



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Susana Fardo Heredia

Melhorar a adesão ao tratamento de hipertensos de
uma Unidade Básica de Saúde de Ibema - PR

Florianópolis, Março de 2016

Susana Fardo Heredia

Melhorar a adesão ao tratamento de hipertensos de uma Unidade
Básica de Saúde de Ibema - PR

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

Orientador: Rosangela Leonor Goulart
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Susana Fardo Heredia

Melhorar a adesão ao tratamento de hipertensos de uma Unidade
Básica de Saúde de Ibema - PR

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

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Rosangela Leonor Goulart
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública, que demanda constantes investimentos em planejamento. O problema abordado neste projeto se trata da baixa adesão de hipertensos ao tratamento com anti-hipertensivos. As consequências deste problema são que muitos pacientes se apresentam para a consulta com níveis pressóricos descontrolados, pois não realizam consultas periódicas para ajuste da dose de medicações. Melhorar a eficiência no acompanhamento de pacientes com HAS é primordial para melhorar os índices de saúde de uma região. O estudo tem como objetivo aumentar a adesão de hipertensos ao tratamento com anti-hipertensivos na Unidade de Saúde da Família (USF) de Ibema – PR. **Metodologia:** Serão desenvolvidas palestras sobre HAS para os hipertensos. Os temas abordados serão: o conceito da HAS, fatores de riscos para a HAS e importância do tratamento correto da HAS. Para avaliar se a ação foi eficaz será comparado o número de hipertensos que procuraram atendimento médico antes e depois de realizado o projeto. Foram realizadas palestras para a população hipertensa adstrita à USF. O grau de participação ocorreu da seguinte forma: na primeira palestra estiveram presentes 18 pacientes; na segunda, 20 participantes e a última reunião contou com 25 integrantes hipertensos. Após as palestras, do total de 63 participantes, 15 deles foram identificados como HAS com controle apenas parcial. Para estes foram agendadas consultas com o médico da USF, onde o profissional ajustou a dose das medicações e agendou retorno para reavaliação. Houve um acréscimo de 25% no número de hipertensos que procuraram atendimento médico. As medidas utilizadas para aumentar a adesão de hipertensos ao tratamento com anti-hipertensivos foram eficazes. Esperamos que este trabalho sirva de subsídio para a abordagem daqueles pacientes não bem controlados em termos de pressão arterial, por meio do atendimento individualizado que alguns pacientes possam necessitar, além daquele oferecido durante as reuniões do Grupo do HIPERDIA.

Palavras-chave: Hipertensão, HIPERDIA, Educação em Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1	Conceito de Hipertensão Arterial Sistêmica	13
3.2	Fatores de Risco para a HAS	13
3.3	Diagnóstico da HAS	13
3.4	Avaliação Clínica da HAS	14
3.5	Tratamento não medicamentoso da HAS	15
3.6	Tratamento medicamentoso da HAS	15
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

O Município de Ibema, do estado do Paraná, onde me encontro atuando pelo PRO-VAB, tem população de 6.066 habitantes, 4.941 vivem na cidade e 1.125 na área rural. Faz limite territorial com os municípios de Campo Bonito, Guaraniaçu e Catanduvas (PMI, 2015).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) de Ibema, se localiza no centro da cidade, sendo a única unidade de atendimento para a população na área urbana. A população total acompanhada pela Unidade de Saúde da Família (USF) onde desenvolvo minhas atividades é de 6066 pessoas, sendo 3030 (49,95%) do sexo feminino e 3036 (50,05%) do sexo masculino. Destes, 2222 (36,63%) são menores de 20 anos, 3151 (51,94%) têm entre 20 e 59 anos e 693 (11,43%) têm 60 anos ou mais (SMSI, 2015).

No mês de Agosto de 2015 observou-se uma prevalência de 83,3 portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) para cada 1000 habitantes e 12,5 portadores de Diabetes Mellitus tipo II para cada 1000 habitantes. A UBS acompanha estes pacientes, porém a grande maioria destes chegam para o atendimento, descompensados pois não fazem o controle correto da pressão arterial ou não usam as medicações corretamente e abandonam o tratamento por não apresentarem sintomas. Neste mesmo mês, as cinco causas mais comuns de procura da UBS pela população, baseado em meus atendimentos foram: HAS 30%, lombalgias 25%, Infecções de vias aéreas superiores (IVAS) 20%, Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII) 15% e Gastroenterocolite 10% (SMSI, 2015).

Hipertensão Arterial Sistêmica, é um problema de saúde pública com alta prevalência e baixas taxas de controle, que demanda constante investimentos em planejamento e medidas de saúde coletiva. A prevalência nacional da HAS, supera os 30%, tendo como consequências, riscos relativamente aumentados para doenças cardiovasculares e acidentes vasculares encefálicos (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010).

O problema abordado neste projeto se trata da baixa adesão de hipertensos ao tratamento com anti-hipertensivos. A causa deste problema se simplifica na má adesão da sociedade ao tratamento e às consultas programadas bem como acompanhamento ineficiente das agentes comunitárias em visitas domiciliares de rotina. As consequências deste problema são que muitos pacientes se apresentam para a consulta com níveis pressóricos descontrolados, pois não realizam consultas periódicas para ajuste da dose de medicações há anos e outros se apresentam para a consulta com problemas secundários à HAS crônica não tratada como acidente vascular cerebral ou infarto agudo do miocárdio.

Melhorar a eficiência no acompanhamento e seguimento de pacientes com HAS é uma questão primordial para melhorar os índices de saúde de uma região e contribuir para melhorar estes índices é gratificante para qualquer profissional envolvido na área da saúde. Sabe-se que a principal causa de óbitos no Brasil e no mundo se da por doenças cardio-

vasculares e melhorando o controle da hipertensão, melhora-se também a expectativa de vida de grande parte da população. Este projeto de intervenção é oportuno neste momento pois o controle da HAS nos pacientes portadores em Ibema está deficiente. O projeto está totalmente de acordo com os interesses da comunidade e da UBS do município.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Aumentar a adesão de hipertensos ao tratamento com anti-hipertensivos por meio de um plano de intervenção.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar pessoas com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo na Unidade Básica de Saúde de Ibema.
- Desenvolver ações educativas junto aos hipertensos, reforçando a importância de seguir o tratamento corretamente.
- Agendar consultas para reajustar as doses medicamentosas dos pacientes que estiverem descompensados.

3 Revisão da Literatura

3.1 Conceito de Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial. É uma doença silenciosa, crônica e de alta prevalência, atingindo 1 Bilhão de pessoas em todo o mundo e estimativamente 22 a 44% da população brasileira, conforme a região estudada. Sua importância como problema de saúde pública se dá através do impacto causado por sua morbimortalidade, sendo direta ou indiretamente responsável por 7,1 milhões de mortes por ano no mundo. Nos Estados Unidos, a HAS afeta 50 milhões de indivíduos. Destes, 70% têm conhecimento de seu diagnóstico porém apenas 59% recebem o tratamento e apenas 34% têm níveis pressóricos satisfatórios. A HAS é considerada, um dos principais fatores de risco para enfermidades cardiovasculares. Possui impacto negativo no risco para infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico bem como insuficiência renal crônica. (CORRÊA et al., 2005)

3.2 Fatores de Risco para a HAS

Conforme a *Cardiologia, Hipertensão e Nefrologia* (2010, p. 2), vários são os fatores de risco que predis põem à HAS. Evitá-los ou combatê-los, está diretamente relacionado com um bom controle não medicamentoso da pressão arterial (PA). Em pacientes acima de 60 anos, a prevalência é superior a 60% e a etnia negra, é duas vezes mais prevalente que a branca. A obesidade talvez seja a maior associação com a prevalência aumentada da HAS, pois atinge os pacientes desde jovens. A ingestão excessiva de sal, também tem sido correlacionada com a elevação da PA bem como a ingestão de álcool por períodos prolongados, que ao aumentar os níveis pressóricos, aumenta a mortalidade por afecções cardiovasculares. O combate ao sedentarismo está relacionado com a diminuição da pressão arterial.

3.3 Diagnóstico da HAS

Em seu trabalho, *Geleilate, Coelho e Nobre* (2009, p. 121), afirma que na classificação diagnóstica da HAS para indivíduos maiores que 18 anos de idade, uma pressão arterial diastólica (PAD) menor 85 milímetros de mercúrio (mmHg) e uma pressão arterial sistólica (PAS) menor que 130 mmHg, estão associadas a valores dentro da normalidade. Valores de PAD entre 85 e 89 mmHg ou valores de PAS entre 130 e 139 mmHg indicam um

nível pressórico limítrofe da normalidade. Valores de PAD entre 90 e 99 mmHg ou valores de PAS entre 140 e 159 mmHg demonstram uma hipertensão arterial leve, de grau 1. Valores de PAD entre 100 e 109 mmHg ou valores de PAS entre 160 e 179 mmHg estão relacionados a uma hipertensão arterial moderada, de grau 2. Valores de PAD maior ou igual a 110 mmHg ou valores de PAS maior ou igual a 180 mmHg afirmam uma hipertensão arterial grave, de grau 3. Valores de PAD menores que 90 mmHg associados a valores de PAS maiores ou iguais a 140 mmHg caracterizam uma hipertensão sistólica isolada. As medições da PA na primeira avaliação devem ser obtidas tanto em membro superior direito quanto em esquerdo, com o paciente sentado ou deitado. Para confirmação do diagnóstico, duas medidas deverão ser realizadas, com intervalo de 2 minutos entre elas.

3.4 Avaliação Clínica da HAS

Segundo [Ribeiro et al. \(2006, p. 15\)](#), a investigação clínica e laboratorial do paciente com HAS, objetiva confirmar a o diagnóstico de HAS, avaliar presença de lesões em órgãos-alvo, identificar fatores de risco, diagnosticar patologias associadas à HAS e diagnosticar a causa, quando houver dos níveis pressóricos elevados, realizando uma história clínica detalhada, associado ao exame físico sistemático e por fim fazendo-se uso de exames complementares. São dados relevantes da história clínica do hipertenso: sexo, idade, etnia, condição socioeconômica bem como tempo conhecido de hipertensão arterial, tratamentos prévios, sintomas de doença coronariana, insuficiência cardíaca, doença vascular encefálica, doença renal e diabetes mellitus. É importante realizar uma investigação acerca de dislipidemia, tabagismo, obesidade, função sexual, doença pulmonar obstrutiva crônica. No exame físico, é necessário obter o peso, altura, índice de massa corporal e aferição do perímetro da cintura bem como a medida da PA e da frequência cardíaca. É necessário examinar o precórdio, pulmões, pescoço, abdome e extremidades em busca de edema. O exame neurológico deve ser sumário associado ao exame do fundo de olho. Exames laboratoriais de rotina utilizados são: hemograma, parcial de urina, dosagem de uréia, creatinina, sódio e potássio, glicemia de jejum, colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos. Também é de rotina se fazer uso de um eletrocardiograma.

Estratificação de Risco da HAS

Para a tomada da decisão terapêutica, é de fundamental importância, estratificar o risco cardiovascular do paciente com HAS, que levará em conta os valores de PA, a presença de fatores de risco adicionais (homem com mais de 55 anos ou mulheres com mais de 65 anos, tabagismo, dislipidemias, diabetes melito e história familiar de doença cardiovascular), de lesões em órgãos alvo (alterações em eletrocardiograma, ecocardiograma, presença de espessura média intimal de carótida ou placa de ateroma, índice tornozelo braquial $< 0,9$, baixo ritmo de filtração glomerular < 60 ml/min, microalbuminúria 30-300mg/24hs) e condições clínicas associadas à HAS: doença cerebrovascular (AVE, AVEI,

AVEH, alteração da função cognitiva), doença cardíaca (infarto, angina, revascularização coronária, insuficiência cardíaca), doença renal: nefropatia diabética, déficit importante de função (clearance < 60 ml/min), retinopatia avançada: hemorragias ou exsudatos, papiledema e doença arterial periférica. (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010)

3.5 Tratamento não medicamentoso da HAS

No tratamento da HAS, é de extrema importância, a conscientização do paciente para uma mudança do estilo de vida, que podem representar uma redução relevante nos níveis de PA. A manutenção do peso está recomendada entre o IMC 18,5 kg/m² e 24,5 kg/m² e a cada 10 kg de redução de peso corresponde de 5 a 20mmHg a menos no nível pressórico. Adotar uma dieta rica em frutas, vegetais, laticínios de baixo teor de gorduras e redução de gorduras saturadas está relacionado com a queda de 8 a 14mmHg da PA bem como reduzir a ingestão de sal para valores inferiores a 2,4g por dia, está relacionado à um decréscimo de 2 a 8 mmHg. Atividade física aeróbica por 30 minutos, 5 dias da semana está relacionada a uma diminuição de 4 a 9 mmHg nos níveis pressóricos. Outras medidas não medicamentosas para o controle da PA é abandono do tabagismo, do etilismo e controle do estresse. (CARVALHO; FILHO; BASTOS, 2011)

3.6 Tratamento medicamentoso da HAS

Associado ao tratamento não medicamentoso, diversas classes de anti-hipertensivos já demonstraram reduzir o risco cardiovascular e benefício clínico por diminuição sustentada dos níveis pressóricos. As principais classes de medicamentos anti-hipertensivos são: bloqueadores adrenérgicos, bloqueadores do canal de cálcio, Diuréticos e inibidores da enzima conversora de angiotensina. Os Bloqueadores adrenérgicos são drogas que inibem a transmissão simpática e são seletivos para receptores alfa e betas. Exemplos: atenolol, propranolol e doxazosina. Os antagonistas dos canais de cálcio, impedem a entrada do cálcio na musculatura lisa, causando dilatação arterial diminuindo a resistência vascular periférica. Exemplos: verapamil, diltiazem, nifedipina e amlodipina. Os diuréticos são considerados a classe de anti-hipertensivos mais utilizada. Sua ação é renal, aumentando o volume urinário diminuindo a volemia. Os anti-hipertensivos diuréticos estão divididos em grupos, sendo os principais: diurético de alça, furosemida; diurético tiazídico, hidroclorotiazida; diurético poupador de potássio e espironolactona. Os inibidores da enzima conversora de angiotensina são medicamentos que inibem a produção da angiotensina, um vasopressor. Exemplos: captopril e enalapril. (LONGO; MARTELLI; ZIMMERMAN, 2011)

4 Metodologia

Para aumentar a adesão de hipertensos ao tratamento com anti-hipertensivos será realizado um plano de intervenção com pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica ((HAS) na Unidade Básica de Saúde de Ibema onde será desenvolvido ações educativas junto a estes pacientes, como palestras sobre HAS, agendadas para a primeira quinzena de fevereiro de 2016. O grupo de população abordado será apenas aqueles indivíduos que possuírem o diagnóstico prévio de HAS em tratamento com anti-hipertensivos.

As palestras a serem realizadas serão em número de três, com duração de 2 horas cada uma. Será usado um retroprojeter e caixas de som com microfone e terão como temas abordados, o conceito da HAS, fatores de riscos para a HAS e a importância do tratamento correto da HAS respectivamente nesta sequência para melhor entendimento da população. Os temas trabalhados em cada temática englobam dentro do conceito de HAS: a definição, a prevalência e a epidemiologia da HAS bem como os fatores de risco que predis põem a HAS, o tabagismo, o alcoolismo, a obesidade e a ingestão excessiva de sal. Acerca da importância do tratamento correto, será abordado tipos de medicações anti-hipertensivas e maneiras de fazer o uso correto das mesmas.

A partir das reuniões realizadas e após a aferição e do nível pressórico dos pacientes, àqueles que apresentavam Pressão Arterial (PA) acima dos valores considerados normais serão convidados à consulta médica para reajustar os medicamentos anti-hipertensivos ou adicionar outra classe medicamentosa. Para avaliar se a dinâmica atingiu os objetivos espera-se um aumento na demanda de pacientes na procura de consulta médica para reajustar as doses de seus medicamentos anti-hipertensivos.

As pessoas-alvo para participar da palestra serão comunicadas e convidadas para os eventos pelos agentes comunitários de saúde. Para que estas pessoas deem importância para o tema Hipertensão Arterial Sistêmica, será mostrado vários casos de pacientes com consequências do mal controle da doença, explicando a gravidade das complicações e a irreversibilidade das mesmas. Para avaliar se a ação foi eficaz será comparado o número de pacientes que procuraram atendimento médico para renovar medicamentos anti-hipertensivos na primeira quinzena de dezembro de 2015 com a primeira quinzena de fevereiro de 2016.

5 Resultados Esperados

Foram realizadas ações educativas junto aos pacientes hipertensos de Ibema - PR na primeira quinzena de fevereiro de 2016, sendo promovidas palestras para a população hipertensa adstrita à USF. Os temas abordados nas palestras foram: Conceito de HAS, Fatores de Riscos para HAS e Importância do Tratamento Correto da HAS. O grau de participação ocorreu da seguinte forma: na primeira palestra estiveram presentes 18 pacientes; na segunda, 20 participantes e na última, participaram 25 integrantes hipertensos. Após as palestras, do total de 63 participantes, 15 deles foram identificados como HAS com controle apenas parcial ou sem controle satisfatório. Para estes foram agendadas consultas com o médico da USF para uma avaliação inicial, onde o profissional ajustou a dose das medicações ou introduziu nova classe farmacológica, e agendou retorno quinzenal para consulta médica de reavaliação. Esta ação foi eficaz, pois na primeira quinzena de dezembro de 2015 o número de pacientes que procuraram atendimento médico para renovar medicamentos anti-hipertensivos foi de 56, enquanto na primeira quinzena de fevereiro de 2016 o número de pacientes foi de 70, um total de 25% de acréscimo. Espera-se que este trabalho sirva de subsídio para a abordagem daqueles pacientes não bem controlados em termos de pressão arterial, por meio do atendimento individualizado que alguns pacientes possam necessitar, além daquele oferecido durante as reuniões do Grupo do HIPERDIA. A continuidade deste trabalho se dará dentro do grupo do HIPERDIA, com agendamento de palestras nas reuniões associado a um acompanhamento individual de cada paciente hipertenso.

Referências

- CARDIOLOGIA, S. B. de; HIPERTENSÃO, S. B. de; NEFROLOGIA, S. B. de. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, v. 95, p. 1–51, 2010. Citado 3 vezes nas páginas 9, 13 e 15.
- CARVALHO, A. C. de C.; FILHO, R. M.; BASTOS, V. P. Hipertensão arterial sistêmica. *Manual de Orientação Clínica*, p. 31–37, 2011. Citado na página 15.
- CORRÊA, T. D. et al. Hipertensão arterial sistêmica: Atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Arquivos Médicos do ABC*, v. 31, n. 2, p. 91–101, 2005. Citado na página 13.
- GELEILETE, T. J. M.; COELHO, E. B.; NOBRE, F. Medida da pressão arterial: Medida casual da pressão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 16, n. 2, p. 118–122, 2009. Citado na página 13.
- LONGO, M. A. T.; MARTELLI, A.; ZIMMERMAN, A. Hipertensão arterial sistêmica: Aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de psicogeriatría do instituto bairral de psiquiatria, no município de itapira, sp. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 14, n. 2, p. 271–284, 2011. Citado na página 15.
- PMI, P. M. de I. *Dados demográficos e geográficos de Ibema*. 2015. Disponível em: <http://www.pibema.pr.gov.br/?page_id=242>. Acesso em: 30 Out. 2015. Citado na página 9.
- RIBEIRO, A. L. P. et al. Hipertensão arterial sistêmica. *Cadernos de Atenção Básica*, v. 15, p. 15–19, 2006. Citado na página 14.
- SMSI, S. de Saúde de I. Prevalência de doenças crônicas. *SIAB - Sistema de informações da atenção básica*, p. 10–11, 2015. Citado na página 9.