

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DANIELA SULANI MERINO NIEVES

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DOS
USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO DA
AREA 49 DA UAPS SANTA CRUZ, DO MUNICÍPIO JUIZ DE FORA.**

Juiz de Fora / Minas Gerais
2016

DANIELA SULANI MERINO NIEVES

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DOS
USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO DA
AREA 49 DA UAPS SANTA CRUZ, DO MUNICÍPIO JUIZ DE FORA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. ANDRÉ LUIZ DOS SANTOS CABRAL.

Juiz de Fora/Minas Gerais
2016

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma das doenças de maior prevalência no mundo e a principal morbidade encontrada na população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde do Bairro Santa Cruz do município de Juiz de Fora. Este projeto tem como objetivo elaborar um plano de intervenção visando aumentar o conhecimento sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde. Para a elaboração do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional. Foi feita pesquisa bibliográfica nas bases de dados informatizadas com os descritores: hipertensão, adesão a medicação e atenção primária à saúde. Ressalta-se que a adesão ao tratamento não depende exclusivamente do paciente, mas dos familiares e do trabalho conjunto dos profissionais da Equipe da Estratégia Saúde da Família. A execução do plano de intervenção pode favorecer a melhoria do cuidado aos pacientes hipertensos.

Palavras-chave: Hipertensão. Adesão a medicação. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The Hypertension is one of the most prevalent diseases in the world and the main morbidity found within the coverage area population of Basic Health Unit. This project aims to develop an action plan to increase the knowledge of Hypertension and the adhesion of antihypertensive treatment in the area covered by the Basic Health Unit. For the preparation of the action plan, we used the Strategic Planning Method Situational. It was a literature search in computer databases with the key words: hypertension, adhesion to medication and primary health care. It is emphasized that adherence to treatment depends not only on the patient but the family and the joint work of the professionals of the Family Health Strategy Team. The implementation of the action plan can facilitate the improvement of care to hypertensive patients.

Keywords: Hypertension. Adherence to medication. Primary health care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVE Acidente Vascular Encefálico
CEP Código de Endereçamento Postal
CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DCV Doença Cardiovascular
DIC Doenças isquêmicas do coração
ESF Equipe Saúde da Família
FR Fatores de risco
FGV Fundação Getúlio Vargas
HAS Hipertensão Arterial Sistêmica
IDHM Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMC Índice de massa corporal
BGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
FGV Fundação Getúlio Vargas
HAS Hipertensão Arterial Sistêmica
IDHM Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LOD Lesões em órgãos alvos
MG Minas Gerais
OMS Organização Mundial da Saúde
PA Pressão Arterial **PES** Planejamento Estratégico Situacional
RJ Rio de Janeiro
SBC Sociedade Brasileira de Cardiologia
SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica
SP São Paulo
SUS Sistema Único de Saúde
TAC Transtornos Associados à Clínica
UAPS Organização Mundial da Saúde
UBS Unidade Básica de Saúde

UTI Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Classificação da pressão arterial para adultos com mais de 18 anos..	19
Quadro 2. Estratificação do risco cardiovascular.....	22
Quadro 3. Priorização dos problemas identificados no diagnostico situacional....	27
Quadro 4. Descritores do problema.....	29
Quadro 5. Plano de intervenção.....	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	Erro! Indicador não definido.
3.1 Objetivo geral	Erro! Indicador não definido.
3.2 Objetivos específicos	Erro! Indicador não definido.
4 METODOLOGIA	Erro! Indicador não definido.
5 REVISÃO DA LITERATURA	Erro! Indicador não definido.
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	25
6.1 Definição dos problemas	25
6.2 Estabelecimento da ordem de prioridades	26
6.3 Descrição, explicação e identificação dos nós críticos	30
6.4 Plano de ação	31
6.5 Avaliação e monitoramento	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

Diagnóstico situacional

O município Juiz de Fora encontra-se localizado na zona da Mata, a sudeste de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais. A área do município é de 1 437 km², representando 0,245% do território mineiro. Desse total, 317,74 km² estão em perímetro urbano. É ainda o município mais extenso da Zona da Mata, apresentando uma densidade populacional de 359,59 habitantes por km². A cidade possui 200.720 domicílios, entre apartamentos, casas e cômodos. Desse total, 142.168 são imóveis próprios 70,8% conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010).

O município conta ainda com uma importante tradição cultural, que vai desde o seu artesanato até o teatro, a música e o esporte; também é destaque no turismo, com seus diversos atrativos culturais, naturais e arquitetônicos. É referência em saúde e educação, possuindo uma rede de assistência à saúde bem equipada, e várias instituições de ensino superior, dentre elas a Universidade Federal de Juiz de Fora, uma das melhores do país. Atualmente, Juiz de Fora é um importante polo industrial, cultural e de serviços, principalmente para a Zona da Mata Mineira e municípios limítrofes do Rio de Janeiro. Destaca-se na fabricação de alimentos, bebidas, produtos têxteis, artigos de vestuário, mobiliário, metalurgia, montagem de veículos e na comercialização destes e de outros produtos. Segundo a Fundação Getúlio Vargas (FGV) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Juiz de Fora é a quarta cidade em população e a quinta maior economia do Estado de Minas Gerais e estão entre as 100 cidades brasileiras com as melhores condições para investimentos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Índice de Desenvolvimento Humano

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Juiz de Fora é 0,778, em 2013. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799), ocupando a 5ª posição no ranking dos municípios de Minas Gerais, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,117), seguida por Longevidade e por Renda. Entre 1991 e

2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi a Educação (com crescimento de 0,174), seguida por Longevidade e por Renda (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA, 2010).

A renda per capita média de Juiz de Fora cresceu 72,85% nas últimas duas décadas, passando de R\$607,97 em 1991 para R\$828,93 em 2000 e R\$1.050,88 em 2013. A taxa média anual de crescimento foi de 36,34% no primeiro período e 26,78% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 5,06% em 1991 para 2,31% em 2000 e para 0,88% em 2013. O Índice de Gini ficou praticamente o mesmo de 1991 a 2013 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA, 2010).

Abastecimento de água tratada e recolhimento de esgoto por rede público.

O município conta com água tratada, energia elétrica, esgoto, limpeza urbana, telefonia fixa e telefonia celular. O 95,30% dos domicílios são atendidos pela rede geral de abastecimento de água, 97,05% das moradias têm coleta de lixo e 93,69% das residências possuem escoadouro sanitário. Seu Índice de Gini é de 0,41 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA, 2010).

O atendimento hospitalar de média complexidade é propiciado por hospitais conveniados ao SUS, nas especialidades de clínica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica. Segundo informação da Subsecretaria de Regulação, a rede hospitalar no município, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, possui um total de 2.564 leitos, sendo 1.872 leitos conveniados SUS, incluindo leitos cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, UTI/Adulto e Neonatal, Hospital Dia/AIDS e outras especialidades (crônica fisiologia e psiquiatria) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA, 2010).

O município está pactuado com cerca de 135 municípios para atendimento hospitalar de média complexidade, que acessam a Central de Vagas do Município e Central de Marcação Macrorregional/MG, utilizando o Sistema SUS Fácil, que regula o acesso a internação. Cerca de 17 microrregiões de Saúde estão pactuadas com o município de Juiz de Fora para o atendimento hospitalar de alta complexidade, uma vez que o município é referência macrorregional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Território /área de abrangência (área 49 Santa Cruz)

A unidade de saúde Santa Cruz encontra se ao norte do município de Juiz de Fora, está situada na Rua Dr. Antônio Mourão Guimarães 245, bairro Santa Cruz/ CEP 36088280, de fácil acesso para toda a população, pois fica dentro da comunidade.

Números de famílias e de habitantes de minha área de trabalho são:

Famílias -----969

Habitantes-----3878

Nível de alfabetização -----Aproximado de 70%.

Aproximadamente 65% da população trabalham; os principais postos são do setor de serviços e de comércio local, como lanchonete, restaurante, venda de alimentos, com condições socioeconômicas relativamente baixas.

A maioria da população tem condições regulais da vivenda (pois algumas vivendas têm dificuldades estruturais e saneamento); vivem de seu emprego e ou têm locais comerciais. Antigamente as pessoas faleciam de doenças infecciosas mais agora essa condição mudou, as doenças crônicas (Hipertensão, Diabetes Melito, Doenças Cerebrovasculares) são as predominantes na população com suas conseqüências. Ultimamente estão voltando algumas doenças infecciosas como a Tuberculose Pulmonar.

RECURSOS DA COMUNIDADE.

LABORATORIO-----01

ESCOLAS-----04

CRECHES-----02

IGREJAS-----10

Os serviços da comunidade como água, energia elétrica e telefonia estão disponíveis, não há serviço de correios nem banco, mais contamos com uma caixa lotérica.

FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAUDE:

A unidade funciona de segunda-feira até sexta-feira de 07:00 a 11:00 e de 13:00 a 17:00.

A equipe da área 49 está formada pelos seguintes profissionais:

- Agentes comunitários-----5, faltando um para completar a cifra de 6, ficando uma micro área descoberta.
- Enfermeira-----1.
- Técnico de enfermagem-----1.
- Médico-----1.
- Farmacêutica -----1.

HORARIO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS

De segunda-feira até sexta-feira, de 07h00min a 11h00min e de 13h00min a 17h00min.

O DIA -A DIA -DA EQUIPE:

Quase a totalidade do tempo está ocupada com as atividades de atendimento a demanda espontânea, pré-natal, puericultura, preventivo do câncer de mamas e do útero, atendimento individual a hipertensos e diabéticos.

A análise da situação de saúde é a principal ferramenta de trabalho para monitorar o comportamento do estado de saúde da população, seu desempenho, marcado no âmbito comunitário, de maneira direta os problemas de saúde que prevalecem e emergem como uma valiosa e útil ferramenta, as complexidades e as tendências abarcadoras do mesmo precisam esclarecimentos sobre seu fundamento teórico, evolução histórica, proposta metodológica e enfoque vigente para a medicina familiar.

O indagador método epidemiológico que serve de guia para a análise, ajuda a transformar as realidades sanitárias mediante a identificação dos problemas de saúde, o método como conteúdo e o análise da situação de saúde como continente, não são de domínio exclusivo do profissional especializado no campo da epidemiologia, ambos devem se incorporar ao trabalho de profissionais e técnicos da saúde que desempenham prioritariamente nos níveis locais, desde o médico familiar até os diretores de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde escolheu o problema “A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial” porque tem muito impacto na comunidade pelo elevado número de pacientes com baixa adesão ao tratamento e porque é o fator de risco mais importante das doenças cardiovasculares. Além disso, avaliando a solução deste problema pode ser resolvido com poucos recursos. Solo se precisa do trabalho da equipe de saúde baseado em atividades educativas de promoção e prevenção com pacientes. Estas atividades devem estar dirigidas para brindar conhecimento sobre os fatores de risco e consequências da HAS, importância da dieta e tratamento farmacológico para seu controle. Além disso, devem brindar conhecimento teórico e prático sobre as diferentes atividades para prevenir a doença além das complicações.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para aumento da adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com hipertensão arterial na população da área 49 da UAPS Santa Cruz, do município Juiz de Fora.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores associados a não adesão do tratamento farmacológico.
- Estratificar risco cardiovascular.
- Propor ações que ampliem o nível de conhecimento dos portadores de hipertensão arterial acerca da doença.

4 METODOLOGIA

O primeiro passo para a elaboração do nosso projeto de intervenção foi o diagnóstico situacional, de acordo com Campos, Farias e Santos; (2010). A metodologia utilizada foi o método de estimativa rápida, respeitando se os princípios dessa estratégia: coletar somente os dados pertinentes para o trabalho, obter informações que possam refletir as condições da realidade local e envolver a população na realização deste processo. Foram identificados os principais problemas da área de abrangência, da equipe do Programa Saúde da Família, utilizando os dados coletados dos registros escritos da unidade da ESF Santa Cruz e de fontes secundárias, entrevista com informantes-chave da área de abrangência e na observação ativa do território. Além disso, foram analisados dados do SIAB e do IBGE acerca dos problemas levantados pela equipe como mais urgentes para a região (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A elaboração da proposta de intervenção foi realizada, utilizando o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, de acordo com Campos, Faria e Santos (2010).

Por último foi realizada uma revisão da literatura sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica encontrada na Biblioteca Virtual em Saúde do NESCON, entre outras fontes da literatura.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico – AVE e 47% por doença isquêmica do coração – DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Brasil as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular. As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Estima-se que o número de portadores de hipertensão arterial no Brasil é de 17 milhões, e que cerca de 35% da população adulta possa ser considerada como hipertensa, chegando a 65% nos idosos. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) considera na avaliação da doença os níveis tensionais iguais ou maiores que 140 mmHg x 90 mmHg, a presença de fatores de risco, comorbidade e lesões em órgãos alvos. É assintomática, sendo determinada por diversos fatores genéticos como raça, idade, sexo, história familiar e outros fatores como maus hábitos alimentares, tabagismo, sedentarismo, estresse e obesidade. Uma das maiores dificuldades que os profissionais da saúde têm, em relação ao tratamento da hipertensão, é manter o paciente engajado no controle da doença, no qual o desconhecimento da gravidade da doença e da necessidade de tratamento contínuo leva a várias e importantes considerações que devem estar presentes no acompanhamento pelos profissionais da saúde. O conhecimento desses fatores é

fundamental para o planejamento das ações terapêuticas, para que em cada atendimento sejam reforçadas as percepções de risco à saúde e a importância do autocuidado (PÉRES, D. S, MAGNA, J. M.; VIANA, L. A, 2003).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Hipertensão Arterial Sistêmica pode se classificar segundo (LUQUE M, 2000) em: Hipertensão primária (essencial).

Na maioria dos pacientes com pressão arterial elevada, não é possível identificar qualquer causa, esta condição é chamada de hipertensão primária. Estima-se que aproximadamente 95% dos pacientes com hipertensão têm hipertensão primária. O termo alternativo, hipertensão essencial, é menos adequado a partir de um ponto de vista linguístico, uma vez que a palavra essencial que normalmente indica algo que é benéfico para o indivíduo. O termo "hipertensão benigna " também deve ser evitado, pois a hipertensão sempre carrega risco de doença cardiovascular prematura (LUQUE M, 2000)".

Hipertensão secundária.

O termo hipertensão secundária é usado, quando a hipertensão é causada por um mecanismo subjacente detectável. Existem inúmeros estados fisiopatológicos como a estenose da artéria renal, feocromocitoma e coarctação, o que pode causar hipertensão sanguínea. Em qualquer destes casos, a pressão arterial elevada é reversível, quando a doença subjacente é tratada com sucesso. É importante identificar a pequena quantidade de pacientes com uma forma secundária de hipertensão, pois em alguns casos há uma clara curabilidade da caixa hipertensiva (LUQUE M, 2000).

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial para adultos com mais de 18 anos.

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	<120	<80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão		
Estágio 1	140-149	90-99
Estágio 2	≥160	≥100

Fonte: Cadernos de Atenção Básica – n. 15. Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2006).

Os fatores de risco da hipertensão, segundo as VI Diretrizes Brasileiras a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Idade

Existe relação direta e linear da PA com a idade sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. Entre metalúrgicos do RJ e de SP a prevalência de HAS foi de 24,7% e a idade acima de 40 anos foi a variável que determinou maior risco para esta condição (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Gênero e etnia

A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5a década.

Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas. Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Excesso de peso e obesidade

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Ingestão de sal

Ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal, como os índios brasileiros Yanomami, não foram encontrados casos de HAS. Por outro lado, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido demonstrado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Ingestão de álcool

A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA, e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Sedentarismo

Atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Fatores socioeconômicos

A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Para determinar o risco de doença cardiovascular não podemos confiar apenas em as cifras da PA temos que avaliar a coexistência de outros fatores de risco e a presença ou ausência de lesões de órgãos-alvo.

Segundo Luque M; (2000) podem aparecer varias lesões em órgãos alvo tais como:

Lesões em órgãos-alvo (LOD)

- Hipertrofia ventricular esquerda.
- Lesão renal mínima.
- Placas ateroscleróticas na carótida, ilíacas, femorais e aorta.
- Estenose focal generalizada das artérias da retina.

Transtornos associados à clínica

A. Doença cerebrovascular:

- Acidente vascular cerebral isquêmico.
- Hemorragia cerebral.
- Ataque isquêmico transitório.

B. Cardiopatias:

- Infarto do miocárdio.
- Hemorragia cerebral.
- Ataque isquêmico transitório.

C. Nefropatia:

- Nefropatia diabética.
- Insuficiência renal.

D. Doenças vasculares:

- Aneurisma dissecante.
- Doença arterial sintomática.

E. Retinopatia hipertensiva:

- Hemorragias.
- Papiledema.

Quadro 2: Estratificação do risco cardiovascular.

FATORES DE RISCO.	GRAU I (HTA leve) PAS 140-159 PAD 90-99	GRAU II (HTA moderada) PAS 160-179 PAD 100-109	GRAU III (HTA grave) PAS >179 PAD >99
Ausência de fatores de risco.	Baixo risco.	Risco meio.	Risco alto.
De 1 a 2 fatores de Risco.	Risco meio.	Risco meio	Risco muito alto.
Três o mais fatores de risco, LOD ou DM.	Alto risco.	Alto risco.	Risco muito alto.
TAC	Risco muito alto.	Risco muito alto.	Risco muito alto.

Adaptado de LUQUE M. Tratamiento *no farmacológico y farmacológico*. Biblioteca Básica. SEHLELHA ed. Doyma. 2000

Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual engloba-se a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde. Para a OMS, adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco fatores, denominados como “dimensões”, no qual os fatores relacionados ao paciente são apenas um determinante. A opinião comum de que os pacientes são unicamente responsáveis por seguir seu tratamento é enganadora e reflete o

equivoco mais comum de como outros fatores afetam o comportamento e a capacidade de a pessoa aderir a seu tratamento. Estudo para avaliar as razões de não adesão citados pelos pacientes encontrou que 30% dos indivíduos não tomavam a medicação por esquecimento, 16% referiram outras prioridades, 11% optaram por tomar a dose menor do que a prescrita, 9% alegaram falta de informações e 7% fatores emocionais. Esse mesmo estudo mostrou que 27% dos indivíduos avaliados não souberam dar uma razão para a baixa adesão ao tratamento. Em nosso meio, estudo realizado com hipertensos para identificar os fatores que contribuíam para que não tomassem os medicamentos mostrou que, em relação aos medicamentos, 89% dos indivíduos referiram baixa adesão devido ao alto custo, 67% por ter de tomar várias vezes ao dia e 54% devido aos efeitos indesejáveis; em relação à doença, 50% referiram desconhecimento da gravidade e 36% ausência de sintomas; quanto a conhecimentos e crenças, 83% só tomavam o medicamento quando a pressão estava alta, 80% referiram não cuidar da saúde, 75% esqueciam-se de tomar os medicamentos, 70% desconheciam a cronicidade e as complicações da doença; e quanto à relação médico-paciente, 51% citaram falta de convencimento para tratar a doença e 20% relacionamento inadequado (*Cramer J. Identifying , 1991*).

A hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente, sendo um fator de risco maior para morbidade e mortalidade, exigindo a correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica, como também seu seguimento. A adesão é a principal determinante para a efetividade do tratamento, pois a não adesão pode causar atenuação dos benefícios clínicos. A baixa adesão é identificada como a principal causa do controle inadequado da pressão arterial. Dos pacientes que não têm adequado controle da pressão arterial, aproximadamente 50% não adere ao medicamento recomendado pelo médico. Uma das primeiras descrições na literatura sobre adesão ao tratamento foi citada por Hipócrates, na qual enfatizava a Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. A importância de observar as falhas do paciente em relação ao que havia sido prescrito. É difícil detectar a falta de adesão e, mais ainda, quantificá-la. Apesar de a adesão ser frequentemente descrita como variável dicotômica (adesão versus não adesão), ela pode variar ao longo de um contínuo de zero a mais de 100% em pacientes que

usam mais do que as medicações prescritas pelo médico. Ainda não há consenso acerca do padrão que constitui a taxa de adesão adequada para o tratamento de doenças crônicas (Brandão AP, Brandão AA, 2002)

A não adesão do paciente ao tratamento tem constituído um grande desafio para os profissionais que o acompanha, e possivelmente têm sido responsáveis pelo aumento dos custos sociais com absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde, e aposentadorias por invalidez, haja vista que a hipertensão arterial tem sido responsável pelo aumento destes custos. A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associados: paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); doenças (cronicidade, as sintomatologias); crenças, hábitos culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, autoestima); tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida); instituição (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e de atendimento); e relacionamento com equipe de saúde (envolvimento e relacionamento inadequados). Por conseguinte, a adesão do cliente deve ser apreciada com vista a esses fatores (Brandão AP, Brandão AA, 2002)

A adesão ao tratamento, definida como a correta execução da prescrição do médico, incluindo alterações em medicamentos e/ou no estilo de vida, é um fator significativo no sucesso do tratamento. A não adesão é identificada como a causa principal da Pressão Arterial (PA) não controlada, representando assim um risco significativo de eventos cardiovasculares. A ingestão correta de pelo menos 80% dos medicamentos receitados é uma forma geral de considerar a adequada adesão à medicação (Car MR, Pierin AM, Aquino VL, 1991).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição dos problemas

Uma vez feito o diagnóstico situacional, foram identificados vários problemas em conjunto com nossa equipe de saúde a través da técnica chuva de ideias.

Problemas biológicos

- Alta prevalência de Hipertensão Arterial.
- Alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofármacos.
- Alto índice de drogadição e alcoolismo.

Problemas ambientais

- Má qualidade da água.

Problemas socioeconômicos

- Pouca adesão aos projetos e atividades educativas dirigidas aos portadores de doenças crônicas a promoção de saúde e prevenção de doenças.
- Falta de conhecimento das doenças crônicas e suas complicações.
- Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial.
- Maus hábitos e estilos de vida
- Baixa condição socioeconômica.

Alta prevalência de Hipertensão Arterial: Em correspondência com a situação de saúde a nível mundial e o envelhecimento nossa população apresenta alta incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.

Doença mental e consumo de psicofármacos: Dificuldade de controle, fluxo e contra fluxo de pacientes com transtorno do humor e ansiedade, síndromes psicóticas (em especial, esquizofrenia), somatização e transtornos do sono.

Alto índice de drogadição e alcoolismo: Podemos observar que alguns problemas são causas ou conseqüências de outros. Por exemplo, a baixa condição

socioeconômica propicia que um alto número dos pacientes cadastrados tenha adição a drogas ilícitas e álcool.

Pouca adesão aos projetos e atividades educativas dirigidas aos portadores de doenças crônicas enfocando a promoção de saúde e prevenção das doenças: falta incentivo para as atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos e resultam ainda insuficientes as atividades educativas realizadas pela equipe para a capacitação da população abordando a temática das doenças crônicas. O baixo nível educativo e idade dos pacientes interferem na compreensão dos temas tratados nas atividades educativas realizadas.

A comunidade desconhece as doenças crônicas e suas complicações: ainda é baixo o nível de conhecimento das doenças crônicas pela população

Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão: nossa população tem baixo nível de escolaridade o que leva a não saber como tomar a medicação ou não saber ler a prescrição. Tem ademais baixo nível de conhecimento de a patologia. Pouca autorresponsabilidade com a saúde.

Baixa condição socioeconômica: Experimentada por uma grande quantidade dos usuários da ESF Santa Cruz, o baixo nível socioeconômico expressa-se pelas deficientes condições higiênicas tanto pessoal como habitacional, más condições de moradia, dificuldade de aquisição de medicamento ou exame complementar particular.

6.2 Estabelecimento da ordem de prioridades.

Para a priorização dos problemas e seleção dos nos críticos, a equipe de Santa Cruz considerou enfatizamos apenas em aqueles que mais preocupam a realidade significativa da comunidade e da equipe.

Após esta etapa fizemos a priorização do mesmo, tendo em conta sua importância, urgência e a capacidade de enfrentamento, da seguinte forma:

- **Importância:** atribuindo a valores altos, médios e baixos.
- **Urgência:** distribuindo pontos de 1-5 (sendo o valor 5 ao mais urgente e o valor 1 ao menos urgente).
- **Capacidade de enfrentamento:** definido se a solução do problema esta dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.
- **Seleção:** numerando os problemas em ordem de prioridades a partir do resultado aplicado.

Quadro 3. Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional.

Comunidade Santa Cruz– ESF / Priorização dos problemas				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de Hipertensão Arterial.	Alta	9	Parcial	2
Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial.	Alta	9	Parcial	1
Alto índice de drogadição e alcoolismo.	Alta	7	Parcial	4
Alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofármacos.	Alta	6	Parcial	5
Má qualidade da água	Alta	4	Parcial	7
Falta de	Alta	8	Parcial	3

conhecimento das doenças crônicas e suas complicações.				
Pouca adesão aos projetos e atividades educativas	Alta	8	Parcial	3
Maus hábitos e estilos de vida.	Alta	5	Parcial	6
Baixa condição socioeconômica.	Alta	3	Fora	8

Fonte: Próprio autor

Obtive se a seguinte ordem de prioridade:

1. Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial.
2. Alta prevalência de Hipertensão Arterial.
3. A comunidade desconhece as doenças crônicas y suas complicações.
4. Pouca adesão a os projetos e atividades educativas dirigidas a os portadores de doenças crônicas enfocando a promoção de saúde e prevenção de doenças.
5. Alto índice de drogadição e alcoolismo.
6. Alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofarmacos.
7. Maus hábitos e estilos de vida.
8. Má qualidade da água.
9. Baixa condição socioeconômica.

O problema escolhido foi “A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial” por ser dentre dos outros problemas, aquele com maior capacidade de enfrentamento pela equipe e dado a importância de suas consequências para a comunidade e os serviços de saúde.

Descrição do problema:

Em nossa área de abrangência a HAS é uma doença de alta prevalência, que atinge a população adulta acima dos 18 anos cerca de 20%, podendo afetar na população idosa até 50%. A maioria dos pacientes com HAS identificados na comunidade apresentam fatores de risco como obesidade, tabagismo, etilismo, estresse e sedentarismo.

Nossa equipe utilizou os dados do SIAB e dos registros da equipe, correlacionando os também com o relatório da dispensação de medicamentos por pacientes.

Quadro 4. Descritores do problema.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos cadastrados/acompanhados	388	SIAB 2016
Hipertensos com boa adesão ao tratamento	154	Registros da equipe

Fonte: Próprio autor

Explicação do porque foi escolhido:

A equipe de saúde escolheu o problema “A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial” porque tem muito impacto na comunidade por o elevado numero de pacientes com baixa adesão ao tratamento e porque é o fator de risco mais importante das doenças cardiovasculares. Além disso, avaliando a solução deste problema pode ser resolvido com poucos recursos. Solo se precisa do trabalho da equipe de saúde baseado em atividades educativas de promoção e prevenção com pacientes. Estas atividades devem estar dirigidas para brindar conhecimento sobre os fatores de risco para a HAS, importância da dieta e tratamento farmacológico para o controle de a doença e as consequências que apresenta um paciente com esta doença. Além disso, devem brindar conhecimento teórico e pratico sobre as diferentes atividades para prevenir a doença além das complicações.

Para enfrentar o problema é de muito importante conhecer as principais causas.

Causas relacionadas com os pacientes:

1. Hábitos e estilos de vida da população: não quer ser dependente da medicação, tabagismo, alimentação inadequada, consumo de álcool, sedentarismo, não adesão ao tratamento.
2. Baixo nível de instrução/ escolaridade: não saber como tomar a medicação, pacientes analfabetos.
3. Grau de dependência: pacientes acamados ou com incapacidade mental.
4. Baixo nível de informação respeito a sua patologia.
5. Relacionadas com equipe de saúde:
6. Receitas com prescrições ilegíveis.
7. Poucas atividades educativas sobre Hipertensão Arterial.
8. Falta de propagação na agenda da equipe para atendimento adequado ao HIPERDIA
9. Faltam de incentivo para atividades de promoção a saúde e prevenção dos agravos.

6.3 Descrição, explicação e identificação dos “nós críticos”.

Foram identificados alguns nós críticos para o enfrentamento do problema de saúde baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial. Segundo o conceito elaborado pelo PES, “nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transforma-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Identificaram-se entre as varias causas àquelas consideradas mais importantes na origem do problema e que precisam ser enfrentadas:

Baixo nível de informação e conhecimento da população acerca da Hipertensão Arterial, da importância da adesão e acompanhamento clinica e a terapia medicamentosa, existência de mitos e tabus sobre alimentação saudável, uso incorreto da medicação, benefícios da atividade física.

Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema: capacidade dos profissionais para a continuidade do acompanhamento.

Não seguimento das recomendações dos protocolos clínicos (ministerial, estadual y municipal) pelos profissionais da equipe de saúde da família, propostas para o

programa de Hipertensão Arterial.

Deficiência na gestão municipal – dificuldades no fluxo dos pacientes para serviços especializados, hospitalização, assim como no fluxo das contra referências para lograr o correto acompanhamento dos pacientes.

6.4 PLANO DE AÇÃO

Quadro 5- Plano de intervenção para elevar a adesão ao tratamento da hipertensão dos pacientes inscritos na UBS Santa Cruz, área 49.

O QUE	COMO	QUANDO	QUEM	POR QUE	ONDE	RECURSOS
Modificar estilo de vida inadequado.	Palestras sobre estilo de vida saudável. Programa de caminhada.	Mensal.	Equipe de saúde da família.	Evitar os agravos dependentes do estilo de vida.	Todos os cenários onde se reúne a comunidade	Recursos audiovisuais, folhetos educativos, capacitação pessoal.
Educar a população sobre os riscos da Hipertensão Arterial.	Palestra dirigida grupo com risco, hipertensos e população geral.	Trimestral	Medico enferma gem e ACS.	Prevenir os agravos e aparição da doença em sua etapa inicial.	UBS e nas visitas domiciliares.	Capacitação pessoal, folhetos, livros, tríticos, maçaneta, marcadores, lápis etc.
Investigação de usuários com fatores de risco para diagnóstico de caso e controle de doentes.	Fazer campanha de rastreamento da Hipertensão em indivíduos com condições de risco e portadores da hipertensão.	Semestral	Equipe de saúde da família.	Equipe de saúde da família.	Na UBS e local na comunidade.	Capacitação pessoal, glicosímetro, fitas reagentes, luvas, antissépticos

Adequar a cobertura dos serviços de saúde para a população de risco de Hipertensão e hipertensos.	Realização de acompanhamento clínico e domiciliar. Realização de referencia para outros níveis de complexidade. Atendimento das intercorrências ou complicações.	Permanente	Equipe de saúde da família.	Maior controle da HTA e redução de possíveis complicações e maior adesão ao tratamento. Fortalecimento do trabalho em equipe e direcionamento das ações.	Nos domicílios e UBS.	Capacitação dos recursos humanos, insumos para cadastro e registro de acompanhamento, protocolo de atendimento, insumos clínicos, medicamentos, material educativo.
---	--	------------	-----------------------------	---	-----------------------	---

Fonte: próprio autor.

6.4 Avaliação e Monitoramento

O acompanhamento de indicadores disponíveis no SIAB/DATASUS será utilizado para avaliar anualmente se houve redução das taxas de pacientes hipertensos. Também será realizado o acompanhamento pela equipe segundo programação do programa de HIPERDIA aos pacientes com HAS. Por último, também será utilizado como parâmetro de monitoramento e avaliação o número absoluto de casos diagnosticados no ano de 2016 em relação a população da área de abrangência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial vem se destacando como a epidemia moderna nos dias atuais e se tornando um grande problema de saúde pública. Esta doença esta cada vez mais crescente na população adulta por o que explorar esse estudo se trona de fundamental importância, na qualidade de vida dos hipertensos.

Os pacientes hipertensos são um desafio para a equipe de saúde com relação ao tratamento. É de suma importância que os atendimentos desses clientes na ESF foquem na realidade apresentada pelos mesmos, de tal modo que eles possam encontrar na equipe apoio e confiança. Desta forma, esses clientes poderão ser capazes de mudar seus hábitos e estilos de vida, realizar o tratamento e desenvolveras praticas de autocuidado, visando prevenir complicações garantindo uma melhoria na qualidade de vida. Evidentemente, a HAS e o seu tratamento adequado envolvem uma multiplicidade de fatores extremamente complexos, que exigem de todos os envolvidos o emprego de estratégias combinadas que deem conta dessa complexidade. De qualquer forma, ao falarmos de adesão, devemos sempre considerar a subjetividade que faz com que cada indivíduo, de acordo com as suas vivências, conhecimentos, crenças e valores, tenham um comportamento muito próprio em relação ao significado de “sentir-se doente”. Isso reflete na forma como esse indivíduo manifesta-se quando abordamos essas questões. Da mesma maneira, também não podemos desconsiderar as crenças do médico, ou da equipe de saúde, as quais, muitas vezes, podem não coincidir com as crenças e os interesses do paciente. Um dos aspectos principais neste tema diz respeito, então, às percepções diferentes em relação à saúde e à doença por parte do médico e da equipe de saúde e dos pacientes. Esse é um dos fatores determinantes sobre a “aceitação” ou não do “diagnóstico” de HAS dado pelo médico e o tratamento a ser seguido. A educação dos pacientes hipertensos é essencial, mas, em determinadas situações, não será suficiente para fazer com que o paciente siga as recomendações estabelecidas como corretas à luz do conhecimento científico atual. E importante não somente educar o paciente, mas iniciar uma abordagem terapêutica que inclua uma negociação sobre o tratamento e o seu seguimento partindo das concepções que o paciente tem a respeito da sua doença. É bom

ressaltar que, com isso, não se está negando o conhecimento técnico ou se abandonando as convicções profissionais. O que se propõe é o estabelecimento de uma parceria entre pacientes e médicos, cujo objetivo maior é o controle adequado da HAS e uma redução nas suas complicações. Isso pode parecer óbvio à primeira vista, mas acreditamos que os médicos possam estar falhando nesta área. De pouco adianta saber de forma aprofundada a fisiopatologia da HAS e os tratamentos mais modernos disponíveis se não se consegue uma comunicação adequada com os pacientes. E um paciente que não se comunica com o seu médico é um candidato muito forte a abandonar o seu tratamento. Ao longo do tempo, nós, médicos, deixamos de nos comunicar com eles e, sem dúvida, uma comunicação adequada entre médico e paciente melhora o desfecho clínico. É, portanto, fundamental enfatizar que o foco passa, conforme esta visão, do seguimento adequado para a comunicação adequada. E essa é uma mudança radical no sentido de que a responsabilidade do tratamento volta a ser dividida entre médico e paciente. Não bastará, por exemplo, simplesmente prescrever um determinado tratamento e esperar que o paciente “educado” o siga. O médico e toda a equipe de saúde terão mais uma atribuição: a arte da comunicação, pois esta será fundamental no caminho para o sucesso terapêutico, no que diz respeito a toda a sua complexidade, tanto individual como coletivamente.

REFERÊNCIAS

Brandão AP, Brandão AA, Freitas EV, et al. Hipertensão arterial no idoso. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Ed Guanabara Koogan, p. 2-12. 2, 2002.

CAMPOS, F.C; FARIA H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2da ed. Belo Horizonte: UFMG, p.118, 2010.

CAR MR, Pierin AM, Aquino VL. The influence of the education process on the control of arterial hypertension. **Rev Esc Enferm US**; 25 (3):259-69, 1991.

Cramer J. **Identifying and improving compliance patterns**. In: Cramer JA, Spilker B. Patient compliance in medical practice and clinical trials. New York: Raven Press 1991:387-392.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico de 2010**. Disponível em: <http://www.scielo.br.com.br>. Acesso em: 4 jun. 2016.

LUQUE M. **Tratamiento no farmacológico y farmacológico**. Biblioteca Básica. SEHLELHA ed. Doyma. 2000.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, São Paulo, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III 2010.

Disponível

em:http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.asp

Acesso em: 11 jan. 2016.

