



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

Yariel Martinez Cabrera

O estímulo e a adesão terapêutica de pacientes com hipertensão arterial na ESF Elio Duarte Dias, Nova Esperança, PR

Florianópolis, Março de 2018



Yariel Martinez Cabrera

O estímulo e a adesão terapêutica de pacientes com hipertensão arterial na ESF Elio Duarte Dias, Nova Esperança, 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: Sabrina Blasius Faust  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018



Yariel Martinez Cabrera

O estímulo e a adesão terapêutica de pacientes com hipertensão arterial na ESF Elio Duarte Dias, Nova Esperança, 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.

---

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

---

**Sabrina Blasius Faust**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018



# Resumo

**Introdução:** No Brasil temos 17 milhões de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Dentre essas pessoas 35% tem 40 anos ou mais e estima-se que 4% das crianças e adolescentes seja hipertensos. Enquanto profissionais de saúde enfrentamos o descontrole, a evolução silenciosa da doença e a baixa adesão dos pacientes ao tratamento. A unidade de saúde de Elio Duarte Dias atende 611 pessoas com Hipertensão arterial. **Objetivo:** O objetivo do projeto de intervenção educativa é Melhorar a adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica pelos pacientes em acompanhamento na ESF Posto Elio Duarte Dias. **Metodologia:** Nosso público alvo são os pacientes com diagnóstico de HAS, cadastrados no Programa de Atenção ao Paciente Hipertenso. Será realizado por meio de oficinas quinzenais, onde as oficinas poderão ser estratégias para estimular a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento e abordar informações sobre a HAS, como aspectos fisiopatológicos, práticas saudáveis para o controle desta doença. Acredita-se que atividades realizadas em grupo possam ser mais efetivas visto que os pacientes podem compartilhar experiências e assim sentir-se mais estimulados para o seu cuidado. **Resultados Esperados:** Com a implantação deste projeto espera-se obter um melhor controle da HAS e fortalecer a adesão ao tratamento medicamentoso e de autocuidado dos pacientes com hipertensão. Por meio de oficinas realizadas esperamos proporcionar a participação ativa dos pacientes em seu tratamento e promover mudanças no estilo de vida evitando a ocorrência de complicações e melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

**Palavras-chave:** Adesão à Medicação, Estratégia Saúde da Família, Hipertensão





# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>27</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>29</b>



# 1 Introdução

Nossa equipe de saúde faz atendimento à população do centro do município de Nova Esperança, cidade do estado do Paraná. O surgimento de Nova Esperança ocorreu devido ao desenvolvimento da cultura cafeeira pós anos 30, no Norte do Paraná. Fortalecida pelos lucros auferidos com a atividade cafeeira, intensificou-se a abertura de vias e assentamento populacional na localidade de Capelinha.

Em 20 de agosto de 1951, teve seu nome alterado para Nova Esperança, onde atualmente se encontra a mais expressiva produção de Casulos Verdes, sendo a mesma conhecida nacionalmente como a Capital da Seda. Nova Esperança foi criada através da Lei Estadual nº 790, de 14 de novembro de 1951, foi instalado oficialmente em 14 de dezembro de 1952, sendo desmembrado de Mandaguari (??).

Antigamente o Centro de Saúde fazia Atendimento Integral a Mulher e a Criança (até dezembro de 2009). No ano de 2016 foi inaugurado outro centro como UBS Dr Helio Duarte Dias.

Sobre a organização social e os movimentos sociais, existentes no bairro, é importante destacar que existem diferenças sociais na comunidade e apesar de ser pequeno, se evidencia a classe média e baixa. A classe baixa é muito reduzida, predominando a classe média. Entre as entidades representativas da comunidade se encontram a Prefeitura Municipal, o Hospital Municipal Sagrado coração de Jesus, Postos de Saúde Doutor Helio Duarte Dias, a Igreja da comunidade Católica Nossa Senhora Das Gracias, as Escolas Municipais, Colégio Estadual, Bancos, Supermercados, o laboratório municipal, a Secretaria de Assistência Social, Secretaria de meio Ambiente, entre outras, como o Conselho municipal de assistência social; de meio ambiente; cultura.

Entre os serviços públicos do bairro estão a educação, saúde e assistência social: colégio estadual São Vicente de Paula, o Hospital Municipal Sagrado Coração de Jesus e a Secretaria de Assistência Social (??).

Existem no município 21 estabelecimentos na educação básica, distribuídos em creche, pré-escolar, ensino fundamental e ensino médio. Contamos com 3 igrejas, com predomínio da religião evangélica, e temos uma igreja matriz. Não há muitos espaços para lazer no município.

As áreas de risco ambiental e social são os assentamento de Vila Silveira e uma área onde moram pessoas de poder aquisitivo menor, sendo uma área de usuários de drogas também. Entre outros dados importantes estão: 68,79 de densidade demográfica; índice de desenvolvimento humano (IDH-M) de 0,73; esperança de vida ao nascer de 74,72 anos; Renda per capita R\$;714,69; Taxa bruta de natalidade é de (mil habitantes)12,40.

A população total acompanhada atualmente pela minha Equipe de Saúde da Família é de 3826 habitantes, deles 1971 são mulheres e 1855 são homens. Temos uma população

de 988 (505 feminino e 483 masculino), de menos de 20 anos (crianças e jovens), 2070 (1059 feminino e 1011 masculino) entre 20 e 59 anos (adultos) e 768 (407 feminino e 341 masculino) de mais de 60 anos (idosos). Podemos destacar o predomínio de mulheres com 51.5 % sobre os homens.

Sobre as doenças que acometem nossa população, temos 611 pessoas cadastradas com Hipertensão arterial Sistêmica (prevalência de 20,8 %). A Prevalência de Diabetes Mellitus no mês mais recente (abril de 2017) é de 247 pessoas (prevalência de 8,1%). Nossa equipe realiza o acompanhamento das pessoas com estas doenças. Temos planejado consultas dessas doenças na semana e fazemos visitas domiciliares. Nos casos de pessoas doentes de Tuberculose – TB (1) o agente comunitário faz visita todos os dias para controle de tratamento e uma vez por mês tem controle de seguimento no posto de saúde.

Realizamos também consultas de pré-natal e puericultura. As cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar nossa unidade de saúde em 2015 foram: IVAS, HAS, Diabetes mellitus descompensada, ITU, dores osteomioarticulares. Em nosso posto de saúde programam-se os atendimentos de acordo com a demanda esperada identificada pelos dados de atendimentos.

Nós planejamos controles de HIPERDIA uma vez por semana, controle pré-natal uma vez por semana (no horário da tarde), puericultura uma vez por semana (horário da tarde) e no restante dos dias, atendimento à população em demanda espontânea e visitas domiciliares (1 vez por semana).

Entre as gestantes, a proporção das que tiveram sete ou mais consultas durante o pré-natal em 2015 foi de mais de 80% das gestantes, este valor aconteceu porque algumas chegaram de outras áreas de saúde, outras sua primeira consulta foram depois do primeiro trimestre. Nossa equipe acompanha a evolução da saúde materno-infantil no bairro ao longo dos meses e anos e temos percebido que estamos melhorando na prevenção de acidentes e intercorrências. As mães melhoram os cuidados das crianças, levam as crianças para o controle periódico e para vacinar, ainda temos algumas gestantes que não procuram nosso posto de saúde ao início de gestação e por isso não completam as 7 consultas que tem que ter como mínimo.

As cinco causas mais comuns dos pacientes que buscam atendimentos são: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemias, Síndrome ansioso-depressivos e Síndromes de dor osteomio-articulares.

No mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a OMS (III consenso brasileiro de Hipertensão Arterial). Mesmo o moderado aumento da pressão sanguínea arterial esta associado a redução da esperança da vida. A morbi-mortalidade decorrente da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui-se um problema grave de saúde pública que afeta a todos os países. No Brasil, essa patologia é um dos fatores que preocupam os gestores de saúde, pois as doenças do sistema cardiocirculatório e a ocorrência de novos casos implicam maiores gastos do governo com o Sistema Único de Saúde-SUS. A HAS tem

uma prevalência de 10% do número de casos já existentes. Para o Ministério da Saúde, o país tem 17 milhões de pessoas com HAS. Dentre essas pessoas, 35% tem 40 anos e mais e estimase que 4% das crianças e dos adolescentes seja hipertensa. O governo reconhece o baixo índice de controle dessa patologia, devido a sua evolução, em princípio, assintomática, ao diagnóstico e tratamento, por vezes, negligenciado e a baixa adesão dos pacientes ao tratamento prescrito. Entretanto, é de suma importância a detecção e tratamento precoce dessa patologia para minimizar as doenças do tipo: cérebro vascular, arterial coronariana, arterial periférica, renal crônica e insuficiência cardíaca (SOUZA; FRANÇA, 2008).

A unidade de saúde atende 611 pessoas com Hipertensão arterial. Sendo um problema de saúde importante para ser discutido pelos profissionais de saúde da UBS.

Considerando esta necessidade, e a oportunidade de discutirmos este problema com a equipe e a população durante este trabalho de conclusão de curso (TCC) escolhemos o tema da HAS como objeto deste trabalho a fim de propor ações para uma atenção integral ao paciente Temos como princípios a promoção da saúde, a prevenção de agravos e novos casos da doença, o tratamento oportuno e a reabilitação do paciente.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Melhorar a adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica pelos pacientes em acompanhamento na ESF Posto Elio Duarte Dias, município Nova Esperança, PR.

### 2.2 Objetivos Específicos

Identificar as pessoas descompensados da HAS na área atendida.

Promover ações educativas junto aos pacientes hipertensos e seus familiares possibilitando a reflexão e mudanças frente ao estilo de vida adotado.

Realizar acompanhamento e avaliação do tratamento dos paciente com HAS.





### 3 Revisão da Literatura

Para o Ministério da Saúde, o país tem 17 milhões de pessoas com HAS. Dentre essas pessoas, 35% tem 40 anos e mais e estimase que 4% das crianças e dos adolescentes seja hipertensa. O governo reconhece o baixo índice de controle dessa patologia, devido a sua evolução, em princípio, assintomática, ao diagnóstico e tratamento, por vezes, negligenciado e a baixa adesão dos pacientes ao tratamento prescrito. Entretanto, é de suma importância a detecção e tratamento precoce dessa patologia para minimizar as doenças do tipo: cérebro vascular, arterial coronariana, arterial periférica, renal crônica e insuficiência cardíaca (SOUZA; FRANÇA, 2008).

**Conceito:** Hipertensão arterial é uma doença definida pela persistência de pressão arterial sistólica acima de 135mmHg e diastólica acima de 85mmHg, sendo hoje considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. É uma condição clínica multifatorial caracterizado por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. É fator de risco para insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica, aneurisma de aorta e retinopatia hipertensiva. Quando associada a outros fatores de risco como diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo e tabagismo, os níveis pressóricos podem ser ainda mais elevados e as conseqüentes lesões de órgãos-alvo ainda mais graves (PAULO, 2011).

Através de três medições da pressão após repouso de pelo menos cinco minutos. Considera-se que há hipertensão quando os valores são iguais ou superiores a:140 mmHg a máxima e 90 mmHg a mínima.Os 10% em que a causa da hipertensão é conhecida (hipertensão secundária) como secundária a tumores, doenças endocrinológicas, doenças da artéria aorta etc... podem ter cura. Entretanto, 90% dos casos de hipertensão (hipertensão primária ou essencial) não apresentam cura e a medicação é utilizada diariamente para manter a pressão dentro de um nível aceitável e que ofereça menor risco de vida ao hipertenso (BRASIL, 2012).

Epidemiologia: A hipertensão arterial é considerada, atualmente, um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular. Primeiro, por apresentar alta prevalência. Segundo por ter forte relação de risco com eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo esta relação contínua, positiva e independente de outros fatores. Cerca de 30% da população adulta apresenta níveis de pressão arterial acima de 140/90mmHg, porém riscos cardiovasculares começam a existir em níveis ainda menores.Os benefícios de se reduzir a pressão arterial foram inicialmente demonstrados após tratamento da hipertensão maligna por curtos períodos, e posteriormente, em todos os níveis de pressão

arterial. É CAUSA OU FATOR DE RISCO PARA: Insuficiência cardíaca esquerda Infarto agudo do miocárdio Acidente vascular cerebral Insuficiência renal crônica Aneurisma e dissecação de aorta Retinopatia hipertensiva É agravada por Diabetes mellitus Obesidade/Sobrepeso Sedentarismo Tabagismo Ingestão de sal Anti-inflamatórios (AINES) É AINDA MAIS GRAVE SE ASSOCIADA A: LDL elevado HDL baixo Obesidade abdominal Hiperuricemia Alcoolismo ou abuso de drogas Raça negra, idade avançada, pobreza.

Estudos envolvendo pacientes com hipertensão em estágios iniciais mostram que reduções de pressão arterial de 5 a 6mmHg reduzem o risco de acidente vascular cerebral (AVC) em 40%, doença arterial coronariana (DAC) em 16% e morte por evento cardiovascular em 20%.<sup>5,6</sup> Por tratar-se de uma patologia oligossintomática e às vezes assintomática, acaba sendo de difícil diagnóstico, que muitas vezes ocorre de forma tardia. Estudo brasileiro mostrou que no Rio Grande do Sul apenas 50,8% dos hipertensos são conscientes de sua condição; 40,5% deles estão sendo tratados e apenas 10,4% estão controlados. No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingido 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e violentas.

A hipertensão arterial é responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por doença coronariana, sendo que esta porcentagem aumenta proporcionalmente aos valores pressóricos. Estudos epidemiológicos realizados em algumas cidades brasileiras mostram prevalência de pressão arterial acima de 140/90mmHg entre 22,3 a 44% da população, sendo este último valor observado em Cotia/SP.

**Fatores de risco:** Idade: O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e, aqui no Brasil, vem ocorrendo de forma bastante acelerada. Com o evoluir da idade, aumenta a incidência de doenças crônicas, e, dentre elas, a mais prevalente é a hipertensão arterial sistêmica, que afeta mais de 60% dos indivíduos nesta faixa etária, aumentando progressivamente com o passar dos anos e atingindo mais mulheres e negros. Estudo derivado do The Framingham Heart Study demonstrou que indivíduos normotensos com idade entre 55 e 65 anos tiveram 90% de risco de se tornarem hipertensos a longo prazo. Na cidade de São Paulo a prevalência de hipertensos foi de 60% entre os idosos e, destes, mais de 60% apresentavam hipertensão sistólica isolada (HSI). É, também, o principal fator de risco modificável na população pediátrica.

Fatores socioeconômicos: Estudos mostram que há uma maior prevalência de hipertensão arterial entre indivíduos de nível socioeconômico mais baixo e este fato pode estar associado aos hábitos dietéticos desta população (maior consumo de sal e álcool); índice de massa corpórea aumentado; maior estresse psicossocial; menor acesso aos cuidados de saúde e menor nível de escolaridade.

Ingestão de sal: Sabe-se que aproximadamente 50% dos hipertensos são sensíveis ao sal e o uso exagerado deste está associado ao maior risco de hipertensão. Povos que consomem dieta com menor quantidade de sal têm menor prevalência de hipertensão e a pressão arterial não se eleva com a idade. A restrição de sal a 6g/dia produz uma

---

queda média da pressão sistólica de a 2 a 8mmHg. Ingestão aumentada de sódio tem sido observada em populações com baixo nível socioeconômico.

**Obesidade:** Existem vários estudos mostrando a associação entre obesidade e a presença de hipertensão arterial, mas esta relação ainda não está completamente explicada. O Nurses Health Study mostra que o excesso de peso, mesmo que discreto, aumenta substancialmente o risco de hipertensão. Para cada 1 Kg/m<sup>2</sup> de aumento do índice de massa corpórea (IMC), o aumento no risco relativo para hipertensão foi de 12%. Os estudos INTERSALT e o National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) demonstraram a correlação entre IMC e pressão arterial. Talvez esta relação possa ser explicada pela hiperinsulinemia, resistência à insulina, aumento da absorção renal de sódio, ativação do sistema nervoso simpático e aumento da resistência vascular periférica. Calcula-se que 20 a 30% dos casos de hipertensão estejam diretamente associados ao excesso de peso e que 75% dos homens e 65% das mulheres apresentem hipertensão diretamente atribuível ao sobrepeso ou obesidade.

**Álcool:** O consumo de álcool tem um efeito bifásico na pressão arterial. Pequenas quantidades diminuem seus valores, provavelmente devido ao efeito vasodilatador; no entanto, o uso contínuo e crônico faz os níveis de pressão aumentarem e diminui a eficácia dos anti-hipertensivos. Os potenciais mecanismos envolvidos no aumento da pressão arterial, associado ao consumo excessivo de álcool são: estimulação do sistema nervoso simpático, da endotelina, do sistema renina-angiotensina-aldosterona, da insulina (ou resistência à insulina) e do cortisol; inibição de substâncias vasodilatadoras, da depleção de cálcio e magnésio, aumento do cálcio intracelular no músculo liso vascular e aumento do acetaldeído. Portanto, recomenda-se limitar o consumo de bebidas alcoólicas a 20 a 30g de etanol por dia para homens e 10 a 20g para mulheres. Aos indivíduos que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo, sugere-se o abandono definitivo.

**Sedentarismo:** O sedentarismo é um problema fundamental de saúde pública no mundo e contribui com a epidemia crescente de obesidade e aumento da prevalência de doenças como hipertensão. Os mecanismos envolvidos no efeito anti-hipertensivo da atividade física de carga moderada são vários e incluem mecanismos diretos (redução da atividade simpática; incrementação da atividade vagal e melhora da função endotelial), e mecanismos indiretos (redução da obesidade e melhora do perfil metabólico). O sedentarismo aumenta o risco de hipertensão em 30% quando comparado com indivíduos ativos, e a atividade aeróbica tem efeito hipotensor mais acentuado em indivíduos hipertensos do que em normotensos (PAULO, 2011). **Hereditariedade:** O caráter hereditário aparece em 74% dos sujeitos. Para BARRETO-FILHO & KRIEGER (2003), dos fatores envolvidos na fisiopatogênese da hipertensão arterial, um terço deles pode ser atribuído a fatores genéticos. Citam como exemplo o sistema regulador da pressão arterial e sensibilidade ao sal. Os autores deixam claro que a hipertensão arterial pode ser entendida como uma síndrome multifatorial, de patogênese pouco elucidada, na qual interações complexas entre

fatores genéticos e ambientais causam elevação sustentada da pressão. Em aproximadamente 90% a 95% dos casos não existe etiologia conhecida ou cura, sendo o controle da pressão arterial obtido por mudanças do estilo de vida e tratamento farmacológico.

Anticoncepcionais: 34,7% dos sujeitos da pesquisa fizeram ou fazem uso de contraceptivo hormonal. O III CBHA (BRASIL, 2001) afirma que a ingestão de anticoncepcionais orais deve ser considerada como possível causa de hipertensão arterial. Embora não haja contra-indicação formal, o “uso de anticoncepcionais orais deve ser evitado em mulheres com mais de 35 anos de idade e em obesas, pelo maior risco de hipertensão arterial. Em mulheres com mais de 35 anos e fumantes irreductíveis, o anticoncepcional oral está formalmente contra-indicado” (BRASIL, 2001, p. 28) (SILVA; SOUZA, 2004). Gênero: os homens são mais propensos do que as mulheres a ter pressão arterial elevada até os 45 anos. Entre as idades de 45 a 50 e 55 a 64, o risco de pressão alta é quase o mesmo para homens e mulheres. Depois dos 64, as mulheres são muito mais propensas do que os homens a ter pressão alta (BRASIL, 2012).

**Classificação da pressão arterial em adultos:** – O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. – Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

### **CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E CLASSIFICAÇÃO**

**Classificação:** PAS (mmHg) PAD (mmHg) Normal 160 >100.

### **Avaliação diagnóstica e decisão Terapêutica na hipertensão arterial :**

Pacientes com histórico de HAS ou PA elevada no consultório se deve fazer avaliação de hipertensão (histórico e exame clínico – medida de PA adequada). De pois investigação clinico- laboratório (exame de urina, potássio, creatinina, glicemia de jejum, hematócrito, colesterol total, LDL, triglicérideo, ECG. Depois se deve fazer a decisão terapêutica segundo risco e pressão arterial (confirmar PA elevada em nova consulta se avalia fator de risco e calcular Escore de Framingham e definir existência de lesão de órgão-alvo (BRASIL, 2012).

**Tratamento nao farmacologico: Objetivo geral:** Auxiliar o indivíduo a fazer mudanças em seus hábitos alimentares, favorecendo o melhor controle metabólico, do peso corporal, da pressão arterial e do nível glicêmico. Obom controlado DM e da HAS só é obtido com um plano alimentar adequado.

**Objetivos específicos:**

- Incentivar atividades de promoção da saúde através de hábitos alimentares saudáveis para prevenir obesidade, HAS e DM.
- Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a importância da promoção à saúde, de hábitos alimentares adequados, da manutenção do peso saudável e da vida ativa.
- Promover atitudes e práticas sobre alimentação adequada e atividade física.
- Prevenir o excesso de peso.
- Manter a glicemia em níveis adequados, através do balanceamento da ingestão de alimentos, doses de insulina ou antidiabéticos orais e intensidade da atividade

	Risco BAIXO	Risco MODERADO	Risco ALTO
	Ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo	Presença de fatores de risco com risco pelo escore de Framingham moderado (10-20%/10 anos), mas com ausência de lesão em órgãos-alvo	Presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco, com escore de Framingham alto (>20%/ano)
PA normal	Reavaliar em 2 anos. Medidas de prevenção (ver Manual de Prevenção).		
Pré-hipertensão (120/139/80-89)	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida
Estágio 1 (140-159/90-99)	Mudança de estilo de vida (reavaliar em até 12 meses)	Mudança de estilo de vida ** (reavaliar em até 6 meses)	Tratamento Medicamentoso
Estágios 2 (>160 />100)	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso

física. • Manter o perfil lipídico desejado. • Manter os valores pressóricos normais. • Prover calorias adequadas para manter o peso, o crescimento e o desenvolvimento normais, e boa evolução da gravidez e lactação. • Auxiliar na prevenção e tratamento das complicações da HAS e DM, evitando a hipo e hiperglicemia, atenuando fatores de risco cardiovascular e orientando pacientes com lesão renal em dieta hipoproteica.

**Orientações gerais:** • o plano alimentar deve ser personalizado de acordo com a idade, sexo, estado metabólico, situação biológica, atividade física, doenças intercorrentes, hábitos socioculturais, situação econômica e disponibilidade dos alimentos em sua região. • Deve-se fracionar as refeições objetivando a distribuição harmônica dos alimentos, evitando grandes concentrações de carboidratos em cada refeição, reduzindo, assim, o risco de hipo e hiperglicemia. O paciente deve seguir as seguintes recomendações: • Para o DM tipo 1 - 6 refeições ao dia (3 grandes refeições e 3 pequenas refeições); • Para o DM tipo 2 - de 4 a 6 refeições ao dia. Procurar manter constante, a cada dia, a quantidade de carboidratos e sua distribuição. • Incentivar o consumo de fibras alimentares (frutas, verduras, legumes, leguminosas, cereais integrais), pois além de melhorarem o trânsito intestinal retardam o esvaziamento gástrico, proporcionando maior saciedade e um efeito positivo no controle dos lipídeos sanguíneos. • Evitar alimentos ricos em gordura saturada e colesterol (gorduras de origem animal, carne de porco, lingüiça, embutidos em geral, frutos

do mar, miúdos, vísceras, pele de frango, dobradinha, gema de ovo, mocotó, carne vermelha com gordura aparente, leite e iogurte integral - no caso de adultos - manteiga, creme de leite, leite de côco, azeite de dendê e chocolate). . • Reduzir o consumo diário de sal para 5 g na hipertensão controlada e 2 g na hipertensão grave (1 colher de chá rasa = 1 g de sal). Moderar o uso durante o preparo das refeições, e evitar o consumo de determinados alimentos (ver quadro). . • Aumentar a ingestão de potássio para prevenir o aumento da pressão arterial e preservar a circulação cerebral, evitando o AVE (ver quadro). . • Evitar frituras em geral, inclusive com margarinas ou creme vegetal, processo que produz oxidação. . • Evitar carboidratos simples (açúcar, mel, garapa, melado, rapadura e doces em geral), principalmente para o indivíduo diabético. • Reduzir a ingestão de sal, por ser grande desencadeador e mantenedor da pressão arterial elevada no âmbito individual e coletivo

**Recomendações nutricionais:** Obeso (em geral, diabético tipo 2) - Dieta com moderada restrição calórica, associada com exercícios físicos, a fim de, gradativamente, reduzir o peso. Uma perda de peso de 5 a 10 kg em grandes obesos já se mostra efetiva no controle glicêmico, mesmo que o peso ideal não tenha sido alcançado. Peso adequado - Dieta com calorias suficientes para a manutenção do peso. Baixo peso (em geral, diabético tipo 1) Dieta com ingestão calórica ajustada para a recuperação do peso e do bom estado nutricional. Crianças e adolescentes - Dieta com ajustes frequentes das recomendações energéticas, a fim de prover calorias suficientes para o crescimento e desenvolvimento dentro do esperado, para cada faixa etária.

**Bebidas alcoólicas:** Não é recomendável o uso habitual de bebidas alcoólicas. O consumo moderado (uma a duas vezes por semana, no limite de um cálice de vinho ou uma lata de cerveja ou uma dose de 50 ml de uísque ou equivalentes) é tolerado por pacientes bem controlados, desde que a bebida seja ingerida como parte de uma refeição e que as calorias estejam incluídas no VET (valor energético total).

**Produtos dietéticos:** • Os produtos dietéticos não são necessários ao controle do diabetes, mas podem auxiliar no tratamento, permitindo melhor qualidade de vida. . • Os alimentos dietéticos podem ser recomendados considerando-se o seu conteúdo calórico e de nutrientes. Os refrigerantes e gelatinas dietéticas têm valor calórico próximo de zero. . • Alguns produtos dietéticos industrializados, como chocolate, sorvetes, alimentos com glúten (pão, macarrão biscoitos), não significam que melhoram o controle glicêmico ou contribuem para a perda de peso. • Os alimentos diet são formulados de forma que sua composição atenda às necessidades específicas; portanto, um produto diet, por exemplo, pode ser isento de sódio, mesmo que sua composição contenha açúcar ou vice-versa. • Os alimentos light são aqueles que em relação ao produto convencional apresentam uma redução de, no mínimo, 25% do VET. Essa redução pode ser obtida através da exclusão de um ou mais de seus ingredientes. Portanto, podem ou não conter açúcar. • Os produtos diet e/ou light só poderão ser utilizados após análise de sua composição. A conduta mais adequada é utilizar apenas os alimentos com rótulos que especifiquem: análise caló-

Tratamento Inicial	
MONOTERAPIA ESTÁGIO 1 Diurético tiazídico (pode ser considerado: BB, iECA, antagonista-cálcio – em situações específicas)	ASSOCIAÇÃO DE FÁRMACOS ESTÁGIO 2 Classes distintas em baixas doses (usualmente diurético tiazídico + BB, iECA ou antagonista-cálcio)
RESPOSTA INADEQUADA OU EFEITOS ADVERSOS	
Aumentar a dose	
Substituir a monoterapia	
Adicionar o segundo fármaco	
Aumentar a dose da associação	
Trocar a associação	
Adicionar o terceiro fármaco	
RESPOSTA INADEQUADA	
Adicionar outros anti-hipertensivos (BB=beta-bloqueador; iECA = Inibidores da enzima conversora da angiotensina)	

rica e, nutritiva, descrição dos ingredientes, tipos de adoçantes e quantidades, validade do produto, registro no órgão competente, recomendações e adver (BRASIL, 2012).

### **TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO**

**Princípios gerais do tratamento:**

- O medicamento anti-hipertensivo deve: Ser eficaz por via oral; Ser bem tolerado; Permitir a administração em menor número possível de tomadas, diárias, com preferência para posologia de dose única diária.
- Iniciar com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente. Deve-se levar em conta que quanto maior a dose, maiores serão as probabilidades de efeitos adversos.
- Pode-se considerar o uso combinado de medicamentos anti-hipertensivos em pacientes com hipertensão em estágios 2.
- Respeitar o período mínimo de quatro semanas, salvo em situações especiais, para aumento de dose, substituição da monoterapia ou mudança da associação de fármacos.
- Instruir o paciente sobre a doença hipertensiva, particularizando a necessidade do tratamento continuado, a possibilidade de efeitos adversos dos medicamentos utilizados, a planificação e os objetivos terapêuticos.
- Considerar as condições socioeconômicas.

**Agentes anti-hipertensivos:** Classes de anti-hipertensivos

- Diuréticos.
- Inibidores adrenérgicos.
- Vasodilatadores diretos.
- Antagonistas do sistema renina-angiotensina.
- Bloqueadores dos canais de cálcio.

Tratamento da hipertensão arterial

**Terapia anti-agregante plaquetária** Em indivíduos com HAS e risco cardiovascular alto, é recomendado o uso de aspirina profilática (100 mg/dia), após controle ideal ou próximo do alvo da pressão arterial (BRASIL, 2012).

Tabela 1 – Escolha de anti-hipertensivos em algumas condições clínicas.

Classe de anti-hipertensivos	Indicações Favoráveis	Possíveis indicações
Antagonistas do cálcio	Idosos (> 65 anos), angina de peito, HAS sistólica	
Alfa-bloqueadores	Hiperplasia benigna próstata	
Beta-bloqueadores	Infarto prévio, angina de peito, taqui-arritmias, ICC	ICC
Inibidores da ECA	Insuficiência cardíaca, disfunção VE, pós-infarto, nefropatia diabética tipo 1, pós-AVC, DRC, proteinúria	nefropatia diabética tipo 2
Diuréticos tiazídicos	Idosos, HAS sistólica, pós-AVC	



## 4 Metodologia

Definidos o tema e os objetivos da pesquisa, passa-se à definição de uma problemática na qual o tema escolhido adquira sentido. No caso da pesquisa-ação e do plano de intervenção, os problemas devem ser de ordem prática, posto que se procura alcançar alguma mudança ou transformação em uma determinada situação (LINDNER et al., 2016).

### Cenário de intervenção:

A intervenção será desenvolvida na área de abrangência do PSF Elio Duarte Dias, Nova Esperança, al norte do estado de Parana. A área de abrangência do Posto Elio Duarte Dias compreende assentamentos humanos como: Centro de Nova Esperança e O Sitio. Em 20 de agosto de 1951, teve seu nome alterado para Nova Esperança. Criada através da Lei Estadual nº 790, de 14 de novembro de 1951, foi instalado oficialmente em 14 de dezembro de 1952, sendo desmembrado de Mandaguari. Meu UBS foi no pasado Centro de Saúde Básico de Atendimento Integral a Mulher a Criança em dezembro de 2009. Inaugurada como UBS Dr Helio Duarte Dias no ano 2016.

O PSF Elio Duarte Dias está situado na Rua Romario Martins, Centro de Nova Esperança. A área de abrangência do PSF é responsável pela cobertura de cerca de uma população total acompanhada atualmente de 3826 habitantes 8330 pessoas, contendo 611 pessoas com Hipertensão arterial Sistêmica cadastrados. O Programa de Atenção ao Paciente com Hipertensão Arterial desenvolvido no Posto Elio Duarte Dias tem como objetivo o acompanhamento sistematizado dos pacientes hipertensos, visando ao manejo adequado da HAS. As atividades previstas no programa são: o cadastro dos pacientes, a distribuição de medicamentos e o atendimento individual em consultas ou através do grupo semanalmente.

### Procedimento de Intervenção:

Para seleção, adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: serem pacientes de ambos os sexos; apresentarem diagnóstico médico de HAS há mais de um ano; estarem cadastrados e acompanhados no programa de atenção a paciente com HAS da unidade e estarem conscientes e orientados. A intervenção será realizada por meio de Oficinas temáticas com os hipertensos cadastrados e acompanhados no PSF, oficinas estas que ratificam as recomendações da literatura e das próprias necessidades para estimular a adesão dos pacientes diabéticos. Logo, estabelecemos a data de início da primeira oficina (janeiro do 2017), com dias e horários, de acordo com a disponibilidade dos pacientes. O planejamento e a realização das oficinas com o grupo de hipertensos contará com a parceria dos ACS's e técnicos em enfermagem. A etapa seguinte baseia-se na apresentação de oficinas para levar aos pacientes hipertensos informações sobre HAS, explicando a sua condição fisiopatológica e conscientizar a adesão ao tratamento e a adoção de estilos de vida mais saudáveis. Para os pacientes com alterações psicológicas relacionadas a sua doença será

muito importante a sua participação em psicoterapia de apoio, onde eles podem colocar seus problemas, além de poder ouvir outras pessoas com problemas semelhantes ou mesmo diferentes e tirar inúmeras conclusões e experiências de vida, o que torna o tratamento deles mais dinâmico e completo.

É importante conhecer que os regimes simplificados de tratamento aumentam a adesão terapêutica e melhoram os resultados de saúde dos doentes e que as estratégias que combinam intervenções comportamentais e educacionais têm maior sucesso no aumento das taxas de adesão do que cada uma daquelas individualmente. Nenhuma estratégia individual tem uma eficácia absoluta em todas as doenças ou doentes.

As oficinas serão realizadas semanalmente no grupo HIPERDIA, e os temas serão os seguintes:

1) HAS: conceito, incidência e complicações. 2) Dieta, obesidade. 3) Atividade física. 4) Fatores de risco cardiovasculares e cerebrovasculares. 5) Prevenção e Tratamento medicamentoso e não medicamentoso. 6) Uso correto da medicação prescrita e uso correto do aparelho para a toma da pressão. Material a utilizar: Data-show ou retroprojetor, transparências, cartazes informativos a respeito da Hipertensão, suas causas e complicações; painéis com fotos ilustrativas; dinâmicas de grupo; apresentação dos principais grupos alimentícios relacionados com o problema. As palestras serão realizadas no Posto Elio Duarte Dias.

#### Avaliação da Intervenção:

Apesar da educação ter um largo efeito no conhecimento e, conseqüentemente, na adesão, esse efeito tende a diminuir com o tempo, fazendo-se necessário que tais medidas sejam efetivadas com certa periodicidade. Existem maiores vantagens das ações educativas grupais, este tipo de abordagem é mais efetivo do que a individual, pois é mais variada e estimulante para os pacientes, que se encontram sem o estresse próprio da consulta. As ações educativas em grupo também fazem com que os integrantes percebam problemas comuns, sendo estimulados a desenvolver o autocuidado, aumentando assim a adesão e a eficácia do tratamento.

A aderência ao tratamento varia de acordo com o conhecimento prévio referente à doença, com as questões culturais, crenças e situação socioeconômica do paciente e de sua família, a qual deve estar em sintonia com o doente ao longo do processo de mudanças de hábitos. O núcleo familiar, juntamente com os profissionais da saúde, tem papel importantíssimo no incentivo desse tratamento, sendo necessário incluir neste processo a avaliação que faz o familiar sobre os resultados da intervenção.

Com o objetivo de promover o permanente acompanhamento do Projeto de intervenção, da execução das ações, da avaliação dos resultados obtidos e do eventual redirecionamento ou adequação das estratégias adotadas, serão utilizados os dados obtidos através das consultas subseqüentes; através dos valores de PA dos pacientes em consulta; nas visitas dos Agentes de saúde aos pacientes, conversas com os familiares dos pacientes para

conhecer a sua opinião sobre a intervenção, e através das reuniões de equipe do PSF, entre outros.



## 5 Resultados Esperados

Ao final desse projeto espera-se obter controle dessa patologia aumentando a adesão do paciente ao tratamento. Esperamos identificar todos os pacientes com Hipertensão Arterial descompensada, assim avaliar o tratamento e indicar uma terapia adequada em cada caso. Esperamos também que através das oficinas realizadas, melhorem a adesão do paciente com Hipertensão Arterial no planejamento de seu tratamento, dando-lhes mais responsabilidade e participação no seu tratamento. Espera-se a participação ativa no tratamento e a realização de mudanças no estilo de vida para a redução de fatores de risco e ocorrência de complicações. Espera-se que os pacientes sejam conscientizados adequadamente sobre a importância das consultas mensais no Posto de Saúde. O paciente que não comparecer à consulta programada deve ser contactado e convocado para uma nova consulta. Um tratamento à hipertensão permite prevenir e diminuir as complicações, tornando assim imprescindível a educação no tratamento desses indivíduos, associado ao controle metabólico adequado, à prática regular de exercício físico e a uma dieta equilibrada. A alimentação adequada, exercícios físicos e a adesão do paciente ao tratamento deve garantir uma vida com mais qualidade. Os profissionais de saúde devem estar em alerta permanente para o problema da má adesão e adquirir técnicas que lhes permitam estimular cada vez mais o interesse e as possibilidades para que os pacientes do seu território possa aderir as orientações para o cuidado.



## Referências

- BRASIL, M. da Saúde do. *cadernos de Atenção Básica - hipertensão arterial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Citado 3 vezes nas páginas 15, 18 e 21.
- LINDNER, S. et al. *Metodologia do Trabalho de Conclusão de Curso*. Florianópolis: UFSC, 2016. Citado na página 23.
- PAULO, S. de saúde do estado de S. *Manual de Orientação Clínica HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)*. São Paulo: SESP, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- SILVA, J. L. L. da; SOUZA, S. L. de. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. *Revista eletrônica de enfermagem*, p. 330–342, 2004. Citado na página 18.
- SOUZA, J. A. de; FRANÇA, I. S. X. de. Prevalência de hipertensão arterial em pessoas com prevalência de hipertensão arterial em pessoas com prevalência de hipertensão arterial em pessoas com mobilidade física prejudicada: implicações para a enfermagem. *REBEN*, p. 816–821, 2008. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 15.