

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
NA ATENÇÃO BÁSICA

Autor: Rodrigo Luis Talarico

Orientador: Jorge Luis Marques Fernandes.

Ilha Solteira - SP
2015

1) INTRODUÇÃO

A título de conceituação, a hipertensão arterial pode ser definida como o aumento dos níveis pressóricos acima do recomendado para uma determinada condição clínica e faixa etária⁽¹⁾.

As doenças do aparelho circulatório consistem na principal causa de morbidade na sociedade contemporânea, destacando as mais prevalentes como a doença coronariana, as cerebrovasculares e a insuficiência cardíaca⁽²⁻³⁾.

Muitos fatores contribuem para o aumento da pressão, pode-se destacar idade avançada, etnia negra, obesidade, abuso de álcool, obesidade, diabetes mellitus, sedentarismo e alta concentração de sódio na alimentação⁽²⁻⁵⁾.

Dessa forma já pode-se adiantar que o controle dos fatores mutáveis como a obesidade, sedentarismo, dieta hiperssódica, abuso do álcool já representa um importante passo em direção ao tratamento e controle da doença hipertensiva.

Neste estudo será abordado em uma área de população predominantemente idosa, resistente na questão da mudança de estrutura do SUS (Sistema Único de Saúde), que antes era centrado nas especialidades e que hoje se baseia em territorialização com clínicos gerais; falando no nível de atenção básica. Tal mudança gera desconfiância de grande parcela, fazendo com que não tenha uma boa adesão e confiança ao tratamento proposto; já que um dos maiores desafios no combate à hipertensão arterial ainda se deve à não adesão ao tratamento⁽⁶⁾.

A adesão corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do próprio paciente. Porém, são muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, a característica assintomática da doença e a sua cronicidade⁽⁶⁻⁷⁾.

A doença hipertensiva é sem sombra de dúvida um dos problemas de saúde pública mais importante no mundo e no Brasil. A taxa de prevalência no Brasil varia de 22% a 24%, tanto que atualmente no Brasil se gasta em torno de 400 milhões de dólares com hospitalizações e suas complicações⁽¹⁾.

Dados americanos mostram que a hipertensão arterial, sem outra comorbidade, representam 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% das doenças coronarianas⁽¹⁾.

O tratamento da hipertensão arterial é um desafio pelas dificuldades na abordagem e no controle da evolução, suas intercorrências e na falta de adesão do paciente ao tratamento⁽⁸⁾ por ser na maioria das vezes uma doença assintomática.

A pressão alta lesa os vasos, coração, rins e cérebro (órgãos-alvo). Os vasos são recobertos internamente por uma camada muito fina e delicada (endotélio), que é machucada quando o sangue está circulando com pressão elevada. Com isso, os vasos se tornam endurecidos e estreitados podendo, com o passar dos anos, entupir ou romper. Quando o entupimento de um vaso acontece no coração, causa a angina que pode ocasionar um infarto. No cérebro, o entupimento ou rompimento de um vaso, leva ao "derrame cerebral" ou AVC. Nos rins podem ocorrer alterações na filtração até a paralisação dos órgãos. Todas essas situações são muito graves e podem ser

evitadas com o tratamento adequado, bem conduzido por médicos⁽⁹⁾ e seguidas corretamente pelos pacientes.

2) OBJETIVOS

2.1) OBJETIVOS GERAIS

O objetivo deste trabalho é tentar identificar os problemas de adesão do paciente hipertenso ao tratamento.

2.2) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- as causas do não seguimento correto ao tratamento;
- o motivo do uso de polifarmácia ou politerapia no controle pressórico, ou seja, se realmente é necessário ou se o médico não consegue perceber a adesão correta ao tratamento;
- a atual divisão e estratificação do SUS, tendo o clínico geral para controle da hipertensão arterial pode causar insegurança, e fazer com que o paciente não adira ao tratamento proposto pelo clínico geral;
- avaliar aderência da atividade física ao tratamento não medicamentoso.

3) METODOLOGIA

3.1) CENÁRIO DE INTERVENÇÃO

Este estudo transversal foi realizado em uma área de cobertura de uma UBSF Vila Ricardo, da cidade de Londrina no estado de Paraná. Os dados foram coletados de janeiro a junho de 2007, com uma amostra aleatória e sistemática de hipertensos.

Londrina localiza-se no norte do Paraná, região de terra roxa, terreno muito fértil para agricultura. Colonização espontânea de homens vindos de Minas Gerais ou de São Paulo entre 1904 e 1908⁽¹⁰⁾.

A população urbana de Londrina é de 493.520 habitantes e a rural de 13.181 habitantes, totalizando 506.701 habitantes⁽¹¹⁾.

3.2) SUJEITO DE INTERVENÇÃO

Participará deste estudo pacientes hipertensos com diagnóstico há pelo menos 6 meses e com idade variando entre 20 anos e chegando até 79 anos. Para o estabelecimento da população serão utilizados dados dos pacientes cadastrados no HIPERDIA, no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e em fichas de aprazamento, as quais são utilizadas naquele serviço. Foi levado em conta um erro de 3,5%, nível de confiança de 95% e prevalência de 50%⁽¹²⁾; serão esses os requisitos para enquadramento na pesquisa.

A amostra será sistemática e aleatória, do número total; serão excluídos por mudança de endereço para área de outra unidade, por óbito, por estar fora da faixa etária, por não ter histórico de hipertensão, por estarem em tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. Os dados serão coletados por entrevistas em residência dos pacientes por entrevistadores treinados e avaliados⁽¹²⁾.

3.3) ESTRATÉGIAS E AÇÕES

A adesão ao tratamento farmacológico será categorizada da seguinte forma: hipertensos que abandonarem todo o esquema terapêutico prescrito serão classificados como *não aderentes*, aqueles que tomarem os medicamentos, porém de forma irregular ou que deixarem de tomar um dos medicamentos prescritos, serão enquadrados como *parcialmente aderentes*, e ainda aqueles que referirem utilizá-los de forma correta, como *totalmente aderentes*. Na análise dicotômica, o grupo dos *totalmente aderentes* (adesão = sim) será comparado aos grupos *não aderentes* e *parcialmente aderentes* (adesão = não). Também serão identificados os principais motivos alegados pelos entrevistados para a não adesão, total ou parcial ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica⁽¹²⁾.

3.4) AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Como forma de avaliação e monitoramento será entregue a cada paciente um MAPA (monitoramento ambulatorial da pressão arterial) para que cada paciente faça o acompanhamento regular, periódico, e uma espécie de certidão negativa

ficará na unidade como cópia dos valores de cada paciente para evitar problemas com eventuais perdas.

Todo o pessoal da enfermagem será treinado e avaliado para, ao fazer o procedimento de aferição seguir o protocolo; que consta: 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, não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não fumar 30 minutos antes, manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado, remover roupas do braço no qual será colocado o manguito, posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4^o espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido, solicitar para que não fale durante a medida⁽¹³⁾.

Após seguimento das medidas corretas o valor será anotado no MAPA do paciente e na certidão negativa. A frequência será de 2 vezes por semana, sempre em horários diferentes; e cada paciente passará em consulta ao menos 1 vez por mês com o médico para avaliar a adequabilidade ao tratamento.

4) RESULTADOS ESPERADOS

Ao final desse acompanhamento, esperamos traçar os principais problemas relacionados ao acompanhamento e controle da hipertensão desses pacientes, o número de pacientes considerados não aderentes, os parcialmente aderentes e ainda aqueles considerados aderentes ao tratamento farmacológico.

Espera-se ainda conseguir esclarecer também as principais causas da não adesão ao tratamento que podem ser: esquecimento, achar que a pressão arterial estava controlada, os efeitos adversos dos medicamentos e não apresentar sintomas. Também será relevante os motivos de indisponibilidade de medicamentos na unidade de saúde, não querer tomar medicamentos pelo resto da vida, utiliza-los apenas quando se sente mal, e ingestão de bebidas alcoólicas⁽¹²⁾.

Dessa forma poderemos fazer um diagnóstico dos principais problemas para poder através de um trabalho multidisciplinar inferir de modo positivo para uma maior adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, que inclui: "alimentação saudável e redução de peso, atividade física regular, moderação consumo de bebidas alcoólicas, abandono tabagismo, medidas antiestresse"⁽¹³⁾.

FINAL													
SOCIAL IZAÇÃO DO TRABA LHO													X

6) Referências

1. Lopes, A.C.; Tratado de Clínica Médica, segunda edição 2009.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(Supl. 1):1-51. [[Links](#)]
3. Zaslavsky C, Gus I. Idoso. Doença cardíaca e comorbidades. *Arq Bras Cardiol* 2002; 79(6):635-639. [[Links](#)]
4. Beilin LJ, Puddey IB, Burke V. Lifestyle and hypertension. *Am J Hypertens* 1999; 12(9):934-945. [[Links](#)]
5. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Junior JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright Junior JT, Roccella EJ; Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *JAMA* 2003; 21(19):2560-2572. [[Links](#)]
6. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para 2003; 8(3):775-782. [[Links](#)]
7. Busnello R, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB, Fuchs FD. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. *Arq Bras Cardiol* 2001; 76(5):349-351. [[Links](#)]
8. Gusmão JL, *et al.* Adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras de Hipert.* 2009; 16(1):38-43.
9. <http://www.sbh.org.br/geral/hipertensao.asp>, acessado em 12 de janeiro de 2015.
10. http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=5, acessado em 19 de janeiro de 2015.

11. http://www1.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=543&Itemid=558&limitstart=2/IBGE censo 2010, acessado em 19 de janeiro de 2015.

12. Giroto E, de Andrade SM, et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial.

13. V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial; São Paulo, 13 de fevereiro de 2006. Ferreira, S.R.S; Bianchini, I.M; et al; Protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica para atenção primária em Saúde, 2009.