

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ESTRATEGIA PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO DE IDOSOS  
HIPERTENSOS NO TERRITÓRIO DA UNIDADE DE SAÚDE MORRO DO SÃO  
BENTO, SANTOS – SP

ANGEL MAURO GARCIA GALINDO

Orientadora: Rosimeyre Correia Costa

SANTOS, ABRIL 2015

## Sumário

<b>1. Introdução</b>	1
<b>2. Objetivos</b>	3
2.1 Geral	3
2.2 Específicos	3
<b>3. Revisão Bibliográfica</b>	4
3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica no Idosos.	4
3.2 Fatores de risco para a não adesão a tratamento anti-hipertensivo	6
3.3 Sugestões para a melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo	9
<b>4. Metodologia</b>	10
4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção	10
4.2. Cenário da intervenção	10
4.3 Estratégias e ações	11
4.4 Avaliação e Monitoramento	12
<b>5. Resultados Esperados:</b>	13
<b>6. Cronograma</b>	13
<b>7. Referências</b>	14
<b>ANEXOS</b>	17
Anexo 1. Ficha de coleta de dados:	17
Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	18
Anexo 3. Versão em português do instrumento Brief Medication Questionnaire	19

## 1. Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana. Em combinação com o diabetes, representa 62.1% do diagnóstico primário de pessoas submetidos à diálise. <sup>(1)</sup>

Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. <sup>(2)</sup>

O Brasil apresenta uma taxa de envelhecimento exuberante. Os idosos (idade  $\geq$  60 anos), correspondem 10,8%, do total da população brasileira (20.590.599 de 190.755.799 habitantes, IBGE 2010). Estes câmbios na transição demográfica são devidos à redução da taxa de fecundidade, redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento de expectativa de vida. <sup>(3)</sup>

Neste grupo etário, as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque, as quais, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade. Não há uma causa única para essas doenças, mas, vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. <sup>(1)</sup>

A Hipertensão Arterial e o Diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento desse cenário. A prevalência da hipertensão se correlaciona diretamente com a idade, sendo mais presente entre as mulheres e nas pessoas com sobrepeso ou obesidade. <sup>(1)</sup>

O diagnóstico precoce, o controle adequado dos níveis pressóricos, baseados nas metas preconizadas de acordo com a estratificação de risco cardiovascular e principalmente a adesão ao tratamento, são fundamentais para o combate desta doença. <sup>(4)</sup>

O Projeto Adesão da Organização Mundial da Saúde (OMS), adota como definição de adesão a tratamentos crônicos o grau em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida correspondem e concordam com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde. <sup>(5,6)</sup>

Um dos maiores problemas encontradas em muitos estudos é a falta de adesão ao tratamento, especialmente deste grupo etário, nas quais involucram fatores relacionadas ao paciente, à doença, ao cuidador e ao sistema e equipe de saúde.

Portanto, um dos principais desafios da equipe de saúde da família será conseguir uma melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Neste cenário, este trabalho tem por objetivo a implantação de grupo de educação continuada para melhorar a adesão de idosos hipertensos ao tratamento anti-hipertensivo.

## 2. Objetivos

### 2.1 Geral

- Implantar um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento de hipertensos idosos, adscritos na Unidade de Saúde da família Morro do São Bento do município de Santos – SP.

### 2.2 Específicos

- Identificar aos idosos com dificuldade na adesão ao tratamento anti-hipertensivo na Unidade de Saúde da Família Morro do São Bento, município de Santos-SP
- Desenvolver ações educativas para melhorar o nível de conhecimento nos idosos hipertensos sobre sua doença.
- Estimular ações para mudanças de estilos de vida.

### 3. Revisão Bibliográfica

#### 3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica no Idosos.

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) <sup>(7)</sup> a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é “uma condição clínica multifatorial caracterizado por níveis elevados e sustentados de pressão arterial ( $PA \geq 140 \times 90$  mmHg). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento de risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais”.

A Hipertensão Arterial Primária tem uma alta prevalência, em relação a Hipertensão Arterial por causas secundárias (3%-5%), devendo-se excluir antes do seu diagnóstico por medidas inadequadas da PA, hipertensão do avental branco, tratamento inadequado, não adesão ao tratamento, progressão das lesões nos órgãos-alvos, presença de comorbidades, interação com medicamentos. <sup>(7)</sup>

A Hipertensão Arterial está integralmente relacionada com a idade, atingindo uma prevalência até o 50% para idosos de 60 a 69 anos e 75% em idosos com mais de 70 anos. <sup>(2)</sup>

A Hipertensão Sistólica Isolada é a mais frequente, neste grupo etário, e parece estar mais associado a eventos cardiovasculares que a hipertensão diastólica ou sistólica e diastólica. <sup>(7)</sup>

A Hipertensão Arterial em idosos está associada a um maior aumento dos eventos cardiovasculares com consequente diminuição da sobrevivência e piora na qualidade de vida, à medida que compromete a capacidade física, emocional, intelectual e a interação social, prejudicando o desenvolvimento das atividades profissionais e diárias. <sup>(8)</sup>

O objetivo do tratamento anti-hipertensivo em idosos é a redução gradual da pressão arterial a níveis abaixo de 140/90 mmHg, mas casos como pressão sistólica

muito elevadas podem ser mantidos níveis intermediários em até 160 mmHg. Não está bem estabelecido o nível mínimo tolerável da PA diastólica. <sup>(7)</sup>

O tratamento não-medicamentoso é recomendado para os idosos. Se deve considerar: o controle de peso, da circunferência abdominal e/ou um IMC entre 18,5 a 24,9 Kg/m<sup>2</sup>; uma dieta mais saudável rico em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura; a redução de sal não mais que 2 g de sódio (5g/sal/dia); suplementação com ácidos graxos insaturados: óleo de peixe (ômega 3) em altas doses diárias, além consumo de fontes de ácidos graxos monoinsaturados (óleo de oliva, óleo de canola, azeitona, abacate) e oleaginosas (amendoim, castanha, nozes, amêndoas); consumo de fibras, proteínas de soja, café, chá, chocolate amargo; moderação no consumo de álcool, limitando a 30g/dia de etanol e metade para mulheres; atividade física regular, tipo aeróbicas, pelo menos 30 minutos por dia, 3 vezes/ semana, para prevenção e diariamente para tratamento; controle do estresse psicossocial; técnicas de respiração lenta, dez respirações por minuto por 15 minutos diários; o uso do CPAP (Pressão positiva contínua nas vias aéreas) indicado só nos distúrbios ventilatórios e metabólicos do síndrome da apneia/hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS); e cessação do tabagismo. <sup>(7)</sup>

Quando o tratamento medicamentoso for necessário, a dose inicial deve ser mais baixa, e o incremento de doses ou a associação de novos medicamentos devem ser feitos com mais cuidado. A presença de outros fatores de risco e lesões de órgão-alvo e doença cardiovascular associada devem nortear a escolha do anti-hipertensivo inicial. A maioria, porém, necessita de terapia combinada, principalmente para o controle adequado da pressão arterial sistólica. Ocorre redução de morbidade e mortalidade com diferentes agentes: diuréticos tiazídicos, betabloqueadores em combinação, antagonistas de canais de cálcio de ação longa, Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) e Bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRA). O tratamento da hipertensão no idoso reduz a incidência de déficit cognitivo e demência. O tratamento de hipertensos com idade acima de 79 anos por meio da associação de IECA e diurético reduziu o desenvolvimento de Acidente Vascular Encefálico e das taxas de insuficiência cardíaca. As evidências disponíveis sugerem redução de eventos sem impacto

sobre a mortalidade. Os idosos portadores de comorbidades múltiplas não-cardiovasculares devem ter seu tratamento cuidadosamente individualizado. <sup>(7)</sup>

A hipertensão arterial por ser uma síndrome clínica multifatorial precisa contar com a contribuição de uma equipe multiprofissional constituída por profissionais que lidam com os pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários. <sup>(7)</sup>

### 3.2 Fatores de risco para a não adesão a tratamento anti-hipertensivo

Segundo Lima J, Floripe G, Vieira G, Colelho K, Mion D (2009) <sup>(9)</sup> de modo geral, consegue-se identificar alguns fatores de riscos que influenciam negativamente a adesão. Os principais fatores que podem influenciar na adesão do tratamento anti-hipertensivo estão relacionados a:

3.2.1 Fatores relacionados ao paciente: Idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, crenças de saúde, hábitos de vida e aspectos culturais. Assim também, o conhecimento e as crenças 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.

3.2.2 Fatores relacionados ao tratamento: A complexidade do regime terapêutico (número de doses, comprimidos e horário das tomadas), duração do tratamento, falha de tratamentos anteriores, mudanças frequentes no tratamento e influencia na qualidade de vida podem dificultar a adesão.

3.2.3 Fatores relacionados à doença: A ausência de sintomas, cronicidade, bem como as complicações tardias, pioram a adesão. Assim mesmo, as morbidades presentes na população mais idosa acabam por dificultar algumas estratégias de tratamento.



3.2.4 Fatores relacionados ao cuidador: O comprometimento do cuidador, principalmente em pacientes idosos com várias morbidades, pode influenciar a adesão ao tratamento, pois é um elemento ativo neste processo terapêutico. Os grandes sistemas de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentam-se em equipes multiprofissionais.

3.2.5 Fatores relacionados ao Sistema e Equipe de Saúde: O bom relacionamento médico paciente pode melhorar a adesão ao tratamento. O enfoque diferenciado da enfermeira, nutricionista, psicóloga e assistente social é fundamental para o bom tratamento da doença. Entre os principais fatores que podem prejudicar a adesão ao tratamento temos; serviços de saúde pouco desenvolvido, sistema de distribuição de medicamentos ineficaz, sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, dificuldade de acesso ao serviço e distancia, falta de conhecimento e de treinamento de funcionários administrativos e de saúde, incapacidade do sistema para educar pacientes e prover seguimentos.

Existem outros estudos e/ou revisões em relação a fatores relacionados à não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, entre eles temos:

PINHEIRO (2013) <sup>(10)</sup> em uma revisão narrativa de literatura científica, de recorte temporal (2000-2012), possibilitou identificar vários fatores que influenciam na adesão ao tratamento da hipertensão arterial tais como: baixa escolaridade, raça/etnia, sedentarismo, a falta de exercícios físicos, não realização de dieta indicada alcoolismo e tabagismo, fatores econômicos, deficiência física e mental, solidão, falta de acompanhamento pela família e cuidador e falta de monitoramento pela equipe de saúde, idade avançada, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais, crenças e contexto socioeconômico. Também foram encontrados: a ausência de sintomas, a falta de medicamentos, efeitos colaterais, esquecimento e a carência de educação em saúde.

Soares (2012) <sup>(11)</sup> em um estudo na UBS em PICOS/PI, concluiu que a maioria dos idosos aderiu parcialmente ao tratamento e as maiores dificuldades foram relacionadas às mudanças no estilo de vida, como exercícios físicos e hábitos alimentares. A realização de ações educativas e preventivas para orientar os

pacientes sobre o tratamento para a hipertensão se constitui uma das formas de melhorar a adesão ao tratamento.

Batista-Bortoli (2014) <sup>(12)</sup> em um estudo realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Ribeirão Preto/SP, concluiu que o número de medicamento utilizado pelos idosos foi alto, enquanto a adesão medicamentosa e o conhecimento com relação ao tratamento medicamentoso prescrito foram baixos.

Um estudo realizado por Souto C, Freitas K, Santos J, Correia O, Freitas G (2011) <sup>(13)</sup> na Unidade de Saúde de João Pessoa, encontraram que de um total de 25 pacientes, acima de 60 anos, 12 pacientes fizeram uso correto de medicação prescrita enquanto 13 deixaram de usá-la. Dentre os principais motivos para a não adesão ao tratamento medicamentoso, estavam o esquecimento (10), a ausência de sintomas (8) e a desmotivação (7), dentre outros. Considerando as variáveis não-medicamentosas, obteve-se o resultado de que apenas quatro foram considerados aderentes; 19 mostraram-se parcialmente aderentes e apenas 8% revelaram-se não aderentes. Quanto às dificuldades para seguir o tratamento, 12 dos entrevistados relataram seguir a dieta e as mudanças no estilo de vida.

Rocha C, Sueiro A, Ferreira C, Tôrres F, Schroeter G, Araújo C et al (2008) <sup>(14)</sup> destacam que entre os fatores que cooperam para a não adesão medicamentosa estão a automedicação, poli farmácia, a interação farmacológica e o surgimento das reações adversas.

Existem muitos métodos indiretos para avaliar a adesão ao tratamento de hipertensos, um estudo de Jornada A, Rolim C, Serrate S (2012) <sup>(16)</sup> e Jornada A. (2011) <sup>(17)</sup>, fizeram a comparação de dois testes de adesão ao tratamento medicamentoso mais utilizados: Teste BMQ (Brief Medication Questionnaire) e TMG (Teste de Morisky-Green), conseguiram a avaliação dos questionários que incluiu tradução e retradução do questionário BMQ e avaliação da consistência interna, estabilidade temporal e desempenho com relação aos padrões-ouro para o TMG e BMQ, concluindo que o teste BMQ apresentou melhor desempenho e com maiores sensibilidade e especificidade.

### 3.3 Sugestões para a melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo

As IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) <sup>(7)</sup> sugerem para a melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo:

- Educação em saúde com especial enfoque sobre conceitos de hipertensão e suas características.
- Orientações sobre os benefícios dos tratamentos, incluindo mudanças de estilo de vida.
- Informações detalhadas e compreensíveis aos pacientes sobre os eventuais efeitos adversos dos medicamentos prescritos e necessidade de ajustes posológicos com o passar do tempo.
- Cuidados e atenções particularizadas em conformidade com as necessidades
- Atendimento médico facilitado sobretudo no que se refere ao agendamento de consultas.

As Guidelines das Sociedades Europeias de Hipertensão e Cardiologia (ESH/ESC) (2013) <sup>(15)</sup> recomendam métodos ou intervenções para a melhor adesão do doente ao tratamento anti-hipertensivo como:

- Nível do Doente:
  - Informações combinadas com estratégias motivacionais
  - Sessões de grupo
  - Automonitorização da pressão arterial
  - Auto-gestão de sistemas simples de orientação para os doentes
  - Intervenções complexas para cuidados de longa duração de saúde que inclui informações, lembretes, automonitorização, reforço, aconselhamento, terapia familiar, terapia psicológica, intervenção nas crises, manual de acompanhamento por telefone, cuidados de suporte, programas baseados em intervenções nas farmácias e locais de trabalho.
- Nível de tratamento com fármacos
  - Simplificação do regime dos medicamentos
  - Embalagem lembrete
- Nível do sistema de saúde
  - Intensificação de cuidados (monitorização, acompanhamento telefônico, lembretes, visitas domiciliares, tele monitorização da pressão arterial de

casa, assistência social, conselhos e embalagens com a ajuda do computador)

- Intervenções envolvendo diretamente os farmacêuticos

- Estratégias de reembolso para melhora o envolvimento dos clínicos gerais na avaliação e tratamento da hipertensão.

#### **4. Metodologia**

Na unidade de saúde de estudo, ainda não tem dados exatos do número de pacientes idosos que não aderem ao tratamento anti-hipertensivo, embora, sabe-se, pelas visitas domiciliares e consultas da equipe de saúde, que é de prevalência significativa pelo fato que muitos deles manterem-se níveis pressóricos elevados e condutas erradas devidos principalmente a falta de conhecimento sobre sua patologia e o modo adequado para tratá-las, e influenciados por diferentes fatores já mencionados em muitos estudos.

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

O projeto envolverá todos os pacientes de ambos os sexos, de idade igual o superior a 60 anos que apresentam diagnóstico médico de hipertensão arterial primária há mais de um ano, que estejam cadastrados e acompanhados no programa de hipertensos da unidade, que estejam conscientes e orientados, e aceitem a inclusão no estudo.

Para a realização e sucesso desta pesquisa, faz-se necessária a participação de todos os membros da equipe multidisciplinar da USF Morro do São Bento.

##### **4.2. Cenário da intervenção**

O município de Santos se localiza no litoral leste do estado do São Paulo. A população total de Santos estimada em 2010 (IBGE) era de 419 400 habitantes. A distância até a capital é de 55,57 km (linha reta) e possui uma área geográfica de 280 674 km<sup>2</sup>.<sup>(18)</sup>

O Sistema Municipal de Saúde de Santos apresenta capacidade instalada para realização do serviço primário e secundário. Segundo o Departamento de Atenção Básica (DEAB) dispõe de: 17 SEUB (Seção de Unidade Básica de Saúde) e 14 USF (Unidade de Estratégia Saúde da Família), além de 5 unidades de Especialidades Ambulatórios, 21 unidades de atenção especializada (entre núcleos de apoio social,

reabilitação, centro de referência, casa de apoio, etc.), 1 instituto da Mulher, 1 casa da gestante, 3 unidades de Pronto socorro, e 2 centros hospitalares.<sup>(19)</sup>

O projeto será desenvolvido na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) Morro do São Bento, situada no centro da cidade de Santos, São Paulo. A área de abrangência da USF, até o momento tem cadastrado um total de 1369 famílias, conta com uma população de 8 105 habitantes (IBGE,2010)<sup>(18)</sup> (4993 habitantes segundo SIAB,2015)<sup>(21)</sup> distribuídas em 3 micro áreas, contendo um total de 647 hipertensos registrados no SIAB. Porém, no Programa Hipertensão Arterial e Diabéticos (HIPERDIA), da unidade de saúde, até o momento se encontram cadastrados um total de 317 hipertensos, sendo 196 idosos<sup>(22)</sup>.

#### 4.3 Estratégias e ações

A intervenção será realizada por meio de encontros em educação continuada com os Hipertensos idosos cadastrados e acompanhados, na unidade de saúde, e incluirão recomendações da literatura e das próprias necessidades para estimular a adesão dos hipertensos.

No primeiro momento, se identificarão a os hipertensos idosos não aderidos ao tratamento mediante o teste BMQ, previa capacitação aos agentes comunitários para sua aplicação, e com os resultados se realizará uma seleção de 20 participantes de acordo aos critérios já mencionados.

Em segundo momento, se estabeleceram a data de início do primeiro encontro de acordo a disponibilização dos pacientes de estudo, da equipe de saúde da USF e profissionais de saúde convidados.

O planejamento e a realização dos encontros e atividades com o grupo de idosos hipertensos contará com a parceria dos agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiras e auxiliares de enfermagem.

O seguinte passo será a organização do conteúdo específico dos encontros em educação continuada baseando-se em informações essenciais sobre a hipertensão arterial, tratamento, prevenção de complicações e conscientizar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

Os encontros em educação continuada serão desenvolvidos por uma equipe multiprofissional, realizados mensalmente, durante 12 meses, principalmente com os seguintes temas: 1) Hipertensão arterial: conceitos e características 2) Benefícios sobre o tratamento e prevenção de eventos cardiovasculares. 3) Hábitos alimentares saudáveis. 4) Importância do exercício físico regular 5) obesidade; 6) Álcool e Tabagismo; 7) Fatores de risco cardiovasculares; 8) Uso corretos de medicamentos e efeitos adversos 9) Automonitorização ou controle da pressão arterial. 10) Sinais de alarme de urgência ou emergência hipertensiva, 11) Aspectos psicológicos e consciência de doença hipertensiva.

Para os encontros se utilizarão equipe de computador com projetor de diapositivos, cartazes informativos, painéis ilustrativos; dinâmicas de grupo; apresentação dos principais grupos alimentícios relacionados com o problema da hipertensão arterial e Esfigmomanômetro e estetoscópio próprios, centímetro e balança com medidor de altura.

As palestras dos encontros serão realizadas numa sala ao interior da Unidade Municipal de Educação (UME) Magali Alonso, que fica na frente da Unidade de saúde.

Depois de cada encontro se enfatizará as rodas de conversas: para a reflexão dos portadores de hipertensão arterial, para a sensibilização e motivação ao uso de medicamentos (AFONSO; ABADE, 2008).<sup>(20)</sup>

O primeiro encontro se avaliará o grau de adesão, utilizando o teste BMQ, se coletará dados pessoais e dados clínicos como: peso, altura, cintura abdominal, IMC, glicemia capilar, PA sistólica e diastólica.

E o último encontro, se obterá os mesmos dados do primeiro encontro e serão comparados e discutidos com a equipe de saúde e os pacientes.

#### 4.4 Avaliação e Monitoramento

O plano de intervenção prevê duas avaliações principais, uma ao início do encontro e outra no último encontro, para a verificação dos câmbios nos dados clínicos selecionados.

O monitoramento será realizado através do acompanhamento nas consultas medicas assim como nos registros de dados clínicos nos prontuários dos pacientes idosos hipertensos dentro do projeto. Assim mesmo, os relatos dos pacientes, dos agentes comunitários e as visitas domiciliares serão consideradas para calcular a contribuição do trabalho para a melhora da adesão ao tratamento.

### 5. Resultados Esperados:

Ao final deste plano de intervenção se espera promover mudanças no comportamento dos pacientes para benefício da sua saúde, transmitir conhecimentos que permita uma maior consciência da doença e um aumento na adesão ao tratamento dos pacientes idosos hipertensos.

### 6. Cronograma

Atividades/ Meses	2015											2016									
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	
Elaboração do Projeto	X	x	x																		
Aprovação do Projeto				X																	
Revisão do referencial teórico					x																
Capacitação, aplicação do Teste BMQ e seleção dos sujeitos de estudo					x																
Coleta de dados						X	x	x	X	x	X	x	X	x	x	x	x				
Discussão e Análise de resultados																	x	x			
Revisão final e digitação																		x			
Entrega do trabalho final																			x		
Socialização do trabalho																				X	

## 7. Referências

- 1) Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013
- 2) Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013
- 3) Nunes E. Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, representação Brasil; 2012
- 4) Koda A. Como Diagnosticar e Tratar Hipertensão arterial sistêmica, RBM [internet] abr 2012 [citado 02 de mar. 2015]; 69(4):78-86. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5009](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5009)
- 5) Lima J, Mion D. Adesão ao tratamento – conceitos. Ver Bras Hipertens [internet] 2006 [citado 04 de mar. 2015]; 13(1):23-25. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>
- 6) Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo. Pruebas para la acción. Ginebra. OMS; 2004.
- 7) Sociedade brasileira de hipertensão arterial. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardio [internet].2010 [citado em 9 mar 2015];95(1):1-51. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)
- 8) Pinotti, S.; Mantovani, M.; Giacomozzi, L. Percepção sobre a hipertensão arterial e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. Cogitare Enferm, Paraná, [internet]. 2008 Out/Dez [citado em 9 mar 2015];13,n.4,p.526-534. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13112/8870>



- 9) Lima J, Floripe G, Vieira G, Colelho K, Mion D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. Rev Bras Hipertens [internet] 2009 [citado em 11 mar 2015] 16(1):38-43. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/11-adesao.pdf>
- 10) Pinheiro F. Fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos idosos. Revisão de Literatura. {Trabalho de conclusão de curso} Araçuaí: Universidade Federal de Minas Gerais. Curso de especialização de Atenção Básica e Saúde da Família. NESCON Medicina-UFMG, 2013.
- 11) Soares E. Avaliação da Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. Picos. Monografia (Bacharel em Enfermagem) Serviço de processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí 2012.
- 12) Batista L, Bortoli S. Avaliação da Adesão Medicamentosa de Pacientes Idosos Hipertenso em uso de Poli farmácia. Rev Bras de Cardiol [internet] 2014 maio/junho [citado em 15 mar 2015] 27(3):195-202. Disponível em: [http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/Art\\_181\\_Liliana\\_Vieira\\_Artigo\\_Original.pdf](http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/Art_181_Liliana_Vieira_Artigo_Original.pdf)
- 13) Souto C, Freitas K, Santos J, Correia O, Freitas G. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de Joao Pessoa, Estado da Paraíba. Acta Scientiarum. Helath Sciences, Maringá [Internet] 2011 [citado em 17 mar 2015] 33(1):9-17. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7708/7708>
- 14) Rocha CH, Sueiro A, Ferrreira C, Tórres F, Schoroeter G, Araújo A et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. Ciênc. Saúde Coletiva [internet] 2008 Abril [citado em 19 mar 2015] 13(supl):703-710. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000700020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000700020&script=sci_arttext)
- 15) European Society of Hipertension- European Society of Cardiology. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. Jornal of Hypertension [internet] 2013 [citado em 20 mar 2015] 31:1281-1357. Disponível em: <http://www.esh2013.org/wordpress/wp-content/uploads/2013/06/ESC-ESH-Guidelines-2013.pdf>

16) Jornada A, Rolim C, Serrate S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. Rev Saúd Pública [internet] 2012 [citado 20 mar 2015] 46(2):279-89 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3357.pdf>

17) Jordana A. Confiabilidade e Análise de Desempenho de Dois Questionários de Avaliação da Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo: Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire {Dissertação de Mestrado}. Porto Alegre: LUME UFRGS; 2011.

18) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Dados gerais do município de Santos/SP. [citado em 21 mar 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

19) Prefeitura de Santos/SP [homepage na internet] dados gerais de unidades de saúde municipais. [citado em 21 mar 2015]. Disponível em: <http://www.santos.sp.gov.br/?q=aprefeitura/secretaria/saude/enderecos-das-unidades>

20) Afonso MLM, Abade FL. Para reinventar as rodas. Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM), Belo Horizonte, [internet] 2008 {citado 21 mar 2015} Disponível em: [http://www.novamerica.org.br/medh2/arquivos/reinventar\\_rodas.pdf](http://www.novamerica.org.br/medh2/arquivos/reinventar_rodas.pdf)

21) Sistema de Informação de Atenção Básica [homepage na internet]. Dados gerais da população e hipertensos de Santos/SP [citado 30 mar 2015]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB>

22) Secretaria Municipal de Saúde de Santos. Re: Hiperdia [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por smag\_2001@hotmail.com no 1º abril 2015.

## ANEXOS

### Anexo 1. Ficha de coleta de dados:

1. Nome:.....
2. Data de nascimento:.....
3. Sexo:.....
4. Estado Civil:.....
5. Escolaridade:.....
6. Filhos:
7. Medicamentos de uso:.....
8. Comorbidades:.....
9. História familiar de HAS, ACV, DCV, DRC: .....
10. Hábito de fumar? Não ( ) Sim ( ) ..... Cig/día?
11. Bebe? Não ( ) Sim ( ) Frequência?.....
12. Hábito de exercícios: Não ( ) Sim ( ) Quais?.....
13. Faz dieta? Não ( ) Sim ( )
14. Peso:.....
15. Altura:.....
16. Circunferência abdominal:.....
17. Glicemia jejum e Hemoglobina A1C recente:.....
18. Colesterol total, HDL, LDL e Triglicerídeos:.....
19. Ureia/Creatinina/Ac Úrico/ Potássio:

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Estratégia Para Melhorar A Adesão Ao Tratamento De Idosos  
Hipertensos No Território Da Unidade De Saúde Do Morro Do São  
Bento, Santos – Sp**

Eu,....., abaixo assinado, declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

1. Objetivo da pesquisa: Melhorar a adesão ao tratamento de hipertensos idosos.
2. Benefícios que possam ser obtidos: implementação de ações na atenção básica que facilitem a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
3. Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer duvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.
4. Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.
5. Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar participando.
6. A pesquisa manterá o caráter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.
7. Em caso de duvidas poderei esclarece-las a tras de contato telefônico com o pesquisador pelo telefone: (13) 996396558.

Santos, .... de.....de 2015

Assinatura do Participante ou Responsável  
Pesquisador

Assinatura do

### Anexo 3. Versão em português do instrumento Brief Medication Questionnaire (17)

1) Quais medicações que você usou na ÚLTIMA SEMANA?

Entrevistador: Para cada medicação anote as respostas no quadro abaixo:

Se o entrevistado não souber responder ou se recusar a responder coloque NR

NA ÚLTIMA SEMANA						
a) Nome da medicação e dosagem	b) Quantos dias você tomou esse remédio	c) Quantas vezes por dia você tomou esse remédio	d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez	e) Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido	f) Porque você foi tomá-lo?	g) Como essa medicação funciona para você? 1 = Funciona Bem 2 = Funciona Regular 3 = Não funciona bem

2) Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim

a) Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes das medicações e quanto elas o incomodam

Quanto essa medicação incomodou você?

Medicação	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma você é incomodado por ela?

3) Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos.

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

Score de problemas encontrados pelo BMQ

DR – REGIME (questões 1a-1e)	1 = sim	0 = não
DR1. O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	1	0
DR2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	1	0
DR3. O R relatou alguma falha de dias ou de doses?	1	0
DR4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	1	0
DR5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	1	0
DR6. O R respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas?	1	0
DR7. O R se recusou a responder a alguma das questões?	1	0
NOTA: SCORE $\geq$ 1 INDICA POTENCIAL NÃO ADESAO soma:		Tregime

CRENÇAS (questões 1g e 2-2a)		
DC1. O R relatou “não funciona bem” ou “não sei” na resposta 1g?	1	0
DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam?	1	0
NOTA: ESCORE $\geq 1$ INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS soma:		<i>Tcrencas</i>
RECORDAÇÃO Questões 1c e 3c)		
DRE1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?	1	0
DRE2. O R relata “muita dificuldade” ou “alguma dificuldade” em responder a 3c?	1	0
NOTA: ESCORE $\geq 1$ INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO soma:		<i>Trecord</i>

R = respondente NR = não respondente

ANEXO – Manual de Aplicação do BMQ <sup>(17)</sup>

Perguntar ao entrevistado quais medicações ele toma e anotar todas as anti-hipertensivas.

Excluir medicamentos utilizados para tratar doenças agudas como gripe, resfriado, entorses, dores osteomusculares agudas, tendinites ou outras.

Entrevistador: para avaliar as respostas do paciente, considerar os critérios abaixo para marcar não (0) ou sim (1) nos Quadros de Escore Regime, Crença e Recordação.

#### Avaliação de Adesão em relação ao Domínio Regime

DR1: O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?

Marcar as respostas “zero” ou “um” conforme relato do paciente na questão 1ª, Marcar sim (1) no quadro de resposta se:

-O paciente não relatar espontaneamente no relato inicial os medicamentos prescritos pela medico registrados no prontuário /ou precisar de ajuda do entrevistador para lembrar as medicações que toma.

Marcar não (0) no quadro de respostas se:

-O paciente relatar espontaneamente as medicações que toma, sem precisar de ajuda do entrevistador.

-O paciente trouxe o registro por escrito das medicações que toma, Subentende-se que mesmo que ele não saiba relatar oralmente os nomes das medicações, ele relata através do registro que traz a entrevista.

-O paciente souber das medicações que toma, mas não souber da dose especifica de cada medicação, ou classificar o medicamento por classe, Por exemplo: diurético.

DR2: O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?

Marcar as respostas “zero” ou “um” conforme a resposta em 1e a qual questiona se o paciente esqueceu de tomar algum comprimido. Geralmente, a pessoa relata que não tomou os comprimidos por não conseguir comprar os medicamentos ou porque não tinha na farmácia pública ou por algum outro motivo.

DR3: O R relatou alguma falha de dias ou de doses?

Marcar as respostas “zero” ou “um” conforme o relato do paciente na questão 1e.

DR4: O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?

Marcar as respostas “zero” ou “um” conforme a resposta das questões 1c e 1d em relação ao registro no prontuário ou a prescrição medica trazida pelo paciente.

DR5: O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?

Marcar as respostas “zero” ou “um” conforme a resposta das questões 1c e 1d em relação ao registro no prontuário ou a prescrição medica trazida pelo paciente.

DR6: O R respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas?

Marcar as respostas “zero” ou “um” se o paciente não souber responder a algumas das perguntas de 1b, 1c, 1d, 1e.

DR7: O R se recusou a responder a algumas das questões?

Marcar as respostas “zero” ou “um” se o paciente se recusou a responder alguma pergunta de 1ª a 1f, 2 e 3c.

#### Avaliação de Adesão em relação ao Domínio Crenças

DC1: O R relatou “não funciona bem” ou “não sei” na resposta 1f?

Marcar a resposta “um” se o paciente respondeu em 1f “(3) não funciona bem” ou se não souber responder (NS)

DC2: O R nomeou as medicações que o incomodam?

Marcar a resposta “um” se o paciente respondeu sim na questão 2.

Avaliação de Adesão em relação ao Domínio Recordação

DER1: O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?

Marcar a resposta “um” se o paciente toma medicamentos pelo menos duas vezes ao dia registrado na pergunta 1.

DER2: O R relata “muita dificuldade” ou “alguma dificuldade” em responder a 3c?

Marcar a resposta “um” se o paciente respondeu na pergunta 3c “muito difícil” ou “um pouco difícil”