

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Eveline Magalhães Barbosa Veloso¹, Flávia Araújo Cardoso Procópio²

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica que normalmente acomete a população idosa, mas com a mudança do estilo de vida, hábitos alimentares, evoluções tecnológicas e o dia a dia da sociedade vêm avançando nas demais categorias de idade. Nesse contexto o objetivo deste trabalho é discorrer sobre HAS, seus fatores ocasionais e analisar as dificuldades de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. A HAS em idades tenras é frequentemente assintomática e facilmente despercebida até mesmo por profissionais de saúde. Normalmente o tratamento não medicamentoso é o primeiro a ser aplicado, além de mudança de hábitos, há implantação de atividades físicas regulares no dia a dia, dieta rica em fibras, dieta pobres em carboidratos, sódio (sal) e lipídios, aumento da ingestão de frutas, legumes e quando necessário deve ocorrer à perda de peso. Podemos chegar a conclusão que diversos fatores influenciam para a evasão do tratamento seja ele medicamentoso ou não devendo existir um comprometimento de ambas as partes (paciente e equipe de saúde) para que se prendam os que fazem o tratamento de forma que eles se comprometam com seu bem estar.

DESCRITORES: hipertensão arterial; tratamento; hábitos.

INTERVENTION PROJECT FOR ACCESSION TO THE MEDICINAL AND NON-MEDICATION TREATMENT OF PATIENTS WITH SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (HAS) is a chronic disease that usually affects the elderly population, but with the change of lifestyle, dietary habits, technological evolutions and the day to day of society are advancing in the other age categories. In this context, the objective of this study is to discuss the role of hypertension, its occasional factors and to analyze the difficulties of adherence to the drug and non-drug treatment of patients with systemic arterial hypertension. The purpose of this study was to elucidate Systemic Arterial Hypertension, its forms and showing what eventually affects, besides the possible treatments and the difficulties of adherence. HAS at a young age is often asymptomatic and easily overlooked even by health professionals. Usually non-medicated treatment is the first to be applied, besides changing habits, there is regular physical activity in the diet, high fiber diet, low carbohydrate diet, sodium (salt) and lipids, increased intake of fruits, vegetables and when necessary should occur to weight loss. We can conclude that several factors influence the

¹ Pós-graduanda pela Universidade Federal do Piauí – UFPI. E-mail: evelinemagalhaes12@gmail.com

² Orientadora/Docente do Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal do Piauí – UFPI

avoidance of drug treatment, or that there should be a commitment on the part of both parties (patient and health team) so that those who do the treatment are arrested in a way that they commit to their welfare.

KEYWORDS: hypertension; treatment; habits; factors

INTRODUÇÃO

Corrente-PI é uma cidade com aproximadamente 26.575 habitantes (22). Estima-se que a maior parte da população reside na área urbana 60% e os outros 40% residam na área rural (21). Possui campos de pastagens e é banhada pelos rios Corrente e Paraím, vários riachos e riachões. É também porta de entrada para as nascentes do rio Parnaíba. A economia é baseada na pecuária, com forte presença da raça zebuína Nelore, sobretudo a partir de fins da década de 50. A microrregião de Corrente e seus municípios vizinhos constituem o maior polo pecuário do Piauí, com destacados criadores da raça Nelore e também na agricultura com cultivo de mandioca, manga e milho.

Para fins de conhecimento e observação foram calculados alguns indicadores do município de Corrente – Piauí nos anos 2015 e 2016 para construção do perfil epidemiológico e diagnóstico de saúde. Para tanto, foram calculados os seguintes indicadores: Taxa bruta de mortalidade 2015 (4,17) e 2016 (5,23) a cada 1000 habitantes; taxa de mortalidade infantil 2015 (9,34) e 2016 (38,56); taxa de mortalidade neonatal precoce 2015 (7,0) e 2016 (28,27); taxa de mortalidade pós-neonatal 2015 (2,33) e 2016 (10,28); taxa de mortalidade em menores de 5 anos 2015 (11,68) e 2016 (41,13); razão de morte materna 2015 (233,6) e 2016 (257,06) a cada 100.000 nascidos vivos; mortalidade proporcional por Doença Diarreica Aguda (DDA) em menores de 5 anos de idade 2015 (0,0) e 2016 (0,0); taxa de mortalidade por suicídio 2015 (3,83) e 2016 (7,64) a cada 100.000 pessoas; taxa de mortalidade por acidentes de transporte 2015 (42,17) e 2016 (26,76) expressa por 100.000 habitantes. Incidência de Hepatite B 2015 (0,0%) e 2016 (0,0%) a cada 100.000 habitantes; Incidência de Hepatite C 2015 (0,0%) e 2016 (0,0%) a cada 100.000 habitantes; Taxa de Incidência de Dengue 2015 (11,5%) e 2016 (3,8%) a cada 100.000 pessoas; Incidência de Sífilis Congênita 2015 (0,0%) e 2016 (0,0%) expressa por 100.000 habitantes; Taxa de Incidência de AIDS 2015 (0,0%) e 2016 (0,0%) por 100.000 pessoas; Taxa de Incidência de Tuberculose 2015 (7,6%) e 2016 (0,0%) a cada 100.000 pessoas; Taxa de prevalência de Hipertensão Arterial 2014 (93,3%) e 2015 (34,8%); Taxa de

Internações Hospitalares por causas externas 2016 (5,0%); Outros resultados encontrados do município de Corrente-PI foram: Gasto médio (SUS) por atendimento ambulatorial: 2015 (R\$ 21,11) e 2016 (R\$ 22,5); Valor médio pago por internações hospitalares no SUS 2015 (R\$ 638,2) e 2016 (R\$ 878,6); Cobertura de consultas de pré-natal 2015 e 2016 (100%); Proporção de partos hospitalares 2015 e 2016 (100%); Proporção de partos cesáreos 2015(35,28%) e 2016 (38,30%); Proporção de internações de residentes por condições sensíveis a atenção básica 2013 (96,79%) e 2014 (103,35%).

Esses indicadores de saúde são importantes porque analisam a situação de saúde e avaliam o desempenho das equipes de saúde além de nortear a equipe e os gestores no planejamento de saúde. Pode-se perceber por esses dados que, apesar de ter diminuído a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica, este ainda é um indicador muito elevado.

Na área da saúde o município de Corrente-PI adota o Programa Mais Médico há cinco anos o que melhorou a assistência à saúde, pois havia uma quantidade insuficiente de médicos e agora com esse programa melhorou significativamente essa carência de médicos. No município existem 6 equipes na zona urbana e 7 na zona rural. O município conta com o Hospital Regional João Pacheco Cavalcante a nível estadual onde são realizados atendimentos de urgência e emergência e algumas cirurgias menos complexas, aquilo que não é resolvido no hospital é transferido para outros hospitais do Piauí sendo as maiores referências o Hospital Getúlio Vargas e o Hospital Universitário, ambos de Teresina-PI. A Rede de Atenção a Saúde do município de Corrente-PI é pautada em equipes multiprofissionais com vistas à interdisciplinaridade, com sistema de referência e contra referência seguindo um modelo preventivo com políticas de saúde voltadas a promoção e prevenção da saúde. Isso é notório em campanhas de vacinação, dia D, vigilância epidemiológica atuante, combate ao mosquito da dengue, referência ao pré-natal de alto risco e outras.

O município possui serviços de referencia e contra referencia, porém apresenta dificuldades nesse aspecto, pois algumas vezes o paciente é referenciado a alguma especialidade do NASF e não acontece o retorno do mesmo, então falta uma comunicação maior entre o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e UBS (Unidade Básica de Saúde). Também, nesse sentido, temos especialidades de atendimento como Oncologia e Ortopedia que são referenciadas para outro município geralmente Teresina-PI que fica a 870 km de distancia dificultando ainda mais

alcançar o princípio da integralidade previsto no SUS (Sistema Único de Saúde), pois o paciente tem que se deslocar para outro município se distanciando do convívio familiar para realizar um tratamento o que pode trazer complicações como depressão e ansiedade afetando a família como um todo.

A Unidade Básica de Saúde Maria Irani Lobato Rocha localizada no município de Corrente-PI, bairro Sincerino, tem um quadro de profissionais insuficiente para atender sua população adscrita de 4.737 pessoas distribuídas em 1.246 famílias cadastradas. A equipe é composta somente por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, nove agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal (dentista e auxiliar de dentista). A UBS enfrenta problemas na organização das consultas, pois a procura principalmente pelo médico é muito grande. São mais ou menos 25 consultas diárias. Para solucionar esse problema seria necessário aumentar o número de médicos, o que já foi requerido ao gestor. A população atendida está de acordo com a área de abrangência. O acolhimento dar-se por meio de demanda espontânea e programática baseadas na escala de atendimento da unidade de saúde e na necessidade das pessoas. Alguns exemplos de acolhimento espontâneo são: criança com febre; mulher com queixa de dor em baixo ventre e dor ao urinar, curativos e outros e de atendimento programático são consultas de pré-natal, puericultura e exames de prevenção de câncer de colo de útero. Outros dados importantes da UBS são: nº de crianças maiores de um ano 44; nº de crianças menores de dois anos 103; nº de gestantes 40; nº de hipertensos 361; nº de diabéticos 74.

Estruturalmente a unidade atende as necessidades básicas, passou recentemente por uma reforma mais na parte das paredes, do teto e alguns móveis como mesas e cadeiras foram renovados. A UBS possui os equipamentos e materiais necessários ao atendimento básico dos pacientes como, por exemplo: aparelho de glicemia capilar, aparelho de verificação de pressão arterial, nebulizador, gases, soro fisiológico e outros. Deixa a desejar algumas vezes na disponibilidade de medicamentos básicos. São realizadas consultas de pré-natal, puericultura, exame preventivo do Papanicolau, acompanhamento de hipertensos e diabéticos e outras. Possui sala de reuniões, onde são realizadas as palestras para a comunidade. Essas palestras são realizadas também na Escola Coronel Justino Cavalcante de acordo com a necessidade e para desenvolver o Programa Saúde na Escola.

No que concerne às atribuições dos profissionais observa-se que todos realizam as atribuições comuns e específicas de acordo com a PNAB, porém no quesito

estrutura da unidade de saúde a ESF Sincerino não possui sala de observação e sala de inalação coletiva (a inalação é realizada na sala de procedimentos). De acordo com a PNAB, são realizadas palestras de educação em saúde para a comunidade levando-se em consideração os maiores problemas apresentadas pela população adscrita e também por meio do Programa Saúde na Escola uma grande quantidade de crianças e jovens do território são alcançadas e preparadas pra enfrentar os agravos e doenças em evidencia.

Para amenizar as situações problemas existente é necessário: atuar na educação em saúde com conscientização da população e ensinos sobre a prevenção dessas doenças; os profissionais de saúde devem identificar e notificar o mais precocemente possível essas doenças; aumento de pesquisas na área; medidas de educação em saúde voltadas para a promoção e prevenção, pois essas doenças são mais propensas a ocorrer em populações pobres ou marginalizadas que tem pouco conhecimento e condições sanitárias inadequadas.

Nota-se a relevância dos indicadores de recursos e cobertura para avaliar tanto o desempenho de profissionais da saúde quanto à eficiência dos gestores municipais em determinado período e também para melhorar a gestão de recursos possibilitando mais qualidade de vida para a população assistida.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) mais conhecida por “pressão alta” é uma doença crônica que normalmente acomete a população idosa, mas com a mudança do estilo de vida, hábitos alimentares, evoluções tecnológicas e o dia a dia da sociedade vêm avançando nas demais categorias de idade, chegando não mais como surpresa, até os jovens. HAS é, ao mesmo tempo, fator de risco para o desenvolvimento de DCV e síndromes com manifestações próprias e características peculiares (1).

HAS é caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg e frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros FR, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM. Mantém associação independente com eventos como morte súbita, AVE, IAM, IC, DAP e DRC, fatal e não fatal (5). Grande parte dos fatores ligados diretamente a HAS são controláveis e por tanto tratáveis (2).

Os principais fatores de risco para a HAS incluem: hereditariedade, idade, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, sexo, anticoncepcional e alta ingestão de sódio. Outros fatores, tanto sociais quanto físicos, também são destacados, não por serem causadores da HAS, mas por estarem frequentemente associados a ela (baixo

nível educacional, colesterol elevado e diabetes *mellitus*). Assim, pela sua estreita correlação com estilo de vida, a HAS pode ser evitada, minimizada ou tratada com a adoção de hábitos saudáveis (3).

Um dos principais fatores do acometimento da HAS é o estilo de vida adotado pelo paciente que, na maioria das vezes, além de não fazer nenhum tipo de atividade física regular exagera na alimentação. Outro fator preponderante para a HAS é a hereditariedade, a maior parte dos pacientes possuem um histórico perigoso de familiares que possuem HAS ou possuíram e que faleceram por DCV (4).

No Brasil, HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por DCV. Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (5).

Nesse contexto o objetivo deste trabalho é discorrer sobre HAS, seus fatores ocasionais e analisar as dificuldades de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.

REVISÃO DE LITERATURA

Tipos de Hipertensão Arterial Sistêmica

Hipertensão Arterial Primária

A Hipertensão Primária (ou essencial), que ocorre em 90% a 95% dos casos, é de origem multifatorial (incluindo mecanismos hemodinâmicos, neuronais, hormonais e renais), pelo que não é possível identificar uma causa única da elevação crônica na pressão sanguínea. Deste modo o tratamento consiste na normalização dos valores da pressão arterial com medidas não farmacológicas e farmacológicas (7).

No geral ela acarreta quase sempre a principal HAS, que é ocasionada por diversos fatores (multifatorial) como estilo de vida, alimentação e até mesmo mecanismos hemodinâmicos, neuronais, hormonais e renais (1,14).

O tratamento com adequado controle da pressão arterial tem se mostrado eficaz em reduzir a ocorrência de complicações decorrentes da HAS bem como redução da mortalidade (1-2)

Hipertensão Arterial Secundária

A hipertensão secundária é um tipo de hipertensão ocasionada principalmente devido à doença subjacente. Ao contrário da hipertensão essencial, alguns dos fatores que desencadeiam hipertensão secundária podem ser corrigidos ou tratados. É ocasionada por alguma outra doença ou mesmo por uso de algum medicamento e que geralmente pode ter cura caso o problema que ocasione a HAS seja resolvido de modo definitivo (2).

Entre as causas mais comuns de hipertensão secundária encontram-se a doença renal (parenquimatosa, hipertensão renovascular), a apneia do sono, doença adrenocortical, feocromocitoma e coartação da aorta e iatrogénica. Alguns medicamentos podem causar hipertensão como efeito secundário, tais como vasoconstritores, glucocorticoides, ciclosporina, contraceptivos orais, alguns AINEs, venlafaxina, entre outros, podendo ser causa de hipertensão secundária ou fator de agravamento de hipertensão essencial pré-existente (7).

Prevalência

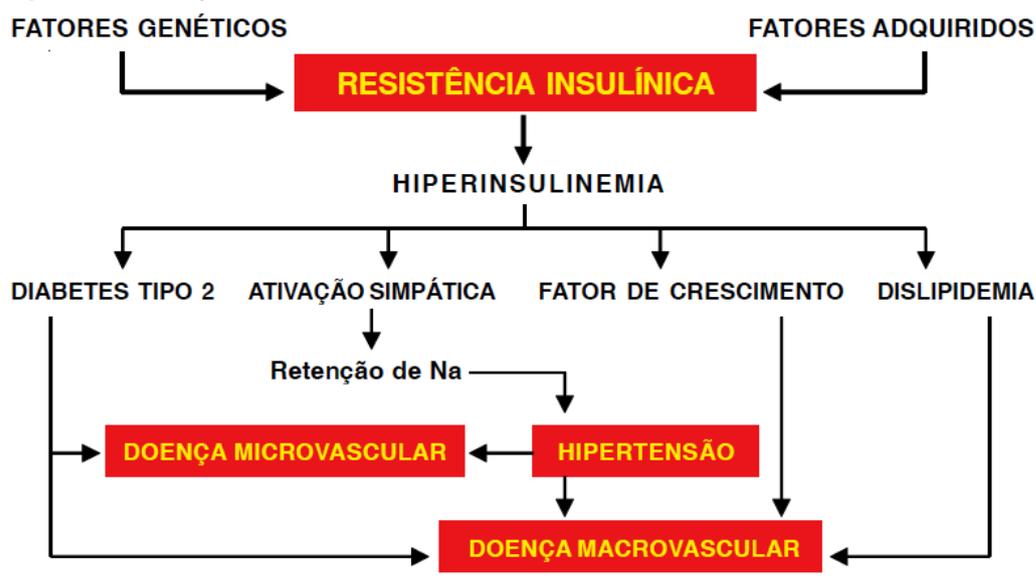
No Brasil as DCV são as que mais causam morte (8), sendo que respondem por 20% de todas as mortes na população brasileira acima de trinta anos de idade, sendo o sudeste e o sul responsáveis pelas maiores taxas do país (5,8-9). Em relação a dados brasileiros, sua prevalência oscila entre 15 e 20% na população adulta (14).

Segundo dados do próprio governo no Brasil cerca de 300 mil pessoas sofrem infartos todos os anos; em 30% dos casos o ataque cardíaco é fatal, esses infartos ocorrem por diversos fatores, mas o descuido com a monitoração da HAS, geralmente silenciosa e fatal ao primeiro sinal, são o que mais tem aumentado os óbitos, sendo assim considerada um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de DCV, justificando 40% das mortes por AVE e 25% das mortes por DAC. Cerca de 40 a 83% da população hipertensa desconhece o seu diagnóstico, sendo que de 75 a 92% daqueles que estão em tratamento não controlam a PA (8,10).

O sedentarismo ganha destaque em relação às DCV, sendo um dos principais fatores, além de ser considerado um dos entraves para a saúde pública e comprometer entre 50 a 80% da população do mundo (11).

A HAS em idades tenras é frequentemente assintomática e facilmente despercebida até mesmo por profissionais de saúde, por isso se deve enfatizar a importância dos cuidados em âmbito preventivo e curativo entre crianças e adolescentes (12). Estes mesmos autores ainda relatam o aumento de peso, ou seja, a obesidade como causador do aumento da HAS em adolescentes brasileiros.

Figura I. Alterações metabólicas e hipertensão arterial



(Legenda adaptada¹).

Na tabela I, mostra que a HAS autorreferida foi maior entre as mulheres do que entre os homens, assim como o aumento inevitável da idade com o passar dos anos acarreta um aumento da HAS, sendo encontrado um resultado mais expressivo na faixa etária acima >60 anos. Na pesquisa também foi constatado que um nível maior de formação e instrução diminui a HAS. Não foi encontrada diferença significativa em relação à cor da pele (13).

Tabela I – Prevalência (%) de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira de adultos (≥18 anos) (N=60.202) segundo sexo, faixa etária, raça/cor da pele, nível de escolaridade e área de residência – Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013

Variáveis	Hipertensão arterial autorreferida	
	% (IC _{95%} ^{a)}	
Sexo		
Masculino	18,3 (17,5-19,1)	
Feminino	24,2 (23,4-24,9)	
Faixa etária (em anos)		
18-29	2,8 (2,4-3,3)	
30-59	20,6 (19,8-21,4)	
60-64	44,4 (41,4-47,4)	
65-74	52,7 (50,1-55,4)	
75 e mais	55,0 (51,8-58,3)	
Nível de escolaridade		
Sem instrução e Ensino Fundamental incompleto	31,1 (30,1-32,2)	
Ensino Fundamental completo e Médio incompleto	16,7 (15,3-18,0)	
Ensino Médio completo e Superior incompleto	13,4 (12,5-14,2)	
Ensino Superior completo	18,2 (16,5-19,8)	
Raça/cor da pele		
Branca	22,1 (21,3-23,0)	
Preta	24,2 (22,2-26,3)	
Parda	20,0 (19,2-20,8)	
Área de residência		
Urbana	21,7 (21,0-22,3)	
Rural	19,8 (18,6-21,0)	
Brasil	21,4 (20,8-22,0)	

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%

(Legenda adaptada¹³).

Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HAS, relacionada ao: i) aumento da expectativa de vida da população brasileira, atualmente 74,9 anos; ii) aumento na população de idosos ≥ 60 anos na última década (2000 a 2010), de 6,7% para 10,8%.¹⁹ Meta-análise de estudos realizados no Brasil incluindo 13.978 indivíduos idosos mostrou 68% de prevalência de HAS (5).

Estudos mostram que com o aumento da idade os riscos de ter HAS aumenta consideravelmente, o que explica diretamente o resultado encontrado (13, 5).

Avaliou-se (tabela II) em 14 estudos publicados entre 1995 e 2009 o conhecimento, tratamento e controle da PA, avaliando os níveis dos brasileiros em diversas cidades das 3 regiões que contem as maiores incidências de HAS (5).

Tabela II – Conhecimento, tratamento e controle da PA em 14 estudos populacionais brasileiros, publicados no período de 1995 a 2009

Autor/ano por região	Local	Número de indivíduos	Conhecimento	Tratamento	Controle
Sul					
Fuchs et al. 1995	Porto Alegre (RS)	1.091	42,3	11,4	35,5
Gus et al. 2004	Rio Grande Sul	1.063	50,8	40,5	10,4
Oliveira e Nogueira, 2003	Cianorte (PR)	411	63,2	29,9	20,9
Trindade, 1998	Passo Fundo (RS)	206	82,2	53,3	20
Pereira et al. 2007	Tubarão (SC)	707	55,6	50,0	10,1
Sudeste					
Freitas et al. 2001	Catanduva (SP)	688	77	61,8	27,6
Souza et al. 2003	Campos dos Goytacazes (RJ)	1.029	29,9	77,5	35,2
Barreto et al. 2001	Bambuí (MG)	2.314	76,6	62,9	27
Castro et al. 2007	Formiga (MG)	285	85,3	67,3	14,7
Mill et al. 2004	Vitória (ES)	1.656	27,0		
Centro-Oeste					
Jardim et al. 2007	Goiânia (GO)	1.739	64,3	43,4	12,9
Cassanelli, 2005	Cuiabá (MT)	1.699	68,3	68,5	16,6
Rosário et al. 2009	Nobres (MT)	1.003	73,5	61,9	24,2
Souza et al. 2007	Campo Grande (MS)	892	69,1	57,3	-

(Legenda adaptada⁵).

Tratamento

O tratamento é o passo para o paciente recuperar a plena saúde, quando diagnosticado o tipo de HAS (primária ou secundária) para a junta médica então decidir qual o melhor tratamento a ser aplicado. Normalmente o tratamento não medicamentoso é o primeiro a ser aplicado, além de mudança de hábitos, há implantação de atividades físicas regulares no dia a dia, dieta rica em fibras, dieta pobres em carboidratos, sódio (sal) e lipídios, aumento da ingestão de frutas, legumes

e quando necessário deve ocorrer à perda de peso. Confirmam a obesidade como um fator de risco para o desenvolvimento da HAS entre os adolescentes. A Estratégia de saúde pública deve ser instituída para a prevenção, o controle e o tratamento da HAS e da obesidade na adolescência, a fim de reduzir os prejuízos à saúde em curto e longo prazo. (2,5,13)

O controle dos fatores de risco, melhorias nos tratamentos clínicos e intervencionistas são as principais justificativas para a redução da mortalidade por DCV nos países mais desenvolvidos. Mostramos a redução significativa e constante da mortalidade por DCV no período de 1980 a 2012. Isso ocorreu, muito provavelmente, devido a maior facilidade no diagnóstico e tratamento do principal fator de risco para tais doenças – a Hipertensão Arterial Sistêmica. Em 2013, o diagnóstico de HAS foi de 21,2% para a população com idade acima de 18 anos e de > 50% para indivíduos com mais de 65 anos de idade. Quase 70% desses pacientes com HAS tiveram algum tipo de assistência médica e 36% obtiveram pelo menos um medicamento para hipertensão no Programa Farmácia Popular (9).

A adesão ao tratamento é definida e caracterizada quando o conselho médico ou de saúde coincide com o comportamento do indivíduo, em relação ao hábito de usar medicamentos, isso é, seguir as mudanças no estilo de vida preconizadas e comparecer às consultas médicas (10).

A HAS primária tem uma abordagem terapêutica da PA elevada que inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos CV e renais. Medidas não medicamentosas têm se mostrado eficazes na redução da PA, apesar de limitadas pela perda de adesão a médio e longo prazo (5).

Na maioria dos casos de HAS Secundária a elevação da pressão arterial despertada pelo problema (por medicamentos) só poderá ser identificada pelo registro da pressão arterial efetuado de acordo com as normas postuladas nas orientações da OMS e Sociedades de Hipertensão, podendo consubstanciar-se numa elevação súbita da PA em indivíduos normotensos, perda de controle da pressão arterial em doentes previamente bem controlados, e/ou valores de pressão arterial instáveis num destes 2 cenários. Dependentemente do medicamento em causa e do mecanismo envolvido na elevação tensional, esta poderá ocorrer quase imediatamente após a administração do fármaco (ex: vasoconstritores nasais) ou após vários dias ou semanas (ex: ciclosporina, contraceptivos hormonais, etc.). O tratamento da hipertensão secundária faz-se pela suspensão da causa (medicamento) (7).

Dificuldades da Adesão ao Tratamento

A problemática da adesão ao tratamento da hipertensão arterial é por causas multifatoriais, sendo um desafio para os que a vivenciam: pacientes e profissionais de saúde, principalmente no contexto da atenção básica (14). Existem poucos estudos no Brasil e no mundo que descrevem índices de adesão entre os pacientes hipertensos, principalmente em áreas rurais (16).

Em relação aos fatores que influenciam a adesão ao tratamento, pesquisadores apontam a multicausalidade, ou seja, a adesão depende da doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias), do tratamento (medicamento consumido), de características e crenças das pessoas (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico), dos hábitos de vida, dos aspectos culturais (não percepção da seriedade da doença, desconhecimento, a doença no contexto familiar e autoestima) e do modo como às pessoas com HAS se relacionam com o serviço de saúde (16 apud 18, 14).

Sendo a HAS uma doença sem manifestações clínicas, pelo menos precocemente, os pacientes também podem apresentar sentimentos naturais de negação frente à doença, com uma consequente não adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Isto é, torna-se perfeitamente compreensível que um paciente que não se sente “doente”, sob o ponto de vista estritamente biomédico, evite o uso de medicamentos (16 apud 17). Em relação aos cuidados não-farmacológicos, os objetivos referem-se a mudanças no estilo de vida, incluindo os cuidados com dieta com restrição de sal, redução de peso, atividade física regular, abandono do tabagismo e do álcool (16).

A porcentagem da não adesão ao tratamento não farmacológico é maior, dado esse que quando analisado conjuntamente com fatores que influenciam a PA, como a dificuldade na aceitação e adaptação às modificações no estilo de vida mostram que os pacientes encontram barreiras na mudança dos hábitos de vida (14).

Um fato a se levar em consideração é que quanto maior o número de medicamentos prescritos, maior o risco de potenciais interações perigosas e efeitos adversos, resultando em baixa adesão ao tratamento medicamentoso (20). Assim como a assintomatologia e cronicidade da doença, condições essas, referidas pelo uso inadequado dos medicamentos, a dieta com muito sal (relacionam a dieta rica em gorduras como responsável por alterar a pressão arterial), o tabagismo, a ingestão de bebidas alcoólicas e as dores em geral (14-16).

É imprescindível que cada profissional de saúde tente identificar, na sua população de trabalho, quais são as variáveis envolvidas e associadas ao abandono do tratamento ou ao não cumprimento das orientações terapêuticas, considerando a estrutura disponível para o atendimento daquela população e a necessidade do desenvolvimento de estudos que avaliem a implementação de estratégias de lidar com o problema da não adesão ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não (15).

PLANO OPERATIVO

O Plano de Ação elaborado a ser aplicado na UBS “Maria Irani Lobato Rocha” que se localiza no município de Corrente-PI, bairro Sincerino, encontra-se no Quadro 1.

Quadro 1 – Planilha de Intervenção

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Dificuldades de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentos de pacientes com HAS	Identificar as dificuldades de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS;	Listar as dificuldades de adesão dos pacientes com HAS ao tratamento medicamentoso da HAS/ Janeiro a Abril de 2019;	Realizar reuniões com os pacientes com HAS de cada área abrangente para listar as dificuldades que eles têm em aderir ao tratamento medicamentoso, utilizando questionário semi-estruturado Reunir com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada área para agendar e divulgar as reuniões com os hipertensos;	Enfermeira, Médica e ACS.
	Estimular a adesão de pacientes com HAS ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso	Mostrar a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HAS e sua influência na qualidade de vida do hipertenso/ Janeiro a Dezembro 2019	Agendar consultas individuais para os pacientes Realizar palestras falando sobre a HAS e a importância de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso Programar a palestra com a equipe e realizar na UBS com sorteios de brindes para estimular a participação de todos os hipertensos. Fazer parceria com a equipe de NASF e gestão para incluir as PICS (acupuntura, termalismo, aromaterapia, fitoterapia) como alternativas de tratamento de pacientes hipertensos no município.	Enfermeira e Médica da equipe.

5. PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

O plano operativo a ser desenvolvido tem o propósito de ampliar a adesão ao tratamento da HAS tanto o medicamentoso quanto o não medicamentoso dos pacientes ao identificar as dificuldades que os mesmos possuem em aderir ao tratamento e a partir disso utilizar questionários semiestruturados, reuniões coletivas, consultas individuais além do conhecimento sobre a doença e suas consequências por meio de ações de educação em saúde.

Para iniciar este plano é necessário que antes haja uma capacitação da equipe de saúde: médica, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde a ser dada pela enfermeira da equipe para que todos possam colaborar de forma efetiva do desenvolvimento das ações propostas e possam ter conhecimento dos protocolos do Ministério da Saúde, sua função na intervenção e sobre a HAS e assim venham a colaborar de forma efetiva do desenvolvimento das ações propostas. A seguir dados para o desenvolvimento do plano:

Indicadores

Objetivo 1. Identificar as dificuldades de adesão ao tratamento medicamentoso e NÃO medicamentoso da HAS;

Meta 1. Listar as dificuldades de adesão dos pacientes com HAS ao tratamento/

Indicador: descobrir e enumerar as dificuldades de adesão ao tratamento

Numerador: quantidade de pacientes hipertensos que apresentam dificuldades de aderir ao tratamento e quais são essas dificuldades

Denominador: número total de pacientes hipertensos da área de abrangência

Fonte de Dados: caderno do registro de acompanhamento dos hipertensos (livro HIPERDIA) e questionário semiestruturado

Periodicidade da Coleta: janeiro a abril de 2019

Espaços: Unidade Básica de Saúde

Atores: Enfermeira, Médica e Agentes Comunitários de Saúde.

Objetivo 2. Estimular a adesão de pacientes com HAS ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso

Meta 2.1. Mostrar a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HAS e sua influência na qualidade de vida do hipertenso

Indicador: Proporção de hipertensos presentes nas práticas

Numerador: Proporção alcançada de pacientes com HAS

Denominador: Número total de pacientes hipertensos da área de abrangência

Fonte de Dados: Prontuário, caderno do registro de acompanhamento dos hipertensos (livro HIPERDIA), caderno de registro de palestras (Educação em Saúde).

Periodicidade da Coleta: Janeiro a Dezembro 2019

Espaços: Unidade Básica de Saúde

Atores: Enfermeira e médica da equipe

ESTRATÉGIAS PARA DESENVOLVIMENTO DO PLANO

Realizar reuniões com os pacientes com HAS de cada área abrangente para listar as dificuldades que eles têm em aderir ao tratamento, utilizando questionário semiestruturado;

Reunir com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada área para agendar e divulgar as reuniões com os hipertensos periodicamente;

Manter o cadastro do programa HIPERDIA atualizado, utilizando o caderno do HIPERDIA para observar quais os pacientes que necessitam atualizar o cadastro sendo estes convocados pelo ACS à consulta individual;

Agendar consultas individuais para os pacientes hipertensos cada consulta de acordo com a necessidade;

Realizar palestras falando sobre a HAS e a importância de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso periodicamente;

Programar a palestra dos hipertensos com a equipe e realizar na UBS com sorteios de brindes para estimular a participação de todos os hipertensos.

Fazer parceria com a Academia de Saúde do município para desenvolver práticas de atividade física regular dos pacientes hipertensos da área de abrangência.

CONCLUSÃO

A importância da HAS na sociedade não pode ser desconsiderada uma vez que além de reduzir a qualidade/expectativa de vida ela já é um problema real que vem tirando milhares de vidas anualmente em todo mundo e no Brasil não é diferente, se considerarmos a população em sua totalidade e as estimativas futuras perderemos diversos irmãos da pátria para essa doença silenciosa e mortal.

Assim buscamos com a implementação do projeto diminuir os índices de óbitos e perda de qualidade de vida ocasionada pela HAS, além das consequências ocasionadas por outras enfermidades que estão ligadas diretamente com ela como, por exemplo, as DCV que, principalmente nas épocas mais quentes, tem levado vários pacientes a quadros graves de infartos. Tentando chegar a 100% dos pacientes que já

realizam tratamento e incentivando a população da área a ter um monitoramento da pressão arterial para a avaliação de um possível diagnóstico de HAS, uma vez que parte da população possui a HAS e não sabe.

O trabalho de implantação feito de forma gradativa para a população da área deve facilitar a adesão, essa conscientização tem o objetivo de quebrar paradigmas, como da velha ideia de que “se não sinto, não estou doente”, e despertar a curiosidade para o conhecimento do próprio corpo, neste caso o da PA. Visamos com isso à facilidade da identificação das dificuldades de adesão já que aqueles pacientes que não comparecerem na reunião para responder os questionários serão procurado em sua residência pelas ACS para aplicação e detecção, sendo o mesmo procedimento realizado para os pacientes que não participarem dos encontros para estimular o tratamento, assim é imprescindível a capacitação das ACS e de toda equipe para que elas atuem de formas pontuais e precisas.

Dado o exposto temos a importância do presente trabalho na saúde dos pacientes hipertensos e na sociedade como um todo sempre buscando alternativas viáveis para a melhoria da qualidade de vida e respectivamente da saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. NOBRE F., COELHO E. B., LOPES P. C., GELEILETE T. J. M. **Hipertensão arterial sistêmica primária**. Revista fmrp/usp. Medicina (Ribeirão Preto) 2013;46(3):256-72.
2. RADOVANOVIC, Cremilde et. al. **Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Maringá (PR), v. 4, n. 22, p.547-553, jun. 2014.
3. CARVALHO M. V., SIQUEIRA L. B., SOUSA A. N. L., JARDIM P. C. B. V. **A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida**. Arq. Bras. Cardiol. 2013;100(2):164-74.
4. MENDONÇA, L. B. A., LIMA, F. E. T., OLIVEIRA, S. K. P. **Acidente Vascular Encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes?** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [em linea] UFRJ, v. 16, n. 16 (Abril-Junio), p. 340-346, 2012: Visualizada em Dezembro de 2018. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127722728019> ISSN 1414-8145
5. **7º DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**. Arq. Bras. Cardiol. Supl. 1: 1-40, Vol. 107, Nº 3, Suplemento 3, Setembro 2016. Rio de Janeiro.
6. NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC). **Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants**. Lancet, 389 (2016), pp. 37-

55. Published: November 15, 2016. Open DOI: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31919-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31919-5). Acessado em 21/09/2018.
7. VAZ I. R., MARQUES J., POLÓNIA J. **Guia de reacções adversas a medicamentos – reacções adversas cardiovasculares: Hipertensão**. Disponível em <www.ff.ul.pt/ufs/files/2015/09/01Hipertensão.pdf>. Última atualização em 10/05/2012. Acessado em 21/09/2018.
8. BRASIL. **Cerca de 17,5 milhões de pessoas morrem de doenças cardiovasculares todos os anos. 2016**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/09/cerca-de-17-5-milhoes-pessoas-morrem-de-doencas-cardiovasculares-todos-os-anos>. Acesso em: 21/09/2018.
9. MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. **Tendências da Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil, 1980-2012**. *Arq. Bras. Cardiol.* 2016; [online].ahead print, PP.0-0.
10. DOSSE C., CESARINO, C. B., MARTIN J. F. V., CASTEDO M. C. A. **Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial**. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 2009, março-abril; 17(2).
11. REZENDE L. F. M., LOPES M. R., REY-LOPES J. P., MATSUDO V. K. R., LUIZ O. C. **Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews**. *PLoS One*, v. 9, n. 8, p.1-7, 2014.
12. MOREIRA, N. F., MURARO A. P., BRITO F. DOS S. B., GONÇALVES-SILVA R. M. V., SICHIERI R., FERREIRA M. G. **Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte**. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 2013;57/7.
13. ANDRADE S. S. DE A., STOPA S. R., BRITO A. S., CHUERI P. S., SZWARCOWALD C. L., MALTA D. C., **Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira, 2013**. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 24(2): 297-304, abr-jun 2015.
14. MOURA A. A., GODOY S. DE, CESARINO C. B., MENESES I. A. C. **Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial**. *Rev. Enfermeria Global* [revista online], Julho, 2016; n. 43, p. 14-27. Acessado 04/12/2018. Disponível em http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/pt_clinica1.pdf.
15. REINEIRS A. A. O., AZEVEDO R. C. S., VIEIRA M. A., ARRUDA A. L. G. **Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13 Sup. 2: S2299-306.
16. MAGNABOSCO P., TERAOKA E. C., OLIVEIRA E. M., FELIPE E. A., FREITAS D., MARCHI-ALVES M. L. **Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Jan.-Fev. 2015; 23(1):20-27.
17. MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 1993. 269 p.

18. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Geneva, 2003. 199 p.
19. ABREU W. A., PORTELA N. L. C. **Fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica.** R. Interd. v. 8, n. 3, p. 50-60, jul. ago. set. 2015.
20. BASTOS-BARBOSA R.G. et al. **Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 99, n. 1, p. 636-641, 2012.
21. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Coordenação de população e indicadores sociais estudos e pesquisas informação demográfica e socioeconômica número 25 – indicadores sócios demográficos e de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2010.
22. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Brasil. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/corrente/panorama>. Acesso em: 21/11/2018.