

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUIZ GUSTAVO OMENA BARBOSA SILVA

ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES HIPERTENSOS
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

MACEIÓ-AL, 2014.

LUIZ GUSTAVO OMENA BARBOSA SILVA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES HIPERTENSOS
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Ms. Emiliane Silva Santiago.

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

MACEIÓ-AL, 2014.

LUIZ GUSTAVO OMENA BARBOSA SILVA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES HIPERTENSOS
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Ms. Emiliane Silva Santiago.

Banca Examinadora:

Profa. Emiliane Silva Santiago - Orientadora

Profa. Sandra de Azevedo Pinheiro - Examinadora

Aprovado em Uberaba, em 29/01/2014.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pacientes, meus maiores professores;

Aos meus pais, sempre presentes;

À minha tutora Tereza Angélica, da Universidade Federal de Alagoas, com quem tive o prazer de dividir grandes momentos;

À minha orientadora Emiliane Silva Santiago, sem a qual este trabalho seria impossível.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo elencar as principais causas de falta de adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde. Ao identificar as principais causas, a equipe da Atenção Básica, de maneira multidisciplinar, poderá contribuir sobremaneira para a diminuição das taxas de não adesão, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população adscrita e diminuindo a ocorrência de agudização dos quadros crônicos da doença hipertensiva arterial sistêmica. Dessa maneira, os custos com a assistência para estes pacientes também serão reduzidos, desonerando o sistema de saúde e proporcionando um aumento da expectativa de vida. Escolhemos esta temática devido ao alto número de pacientes que não fazem o tratamento corretamente desenvolvendo quadros de urgência/emergência hipertensiva de modo rotineiro, bem como as suas complicações.

Palavras-chave: Atenção Básica, adesão, hipertensão.

ABSTRACT

The present study aims to rank the leading causes of non-adherence to treatment of hypertensive patients in a Basic Health By identifying the main causes, the team of primary care, multidisciplinary way, may contribute greatly to the reduction of rates of non-adherence, contributing to improving the quality of life of the enrolled population and decreasing the occurrence of acute exacerbations of chronic frames of systemic arterial hypertension. Thus, the cost of care for these patients will also be reduced, relieving the health care system and providing an increase in life expectancy of these patients. We chose this theme because of the high number of patients who do not treat properly in the community, developing frameworks urgent / routine manner of hypertensive emergency, as well as the complications of this disease.

Keywords: Primary Health care, adherence, hypertension.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
JUSTIFICATIVA.....	11
OBJETIVOS.....	12
METODOLOGIA.....	13
REVISÃO DA LITERATURA.....	14
PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS.....	19

1. INTRODUÇÃO:

Estima-se que no Brasil 20% dos óbitos por causas conhecidas em indivíduos com idade maior ou igual a 20 anos são consequência das Doenças Cardiovasculares (DCV). No ano 2000, tais doenças geraram a principal causa de gastos dos recursos públicos no país e a maior permanência nas unidades hospitalares. (SILVA et al., 2009).

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, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. (Arq Bras Cardiol 2005).

A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SBC, 2007).

O nível socioeconômico mais baixo está associado à maior prevalência de fatores de risco e da hipertensão arterial, além de maior probabilidade de lesão em órgãos-alvo e eventos cardiovasculares. Hábitos dietéticos, incluindo consumo exagerado de sal e álcool, índice de massa corpórea aumentado, estresse psicossocial, menor acesso aos cuidados de saúde e nível educacional são possíveis fatores associados (DRUMMOND, 1999) . Para a tomada da decisão terapêutica é necessária a confirmação diagnóstica,

seguindo-se a estratificação de risco, que levará em conta, além dos fatores supracitados, a meta mínima de valores da pressão arterial, que deverá ser atingida com o tratamento. (KSHISAGARK et al., 2006).

A necessidade de trabalho multiprofissional nos cuidados com a saúde é reconhecida por todos e vem sendo incorporada de forma progressiva na prática diária. Treinados durante a formação para atuar individualmente, os profissionais de saúde vivem uma fase contraditória na qual, mesmo sabendo o que é melhor, se vêem com dificuldades e pudores para definir limites, intersecções e interfaces. Este é um trabalho necessário, que exige coragem, determinação e contínua autocrítica para que os objetivos sejam atingidos. (CIAMPONE, 2000).

Sendo apresentada como uma patologia prevalente na população, e a falta de adesão ao tratamento uma realidade vivenciada pelas Equipes de Unidades Básicas de Saúde de nosso país, optou-se em realizar esse estudo, tendo esse tema emergido na avaliação do diagnóstico situacional da Equipe, durante o módulo de Planejamento e Avaliação das ações de saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF). Dentre problemas identificáveis, tais como: adesão ao tratamento de hipertensos e diabéticos, coordenação do cuidado, avaliação da frequência de referência e contra-referências, a violência na comunidade, drogadição, entre outros; este apresentou-se como possibilidade de intervenção imediata, por ser um trabalho que envolve a equipe de maneira multidisciplinar e a comunidade.

Os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos, apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares, em razão da baixa adesão ao tratamento. Estudos isolados apontam controle de 20% a 40% (LESSA, 1997). Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, em 2007, a taxa de abandono do tratamento é o grau mais elevado de falta de adesão e é crescente conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica.

A relação médico-paciente deve ser a base para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. A participação de vários profissionais da área da saúde, com uma

abordagem multidisciplinar ao hipertenso pode facilitar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, aumentar o controle. (GUS I, et al., 2004).

A partir da eleição do principal problema, surgiu, então, uma nova etapa: discutir como a equipe pode agir para a sua melhoria, investindo nas ações de promoção de saúde, no acesso às informações de maneira clara aos pacientes e na troca de conhecimentos entre a equipe e a população.

2. JUSTIFICATIVA:

Apresentada como uma patologia prevalente em nossa população, a Hipertensão Arterial Sistêmica e a baixa adesão ao tratamento vivenciada pelas Equipes de Unidades Básicas de Saúde de nosso país justifica este estudo, que tem o intuito de indicar uma possibilidade de intervenção para contribuir com a mudança desta realidade.

3. OBJETIVOS:

Objetivo geral:

Propor plano de intervenção para reduzir a falta de adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos de uma unidade de saúde.

Objetivos específicos:

- Identificar os fatores que contribuem para a baixa adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos;
- Estabelecer ações que possam contribuir para a melhoria da baixa adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos.

4. METODOLOGIA:

O presente trabalho apresentou-se pela elaboração de um projeto de intervenção que aborda a implantação de medidas que reduzam a alta taxa de abandono do tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes de uma Unidade Básica de Saúde.

O referencial teórico utilizado apresentou-se através de busca bibliográfica nas bases de dados científicas como MEDLINE e O LILACS na BIREME; do SciELO ou da biblioteca virtual do NESCON utilizando como descritores: Atenção Básica, adesão, hipertensão.

Complementou-se a pesquisa com acesso a livros, diretrizes do Ministério da Saúde e Associação Brasileira de Cardiologia e o acesso de banco de dados bibliográficos de Trabalhos de Conclusão de Curso ou Materiais do Curso de Especialização em Atenção Básica.

Quanto ao plano de ação, em Julho/2013 foi realizada uma oficina com a Equipe de Saúde da Família (ESF), através de uma exposição dialogada para que pudessem ser identificados os problemas mais recorrentes na ESF. Na reunião, cada membro citou o problema que julgou mais prevalente na comunidade e, desta maneira, pôde-se selecionar por ordem de importância e recorrência.

5. REVISÃO DA LITERATURA:

A presença de fatores de risco cardiovascular ocorre mais comumente na forma combinada (WILSON et al, 1999). Além da predisposição genética, fatores ambientais podem contribuir para uma agregação de fatores de risco cardiovascular em famílias com estilo de vida pouco saudável (KNUIMANK et al, 1996).

A adoção de um estilo saudável de vida é fundamental no tratamento de hipertensos, particularmente quando há síndrome metabólica (Arq Bras Cardiol, 2004). Os principais fatores ambientais modificáveis da hipertensão arterial são os hábitos alimentares inadequados, principalmente ingestão excessiva de sal e baixo consumo de vegetais, sedentarismo, obesidade e consumo exagerado de álcool, podendo-se obter redução da pressão arterial e diminuição do risco cardiovascular controlando esses fatores (WILDMAN et al, 2005).

Identificado o problema, a equipe discutiu os motivos principais que levavam a população a persistir na não execução da adesão ao tratamento da hipertensão arterial, elencando as dificuldades de entendimento da população, os mitos e paradigmas existentes, a falta de conhecimento da importância de um tratamento adequado, os hábitos dietéticos incorretos, o sedentarismo, a dificuldade de se conseguir as medicações em tempo hábil e também a falta de profissionais médicos durante grande período, ficando a equipe de saúde incompleta.

A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidem com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, fisioterapeutas, musicoterapeutas, farmacêuticos, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde (SBC, 2007).

Estudo brasileiro revelou que, em indivíduos adultos, 50,8% sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada (< 140/90 mmHg) (GUS I, et al, 2004). Idade avançada, obesidade e baixo nível educacional mostraram-se associados a menores taxas de controle (FIRMO et al, 2003).

Nível socioeconômico mais baixo está associado a maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial, além de maior risco de lesão em órgãos-alvo e eventos cardiovasculares. Hábitos dietéticos, incluindo consumo de sal e ingestão de álcool, índice de massa corpórea aumentado, estresse psicossocial, menor acesso aos cuidados de saúde e nível educacional são possíveis fatores associados. (DRUMMOND, 1999).

A falta de disponibilidade de medicações nas farmácias básicas do município é um grande problema e que infelizmente não depende das ações da equipe. Muitos medicamentos nunca foram disponibilizados na farmácia, obrigando aos profissionais médicos a prescreverem doses elevadas, porém toleradas, de alguns medicamentos, aumentando significativamente a quantidade de tomadas e causando um desestímulo por parte dos pacientes em fazer o tratamento adequado. Sabe-se que a hipertensão arterial é uma doença silenciosa e seus sintomas, muitas vezes, não são aparentes, o que provoca uma negligência por parte dos usuários. Nesse sentido, o papel da equipe é cobrar da secretaria de saúde uma atenção maior para este fato, fazendo um levantamento dos medicamentos necessários para o uso contínuo dos pacientes e reivindicando por eles. Por outro lado, o apoio do governo federal com parcerias com a rede privada, disponibilizando as medicações mais usuais das doenças crônicas, diminui os danos causados pela carência das farmácias da rede básica e, neste caso, a equipe tem um importante papel em orientar os indivíduos assistidos, para que eles consigam as medicações.

6. PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1. Estímulo à atividade física com a equipe como momento de interação

O sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos (FAGARD, 2005). Assim sendo, estas atividades poderão ser estimuladas com a participação da própria equipe juntamente com os pacientes, tornando-a prazerosa e um momento de interação e diversão entre a equipe e os pacientes. Outra alternativa é o apoio do NASF, com o profissional educador físico, propondo uma rotina, junto aos assistidos, de atividade física. O município de São Sebastião dispõe de academia pública para os pacientes, o que facilita o trabalho do educador físico, pela estrutura já existente.

6.2. Orientação da dieta

Em relação à dieta, foram encontradas dificuldades nos pacientes da Unidade, pois a população já tem o vício de ingerir temperos de maneira exagerada e com grande quantidade de sal, mas a equipe se propôs em conhecer novas formas de preparo de alimentos e apresentar novas receitas, juntamente com o apoio da equipe de nutrição do município, assumindo um papel de educador dos hábitos alimentares, que embora enraizados e de mudança difícil, podem ser, aos poucos, adquiridos pela população. A mudança de paradigmas é, sem dúvida, um grande desafio, que envolve comprometimento da equipe e apoio educacional, desde os momentos escolares à vida adulta. O ganhos em longo prazo são indiscutíveis.

O excesso de consumo de sódio contribui para a ocorrência de hipertensão arterial (JAMA, 1992). A relação entre aumento da pressão arterial e avanço da idade é maior em populações com alta ingestão de sal. Povos que consomem dieta com reduzido conteúdo deste têm

menor prevalência de hipertensão e a pressão arterial não se eleva com a idade (MANCILHA, 2003).

6.3. Redução da quantidade de tomadas diárias de medicamentos

6.4. Oferecer conhecimento das consequências da doença

6.5. Reivindicar junto à secretaria maior disponibilidade das medicações

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial sistêmica é uma importante causa de internação hospitalar dos pacientes, devidos a eventos agudos desta patologia. Como visto, tais eventos são desencadeados, muitas vezes, pela má adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos.

Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida. A aquisição do conhecimento é fundamental, mas é apenas o primeiro passo. A implementação efetiva das mudanças é lenta e, por dependerem de medidas educativas, necessitam de continuidade. (GIORGI, 2001, pg 71).

Devem ser promovidas medidas por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente, e de ações coletivas de modo a ampliar o campo de ação e apresentar a melhor relação custo-benefício, podendo, assim, ser mantidas em longo prazo. (GRUENINGER et al., 1989).

Espera-se com este projeto de intervenção que toda a equipe possa agir de forma articulada para a redução das baixas taxas de adesão, bem como abandono do tratamento. O sucesso desse objetivo depende do grau de entendimento dos pacientes, conscientizados dos riscos, do trabalho dos profissionais, bem como da ação da gestão municipal. Dessa maneira, poderemos vivenciar tempos de mais qualidade de vida e menor taxa de hospitalização por motivos evitáveis, em se tratando do tema em questão.

8. REFERÊNCIAS:

1. CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.*, v.53, n. esp., p.143-7, 2000.
2. DRUMMOND M, BARROS MBA. Social Inequalities in Adult Mortality in Sao Paulo city. **Rev Bras Epidemiol**. v.2, n.1-2, p.34-49,1999.
3. Fagard RH. Physical activity, physical fitness and the incidence of hypertension. **J Hypertens**, v. 23, p.265-7, 2005.
4. Firmo JOA, Barreto SM, Lima-Costa MF. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. **Cad. Saúde Pública**, v.19, p.817-27, 2003.
5. GIORGI DMA. **Estratégias especiais para melhoria da adesão/Equipes multiprofissionais e o papel da pré e da pósconsultas, Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**, NOBRE F, PIERIN A, MION Jr D. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. p. 71.
6. GUS I., et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. **Arq Bras Cardiol**, v. 83, p. 424-428, 2004.
7. GRUENINGER UJ, GOLDSTEIN MG e DUFFY FD. Patient Education in Hypertension: five essential steps. **J Hypertens**, v.7, p.93-98, 1989.
8. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Sociedade Brasileira de Diabetes, Associação Brasileira para Estudos da Obesidade. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. **Arq Bras Cardiol**, v.84, 2004.
9. IV Brazilian Guidelines in Arterial Hypertension. **Arq Bras Cardiol**, v.82, p.7-22, 2004..

10. KNUIMAN MW, DIVITINI ML, WELBORN TA, BARTHOLOMEW HC. Familial correlations, cohabitation effects, and heritability for cardiovascular risk factors. **Ann Epidemiol**, v.6, p.188-94, 1996.
11. KSHISAGARK AV. et al. Blood pressure usually considered normal is associated with an elevated risk of cardiovascular disease. **Am J Med**, v.119, p.133-141, 2006.
12. LESSA I, FONSECA J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol**, v.68, p.443-9, 1997.
13. MANCILHA-CARVALHO JDE J., SOUZA E SILVA N. A. The Yanomami Indians in the INTERSALT Study. **Arq Bras Cardiol**, v.80, p.289-300, 2003.
14. SILVA JEF, GIOGERTTI KS e COLOSIO RC. Obesidade e sedentarismo como fatores de risco para doenças cardiovasculares em crianças e adolescentes de escolas públicas de Maringá, PR. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 1, p. 41-51 jan./abr. 2009;
15. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SBC. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** vol.89, n.3, p. 24-79, 2007.
16. The effects of nonpharmacologic interventions on blood pressure of persons with high normal levels. Results of the Trials of Hypertension Prevention, Phase I. **Jama**, v.267, p.1213-20, 1992.
17. WILDMAN RP, GU D, MUNTNER P, HUANG G, CHEN J, DUAN X, HE J. Alcohol intake hypertension subtypes in Chinese men. **J Hypertens**, v.23, p.737-743, 2005.
18. WILSON PW, KANNEL WB, SILBERSHATZ H, D'AGOSTINO RB. Clustering of metabolic factors and coronary heart disease. **Arch Intern Med**, v.159, p.1104-9, 1999.