

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TÁSSIA ÍVILA FREITAS DE ALMEIDA

INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
EM FORTALEZA-CE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

FORTALEZA

2016

TÁSSIA ÍVILA FREITAS DE ALMEIDA

**INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTEMICA EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE EM FORTALEZA-CE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Prof^a Me. Luciana Passos Aragão

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F938i Freitas de Almeida, Tássia Ívila.
Intervenção para controle de hipertensão arterial sistêmica em unidade de atenção primária à saúde em Fortaleza-CE : Relato de experiência / Tássia Ívila Freitas de Almeida. – 2016.
26 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2016.
Orientação: Profa. Ma. Luciana Passos Aragão.

1. hipertensão. 2. prevenção e controle. 3. adesão à medicação. 4. atenção primária à saúde. I. Título.
CDD 362.1

TÁSSIA ÍVILA FREITAS DE ALMEIDA

**INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTEMICA EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE EM FORTALEZA-CE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Unasus) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Me. Luciana Passos Aragão

Prof^a. Maria da Conceição dos Santos Oliveira

Prof^a. Dra. Virgínia Oliveira Fernandes

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial que se caracteriza por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, frequentemente associada às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e às alterações metabólicas. No entanto, apesar dos avanços no conhecimento de sua fisiopatogenia e tratamento, a hipertensão continua a manter baixas taxas de adesão e controle, com consequentes repercussões nos altos índices de morbidade e mortalidade cardiovascular relacionadas a ela. O controle da pressão arterial nos hipertensos tem ligação muito estreita com a correta adesão ao tratamento prescrito. Foi observado que na Unidade de Atenção Primária à Saúde Francisco Domingos da Silva, em Fortaleza – Ceará, muitos pacientes apresentavam dificuldade em seguir corretamente a prescrição médica por diversos fatores, entre eles baixa escolaridade e dificuldade em compreender o nome dos medicamentos. Na perspectiva de aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão, minimizando as intercorrências e complicações advindas do descontrole pressórico, este estudo se propõe a intervir com o intuito de facilitar o reconhecimento dos fármacos e sistematizar sua correta posologia junto aos hipertensos.

Palavras-chave: Hipertensão, prevenção e controle, Adesão à Medicação, Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a multifactorial clinical condition characterized by elevated and sustained blood pressure levels, often associated with functional and/or structural alterations of target organs and metabolic changes. However, despite advances in the knowledge of its pathophysiology and treatment, it still maintains low adherence and control rates, with consequent high rates of cardiovascular morbidity and mortality related to it. Control of blood pressure in hypertensive patients has a very close connection with the correct adherence to the prescribed treatment. It was observed that in the Primary Health Care Unit Francisco Domingos da Silva, in Fortaleza, Ceará, many patients had difficulties to follow the medical prescription due to several factors, among them low schooling and difficulty to understand the drugs names. Aiming a better adherence to the hypertension treatment, minimizing the complications, this study proposes to intervene in order to facilitate the recognition of the drugs and to systematize the correct dosage with the hypertensive patients.

Keywords: Hypertension, prevention & control, Medication Adherence, Primary Health Care

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	PROBLEMA.....	9
3	JUSTIFICATIVA.....	10
4	OBJETIVOS.....	11
	4.1. OBJETIVO GERAL	11
	4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
5	REVISÃO DE LITERATURA	12
6	METODOLOGIA	15
7	CRONOGRAMA	19
8	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	20
9	RESULTADOS.....	21
	REFERÊNCIAS	24
	APÊNDICE 1.....	26

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial que se caracteriza por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Frequentemente associa-se às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, conforme consenso da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

Apesar dos avanços no conhecimento de sua fisiopatogenia e tratamento, a hipertensão continua a manter baixas taxas de adesão e controle, com consequentes repercussões nos altos índices de morbidade e mortalidade cardiovascular relacionadas a ela (MACHADO; KAYANUMA, 2010). Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, em 2010, a prevalência da HAS no Brasil ficava em torno de 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% entre os indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos, impactando em alto custo para a saúde pública e afetando a qualidade de vida de grande parte da população. Desta forma, estratégias que visem melhorar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da hipertensão devem ser perseguidas por todos os profissionais de saúde que atuam na rede pública, privada e de seus gestores (MACHADO; KAYANUMA, 2010).

No Brasil, a forma atual de organização dos serviços na rede básica ou atenção primária, porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), é o Programa de Saúde da Família (MACHADO; KAYANUMA, 2010). Na assistência integral à saúde, preconizada pela estratégia de saúde da família, é necessário tratar o indivíduo como um todo e a unidade de atenção primária à saúde (UAPS) é que se insere neste contexto de prevenção, promoção e assistência, a fim de evitar complicações muitas vezes incapacitantes (BRASIL, 2002).

2 PROBLEMA

Durante o diagnóstico situacional que foi possibilitado pela disciplina Metodologia da Pesquisa, do curso de especialização em saúde da família realizado pela UNASUS em conjunto com a UFC, observou-se que um percentual considerável dos pacientes hipertensos atendidos na UAPS Francisco Domingos da Silva falha em atingir as metas de controle pressórico, apesar da frequência satisfatória às consultas médicas de rotina e relato de tentativas de mudanças de hábitos de vida e de adesão ao tratamento farmacológico. No entanto, percebeu-se, durante as consultas, que tais pacientes frequentemente confundiam os medicamentos prescritos, provavelmente devido ao uso concomitante de vários deles, cada um com nomenclatura não cotidiana; tal fato é agravado pela baixa escolaridade de grande parte dos pacientes, que muitas vezes vivem sozinhos e não tem auxílio de outras pessoas para lerem a receita médica. Soma-se a isso a constante variação de marca dos fármacos dispensados pelas farmácias do SUS. Resultando, assim, numa adesão irregular ao tratamento farmacológico da hipertensão, não por rejeição ao tratamento em si, mas por limitações de ordem social e biológica. Neste contexto, propomos um plano de intervenção que venha a minimizar a questão descrita, tornando o tratamento mais eficaz para o alcance das metas pressóricas.

3 JUSTIFICATIVA

A pressão arterial elevada representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular, levando a custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007). Como consequência dessa multiplicidade de complicações, a HAS situa-se então na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis, caracterizando-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006). Estudos mostram que a manutenção dos níveis tensionais inferiores a 140x90 mmHg está associada a diminuição das complicações cardiovasculares (CORREA et al, 2005).

O controle da pressão arterial nos hipertensos tem ligação muito estreita com a correta adesão ao tratamento prescrito. A não adesão à medicação é uma preocupação importante para os profissionais de saúde e para os gestores, sendo necessários esforços no sentido de melhorar a adesão aos tratamentos anti-hipertensivos. Há evidências na literatura apontando que quanto maiores os níveis de adesão, menores são as complicações geradas, fato este que modifica o perfil da morbimortalidade da doença e justifica os esforços para obtenção da melhor adesão ao tratamento proposto (MOURA et al, 2015). Vários fatores podem estar relacionados à adesão, incluindo as características do paciente, a qualidade da relação médico-paciente, a gravidade da doença, o acesso aos cuidados de saúde e fatores específicos relacionados à prescrição medicamentosa (SOUZA et al, 2014).

Nesse sentido, o objetivo final da terapia anti-hipertensiva é reduzir a morbimortalidade de pacientes que apresentam elevado risco cardiovascular.

4 OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Promover a adesão ao tratamento medicamentoso do paciente idoso hipertenso da UAPS Francisco Domingos da Silva, com vistas a um controle pressórico adequado.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Reorientar o fluxo da unidade de forma que os pacientes, após a consulta médica e dispensação dos medicamentos prescritos, retornem ao consultório para orientações;

Explicar o uso correto de cada medicamento com o auxílio visual das embalagens e das cores e formatos dos fármacos.

Descrever o perfil socioeconômico dos hipertensos atendidos na UAPS.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Pode-se conceituar adesão terapêutica conforme os autores Freitas, Nielson e Porto (2015): adesão é o grau em que o comportamento de uma pessoa em relação ao uso de medicamentos, seguimento de dieta ou mudanças de estilo de vida corresponde às recomendações de um profissional da saúde.

A não adesão ao tratamento é um problema multifatorial, influenciado por aspectos relacionados à idade (jovens ou idosos), sexo (homens ou mulheres), doença (crônica ou aguda), ao paciente (esquecimento, diminuição sensorial e problemas econômicos), problemas relacionados aos medicamentos (custo, efeitos adversos reais ou percebidos ou, ainda, horário de uso) ou equipe cuidadora de saúde (envolvimento ou relacionamento inadequado) (BENSON, VANCE-BRYAN, RADDATZ, 2000). Em cada um dos fatores, por sua vez, há condições que caracterizam a complexidade, não havendo estudos que auxiliem na compreensão da situação, justificada pela inexistência de métodos práticos, objetivos e abrangentes para avaliar a adesão à terapêutica medicamentosa (FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015).

A existência de fatores da não adesão ou abandono não está relacionada apenas ao ato de não tomar o medicamento prescrito, mas inclui também erros no cumprimento do esquema terapêutico, tais como redução da dose ou ingestão excessiva. O fenômeno da não adesão ou abandono é universal, observado em países ricos e pobres, em algum grau, mesmo para doenças com potencial risco de vida (FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015). Segundo a OMS (2003), aproximadamente 50 a 70% dos pacientes não aderem ao tratamento prescrito. Estudo realizado por Rosenfeld (2003) demonstrou que a proporção de idosos que não usam qualquer medicamento foi de 4 a 10%. Em pesquisa realizada no Brasil por Teixeira e Lefèvre (2001), cerca de 46% dos idosos portadores de hipertensão arterial interromperam o tratamento por conta própria. Já nos Estados Unidos, 50% dos portadores de hipertensão arterial param o tratamento antes do primeiro ano de terapia, sendo que, só em 1997, foram gastos U\$ 13,9 bilhões em internações hospitalares para tratar pacientes que não aderiram à farmacoterapia, conforme estudo de Benson, Vance-Bryan e Raddatz (2000). O acompanhamento farmacoterapêutico do paciente idoso é etapa fundamental para a promoção do uso correto dos medicamentos (TEIXEIRA; LEFÉVRE, 2001).

Adesão inadequada ao tratamento farmacológico deve ser identificada por profissionais de saúde principalmente quando se refere aos idosos com o objetivo de conhecer os fatores que a provocaram para se tomar medidas adequadas. Quando os medicamentos são

tomados em desacordo com a posologia prescrita podem ocasionar alterações de vários tipos: redução de benefícios, aumento dos riscos, ou ambos, o que contribui para o aumento dos custos dos serviços de saúde. Conhecer as causas de não adesão é importante para que os profissionais de saúde possam conscientizar os pacientes sobre a necessidade do seguimento correto da terapia prescrita, condição necessária para obtenção do benefício esperado (FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015).

Estudos recentes sobre a temática também confirmam que o uso da educação em saúde de forma planejada e com metodologia sistemática promove ações de adesão ao tratamento e promoção da saúde e também para o autocuidado. A abordagem educativa possibilita a ação colaborativa entre os profissionais, favorecendo o esclarecimento de dúvidas, atenuando as ansiedades pela convivência com problemas semelhantes já solucionados, bem como proporciona maior efetividade na aplicação de medidas terapêuticas (CESARINO, 2000). Além disso, o uso de tecnologias como os novos dispositivos de contagem de medicamentos e, até mesmo, ferramentas educativas (tablets, consultas gravadas, cartilhas) são utilizadas no intuito de aumentar a relação médico/paciente ou avaliar a adesão ao tratamento de forma mais precisa. (MOURA et al, 2015).

A relação profissional de saúde/paciente configura-se como parte crucial para que o paciente consiga aderir ao tratamento. Entre os fatores que contribuem para que a relação se estabeleçam ou não de forma efetiva, encontra-se: relação de confiança entre paciente/médico promove aumento na adoção de hábitos saudáveis de vida; quanto maior o número de visitas realizadas por profissionais de saúde capacitados, menores são os valores de pressão arterial encontrados; a comunicação é ponto importante para o sucesso da adesão à terapêutica e a presença de treinadores auxilia a compreender as barreiras que possam surgir na relação médico/paciente; estabelecer horários e encorajar o paciente a questionar-se sobre suas dúvidas melhoram o gerenciamento do cuidado ao paciente hipertenso uma vez que, pacientes não aderentes se sentem mais desconfortáveis a fazer suas perguntas aos médicos (MOURA et al, 2015). Destaca-se ainda o papel da equipe multiprofissional que é composta por diversos profissionais que atuam junto ao paciente hipertenso e promovem intervenções que visam mudanças nos hábitos de vida do paciente, bem como a adesão ao tratamento prescrito. Outro aspecto relevante é a educação permanente dos profissionais. Ela deve ser constante para prestar sempre um melhor atendimento ao paciente (MOURA et al, 2015).

Como demonstrado, diversos estudos abordam a não adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão tanto no Brasil como no mundo, apontando sua alta frequência e causalidade multifatorial. Tais estudos não abordaram especificamente a baixa escolaridade

associada a dificuldade na nomenclatura farmacológica como causa da não adesão ao tratamento farmacológico.

6 METODOLOGIA

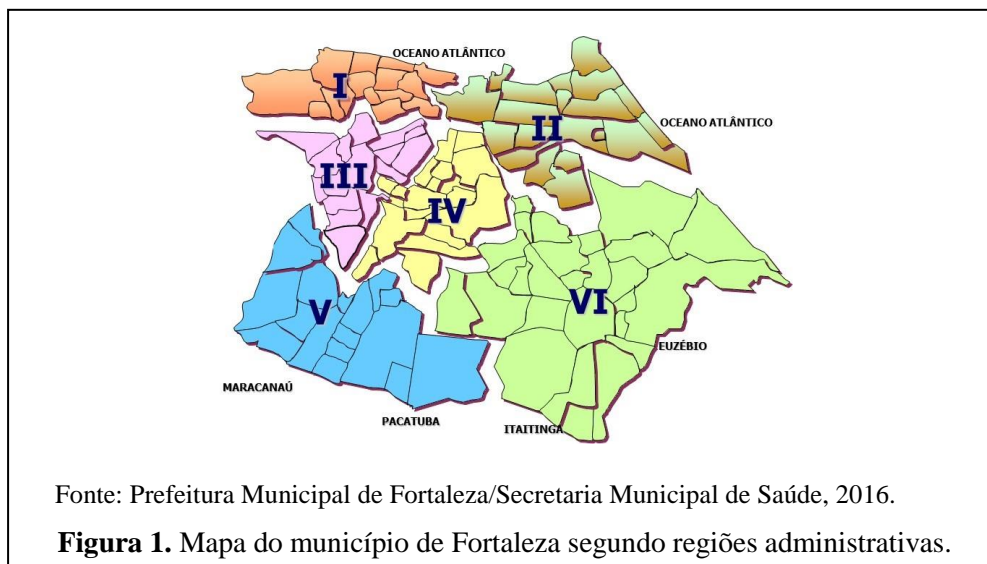
a. Tipo do estudo

Trata-se de um projeto de intervenção prospectivo realizado com os pacientes atendidos no programa de hipertensão da Unidade de Atenção Primária à Saúde Francisco Domingos da Silva, no município de Fortaleza-CE, no período de setembro a dezembro de 2016.

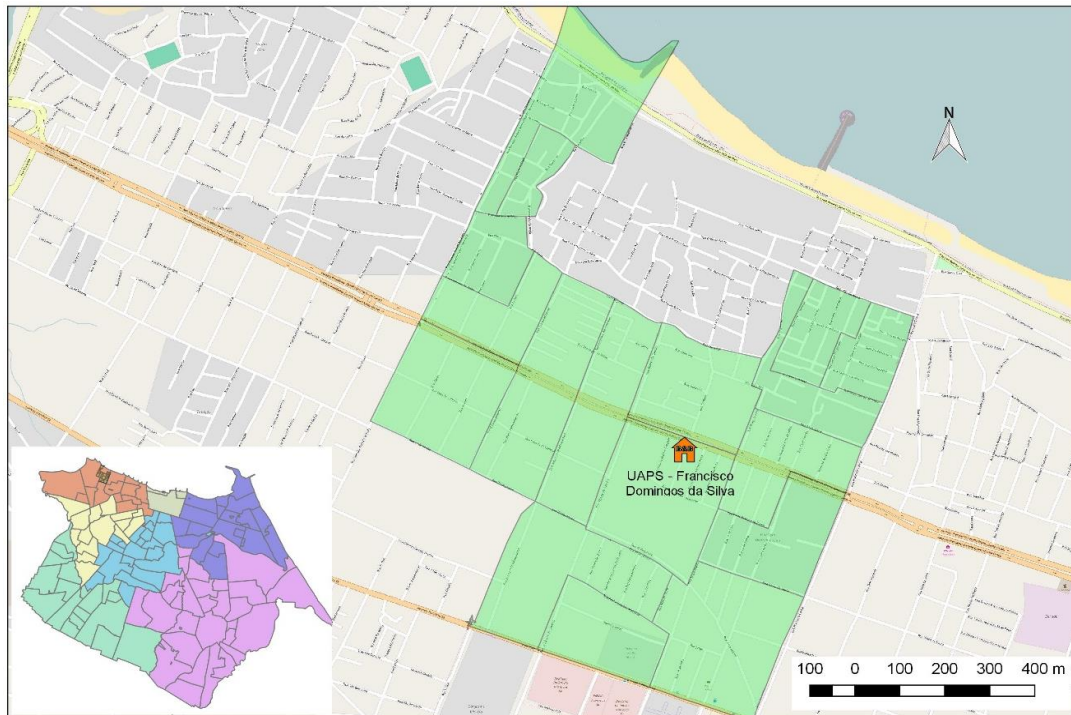
b. Local do estudo

Fortaleza, cidade litorânea e capital do estado do Ceará, é classificada como a quinta maior cidade do país em população, sendo esta estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2.500.194 milhões de habitantes para o ano de 2012. Possui área territorial estimada em 314.930 km². Fortaleza está dividida administrativamente em sete Secretarias Executivas Regionais, que vão de I a VI mais a Regional do Centro (Cercefór). Essas regionais abrigam atualmente 119 bairros em cinco distritos que, historicamente, era vilas isoladas ou mesmo municípios antigos que foram incorporados à capital em decorrência da expansão dos limites do município. (PMF, 2016).

A Regional I é composta de 15 bairros, totalizando uma população de 363.912 habitantes, distribuídos em 24,4 km². Destes, 17.205 (5,1%) são pessoas com idade superior a dez anos que vivem em situação de pobreza. A taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos é de 7,1% (21.167) e a renda média é de 2 salários mínimos. 85% dos domicílios possuem abastecimento de água encanada e 99,5% tem rede elétrica. Do total de 363.912 habitantes, 11,2% tem acima de 60 anos (36.296 pessoas) (IBGE 2010).



A Unidade de Atenção Primária À Saúde (UAPS) Francisco Domingos da Silva, objeto deste estudo, situa-se na Regional I. Sua área adscrita é de aproximadamente 1 km² com uma população total de 14.416 pessoas, sendo que 9.500 pessoas estão vinculadas à unidade e 2.500 (26,3%) são hipertensos.



Fonte: IBGE, 2010; PMF/SMS, 2016.

Figura 2. Área adscrita da UAPS Francisco Domingos da Silva.

c. Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo todos os pacientes atendidos no programa Hiperdia com consultas agendadas para o mês de setembro de 2016 com a médica da Equipe Amarela da Saúde da Família. Foi considerado critério de exclusão pacientes de primeira vez, ou seja, caso novo de hipertensão. Também foram excluídos do estudo os pacientes que não compareceram para a consulta de retorno após 3 meses.

d. Processo de coleta de dados

Paciente chega na unidade para sua consulta agendada. Antes de dirigir-se ao consultório médico, sua pressão arterial é aferida pela técnica de enfermagem da unidade na sala de acolhimento, seguindo o protocolo: pede-se ao paciente para estender preferencialmente

o braço esquerdo com a palma da mão voltada para cima. O manguito do aparelho para aferição da pressão arterial é então firmemente colocado cerca de 2 cm a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial para correta colocação do manguito e verificação da adaptação do mesmo à circunferência de seu braço (deve corresponder a 40% da circunferência braquial, para a largura; e 80% para o comprimento), evitando possíveis erros durante a aferição. O paciente era então orientado a não realizar movimentos com o braço, mantendo-o repousado na altura do coração e a não conversar; a aferição da pressão arterial era realizada e registrada em formulário. Depois deste procedimento, o paciente aguarda ser chamado para a consulta médica.

No consultório médico, após feito o convite para participar do estudo e efetuados os esclarecimentos sobre todos os procedimentos a serem realizados, a médica realiza avaliação do grau de entendimento do paciente sobre a nomenclatura e a medicação. A avaliação foi realizada solicitando ao paciente para ler o nome do medicamento e a posologia constantes na última prescrição, explicando a forma de uso. Neste momento também são colhidos dados socioeconômicos através de entrevista com o paciente (apêndice 1). Ao fim da consulta, o paciente recebe sua prescrição médica em receituário próprio da unidade, sendo direcionado para a farmácia receber a medicação e em seguida retornar ao consultório para receber a orientação, quando então a médica, munida dos medicamentos, explica novamente a receita, agora com auxílio visual.

O retorno de cada paciente foi agendado para 3 (três) meses, conforme rotina do serviço, ocasião na qual foi aferida a PA de retorno (PA pós intervenção) conforme o mesmo protocolo e anotada no formulário.

Todos os pacientes receberam a mesma intervenção, ou seja, a médica realizou pessoalmente a orientação visual sobre o uso do medicamento após a dispensação pela farmácia da unidade.

e. Análise de dados

Os dados do formulário foram digitados em uma planilha Excel e posteriormente importados para o software SPSS v 20.0 para realização da análise descritiva das variáveis clínicas e sócio demográficas dos pacientes do estudo. Os dados foram analisados em valores absolutos, médias, proporções e apresentados em forma de tabelas e figuras. Na análise bivariada do controle pressórico, considerou-se como desfecho pressão arterial normal e pressão arterial elevada; e como variáveis independentes sexo, faixa etária (<50 anos, 50-69 anos, >70), escolaridade (analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental

completo), situação civil (com companheiro, sem companheiro). Na análise foi realizado teste qui-quadrado de Pearson sendo considerado significativo $p < 0.005$.

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

É necessário para execução do projeto a participação da médica da equipe e de toda a equipe de saúde da família para orientar os usuários; o apoio da técnica em dispensação de medicamentos e do controlista de acesso para reorientar o fluxo dentro da unidade; além do apoio da coordenação da Unidade e da gestão municipal, principalmente no que diz respeito à disponibilidade dos medicamentos.

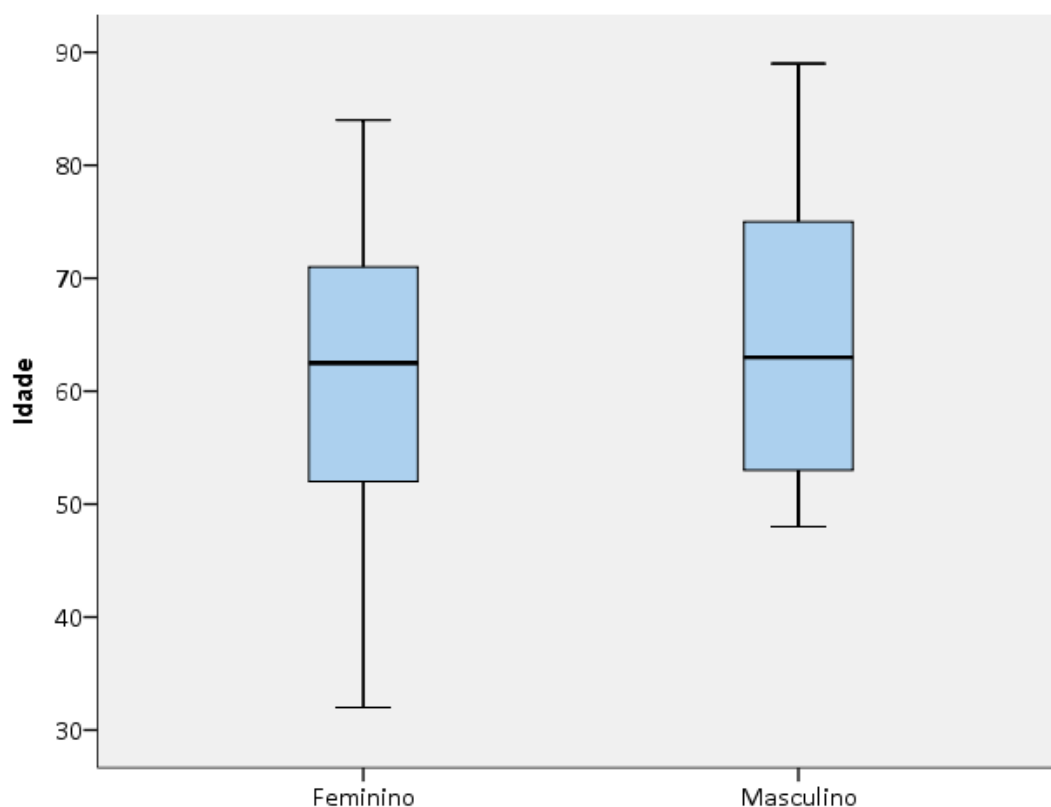
Em relação aos recursos materiais, é necessário: esfigmomanômetro, estetoscópio, resma de papel A4, computador com prontuário eletrônico, impressora e toner para impressora, caixa de caneta esferográfica; medicamentos de uso corrente para hipertensão disponíveis na rede pública, em quantidade suficiente na farmácia da Unidade.

9 RESULTADOS

Foram incluídos no presente estudo 42 pacientes atendidos no programa Hiperdia da equipe amarela da UAPS Francisco Domingos da Silva durante o mês de setembro de 2016.

Dos 42 pacientes, 65% eram do sexo feminino e 35% do sexo masculino. Entre as mulheres, a idade mínima foi 32 anos e a máxima de 84 anos (média 61,2 anos \pm desvio padrão 13,0). Entre os homens, a idade mínima foi de 48 anos e a máxima 89 anos com média de 65,6 anos \pm desvio padrão 12,8 (Gráfico 1).

Gráfico 1. Box-Plot da idade dos pacientes hipertensos atendidos na UAPS Francisco Domingos da Silva, Fortaleza-CE, Setembro de 2016.



Observou-se na população estudada um grande número de analfabetos, compondo 40,5% do total. Entre os analfabetos, 76,5% tinham pressão controlada e 23,5% tinham pressão elevada. Os pacientes com ensino fundamental incompleto representaram 45,2% do total e apenas 14,3% possuem ensino fundamental completo (Tabela 1).

Tabela 1 – Associação entre o nível pressórico antes da intervenção e as características estudadas nos pacientes atendidos na UAPS Francisco Domingos da Silva, Fortaleza-CE, setembro 2016.

	Nível Pressórico				Total		<i>p</i>
	Normal		Alta		N	%	
	n	%	N	%			
Idade							
<= 50	3	50.0	3	50.0	6	14.3	0.176
51 - 69	18	81.8	4	18.2	22	52.4	
70 e+	12	85.7	2	14.3	14	33.3	
Sexo							
Feminino	22	78.6	6	21.4	28	66.7	0.999
Masculino	11	78.6	3	21.4	14	33.3	
Situação civil							
Com companheiro	19	76.0	6	24.0	25	59.5	0.622
Sem companheiro	14	82.4	3	17.6	17	40.5	
Escola							
Analfabeto	13	76.5	4	23.5	17	40.5	0.938
Fundamental incompleto	15	78.9	4	21.1	19	45.2	
Fundamental completo	5	83.3	1	16.7	6	14.3	
Leu nome da medicação							
Sim	21	80.8	5	19.2	26	61.9	0.658
Não	12	75.0	4	25.0	16	38.1	
Leu posologia							
Sim	12	85.7	2	14.3	14	33.3	0.425
Não	21	75.0	7	25.0	28	66.7	
Explicou o uso							
Sim	26	100.0	0	0.0	26	61.9	<0.001
Não	7	43.8	9	56.3	16	38.1	
	33	78.6	9	21.4	42	100.0	

Fonte: próprio autor

Não foi observada associação estatisticamente significativa entre o desfecho (ter pressão elevada ou pressão controlada) e as variáveis sexo, idade, situação civil, escolaridade, capacidade de ler o nome da medicação e capacidade de ler a posologia. Entretanto, quando solicitado, 61,9% dos pacientes conseguiram explicar corretamente a posologia previamente prescrita e 38,1% não conseguiram. Entre os que não conseguiram, 56,3% apresentavam pressão alta, evidenciando associação estatisticamente significativa entre o nível pressórico e a capacidade de explicar a posologia ($p < 0.001$) (Tabela-1).

Na primeira consulta, 78,6% dos pacientes (33 indivíduos) apresentavam pressão arterial controlada e 21,4% (9 indivíduos) apresentavam valores pressóricos elevados (igual ou

maior que 140mmHg para pressão arterial sistólica e igual ou maior que 90mmHg para pressão arterial diastólica, segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016).

Na consulta após a intervenção, 76,2% dos pacientes (32) apresentaram pressão arterial controlada e 23,8% (10 pacientes) apresentaram pressão arterial elevada. Sendo que dos 33 pacientes que tinham apresentado pressão arterial controlada na primeira consulta, 28 permaneceram com valores normais de PA na segunda consulta e 5 apresentaram PA elevada. Dos 9 pacientes que antes da intervenção estavam com PA elevada, 4 apresentaram-se com PA controlada após a intervenção e 5 mantiveram valores elevados de PA.

Limitações da pesquisa

A principal dificuldade encontrada durante a execução do projeto foi o fato de que muitas vezes os medicamentos prescritos estavam em falta na farmácia, diminuindo a eficácia da intervenção pois não havia o auxílio visual de todas as medicações.

Considerações finais

Com essa intervenção simples e de baixo custo, espera-se uma melhoria da adesão ao plano terapêutico por parte dessa população hipertensa e idosa, com conseqüente melhoria do controle pressórico e diminuição dos eventos adversos fatais e não fatais relacionados à hipertensão descompensada; tendo como desdobramento a redução dos gastos com o tratamento desses eventos adversos, que via de regra são de alto custo para a saúde pública.

Outro benefício da intervenção proposta é a humanização do cuidado com o doente hipertenso, visto neste contexto não apenas como uma pessoa que necessita de receitas médicas, mas sim como um ser humano que tem particularidades e fraquezas que não podem ser negligenciadas. Desse modo, atendemos aos princípios de equidade e integralidade do SUS.

REFERÊNCIAS

- BENSON, S; VANCE-BRYAN K, RADDATZ J. **Time to patient discontinuation of antihypertensive drugs in different classes.** *American Journal of Health-System Pharmacy*, Estados Unidos, vol 57: 51-54, 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma operacional de assistência à saúde – NOAS-SUS – 01/02.** Brasília (Brasil). Ministério da Saúde, 2002.
- CESARINO, CB. **Eficácia da educação conscientizadora no controle da hipertensão arterial sistêmica** [tese]. São José do Rio Preto (SP): Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2000.
- CORREA, Thiago Domingos; NAMURA, Jose Jorge; SILVA, Camila Atallah Pontes,, CASTRO, Melina Gouveia; MENEGHINI, Celso Ferreira. **Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento.** *Arquivos Médicos do ABC*, Santo André, vol 31(2): 91-101, 2005.
- FREITAS, Jacqueline Gleice Aparecida; NIELSON, Sylvia Escher de Oliveira; PORTO, Celmo Celeno. **Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura.** *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, vol 13(1): 75-84, 2015.
- MACHADO, Carlos Alberto; KAYANUMA, Edson. **Estratégias para implementar medidas de prevenção primária da hipertensão.** *Revista Brasileira de Hipertensão*, São Paulo, vol.17(2):111-116, 2010.
- MOURA, André Almeida; GODOY, Simone; TOGNOLI, Sílvia Helena; MENDES, Isabel Amélia Costa. **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial no contexto da atenção primária à saúde: revisão integrativa.** *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, Recife, vol 9(4): 7420-30, 2015.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **A cidade.** Disponível em: <<https://www.fortaleza.ce.gov.br/a-cidade>> Acesso em novembro 2016.
- ROSENFELD, S. **Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol 19(3): 717-24, 2003.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.
- SOUZA, Clarita Silva de; STEIN, Airton Tetelbom; BASTOS, Gisele Alsina Nader; PELLANDA, Lucia Campos. **Controle da pressão arterial em hipertensos do programa Hiperdia: estudo de base territorial.** *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, vol. 102 (6), 571-578, 2014.

TEIXEIRA, JJV; LEFÉVRE, F. **A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso.** *Revista Saúde Pública*, São Paulo, vol 35(2):207-13, 2001.

APÊNDICE 1

I – FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

DADOS DOS PACIENTES	
Data primeira consulta ____/____/____	Data segunda consulta ____/____/____
NOME:	
PA antes intervenção (_____)	PA pós intervenção (_____)
Leu nome do medicamento SIM () NÃO ()	
Leu a posologia SIM () NÃO ()	
Explicou corretamente a forma de uso do medicamento SIM () Não ()	
1. Idade: (anos)	2. Naturalidade:
3. Sexo: 1 () Feminino 2 () Masculino	
4. Raça /Cor: 1 () Branca 2 () Preta 3 () Parda 4 () Amarela 5 () Indígena	
5. Estado civil: 1 () Casado 2 () União estável 3 () Solteiro 4 () Viúvo 5 () Separada	
6. Escolaridade: 1 () Analfabeto 2 () Fundamental incompleto (menos de nove anos) 3 () Fundamental completo (nove anos completos) 4 () Ensino médio incompleto (menos de doze anos) 5 () Ensino médio completo (doze anos completos) 6 () Superior Incompleto 7 () Superior Completo	

8 () Pós-Graduação
7. Trabalho remunerado 1 () Trabalho fora de casa 2 () Trabalho dentro de casa 3() Sem trabalho remunerado
8. Renda familiar (em Salário Mínimo): 1 () Menos de um 2 () Um a dois 3 () Três a quatro 4 () Cinco a seis 5 () Sete a oito 6 () Nove a dez 7 () Acima de dez
9. Número de cômodos no domicílio: _____ cômodos 1 () Um 2 () Dois a Três 3() Mais de quatro
10. Número de pessoas que residem no domicílio: 1 () Um 2 () Dois a Três 3 () Mais de quatro