utilicen de forma adecuada las medicaciones.

Keywords: Palavras-chave traduzidas para a língua inglesa ou espanhola.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	PROBLEMA.....	10
3	JUSTIFICATIVA.....	12
4	OBJETIVOS.....	13
4.1	OBJETIVO GERAL.....	13
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
6	METODOLOGIA.....	18
7	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	21
8	RESULTADOS ESPERADOS	24
9	CRONOGRAMA.....	26
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
	APENDICE.....	29
	APÊNDICE A.....	30
	APÊNDICE B.....	31

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (2013), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como uma doença crônica na qual os níveis de pressão sanguínea nas artérias se mantêm elevados em níveis iguais ou superiores a 140/90 mmHg.

A HAS é condição clínica multifatorial geralmente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos. O desenvolvimento e gravidade dos casos estão associados a fatores de risco, como: dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM). (MALACHIAS et al., 2016). É uma enfermidade reconhecida como fator predisponível para a morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (SANJULIANI, 2002).

A fisiopatologia da pressão arterial é variada, dependendo de diversos mecanismos para seu controle. Ela é determinada pelo produto do débito cardíaco (DC) e da resistência vascular periférica (RVP). O DC é influenciado pela contratilidade e o relaxamento do miocárdio, volume sanguíneo circulante, retorno venoso e a frequência cardíaca. A RVP depende dos vários mecanismos vasoconstrictores e vasodilatadores como o sistema nervoso simpático, o sistema renina angiotensina, modulação endotelial, espessura da parede das artérias (ROCHA, 2009).

O sistema nervoso autônomo é fundamental para manter a homeostase, pois os sistemas simpático e parassimpático liberam a noradrenalina e acetilcolina alteram a frequência cardíaca, débito cardíaco e contratilidade do coração o que provoca uma modificação na resistência vascular periférica, aumentando a PA. (NOGUEIRA; MEREU; OLIVEIRA, 2018).

Já os rins produzem a renina que controla a secreção de aldosterona, que constitui um regulador da pressão arterial. Quando há uma hipotensão, os rins secretam renina no sangue, que converte a angiotensinogênio em angiotensina I que ao passar pelos vasos pulmonares e é convertida em angiotensina II, em razão da ação da enzima conversora de angiotensina (ECA), provoca uma vasoconstrição nas arteríolas, estimula as glândulas supra-renais a secretarem aldosterona, que diminuem a excreção de água e sódio na urina, que então retornam para o sangue em forma de água e sódio provocando o aumento da pressão arterial (SANJULIANI, 2002).

Outros sistemas que também contribuem para o controle da PA, são os vasos sanguíneos, que com seus receptores nervosos, interpretam mudanças na inervação e irrigação dos vasos, a partir de então provocam dilatação ou contração local, alterando a resistência vascular periférica, se os eventos são contrateis provocará um aumento da pressão arterial. A pressão oncótica e coloidosmótica se dá pela livre passagem de água pela membrana celular. A primeira pressão é dependente da proteína plasmática albumina e a segunda se dá em razão das diferenças entre o líquido intracelular e o extracelular permite a passagem de proteínas plasmáticas pela membrana, equilibrando a pressão do líquido extracelular. O sódio é um mineral que contribui para esse equilíbrio (NOGUEIRA; MEREU; OLIVEIRA, 2018).

O mecanismo da bomba de sódio (Na) e potássio (K) ocorre com o transporte dos íons para os meios intracelulares e extracelulares. Se há maior concentração de Na na parte externa provoca a eliminação de fluidos da célula por osmose. O potássio tem ação anti-hipertensiva, induz a excreção de água e sódio pelo corpo controlando a PA. O outro mineral que participa do controle da PA é o cálcio. Com função de regular a contração do miocárdio. Se há uma menor concentração de cálcio nas células, diminui-se a resistência periférica, FC, levando a uma redução da PA (NOGUEIRA; MEREU; OLIVEIRA, 2018).

Esses fenômenos quando não funcionam de modo a contralar os níveis pressóricos podem inicialmente não apresentar sintomas clínicos. Com a progressão do quadro os sintomas podem aparecer, como a cefaleia suboccipital, pulsátil, nas primeiras horas da manhã e desaparece ao longo do dia. Na hipertensão maligna a evolução é rápida, apresentando sonolência, confusão mental, distúrbio visual, náusea e vômito e encefalopatia hipertensiva. A epistaxe e escotomas cintilantes, zumbidos e fadiga, são inespecíficos não sendo considerados patognomônicos.(OIGMAN, 2018)

A HAS é um dos problemas de saúde pública mais importante do mundo, por sua alta prevalência e morbimortalidade. É responsável por cerca de 14% das mortes por doenças cardiovasculares no mundo e no Brasil, atinge 36 milhões (32,5%) de indivíduos adultos, 60% dos idosos e contribui para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) (MALACHIAS et al., 2016). Quando associada com Diabete Mellitus, suas complicações causam impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, um valor estimado em US\$ 4,18 bilhões de reais entre os anos de 2006 e 2015 (SILVEIRA et al., 2013).

No ano de 2015, de acordo com pesquisas norte-americanas, a HAS esteve presente em 69% dos pacientes com IAM, 77% de AVE, 75% com IC e 60% com DAP, sendo

responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE (MALACHIAS et al., 2016)

No ano de 2017, a VIGITEL (sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico), apontou um acréscimo dos casos de hipertensão autorreferida de 22,6% em 2006 para 24,3% em 2017. Essa comorbidade tem como fator de risco o aumento da idade, alcançando em 2017, a porcentagem de 60,9% entre os adultos maiores de 65 anos. Também se observa que os índices diminuem entre aqueles com maior grau de escolaridade, sendo 14,8% naqueles com 12 anos ou mais de estudo (BRASIL, 2013).

Nos estudos dos anos de 2006 a 2014 a VIGITEL havia revelado que a prevalência de HAS autorreferida entre indivíduos com 18 anos ou mais, variava de 23% a 25%. Nos adultos com faixa etária de 18 a 29 anos, foi 2,8%; de 30 a 59 anos, 20,6%; de 60 a 64 anos, 44,4%; de 65 a 74 anos, 52,7%; e ≥ 75 anos, 55%. O Sudeste foi à região com maior prevalência de HA autorreferida (23,3%) e o Nordeste apresentou a menor taxa, 19,4, seguida da região Norte. Os estudos de Picon et al. mostraram tendência à diminuição de sua prevalência nas últimas três décadas, onde os índices variam de 36,1% para 31,0% (MALACHIAS et al., 2016).

O sexo feminino tem a maior prevalência de diagnóstico médico de hipertensão arterial. Se comparado aos homens, elas tem 26,4% dos casos contra 21,7% para eles. O Ministério da saúde referiu que no ano de 2017 os casos de hipertensão no sexo feminino foram mais altos no Rio de Janeiro (34,7%) e Recife (30,0), e no sexo masculino foram Maceió (26,3%) e Natal (26,2%). Porém estado do Rio de Janeiro (RJ), pelo segundo ano consecutivo se manteve com o maior percentual de hipertensos. (BRASIL, 2013)

As taxas de mortalidade das doenças hipertensivas (DH), mostraram um aumento dos índices entre os anos de 2002 e 2009, porém desde o ano de 2010 essas taxas mostraram uma tendência a redução. De acordo com taxas fornecidas através de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) mostram uma significativa redução da tendência de internação por HA, de 98,1/100.000 habitantes em 2000 para 44,2/100.000 habitantes em 2013(MALACHIAS et al., 2016) .

Os problemas sociais, econômicos e culturais juntos a complexidade dos sistemas fisiológicos para controle da PA, e o caráter clínico silencioso colaboram para a alta epidemiologia já citada da hipertensão. Para esse controle, o corpo humano depende da integração de diversos sistemas, como cardiovascular, renal, neural e endócrino que são os

mecanismos fisiopatológicos que realizam o equilíbrio dos níveis pressóricos (NOGUEIRA; MEREU; OLIVEIRA, 2018).

Visando diminuir o impacto na sobrevida e qualidade de vida da população do Brasil, as equipes de Atenção Básica (AB), multiprofissionais, com o conhecimento da população e considerando a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos, vem tomando medidas preconizadas pelo Ministério da Saúde visando as modificações no estilo de vida, as quais são fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão, tais como alimentação adequada, dieta hipossódica, controle do peso, realização de atividade física, o abandono do tabagismo e o uso do álcool. Esses profissionais devem desenvolver estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial, devendo tratar de modo individual a problemática e dificuldades para envolver a todos na implementação de estratégias de controle à hipertensão (OIGMAN, 2018).

Uma medida de grande impacto para o acompanhamento dos pacientes já diagnosticados com HAS é o Programa HIPERDIA, criado em março de 2002 pelo Ministério da Saúde, onde pacientes que realizam tratamento para HAS E DM participam desse plano de atenção para desenvolver ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças. Em algumas unidades foram criados grupos onde ocorrem reuniões com as equipes de saúde, com atenção aos hipertensos e diabéticos, para compartilhar orientações, dificuldades e o recebimento dos medicamentos, visando uma maior e melhor adesão do indivíduo ao tratamento (PEREIRA, 2015)

2 PROBLEMA

A adesão ao tratamento é definida como o envolvimento do paciente de forma ativa, voluntária e colaborativa habituando-se ao comportamento que irá influenciar nos resultados terapêuticos e no controle da doença. Ela é um fenômeno multidimensional, que envolve o sistema e equipe de saúde e aos fatores relacionados ao paciente de ordem cultural e socioeconômica (PEREIRA, 2015)

A falta da adesão ao tratamento por parte dos pacientes impossibilita o sucesso Terapêutico. Ações de educação em Saúde são imprescindíveis para haver o controle do quadro onde o paciente será instruído a respeito do tratamento, desde os medicamentos até os principais efeitos colaterais, para que ele se sinta mais seguro para fazer uso dos mesmos. (PEREIRA, 2015)

O estudo será realizado na UBS Jaçanau, no município de Maracanaú no estado do Ceará. A unidade consta de um espaço físico que comporta 2 equipes de saúde da família, área 29 e 54, a primeira foi a área estudada. No espaço físico da UBS consta de uma farmácia, laboratório, sala de vacinação, auditório, sala para equipe do NASF (Psicologia, fisioterapia, serviço social e nutrição), ambulatório, copa e sala de expurgação. A equipe contem o apoio de 4 ACS que cobrem 4 áreas das 5 correspondentes. Tem uma população total de 3.000 pacientes cadastrados, dados do ano de 2017, desses 103 apenas estão cadastrados no programa HIPERDIA com o diagnóstico de hipertensão.

Com a experiência diária facilmente se percebe que parte da população que padece de tal enfermidade vai à unidade de saúde com o único objetivo de renovar sua receita, não realizando um controle da pressão arterial (PA), não cumprindo o tratamento e recomendações apresentadas pela equipe, não comparecendo com a frequência estabelecida pelo Ministério da Saúde, na qual solicita uma consulta a cada 3 meses para atendimentos de controle.

Durante a semana há 3 turnos de atendimento para esses pacientes, nos dias de segunda-feira, quarta-feira e quinta-feira e uma vez ao mês há uma reunião com toda a equipe onde as ACS, o enfermeiro e médico se reúnem e discutem problemas para traçar soluções, pois sempre são citados os problemas mais comuns.

Nesses momentos é constante a informação que ocorreram casos de pacientes com sintomatologias de gravidade com idas a UPA com hipertensão descompensados que faltam as consultas e que interrompem o tratamento. Outro dado observado é que há uma importante

quantidade de pacientes atendidos esporadicamente em dias de demanda livre com o diagnóstico de HAS que não são cadastrados no HIPERDIA, não recebendo atenção contínua. Outro ponto caracterizado foi em relação aos pacientes acamados que passam alguns meses sem atenção porém seus familiares sempre buscam pelas medicações e garantem a aderência ao tratamento.

Outro fator que contribuí para não adesão ou para a descontinuidade do tratamento é a dificuldade que alguns pacientes apresentam em cumprir a posologia e indicações das medicações, seja pelo grande volume das doses e quantidade de comprimidos, ou pela não compreensão do receituário, embora esse tenha desenhos. Muitos pacientes se confundem com os horários ou acreditam que não necessitam de tantas medicações o que contribui para a descompensação do quadro hipertensivo e suas complicações.

Diante da situação previamente apresentada se faz necessária a intervenção no acompanhamento da evolução clínica e aderência do tratamento para o controle eficaz da HAS diminuindo a falha terapêutica por má adesão, que proporciona o aumento da morbimortalidade e as consequências desfavoráveis ao bem estar do portador da comorbidade.

3 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), atualmente é vista como um dos principais problemas de saúde, sendo uma condição clínica caracterizada por níveis elevados de pressão arterial, causando ou não sintomas ao princípio (MACHADO, 2016). Quando mal controlado é um importante fator de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares e cerebrovasculares, e constitui a terceira causa de invalidez no mundo (SILVEIRA et al., 2013).

Através da percepção desse problema, viu-se a importância de intervir e melhor esclarecer o conhecimento sobre esta enfermidade, para que seja possível atrair esses e novos pacientes para UBS aumentando o melhor controle e a adesão ao tratamento proposto para amenizar as complicações de tal enfermidade.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Realizar educação em saúde com pacientes hipertensos de uma unidade básica em saúde para o controle da hipertensão arterial.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Desenvolver ações baseadas nas principais dificuldades de adesão ao tratamento com o objetivo esclarecer dúvidas e fomentar mudanças comportamentais para melhor controle de comorbidade através de grupos de hipertensão.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial é condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, sendo considerada uma alteração dos valores iguais ou superiores a 140 mmHg e 90 mmHg para pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica, respectivamente (NOGUEIRA; MEREU; OLIVEIRA, 2018). Foi considerada no ano de 2010 a enfermidade vascular silenciosa mais prevalente no mundo, e o fator de risco mais significativo para doenças cerebrovasculares (REYES, 2015).

A HAS é uma doença crônica não transmissível, que causa alterações funcionais, estruturais e metabólicas. É uma importante comorbidade e se caracteriza como um grave problema de saúde pública por sua alta prevalência e os baixos índices de controle, levando a altas taxas de morbidade e de mortalidade por causas cardiovasculares. A Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo (SILVA ET AL., 2016).

Na população brasileira afeta 65% do casos em idosos, 7% em crianças e adolescentes e 25% nos negros. (PEREIRA, 2015) De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, uma prevalência de casos no sexo feminino e a maior frequência de HAS aumentam com a idade, em ambos os sexos, sendo que cerca de 46% em pessoas com idade média de 75%. (NOGUEIRA; MEREU; OLIVEIRA, 2018).

No mundo há 17 milhões de mortes por causa cardiovascular. Os dados atuais do Ministério da Saúde do Brasil, mostram que somente no ano de 2015 ocorreram 3.051 óbitos, somente no estado de São Paulo, que tiveram como causa a hipertensão arterial. No Brasil essa enfermidade afeta 25% da população adulta acima dos 20 anos e estima-se que em 2025 ela alcançará uma prevalência de 40% (SILVA et al., 2016).

Esses índices são de difícil controle haja vista que os fatores de risco para o desenvolvimento dessas comorbidade relacionam-se a causas não modificáveis, como: idade, sexo, cor da pele, obesidade e fatores genéticos, porém quando o enfermo tem acesso a informações e orientação realiza o diagnóstico precocemente alcançando um controle e menos danos a saúde. E existem os fatores modificáveis, como: ingestão de sal, consumo de álcool, sedentarismo e fatores sócios econômicos, que se realizado o controles desses se pode prevenir a comorbidade ou ter um melhor controle não medicamentosa da mesma. (DUARTE et al., 2017).

Na população idosa, acima dos 65 anos de idade, a hipertensão arterial é predominante, isso se dá em razão da urbanização de 80% dos idosos provocando o sedentarismo, consumo de alimentos industrializados ricos em gordura saturada, açúcar e sal, aumentando os casos de obesidade, HAS, entre outras doenças crônicas que contribuem para o aumento das taxas de mortalidade e morbidade (PEREIRA, 2015).

A baixa renda e o baixo nível de escolaridade são fatores precursores para o surgimento da hipertensão arterial em razão dos elevados custos para sustentar os hábitos alimentares saudáveis, o diagnóstico precoce e dificuldade para a compra de medicamentos para o controle da HAS, aumentando a tendência para não adesão ao tratamento (DUARTE et al., 2017).

A ingestão excessiva de sal desempenha importante papel para a HAS e falha terapêutica da mesma, de acordo com estudos estima-se que 99,2% da população adulta exceda os 2,00 g de sódio diários recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Percebe-se que no Brasil, o consumo diário de sódio é superior a 4,4 g. Outro fator observado nos anos 90, demonstravam uma clara relação de entre a prática de atividade física e a diminuição na incidência dos casos de HAS e de suas complicações (SANJULIANI, 2002).

O conhecimento a cerca dos fatores modificáveis, são fundamentais para o entendimento a respeito da prevenção, tratamento farmacológico, não farmacológico, melhor adesão do mesmo e para um diagnóstico precoce da comorbidade.

Por muitos anos foi definido que para o diagnóstico de hipertensão os níveis pressóricos deveriam ser maiores ou iguais a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. (PEREIRA, 2015) Esses índices sofreram algumas atualizações ao decorrer dos anos, expondo novas classificações com o objetivo de diagnosticar de forma mais objetiva, definindo uma conduta mais apropriada e com uma maior redução de danos para a saúde dos indivíduos que padecem de tal enfermidade. Em 2017 uma nova atualização do Guidelines, foi estabelecida como critério para classificação dos estágios da HAS, como encontrada no pubmed atualizando a classificação da HAS em 4 grupos como:

- 1) Normal : quando PAS < 120mmHg + PAD < 80mmHg,
- 2) Elevada quando PAS estiver entre 120 e 129mmHg + PAD entre 80 e 89mmHg
- 3) Hipertensão Estágio 1 – Quando PAS estiver entre 130 e 139mmHg ou PAD entre 80-89mmHg

4) Hipertensão Estágio 2 – Quando PAS estiver acima ou igual a 140mmHg ou PAD acima ou igual a 90mmHg

De acordo com Guidelines (2017) já se classifica como hipertensão a PAS acima de 130 mmHg e PAD acima de 80 mmHg. Com a diminuição dos valores de PA para diagnosticar HAS, acarretará um aumento na prevalência dessa enfermidade em 32% para 46% da população.

O tratamento da HAS, medicamentoso ou não, será traçado em decorrência da evolução da doença e de sua classificação de risco. Sua meta é a redução da morbidade e a mortalidade cardiovascular. Porém, em torno de 16 a 50% dos hipertensos que iniciam o tratamento, desistem da medicação anti hipertensiva no primeiro ano (PEREIRA, 2015). Ao diagnosticar a HAS é exposto ao paciente o tratamento medicamentoso e as medidas de mudanças no estilo de vida que inclui a dieta hipossódica, diminuição na ingestão de gordura saturada, colesterol, uma ingestão adequada de potássio, cálcio e magnésio, realização de atividades físicas regulares, cessação do tabagismo, diminuição da ingestão de álcool, controle do stress (REYES, 2015).

A adesão ao tratamento é definida como um envolvimento amplo do paciente de forma voluntária e colaborativa, com atitudes comportamentais que influenciarão nos resultados terapêuticos e controle da doença. Ele é um fenômeno multidimensional, que envolve a equipe de saúde e fatores socioeconômicos. Quando não há uma adequada adesão ao tratamento é de extrema dificuldade o sucesso terapêutico, podendo conseqüentemente afetar o bem estar por suas graves sequelas e inabilidade do paciente (PEREIRA, 2015).

A dificuldade em aderir o tratamento, se dá pela falta de entendimento sobre a importância do uso da medicação diária e efeitos colaterais para controlar um problema que até então é assintomático. Por isso a Estratégia de Saúde da Família desenvolve programas de atenção para reorganizar a prática assistencial, com consultas de rotina regular e a qualidade da comunicação entre o médico e o paciente. Elas são determinantes para melhor aderência ao tratamento, pois quando o paciente tem informações do prognóstico e opções de tratamento, onde se esclarece os benefícios e efeitos adversos, adere mais facilmente as recomendações. (MACHADO, 2016)

De acordo com o Caderno de Atenção Básica do Ministério da saúde (2013) hoje a importante função está em se desenvolver ações com a equipe multiprofissionais para promover um vínculo com a comunidade, reconhecendo a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Com o objetivo de trabalhar as mudanças dos

hábitos, trabalhando a importância da realização do tratamento farmacológico e não farmacológico. Desde o ano de 2002 já se realiza em UBS o HIPERDIA, estratégia realizada para acompanhar de forma rotineira os pacientes diagnosticados com comorbidade. (PEREIRA, 2015)

Essa abordagem interdisciplinar que ocorre atualmente possibilita oferecer ao paciente e à comunidade um conhecimento amplo do problema, o que motiva e responsabiliza os mesmos a ponto de estimular a aderência de mudanças nos hábitos de vida e o tratamento. (MACHADO, 2016). Um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2013).

6 METODOLOGIA

O seguinte projeto de intervenção visa aumentar a adesão do tratamento da HAS e será desenvolvido na Unidade básica de saúde do Jaçanau, localizado no município de Maracanaú, localizado no Estado do Ceará, em área metropolitana há 31 km da capital, na região nordeste do Brasil, que faz limite com os municípios de Fortaleza, Pacatuba, Maranguape e Caucaia. Segundo informações adquiridas por meio do site da secretaria de Maracanaú, o bairro tem uma área territorial de 106,648km², população estimada em 209.057 com uma estimativa de 223.188 de habitantes para o ano de 2016, foi classificada do como o quarto município mais populoso do estado do Ceará. Representa o maior polo industrial do estado que é a principal fonte de renda.

A UBS Jaçanau, faz parte da estrutura de saúde do município onde são encontrados 30 unidades básicas de saúde, que se agrupam em 6 AVISA, um Hospital Municipal, uma UAB, uma UPA no bairro Pajuçara, um Hospital da Mulher de Maracanaú e 2 CAPS. A área do bairro que corresponde a UBS Jaçanau, faz limite com os bairros Cagado, Jari, Mucunã, com uma população de 5829 habitantes.

Na UBS estão instaladas 2 equipes de saúde, localizada na AVISA 6, onde a área em estudo se denomina como área 29 subdividida em 5 microareas, conta-se com 4 ACS e atualmente 01 microarea está descoberta. A população dessa área é de cerca de 3.000 habitantes, onde são cadastradas 956 famílias onde 103 pacientes estão diagnosticados e cadastrados com Hipertensão Arterial, porém de acordo com os atendimentos prestados entre os meses de junho á agosto foram no total de 217 consultas com hipertensos.

Existem alguns programas para melhor assistir a população na unidade, são eles: Pré-natal, puericultura, saúde mental, planejamento familiar e hiperdia correspondente àqueles que portam comorbidades crônicas como diabetes e hipertensão arterial. Para o acompanhamento contínuo são marcadas consultas a cada 3 meses, em muitos casos os pacientes não comparecem a essas consultas de forma regular, frequentando o posto em horários de demanda livre e ou solicitando a renovação de sua receita através de familiares, tornando a atenção ineficaz, mencionando ainda os pacientes que por conta própria alteram o tratamento ou descontinuam o mesmo e aqueles que descontinuam o mesmo, tendo como consequência a descompensação da comorbidade aumentando assim os níveis de complicações, comorbidades associadas e morbimortalidades.

Após a realização dos atendimentos, contato com os pacientes e reuniões com a equipe da unidade, foi traçado o perfil de saúde, onde se identificou a alta taxa da inadequada adesão ao tratamento da HAS.

Diante da situação apresentada, e com o objetivo de melhor conhecer a situação para um controle eficaz dos pacientes hipertensos, foi proposto uma ação conjunta entre médica, enfermeira e ACS, unificando as informações, por meio de orientações, controle e condutas através de palestras, visitas e monitoramento realizado através de encontros mensais.

Trata-se de um estudo de base populacional, projeto de intervenção, com definição do problema encontrado em uma população limitada de pacientes diagnosticados com HAS, em acompanhamento e que demonstram dificuldade na adesão do tratamento podendo causar descompensação do quadro e podendo assim interferir e aumentar casos de morbidade e mortalidade nessa população.

De acordo com dados coletados com a gerente da unidade, o Jaçanau faz limite com os bairros Cagado, Jari, Mucunã, em seu território apresenta 2 praças, 1 escola pública em funcionamento, 2 igrejas, 01 creche e 02 campos de futebol. Tem uma população total de 5829 pessoas.

Viu-se a necessidade de estudar mais profundamente a causa da inconstância na busca por atenção e na prática do tratamento. Durante as consultas no período de 3 meses foram realizadas perguntas a respeito da aderência do tratamento medicamentoso e não medicamentoso e foi constatado que há um numero maior de hipertensos, pois atualmente apenas 103 pacientes são cadastrados e pelo numero de atendimentos foram consultados 230 que o numero já cadastrado na unidade, pois atualmente apenas 103 estão registrados.

As idades que menos aderem ao tratamento estão compreendidas entre 35 há 60 anos e pacientes que não dependem de cuidados familiares. O sexo masculino é o que menos cumpre o plano terapêutico medicamentoso, em um total de 35% para 23% das mulheres. Porém em quase uma totalidade dos pacientes não cumprem medidas não medicamentosas.

O projeto de intervenção está dirigido aos principais fatores responsáveis pela adesão incorreta ou insuficiente dos pacientes hipertensos que realizam acompanhamento na unidade nas consultas do programa HIPERDIA.

Serão incluídos no plano de intervenção os pacientes cadastrados como hipertensos de ambos os sexos com idade acima de 18 anos e menores de 75 anos, que tenham estado de consciência preservado. Nesse primeiro contado estará presente os pacientes que tenham condições físicas e mentais para compreensão da comorbidade e importância da aderência ao tratamento onde os mesmos possam praticar o que será exposto.

Serão excluídos do estudo os pacientes que também realizam tratamento para saúde mental e os acamados, dependentes de cuidados de terceiros, os pacientes que se negam a assistência prestada.

O plano de intervenção, visando um melhor acompanhamento dos Hipertensos, melhorando assim a assistência, aumentando a frequência às consultas, o cumprimento ao tratamento farmacológico e não farmacológico, será realizado inicialmente uma busca ativa de possíveis hipertensos na comunidade, previamente a esta ação realizaremos uma palestra para as ACS estarem aptas a captar pacientes. Com isso será realizada a atualização dos cadastros de pacientes hipertensos, para consultas no HIPERDIA por meio da abertura de uma ficha de cadastro (APÊNDICE B).

Após esse momento será realizado o agendamento de todos para as consultas e encontros mensais com foco no grupo de interesse para o estudo. Durante as consultas será avaliado dificuldades, controle da comorbidade, fatores de risco e se as ações estão melhorando os índices de aderência ao tratamento e conseqüentemente se esses estão sendo eficazes.

Mensalmente terá um encontro no auditório da unidade de saúde, com o apoio de uma equipe multiprofissional visando a promoção de saúde, o dia em destaque seria a ultima quinta feira de cada mês no período da manha, no primeiro encontro e depois durante a primeira consulta após o diagnostico confirmado será distribuído uma caixa de controle de medicação (APÊNDICE A) para o auxilio na aderência ao tratamento.

Por ser um plano de intervenção de educação contínua o projeto será avaliado periodicamente, visando os resultados de aumento na assiduidade nas consultas, a diminuição de pacientes descompensados e taxas de comorbidades associadas. Os resultados serão apresentados durante os encontros mensais para que os mesmos vejam a importância do comprometimento com o tratamento e cuidados de saúde.

Durante os atendimentos, será pedida a permissão ao paciente para a coleta dos dados, seguindo os princípios éticos da resolução 466/2012.

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção foi proposto o planejamento de ações contínuas para o aumento da adesão do paciente ao tratamento farmacológico e não farmacológico e as consultas de rotina, oferecendo recursos necessários para que o mesmo através do acompanhamento em grupo e individual encontre apoio e soluções para suas dificuldades diárias.

As ações de captação e cadastramento dos pacientes diagnosticados com HAS serão realizadas durante consultas e visitas domiciliares. As palestras serão realizadas mensalmente na ultima quinta feira do mês, período da manha, com assistência multidisciplinar.

Elaborou-se um cronograma de ações intervencionistas e sua operacionalização, disposto no quadro abaixo (QUADRO 1) , onde está especificado a problemática, a operação realizada, as ações, o condutor das ações e os recursos necessários para realização das atividades.

QUADRO 1 - Cronograma das Ações de Intervenções para o controle da HAS no município de Jaçanau.Fortaleza.2018.

PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA	OPERAÇÃO	AÇÃO	CONDUTOR DA AÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS
ESTILO DE VIDA INAPROPRIADO	Modificar hábitos e estilo de vida	Incentivo a realização de atividades físicas sem custos / palestras com nutricionista para mudanças na alimentação.	Educador físico; fisioterapeuta; nutricionista, psicólogo e médico	Grupo para realização de caminhada, reunião mensal com profissionais que esclareçam as duvidas dos pacientes.
DESCONHECIMENTO A RESPEITO DAS	Melhorar o	Palestras com profissionais e	Educador físico;	Profissionais de áreas como:

COMORBIDADES E DE SUAS COMPLICAÇÕES	conhecimento	depoimentos de pacientes que aderiram o tratamento medicamentos o e não medicamentos a e controlaram a comorbidade.	fisioterapeuta; nutricionista , psicólogo, médico e enfermeiro.	nutrição, psicologia, fisioterapia.
NÃO CUMPRIMENTO DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	Recurso para que os pacientes se disciplinem nos horários e doses.	Melhor explicação sobre o benefício do tratamento na consulta e nas reuniões. Redução de doses e drogas utilizadas para uma melhor aderência Caixa de medicações onde os profissionais organizariam a medicação de acordo com os horários.	Médico	Caixa de papelão recicláveis, foram utilizadas caixas vazias de medicamentos da farmácia da unidade.

RECADASTRAMENTO DE PACIENTE	Busca ativa e cadastramento dos novos casos. Diagnóstico médico	Busca ativa de novos pacientes por parte das ACS, enfermeiros e médicos.	Médico, enfermeiro e ACS.	Prontuários Ficha de cadastramento

Fonte: Próprio Autor

8 RESULTADOS ESPERADOS

A execução desse projeto será contínua, é pretendido consultar a cada 3 meses todos os pacientes do programa diagnosticados com hipertensão, tanto por consulta médica e por enfermagem, a fim de estimular a aderência correta e as mudanças no estilo de vida.

As atividades desenvolvidas para alcançar ao máximo os pacientes hipertensos tem por objetivo a prevenção, para os que já têm a HAS o diagnóstico precoce, o controle adequado dessa enfermidade, de seus fatores de risco cardiovasculares e a adesão ao tratamento para melhores resultados. Almeja-se que 50% dos pacientes passem a apresentar melhores resultados de mudanças nos hábitos de vida, níveis pressóricos estejam dentro dos parâmetros normais e que passem a comparecer as consultas sem falta.

O que se almeja com o desenvolvimento do Plano de Intervenção é que todos os envolvidos entendam a importância do controle dessa doença através da adequada adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico apoiado pela atenção da equipe dos profissionais da saúde da família é essencial para que se possa diminuir os índices de morbidade e mortalidade.

QUADRO 2 - Resultados esperados a partir das Ações de Intervenções para o controle da HAS no município de Jaçanau.Fortaleza.2018.

RESULTADOS ESPERADOS
<p>Redução do peso;</p> <p>Diminuição do sedentarismo e ociosidade;</p> <p>Cessar o tabagismo e alcoolismo</p>
<p>Melhorar a periodicidade nas consultas.</p> <p>Conhecimento da doença, dos fatores de riscos e prognóstico.</p> <p>Maior controle dos níveis pressóricos.</p>

Melhor controle da comorbidade e melhor aderência ao tratamento.
Maior número de diagnósticos e pacientes pertencentes ao programa HIPERDIA

Fonte: Próprio Autor

9 CRONOGRAMA

ATIVIDADES	AGOSTO 2018	SETEMBRO 2018	OUTUBRO 2018	NOVEMBRO 2018	DEZEMBRO 2018
Planejamento do plano de ação.	x	x			
Busca Ativa dos pacientes hipertensos.			x	X	
Capacitação da equipe de saúde e ACS			x	X	
Palestras educativas e atividades multidisciplinares na UBS.			x	x	x
Cadastro dos novos pacientes hipertensos capacitados, no programa HIPERDIA.	X	X	x	X	x
Acompanhamento dos pacientes.	X	X	x	X	x
Modificação e adaptação do tratamento medicamentoso baseado nas principais dificuldades apontadas pelos mesmos.	X	X	x	X	x
Avaliar a frequência nas consultas	X	X	x	X	x
Avaliar se houve aumento na taxa de adesão ao tratamento	X	X	x	X	x
Avaliar se houve o controle dos níveis pressóricos.	X	X	x	X	x

REFERÊNCIAS

- DUARTE, Paulo Henrique Meira et al. Hipertensão arterial sistêmica na velhice: um estudo do perfil sociodemográfico. **Archives Of Health Investigation**, [s.l.], v. 6, n. 10, p.473-476, 31 out. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.21270/archi.v6i10.2232>>. Acesso em: 20 jul. 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministerio da Saúde, 2013. (Caderno de Atenção Básica, n. 37).
- GISMONDI, Ronaldo. **Hipertensão: nova diretriz da AHA muda definição de HAS; veja aqui**. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/nova-diretriz-sobre-hipertensao-da-aha-muda-definicao-para-has-veja-os-keypoints/>>. Acesso em: 24 jul. 2018.
- MACHADO, Jorge Luis Arechavaleta. **Educação em Saúde na prevenção de hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde do município Graça Aranha, Maranhão**. 2016. 15 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2016.
- MARACANAU, Secretaria de Saude de. **Aspectos Gerais**. Disponível em: <<http://www.maracanau.ce.gov.br/aspectos-gerais/>>. Acesso em: 18 jul. 2018.
- MVB, Malachias et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 7 set. 2018.
- NOGUEIRA, Dayara Aparecida; MEREU, Guilherme Pascoal; OLIVEIRA, Luís Henrique Sales. **Mecanismos fisiopatológicos da hipertensão arterial sistêmica e as estruturas anatômicas envolvidas**: revisão de literatura. Disponível em: <<https://www.unaerp.br/documentos/2173-mecanismos-fisiopatologicos-da-hipertensao-arterial-sistematica-e-as-estruturas-anatomicas-envolvidas-revisao-de-literatura/file>>. Acesso em: 11 set. 2018.
- OIGMAN, Wille. **Sinais e sintomas em hipertensão arterial**. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n5/a4503.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.
- PEREIRA, Ivana Maria Onofri. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR PARA A ADESAO DOS PACIENTES AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. **LiphScience**, v. 2, n. 2, p. 21-40, abr./jun., 2015.

População Jaçanau - Maracanaú. Disponível em: <http://populacao.net.br/populacao-jacanau_maracanau_ce.html>. Acesso em: 26 jul. 2018.

REYES, Doralba Madelin Quinones. **Baixa adesão ao tratamento em portadores de hipertensão arterial na unidade de saúde Bom Jesus no município Santa Luisa - MG.** 2015. 32 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

ROCHA, Antonia Adriana de Sousa. **Estímulo à adesão terapêutica anti-hipertensiva em uma unidade do programa saúde da família de Beberibe – Ceará.** 2009. 23 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Escola de Saúde Pública do Ceara, Fortaleza, 2009.

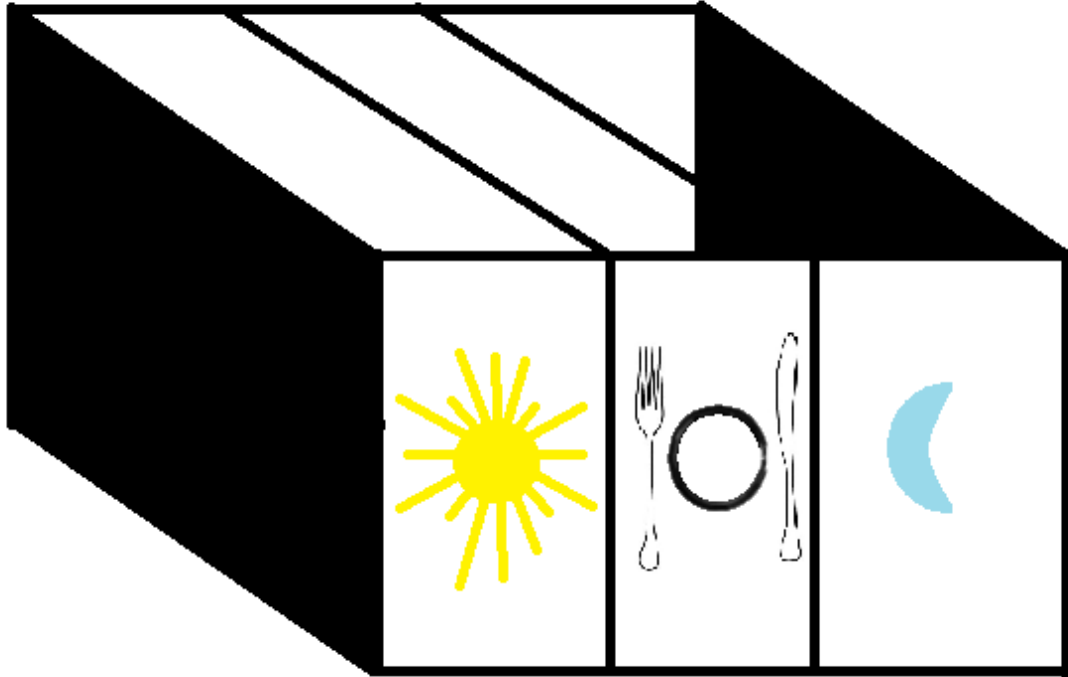
SANJULIANI, Antonio Felipe. Fisiopatologia da hipertensão arterial: conceitos teóricos úteis para a prática clínica. **Revista da Socerj**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.210-218, dez. 2002.

SILVA, Elcimary Cristina et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.38-51, mar. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010004>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

SILVEIRA, Janaína da et al. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p.129-134, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Protótipo de Caixa controle de medicação



APÊNDICE B – Ficha de Cadastro de Pacientes Hipertensos

FICHA DE CADASTRO DO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL**Nº PRONTUÁRIO:****TELEFONE:****NOME:****DATA DE NASCIMENTO:****FEMENINO () MASCULINO ()****EST. CIVIL:****ESCOLARIDADE:**

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

EXAME FÍSICO

NEUROLOGICO:

PESO:**MEDIDA DE CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL:**

TRATAMENTO
