

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ADESÃO DO PACIENTE HIPERTENSO AO TRATAMENTO:
UMA PROPOSTA DE AÇÃO**

NOME: LUCIA DAIHANA GODOY LOPEZ
Orientadora: Profª Drª MÁRCIA BARBIERI

SÃO PAULO

2014

Sumário

	Página
Introdução.....	3
Justificativa da Intervenção.....	4
Objetivos.....	4
Revisão Bibliográfica.....	5
Metodologia.....	7
Resultados Esperados.....	8
Cronograma.....	9
Referências.....	9

1. Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada 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 consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública.

Fatores de risco para HAS: Idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, genética, estilo de vida, etc.¹

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.¹

Recomendações para o seguimento: prazos máximos para reavaliação*

Pressão Arterial Inicial (mmHg)**

Sistólica	Diastólica	Seguimento
<130	<85	Reavaliar em 1 ano Estimular mudanças de estilo de vida
130-139	85-89	Reavaliar em 6 meses*** Insistir em mudanças do estilo de vida
140-159	90-99	Confirmar em 2 meses*** Considerar MAPA/MRPA

160-179	100-109	Confirmar em 1 mês*** Considerar MAPA/MRPA
≥180	≥110	Intervenção medicamentosa imediata ou reavaliar em 1 semana***

** Modificar o esquema de seguimento de acordo com a condição clínica do paciente. ** Se as pressões sistólicas ou diastólicas forem de estágios diferentes, o seguimento recomendado deve ser definido pelo maior nível de pressão. *** Considerar intervenção de acordo com a situação clínica do paciente (fatores de risco maiores, doenças associadas e lesão em órgãos-alvo).¹*

Sabe-se que a hipertensão arterial é um fator de risco à morbidade e mortalidade cardiovascular, pois mais de dois terços dos pacientes com pressão arterial elevada, nos Estados Unidos, tem pouco controle da pressão arterial. No Brasil, a doença coronariana, as cérebro vasculares e insuficiência cardíaca representam a principal causa de morbimortalidade, sendo a hipertensão considerada basilar fator de risco para essas doenças. Desta forma, para o controle da hipertensão é fundamental, além do tratamento farmacológico, igualmente o controle de seus fatores de risco.²

Destacam-se a necessidade do trabalho multiprofissional e interdisciplinar para lidar com o portador de HAS e o cuidado domiciliar como uma estratégia privilegiada para maior adesão ao tratamento da doença.³

Em 2002, através da portaria GM nº 371/02 surge o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para HAS e DM (Programa Hiperdia), como parte complementar do Plano Nacional de Reorganização da Atenção Primária, foi priorizado neste plano a confirmação de casos suspeitos, elaboração de protocolos de atendimento clínico e treinamento dos profissionais de saúde, assegurando a distribuição gratuita de medicação.⁴

2. Justificativa

Durante os primeiros sete meses de trabalho na Unidade de Saúde Jardim Brasil, do Município de Guarujá, Estado de São Paulo e após um levantamento dos dados realizado, tendo as características da população, observa-se um elevado número de pacientes hipertensos e uma baixa taxa adesão ao tratamento, razão pela qual se tomou a iniciativa de realizar este projeto de intervenção.

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral

Estimular a adesão ao tratamento do paciente hipertenso da área de abrangência da Equipe Laranja da Unidade de Saúde Jardim Brasil do Município de Guarujá, São Paulo.

3.2. Objetivos específicos

- Construir um plano de ação para conscientizar o indivíduo hipertenso para adesão ao tratamento
- Aplicar e acompanhar o plano de ação

4. Revisão bibliográfica

A Hipertensão Arterial é um dos grandes problemas da saúde pública. Uma das principais razões do escasso avanço na efetividade das intervenções para a adesão do paciente ao tratamento é a falta de conhecimento dos fatores determinantes psicológicos e sociais. ⁵

A HAS tem um início assintomático, mas, com o tempo, advêm demandas decorrentes da doença e de seu tratamento, podendo ocorrer algum tipo de incapacidade, que pode ser: de ordem física (eliminatória, sensitiva, motora); cognitiva, como o comprometimento da orientação, do raciocínio e da tomada de decisão; social, como a dependência física e financeira dos familiares e a modificação no desempenho de papéis; e psicológica, quando ocorre baixa autoestima, déficit motivacional, depressão, ansiedade, agressividade, negação da doença, etc.

Para o alcance da autogestão do indivíduo hipertenso é requerida uma equipe interdisciplinar que possua conhecimento de hipertensão arterial, gestão e dedicação de tempo de qualidade para monitorar, incentivar e apoiar à autogestão, pois deve compreender o indivíduo e sua família nas questões culturais, sociais, educativas, emocionais, crenças e valores. ²

Conceito de autogestão pode ser definido como um processo dinâmico e ativo, o qual requer conhecimento, atitude, disciplina, determinação, comprometimento, autorregulação, empoderamento e autoeficácia, a fim de gerir a doença para o alcance de viver saudável. ²

Principais fatores que podem influenciar na não adesão ao tratamento anti-hipertensivo^{1,6,7}

Falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar a doença assintomática e crônica;

Nível socioeconômico, estado civil, idade;

Baixa escolaridade e renda;

Aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências no contexto familiar;

Baixa autoestima;

Relacionamento inadequado com a equipe de saúde;

Dificuldades de acesso aos serviços de saúde;

Tempo de espera associado a tempo de atendimento;

Falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço;

A falta de legibilidade nas receitas;

Ausência de sintomas;

Hábitos de vida e cultura;

Não percepção da seriedade do problema;
Custos dos medicamentos, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos.

Estratégias para implementação de medidas de prevenção

A implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde - SUS, enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde. ¹

A efetividade da participação da equipe de saúde, de forma sistemática e integralizada, no acompanhamento da pessoa hipertensa envolve o aspecto psicoemocional, o fornecimento de orientação e a elucidação de dúvidas sobre a prevenção e o controle dos problemas de saúde, repercutindo na adesão ao tratamento. ²

A educação em saúde é uma poderosa ferramenta de trabalho e se constitui numa das intervenções mais bem sucedidas para melhoria da adesão e autogestão da pessoa com doenças crônicas, especialmente se a proposta educativa estiver centrada nas crenças e preocupações sobre suas condições de saúde e de tratamento, pois um acesso maior e de fácil entendimento às informações contribui significativamente para a melhora da qualidade de vida. Incluindo capacitação de pacientes com o apoio familiar, mantendo a autonomia do cuidado e na solução de problemas, participando das decisões clínicas sob supervisão das equipes de saúde. ^{2,8,4}

Mudança no estilo de vida como alimentação controlada, baixo consumo de sódio e álcool, combate ao estresse, sedentarismo e tabagismo são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS. ⁹

Para o manejo de indivíduos com comportamento limítrofe da PA recomenda-se considerar o tratamento medicamentoso apenas em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto. Até o presente, nenhum estudo já realizado tem poder suficiente para indicar um tratamento medicamentoso para indivíduos com PA limítrofe sem evidências de doença cardiovascular. ¹

As ofertas de práticas de atividade física são importantes medidas que buscam a intersetorialidade para a melhoria dos espaços públicos, visando ao estímulo, da população e de grupos mais vulneráveis. ⁷

A adoção de uma linha de cuidado no âmbito destes agravos também é importante, com uma rede de serviços que suporte as demandas surgidas e com um projeto terapêutico apropriado a cada usuário, valorizando a integralidade do cuidado, a articulação intersetorial, as condições e necessidades locais e a autonomia dos sujeitos. ⁷

Reforçar a importância das orientações domiciliares por permitirem, além da aproximação do profissional à realidade familiar (ambiente físico, material e afetivo) do portador de HAS e verificar o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde.^{3,10}

5. Metodologia

5.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A intervenção envolve os pacientes hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde da Família da equipe Laranja.

A população envolvida constitui-se de pacientes hipertensos e a equipe Laranja composta por 1 Médico, 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem e 4 Agentes Comunitários de Saúde.

5.2 Cenário da intervenção

As ações serão realizadas por meio da visita domiciliar aos pacientes hipertensos pertencentes à área de abrangência da Equipe Laranja. As palestras serão ministradas na sala de reuniões da Unidade de saúde a caminhada na ciclovia do bairro Morrinho II.

5.3 Estratégias e ações

1. Identificação da população de pacientes hipertensos cadastrados da equipe laranja da unidade por meio do acolhimento e a busca ativa.
2. Capacitação da equipe que atuara no projeto de ação
3. Realizar visita domiciliar aos hipertensos que não vão a consulta
4. Convocar aos pacientes em grupos de 20 pessoas na Unidade de Saúde para receber orientações e conscientização sobre sua doença
5. Realizar os grupos de orientação de 15 em 15 dias para os pacientes
6. Realizar caminhadas com os pacientes.
7. Cadastrar aos pacientes no programa HIPERDIA e continuar o acompanhamento por meio de consultas agendadas na Unidade de 3 em 3 meses.

Ação	Responsável
Capacitação da equipe	Médica e Enfermeira
Identificação dos pacientes hipertensos	Enfermeira e ACS
Realizar visita domiciliar aos pacientes que não consultam regularmente	ACS
Realizar grupos de 20 pacientes para assistir a palestras cada 15 dias	Equipe
Realizar reuniões semanais para avaliar a ação	Equipe
Realizar caminhada 2 vezes por semana com pacientes	ACS
Cadastrar aos pacientes no programa Hiperdia e continuar acompanhamento por médio de consultas agendadas	Medica e Enfermeira

Temas a serem abordados:

- Hipertensão como doença assintomática
- Estilo de vida: Alimentação, exercício e tabagismo
- Complicações da Hipertensão Arterial e importância da adesão ao tratamento

5.4. Avaliação e Monitoramento

Se realizarem reuniões semanais com a equipe de Saúde para avaliar a participação dos pacientes e as possíveis estratégias para melhorar a intervenção do projeto.

Aplicação do questionário (Anexo1) ao final de cada reunião a serem completado pelos pacientes.

Avaliar ao final do projeto a porcentagem de participação e o numero de agendamento das consultas individuais em relação.

6. Resultados Esperados

Espera-se maior aderência ao tratamento dos pacientes hipertensos por médio da conscientização sobre sua doença e suas possíveis complicações.

7. Cronograma

Atividades	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Elaboração do projeto	x	x					
Identificação da população	x	x					
Estudo do referencial teórico/ Revisão bibliográfica	x	x	x	x	x	x	
Implantação do projeto			x	x	x		
Análise dos resultados			x	x	x	x	
Divulgação dos resultados							x

8. Referências

1. Tavares A, Brandão AA, Sanjuliani AF, Da Rocha AN, Machado CA, Negrão CE, et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Hipertensão. 2010 jan-mar;13(1):8-25.
2. Baldino AFA, Montovani MF, Lacerda MR, Mier MJ. Análise conceitual de autogestão do indivíduo hipertenso. Rev. Gaúcha Enferm.[online] 2013; 34(4): 37-44 <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000400005>.
3. Ribeiro AG, Cottal RMM, Silval LS, Ribeiro SMR, Dias CMGC, Mitrell SM, et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. Rev. Nutr. 2012; 25(2): 271-82.
4. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013; 18(6): 1763-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001400027>
5. Buendía JA, Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva. Biomédica. 2012 oct-dec;32(4):578-84.
6. Santos ZMSA, Marques AC, Carvalho YP. Fatores relacionados à adesão ao tratamento do usuário hipertenso. Rev Bras Promoc Saude, Fortaleza, 26(2); abr.-jun 2013: 298-306.
7. Oliveira EAF, Almeida AB, Souza EECM, Paula NCS, Pereira ER, Moreira RO, et al. Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde. Rev APS. 2011 jul-set; 14(3): 319-326.

8. Ferreira FM, Cruz MJB, Santos DF, Linhares MP, Andrade RA. Fatores relacionados à adesão farmacoterapêutica de pacientes hipertensos acolhidos na estratégia de saúde da família. Rev. APS. 2013 jul-set; 16(3): 258-68.
9. Ferreira GS. O perfil do paciente atendido por um programa de controle de hipertensão em uma unidade básica de saúde de um município do Rio Grande do Sul. [Especialização] Porto Alegre: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado 2009 Jul 16]. (Cadernos de Atenção Básica; no.16)