

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) – NÚCLEO DO CEARÁ**  
**NÚCLEO DE TECNOLOGIA EM EDUCAÇÃO A DISTANCIA EM SAÚDE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LARISSA GOMES FIGUEIREDO**

**ADESÃO FARMACOLÓGICA E NÃO FARMACOLÓGICA AO**  
**TRATAMENTO CRÔNICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UM**  
**PLANO DE INTERVENÇÃO EM UMA COMUNIDADE DO MUNICÍPIO DE**  
**MAURITI-CE**

**FORTALEZA**

**2014**

**LARISSE GOMES FIGUEIREDO**

**ADESÃO FARMACOLÓGICA E NÃO FARMACOLÓGICA AO  
TRATAMENTO CRÔNICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UM  
PLANO DE INTERVENÇÃO EM UMA COMUNIDADE DO MUNICÍPIO DE  
MAURITI-CE**

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.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Cristiana Ferreira  
Macedo (Especialista).

**FORTALEZA**

**2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará

---

F475a Figueiredo, Larisse Gomes.  
Adesão farmacológica e não farmacológica ao tratamento crônico da hipertensão arterial sistêmica: um plano de intervenção em uma comunidade do município de Mauriti-Ce / Larisse Gomes Figueiredo. - 2015.  
24 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2015.

Orientação: Prof. Esp. Cristiana Ferreira Macedo.

1. Hipertensão. 2. Educação em Saúde. 3. Adesão a medicação. I. Título.

---

CDD 363.1

**LARISSE GOMES FIGUEIREDO**

**ADESÃO FARMACOLÓGICA E NÃO FARMACOLÓGICA AO  
TRATAMENTO CRÔNICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UM  
PLANO DE INTERVENÇÃO EM UMA COMUNIDADE DO MUNICÍPIO DE  
MAURITI-CE**

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<sup>o</sup>., titulação (Dr./Me.), nome.

Instituição

---

Profa. Ms. Ivana Cristina Vieira de Lima  
Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde - NUTEDS

---

Prof<sup>o</sup>., titulação (Dr/Me/Esp), nome.

Instituição

## **RESUMO**

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma enfermidade de distribuição mundial e de elevada epidemiologia em todo o mundo. Associa-se a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais os quais estão diretamente relacionados à adesão ao tratamento clínico ou farmacológico. O presente trabalho trata-se de um plano de intervenção acerca dessa moléstia que será aplicado e desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família do distrito de Olho D'água no município de Mauriti-ce, abordando tanto fatores relacionados ao abandono ao tratamento médico quanto aos métodos alternativos medicamentosos. A pesquisa foi realizada baseada em artigos e revistas encontradas na internet. Com esse estudo e a implantação desse plano de intervenção, espera-se instituir um processo de educação em saúde que melhore os índices de morbimortalidade causados pelo aumento pressórico, otimizando a adesão ao tratamento e propondo maior esclarecimento à população através de ações que incluem: realizar rodas de conversas entre profissionais e usuários; elaborar uma anamnese mais detalhada em busca de fatores de risco; revisar dos prontuários dos pacientes já cadastrados no grupo de hipertensos para avaliar a frequência de picos hipertensivos; incentivar o uso do cartão do hipertenso distribuído na UBS; instruir toda a equipe para melhor abordar essa patologia.

Palavras-chave: Hipertensão; Educação em saúde; Adesão à medicação.

## ***ABSTRACT***

The systemic arterial hypertension (SAH) is a disease of worldwide distribution and epidemiology throughout the world. Partnering with functional and/or structural changes of the target organs (heart, kidneys and blood vessels) and the metabolic changes, with consequent increased risk of cardiovascular events fatal and non-fatal which are directly related to adherence to clinical or pharmacological treatment. The present work it is a contingency plan about this disease that will be applied and developed by family health Team in Olho D'água in the municipality of Mauriti-EC, addressing both factors related to the abandonment to the medical treatment alternative methods medicated. The survey was conducted based on articles and magazines found on the internet. With this study and the implementation of this action plan, it is expected to establish a process of health education to improve the rates of morbidity and mortality caused by increased pressure, optimizing treatment adherence and proposing further clarification to the population through actions that include: perform wheels of conversations between professionals and users; draw up a more detailed anmenese in search of risk factors; review of medical records of patients already enrolled in the hypertensive group to assess the frequency of hypertensive peaks; encourage the use of the card of the hypertensive distributed in UBS; instruct all staff to better address this pathology..

Keywords: Hypertension; Health education; Adherence to medication.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ESF-** EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA

**HAS-** HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA

**MAPA-** MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL

**MRPA-** MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DE PRESSÃO ARTERIAL

**PA-** PRESSÃO ARTERIAL

**UBS-** UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
<b>2 PROBLEMA</b> .....	<b>7</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>7</b>
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	<b>8</b>
4.1 Geral .....	8
4.2 Específicos .....	8
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>9</b>
5.1 Conceito e Epidemiologia da Hipertensão .....	9
5.3 Impacto médico e social da HAS .....	9
5.4 Fatores de risco .....	10
5.5 Diagnóstico .....	10
5.6 Complicações .....	11
5.7 Tratamento .....	11
<b>6 METODOLOGIA</b> .....	<b>14</b>
6.1 Cenário da Intervenção .....	14
6.2 Sujeitos da Intervenção.....	14
6.3 Estratégias e Ações .....	14
6.4 Avaliação e Monitoramento Intervenção .....	15
6.5 Aspectos Éticos .....	15
<b>7 CRONOGRAMA</b> .....	<b>17</b>
<b>8 RECURSOS NECESSÁRIOS</b> .....	<b>17</b>
<b>9 RESULTADOS ESPERADOS</b> .....	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>19</b>
<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>20</b>
<b>APÊNDICE B</b> .....	<b>2</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível que apresentou significativo aumento nos últimos dez anos e é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, configurando-se como a principal causa de mortalidade no Brasil, por isso é um tema de grande relevância na saúde pública brasileira. Possui incidência maior em obesos, sedentários e pessoas que excedem no consumo de sal e álcool (FEIJÃO *et al*, 2005).

Inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades do Brasil mostram prevalência de hipertensão arterial (pressão arterial > 140/90 mmHg) variando de 22,3% a 43,9% (JARDIM *et al*, 2007).

Para diagnosticar HAS considera-se valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório. Medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões são necessárias para fechar o diagnóstico (ARAÚJO – GUIMARÃES, 2007).

A elevação da pressão arterial é, direta ou indiretamente, responsável pela aioria das complicações cardiovasculares, acarretando grande ônus à sociedade, tanto por hospitalizações, quanto invalidez ou mortes precoces (FEIJÃO *et al*, 2005).

O tratamento da hipertensão consiste basicamente em dois pilares. Um clínico que contempla a prevenção primária que pode ser obtida através de mudanças no estilo de vida, e o medicamentoso, onde são instituídas drogas usadas em monoterapia ou em associação no combate à pressão alta (PIRES – MUSSI, 2008).

O abandono ao tratamento e a baixa adesão estão entre as principais dificuldades para controle dessa enfermidade (MOLINA *et al*, 2003).

Estudos e programas são criados com intuito de introduzir medidas educativas, informativas e intervencionistas com meta de redução do risco cardiovascular para hipertensos. Dessa maneira, o presente estudo está voltado para a conscientização da população sobre a importância do controle dos níveis tensionais, pois há um grande problema em relação ao grau de instrução e nível sociocultural da mesma, já que apenas uma pequena parcela compreende os riscos aos quais está exposta quando não aderem adequadamente ao tratamento necessário. Para isso serão realizadas palestras educativas, rodas de conversa com orientações à comunidade e aplicação de

questionários junto aos pacientes hipertensos sobre o que atrapalha a adesão ao tratamento.

Tem-se como meta desse estudo o desenvolvimento de serviços com fácil acesso para o tratamento clínico da hipertensão em 100% dos centros de serviço básico de saúde e com os recursos da comunidade, com agentes de saúde previamente treinados quanto à importância dessas medidas para controle da hipertensão.

Fortalecer o sistema de saúde para que facilite o aconselhamento sobre a importância da adequada adesão ao tratamento medicamentoso, no marco da assistência primária à saúde. Outro ponto que deve ser considerado e que deve ser estimulado é a publicidade, promoção e patrocínio da instituição de novos hábitos no cotidiano, buscando com essas medidas o controle da hipertensão com conseqüente redução de eventos coronarianos.

## **2 PROBLEMA**

Baixa adesão e/ou abandono ao tratamento clínico e medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica. A não adesão ocasiona ajuste desnecessário no regime terapêutico devido à falta de resposta positiva ao tratamento, elevação dos custos no cuidado à saúde com o aumento das taxas de hospitalizações e tratamento de complicações. Além disso, frustra os profissionais de saúde, pois os impede de alcançar os objetivos traçados na atenção à saúde do hipertenso.

## **3 JUSTIFICATIVA**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é reconhecida como importante problema de saúde pública diante do avanço na identificação de fatores de risco, diagnóstico precoce, emprego de vasta terapêutica medicamentosa e de ações educativas para as mudanças no estilo de vida (RODRIGUES *et al*, 2014). Apesar disso, é uma doença de difícil controle e a manutenção dos níveis pressóricos dentro do limite recomendado é insatisfatória em grande parte das comunidades adscritas em suas unidades básicas de saúde. Isso evidencia a problemática da baixa adesão ao tratamento presente na atenção primária.

Outro fator que releva a importancia do presente estudo e projeto é que medir a adesão ao tratamento da HAS é uma tarefa complexa. Há diferentes métodos aplicados, diferentes pontos de corte e inexistente um método considerado padrão ouro.

## **4 OBJETIVOS**

### 4.1 Geral

Otimizar a adesão farmacológica e não farmacológica do tratamento crônico da hipertensão arterial sistêmica.

### 4.2 Específicos

Rastrear as principais causas da má adesão e abandono ao tratamento

Propor estratégias para serem instituídas na atenção básica para solucionar o problema.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Conceito e Epidemiologia da Hipertensão

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis sustentadamente elevados de pressão arterial. Frequentemente se associa a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo, como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos; e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (FEIJÃO *et al*, 2005).

Os dados epidemiológicos ainda estão restritos a algumas regiões o que acaba deixando algumas dúvidas se as informações existentes representam o país como um todo, apesar de serem consistentes pela existência de estudos bem delineados e representativos (FEIJÃO *et al*, 2005).

Alguns estudos de base populacional realizados no Brasil estimaram em 20 a 30% a prevalência da hipertensão arterial. Uma pesquisa realizada na região urbana do Rio Grande do Sul e Porto Alegre para mensurar a prevalência dessa enfermidade e sua correlação com fatores sócio-econômicos, biológicos e de exposição ambiental estimou uma prevalência de 19,2% usando como critério níveis tensionais de 160/95mmHg, incluindo nesse grupo aqueles que usavam drogas anti-hipertensivas, e, pelo critério de 140/90mmHg, essa prevalência foi de 29,8%. Já um estudo realizado no Rio de Janeiro, na Ilha do Governador, encontrou uma prevalência de 24,9% pelo critério de 160/95mmHg (PÉRES *et al*, 2003).

Segundo outros estudos, estima-se que a prevalência da hipertensão arterial seja 20 a 45% da população adulta (DUARTE *et al*, 2010).

### 5.2 Impacto médico e social da HAS

A HAS tem elevada prevalência e pequenas taxas de controle. Chega a ser considerado um dos maiores fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg há um aumento progressivo da mortalidade por doença cardiovascular, que ocorre de maneira linear, contínua e independente (DUARTE *et al*, 2010).

No Brasil no ano de 2005, ocorreram mais de um bilhão de internações por doenças cardiovasculares, e, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças

cardiovasculares, atingindo 37%, quando excluídos óbitos por causas mal definidas e por violência. A alta prevalência, a morbimortalidade associada e os elevados custos sociais da hipertensão arterial constituem importantes problemas de saúde pública, cujo controle configura-se entre as prioridades, propostas pelo Ministério da Saúde, no Pacto pela Saúde – 2006 e na Política Nacional da Atenção Básica (DUARTE *et al*, 2010).

### 5.3 Fatores de risco

Na maioria dos casos, não se sabe a causa da hipertensão arterial. Contudo, são atribuídos como riscos ou causas para hipertensão arterial fatores constitucionais: obesidade, sexo, raça e idade; fatores ambientais: ingestão de sal, cálcio e potássio, álcool, gorduras e tabagismo; fatores ambientais ligados ao trabalho: estresse, agentes físicos e químicos e fatores ligados à classe social a qual o indivíduo pertence (MOLINA *et al*, 2003) e (JARDIM *et al*, 2007).

### 5.4 Diagnóstico

Níveis sustentadamente elevados da pressão arterial, medida de forma casual, dão o diagnóstico da HAS (PÉRES *et al*, 2003).

O valor limítrofe que define HAS leva em consideração valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório. Deve-se sempre validar o diagnóstico por meio de medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões (ARAÚJO – GUIMARÃES, 2007).

Deve-se mensurar a PA em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde. Em uma primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, caso haja diferença, utilizar-se como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes (ARAÚJO – GUIMARÃES, 2007).

É mandatório investigar doenças arteriais em todo indivíduo cujas diferenças de pressão entre os membros superiores forem maior que 20mmHg para a pressão sistólica e maior que 10 mmHg para a diastólica (LIMA *et al*, 2004).

Preconiza-se que sejam realizadas pelo menos três medidas em cada consulta e sugere-se um intervalo de um minuto entre elas, apesar desse aspecto ser controverso.

É recomendado que a posição para medida da pressão arterial seja sentada. As medidas nas posições ortostática e supina devem ser feitas pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoolistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva (LIMA *et al*, 2004).

Existem orientações recentes que consideram a utilização da monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e da monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) como ferramentas de grande utilidade na investigação de pacientes com suspeita de hipertensão (LIMA *et al*, 2004).

Recomenda-se, sempre que possível, medir a PA fora do consultório para esclarecimento do diagnóstico, identificação da hipertensão do avental branco (HAB) e da hipertensão mascarada (HM) (ARAÚJO – GUIMARÃES, 2007).

## 5.5 Complicações

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, a hipertensão arterial sistêmica é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência da cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator de risco etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também, tem HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Caracteriza-se portanto como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2013).

## 5.6 Tratamento

Muitos estudos populacionais mostraram a relevância do controle dos níveis tensionais para a redução da morbimortalidade cardiovascular (PINHO – PIERIN, 2013).

Assim, para o tratamento dessa patologia, além das drogas prescritas, profissionais de saúde devem recomendar a adoção de práticas que reduzam os fatores de risco citados acima. Dentre as políticas públicas para o controle da doença hipertensiva, a educação em saúde tem sido apontada como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento (MOLINA *et al*, 2003).

Portanto, para tratar e prevenir as complicações, o indivíduo hipertenso deve, além de medicar-se, mudar antigos comportamentos ou adotar novos hábitos (PINHO – PIERIN, 2013).

Para o manejo de indivíduos com comportamento limítrofe da PA, recomenda-se considerar o tratamento medicamentoso apenas em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto. Até o presente, nenhum estudo já realizado tem poder suficiente para indicar um tratamento medicamentoso para indivíduos com PA limítrofe sem evidências de doença cardiovascular (RONDON – BRUM, 2003).

Realizado estudo de coorte de pacientes já em tratamento para hipertensão arterial, em um período de quatro anos, em um grupo de cinquenta pacientes da atenção básica à saúde que abandonaram o seguimento ao tratamento. Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas que foram submetidas à técnica de análise temática do conteúdo. A razão para abandono do seguimento ao cuidado foi ligada principalmente ao próprio serviço de saúde no que diz respeito à forma de organização, estrutura e à relação médico-paciente e, também, tratamento em outro serviço de saúde. Motivos que abrangem o âmbito psicossocial, como, por exemplo, o fato de o paciente não ter sintomas clínicos, o consumo de álcool e a normalização e/ou melhora dos níveis tensionais são também fatores determinantes para o abandono ao cuidado (PINHO – PIERIN, 2013).

Pode-se realizar a prevenção primária da elevação dos níveis tensionais através de mudança no estilo de vida, incluindo controle do peso, ingestão controlada de álcool e sal, abandonar o hábito de fumar e incluir prática de atividade física diariamente (PIRES – MUSSI, 2008).

Podemos considerar o excesso de peso como o principal determinante da ocorrência de hipertensão arterial que pode ser evitado ao levarmos em conta que o aumento da massa corporal está fortemente associado à elevação da pressão arterial, apresentando altas prevalências, tanto nos países ricos, como naqueles menos desenvolvidos (PIRES – MUSSI, 2008).

A atividade física aeróbica, realizada regularmente, provoca importantes adaptações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular. Entre essas adaptações, a diminuição nos níveis de repouso da pressão arterial é especialmente importante no tratamento da hipertensão arterial de grau leve a moderado, já que, por meio do treinamento físico, é possível para o paciente hipertenso diminuir a dosagem dos seus medicamentos anti-hipertensivos ou mesmo ter sua

pressão arterial controlada sem a adoção de medidas farmacológicas. De fato, metanálises recentes têm demonstrado que, em geral, o treinamento físico provoca uma redução que varia de 3,8 a 11 mmHg na pressão arterial sistólica e de 2,6 a 8 mmHg na pressão arterial diastólica (RONDON – BRUM, 2003).

Embora a eficácia do treinamento físico no tratamento não-farmacológico da pressão arterial não deixe dúvidas, apenas 75% dos pacientes hipertensos respondem ao treinamento físico. Como a hipertensão arterial é uma síndrome poligênica, pode ser influenciada pela herança genética. Com o advento das técnicas de biologia molecular e genética molecular, estudos recentes estão sendo realizados com o intuito de investigar variações genéticas (como a identificação de polimorfismos genéticos) em componentes que apresentam importância fisiológica na associação do controle da pressão arterial com o treinamento físico (RONDON – BRUM, 2003).

Em um estudo exploratório realizado com 32 pacientes hipertensos atendidos em duas unidades de saúde do Município de Ribeirão Preto, SP, tinha como objetivo conhecer o portador de hipertensão arterial, da rede pública de saúde, por meio da análise de suas atitudes, percepções, crenças, pensamentos e práticas, com o propósito de aperfeiçoar os programas de atendimento para essa categoria de doença (PINHO – PIERIN, 2013).

Nessa pesquisa foi observado que quase metade dos pacientes estudados não soube definir o que é hipertensão arterial; 18% dos pesquisados mencionaram como principal sintoma dor de cabeça e na nuca, sendo as possíveis conseqüências o derrame e o infarto. Os fatores emocionais foram os mais referidos como os que dificultam o controle da pressão alta. Para este controle, 40% indicaram mudanças de hábitos alimentares e de vida. Dentro deste total, a caminhada e a ginástica foram os mais referidos. Quanto ao comportamento adotado pelos pacientes, os mais mencionados foram o uso de medicamentos e tratamento por profissional de saúde (PINHO – PIERIN, 2013).

Pode-se concluir que os aspectos psicossociais e as crenças de saúde parecem interferir diretamente no conhecimento que o paciente tem sobre a doença hipertensiva e nas práticas de saúde adotadas (PINHO – PIERIN, 2013).



## 6 METODOLOGIA

### 6.1 Cenário da Intervenção

Mauriti é uma cidade com 41.679 habitantes (dados do IBGE 2007). É considerada o maior município em termos de território da região do Cariri. Faz limites ao norte com a cidade de Barro – Ce, ao sul com Brejo Santo – Ce, ao leste com o estado da Paraíba e ao oeste com Milagres e Brejo Santo no Ceará. Localizado na região sul do estado, distante da capital Fortaleza 491,8 Km, o município possui nove distritos: Anauá, Buritizinho, Coité, Nova Santa Cruz, Olho D'Água, Palestina, São Felix, São Miguel, e Umburanas.

O distrito do Olho D'água localiza-se distante a 18km do centro do município de Mauriti e possui uma unidade básica de saúde da família com 1400 pessoas cadastradas aproximadamente 89 pacientes no grupo dos hipertensos. A equipe de saúde da família é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnica em enfermagem, 1 auxiliar de farmácia e 4 agentes de saúde. Não há saúde bucal.

### 6.2 Sujeitos da Intervenção

Pacientes atendidos na ESF do distrito de Olho D'água, no período de fevereiro a junho do ano de 2015 que forem diagnosticados hipertensos de ambos os sexos e independente da idade e pacientes que já possuem cadastrado no grupo dos hipertensos da unidade básica referida. Serão excluídos da amostra aqueles pacientes cadastrados no grupo dos hipertensos da UBS que migraram para outra área ou mudaram para outro município.

### 6.3 Estratégias e Ações

- a) Realizar anamnese detalhada focando na medida da PA, história familiar de hipertensão e fatores de risco dos pacientes;
- b) Confirmar o diagnóstico a partir da análise clínica;
- c) Realizar MAPA (monitorização ambulatorial de pressão arterial) ou MRPA (monitorização residencial de pressão arterial) e marcar retorno quando não for possível diagnosticar na primeira consulta;

- d) Aplicar questionário rápido (APÊNDICE A);
- e) Verificar nos prontuários a frequência de episódios de picos hipertensivos apresentados durante as consultas de acompanhamento do hipertenso;
- f) Atualizar as informações e incentivar o uso nas consultas do cartão do Hipertenso distribuído na UBS;
- g) Avaliar quais grupos de anti-hipertensivos são mais usados como tratamento para os hipertensos cadastrados e quais grupos desses são mais disponíveis na farmácia da UBS (Unidade Básica de Saúde);
- h) Capacitar a Equipes de Saúde da Família na abordagem e orientação desses pacientes;
- i) Incorporar a temática na abordagem das sessões em grupo utilizando rodas de conversas entre profissionais de saúde e usuários.

#### 6.4 Avaliação e Monitoramento Intervenção

Durante as consultas deve ser feito o rastreamento e dado o diagnóstico da enfermidade de acordo com os critérios já revisados (níveis sustentadamente elevados da pressão arterial, medida de forma casual, sendo a PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório) colocando o paciente no grupo de pacientes hipertensos, o qual será observado com maior cuidado quanto a assiduidade às consultas e adesão ao tratamento (farmacológico e não- farmacológico). Será aplicado o questionário rápido (ANEXO A) naqueles que apresentarem valores alterados da pressão arterial durante a triagem e naqueles já cadastrados no grupo de hipertensos.

Agentes de saúde serão instruídos a manterem contato com esses pacientes para que estes se façam presentes em palestras ministradas por profissionais de saúde e rodas de conversas com apresentação de cartazes e distribuição de panfletos educativos.

O médico deve certificar-se que o paciente está ciente da importância desse tratamento e, durante as consultas médicas deverá sempre orientá-los e dar-lhes estímulo para alcançar um tratamento adequado.

#### 6.5 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa após anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Mauriti, CE. O projeto também será

enviado a equipe de Saúde da Família do distrito de Olho D'água, Mauriti, CE para conhecimento prévio e será realizada uma reunião com a mesma para apresentação e discussão dos objetivos da pesquisa.

Os participantes, ao serem convidados a participar da pesquisa, receberão informações acerca dos objetivos e da coleta de dados; ao aceitarem, assinarão duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Os participantes receberão uma via do Termo assinada, ficando a outra retida com o pesquisador principal. No questionário aplicado (APÊNDICE A), os pacientes serão identificados com um código numérico e não com o nome. Dessa forma, o sigilo dos dados será garantido, atendendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, aprovada pela Resolução CNS 466/2012 (BRASIL, 2012).

## 7 CRONOGRAMA

ATIVIDADES	JAN/ 2015	FEV/ 2015	MARÇ/ 2015	ABRIL /2015	MAIO/ 2015	JUN/ 2015
Apresentação do TCC						
Envio para comitê de Ética						
Palestras orientadoras						
Orientação em consultas médicas						
Aplicação de questionário						

## 8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Para funcionamento de um plano de ação nesse âmbito, será necessário o apoio da equipe multiprofissional e materiais como máquina de fotocópias, canetas, tintas para cartucho de impressora, computador, folha de papel, transportes, isso para confecção de um questionário rápido aplicado durante a consulta (APÊNDICE A), de panfletos informativos para palestras orientadoras por equipe multiprofissional.

## 9 RESULTADOS ESPERADOS

A implementação desse plano de intervenção visa a melhor adesão ao tratamento da hipertensão arterial, maior esclarecimento à população quanto ao assunto, melhorar a

integração entre equipes de saúde para sanar esse problema e com isso diminuir o número de complicações cardiovasculares e a morbimortalidade causadas pela doença.

Além disso, almeja-se também rastrear e identificar as mais importantes causas de abandono e má adesão ao tratamento, dando ênfase à prevenção primária e detecção precoce de agravos ofertando à população oportunidade de uma melhor qualidade e expectativa de vida.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev Saúde Pública**. Salvador – BA, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

DUARTE, M. T. C. *et al*; Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, 2010.

FEIJÃO, A. M. M. *et al*. Prevalência de Excesso de Peso e Hipertensão Arterial, em População Urbana de Baixa Renda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Fortaleza - CE, 2005.

JARDIM, P. C. B.V. *et al*. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **ArqBras Cardiologia**. Goiânia, GO, 2007.

LIMA, M. T. *et al*. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, jul-ago, 2004.

MOLINA, M. D. C. B. *et al*. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Rev Saúde Pública**. Espírito Santo, 2003

PÉRES, D. S. *et al*. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, 2003.

PINHO, N. A.; PIERIN, A. M. G.; O Controle da Hipertensão Arterial em Publicações Brasileiras. **ArqBrasCardiol**. São Paulo, 2013.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**. Bahia, 2008.

RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; ANDRADE, Dalton Francisco de. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, abr. 2014 .

RONDON, M. U. P. B.; BRUM, P. C. Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. **RevBras Hipertensão**. São Paulo, 2003.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### Questionário rápido

- 1) Com que frequência você verifica sua pressão arterial:
  - a) 1 x por semana
  - b) >2 x por semana
  - c) Mensalmente
  - d) Esporadicamente
  
- 2) Você tem conhecimento sobre os valores normais de pressão arterial:
  - a) Sim
  - b) Não
  
- 3) Faz uso de algum medicamento anti-hipertensivo:
  - a) Sim
  - b) Não
  
- 4) Apresenta dificuldade em relação a posologia do medicamento:
  - a) Sim
  - b) Não
  
- 5) Seu medicamento anti-hipertensivo está disponível na farmácia da UBS:
  - a) Sim
  - b) Não
  
- 6) Você tem conhecimento que a HAS é uma doença crônica, portando quando diagnosticada seu tratamento é contínuo:
  - a) Sim
  - b) Não

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****A ADESÃO FARMACOLÓGICA E NÃO FARMACOLÓGICA AO  
TRATAMENTO CRÔNICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UM  
PLANO DE INTERVENÇÃO EM UMA COMUNIDADE DO MUNICÍPIO DE  
MAURITI-CE**

As informações contidas nessa folha, fornecidas por LARISSA GOMES FIGUEIREDO têm por objetivo firmar acordo escrito com o voluntário para participação do projeto de intervenção acima referido, autorizando sua participação com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que ele(a) será submetida.

Esta pesquisa tem como finalidade rastrear as principais causas da má adesão e/ou abandono do tratamento farmacológico e clínico da hipertensão arterial sistêmica propondo estratégias a serem instituídas na atenção básica do distrito de Olho D'água, Mauriti-CE, para solucionar o problema. Será realizado um questionário junto aos participantes do estudo posterior análise dos dados.

Ao participar deste estudo você tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do coordenador do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Brasília – DF.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os dados do voluntário serão identificados com um código, e não com o nome. Apenas os membros da pesquisa terão conhecimento dos dados, assegurando assim sua privacidade.

Ao participar deste projeto você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo contribua com informações importantes que deve acrescentar elementos importantes à literatura, onde o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.

Você não terá nenhum tipo de despesa ao autorizar sua participação nesta pesquisa, bem como nada será pago pela participação.

Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem penalizastes.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para permitir sua participação neste projeto de intervenção. Portanto, preencha os itens que seguem:

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ após a leitura e compreensão destas informações, entendo que a participação de \_\_\_\_\_ sob minha responsabilidade, é voluntária, e que ela pode sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confiro que recebi cópia



deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Mauriti- CE, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ da  
Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ do  
Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ do  
Pesquisador: \_\_\_\_\_

Contatos: LARISSE GOMES FIGUEIREDO

Tel.: (88) 96005090

e-mail: lalahfigueiredo@hotmail.com

---