



ALUNA: DRA. MERCEDES BLANCH ESTERIZ

ORIENTADOR: VANESSA BALIEGO

IMPORTANCIA DA ADESSAO DOS PACIENTES HIPERTENSOS AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSAO ARTERIAL SISTOLICA

GUARULHOS - SP

2014

Sumário

1.	Introdução.....	3
2.	Objetivos.....	4
2.1	Objetivo Geral	4
2.2	Objetivos específicos	4
3.	Revisão Bibliográfica.	4
4.	Metodologia	8
5.	Resultados esperados	9
6.	Cronograma	9
7.	Referências.....	10

1. INTRODUÇÃO

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.

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.

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. 7,8 Estudos epidemiológicos realizados em algumas cidades brasileiras mostram prevalentes de pressão arterial acima de 140/90mmHg entre 22,3 a 44% da população, sendo este último valor observado em Cotia/SP.

Na UBS no município Guarulhos/SP na UBS Cumbica II micro 087. identificou-se na população adstrita cerca de mais de 4575 pessoas, que 38 % são hipertensos com uma idade pro médio de 33 anos , esta doença começa afetar lá população a Tempra na idade, as pessoas idosas cadastradas tem muitas morbidades crônicas, muitos moram sozinhos , outros com famílias que não prestam atenção ao idoso, quando começamos a trabalhar ah 1 ano identificamos a quantidade de pacientes hipertensos que assiste a consulta de emergência que não faz tratamento da doença a pesar de ter acompanhamento pelo equipe de saúde.

Nos meses abril-julho identificou-se nas consultas de acolhimento 114 casos de urgência hipertensiva, 5 deles com AVC, 2 IMA na faixa etária de maior de 50 anos, pesquisamos que nenhum deles esteve adscrito ao tratamento, sim informação alguma da doença.

Diante deste cenário, decidimos fazer um trabalho de intervenção para identificar os fatores de risco mais importantes que impede a adesão do paciente com hipertensão arterial ao tratamento, para reduzir as complicações e óbitos associados da doença e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Reduzir o número de pacientes que assistem lá UBS com urgência e emergência hipertensiva por não adesão ao tratamento bem com suas consequências para a população referida pertencente a área 087 da UBS Cumbica II do município Guarulhos /São Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar os principais fatores de risco que afetam os pacientes que não se adesan ao tratamento da Hipertensão arterial sistólica (HAS).
- Melhorar o estilo de vida dos pacientes utilizando métodos educativos.

3.Revisão bibliografia

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 consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.¹

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 co 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%.^{5,6} Por tratar-se de uma patologia oligosintomática 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.² 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.³ 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. ^{7,8} 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 pedi-átrica⁴

- **Sexo e etnia** Dados da literatura indicam que o sexo não representa fator de risco para hipertensão, mostrando que a prevalência global entre homens (26,6%; IC 95% 26,0-27,2%) e mulheres (26,1%; IC 95% 25,5-26,6%) é bastante próxima. A incidência é maior em homens até 50 anos e em mulheres a partir da sexta década. Os afrodescendentes apresentam prevalência consideravelmente maior que indivíduos brancos.

- **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/m² 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 acetaldéido. 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.

- Procedimento de medida da pressão arterial - Medir a circunferência do braço do paciente. - Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço. - Colocar o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3cm. - Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial. - Estimar o nível da pressão sistólica (palpar o pulso radial e inflar o manguito até o seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto antes da medida. - Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva. - Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. - Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4mmHg por segundo). - Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff). - Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). - Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento; depois proceder à deflação completa. - Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores de sistólica/diastólica/zero. - Esperar 1 a 2 minutos antes de novas medidas. - Informar os valores de pressão obtidos para o paciente. - Anotar os valores e o membro.⁵

- Preparo do paciente para medida da pressão arterial - Explicar o procedimento ao paciente. - Repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. - Evitar bexiga cheia. - Não praticar exercícios físicos 60 a 90 minutos antes da medida. - Não ingerir café, bebida alcoólica, café e não fumar 30 minutos antes. - Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito. - Posicionar o braço na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para a cintura e o cotovelo ligeiramente fletido. - Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. - Solicitar para que o paciente não fale durante a medida.⁵

CLASSIFICAÇÃO PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg) DIASTÓLICA (mmHg):

Ótima < 120 < 80 Normal < 130 < 85 Limitrofe 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

A terapêutica para doenças crônicas, como hipertensão arterial, recebe frequentemente novos medicamentos. Atualmente, não faltam ensaios clínicos que apresentam novas drogas ou esquemas de associação de outras já conhecidas^{1,2}. Entretanto, mesmo com todo esse investimento, quem trata de pacientes com essas condições continua esbarrando em um problema secular, a falta de adesão à terapêutica, seja ela medicamentosa ou não.

A hipertensão arterial possui evolução silenciosa e lenta e seu tratamento requer mudanças dietéticas e comportamentais, além de rigor ao seguir a prescrição medicamentosa. E, ainda, os desfechos prevenidos por esses cuidados são de longo prazo: lesão de órgãos-alvo e mortalidade. Em relação à hipertensão arterial sistólica isolada o seguimento é ainda mais difícil, porque é condição relacionada à faixa etária mais avançada. Barbosa et al.³ mostraram frequência 11,6 vezes mais comum de hipertensão arterial sistólica isolada em⁴ indivíduos com mais de 70 anos que entre aqueles com menos de 40 anos. Alguns estudos têm mostrado que pessoas com mais de 60 anos aderem menos ao tratamento e apresentam pior controle da pressão arterial⁴⁻⁶ e que esse grupo habitualmente necessita de outros medicamentos ou possui algumas outras limitações que dificultam a aplicação do tratamento por completo. Assim, em estudo⁷ que avaliou pacientes acima de 65 anos, aqueles que apresentavam boa adesão ao esquema terapêutico tiveram risco menor de pressão arterial sistólica elevada. Por outro lado, os pacientes com vários anti-hipertensivos, adesão parcial ou não adesão estavam associados ao risco maior de pressão arterial sistólica não controlada.⁸

ADESÃO: A definição de adesão varia de acordo com a fonte utilizada, mas, de modo geral, significa o grau de concordância entre a orientação recebida (em relação à frequência de consultas, aos cuidados, à terapia não medicamentosa e medicamentosa) e a conduta do paciente^{8,10}. O grau de adesão também pode ser avaliado e tem como extremo o abandono do seguimento.

Avaliação da adesão: Existem várias estratégias para avaliar a adesão de um paciente já em

tratamento, mas nenhum consenso. Os métodos podem ser indiretos, como contagem de comprimidos e relato do paciente, ou diretos, dosagem em líquidos corporais do princípio ativo/metabólito da droga. O relato do paciente é um dos métodos mais utilizados para avaliação da adesão, em razão de sua simplicidade e baixo custo.^{2,6}

Existe uma escala de autorrelato composta por quatro perguntas para identificar atitudes e comportamentos diante da tomada de remédios, que têm se mostrado úteis para identificação de pacientes aderentes ou não ao tratamento. Essa escala foi traduzida para o português e validada por Strelec et al e tem sido bastante utilizada. Prado Jr. et al avaliaram quatro métodos indiretos para avaliação da adesão ao esquema terapêutico prescrito: a) conhecimento sobre os medicamentos prescritos; b) controle da pressão arterial; c) atitude em relação à ingestão dos medicamentos (teste de Morisky e Green); e d) autorrelato de adesão. Os autores encontraram que os melhores valores preditivos de adesão foram o controle da pressão arterial e a idade do paciente, ou seja, os pacientes acima de 60 anos tiveram mais de cinco vezes chance maior de adesão quando comparados aos indivíduos de 35 a 60 anos. Neste estudo, a não adesão foi associada, principalmente, aos efeitos colaterais dos medicamentos.

Fatores de risco para a não adesão: De modo geral, com base em observação de grupos de pacientes com doenças crônicas, consegue-se identificar alguns fatores de risco que influenciam negativamente a adesão. Perceber isso dá ao médico e demais membros da equipe de saúde a oportunidade de intervir precocemente e criar estratégias alternativas mais cedo. Os principais fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.^{2,6,7}

O conhecimento e as crenças dos pacientes sobre sua doença, a motivação para controlá-la, sua habilidade para associar seu comportamento com o manejo da doença e suas expectativas no resultado do tratamento podem influenciar negativamente na adesão. Em relação às características biossociais, Pierin et al em estudo para avaliar o perfil e o conhecimento de hipertensos sobre a doença, mostraram que homens jovens e não brancos foram associados com desconhecimento sobre a doença e o tratamento, enquanto maiores níveis de pressão arterial se associaram com pacientes acima de 60 anos, não casados, obesos, de baixa escolaridade e baixa renda. Entretanto, estudo de coorte realizado em Porto Alegre mostrou associação entre aumento da idade e maior probabilidade de seguimento.^{2,6,7}

Outros estudos mostraram pessoas com menos de 60 anos, que moram em zona urbana e com melhor nível de escolaridade aderem melhor ao tratamento. Resultados semelhantes foram encontrados no que diz respeito à adesão ao tratamento medicamentoso pós-infarto do miocárdio. Esses autores verificaram que os pacientes que menos aderiam ao tratamento tinham mais de 60 anos, não eram casados e tinham menor nível de escolaridade. Por outro lado, esses mesmos autores verificaram em estudo realizado com diabéticos que os pacientes que menos aderiram ao tratamento eram mais jovens e tinham menos comorbidades associadas quando comparados aos pacientes aderentes.^{2,6,7,8}

Em relação à raça, Lessa e Fonseca¹⁷ detectaram adesão ao tratamento diferente entre negros (19,7%), pardos (33%) e brancos (53,6%). Embora o nível socioeconômico não seja índice independente de baixa adesão, alguns aspectos são significativos, como baixo nível socioeconômico, pobreza, analfabetismo, baixo nível educacional, desemprego, falta de rede efetiva de suporte social, condições instáveis de moradia, longa distância do local de tratamento, alto custo do transporte, alto custo da medicação, mudanças no estado civil, cultura e crenças sobre a doença e o tratamento e desestrutura familiar.^{2,6,8}

Os principais fatores que afetam a adesão estão relacionados à complexidade do regime terapêutico, como número de doses, comprimidos e horário das tomadas, duração do tratamento, falha de tratamentos anteriores, mudanças frequentes no tratamento e influência na qualidade de vida. A adesão ao tratamento é melhor em indivíduos que nunca mudaram de esquema terapêutico e que tomam apenas um comprimido por dia. Mion et al verificaram em estudo realizado com 353 hipertensos que 56% tinham preferência por tratamento farmacológico, por via oral (84%), em comprimidos (60%).

Os fatores ligados ao paciente que interferem no processo de adesão podem estar relacionados às características biossociais, como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, crenças de saúde, hábitos de vida e aspectos culturais. À

melhora na qualidade de vida seria o motivo principal na demanda da atenção médica no cumprimento do tratamento e no grau de satisfação obtido. A escolha do primeiro esquema anti-hipertensivo influencia a adesão melhor adesão para aqueles medicamentos com melhor perfil de efeitos colaterais^{2,8,9}

Estratégias para aumentar a adesão: A boa prática clínica pede que se trate o paciente e não a doença. Uma boa estratégia para fazer o paciente aderir ao tratamento é conscientizá-lo dos malefícios da hipertensão arterial sistólica isolada (risco cardiovascular, graves limitações da doença cerebrovascular), além dos riscos inerentes ao tratamento, suas peculiaridades e seus benefícios, fazendo, assim, que o indivíduo se torne elemento ativo no processo de tratar. Instituir essa visão completa do tratamento na relação médico-paciente cabe a esse profissional, mas os melhores resultados em termos de adesão são conseguidos com equipes multiprofissionais. Isso ocorre, provavelmente, pela complexidade de mudanças necessárias na vida de quem possui doença crônica. As equipes multiprofissionais conseguem pela diversidade de profissionais, com seus variados enfoques, esclarecer mais o paciente não apenas sobre a doença, mas sobre seu papel no tratamento. Esse entendimento é capaz de fazer o paciente analisar a situação, organizar estratégia própria (modificação na sua dieta, programação de atividade física, organização dos medicamentos) e, eventualmente, iniciá-la. Ainda haverá a necessidade de sedimentar essa mudança como rotina, para isso há necessidade do reforço contínuo, que é característico dessas equipes.^{2,9,10}

A adesão é um problema sério em doenças crônicas. E ainda há espaço para mais estudos nesta área. Em relação à hipertensão arterial sistólica, isso é amplificado pela faixa etária habitual dos pacientes, em que há necessidade da intervenção.

A atuação em equipe é a melhor estratégia para aumentar a adesão e tentar atingir as metas de tratamento, com vistas na redução da morbimortalidade dessa condição

4. Metodología

Com aplicação da metodologia do planejamento estratégica em saúde será conformada uma proposta de intervenção educativa.

Os elementos fundamentais a considerar para elaboração do plano de ação de estratégia de intervenção são

- . Definição do problema (devemos considerar ... Determinantes? Tem resolatividade fátivel)
- . Priorização do problema.
- . Descrição do problema
- Seleção dos pontos críticos
- Desenhos das operações
- Identificação dos recursos críticos de uma operação
- Análise de viabilidade do plano
- Elaboração do plano operativo
- Gestão de plano (eficiente utilização dos recursos)
-

Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção: Pacientes diagnosticado com HAS independentemente de seu idade, médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, professor de física etc.

Cenário da intervenção: UBS. Associação de combatentes do bairro

Estratégias e ações: Programa de intervenção educativo incluindo aulas, demonstrações práticas, exercícios físicos, acupuntura etc.

Avaliação e Monitoramento: mensal

7. REFERÊNCIAS.

1. Manual de orientação clínica Hipertensão Arterial Sistêmica. Secretaria Estado de saúde de Sal Paulo 2011.
2. .Rev Brasileira Hipertensão vol. 13(2) . 134, 2006.
3. A influência do conhecimento sobre a Doença e a atitude frente a tomada dos remédios no controle de HAS.
4. . Diretrizes Brasileiras de HAS Sociedade Brasileira de Cardiologia _SBS.
5. HAS no Brasil: Estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional.
6. HAS a vida. Por uma prática comunicativa na educação e saúde. Rio Janeiro;sn :1992.
7. Ver Brasileira Hipertensão 2003.Exercício físico como tratamento não farmacológico de HAS.
8. Manual de Orientação Clínica Hipertensão Arterial Sistêmica.
9. Adesão ao tratamento em Hipertensão Arterial Sistêmica: Artigo de Revisão Brasileira vol... 16 (1) : 38,40,2009.
10. 10 Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas cidade de Sal Paulo. Ver Saúde pública 2005; 99 (5):738.

7. REFERÊNCIAS

1. Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG.. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2012 Fev [acesso em 2014 Jan 20] ; 46(1): 138-46. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100017&lng=pt.
2. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Junior MLC. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2004 Fev [acesso em 2014 Jan 20]; 38(1): 93-9. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100013&lng=pt.
3. Rezende CP, Gaede-Carrillo MRG, Sebastião ECO. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2012 Dez [acesso em 2014 Jan 20]; 28(12): 2223-35. Disponível em:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001400002&lng=pt.
4. Rolland Y, Abellan van KG, Bénétos A, Blain H, Bonnefoy M, Chassagne P, et.al. Frailty,