



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Curso de Especialização em Saúde da Família



EUCIMARA LIMA RIBEIRO SILVA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PROJETO DE INTERVENÇÃO DE
COMBATE A MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DA DOENÇA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO RAIMUNDO DO BORRALHOS (SANTO ANTÔNIO
DO TAUÁ/PA).**

BELÉM – PA
2020

EUCIMARA LIMA RIBEIRO SILVA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PROJETO DE INTERVENÇÃO DE
COMBATE A MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DA DOENÇA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO RAIMUNDO DO BORRALHOS (SANTO ANTÔNIO
DO TAUÁ/PA).**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Modalidade à distância, Universidade Federal do Pará, Universidade Aberta do SUS, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Carla Andréa Avelar Pires.

BELÉM – PA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)
autor(a)

L732h Lima Ribeiro Silva, Eucimara
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PROJETO DE
INTERVENÇÃO DE COMBATE A MÁ ADESÃO AO
TRATAMENTO DA DOENÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DE SÃO RAIMUNDO DO BORRALHOS (SANTO
ANTÔNIO DO TAUÁ/PA). / Eucimara Lima Ribeiro Silva. —
2020.
27 f. : il. color.

Orientador(a): Prof^a. Dra. Carla Andréa Avelar Pires
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) -
Especialização em Saúde da Família, Instituto de Ciências
da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2020.

1. Hipertensão Arterial Sistêmica. 2. Adesão ao
tratamento medicamentoso. 3. Estratégia Saúde da
Família.. I. Título.

CDD 610

FOLHA DE APROVAÇÃO

EUCIMARA LIMA RIBEIRO SILVA

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PROJETO DE INTERVENÇÃO DE COMBATE A MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DA DOENÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO RAIMUNDO DO BORRALHOS (SANTO ANTÔNIO DO TAUÁ/PA).

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal do Pará, pela seguinte banca examinadora:

Conceito: _____
Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Carla Andréa Avelar Pires.

Prof. Rosiane Pinheiro Rodrigues

RESUMO

INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença, crônica, silenciosa e é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares. O tratamento consiste em uma abordagem efetiva não medicamentosa, com mudanças importantes no estilo de vida e uma medicamentosa, ambas dependentes da boa adesão do paciente. **OBJETIVO:** Intervir na adesão deficitária ao tratamento da HAS dos pacientes acompanhados na ESF de São Raimundo de Borralhos pelo HIPERDIA. **MÉTODO:** Trata-se de um projeto de intervenção, realizado em uma Estratégia de Saúde da Família da zona rural de Santo Antônio do Tauá, interior do Pará. **RESULTADOS:** Participaram da atividade de adesão ao tratamento não medicamentoso 4 mulheres e 17 homens, onde metade dos participantes apresentavam 65 anos ou mais e a média das idades encontra-se em 58,89 anos, aproximadamente. Para o curso, sobre Hipertensão, oferecido aos Agentes comunitários de Saúde e Técnicos de Enfermagem, dos 7 Agentes e 3 Técnicos, que trabalham no local, compareceram ao evento 4 Agentes e 1 Técnico. Ainda, fez-se um levantamento quantitativo do número de comprimidos necessários para um mês de medicamentos para Hipertensão, observando-se que a maior demanda se encontra na prescrição de Losartana e Hidroclorotiazida. Estes dados foram encaminhados para a Secretaria de Saúde Municipal. **CONCLUSÃO:** Espera-se, que esta iniciativa, através das diversas atividades desenvolvidas sirvam para ajudar na adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos dessa Unidade de saúde, garantindo a efetividade na terapêutica da Hipertensão.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica, adesão ao tratamento medicamentoso, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a chronic, silent disease and is the main risk factor for cardiovascular diseases. Treatment consists of an effective non-drug approach, with important changes in lifestyle and a drug, both dependent on good patient compliance. **OBJECTIVE:** OBJECTIVE: To intervene in the deficient adherence to the treatment of hypertension in patients monitored in the Health Strategy of the family of São Raimundo de Borralhos by HIPERDIA. **METHOD:** This is an intervention project, carried out in a Family Health Strategy in the rural area of Santo Antônio do Tauá, interior of Pará. **RESULTS:** 4 women and 17 men participated in the non-drug treatment adherence activity, where half of the participants were 65 years old or more and the average age is approximately 58.89 years. For the course, on Hypertension, offered to Community Health Agents and Nursing Technicians, of the 7 Agents and 3 Technicians, who work on site, attended the event 4 Agents and 1 Technician. In addition, a quantitative survey was made of the number of pills needed for a month of medicines for hypertension, noting that the greatest demand is found in the prescription of Losartana and Hydrochlorothiazide. These data were forwarded to the Municipal Health Department. **CONCLUSION:** It is hoped that this initiative, through the various activities developed, will help to adhere to the treatment of hypertensive patients in this health unit, ensuring effectiveness in the treatment of hypertension.

Keywords: Systemic arterial hypertension, adherence to drug treatment, Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 Justificativa	12
2. OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3. METODOLOGIA	15
3.1 Implicações Éticas	15
3.2 Delineamento do Estudo	15
3.3 População de Estudo.....	18
3.4 Variáveis do Estudo	19
3.5 Análise Estatística dos Dados	19
4. RESULTADOS.....	20
5. DISCUSSÃO	23
6. CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária é a porta de entrada para a utilização dos serviços de saúde, é através dela que a população, poderá ser encaminhada para todos os outros níveis de complexidade, de acordo com a sua necessidade. Nesse contexto encontra-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) que atende aos cidadãos de São Raimundo do Borralhos, localizada na zona rural de Santo Antônio do Tauá (BRASIL, 2012).

Santo Antônio do Tauá, é uma cidade do Nordeste Paraense, com População no último censo (2010) de 26.674 e população estimada em 2018 de 31.038 habitantes (IBGE, 2010), e 31.482 para 2019, longe a 53 Km da capital. O Município tem sua origem vinculada ao município de Vigia, após uma tentativa frustrada em 1955, o município conseguiu sua emancipação 6 anos depois, através da Lei nº 2.460, de 29 de dezembro de 1961, com terras dos municípios de Vigia e João Coelho, hoje Santa Izabel do Pará. Atualmente, o Município é constituído pelo distrito-sede de Santo Antônio do Tauá e pelos distritos Espírito Santo do Tauá e São Raimundo de Borralhos (PARÁ, 1961).

A estrutura física do sistema de saúde municipal é formada por 17 prédios públicos, onde aproximadamente 90% são próprios, com 01 (um) laboratório público, 5 Postos de Saúde e 8 unidades saúde da família (USF's). A maioria dos prédios são antigos e, neste momento, estão passando por reforma e/ou ampliação. O Centro Municipal de Fisioterapia e o Centro de Especialidades Odontológicas municipal foram desativados no ano de 2015 (SANTO ANTÔNIO DO TAUÁ, 2015).

Com relação à Gestão da Atenção Básica o município adotou a Gestão Plena da Atenção Básica desde 2001, o que envolve a responsabilidade municipal pelas ações e serviços de atenção à saúde no âmbito do SUS. Implantou as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família – PSF, em 1999, hoje contando com 08 equipes de Saúde da Família, 08 Equipes de Saúde Bucal, 01 Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e 01 NASF tipo I. O Programa de Saúde da Família trabalha buscando a equidade e a universalidade do atendimento através do acesso geográfico, cultural, financeiro, e estimula a participação social, através das ouvidorias (de forma insipiente, pois há um ouvidor na UBS), dos conselhos de saúde que se reúnem uma vez por mês, sendo composto por metade formada de usuários do SUS

e das conferências que são organizadas pelo conselho municipal de Saúde com apoio da secretaria, sendo realizadas de 2 em 2 anos. Fazem parte das conferências os usuários do SUS (50%), trabalhadores da área de saúde (25%) e gestores prestadores (25%) (SANTO ANTÔNIO DO TAUÁ, 2015)

O SUS estabelece o Programa de Saúde da Família como porta de entrada, respeitado no município. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o serviço de atendimento nas clínicas básicas seguem de forma hierarquizada e a Central de regulação municipal segue os princípios da referência e contra referência (SANTO ANTÔNIO DO TAUÁ, 2015).

A assistência hospitalar complementa o sistema de saúde onde o hospital Municipal assume fundamental importância. O município dispõe de apenas 01 (um) Hospital particular conveniado ao SUS, ofertando atendimentos de urgência e emergência 24 horas, com consultas ambulatoriais em algumas especialidades, sendo estes de caráter particular bem como os exames de raios-X, exames laboratoriais e eletrocardiograma. As internações são realizadas nas 04 (quatro) clínicas básicas: Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Cirúrgica e Clínica Obstétrica. Com uma capacidade instalada de 100 leitos sendo 83 leitos para pacientes do SUS e 17 leitos para o particular. Assim, a assistência ao parto e nascimento também ficam a critério do referido hospital e maternidades das cidades vizinhas, bem como as referências. Já o puerpério e atenção integral à saúde da criança são executados através das Unidades de Saúde (SANTO ANTÔNIO DO TAUÁ, 2015).

O hospital supracitado disponibiliza de acesso aos sistemas para a solicitação de leito via SISREG (central de Consultas) e SER (Sistema Estadual de Regulação), a fim de oferecer os procedimentos de média e alta complexidade e estão liberados para dar seguimento em casos de transferência para leitos qualificados nos municípios pactuados: Belém, Castanhal, Ananindeua e Santa Izabel (SANTO ANTÔNIO DO TAUÁ, 2015).

Quanto aos subsistemas de Atenção à Saúde Indígena, não há no município, pois o mesmo não abrange territórios indígenas. O atendimento domiciliar é feito pelas equipes das USF, uma vez por semana, no território de abrangência. Já a internação

domiciliar não está disponível no Município e nem há previsão para sua implantação (SANTO ANTÔNIO DO TAUÁ, 2015).

No que tange a comunidade de São Raimundo do Borralhos, tem-se que a mesma é formada por dois postos de atendimento: A ESF de São Raimundo do Borralhos (que funciona como uma sede) e a Unidade Santana da Laura (anexo), inaugurado em abril deste ano. As atividades, em ambas as unidades se dão no período compreendido entre 07h00min e as 13h00, porém em casos de necessidade, a mesma pode permanecer aberta até mais tarde (apenas para pacientes que já estejam aguardando atendimento ou casos de urgência). Quanto a estrutura das unidades, encontram-se adequadas aos padrões do Ministério da Saúde, com algumas ressalvas (pois no mês de dezembro de 2018, a unidade sede passou por um furto, onde além das perdas materiais, foram depredadas instalações elétricas e janelas de vidro). A equipe da USF Borralhos é composta por 1 médica, 1 enfermeira, 3 técnicos em enfermagem, 1 auxiliar em Saúde Bucal, 1 dentista e seis ACS. Além desses temos: 1 gestora e 1 assistente de limpeza. Na USF anexa temos 1 ACS, 1 recepcionista, 1 assistente de limpeza e 2 técnicos de enfermagem que são fixos, os demais profissionais fazem rodízio entre as duas unidades.

Com a finalidade de organizar os serviços e ações em saúde faz-se necessário conhecer algumas características gerais dos usuários assistidos. Por este motivo, foi realizada uma reunião no dia 09 de abril de 2019, onde foi perguntado a equipe da unidade, quais os problemas de saúde que mais acometem essa região. Desta forma, percebeu-se que a maioria dos usuários, são portadores de doenças crônicas: Hipertensão e Diabetes. Sendo uma das necessidades, trabalhar mais intensamente na prevenção e na informação, juntamente com os demais profissionais da Unidade.

A taxa de Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o número que demonstra a porcentagem estimada de indivíduos que tenham o diagnóstico de hipertensão arterial, que residam em determinado local, em determinado período em razão da população total residente (BRASIL, 2008)

Segundo dados dos registros da Unidade, a mesma apresenta uma população adscrita de 2640 pessoas, destas, 140 são Hipertensas cadastradas no programa

HIPERDIA da ESF. Assim a prevalência de HAS na ESF é de 5,3 para cada 100 habitantes (P = 5,3).

A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2017, p 12) conceitua a Hipertensão arterial sistêmica como a “condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg”. Tal agravo é bastante debatido, pois o mesmo constitui-se como um fator de risco para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares e menor sobrevida. A HAS apresenta vários fatores de risco dentre os quais encontram-se a idade avançada (homem > 55 e mulheres > 65 anos), a mesma é maior entre mulheres, pessoas de raça negra e sedentários, dentre outros (MALACHIAS, et al. 2016).

Por ser uma doença muitas vezes assintomática, muitos portadores desconhecem sua existência, não buscando ajuda em fase inicial e outros que mesmo com um diagnóstico optam pelo não tratamento por desinformação. Um dos principais desafios encontrados pela equipe da Unidade, é fazer com que o paciente seja capaz de absorver a importância do tratamento adequado, mesmo com as mais diversas situações que surgem no seu dia-a-dia. Assim, faz-se necessário mostrar ao paciente a necessidade da seriedade e comprometimento com o seu tratamento, trazendo assim, menos complicações, internações e até mortes relacionadas a doença, contribuindo para a melhor qualidade de vida do paciente (MALACHIAS, et al. 2016).

É sabido que o tratamento da HAS consiste em uma abordagem não medicamentosa, com mudanças no estilo de vida e uma medicamentosa, ambas extremamente dependentes da boa adesão do paciente (MALACHIAS, et al. 2016). Um estudo feito entre os períodos de dezembro de 2016 a abril de 2017, em uma UBS do interior da Paraíba, demonstrou a baixa adesão terapêutica dos pacientes estudados, bem como a alta taxa de sobrepeso, demonstrando assim, uma baixa adesão a mudança de estilo de vida (GOUVEIA NETO et.al, 2019).

Outro estudo, também realizado com hipertensos em uma ESF de um município do Meio Oeste Catarinense. No qual participaram 72 pacientes demonstrou também uma baixa adesão entre os pacientes, principalmente os idosos, para ser mais exato apenas 6,9% da amostra foram considerados aderentes ao tratamento (GOMES, PAES, TRANSVERSO, 2019). Este estudo elencou os possíveis motivos

que dificultam a adesão, classificando-os em muito difícil, um pouco difícil, nada difícil. Tendo como resultado o problema “ler o que está escrito na embalagem” o mais citado como muito difícil ou pouco difícil, totalizando juntamente 40,3% dos pacientes. Um valor altamente significativo. Notando-se a provável dificuldade em tomar adequadamente a medicação, principalmente pacientes com múltiplos medicamentos (GOMES, PAES, TRANSVERSO, 2019).

É notório que muitos fatores influenciam na adesão ao tratamento adequadamente, assim, faz-se necessário identificar tais fatores, de uma forma individualizada, valorizando os que contribuem de forma positiva e oferecendo alternativas para os que colaboram de forma negativa, de forma cooperativa, nunca impositiva.

De tal modo, cabe aos profissionais atuantes na atenção básica o papel importante de reconhecer possíveis fatores colaboradores da adesão, boa ou má, do paciente hipertenso, a fim de orientá-lo adequadamente, para conseguir e manter o controle adequado da hipertensão, evitando agravos e mantendo então uma boa qualidade de vida.

1.1. Justificativa

O interesse nesse projeto surgiu, a partir da observação da não adesão adequada dos pacientes hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA, na USF Borralhos. Observou-se que muitos deles apresentavam certa dificuldade para adaptarem seu ritmo diário a um estilo de vida mais saudável, bem como a impossibilidade/ descaso/ descuido para a compra de medicação, em caso de falta das mesmas na unidade de saúde.

Observou-se ainda que muitos dos colaboradores da Unidade, não são capazes de orientar corretamente os usuários. Tais colaboradores, muitas vezes, são os primeiros contatos dos pacientes quando possuem alguma dúvida, surgindo assim, a necessidade de orientação adequada, no intuito de acolher e aconselhar corretamente os usuários.

Na unidade já vigora a consulta mensal programada, em parceria com a enfermagem, onde todos os pacientes cadastrados, já saem de sua consulta com a data de seu retorno, porém, não há um cadastro atualizado dos pacientes, nem a busca ativa pelos pacientes que abandonam o tratamento, justamente por não haver uma organização dos dados.

Outro ponto é a quantidade de medicação que chega mensalmente à USF, a qual nitidamente é insuficiente para a demanda. Assim, muitos pacientes necessitam comprar sua medicação, outro fator importante que contribui para a má adesão ao tratamento, haja vista que, a população em suma é de lavradores que participam de programas sociais para o seu sustento.

Sabe-se que a HAS é uma doença silenciosa e que se não tratada adequadamente sobrecarrega os sistemas e pode levar aos mais diversos desfechos. Assim, pensando em todas essas observações e nós críticos, chegou-se a conclusão que seria necessária uma intervenção bem elaborada e precisa, envolvendo toda a equipe da USF e a comunidade adscrita, a fim de abordar todas essas dificuldades, surgindo assim este projeto.

Espera-se que o projeto influencie positivamente todos os atores envolvidos trazendo adesão ao tratamento medicamentoso e a mudança no estilo de vida, de forma a reduzir o mau controle da HAS. E ainda que, haja um desenvolvimento de habilidades em todos os colaboradores da USF, para que os mesmos passem a ser propagadores de informações de qualidade à população.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Enfrentar a adesão deficitária ao tratamento da Hipertensão Arterial dos pacientes acompanhados na ESF de São Raimundo de Borralhos pelo HIPERDIA.

2.2 Objetivos Específicos

- Aumentar o nível de conhecimento dos usuários sobre a doença e seu controle.
- Estimular a mudança de hábitos de vida da população, através de um Programa de caminhada e alimentação saudável.
- Potencializar o acesso a consultas programadas e medicações

3. METODOLOGIA

3.1 Implicações Éticas

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de saúde. Todas as atividades realizadas fazem parte da rotina de serviço da Unidade de Saúde, dos preceitos da atenção primária e todos os dados aqui presentes fazem parte de seus arquivos.

Todos os dados coletados durante as atividades estão protegidos sobre sigilo pactuado entre os executores das atividades, garantindo-se que tais elementos sejam usados apenas neste projeto, assegurando ao participante das atividades que suas identidades serão preservadas, e que os mesmos têm a opção de não participarem das pesquisas.

Os benefícios visam: a melhora na qualidade de vida dos pacientes hipertensos adscritos na Unidade, participantes das atividades; a busca da complementaridade de saberes, fornecendo bases para estudos e para futuras atividades na região e fora dela; inspiração para outras atividades, pois as apresentadas são de fácil execução, podendo ser implantadas em qualquer localidade regional.

3.2 Delineamento do Estudo

Trata-se de um projeto de intervenção, realizado em uma Estratégia de Saúde da Família da zona rural de Santo Antônio do Tauá, interior do Pará.

Tem como finalidade promover a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso do paciente hipertenso, adscrito na USF de São Raimundo do Borralhos. Para isto, foram pensadas várias atividades que iniciaram em momentos distintos, mas persistirão e atuarão concomitantemente dentro da USF.

Etapa Diagnóstica (Etapa 1): Os dados foram levantados através do método de Estimativa Rápida utilizando: registros escritos da unidade através das consultas, observação ativa da área feita pelos ACS, visitas domiciliares feitas pela equipe composta por Médica, Enfermeira e ACS e através de observações enviadas pelos representantes da comunidade presentes em ações conjuntas. A finalidade desta

etapa consistiu em verificar os pontos mais carentes de cuidados, chegando-se assim à má adesão ao tratamento da HAS.

Etapa de planejamento (Etapa 2): Durante o mês de outubro, o projeto geral e os subprojetos foram discutidos entre os colaboradores da USF e foram planejadas as metodologias de abordagem da comunidade, de maneira precisa e eficaz, levando em consideração a realidade local, em uma reunião, da qual participaram 10 pessoas (Médica, enfermeira, diretora, 5 ACS e 2 técnicos). Ainda neste dia foram elaboradas as propostas de ação por seus respectivos responsáveis.

Assim, o projeto foi dividido em grupos, de acordo com os nós críticos, para contemplar os objetivos propostos.

Etapa de Desenvolvimento (Etapa 3): As propostas foram colocadas em prática, com inserção da Equipe de Saúde, pacientes e comunidade, seguindo os nós críticos disponibilizados na etapa anterior.

NÓ CRÍTICO 1 (NC1): Adesão ao tratamento não medicamentoso:

Durante o mês de outubro de 2019 além de ter sido realizada a elaboração do projeto de “Caminhada orientada por educador físico” concomitantemente com o da “Oficina sobre alimentação saudável de acordo com a realidade local”, também foi iniciada, imediatamente, a captação dos pacientes hipertensos através do convite realizado pelos profissionais da unidade durante visitas domiciliares e consultas.

A avaliação inicial dos usuários foi feita no dia do encontro, que ocorreu no dia 27 de novembro de 2019, onde todos os pacientes passaram por uma triagem, na qual as medidas antropométricas foram coletadas. O peso foi obtido por meio de balança antropométrica mecânica, com capacidade de 150 kg e divisão de 100 gramas. A estatura foi aferida utilizando-se antropômetro portátil.

Em seguida, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) destes participantes, utilizando o aplicativo Whitebook. Os pontos de corte de IMC adotados foram os preconizados pela Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2000).

Posteriormente todos participaram da oficina sobre alimentação saudável, ministrada pela nutricionista, utilizando um álbum seriado. Em seguida, os pacientes foram convidados a fazerem o aquecimento e alguns exercícios ainda em seus locais, pela educadora física para depois iniciarem a caminhada pelo quarteirão da própria unidade de saúde.

NÓ CRÍTICO 2 (NC2): Informações / Educação em saúde

Após a elaboração dos cursos e a organização do cronograma referente ao curso, feito durante a etapa de planejamento, também foi elaborado um panfleto, com linguagem acessível, para distribuição à comunidade, e um cartaz para anexação nos postos, que seguiram para gráfica. Posteriormente, os ACS e os técnicos de ambas unidades foram convidados a participar do primeiro curso cujo tema foi HAS. O mesmo ocorreu no dia 08/11/2019, onde a médica do posto deu uma aula sobre o tema, usando como apoio Datashow, notebook e material impresso. Nessa aula foram abordados todos os pontos importantes desde a aferição adequada, até as orientações que deveriam ser repassadas aos usuários.

NÓ CRÍTICO 3 (NC): Acesso a consultas programadas e medicações

Após a elaboração do cadastro padronizado, iniciou-se o processo de atualização das informações dos pacientes hipertensos já cadastrados no HIPERDIA, que foi feita pela enfermeira da seguinte forma: Todos os pacientes hipertensos que compareceram a consulta médica ou de enfermagem, precisavam, após sua consulta marcar seu retorno somente com a enfermeira, neste momento a mesma, marcava o retorno e já atualizava seu cadastro.

Assim, entre os períodos de outubro/novembro de 2019, foram (re)cadastrados 140 pacientes ao cadastro padronizado.

Segundo dados dos registros da Unidade, a mesma apresenta uma população adscrita de 2640 pessoas, destas, 140 indivíduos são hipertensos que no momento, encontram-se cadastrados no programa HIPERDIA da ESF, marcando uma prevalência de 5,3 de HAS na ESF para cada 100 habitantes (P = 5,3).

Também foi feito um levantamento da quantidade de medicações mensais para HAS dos pacientes cadastrados, e este número foi enviado via ofício para a secretaria de saúde.

Quanto ao tempo entre consultas, para a agenda programada, tem-se que os pacientes deverão comparecer mensalmente a unidade para consultas médica e de enfermagem intercaladas.

Etapa de Avaliação (Etapa 4): Como tais projetos inseridos, deverão ser contínuos e entrar para a rotina da unidade, planejou-se uma avaliação mensal, entre todos os servidores de ambas as unidades, a fim de adequar os projetos, cada vez mais, aos anseios da comunidade. Anseios estes que são e continuarão sendo trazidos para a reunião através dos ACS, os quais ficaram incumbidos de tal tarefa. Assim, a avaliação permite reconhecer as potencialidades e fragilidades do projeto, readequando-o sempre que houver necessidade.

3.3 População do Estudo

A população do estudo consiste nos usuários cadastrados na unidade de Saúde da Família de São Raimundo do Borralhos, onde há um total de 2640 pessoas cadastradas, destas, 140 são hipertensas e fazem parte do programa HIPERDIA da ESF. A população adscrita é residente na zona rural.

Foram utilizados como critério de inclusão: ser maior de 18 anos de idade; ser residente na comunidade, estar cadastrado na unidade; ter diagnóstico médico de HAS há no mínimo um ano e aceitar participar das ações propostas.

Foram excluídos do estudo os indivíduos em acompanhamento temporário ou em trânsito; menores de 18 anos, com diagnóstico de HAS há menos de um ano e indivíduos que se negaram a participar do projeto.

3.4 Variáveis do Estudo

As variáveis analisadas levam em consideração as atividades propostas. São elas: gênero, idade, peso, altura, dados relacionados a HAS (tal como, medicação utilizada) e ainda a observação direta a partir da roda de conversa e grupos através das ações educativas.

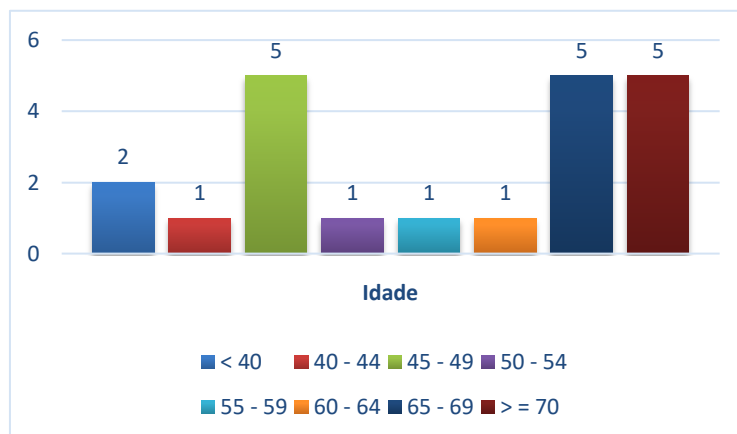
3.5 Análise Estatística dos Dados

Para a análise estatística dos dados obtidos, as variáveis quantitativas foram apresentadas por medidas de tendência central e de variação, já as variáveis qualitativas foram apresentadas por distribuições de frequências absolutas e relativas. Posteriormente, com tais dados, foram produzidos gráficos e tabelas.

4. RESULTADOS

Participaram das atividades de adesão ao tratamento não medicamentoso (NC1), 21 pessoas, sendo 4 mulheres e 17 homens. O gráfico a seguir mostra a distribuição dos participantes de acordo com a sua idade, onde observa-se que aproximadamente 47, 62% dos participantes apresentavam 65 anos ou mais. A média das idades encontra-se em 59,19 anos, aproximadamente.

Gráfico 1: Distribuição dos participantes de acordo com a idade (valores absolutos).



Fonte: Protocolo de pesquisa.

Todos os pacientes passaram por uma triagem, onde as medidas antropométricas foram coletadas. Em seguida, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) destes participantes.

A tabela a seguir demonstra os resultados.

Tabela 1: Distribuição dos participantes de acordo com IMC (valores absolutos e relativos)

IMC	Homens		Mulheres		Total	
	VA	VR	VA	VR	VA	VR
< 18,5 – Abaixo do peso	0	0%	0	0%	0	0%
18,6 a 24,9 – Peso ideal	5	29,4%	0	0%	5	23,8%
25 a 29,9 – Acima do Peso	9	52,9%	2	50%	11	52,4%

30 a 34,9 – Obesidade grau I	2	11,8%	2	50%	4	19%
35 a 39,9 – Obesidade grau II	1	5,9%	0	0%	1	4,8%
> 40 – Obesidade Mórbida	0	0%	0	0%	0	0%

Fonte: Protocolo de pesquisa. Legenda: VA – Valor Absoluto; VR – Valor Relativo

Observa-se que apenas 23,8% dos participantes encontram-se no peso ideal preconizado pela OMS, em contraste com 52,4% acima do peso, 19% com obesidade grau I e 4,8% com obesidade grau II.

Já para o primeiro curso, sobre HAS, que faz parte de um dos cursos mensais de educação continuada para os ACS (NC2), foram convidados os servidores de ambas unidades onde, somando-se obtemos 7 ACS e 3 técnicos de enfermagem, porém, compareceram ao evento 4 ACS e 1 técnico.

Os participantes demonstraram bastante interesse durante a apresentação, foram bem ativos, participativos, fazendo vários questionamentos. Ao final da atividade foi decidido o tema do próximo encontro baseado na demanda observada.

Não foi possível a distribuição do material pré-produzido a comunidade, nem dos cartazes para exposição devido a demora em obter o material impresso pela gráfica. Ainda, fez-se um levantamento quantitativo do número de comprimidos necessários para um mês (NC3) de medicamentos do HIPERDIA, e os dados obtidos foram encaminhados para a Secretaria de Saúde Municipal, no intuito de garantir tais medicações.

Os resultados encontram-se na tabela a seguir, onde observa-se que a maior demanda se encontra na prescrição de Losartana e Hidroclorotiazida.

Tabela 2: Levantamento quantitativo das medicações para HAS.

Medicamentos	Microáreas							Total
	1	2	3	4	5	6	7	
Losartana	850	750	750	210	480	600	1020	4610
Captopril	0	0	330	120	60	60	210	780
Hidroclorotiazida	390	300	240	90	210	180	150	1530

Nifedipino	90	180	0	120	60	0	90	540
Metildopa	0	0	30	0	120	0	30	180
Furosemida	60	0	30	0	0	0	0	90
Anlodipino	0	0	0	0	0	0	90	90

Fonte: Protocolo de pesquisa.

5. DISCUSSÃO

A Hipertensão Arterial (HAS) é assunto corriqueiro quando se trata de Atenção primária à saúde, haja vista que a mesma é um fator de risco importante para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares e está associado a menor sobrevida do seu portador (MALACHIAS, et al. 2016).

Em pesquisa realizada por entrevistas telefônicas no ano de 2018 no período de janeiro e dezembro de 2018, nas capitais do Brasil, feita por uma empresa especializada, demonstrou que para a pergunta: “Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta?” obteve-se resposta positiva em 24,7% dos casos, sendo maior a frequência entre as mulheres (27,0%) do que entre os homens (22,1%), apresentando um aumento de acordo com a idade, em ambos os sexos demonstrando a alta prevalência de tal morbidade, levando-nos a pensar em formas de enfrentamento da mesma (VITIGEL, 2018).

É sabido que há duas vertentes no tratamento da HAS: o tratamento não medicamentoso e o tratamento medicamentoso (MALACHIAS, et al. 2016).

Na literatura há vários estudos que demonstram a eficácia de métodos não farmacológicos para o controle da Pressão arterial. Einloft e colaboradores (2016) mostrou um estudo longitudinal, promovido durante os meses de julho de 2012 a setembro de 2013, com portadores de HAS cadastrados e acompanhados em uma ESF de um município de Minas Gerais. Neste período foram feitas atividades mensais, com intervenções focando a educação alimentar e nutricional (EINLOFT et al., 2016). Ao comparar-se os resultantes obtidos no início e no término do experimento, observou-se que em relação ao Índice de Massa Corpórea, IMC, houve uma estase, porém ao comparar as pressões aferidas nos mesmos momentos houve grande significância: o estudo mostrou que antes do experimento 73,4 % e 88% dos participantes apresentavam Pressão arterial sistólica e diastólica, respectivamente, controladas e após, esses números subiram para 76,3% e 92,8%, demonstrando a importância também dos métodos não farmacológicos, para o controle da HAS (EINLOFT et al., 2016)

Outro estudo, um ensaio clínico randomizado, feito no período de fevereiro a maio de 2012, também com hipertensos, na idade entre 20 e 60 anos, em um município do Paraná, Sul do Brasil, dividiu seus participantes da seguinte forma: O Grupo Intervenção (GI), com 21 pessoas, recebeu orientações nutricionais uma vez/mês, com a nutricionista, orientações em saúde, em forma de diversas atividades multiprofissionais também uma vez/semana, realização de exercícios físicos aeróbicos, 3 vezes/semana, durante as 16 semanas da ação. Posteriormente o grupo Intervenção foi redividido em dois novos grupos: Gla e Glb, onde no Gla, seus participantes frequentaram as 16 semanas, enquanto que o Glb, frequentaram por 8 semanas. A pressão arterial foi aferida, antes e depois das atividades, em todas as sessões. Já o Grupo Controle (GC), também com 21 pessoas não participaram das atividades, mas tiveram suas Pressões aferidas no início e final do projeto, para fins comparativos (RADOVANOVIC et al., 2016). No mesmo estudo, ao comparar-se a PA dos subgrupos da intervenção (Gla e Glb), observou-se que ambos apresentaram queda nos valores de PA, porém o Glb foi o que iniciou com a Pressão Arterial sistólica mais elevada e que apresentou maior diminuição em seus valores, com variações saindo de 143,3 ($\pm 11,0$) para 121,7 ($\pm 14,6$). O Gla apresentou diminuição significativa tanto da PA sistólica quanto da diastólica, onde a PAD caiu de 132,2 ($\pm 13,9$) para 118,9 ($\pm 8,7$) e a diastólica de 86,7 ($\pm 9,4$) para 77,8 ($\pm 6,3$). Já o Grupo Controle apresentou diminuição não significativa dos valores Pressão (RADOVANOVIC et al., 2016).

Em Machado (2016), os resultados confirmam a importância das intervenções para o controle da HAS. Tal estudo foi realizado no período de julho de 2012 a setembro de 2013, em uma unidade de saúde da zona urbana, onde 212 indivíduos foram divididos em três grupos. No *Grupo 1* receberiam oficinas educativas, 1 vez ao mês com no mínimo 8 encontros, no *Grupo 2* receberiam oficinas e visitas domiciliares, ambas uma vez ao mês, focando nas visitas domiciliares, a educação nutricional, já o Grupo 3 participaria das oficinas mensais, com ao menos 8 encontros por espontânea vontade (MACHADO et al., 2016). Ao final, observou-se que os três grupos apresentaram melhora nos valores antropométricos, com variações médias no IMC de 28,7 para 28,3 no grupo 1, de 30 para 28,6 no grupo 2 e de 29,8 para 29 no grupo 3. A PA manteve-se controlada antes e após as intervenções em todos os grupos, demonstrando que as três intervenções educativas obtiveram resultados

positivos (MACHADO et al., 2016). Em comparação com o presente estudo, onde a verificação do IMC foi pontual mas demonstrou que a maioria dos participantes encontravam-se acima do peso (52,4%), observa-se a necessidade da intervenção e de acompanhamento após a mesma, de maneira contínua e sustentável, entrando para a rotina de trabalho da unidade de saúde e se estabelecendo, a fim de reduzir estes índices encontrados, contribuindo assim, na melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Todos esses achados corroboram com a importância de haver intervenções, focando principalmente na educação em saúde, alimentação saudável e atividade física regular, de forma continuada, sempre focando na realidade da população atendida, como tentativa de obter uma maior adesão ao tratamento não medicamentoso, que beneficiaria não só o tratamento da Hipertensão, mas de várias outras doenças, evitando também outros agravos. Porém, devemos ressaltar que para que haja uma intervenção interdisciplinar de qualidade, devemos recorrer a todos os colaboradores de uma unidade de Saúde. Nesse contexto, entram as atividades de educação continuada para os servidores.

Segundo o glossário temático desenvolvido pelo ministério da saúde, educação continuada é:

“Processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele” (BRASIL, 2013)

Já a educação em saúde é:

“Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. 2 – Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades.” (BRASIL, 2013)

Assim, as atividades educativas com a finalidade de atualização desse profissional para o seu desenvolvimento, fazem parte do processo de educação continuada. E a colaboração deste profissional para a passagem desse conhecimento para a comunidade, fazem parte da educação em saúde. Dessa forma entende-se a

importância da capacitação profissional, de forma continuada, para que este servidor apresente um conhecimento capaz de nortear suas ações de forma adequada para suas atribuições rotineiras e para as que possam eventualmente surgir em sua área de abrangência.

Quanto ao tratamento medicamentoso, vários estudos demonstram a má aderência ao tratamento medicamentoso e outros os principais motivos para a não aderência ao tratamento.

Gomes e colaboradores (2019), em um estudo com 72 hipertensos de uma Estratégia Saúde da Família, de Santa Catarina demonstrou que 6,9% dos participantes da pesquisa são aderentes ao tratamento, já 19,4% tem provável adesão contra 70,8% com provável baixa adesão e 2,8% com baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Para os autores quando se considera apenas aderentes e não aderentes, 73,6% dos pacientes pesquisados podem ser considerados não aderentes (DALLACOSTA, 2019)

Em outro estudo quantitativo, do qual participaram 60 usuários hipertensos de uma unidade básica de saúde de um município do Rio de Janeiro, no período de setembro a outubro de 2016, demonstrou que apenas 10% dos participantes da pesquisa apresentaram alta adesão ao tratamento medicamentoso, 46,7% apresentaram média adesão e 43,3% apresentaram baixa adesão (GHELMAN et al., 2018). Este trabalho ainda relacionou algumas características dos usuários hipertensos ao grau de adesão. Dentre estas características, podemos destacar que 56,7% dos participantes eram do sexo feminino e apresentavam média adesão (50%) e baixa adesão (41,2%), enquanto a maioria dos homens apresentava baixa adesão (53,8%) e média adesão (38,5%), ambos com baixas taxas de alta adesão. E o grupo com o ensino fundamental incompleto que perfazia 40% dos entrevistados, apresentava as maiores taxas de baixa adesão (54,1%) e menores taxas de alta adesão (4,2%). É importante ressaltar que neste estudo, as taxas de baixa adesão foram diminuindo conforme a progressão da escolaridade (GHELMAN et al., 2018).

Em outro ensaio, desta vez realizado em uma população de uma UBS do município de Teresina, Piauí, Brasil, foram estudados 17 idosos com HAS. Os mesmos foram submetidos a um roteiro de entrevista semiestruturada contendo

perguntas fechadas e abertas, buscando identificar as suas dificuldades na adesão ao seu tratamento, classificando-os posteriormente como positivos ou negativos. Assim, pode-se citar que o aumento da idade, o esquecimento, o medo de interações medicamentosas e a falta de uma rede de apoio familiar e social, interferem negativamente na adesão ao tratamento e o apoio do cônjuge, mostrou-se um fator positivo, pois os pacientes em relação estável possuíam um apoio emocional e motivacional (RESENDE et.al, 2018).

Tais estudos demonstram a má adesão ao tratamento medicamentoso, bem como algumas causas relacionadas, o que faz com que haja uma maior dificuldade para o controle da doença e aumentando a possibilidade de complicações, reforçando a necessidade da importância do olhar e cuidado intensivo multiprofissional para estes pacientes.

6. CONCLUSÃO

As consultas médicas e de enfermagem não podem e nem devem ser os únicos responsáveis em fornecer informações para o paciente hipertenso. Nesse contexto, entram os demais colaboradores e servidores das unidades de saúde, cada um com a sua atribuição, mas com uma finalidade: promover o autocuidado. Quanto mais o paciente conhecer e reconhecer a importância do seu tratamento para sua saúde e bem-estar, mais ele ficará confortável em executá-lo.

Espera-se, diante disso, que esta iniciativa, através das diversas ações desenvolvidas a partir dos nós críticos identificados, sirvam para ajudar na adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos dessa Unidade de saúde, garantindo a efetividade e sustentabilidade na terapêutica adequada da HAS, da comunidade da Estratégia de Saúde da Família da zona rural de Santo Antônio do Tauá, interior do Pará.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica PNAB: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 19/01/2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

GOMES, B. R. P; PAES, G. O; TRANSVERSO, F. A. Adesão ao tratamento e hábitos de vida de hipertensos. Rio de Janeiro, **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, vol. 11, n. 1, pág. 113-117. 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6490/pdf_1> Acesso dia 11/10/2019.

EINLOFT, A. B. N; SILVA, L. S. S; MACHADO, J. C; COTTA, R. M. M. Influência de intervenções educativas em perfis antropométricos, clínicos e bioquímicos e na percepção de saúde e doença de portadores de hipertensão arterial no contexto da Saúde da Família. **Revista de Nutrição**, [s.l.], v. 29, n. 4, p.529-541, ago. 2016.

GHELMAN, L. G; ASSUNÇÃO, M. F; FARIAS, S. N. P; ARAÚJO, E. F. S; SOUZA, M. H. N. Adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial e fatores associados. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [s.l.], v. 12, n. 5, p.1273-1280, 1 maio 2018. Revista de Enfermagem, UFPE Online. <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a230606p1273-1280-2018>. Acesso em 21/12/2019.

GOUVEIA NETO, J.R; ALVES, K. K. A. F; SOUZA, A. K. A; ALVES, M. G. L; PESSOA, M. S. A; ALMEIDA, T. C, F; SOUSA, M. M; QUEIROZ, X. S. B. A; SIQUEIRA, F. A. A. Adesão terapêutica e qualidade de vida de hipertensos assistidos na atenção primária de saúde. São Paulo, **Revista Nursing**, vol. 22, n. 249, pág. 2600-2603, 2019. Disponível em: <<http://www.revistanursing.com.br/revistas/249/pg10.pdf>>. Acesso dia 11/10/2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/santo-antonio-do-taua/panorama>> Acesso em: 17/04/2019.

MACHADO, J. C; COTTA, R. M. M; MOREIRA, T. R; SILVA, L.S. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 2, p.611-620, fev. 2016.

MALACHIAS, M. V. B; SOUZA, W. K. S. B; PLAVNIK, F. L; RODRIGUES, C. I. S; BRANDÃO, A. A; NEVES, M. F. T; et al. **VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 107, (Supl. 3), p. 1-83, 2016.

PARÁ. Decreto Lei Estadual nº 2.460, de 29 de dezembro de 1961. **Cria Novos Municípios no Território do Estado e Dá Outras Providências**. Disponível em: http://bancodeleis.alepa.pa.gov.br:8080/arquivos/lei2460_1961_28297.pdf. Acesso em 10/12/2019

RADOVANOVIC, C. A. T; BEVILAQUA, C. A; MOLENA-FERNANDES, C. A; MARCON, S. S. Intervenção multiprofissional em adultos com hipertensão arterial: ensaio clínico randomizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69, n. 6, p.1067-1073, dez. 2016.

RESENDE, A. K. M; LIRA, J. A. C; PRUDÊNCIO, F. A; SOUSA, L. S; BRITO, J. F. P; RIBEIRO, J. F; CARDOSO, H. L. A. Dificuldades de idosos na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Recife, **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, vol. 12, n. 10, pág. 2546-54. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236078/30140>> Acesso dia 11/10/2019.

SANTO ANTÔNIO DO TAUÁ: Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Santo Antônio do Tauá 2018-2021**. Santo Antônio do Tauá, 2018. p. 01 a 122.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: WHO; 2000.