

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DE FAMÍLIA**

**ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO  
DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA**

**Dr. Reynaldo Marcelo Collazo Ramos.**

**Orientador: André Luiz Bigal.**

**UBS Miriam II**

**São Paulo**

**Agosto de 2014**

## **SUMÁRIO**

### **1. Introdução**

### **2. Objetivos**

2.1 Geral

2.2 Específicos

### **3. Revisão Bibliográfica**

### **4. Metodologia**

4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

4.2 Cenário da intervenção

4.3 Estratégias e ações

4.4. Avaliação e Monitoramento

### **5. Resultados Esperados**

### **6. Cronograma**

### **7. Referências**

## 1. INTRODUÇÃO

A prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na população brasileira é alta, com elevado custo econômico-social, principalmente em decorrência das suas complicações. Estima-se que exista cerca de 1 bilhão de indivíduos hipertensos no mundo, sendo aproximadamente 7,1 milhões de óbitos por ano atribuídos a HAS <sup>1</sup>

A hipertensão arterial sistêmica pode ser associada a 40% das mortes no Brasil por acidentes vasculares cerebrais e a 25% das mortes por causa das coronárias. Ela é a causa de 1/3 das mortes nos homens e mulheres na maioria dos países industrializados. Nos países desenvolvidos esta proporção está em franca ascensão. É relevante considerar que 1/4 das mortes relacionadas à HAS acontecem em pessoas com menos de 60 anos estando ainda na faixa produtiva de trabalho e, ainda, que quatro a cada cinco mortes ocorrem em países com baixa e média renda<sup>2</sup>.

A HAS é considerada como um problema crônico por ser uma doença que não é resolvida num período curto de tempo. Cujo controle tem se tornado um desafio para os profissionais da saúde necessitando a participação ativa do hipertenso, no sentido de mudanças dos hábitos de vida prejudiciais assumindo os que beneficiem sua saúde <sup>3</sup>.

O tratamento adotado para o controle pode ser farmacológico, com o uso de um único medicamento ou a associação de dois ou mais medicamentos, e não farmacológico por meio de mudanças no hábito de vida e prática de atividades físicas <sup>4</sup>.

A adesão ao tratamento é uma medida do grau de consciência entre o comportamento do paciente e a prescrição do profissional de saúde. A falta de adesão ao tratamento se aprofunda em complexidade, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais <sup>5</sup>.

Desta forma é na “não adesão”, no controle e prevenção que entra a ação do profissional de saúde enfatizando e tratando o paciente holisticamente, visando entender crenças, culturas, hábitos de vida e respostas ao tratamento através de propostas de educação continuada e abrangência do foco de atuação da assistência prestada ao paciente.

O elevado índice de pessoas portadoras de HAS aumenta a possibilidade de ocorrências doenças cardiovasculares o que reflete significativamente nos agravos á saúde da população como o alto índice de óbitos. Para a redução de possíveis complicações decorrentes da HAS é fundamental a aderência ao tratamento proposto pelos profissionais de saúde

Como profissional de saúde é possível notar que vários são fatores que interferem na adesão correta aos tratamentos propostos. O pouco conhecimento sobre a patologia, situação socioeconômica, ambiente de trabalho, a posologia dos medicamentos e poucos programas de educação em saúde.

Visto que são inúmeros os fatores mencionados pelos pacientes para justificar a não adesão ao tratamento, surge a necessidade de dar maior ênfase ao papel do profissional de saúde na educação em saúde e busca ativa dos pacientes que apresentem dificuldades e problemas relacionados á adesão ao tratamento hipertensivo.

Portanto é possível presencial dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) o grande número de pacientes com recorrências de internações e agravos na saúde decorrente do uso incorreto dos medicamentos hipertensivo.

Diante deste contexto surge a necessidade de aprofundar meus conhecimentos acerca dos fatores que interferem direta ou indiretamente na adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial para buscar alternativas de atendimento que possam amenizar ou sanar este problema vivenciado pela equipe de saúde da família na área de abrangência.

## **2 – OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivos gerais**

- Elaborar uma proposta de intervenção para a melhoria da adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar as pessoas com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo na equipe seis da UBS integral Jardim Miriam II do município de São Paulo.
- Promover e articular ações educativas focando a população hipertensa, considerando os fatores inerentes ao paciente, à doença, a terapêutica e aos serviços de saúde que influenciam nessa adesão.

### 3 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A pressão arterial (PA) é a força exercida pelo sangue sobre a parede do vaso, sofrendo mudanças contínuas durante todo o tempo, relacionadas às atividades a posição do indivíduo e das situações. Sua finalidade é promover uma perfusão tissular adequada para permitir as trocas metabólicas <sup>6</sup>. É considerada pulsátil, pois o coração bombeia uma pequena quantidade de sangue a cada batimento, aumentando durante a sístole e reduzindo durante a diástole <sup>7</sup>.

A PA é representada pela pressão sistólica (PAS) e pela pressão arterial diastólica (PAD). A PAS representa a mais alta pressão nas artérias, estando intimamente associada à sístole ventricular cardíaca no momento em o sangue preenche as cavidades ventriculares <sup>8</sup>. Para expressá-la é necessária uma relação entre a pressão sistólica e a pressão diastólica <sup>9</sup>.

A pressão sanguínea varia de maneira contínua em cada ciclo cardíaco, atingindo valores máximos nos esvaziamentos ventriculares e mínimos no fim de cada diástole. Também sofrem alterações conforme atividades exercidas e emoções, durante a vigília e o sono, apresentando valores menores durante o repouso e valores mais altos na situação de tensão e nas diversas atividades do dia-a-dia seguidas de exercícios físicos e estimulação psicoemocional <sup>10</sup>.

A elevação dos valores pressóricos denomina-se hipertensão. A hipertensão arterial sistêmica é uma patologia com múltiplas etiologias, fisiopatogenia multifatorial podendo ou não ser acompanhada de lesões em órgãos alvos, possuindo como característica a elevação dos níveis tensionais acima dos valores normais da PA sistêmica<sup>11</sup>.

Através da medida da PA é possível obter-se o diagnóstico clínico da HAS, que é definida pela persistência de níveis de PA sistólica maior ou igual a 140 mmHg e PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg. Trata-se de uma patologia de início silencioso com repercussões clínicas importantes para os

sistemas cardiovasculares e renovasculares, acompanhada frequentemente de comorbidades de grande impacto para os indicadores de saúde da população <sup>12</sup>.

A HAS pode ser classificada conforme a tabela 1 pela sua gravidade de lesão nos órgãos-alvo em:

Estagio I sem manifestações de lesões orgânicas.

Estagio II. Pode ocorrer hipertrofia cardíaca, estreitamento focal ou generalizado das artérias retinianas, microalbuminúria, proteinúria e/ou discreto aumento de creatinina plasmática, placa de aterosclerótica.

Estagio III. Sintomas e sinais com lesões em órgãos-alvo como o coração, cérebro, fundo de olho, rim e vaso <sup>11</sup>.

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 - 89
<b>HIPERTENSAO</b>		
Estagio I (leve)	140 – 159	90 - 99
Estagio II (moderada)	160 – 179	100 - 109
Estagio III (grave)	> 180	>110
Sistólica Isolada	> 140	< 90

TABELA 1 – Classificação da Pressão Arterial (> 18 anos) Fonte. BRASIL, 2006, P.26.

O diagnóstico é realizado através do exame físico, avaliação laboratorial com dosagens sanguíneas de potássio, creatinina, glicemia de jejum, colesterol total, HDL – colesterol, triglicérides e por avaliação complementar como pesquisa de microalbuminúria, eletrocardiograma (ECG) e ecocardiograma <sup>12</sup>.

A HAS tem atingido em torno de 20 % da população adulta de países industrializados, sendo em grande parte assintomática e quando diagnosticada pode haver comprometimento de órgãos vitais do organismo <sup>13</sup>. Segundo

Mousinho, Moura (2008), cerca de 30 milhões de brasileiros são hipertensos o que contribui para ocorrência das complicações cardiovasculares.

O tratamento da HAS tem por objetivo reduzir a morbimortalidade fazendo-se necessário uma abordagem multidisciplinar associado a tratamento medicamentoso e não medicamentoso e apoio da equipe multiprofissional <sup>14</sup>.

Cerca de 50 % dos hipertensos não fazem nenhum tratamento e dos que fazem poucos possuem a pressão arterial controlada, de 30 a 40 % dos pacientes interrompem o tratamento no primeiro ano e 70 % depois de cinco anos. O tratamento adequado, além dos medicamentos, necessita da modificação dos hábitos de vida do individuo o que é de difícil aceitação por este devido às crenças, ideias, valores, pensamentos e sentimentos <sup>15</sup>.



#### **4. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e descritiva, voltado para a intervenção direta aos pacientes através da elaboração de um plano de ação operativo, a partir das necessidades levantadas através da análise dos pacientes Hipertensos da equipe seis da UBS integral Miriam II.

Realizar-se-á uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão narrativa para formalizar conceitos e fundamentar o assunto abordado.

A revisão abrange artigos científicos publicados e indexados em bancos de dados eletrônicos da literatura Latino Americana e do Caribe em ciências da saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO), publicados entre os anos 2000 a 2014, usando as seguintes palavras-chaves: Adesão, Hipertensão Arterial Sistêmica, Tratamento e terapêutica.

Utilizará-se a técnica de observação direta, usada como principal método de investigação associada a outras técnicas de coleta, a observação proporcionando um contato direto entre o pesquisador e o fenômeno pesquisado.

Atribui-se o diagnóstico da Hipertensão Arterial resistente quando a pressão arterial aferida no consultório é maior que 140/90 mmHg em pacientes em uso de três ou mais anti-Hipertensivos em doses apropriadas, incluindo um diurético. A permanência prolongada desses níveis leva a lesões de órgãos-alvo e aumenta o risco de mortalidade por doenças cardiovasculares<sup>16</sup>.

Dentre os vários fatores relacionados a ausências de respostas ao tratamento anti-hipertensivo, a não adesão à terapêutica apresenta-se como um dos maiores desafios, tanto para o diagnóstico da hipertensão arterial resistente quanto para o seu controle. A baixa adesão é mais frequente no nível primário de atenção do que entre pacientes de serviços especializados, sendo importante a distinção entre pressão não controlada por não adesão ao tratamento e resistência ao controle da pressão arterial. Considera-se aderente quando um paciente toma 80-110% dos medicamentos, pois se verificou que acima de 80% a pressão arterial diastólica permanece adequadamente controlada<sup>16</sup>.

Avaliação a adesão ao tratamento farmacológico constitui uma árdua tarefa, fica claro na literatura que cada método de quantificação da adesão (diretos e indiretos) possui limitações, não havendo método ideal, cuja sensibilidade e especificidade sejam superiores a 80%. No Brasil, tendo em vista muitas medicações não serem padronizadas pelo Sistema Único de Saúde, a contagem de pílulas, utilizadas como padrão-ouro em alguns estudos, é inviável devido à necessidade de uma distribuição integral de medicação pela unidade de saúde<sup>17</sup>.

Conforme o proposto por Bloch (2008), os métodos de avaliação da adesão utilizados serão:

- Pelo paciente: o paciente atribuía uma nota a sua adesão utilizando uma escala visual de 0 a 5, (1- não toma ou raramente, 2- às vezes toma, 3- toma quase sempre, 4- toma a maioria das vezes, 5- toma sempre). A nota cinco o classificava como aderente.
- Pelo médico: atribuição de uma nota de 0 a 5 a adesão do paciente, escala semelhante à apresentada ao paciente.

Teste de Morisky-Green (TMG), adaptado para a língua portuguesa: 1- você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação? 2- Você às vezes se descuida de tomar seu medicamento? 3- quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seu medicamento? 4- às vezes você se sente pior ao tomar a medicação, você para de toma-la? O paciente é considerado aderente quando responde não para todas as perguntas.

#### **4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção**

A área de abrangência tem população estimada em 4.667 habitantes, com 1.440 famílias distribuídas em 8 micro áreas, contendo 791 hipertensos cadastrados. Dentre os hipertensos cadastrados, aproximadamente 70% são do sexo feminino e 30% são masculino (SIAB/2014).

## **4.2 Cenários da intervenção**

Trata-se de um projeto de intervenção, que tem o objetivo de melhorar a adesão dos hipertensos aos tratamentos farmacológicos e de mudanças de estilo de vida, tendo como tríade a identificação dos indivíduos com dificuldades de adesão; a intervenção educacional (realização de oficinas); e a avaliação de uma maior adesão dos pacientes avaliados.

A intervenção será desenvolvida na equipe seis UBS integral Miriam II, o qual se localiza na zona sul de município São Paulo.

## **4.3 Estratégias e ações**

Os participantes serão selecionados conforme os seguintes critérios de inclusão: serem pacientes de ambos os sexos; apresentarem diagnóstico médico de hipertensão arterial primária há mais de um ano; estarem cadastrado e acompanhados no programa de hipertensão da unidade e estarem consciente e orientados. Não houve recusa dos pacientes em participar do estudo.

A intervenção dar-se-á por meio de oficinas temáticas com os hipertensos cadastrados e acompanhados pela ESF número seis da UBS Miriam II, oficinas estas que intensificam as recomendações da literatura e das próprias necessidades para estimular a adesão dos hipertensos. A oficina ocorrerá quinzenalmente as quinta feiras das 08:00h às 11:00h. Após término da discussão do tema proposto os pacientes terão a pressão arterial aferida, medidos o peso e a circunferência abdominal; para que assim futuramente possamos avaliar se proposta esta sendo efetiva.

Já na segunda oficina após a avaliação descrita os pacientes serão interrogados conforme a avaliação proposta por Bloch, 2008; aqueles que forem classificados como pacientes de baixa adesão (PBA), terão acompanhamento mais rigorosos sendo interrogado constantemente por seu Agente Comunitário

de Saúde (ACS) sobre o uso da medicação e visitas constante pelo técnico de enfermagem para aferição de sua pressão arterial.

O planejamento e a execução das oficinas contam com a parceria do enfermeiro da equipe, dos ACS e do auxiliar de enfermagem. A etapa seguinte baseia-se na apresentação de oficinas para levar ao público-alvo informações primordiais sobre a hipertensão arterial, objetivando elucidar quanto à adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a adoção de estilos de vida mais saudáveis e explicar a condição fisiopatológica da doença.

As oficinas serão realizadas quinzenalmente com os seguintes temas: 1) Hipertensão: conceito, ocorrência e consequência; 2) Influência da obesidade; 3) Álcool e tabagismo; 4) Dieta hipossódica; 5) Atividade física; 6) Fatores de risco cardiovasculares; 7) Prevenção e tratamento medicamentoso e não medicamentoso e uso correto de medicação prescrita.

O material para a execução das oficinas será: Datashow (retroprojetor), Notebook, microfone, caixa de som; cartazes informativos a respeito da hipertensão, suas causas e complicações; painéis com fotos ilustrativas; dinâmicas de grupos; esfigmomanômetro e estetoscópio próprio.

Com base no plano de cuidados será utilizado durante o ciclo das oficinas: folderes, com o objetivo de informar e orientar os hipertensos de uma forma clara, objetiva e ilustrativa.

#### **4.4. Avaliação e Monitoramento**

O projeto será avaliado pelo autor e pela equipe de saúde responsável pelas atividades executadas frequentemente a cada oficina.

O gestor de saúde será informado sobre os dados para analisar, avaliar e sugerir mudanças, caso se faça necessário, após a realização das oficinas.

## 5. RESULTADOS ESPERADOS

Ao fim deste projeto, almeja-se uma maior adesão do paciente ao tratamento para um melhor controle dessa patologia, visto que a HAS é uma doença crônica. Através das oficinas realizadas, melhorar os níveis de adesão do hipertenso no planejamento de seu tratamento, dando-lhes mais responsabilidade por ele, o que possivelmente estimulará seu cumprimento correto, a participação ativa no tratamento e a realização de mudanças no estilo de vida.

Durante os futuros atendimentos do programa HIPERDIA na UBS espera-se a identificação da hipertensão arterial controlada dos hipertensos no equipe seis da UBS Miriam II (pelo menos a maioria), a redução na incidência ou o retardamento na ocorrência de complicações e a melhoria da qualidade de vida (perda de peso e diminuição da circunferência abdominal), além de promover maior conscientização sobre as consequências do uso não correto das medicações, sobre a importância de uma alimentação saudável, sobre a importância das consultas trimestrais agendadas pelos ACS na unidade de saúde e trabalhar mais com aqueles hipertensos que tem mais dificuldades na adesão terapêutica, hipertensos esses identificados através das oficinas realizadas.

Com isso as oficinas educativas desenvolvidas neste projeto proporcionarão a promoção e a prevenção dos hábitos saudáveis que pode gerar um ganho de mais anos de vida, prevenindo ou minimizando internações, evitando assim gastos com a saúde pública.

Provavelmente a realização das oficinas irá contribuir para proporcionar uma mudança significativa na qualidade de vida dos portadores de hipertensão, o autor do estudo visa conduzir ações planejadas, analisar e avaliar os pontos positivos e negativos verificando se seus reais objetivos foram satisfatórios para os pacientes envolvidos.

## 6. CRONOGRAMA

Atividades	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho
Elaboração do projeto	x	x					
Identificação da população		x					
Estudo da literatura	x	x	x	x	x	x	x
Coleta de dados		x	x				
Implantação do projeto				x	x		
Análise e discussão dos resultados						x	
Reunir a equipe multiprofissional para divulgação dos resultados obtidos.							x

## 7 - REFERENCIAS

- 1- Correa TD, Namura J J, Silva C A P, Castro M G, Meneghini A, Ferreira C. Hipertensão Arterial Sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia diagnostico e tratamento. Arquivo de medicina ABC, São Pablo. 2005; 31(2): p 91-101.
- 2- Medeiros S B, Barbosa C O M, Coutinho E da S F, Tura B, Cordovil. Obesidade, tabagismo e Hipertensão- fardos financeiros do Sistema de Saúde. Rio de Janeiro.2006; p 40.
- 3- Castro M E, Rolim M O, Mauricio TF. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. Acta Paulista de Enfermagem, Fortaleza. 2005, 18 (2): p 184-189.
- 4- Lopes HF, Barreto-Filho J A S, Ricio, G M G. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Revista da sociedade Brasileira de Cardiologia, São Pablo. 2005; 13 (1): p 148-153.
- 5- Moreira T M M, Araújo T L. sistema interpessoal de Imogene King: as relações entre pacientes com hipertensão não aderentes ao tratamento e profissionais de saúde. Acta Paulista de Enfermagem, Fortaleza. 2005; 15 (3): p 35-42.
- 6- Cordella M P, Palota L, Cesarino C B. Medida indireta da pressão arterial: um programa de educação continuada para a equipe de enfermagem em um hospital de ensino. Arquivo Ciência Saúde, São Paulo. 2005, 12, (1): p. 21-26.
- 7- Guyton A C, Hall J E. Distensibilidade Vascular e Funções dos Sistemas Arterial e Venoso. Tratado de Fisiologia Medica. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1997, p 139-147.
- 8- Lunardi C C, Perego J, Santos D L. Avaliação da pressão arterial com aparelho digital e esfigmomanômetro aneroide. Revista Digital, Buenos Aires, 2007, 11, (106): p. 21-25.

- 9- Palota L, Cordella M P, Oliveira S M, Cesarino C B. A verificação da calibração dos manômetros aneróides e condições dos esfigmomanômetros aneróides: um programa de educação continuada para enfermeiros supervisores do Hospital de Base. *Arquivo Ciência Saúde, São Paulo*. 2004, 11, (2): p. 2-6.
- 10-Mion Junior D, Pierin A, Ignez E, Ballas D, Marcondes M. Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. *Jornal Brasileiro de Nefrologia, São Paulo*. 1995; 17, (4): p. 229-236.
- 11-Ribeiro A B. Conceito, Determinação e classificação da hipertensão arterial. *Atualização em Hipertensão Arterial- Clínica, Diagnóstico e Terapêutica, São Paulo, Atheneu*. 1996; p. 1-7.
- 12-Ministério da saúde. Secretaria de Estado de saúde de Minas Gerais. *Atenção a Saúde do Adulto – Hipertensão e Diabetes*. Belo Horizonte. 2006, p. 198.
- 13-Trentini M, Tomasi N, Polak Y. Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas. *Gogitare Enfermagem*. 1996, 1 (2): p. 19-24.
- 14-Neves M F, Burlá A K, Oigman W. Como diagnosticar e tratar hipertensão arterial sistêmica. *Revista Brasileira de Medicina*. 2005; 62 (12): p. 152-162.
- 15- Peres D S, Magna J M, Viana L A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista de Saúde Pública São Paulo*. 2003; 37 (5): p. 635-642.
- 16- Calhoun D A, Jones D, Textor S, Goff D C, Murphy T P, Toto R D. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment ascientific statement from de American Heart Association Professional Education Committee of de council for High Blood Pressure Research. *Hypertension*. 2008; 14, p 03-19.
- 17- Oigman W. metodos de avaliacao da adesao ao tratamento anti-hipertensivo. *Ver Bras Hipertensao*. 2006; 13 (1) p 4-30.



