

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

INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM HIPERTESOS COM DIFICULDADE NA
ADESÃO AO TRATAMENTO.

ALUNO: LEONARDO BETANCOURT OSORIO

ORIENTADORA: FERNANDA CENCI QUEIROZ

SÃO PAULO, 2015

SUMÁRIO

1.	Introdução.....	3
2.	Objetivos.....	9
3.	Metodologia.....	10
4.	Resultados esperados	15
5.	Cronograma	16
6.	Referências	17

1.Introdução

1.1 Identificação e apresentação do problema

A ESF “Areia Branca” está localizada no bairro de Rocio, município de Iguape, pertencente ao Vale de Ribera, no litoral sul, do estado de São Paulo. A maioria dos moradores são do sexo feminino, alfabetizados até o ensino fundamental, empregados em comércio informal e beneficiados por programas do governo, como a bolsa família.

Esta área está dividida em 6 microáreas, atende a 462 famílias, com uma população total de 2772 habitantes que tem uma população maior de 15 anos de 876 habitantes, dos quais são hipertensos 264, que muitos não tem adesão ao tratamento tanto farmacológico como não farmacológico, isso tem conseqüências e complicações em órgãos alvos e a sua vez incremento da morbimortalidade por essa doença.

Segundo a OMS, as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis, direta ou indiretamente, da morbidade, mortalidade, perda da qualidade de vida e altos custos sanitários nos adultos de todos os países incluindo os industrializados e com mais desenvolvimento econômico e nos que ostentam esta classificação. A hipertensão arterial, o tabaquismo, a obesidade, a diabetes e as dislipidemias são comuns nestas doenças dos adultos, com aumento preocupante nos últimos anos em crianças e adolescentes.

Essas doenças traz importantes fatores de risco que causam dano vascular: hipertrofia ventricular esquerda, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, enfermidades cerebrovasculares e enfermidade renal crônica, entre outras^{1, 2,3}.

As doenças crônicas não transmissíveis correspondem a principal causa de óbito prevenível do mundo, responsável por 13% das mortes ¹.

Um dos problemas é sua alta prevalência que afeta a milhões de pessoas, sendo que nem todos os hipertensos estão diagnosticados, tratados o controlados⁴.

No ano 2000 a prevalência global destas patologias foi estimada em torno de 26%, devendo passar para 29% em 2025, considerando apenas o aumento populacional e a composição etária. Representando aproximadamente a 1,56 bilhões de pessoas afetadas ^{5,6}.

Aproximadamente 691 milhões de pessoas no mundo sofrem desta doença. Em 2002 foi responsável pelo o 60% e 47% das causas do mortalidade e morbidade, respectivamente. Na América Latina, a doença afeta a mais de um terço da população¹.

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 frequência de agravos na população: servem, também, para a verificação de mudanças ocorridas após as intervenções⁷.

Dados de 2010 do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) mostraram que a frequência de diagnóstico médico da HAS variou de 18% na Região Norte e 25% na Região Sudeste ^{8,9}.

No 2008, aproximadamente 21% das pessoas com 20 anos e mais foram diagnosticados com HAS ⁵, e em 2011 esse percentual atingiu quase o 23% em indivíduos com 18 anos ^{10,11}.

A prevalência tem aumentado, associado a padrões de alimentação inadequada, diminuição da atividade física e outros comportamentos relacionados com aspectos de hábitos tóxicos ¹².

O tratamento da HAS está baseado em medidas não-farmacológicas e farmacológicas. As não farmacológicas referem-se a mudança do estilo de vida, isso constituem um potencial para prevenir a hipertensão e demonstra-se que são efetivos em baixar a pressão arterial e que podem reduzir outros fatores de riscos cardiovasculares a um baixo custo e com um mínimo risco.

Embora quando as mudanças no estilo de vida isolados não são suficientes para controlar a pressão arterial, eles podem reduzir o número e a doses dos medicamentos anti-hipertensivos necessários para tratar a hipertensão.

Entre as mudanças no estilo de vida para a prevenção e manejo da hipertensão arterial temos: -1. A diminuição de peso; 2. Moderação na ingestão de álcool; 3. Atividade Física; 4. Moderação da ingestão de sódio; 5. Evitar o tabagismo; 6. Outras medidas: Manter uma adequada ingestão de Potássio e cafeína¹³.

Os pacientes devem ser protegidos da perda de potássio e estimulados para incrementar a ingestão de potássio, o qual pode diminuir indiretamente a pressão arterial. Deve-se usar com precaução em pacientes susceptíveis a hipercalcêmica, com aumento do potássio no sangue, incluindo aqueles com

insuficiência renal e o uso de inibidores da ECA os bloqueadores da angiotensina II.

Quanto a cafeína é importante ressaltar que o equivalente a 2 ou 3 xícaras de café aumenta a pressão arterial. A ingestão de cafeína de maneira contínua não está associada com um aumento da pressão arterial, devido à tolerância dos efeitos hemodinâmicos. O consumo de alho diminuiu a pressão diastólica em 4 de 7 ensaios clínicos comparado contra placebo. O estresse pode incrementar a pressão arterial de maneira aguda e a exposição crônica na área de trabalho pode estar associada a níveis mais altos de pressão arterial.

Entre as medidas farmacológicas, há inúmeras classes de anti-hipertensivos disponíveis, variando o seu mecanismo de ação, a sua potência, posologia e efeitos adversos ¹³.

Quanto a adesão à terapêutica define-se como o grau de coincidência do comportamento do paciente em relação aos medicamentos que deve tomar, o seguimento da dieta e as mudanças que tem que fazer no seu estilo de vida, com as recomendações dos profissionais da saúde.

Ressalta a participação ativa do paciente na toma de decisões, uma vê que ele deve ser o protagonista de sua própria saúde, uma vez que o paciente assume o papel de doente crônico e possa colocar em marcha todos os câmbios necessários para fazer um adequado ajuste com a nova realidade que a patologia traz.

A OMS adverte-nos em seu documento “Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción”¹⁴, ou seja, que os doentes crônicos que não tem adesão ao tratamento correspondem a uma estimativa aproximada de 50%.

Desta forma, trata-se de um fenômeno de grande magnitude e de grande impacto na sociedade. Além disso, trata-se de uma realidade complexa que implica a todos os profissionais relacionados, e não só ao paciente, sendo necessária uma abordagem integral e multidisciplinar.

Concluindo a educação do paciente e a relação médico-paciente é um dos elementos-chaves para o melhor controle da doença, permitindo um melhor entendimento das conseqüências que pode trazer sua enfermidade, dando-lhes uma arma de valor inestimável para seu controle ^{15,16}.

1.2 justificativa da intervenção

Esta temática foi a escolhida para o desenvolvimento do projeto de investigação pelo número elevado de pacientes portadores de hipertensão arterial existentes em nessa comunidade e no Brasil, em geral. Existe um grande número de pacientes que são portadores de hipertensão arterial sistêmica, o que aumenta o risco cardiovascular, além do que o envelhecimento está associado com um aumento da morbimortalidade cardiovascular. O controle da hipertensão arterial significa controlar o risco de doenças cardíacas coronárias, AVC, contudo é um processo complexo e multidimensional, cujo objetivo deve ser a prevenção primária, detecção precoce e tratamento adequado e oportuno para prevenir o aparecimento das complicações. A aplicação de projeto de intervenção é importante, porque, devido ao baixo nível socioeconômico e educacional que a comunidade possui, falta conhecimento suficiente e necessário para o controle da hipertensão e, assim, melhorar a sua qualidade de vida. Cabe a equipe multiprofissional

compreender seu papel de promoção e prevenção da saúde e levar isso ao contexto desta comunidade.

As intervenções educativas têm mostrado ter efeito positivo, em outras realidades, na prevenção de doenças não-transmissíveis, tanto no nível individual, grupal e social ¹⁷.

Motivados pela prevalência desta doença e os resultados obtidos em intervenções comunitárias nesta e outras enfermidades, este projeto de intervenção foi elaborado para melhorar a adesão terapêutica em hipertensos de ESF “Areia Branca”, Iguape.

A aplicação do programa trará benefícios para todos os pacientes portadores de hipertensão arterial do posto do ESF “Areia Branca”, bairro Rocio, município Iguape, São Paulo.

Pergunta condutora:

Como melhorar a adesão ao tratamento em hipertensos do ESF “Areia Branca” para o controle de sua doença?

2. Objetivos.

2.1. Objetivo geral:

Fazer uma intervenção educativa para aumentar a adesão terapêutica em hipertensos do ESF “Areia Branca” , Iguape 2015.

2.2. Objetivos específicos:

1. Identificar fatores de risco psicossociais que diminuem a adesão terapêutica em hipertenso do ESF “Areia Branca”, Iguape 2015.

2. Projetar ações educativas para modificar os fatores implicados na adesão ao tratamento em hipertensos do grupo estudado.

3. Avaliar o impacto imediato das ações educativas em hipertensos que não tem adesão ao tratamento.

3. Metodologia

3.1 Cenários de Estudo:

Nesta área de abrangência, assim como no Brasil, tem existe muita prevalencia de Hipertensão Arterial, alem da grande quantidade de pacientes que não tem adesão ao tratamento (farmacologico, não farmacologico) de esta doença.

Será realizado um estudo de intervenção educativa em pacientes hipertensos que não tem adesão terapêutica, pertencentes ao ESF "Areia Branca" no município de Iguape, São Paulo de fevereiro de 2015 a dezembro de 2015.

A ESF "Areia Branca" está localizada no bairro de Rocio, municipio de Iguape, pertencente ao Vale de Ribera, no litoral sul, do estado de São Paulo.

Esta área está dividida em 6 microáreas, atende a 462 familias, com uma população total de 2772 habitantes que tem uma população maior de 15 anos de 876 habitantes, dos quais são hipertensos 264, que representa 30,1 %, vamos a trabalhar com uma mostra de 93 pacientes, que representam um 35,2% da população hipertensa de 15 anos e mais.

Criterios de inclusão:

1. Pacientes maiores de 15 anos hipertensos.
2. Pacientes que concordam cooperar com o estudo.

Criterios de exclusão:

1. Todos os pacientes que não cumplam os criterios de inclusão.

Etapa diagnóstica

Para a realização do projeto, primeiramente vamos identificar entre a população total, os pacientes maiores de 15 anos e entre eles os portadores de hipertensão arterial, os pacientes selecionados serão encaminhados para a

realização de consulta e registro de dados sobre o uso regular da medicação, prática de atividades físicas e seguimento dietético, posteriormente vamos agendar uma reunião com o grupo da escolha para apresentação dos participantes, explicar o programa e definir os horários para realizar as atividades.

Intervenção: dados diferentes da história da medicina, bem como a fornecida pelos pacientes durante a entrevista são contabilizados.

Informações que serão recolhidas:

- Dados demográfica (idade, sexo, lugar de residência, estado civil, ocupação).
- Antecedentes hereditária de hipertensão / doença cardiovascular Familiar _Antecedentes em geral: diabetes, câncer, doença renal.
- Antigüedad de diagnóstico de hipertensão.
- Grado de atividade física, de acordo com critérios do questionário IPAQ (*Questionário de atividade física internacional*)¹⁸.
(1) baixa; (2) moderado; (3) alta.
- Alimentação
(1) dieta de acordo com sua patologia e consultas com a nutricionista no

ano passado.

- Hábitos tóxicos: tabagismo (1) não fumante ; (2) tabagismo ativo
- Medidas antropométricas: altura, perímetro abdominal peso, IMC (BMI)
- Fatores de risco tradicionais cardiovascular: sedentarismo, dislipidemia,diabetes mellitus, obesidade abdominal.
- Medicação e dose utilizada.

Dois inquéritos realizados a fim de avaliar o grau de conhecimento que o paciente possa ter sobre sua doença e o grau de adesão ao tratamento: teste de batalha ¹⁹ e teste de Morisky_Green_Levine ²⁰ respectivamente.

O primeiro consiste em três questões:

- A hipertensão é uma doença para a vida?
- Pode ser controlada com dieta e medicação?
- Nomear dois ou mais órgãos que são afetados pela doença.

De acordo com os autores, um paciente com conhecimento de sua doença é aquele que responde todas as perguntas corretamente.

Teste de Morisky-verde-Levine consiste de quatro perguntas:

- Nunca esquece tomar os medicamentos para a hipertensão?
- Esquece tomar a medicação no horário certo?
- Se alguma vez se sente estranho quer parar de tomar o remédio?
- Em todos os casos, você deve responder 'Sim' ou 'Não'.

De acordo com os autores, são considerados aderentes (ADH), que responderam não para as quatro perguntas e não aderentes (NDA), que responderam sim a uma ou mais.

3.2 Sujeitos da intervenção:

Os sujeitos do estudo serão os 93 pacientes hipertensos selecionados para o estudo pertencentes ao ESF “Areia Branca” bairro Rocio do município de Iguape, estado de São Paulo.

No desenvolvimento das atividades educativas do programa, serão envolvidos todos os trabalhadores profissionais da ESF: médica, enfermeira, auxiliar de enfermagem, dentista e agentes comunitários de saúde. Haverá o suporte dos profissionais do NASF, como psicólogo e nutricionista.

3.3 Estratégias e ações:

As atividades serão realizadas em áreas do nosso posto de saúde e a vídeo-conferência será realizada na sala de reunião do distrito de saúde (uma vez por mes).

As atividades educativas ou ações previstas no programa serão desenvolvidas com uma frequência de uma sessão de duas horas por semana.

O conteúdo das atividades educativas planejadas será desenvolvido por meio de debates, utilizando o método de discussão, método de plantão tira dúvidas, método de dramatização, de roda de conversa assim como o método de círculo de cultura.

Outras formas organizacionais que vamos usar para desenvolver as ações são: palestras educativas, divulgação dos temas em boletins informativos, folhetos ou outros meios. Além disso, será usado a video - conferência, utilizando o método de debate ou discussão, para posterior análise dos conteúdos observados.

Para a aplicação do programa vamos precisar de uma sala de conferências com capacidade para 100 pessoas e equipada com computador, projetor, quadro branco, papel, marcadores e também vamos precisar de meios de transporte para a circulação desses materiais.

3.4 Avaliação e Monitoramento

Finalizadas as atividades educativas e ações previstas vamos realizar a avaliação dos resultados e a elaboração do informe final.

Vai se avaliar o nível de conhecimento e adesão ao tratamento dos pacientes, utilizando os testes acima mencionados, o grau de atividade física (questionário IPAQ) para avaliar o impacto das actividades educativas realizadas.

4. Resultados Esperados

Os resultados da implementação do Programa de Educação Comunitária tem uma importância social, porque eles devem contribuir para a elevação de uma cultura em relação ao tratamento, controle da hipertensão, a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, e a prevenção de outras doenças associadas, além de contribuir para elevar a qualidade de vida dos membros da comunidade em estudo.

A partir desta perspectiva, a aplicação e desenvolvimento da proposta devem contribuir para:

- Criar consciência em todos os pacientes com hipertensão arterial na ESF “Areia Branca” sobre a necessidade de tratamento adequado com prescrição adequada.
- Desenvolver o autocontrole da hipertensão e evitar doenças associadas nos 100% dos pacientes hipertensos do estudo.
- Incentivar a frequência regular às consultas médicas de 100% dos pacientes.
- Garantir que sejam tratados os 100% dos pacientes portadores da doença na população estudada.
- Garantir a conscientização sobre a doença, suas características e consequências, em 100% dos pacientes hipertensos da população do estudo.
- Reduzir a taxa de morbimortalidade para este item em pelo menos 10%.

5. CRONOGRAMA:

Atividades	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Elaboração do Projeto	x	X	x	x	x	x	
Aprovação do Projeto							x
Estudo da Literatura	x	X	X	X	X	X	
Coleta de dados	x	x	x	x	x	x	
Discussão e análise dos resultados							x
Revisão Final e Digitação						X	
Entrega do trabalho final						x	
Apresentação do trabalho							X

6. Referências bibliográficas:

1. World Health Organization. Non-communicable diseases country profile, 2011. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html (acessado em 24/Set/2012).
2. Alfonzo JP. Hipertensión arterial en la atención primaria de salud. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2010.
3. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380:2224-60.
4. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2010.
5. OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo. Reducir los Riesgos y promover una vida sana. 2002.
6. OMS. Formulario Modelo de la OMS.2004;12.3,
7. Lessa I. Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. *Informe Epidemiológico do SUS* 1993; 3:59-75.
8. [Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006; 15(1): 35 - 45]
9. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: VIGITEL 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [[Links](#)]
10. *Cad. Saúde Pública* vol.29 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2013

11. Puente-Silva F, Adherencia terapéutica. Implicaciones para México. (1984)
12. World Health Organization. Ethics Committee. Informed Consent form Template for Clinical trials. *En:* [www.who.in/rpc/research-ethics/InformedConsent-ClinicalStudies 3.dpf](http://www.who.in/rpc/research-ethics/InformedConsent-ClinicalStudies3.dpf)
13. Temístocles L; Cardiologiadepanama.org. Tratamiento No Farmacológico de la Hipertensión Arterial. 17/5/2011
14. www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task.
15. Ferrer Herrera I, Sánchez Cartaya ME, Betancourt Fernández I, Romero Sánchez MC. Intervención comunitaria educativa del paciente hipertenso en un área de salud. AMC [Internet]. 2003 [citado 8 Dic 2013];7(3). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2003/v7n3/718.htm>
16. Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Nuñez RD, Louro Bernal I, Céspedes Lantigua LA, et al, Principios básicos de promoción de salud y prevención de enfermedades y otros daños a la salud. En: Medicina general. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 127-37.
17. Ferrer Ferrer L, Alfonso Sagué K, Bonet Gobeia M. Intervenciones comunitarias contra enfermedades crónicas no transmisibles en el consejo popular "Dragones". Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 [citado 8 Dic 2013]; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662006000300009
18. Cuestionario Internacional de Actividad Física. Disponible en: www.ipaq.ki.se

19. Piñeiro Chousa F, Gil Guillen VF, Donis Otero M, Orozco Beltrán D, Pastor López R, Merino Sánchez J: Validez de seis métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la diabetes no insulino dependiente. *Rev Clin Esp* 1997; 197: 555-559.
20. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365: 217-23.
21. Moreira JPL, Moraes JR, Raggio RL. Prevalence of self-reported systematic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study. *Cad Saúde Pública* 2013; 29: 62-72.
22. Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
23. OPS. *La Salud en Las Américas*. Washington DC, 2002;587:211-294.
24. Céspedes Lantigua, L. A., Castañer Herrera, J.F., Montano Luna, J. A., y otros *Afecciones cardiacas en Medicina General Integral* tomo II, Álvarez Sintés, R. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008, cap 70, pp. 86-104.
25. Ginarte, Y., *La adherencia terapéutica en Revista Cubana de Medicina General Integral*. La Habana. Editorial: Ciencias Médicas 2001, cap. 5 pp.,502.

