

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
Curso de Especialização em Saúde da Família

HIPERTENSAO ARTERIAL : ADERÊNCIA NO TRATAMENTO

Dra: YUDEGNI ORTIZ FONSECA

Orientadora: BOKKOLLA GEMA RAMYA

SÃO PAULO
2014

Sumário

1. Introdução

1.1. Identificação e apresentação do problema 3,4

1.2. Justificativa da intervenção	4,5,6
2 Objetivos	
2.1. Objetivo geral	7
2.2 Objetivos específicos	7
3. Revisão Bibliográfica	
8,9	
4. Metodologia	
4.1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção	10
4.2. Contexto da intervenção	10
4.3. Estratégias e ações	10
4.4. Avaliação e monitoramento	11
5. Resultados Esperados	
.....	12
6. Cronograma	
.....	12
7.Referências	
.....	13,14
8. Anexo	15

1 -INTRODUÇÃO

1.1 Identificação e apresentação do problema

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento Cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente.¹ Essa multiplicidade de conseqüências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.²

A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta ³. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial. ⁴

Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão. Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce.⁵

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade.⁶ Das Nações Unidas (ONU) (2002) indicam que a média da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 a 38,2 anos em 2050.¹⁰ Uma das conseqüências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão.⁷

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos.⁸

Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste. Esses estudos de prevalência são importantes fontes de conhecimento da freqüência de agravos na população: servem, também, para a verificação de mudanças ocorridas após as intervenções. Nos últimos anos, observa-se o aumento do número de estudos transversais para estimar a prevalência da hipertensão arterial. ¹²,

No Brasil, a atenção voltada para estas doenças é relativamente recente e ocorreu em um contexto de desenvolvimento econômico e social, que alterou o panorama das doenças a partir de então marcado pela diminuição das doenças infecciosas e parasitárias, e pelo aumento das DCNT. Entre 1930 e 2005, a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias passou de 46% para 5,3% no país. Resultado inverso aconteceu com as DCNT, que chegaram em 2005 a representar dois terços da totalidade das causas conhecidas de óbitos no país. Em 2007, aproximadamente 72% das mortes foram atribuídas às DCNT, cerca de 10% às doenças infecto-parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantis. Entre as DCNT, destacam-se as doenças do aparelho circulatório, que passaram de 10%, na década de 30, para cerca de 30%, em 2005 (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010; SCHMIDT *et al.*, 2011).¹³

1.2 Justificativa de intervenção

Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, perfazendo média de 32,5%, com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% a partir dos 70 anos (DBHA, 2010). Assim, destaca-se a hipertensão como uma doença de alta prevalência, baixas taxas de controle, cujos fatores de risco e complicações representam elevada taxa de morbimortalidade, gerando alto custo financeiro e social à sociedade e constituindo importante problema de saúde pública. Mundialmente, a cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas devido à HAS, segundo dados do Boletim Global de Doenças Relacionadas à Hipertensão. Em relação aos custos, 91.970 internações por DCV foram registradas em novembro de 2009, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33 (DBHA, 2010).

Neste sentido, a HAS representa um encargo econômico significativo, absorvendo grande parte dos recursos destinados à saúde. A carga econômica e social da HAS decorre, principalmente, do inadequado tratamento desta síndrome, quer seja por falhas no tratamento como por existirem pacientes que não conseguem manter a adesão terapêutica e, conseqüentemente, não atingem as metas propostas de controle para esta síndrome. Neste contexto, destaca-se a responsabilidade do indivíduo, família, sociedade e Estado em reverter este quadro.

O diagnóstico da HAS é realizado por meio da detecção de níveis elevados e sustentados de PA durante medida casual. O procedimento da medida da PA deve observar o preparo adequado do usuário, adoção da técnica padronizada e equipamento calibrado. Os critérios de classificação e decisão terapêutica consideram, além dos níveis pressóricos, a presença de fatores de risco e lesão em órgão-alvo e/ou DCV estabelecidas (DBHA, 2010).

Tão importante quanto o diagnóstico é iniciar o mais breve possível o tratamento, que objetiva reduzir o risco de complicações cardíacas, cerebrovasculares e renais, e é realizado por meio de mudança no estilo de vida e/ou medicamentos.

O tratamento não-medicamentoso é recomendado pela DBHA (2010) e deve incluir o controle do peso (as metas antropométricas a serem alcançadas são o índice de massa corporal (IMC) menor que 25 kg/m² e a circunferência abdominal < 102 cm para os homens e < 88 para as mulheres); estilo alimentar (dietas da Dietary Approaches to Stop Hypertension – DASH), mediterrânea, vegetariana e outras); redução do consumo de sal; consumo de ácidos graxos insaturados, fibras, proteínas de soja, oleaginosas, laticínios e vitaminas; redução da ingestão de álcool, atividade física, cessação do uso do tabaco; pressão positiva contínua das vias áreas e outras formas de tratamento da apnéia/hipopnéia obstrutiva do sono; controle do estresse psicossocial, além da abordagem multiprofissional.

Em relação ao tratamento farmacológico, os medicamentos anti-hipertensivos são prescritos isoladamente (mono terapia) ou em uso associado, sendo mais freqüente a associação medicamentosa. Os anti-hipertensivos são classificados em Diuréticos, Inibidores adrenérgicos (Ação central – agonistas alfa-2 centrais, Betabloqueadores – bloqueadores beta-adrenérgicos, Alfa bloqueadores – bloqueadores alfa-1 adrenérgicos); Vasodilatadores diretos; Bloqueadores dos canais de cálcio; Inibidores da enzima conversora da angiotensina; Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II e Inibidor direto da renina (DBHA, 2010A escolha do medicamento, de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), deve ser

individualizada e recomenda-se que o medicamento seja seguro, bem tolerado, permita a administração em menor número possível de tomadas e seja iniciado com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica. Deve ser iniciado com mono terapia para os usuários que apresentam hipertensão no estágio 1 e com risco cardiovascular baixo a moderado, devendo a posologia ser ajustada até que se consiga valores da PA inferior ao limite.

Embora reconhecida nas últimas décadas como importante problema de saúde pública frente ao avanço na identificação de fatores de risco, diagnóstico precoce, emprego de vasta terapêutica medicamentosa e de ações educativas para as mudanças no estilo de vida, observa-se que se trata de uma doença de difícil controle e que a manutenção dos níveis pressóricos dentro do limite recomendado é insatisfatória, evidenciando a problemática da baixa aderência ao tratamento (DAMASCENO *et al.*, 2008; MIRANZI *et al.*, 2008). Neste sentido, a adoção de um estilo de vida saudável e o uso correto da medicação parecem não fazer parte da rotina de muitos usuários com hipertensão. Lagi *et al.* (2006) salientam que a baixa adesão à medicação permanece largamente pouco diagnosticada e pode contribuir com a falta de resposta ao tratamento desta síndrome.

Apenas parte dos hipertensos mantêm valores satisfatórios da PA, utilizam a medicação de forma correta e aderem às medidas terapêuticas, sobretudo, as que envolvem mudanças de hábitos alimentares, abandono de vícios como o tabagismo, alcoolismo e incorporação de atividades físicas (MANO; PIERINAs taxas de controle da HAS (limite de 140/90 mmHg) foram de apenas 29% dos usuários hipertensos nos Estados Unidos, 17% no Canadá e menor que 10% em cinco países europeus (WOLF-MAIER *et al.*, 2004). Em uma revisão acerca dos estudos publicados sobre a não adesão ao tratamento da hipertensão na Espanha (MÁRQUEZ CONTRERAS *et al.*, 2006), foi verificado que um terço dos usuários com hipertensão apresentam PA descontrolada.

Em estudo realizado na Malásia, foi encontrado que 44,2% dos usuários hipertensos apresentavam aderência ao tratamento medicamentoso (HASSAN *et al.*, 2006). Na região de Sfax (Tunísia), foi observada adesão em 36,6% dos hipertensos estudados (GHOZZI *et al.*, 2010).

Uma das dificuldades de controle da HAS está relacionada às características da doença, como assintomaticidade e cronicidade, que fazem com que a HAS não seja considerada como algo que requer cuidados. A ausência de sintoma da doença ou a percepção pelo usuário da melhoria imediata na presença do controle pressórico associada a um desvio na concepção de cronicidade, que o faz entender que hipertensão tem cura, pode afetar o comportamento do usuário, induzindo à suspensão do tratamento, por acreditar que não há necessidade para o seu uso. Assim, os usuários com hipertensão não sentem necessidade de modificar hábitos relacionados ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar, até que surjam as complicações provocadas pela doença (SARQUIS *et al.*, 1998; DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001). Estabelecido, para os demais casos, é indicada a fármaco terapia anti-hipertensiva combinada.

Reconhecimento e preocupação com o fato de que os pacientes muitas vezes não seguem as prescrições dos profissionais de saúde voltam aos tempos antigos. Hipócrates afirmou em alguns de seus escritos que alguns pacientes estavam mentindo ao médico quando foram questionados sobre se eles tinham tomado o medicamento indicado; Com efeito, o corpus de Hipócrates se refere já erros e enganos do doente e de como aqueles que foram considerados como um obstáculo para a cura do paciente, tendo em conta que para ele - e então Galen sete séculos

mais tarde - a arte da medicina consistia em ajudar a natureza em seu esforço de cura. O papel dos doentes foi considerado fundamental, bem como a doença, o escritório do médico e as circunstâncias externas (Ballester, 2003, 2004, 2005;) Melchenbaum, apesar dessa inobservância das pacientes de prescrições médicas é muito antigo, o interesse de investigá-lo e promovê-la.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral.

-Propor um plano de intervenção, com a finalidade de capacitar os portadores de HAS sobre os riscos que ocorrem por não aderência a tratamento em pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial na população do PSF Ângelo Tomazim de Sumaré , interior do estado de São Paulo.

2.2. Específico

1-Conhecer as características sócio-demográficas da mostra.

2-Demonstrar existência ou não de aderência ao tratamento dos pacientes.

3. REVISÃO Bibliográfica

A Organização Mundial da Saúde (OMS) anúncio que os países intensifiquem seus esforços para prevenir e controlar La hipertensão arterial, também conhecida como pressão alta, que afeta cerca de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo, a pressão alta contribui para cerca de 9,4 milhões de mortes por doenças cardiovasculares a cada ano e aumenta o risco de doenças como a insuficiência renal e a cegueira.¹

A hipertensão aumenta o risco de enfarte do miocárdio, acidentes cerebrovasculares e a insuficiência renal. Ademais, pode causar cegueira e insuficiência cardíaca. O risco de padecer de qualquer destas complicações é maior se a hipertensão não estiver sob controle (ou seja, abaixo de 140/90) e se estiver acompanhada de outros fatores de risco como consumo de tabaco, obesidade e diabetes .²

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2006), a hipertensão arterial é uma doença de natureza multifatorial com alta prevalência na população idosa, tornando-se um fator determinante nas elevadas taxas de morbidade e mortalidade desses indivíduos.³ Acomete quase 60% dos idosos, estão freqüentemente associadas a outras doenças como a arteriosclerose, diabetes melitus e síndrome metabólica, conferindo a este grupo alto risco cardiovascular.⁴

Segundo os mesmos autores, as estimativas de prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) variam muito, dependendo, não só das diferenças reais entre as populações como do método usado para medir a pressão arterial, da faixa etária avaliada, dos critérios utilizados (pessoas hipertensas tratadas e controladas) e da representatividade da amostra .5,6

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade no Brasil desde os anos 60.⁷ Um estudo realizado na cidade de Salvador em 1985 pesquisou a relação entre hipertensão e doença cerebrovascular. Dos 1.088 pacientes com doenças cerebrovasculares estudados, hipertensão estava presente em 80 % de todos os casos e em 94% das hemorragias parenquimatosas.⁸ Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares⁸. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%)^{9,10}. Estima-se que essas taxas devem estar superestimadas, devido, principalmente, à heterogeneidade dos trabalhos realizados. A comparação das freqüências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros ^{11,12} com as obtidas em 44 estudos de 35 países, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da família .¹³

A hipertensão arterial é uma das causas mais constantes para doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais — que, juntos, formam a principal causa mundial de morte prematura e invalidez por isso a importância de seu controle e tratamento adequado. ^{14,15}

4. METODOLOGIA

4.1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A intervenção envolve os pacientes cadastrados na unidade Estratégia de Saúde da Família Ângelo Tomazim, município Sumaré-SP portadores de hipertensão e uma equipe formada para a intervenção.

A população adstrita constitui-se por 3701 pessoas, dispostas em 1037 famílias, a equipe envolvida será composta por médico, enfermeira, agentes de saúde.

4.2 Senário da intervenção.

O Projeto será desenvolvido na área de abrangência da unidade ESF Ângelo Tomazim, município Sumaré –SP, Brasil.

4.2 Contexto da intervenção.

Durante as consultas na Unidade de Saúde da Família, município de Sumaré, estado de São Paulo, o número acentuado de Pacientes hipertensos descompensados chamou nossa atenção.

4.3 Estratégias e ações

Etapa 1

Inicialmente será necessária a identificação da população de doentes hipertensos presente entre os pacientes cadastrados na unidade, para, assim, direcionar as ações. Essa investigação será através de abordagem no momento do acolhimento na unidade de saúde e durante as consultas, sobre entrevista.

Etapa 2

Os selecionados, então, serão convocados para uma reunião na unidade de saúde, para descrição rápida do objetivo e a importância do Projeto de intervenção.

Etapa 3

Agendamento de consultas individuais para conscientização da importância da consulta periódica, monitoramento da dose, avaliação dos efeitos adversos e da resposta terapêutica.

Etapa 4

Serão realizadas grupos semanais, na Unidade de saúde com participação do paciente e da família e os ,profissionais da saúde, nas quais cada dia será discutido um tema relacionado à medicação e doenças envolvidas, sob formas variadas, de acordo com o profissional selecionado para a data.

4.4 Avaliação e monitoramento.

Os pacientes serão estimulados, durante as reuniões, a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

Durante as reuniões semanais que são realizadas com a toda a equipe de saúde da unidade, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessárias.

A aplicação de questionário (Anexo I) possibilitará avaliar os pontos positivos, negativos do ponto de vista dos pacientes, os tópicos esperados e alcançados por eles, com a intervenção.

5. RESULTADOS ESPERADOS.

Através de atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe, os pacientes pertencentes ao grupo alcançarão a percepção dos riscos por abandono do tratamento o uso incorreto da medicação.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro
Elaboração do projeto	X	X					
Identificação da população		X	X				
Estudo do referencial teórico	X	X	X	X	X		
Implantação do projeto				X	X		
Análise dos resultados						X	
Divulgação dos resultados							X

7. REFERÊNCIAS

1. MEIDA FF, Barreto SM, Couto BR, Starling CE. Predictive factors of in-hospital mortality and of severe perioperative complications in myocardial revascularization surgery. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 2004;80(1):41-60.
2. AMADO, Tânia Campos Fell;ARRUDA,Ilma Kruze Grande de. **Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados.** *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 2004. disponível em: http://www.asman.org.br/arquivos/asman_artigos60.pdf acesso em 9 de abril de 2008.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais técnicos)
4. FALCÃO. LM, Guedes MVC, Silva LF. **Portador de Hipertensão Arterial: Compreensão Fundamentada no Sistema Pessoal de Imogene King.** *Rev Paul Enf.* 2006; 25(1):44-50.
5. FUCHS FD. Hipertensão arterial sistêmica. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências:** Porto Alegre: Artmed; 2004. p.641-56.
6. GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. 9 reimp. São Paulo: Atlas, 2007, p. 41-7
7. GOLDEMAN, Lee, Dennis Ausielho. **Tratado de Medicina Interna** [trad. de Ana Kemper...et AL] –Rio de Janeiro EL Servier, 2005. 2ª revisão. CECIL, tratado de medicina interna editado por Lee Goldman.
8. GUSMÃO.JL, Mion DJ. **Adesão ao tratamento – conceitos.***Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1):23-5.
9. Hipertensão Arterial. Disponível em URL: <http://www.sbn.org.br/>. [10 dez 2007]
10. Jardim PCBV, Jardim TSV. **Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.** *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1):26-9.
11. LIMA e Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. **Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da**

mortalidade e das internações hospitalares públicas. Informe Epidemiológico do SUS. 2005.

12. PERES DS, Magna JM, Viana LA. **Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas.** Rev Saúde Pública 2003; 37:635-42.
13. RIBAS. LFO, Guimarães VM. **Avaliação da compreensão dos pacientes hipertensos a respeito da hipertensão arterial e seu tratamento versus controle pressórico.** Rev Bras
14. SANTOS. ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. **Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar.** Texto Contexto Enferm 2006 Jul/Set;14(3):332-40. Med Fam 2006; 1(4):152-64.
15. SBC/SBH/SBN: Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** São Paulo (SP): 2006.