



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

Antônia Taniely do Nascimento Costa

Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial  
Sistêmica na Unidade Básica de Saúde Campo da Água  
Verde, município de Canoinhas, Santa Catarina

Florianópolis, Março de 2018



Antônia Taniely do Nascimento Costa

Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica na  
Unidade Básica de Saúde Campo da Água Verde, município de  
Canoinhas, Santa Catarina

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: Larissa de Abreu Queiroz  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018



Antônia Taniely do Nascimento Costa

Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica na  
Unidade Básica de Saúde Campo da Água Verde, município de  
Canoinhas, Santa Catarina

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.

---

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

---

**Larissa de Abreu Queiroz**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018



# Resumo

A Unidade Básica de Saúde Campo da Água Verde localiza-se no município de Canoinhas, estado de Santa Catarina e abrange uma população de 4934 pessoas. Ao realizar uma análise dos principais agravos que chegam na UBS, as doenças do aparelho circulatório ocupam um lugar significativo como principais queixas que levam a população procurar atendimento com uma prevalência de 12,53% para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Na maioria das vezes essa doença está associada a outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade, sedentarismo e diabetes. Algumas destas condições são decorrentes da não adesão ao tratamento pelo paciente, a manutenção de hábitos alimentares inadequados, a não modificação no estilo de vida e a utilização inadequada da medicação. Este trabalho tem como objetivo promover atividades de educação em saúde aos pacientes da Unidade Básica de Saúde Campo da Água Verde abordando a importância da adesão ao tratamento não farmacológico e farmacológico da Hipertensão Arterial Sistêmica . A população-alvo desta intervenção são todos os usuários com 18 anos ou mais cadastrados em na referida área de abrangência e necessita de equipe multidisciplinar. O cronograma das atividades educativas e dinâmicas inclui: palestras abordando os principais fatores de risco da doença; rodas de conversa; atividade física; exibição de vídeos e apresentação de materiais informativos; oferecimento de café da manhã saudável. A ESF realizará um trabalho de conscientização, no sentido de mostrar a importância e eficácia do tratamento farmacológico e não-farmacológico . Pretende-se conseguir mudança na saúde dos pacientes a partir da adesão ao tratamento medicamentoso, da melhora da qualidade de vida e da ampliação dos conhecimentos a respeito da HAS pelo paciente e sua família. Com isso, espera-se conseguir diminuir as complicações decorrentes dessa doença e prevenir novos casos.

**Palavras-chave:** Adesão ao tratamento medicamentoso, Educação em Saúde, Estilo de Vida, Hipertensão





# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>23</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>25</b>



# 1 Introdução

O bairro Campo da Água Verde, onde se localiza a Unidade Básica de Saúde (UBS), possui organizações e movimentos sociais, entidades representativas da comunidade e lideranças comunitárias, conta com serviços públicos de educação, saúde e assistência social.

O efetivo processo de urbanização do bairro só ocorreu a partir de 1950, com as instalações de indústrias, o que também atraiu operários e conseqüentemente o povoamento urbano. Já no início de 1970, esse processo ocupacional foi acelerado com a criação da segunda área industrial, que trouxe ao bairro indústrias madeireiras de maior porte e seu respectivo operariado (**1-TOKARSKI; 2011**).

A maior vulnerabilidade ambiental da comunidade são as inundações, durante os períodos muito chuvosos. No que se refere ao risco social, há muito ociosidade por parte de jovens, contribuindo para a violência, tráfico de drogas e criminalidade. Quando analisamos o perfil social da comunidade, é possível observar que a grande maioria das famílias tem baixa renda e, aproximadamente, 30% dos beneficiários do Programa Bolsa Família da cidade de Canoinhas são moradores do bairro Campo da Água Verde.

A maior parte da população possui alfabetização 96%, não há sistema de esgoto, somente fossa séptica em 98% das moradias, sendo que 2% do esgoto fica a céu aberto. O município possui coleta de lixo, aproximadamente 53% das moradias são de alvenaria, sendo que em torno de 46% são de madeira. A maioria das famílias não possui boas condições de moradia e higiene, 99% da população possui abastecimento de água da rede pública. A população total acompanhada atualmente pela ESF é de 4.934 pessoas, a qual atua em parceria com outros profissionais do NASF, CAPS, Assistência Social, etc. As queixas mais comuns que levaram à procura pelo serviço de saúde foram: Doenças aparelho circulatório, Doenças aparelho respiratório, Doenças aparelho Digestivo, outras causas, Doenças aparelho Urinário. Já as principais causas de internações sobre todos os idosos residentes no bairro são: Doenças aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, neoplasias, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho urinário. Além das doenças e agravos descritos acima, há outros que se destacam do ponto de vista epidemiológico como as doenças respiratórias agudas em decorrência do clima e doenças sexualmente transmissíveis.

As principais causas de mortes dos residentes de Campo da Água Verde são as Doenças aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, causas não-definidas e causas externas.

Ao fazer uma análise das principais doenças e agravos em nossa área de abrangência, as doenças do aparelho circulatório ocupam um lugar significativo como principais queixas que levam a população procurar atendimento na unidade de saúde, com uma prevalência de 12,53% para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em pacientes maiores de dezoito

anos.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das condições mais comuns que afetam a saúde dos indivíduos adultos nas populações em todas as partes do mundo, é a mais frequente das doenças cardiovasculares e é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal e também podem produzir efeitos vasculares periféricos e de retina (BRASIL, 2006b).

Porto (2005) ressalta ainda que a HAS aparece isoladamente em apenas 30% dos casos. Isso quer dizer que, na maioria das vezes, ela está associada a outras condições, denominadas fatores de risco, como dislipidemia, obesidade, sedentarismo e diabetes. Algumas destas condições são decorrentes de questões culturais e sociais associadas a outros fatores de risco, tais como, a não-adesão ao tratamento pelo paciente, a manutenção de hábitos alimentares inadequados, a não modificação no estilo de vida do paciente e a utilização inadequada da medicação.

A escolha do objeto da intervenção do presente projeto, se justifica primeiramente pelo fato da grande incidência de doenças cardiovasculares, como a HAS na população adulta pertencente ao território da ESF dentro da UBS Campo da Água Verde. É importante apontar ainda que existe muita mortalidade por causas ocultas, além de muitas questões que permeiam esse tema.

Nesse contexto, as perguntas se desenham da seguinte maneira: é possível desenvolver um trabalho de intervenção que desperte nessas pessoas a consciência de que é preciso levar a sério o tratamento? Que lugar a equipe de saúde deve ocupar diante dos inúmeros casos de Hipertensão Arterial Sistêmica? Qual o papel do portador de HAS na melhoria de sua qualidade de vida? E secundariamente, por que esses pacientes, mesmo frente a todas as informações referentes à doença, ainda não se sensibilizaram quanto ao controle e tratamento de tais doenças? Um fato importante é que outros profissionais já fizeram abordagens anteriores, no intuito de orientar os pacientes frente ao tratamento da HAS e Diabetes, porém todos tiveram insucesso. Sendo necessário para se ter um controle adequado dessas doenças, é necessário ampliar a conscientização e sensibilização da população para a prevenção de complicações decorrentes dos fatores de risco, de forma a propiciar maior qualidade de vida. É necessário que cada caso seja estudado com cuidado, pois, apesar de muitas vezes as pessoas apresentarem os mesmos problemas de saúde, elas são seres únicos, com uma história de vida particular e que se relacionam com o seu problema de maneira singular.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Promover atividades de Educação em Saúde aos pacientes da Unidade Básica de Saúde Campo da Água Verde abordando a importância da adesão ao tratamento não-farmacológico e farmacológico para Hipertensão Arterial Sistêmica.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o papel e a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família no aumento da qualidade de vida dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Conhecer as percepções dos pacientes sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica, suas complicações e tratamento.
- Desenvolver atividades participativas na comunidade sobre o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica



## 3 Revisão da Literatura

### **Hipertensão Arterial Sistêmica: definição e diagnóstico**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma síndrome que se caracteriza basicamente por aumento dos níveis pressóricos, tanto sistólico, quanto diastólico (PORTO, 2005). De acordo com o Caderno de Atenção Básica, dedicado à Hipertensão Arterial, do Ministério da Saúde, de 2006, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) vem a ser: "(...) um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal"(BRASIL, 2006a, p. 9).

Trata-se de uma enfermidade que vem atingindo uma parte significativa da população adulta em todo o mundo e que tem dado origem a um número elevado de óbitos, decorrentes de diversos fatores, tais como acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio (PORTO, 2005).

A confirmação diagnóstica da hipertensão arterial deve ser efetuada com mais de uma aferida de pressão, em mais de uma ocasião. É interessante apontar que um diagnóstico insatisfatório pode induzir à prescrição de terapêutica desnecessária ou prejudicial aos pacientes, considerando-se que qualquer número para se definir pressão normal ou elevada é arbitrário e toda classificação é defeituosa. Por esse motivo, faz-se necessário o estabelecimento de determinados valores, com o intuito de uma sistematização (PORTO, 2005).

No que se refere à investigação diagnóstica na hipertensão arterial, Porto (2005) apresenta o seguinte roteiro como sugestão:

- 1- Obedecer sempre às normas e as recomendações quanto à posição do paciente e ao tipo de manguito, realizando sempre duas mensurações da pressão arterial com intervalo mínimo de 5 minutos entre uma e outra. Se houver diferença significativa nesta avaliação inicial, repetir as mensurações 1 ou 2 dias depois.
- 2- Sempre que possível, colocar o paciente em dieta hipossódica e sem uso de medicamentos anti-hipertensivos durante 1 semana, para uma correta avaliação do grau de hipertensão (leve, moderada ou grave) e de forma evolutiva (benigna ou maligna).
- 3- Com os dados clínicos - sexo, idade, sintomas e sinais e evolução, complementados por exames laboratoriais simples - exame de urina, dosagem de eletrólitos, creatinina e glicose - procurar indícios de enfermidade renal, endócrina ou vascular que possa ser a causa de hipertensão arterial.
- 4- Avaliar as condições dos órgãos-alvo (coração, rins e cérebro), caracterizando a presença ou não de complicações.
- 5- Feito o diagnóstico de hipertensão arterial, o médico deve interpretá-la, compreendendo o paciente como um todo, ou seja, jamais ficar restrito às cifras tensionais considerando

que elas sintetizam tudo o que o paciente possa ter.

Com relação à avaliação clínica da hipertensão arterial, o documento “Hipertensão e Diabetes”, elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em 2007, afirma que essa deve ser criteriosa, com a finalidade de promover a classificação, diagnosticar a etiologia, avaliar os fatores de risco cardiovascular, além de avaliar a presença ou não de doença em órgãos-alvo ou doença cardiovascular clínica (ALMEIDA et al., 2006).

A medida da pressão arterial deve ser obrigatoriamente realizada em toda avaliação clínica de pacientes, de ambos os sexos, por médicos de todas as especialidades e pelos demais profissionais de saúde devidamente treinados. Para essa finalidade, utiliza-se o método indireto, aquele com técnica auscultatória, com o esfigmomanômetro de coluna de mercúrio sendo o equipamento mais adequado. O aparelho aneróide deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada seis meses (ALMEIDA et al., 2006).

O documento em referência traz, ainda, outros dados extraídos do “V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão”, de 2006, relacionados à técnica para aferição da pressão arterial, que serão expostos em seguida. Para o preparo do paciente recomenda-se:

- Repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo; evitar bexiga cheia; -Não praticar exercícios físicos 60-90 minutos antes da aferição da pressão; -Não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos; -Não fumar até 30 minutos antes; -Manter pernas descruzadas e os pés apoiados no chão, o dorso recostado na cadeira e relaxado; -Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito; -Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4° espaço intercostal) apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido; -Solicitar que o paciente não fale durante a medida (ALMEIDA et al., 2006).

Para uma maior segurança no que se refere à medida da pressão arterial, é indicado que sejam realizadas pelo menos três medidas de pressão com intervalo de um minuto entre elas e a média das duas últimas será tomada como a pressão arterial do indivíduo, não devendo essa ser ultrapassado quatro mm Hg de diferença entre as medidas. Caso isso ocorra, torna-se necessária a realização de novas medidas, para a realização de um diagnóstico preciso e, para que não se incorra prejuízos ao possível portador dessa enfermidade (ALMEIDA et al., 2006).

São considerados portadores de hipertensão arterial, aqueles indivíduos que apresentem pressão diastólica acima de 90 mm Hg e sistólica acima de 140 mm Hg (acima de 18 anos) (BRASIL, 2006a).

Segundo Porto (2005) os níveis pressóricos, em determinadas pessoas, podem sofrer variações para mais ou para menos, em curtos períodos de tempo, acarretando cifras acima dos valores normais. Os impactos emocionais podem ser fatores que desencadeiam esse transtorno e, ao mesmo tempo, afirma que, em muitas ocasiões, isto pode ocorrer sem que haja qualquer fator desencadeante.

É preciso levar em consideração, no diagnóstico da hipertensão arterial, os níveis tensi-



onais e também o risco cardiovascular global, que é estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesão nos órgãos-alvo, além de comorbidades associadas. Isso significa que é necessário cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante (BRASIL, 2006a).

### **Epidemiologia da Hipertensão Arterial**

É sabido que as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por mais de 2 milhões de mortes a cada ano, em todo o mundo. Dados apontam que, na década de 80, mais precisamente no ano de 1988, quase 60% das mortes em todo o mundo foram provocadas por essas doenças. Outro dado indica que, em 2020, esse quadro pode se agravar, chegando a 73% das mortes provocadas pelas doenças crônicas não-transmissíveis (BRASIL, 2001b).

Trata-se de uma epidemia moderna, em nível nacional e internacional. Ela tem se expandido mais, segundo levantamento do Ministério da Saúde, em populações pobres e desfavorecidas dos países em desenvolvimento. Esse fato pode ser comprovado já no ano de 1998, quando 77% das mortes atribuídas às doenças crônicas não-transmissíveis ocorreram nos países em desenvolvimento (SCHMIDT, 2011)

Nesse contexto, a hipertensão arterial aparece como uma das mais graves enfermidades entre as doenças crônicas não-transmissíveis, sendo responsável direta ou indiretamente por um elevado número de óbitos no mundo moderno. O estudo de Neto (2006) apresenta a hipertensão arterial como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e que pode ocorrer associada a outros fatores de risco que são independentemente associados a doenças cardiovasculares como os fatores sócio-demográficos, comportamentais e clínicos.

Segundo Sattolo (2005), estima-se que 30% da população brasileira acima de 40 anos possa ter a pressão arterial elevada. Trata-se de um dado preocupante, pois, tal enfermidade oferece riscos para o agravamento de outras doenças.

De acordo com o documento “Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus”, elaborado pelo Ministério da Saúde, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares (principal causa de risco de mortalidade na população brasileira), contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário, em nível nacional (BRASIL, 2001a).

Este mesmo documento traz dados estatísticos que comprovam que a hipertensão afeta cerca de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Outro dado importante indica que aproximadamente 85% dos pacientes que sofreram de acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentaram hipertensão associada (BRASIL, 2001a).

Já o documento do Ministério da Saúde “Relatório Técnico da Campanha Nacional

de Detecção de Suspeitos de Diabetes Mellitus”, de 2001, apresenta dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), que comprovam que 40% das aposentadorias precoces do país são decorrentes do controle inadequado dos níveis de pressão arterial, que por sua vez acarretam graves complicações tais como a aterosclerose, o infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica e a insuficiência cardíaca congestiva (BRASIL, 2001b).

Essa doença é responsável por 60% dos casos de infarto do miocárdio e por 80% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE) o que expressa a necessidade de pensar em ações em saúde pública para prevenir essas complicações e controlar a HAS (BRASIL, 2001b).

### **Classificação e Fatores de Risco da Hipertensão Arterial Sistêmica**

A Hipertensão pode ser classificada em primária ou essencial e secundária. A pesquisa aqui presente não tem por finalidade descrever cada uma delas, mas considerou-se necessário apresentar um breve histórico de cada uma e seus diversos fatores de risco, conforme (PORTO, 2005).

- Primária ou essencial: É assim chamada quando não se consegue caracterizar sua etiologia, sendo dependente de diversos fatores, tais como traço hereditário, ingestão excessiva de sal, obesidade, estresse e uso de bebidas alcoólicas. - Secundária: Neste tipo de hipertensão arterial, o mecanismo patogênico é bem conhecido, sendo muitas vezes consequência direta da isquemia renal, a qual põe em ação o sistema renina-angiotensina-aldosterona, responsável pela regulação do fluxo arterial pelos rins. - Doenças renais: glomerulonefrite aguda e crônica, insuficiência renal, pielonefrite, rim policístico, uropatia obstrutiva, amiloidose, hidronefrose; - Doenças vasculares: coarctação da aorta, estenose da artéria renal; - Toxemia gravídica; - Doenças endócrinas: doença de Cushing, hiperaldosteronismo primário, feocromocitoma, acromegalia; - Medicamentos: anticoncepcionais hormonais, antiinflamatórios esteróides e não-esteróides, descongestionantes nasais, anorexígenos, antidepressivos tricíclicos, ciclosporina; - Outras causas: hipertensão intracraniana, intoxicação pelo chumbo, intoxicação por tálio, ingestão de grande quantidade de alcaçuz, neoplasia do ovário, do testículo e do cérebro. (PORTO, 2005)

Sabe-se que as doenças crônicas não transmissíveis são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de risco como tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade e a dislipidemia. Esses fatores estão associados não apenas ao aumento da incidência destas doenças, mas também ao seu controle e à progressão, devendo, por isto, fazer parte da abordagem integral dos pacientes com doenças crônicas (ALMEIDA et al., 2006).

Na etiologia da HAS são apontados como fatores de risco a herança genética, os fatores sócio-ambientais resultantes do modo de vida, que envolvem hábitos culturais, como o consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, formas de trabalho, desgaste físico e estresse psicológico condicionados à vida cotidiana, além de hábitos alimentares inadequa-

dos (DRESSLER, 1998).

Os fatores de risco da Hipertensão Arterial podem ser classificados em não-modificáveis ou modificáveis, de acordo com Almeida et al. (2006), os primeiros dizem respeito à hereditariedade (história familiar de HAS), idade (o envelhecimento aumenta o risco do desenvolvimento da hipertensão em ambos os sexos; estimativas globais sugerem taxas mais elevadas para homens a partir dos 50 anos e para mulheres a partir dos 60 anos;) raça (estudos nos Estados Unidos mostram que a raça negra é mais propensa à Hipertensão Arterial que a raça branca).

Já os fatores modificáveis são: sedentarismo (aumenta em 30% o risco de desenvolver hipertensão arterial em relação aos indivíduos ativos; a atividade física regular reduz a pressão arterial); tabagismo (o consumo de cigarros está associado ao aumento agudo da pressão arterial e a um maior risco de doenças cardiovasculares); excesso de sal; consumo de álcool; peso (a obesidade está associada ao aumento dos níveis pressóricos e ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos para hipertensão arterial, sendo a obesidade um importante indicador de risco cardiovascular aumentado); estresse (excesso de trabalho, angústia, preocupações e ansiedade podem ser responsáveis pela elevação aguda da pressão arterial).

O estudo realizado por Pressuto (1998) corrobora o que diz o documento “V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial”, elaborado pelo Arquivo Brasileiro de Cardiologia, em 2007, quando afirma que a pressão arterial aumenta com a idade. A idade é considerada por esse autor e pelo referido documento como um fator de risco importante que contribui para o aparecimento da HAS. Isso se deve às alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, conseqüências do processo de envelhecimento.

### **Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica**

O tratamento para o controle da hipertensão arterial inclui, além da utilização de medicamentos, a modificação de hábitos de vida e isso inclui mudanças na forma de viver e na própria idéia de saúde que o indivíduo possui. A concepção de saúde, por sua vez, é formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada indivíduo, tendo estreita relação com suas crenças, idéias, valores, pensamentos e sentimentos (JARDIM, 1996).

É necessário, então, que o paciente seja estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida, como a manutenção do peso adequado, a prática de atividade física, evitar o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas e gorduras saturadas. O tratamento deve ser individualizado para cada paciente, respeitando as seguintes situações: cooperação do paciente; estado mental do paciente; idade do paciente; presença de outras doenças; uso de outras medicações; dependência de álcool ou drogas; restrições financeiras (BRASIL, 2001a).

Sabe-se que a alimentação, por exemplo, tem função primordial no surgimento das doenças cardiovasculares (DCV), exercendo papel fundamental para a prevenção das mesmas. A conduta alimentar básica em pacientes com hipertensão arterial deve: controlar ou manter o peso corporal em níveis adequados; reduzir a quantidade de sal na elaboração

de alimentos; utilizar restritamente alimentos industrializados; limitar ou abolir o uso de bebidas alcoólicas; substituir doces e derivados do açúcar por carboidratos complexos e frutas; optar por alimentos com reduzido teor de gordura e manutenção de uma ingestão adequada de cálcio pelo uso de produtos lácteos, de preferência desnatados (BRASIL, 2001a).

A meta é reduzir a pressão para valores inferiores a 140/90 mm Hg e a principal estratégia é o processo de educação por meio do qual a aquisição do conhecimento permitirá mudanças de comportamento tanto em relação às doenças quanto em relação aos fatores de risco cardiovascular, é fundamental dialogar com os portadores dessa enfermidade e, principalmente, ouvi-los, com a finalidade de levantar o grau de conhecimento sobre suas condições de saúde e sobre os fatores que podem contribuir para a melhora ou a piora do quadro atual. Além disso, o diálogo, ao longo do tratamento, leva à motivação necessária para a adoção de estilos saudáveis de vida e para a adesão ao tratamento medicamentoso eventualmente instituído (ALMEIDA et al., 2006).

Apesar de existirem eficientes medidas terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas a serem adotadas, ainda há no Brasil e no mundo, baixos percentuais de controle da pressão arterial. Isso ocorre por diversas razões, que incluem: o desconhecimento da condição de hipertenso, a não adesão ao tratamento pelo paciente, a não modificação no estilo de vida, a utilização inadequada dos fármacos, a terapêutica inadequada, incapaz de promover o controle da pressão arterial, os gastos econômicos relacionados ao tratamento, etc (NETO, 2006),

Grande parte dos portadores de hipertensão arterial desconhece a enfermidade e que, quando diante do diagnóstico, a maioria não leva a sério o tratamento. Com frequência, a HAS leva o paciente à invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o paciente, sua família e da sociedade e, por esse motivo, a prevenção tem sido o melhor remédio, a forma mais eficaz, barata e satisfatória de se tratar esses agravos (NETO, 2006).

### **Ações na Atenção Básica em Saúde**

Sabe-se que a não adesão ao tratamento é um fator que dificulta o tratamento da HAS no mundo inteiro, ultrapassando as barreiras culturais. A adesão representa o seguimento do tratamento proposto e ocorre quando as recomendações médicas ou de saúde coincidem com o comportamento do indivíduo, em termos do uso correto da medicação, respeito à dieta prescrita, mudanças no estilo de vida e comparecimento às consultas médicas (NETO, 2006).

Diversas razões podem ser implicadas nas baixas taxas de controle da pressão arterial, como o indivíduo desconhecer sua condição de hipertenso, a não adesão ao tratamento pelo paciente, a não modificação no estilo de vida, a utilização inadequada dos fármacos e a terapêutica inadequada, dentre outros (NETO, 2006).

O fato dos pacientes conhecerem, de forma inadequada ou apenas parcialmente, os riscos da hipertensão não controlada, pode ser um fator que favorece a não adesão ao

tratamento. Os pacientes participantes do seu estudo apontaram o derrame e o infarto como as complicações mais conhecidas a respeito da doença hipertensiva (PIERIN, 2004). Por esse motivo, a equipe de Saúde da Família deve atuar de forma integrada e com competências bem estabelecidas na abordagem da HAS visando prevenir esse agravo e suas complicações, bem como estimulando os pacientes a aderirem ao tratamento e conhecerem sua doença (ALMEIDA et al., 2006). A seguir serão apresentadas as ações que cada profissional pode realizar: - Agente comunitário de saúde: esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção; rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa; encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão; verificar se os pacientes hipertensos estão tomando a medicação corretamente, além de alertar para a dieta e atividades físicas; fazer registros em fichas, etc.

- Auxiliar de enfermagem: verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde; orientar a comunidade sobre a importância das mudanças comportamentais; alertar a comunidade quanto aos fatores de risco da hipertensão arterial; agendar consultas; cuidar dos equipamentos, controlar os estoques dos medicamentos, etc.

- Enfermeiro: capacitar os auxiliares de enfermagem; realizar consultas de enfermagem; desenvolver atividades educativas de promoção de saúde, etc.

- Médico: realizar consulta para confirmação diagnóstica e avaliação dos fatores de risco; solicitar exames complementares; prescrever tratamento não-medicamentoso: tomar a decisão terapêutica, etc (ALMEIDA et al., 2006).

Conforme foi exposto, os profissionais podem realizar diversas ações importantes com a população de risco ou já acometida por essa doença, que incluem a realização de campanhas educativas periódicas, abordando os fatores de risco para HAS; a programação periódica de atividades de lazer individual e comunitário; a reafirmação da importância dessas medidas para as populações de indivíduos situados no grupo normal-limítrofe na classificação de HAS e a criação dos grupos de hipertensos com o objetivo de facilitar a adesão ao tratamento proposto (BRASIL, 2001a).

É de fundamental importância a abordagem multiprofissional no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, educadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. Como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é procedimento desejável sempre que possível (BRASIL, 2001a).



## 4 Metodologia

O presente trabalho se constitui num projeto de intervenção e a população-alvo está formada por todas as pessoas com 18 anos ou mais cadastradas na área de abrangência da ESF na UBS Campo da Água Verde, do município Canoinhas, totalizando 3574 usuários.

A área de abrangência está dividida em seis micro-áreas, todas cobertas por um agente comunitário de saúde, conforme está descrito a seguir: Micro área 01: Número de famílias cadastradas:170 Micro área 02: Número de famílias cadastradas:171 Micro área 03: Número de famílias cadastradas: 160 Micro área 04: Número de famílias cadastradas170 Micro área 05: Número de famílias cadastradas:174 Micro área 06: Número de famílias cadastradas:170 Para concretizar o trabalho, será uma agenda de atendimentos específicos aos pacientes com HAS, inclusive atendimento médico, atividades variadas e grupos operativos. Esse trabalho em conjunto terá frequência mensal, além de ser ofertado na UBS atendimento por livre demanda aos pacientes com doenças crônicas de segunda a sexta.

A UBS possui uma sala de reunião onde serão realizadas atividades educativas e dinâmicas entre os pacientes, já que o estresse decorrente das preocupações diárias foram relacionados por todos pacientes como agravante da doença. Portanto, considera-se que o controle emocional é indispensável na prevenção da Hipertensão Arterial. A intervenção principal será a educação em saúde, sendo de grande ajuda os Cadernos de Atenção Básica disponibilizados pelo Ministério da Saúde, ideais para abordar o assunto entre os pacientes e profissionais. Por esse motivo, necessitará de toda a equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, educadores físicos e agentes de saúde e do gestor. (MF; FRP, 2010)

O cronograma das atividades educativas e dinâmicas inclui: - Palestras abordando os principais fatores de risco da doença com participação de médicos, enfermeiros e psicólogos para esclarecer dúvidas dos pacientes;

- Rodas de conversa nas quais os pacientes poderão interagir com a equipe e abordar suas preocupações e necessidades; - Dinâmicas incluindo atividade física sob orientação de um educador físico estimulando os pacientes a praticá-las com frequência;

- Exibição de vídeos e apresentação de outros materiais informativos para ampliar o conhecimento dos pacientes; - Oferecimento de café da manhã saudável sob supervisão de nutricionistas para incentivar os pacientes a se habituarem a uma boa alimentação.

Dessa forma, será possível promover uma aproximação entre profissionais e usuários para conhecer melhor seus hábitos, estilo de vida e incentivá-los a realizar as mudanças necessárias.

Outra importante atividade será realizada pelo farmacêutico fará um trabalho de conscientização, mostrando a importância e eficácia do tratamento farmacológico. Serão

realizadas orientações nas caixas dos medicamentos dos pacientes dada a sua dificuldade ao ler a prescrição médica (receita médica/bula dos remédios). É importante apontar que foi necessário inclusão da linguagem não-verbal (desenhos, símbolos, gestos) como forma de comunicação com esses pacientes para melhor compreensão. Serão feitos desenhos nas caixas dos medicamentos para simbolizar os horários que devem ser tomados, como manhã, tarde e noite. Foram exploradas também as cores para indicar horários de medicação. Entende-se que para tratar a HAS e prevenir os problemas decorrentes dela, é necessário realizar ações ampliadas e que estimulem os indivíduos a participarem ativamente do seu tratamento. É este o intento do presente projeto de intervenção.



## 5 Resultados Esperados

Por meio de uma atitude ativa e persistente da equipe multiprofissional, os pacientes participantes dessa intervenção e seus familiares irão conhecer mais a respeito do que é a Hipertensão Arterial Sistêmica e seus fatores de risco. Espera-se diminuir as complicações decorrentes dessa doença, como as doenças cardio e cerebro vasculares e o infarto agudo do miocárdio, por meio da ampliação dos conhecimentos da população. Espera-se também uma melhora no cumprimento do tratamento medicamentoso prescrito pelo médico e também na adesão do tratamento de maneira geral por reconhecerem sua importância para evitar complicações fatais da HAS. Os pacientes irão se tornar mais autônomos e responsáveis pelo cuidado de sua própria saúde e será possível observar um aumento da qualidade de vida por saberem que apesar de difícil, é importante adotar hábitos e atitudes saudáveis.

A orientação para estilo de vida saudável passou a fazer parte e ser valorizada na consulta médica, independente da especialidade do profissional médico que está atuando. Tendo em vista as peculiaridades da hipertensão, sua abordagem exige ação interdisciplinar e multiprofissional para que seu controle ocorra com sucesso bem como as ações de prevenção no que diz respeito à esse agravo. Esse é um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde: trabalhar de maneira integrada e abrangendo os diversos aspectos da vida e da saúde do indivíduo. Conclui-se enfim, que os objetivos propostos para orientar esse trabalho serão alcançados com êxito, pois tanto a equipe de saúde, quanto a população conhecerão ainda mais a Hipertensão Arterial Sistêmica e trabalharão de forma conjunta para enfrentar esse grave problema de saúde pública.



# Referências

- 1-TOKARSKI;. *História de Canoinhas*. Canoinhas: UNICAMP, 2011. Citado na página 9.
- ALMEIDA, V. et al. *Atenção à Saúde do Adulto, Hipertensão e Diabetes*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006. Citado 4 vezes nas páginas 14, 16, 18 e 19.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Citado 3 vezes nas páginas 15, 17 e 19.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Relatório Técnico da Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Caderno de Atenção Básica-nº 15*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 15.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado na página 10.
- DRESSLER, A. *Hipertensão Arterial*. Minas Gerais: UFMG, 1998. Citado na página 16.
- JARDIM et. al. *Portador de Hipertensão Arterial*. São Paulo: Usp, 1996. Citado na página 17.
- MF, M.; FRP, M. *A condição crônica de saúde*. Porto Alegre: Organização mundial de saúde, 2010. Citado na página 21.
- NETO, M. *Duncan*. Rio de Janeiro: Apud, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 18.
- PIERIN, E. A. *Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo por idosos na atenção primária*. São Paulo: UNESP, 2004. Citado na página 18.
- PORTO, C. C. *Semiologia Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Citado 4 vezes nas páginas 10, 13, 14 e 16.
- PRESSUTO, J. *Fatores de Risco em indivíduos com Hipertensão*. Rio de Janeiro: UNIVAP, 1998. Citado na página 17.
- SATTOLO, R. *Prevenção da Hipertensão*. Campinas: USP, 2005. Citado na página 15.
- SCHMIDT, M. I. *Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais*. Porto Alegre: Universidade Federal Rio Grande do Sul, 2011. Citado na página 15.