

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS-UFMG
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA-NESCON
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**AVALIAÇÃO DE CAUSAS DA NÃO ADESÃO DOS PACIENTES AO
TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA ÁLVARO BEZERRA EM FORMIGA –MINAS GERAIS**

ANA RENATA CARRO VIDAL

**Formiga
2009**

ANA RENATA CARRO VIDAL

**AVALIAÇÃO DE CAUSAS DA NÃO ADESÃO DOS PACIENTES AO
TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA ÁLVARO BEZERRA EM FORMIGA –MINAS GERAIS**

Trabalho apresentado para Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Profa Valéria Tassara.

Formiga

2009

ANA RENATA CARRO VIDAL

**AVALIAÇÃO DE CAUSAS DA NÃO ADESÃO DOS PACIENTES AO
TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA ÁLVARO BEZERRA EM FORMIGA –MINAS GERAIS**

Trabalho apresentado para Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Valéria Tassara

Banca Examinadora

Prof..-----UFMG
Profa..-----UFMG
Profa. -----UFMG

Aprovado em Belo Horizonte-----/-----/-----

À comunidade pertencente ao posto de saúde Dr. Álvaro Bezerra que me acolheu.

À equipe de saúde que compartilhou comigo a busca de conhecimento.

Aos meus familiares e colegas que me incentivaram em todos os momentos da minha formação.

Agradeço ao meu marido que sempre esteve ao meu lado, nos momentos mais difíceis e aos meus filhos Ana Gabriela e Felipe que são a luz e a inspiração da minha vida.

“Se um dia tiver que escolher entre o mundo e o amor... Lembre-se. Se escolher o mundo ficará sem o amor, mas se escolher o amor com ele você conquistará o mundo.”

Albert Einstein

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica ainda é uma das mais importantes causas de morbimortalidade no mundo e o controle adequado da pressão arterial tem sido alvo de pesquisas e interesse na comunidade médica. Os resultados são divergentes e as críticas são relevantes em relação ao perfil de aderência ao tratamento na população hipertensa. Diante dessa situação, resolvemos verificar qual o nosso perfil de aderência ao tratamento na população hipertensa. O trabalho foi realizado com 54 pacientes acompanhados na Unidade de Saúde da Família Álvaro Bezerra, em Formiga/MG, através da própria médica que

atendeu os pacientes, a respeito da aderência ao tratamento da hipertensão arterial. Nossos resultados foram bastante semelhantes em comparação à literatura, com 79,2% de aderência ao tratamento nos pacientes do gênero masculino e 65,9% do feminino.

ABSTRACT

The systemic high blood pressure is one of the most important death causes in worldwide and the appropriate blood pressure's control has been the center of various researches and the interest of the medical community. The results do not match and the critics related to the medical attendance in the hypertensive population are relevant. Therefore, we have decided to investigate the level of medical attendance in the hypertensive population. The investigation was accomplished with 54 patients of Unidade de Saúde da Família Álvaro Bezerra, in Formiga/MG, by the doctor based on the attendance of the arterial hypertension treatment. Our results are similar from the literature: 79,2% out of the men and 65,9% out of the women adhere to the treatment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Atribuições e competência da equipe de saúde	14
1.2 Enfermeiro.....	16
1.3 Médico.....	16
1.4 Nutricionista.....	17
1.5 Dentista.....	17
1.6 Agente comunitária de saúde.....	17
1.8 Outros profissionais.....	17
2 JUSTIFICATIVA	18

2.1	Morbimortalidade alta da hipertensão arterial	18
2.2	Alimentação.....	18
2.3	Atividade Física.....	18
2.4	Hábitos e estilo de vida.....	18
3	CARACTERIZAÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA.....	20
3.1	OBJETIVO DO ESTUDO.....	20
3.2	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO.....	21
3.3	ATIVIDADE SIMPÁTICA	22
3.4	ADAPTAÇÃO VASCULAR.....	23
3.5	EFEITOS COLATERAIS DA HIPERTENSÃO NÃO CONTROLADA.....	25
3.5.1	Hipertensão arterial X diabetes mellitus tipo II.....	25
3.5.2	Não-aderência ao tratamento mostrando um problema mundial.....	25

4 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	28
4.1 FLUXO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE HIPERTENSO.....	28
4.1.1 Avaliação de dados de pacientes hipertensos – Unidades Básicas de Saúde.....	29
4.1.2 Avaliação dos critérios de adesão as consultas e ao tratamento– Unidades Básica de Saúde (UBS).....	30
4.1.3 Classificação dos critérios de adesão as consultas e ao tratamento– Unidades Básica de Saúde (UBS).....	30
4.2 ANÁLISE DOS DADOS DA FALTA DE ADESAO DOS PACIENTES HIPERTENSOS.....	30
4.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	31
4.3.1 Priorização do tratamento.....	31
4.3.2 Prevalência da hipertensão arterial.....	31
4.5 OBJETIVO DO ESTUDO.....	31

5 CONCLUSÃO32

6 REFERÊNCIAS.....34

1. INTRODUÇÃO

O município de Formiga localiza-se no centro-oeste do estado de Minas Gerais, com uma população de 65247 habitantes, distribuído em uma área de 1503,8Km² (IBGE-2000).

A cidade de Formiga está situada em uma região de clima tropical de altitude de 841 metros do ponto central. Apresenta apenas duas estações definidas (inverno e verão); sua vegetação é de cerrado só que degradado devido ao desenvolvimento agropastoril; seu relevo é caracterizado pela diversidade de aspectos físicos, com destaque para a variação de terrenos planos e montanhosos, vales e grande número de cachoeiras.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Fomento, a economia de Formiga se apresenta diversificada devido aos vários ramos de atividades existentes na cidade. Os setores, agropecuário, industrial, artesanal, de comércio e prestação de serviços, são, em geral, desenvolvidos através de pequenas unidades produtivas, muitas vezes informais. Vale ressaltar que as mulheres em sua grande maioria são empregadas nas indústrias têxteis, onde também encontra se uma quantidade significativa de homens jovens prestando serviços nestas. Podemos perceber as mais diferenciadas condições de trabalho neste setor, onde predominam os riscos ergonômicos, físicos, químicos, biológicos e de acidentes.

Na área de saúde, a cidade pertence à macrorregião de Divinópolis.

Formiga conta com apenas um hospital conveniado ao SUS que oferece serviços de baixa e média complexidade e a Casa de Saúde Santa Marta de caráter particular. No que se refere à Atenção Básica, o município possui 100% de sua população urbana coberta pelo Programa de Saúde da Família (PSF), contando hoje com 16 equipes e um Programa de

Agente Comunitário de Saúde (PACS) para assistir a população das zonas rurais da mesma cidade. Pode-se dizer, assim, que Formiga possui uma boa estrutura do seu sistema de saúde, mas ainda deixa muito a desejar no quesito resolutividade.

Área de abrangência do PSF Centro

O PSF Álvaro Bezerra, conhecido pela população como PSF no Centro, por ser o nome do bairro onde se localiza, foi inaugurado na administração 1997/2000, de acordo com o SIAB, em março de 2008, este possui 900 famílias cadastradas totalizando 2783 pessoas. A diferença sócia econômica e cultural está presente no bairro e pode ser observada através dos contratos de moradias e ruas.

A Unidade de Saúde Família Centro

A Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro Centro é uma casa residencial, alugada que após algumas adaptações estruturais mantém um efetivo atendimento a demanda existente nesta área. Nesta unidade, as salas são pequenas, algumas com divisórias (a sala ginecológica e a de curativo), ventilação natural deficiente, baixa luminosidade e recepção pequena. A USF não possui uma boa estrutura física, uma vez que não foi construída para uso específico. Existem muitas falhas, no que diz respeito, a características padrões de uma UBS, como por exemplo, tipo de piso, paredes, localização das salas, paredes não laváveis, espaço físico pequeno, local de pré-consulta, inexistência de expurgo, de local específico para autoclave e armazenamento de material esterilizado, inexistência de local próprio para depósito de lixo e poucos consultórios. E, às vezes, faltam

recursos e materiais causando algumas dificuldades no andamento do serviço.

A Equipe de Saúde da Família do Centro

A Equipe de Saúde da Família (ESF) do Centro é formada por profissionais selecionados por concursos públicos e contratados pelo regime estatutário, com exceção de 03 (três) agentes comunitária de saúde que possuem contrato regido pela CLT e escolhidos por processo seletivo específico. A referida ESF é composta pelos profissionais abaixo:

01 enfermeira.

01 médico na especialidade de clinica geral (Dra. Ana Renata Carro Vidal).

06 agentes comunitário de saúde, os quais estão fazendo o curso técnico em agente comunitário de saúde.

01 auxiliar de consultório dentário.

01 auxiliar de serviços gerais

01 nutricionista

01 cirurgião-dentista

02 técnicos de enfermagem

Funcionamento da USF Centro

A Unidade de Saúde da Família (USF) do centro funciona de 07h00min as 17h00min, de segunda a sexta-feira. A referida unidade atua com 02 técnicos, não tem funcionário para a recepção e por isso, necessita do apoio dos agentes comunitários que se revezam em atividades como recepção, arquivo e sempre que houver outros motivos

16

relevantes. Além de atendermos a população da área sempre disponibilizamos atendimentos para os usuários que trabalham no bairro em fábricas de costura e outros

estabelecimentos visando facilitar o acesso do trabalhador ao serviço de saúde, inclusive com adaptações dos horários sempre que possível.

O dia-a-dia da ESF Centro

A ESF Centro realiza atendimentos relativos a programas da Atenção Básica como: imunizações, planejamento familiar, pré-natal, prevenção de câncer de mama e ginecológico, puericultura, acompanhamento de crianças baixo-peso e sobrepeso, acompanhamento de diabéticos, hipertensos e atenção em saúde bucal. Eu, como a médica responsável pelos atendimentos e a equipe visualizamos que uma grande taxa de pacientes hipertensos que não comparecia às consultas e nem realizava o tratamento adequadamente. Na USF centro uma parte dos atendimentos são realizadas de acordo com a demanda espontânea, com exceção do pré-natal e das imunizações que são realizadas por busca ativa. A partir da observação, como médica responsável, da evasão dos pacientes hipertensos às consultas médicas, comuniquei com a enfermeira chefe e avaliei a importância de problematizar essa questão.

A enfermeira da equipe realiza atendimentos individuais, em grupo e visitas domiciliares de acordo com a demanda espontânea e com necessidade identificada pelo agente comunitário de (ACS). É responsável pela coordenação da ESF, pelo técnico de enfermagem, pelo ACS e têm carga horária 40 horas por semana.

O médico da ESF realiza atendimentos individuais de segunda a sexta-feira no período da manhã e em alguns dias no período da tarde. As visitas domiciliares são realizadas quando necessário, porém com um dia pré-definido que é a sexta-feira. As con-

sultas são agendadas todos os dias, às 07h00min horas, e as visitas de acordo com a necessidade identificada por qualquer membro da equipe.

A nutricionista também realiza atendimentos individuais, grupos e visitas domiciliares por livre demanda e/ou com solicitação de outro profissional da saúde. Como a carga horária dessa profissional é de 20 horas semanais por PSF, o atendimento é de meio período. Destaca-se o acompanhamento dessa profissional nas pré-consultas para avaliar o estado nutricional da população atendida.

O dentista e sua técnica realizam atendimentos individuais, grupos e visitas domiciliares.

Os técnicos de enfermagem trabalham 8 horas por dia, realizando atividades assistenciais na USF e em domicílio, se detectada necessidade.

Os ACS's também cumprem uma carga horária de 40 horas semanais e além das visitas domiciliares, cada agente tem uma responsabilidade dentro na USF, como por exemplo, recepção, marcações de consultas e/ou exames e, dentre outras, fechamento de produções.

A auxiliar de serviços gerais mantém a limpeza e ordem da Unidade.

O psicólogo faz atendimento individual e em grupos, procurando atender toda a demanda e quando necessário em conjunto com o médico encaminha os pacientes ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. Segundo dados do Ministério da Saúde em 2000 no Brasil, são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população com mais de 40 anos. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida a essa doença é muito alta, a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública brasileira.

A hipertensão arterial sistêmica se mostra na maior parte do seu curso assintomática. Desta forma, o diagnóstico e tratamento são freqüentemente negligenciados, por parte do paciente, somando-se a isso, uma baixa adesão ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da hipertensão arterial sistêmica aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existente e maior acesso a medicamentos.

As modificações do estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados. Esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida tendem a um crescimento progressivo na sociedade brasileira, levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da hipertensão arterial sistêmica, assim como do seu controle inadequado.

A despeito da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial. Uma reforça a outra e são complementares.

19

Segundo dados da Coordenação de Atenção Básica da Saúde (2007), evidências suficientes demonstram que estratégias que visem modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade.

A exposição coletiva ao risco e como consequência da estratégia, a redução dessa exposição, tem um efeito multiplicador quando alcançada por medidas populacionais

de maior amplitude. Obviamente, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos.

3. CARACTERIZAÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

Na cidade de Formiga, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha com a estimativa de 11% de prevalência de hipertensão arterial na população adulta. A prioridade do tratamento de hipertensão arterial na população adulta da cidade de Formiga matriculada no Programa Saúde da Família é reconhecer fatores de risco associados à hipertensão arterial; determinar o conhecimento da condição de ser hipertenso e a aderência ao tratamento medicamentoso.

De acordo com o (Caderno de Informações de Saúde da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde de 2000 a 2008) as doenças do aparelho circulatório foram à principal causa de morte no município de Formiga, e a principal causa de hospitalizações não obstétricas no Sistema Único de Saúde (SUS) de 2004 a 2008, ficando à frente das doenças dos aparelhos respiratório e digestivo. O município conta com dois hospitais, que totalizam 139 leitos. A prevalência de hipertensão arterial em Formiga representa um grave problema de saúde pública e os serviços de saúde locais devem dar atenção especial a essa doença, com ênfase em ações de detecção e controle dos casos. O objetivo deste estudo foi pesquisar os pacientes com hipertensão arterial através de prontuários, que em sua maioria eram tratados através de tratamento farmacológico quando as medidas não farmacológicas

21

não eram suficientes para o controle da pressão arterial. Nos pacientes com hipertensão em fase I e imediatamente após o diagnóstico nos pacientes com alto risco cardiovascular ou hipertensão em fase II, qualquer que seja o subgrupo de risco. Em qualquer caso o tratamento não farmacológico sempre deve ser mantido.

São drogas de primeira linha para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica, todos com resultado benéfico comprovado em vários trabalhos na prevenção de complicações cardiovasculares: os diuréticos tiazídicos, os bloqueadores dos canais de cálcio, os betabloqueadores, os inibidores da enzima conversora da angiotensina e os bloqueadores AT1 (Arquivo Brasileiro de Cardiologia, ano 2007).

De todas essas o diurético tiazídico tem demonstrado o melhor resultado no prognóstico cardiovascular, sendo também promotor de melhor resposta anti-hipertensiva em regimes com várias drogas. Assim, isoladamente ou em combinação é a melhor droga como primeira opção.

Algumas situações clínicas específicas indicam o uso de determinada droga anti-hipertensiva para uso inicial isolado ou combinado, devido comprovado benefício da droga em relação aquela doença.

O objetivo do trabalho é comparar as frequências raciais do controle da hipertensão arterial e da adesão ao tratamento e/ou consultas médicas. Além de delinear o perfil de pacientes de baixo estrato social que aderem ou não às consultas e/ou ao tratamento de

22

hipertensão arterial no Programa de Saúde da Família do posto de saúde Álvaro Bezerra, na cidade de Formiga.

De acordo com a revisão de literatura realizada, os autores Rocha, Porto, Morelli e Maestá (2002) apontam que a hipertensão arterial depende da interação entre predisposição genética e fatores ambientais, embora ainda não seja completamente conhecido como estas

interações ocorrem.

Os autores Carneiro, Faria e Ribeiro Filho (2003) mostram que a hipertensão é acompanhada por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, renais, do sistema renina angiotensina, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial. Assim, a hipertensão resulta de várias alterações estruturais do sistema cardiovascular que tanto amplificam o estímulo hipertensivo, quanto causam dano cardiovascular.

Os autores Consolim-Colombo, Fernanda e Fiorino (2005) explicam que sistema nervoso autônomo (simpático) tem uma grande importância na gênese da hipertensão arterial e contribui para a hipertensão relacionada com o estado hiperdinâmico. Mensurações das concentrações de catecolaminas plasmáticas têm sido usadas para avaliar a atividade simpática. Existem concentrações aumentadas de noradrenalina no plasma em pacientes portadores de hipertensão essencial, particularmente em pacientes mais jovens.

A atividade simpática medida diretamente sobre nervos simpáticos de músculos superficiais de pacientes hipertensos confirmam esses estudos relatados acima. Também foi

23

demonstrada a alteração da resposta reflexa dos barorreceptores, tanto em modelos experimentais como em modelos clínicos. Os mecanismos renais estão envolvidos na patogênese da hipertensão, tanto através de uma natriurese alterada, levando à retenção de sódio e água, quanto pela liberação alterada de fatores que aumentam a pressão arterial como a renina ou de fatores depressores da pressão arterial como prostaglandinas. O autor César LAM – Revista Brasileira de Hipertensão(2000) mostrou que o sistema renina-

angiotensina está envolvido no controle fisiológico da pressão arterial e no controle do sódio, portanto, apresenta implicações importantes no desenvolvimento da hipertensão renal. O papel do sistema renina-angiotensina-aldosterona a nível cardíaco, vascular e renal é mediado pela produção ou ativação de diversos fatores de crescimento e substâncias vaso-ativo, induzindo vasoconstrição e hipertrofia celular. A sobrecarga do sistema cardiovascular causada pelo aumento da pressão arterial e pela ativação de fatores de crescimento leva a alterações estruturais de adaptação, com estreitamento do lúmen arteriolar e aumento da relação entre a espessura da média e da parede arterial

A adaptação vascular instala-se rapidamente. As adaptações estruturais cardíacas consistem na hipertrofia da parede ventricular esquerda em resposta ao aumento na pós-carga (hipertrofia concêntrica), e no aumento do diâmetro da cavidade ventricular com aumento correspondente na espessura da parede ventricular (hipertrofia excêntrica), em resposta ao aumento da pré-carga.

24

Tanto as adaptações vasculares quanto as cardíacas atuam como amplificadores das alterações hemodinâmicas da hipertensão e como início de várias das complicações dela decorrente como mostra o autor Mano R. Manuais de Cardiologia – Livro Virtual. A disfunção do endotélio na conversão da angiotensina I em angiotensina II, na inativação de cininas e na produção do fator relaxante derivado do endotélio ou óxido nítrico. Além disso, o endotélio está envolvido no controle hormonal e neurogênico local do tônus vascular e dos processos homeostáticos. É também responsável pela liberação de agentes

vasoconstrictores, incluindo a endotelina, que está envolvida em algumas das complicações vasculares da hipertensão. Na presença de hipertensão ou aterosclerose, a função endotelial está alterada e as respostas pressóricas aos estímulos locais e endógenos passam a se tornar dominantes.

Os autores Amodeo, Heimann e Joel (2003) afirmam que ainda é muito cedo para determinar se a hipertensão de uma forma geral está associada à disfunção endotelial. Como também, não está claro, se a disfunção endotelial seria secundária à hipertensão arterial ou se seria uma expressão primária de uma predisposição genética. Foram identificados de forma mais clara, vários mecanismos fisiopatológicos envolvidos na hipertensão arterial, no entanto ainda não foi possível esclarecer, quais fatores são iniciadores da hipertensão.

As conseqüências da hipertensão arterial não controlada são determinadas pelo

25

acidente vascular cerebral, doenças isquêmicas do coração, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e isquemia vascular periférica. As complicações da hipertensão arterial geram um elevado ônus social e econômico ao setor saúde, repercutindo sobre a seguridade social e sobre a população. Quanto a isso, os autores Castro , Moncau e Marcopito (2007) mostraram que a hipertensão arterial é um problema de saúde pública e o mais importante fator de risco para as doenças cardiovasculares.

Grande parte dos indivíduos hipertensos desconhece sua condição e, dentre aqueles hipertensos, cerca de 70% não apresentam níveis pressóricos controlados.

Hemmelgarn et al (2004) analisaram criticamente os diversos métodos de investigação utilizados nos 37 artigos sobre *compliance* para diversas doenças como hipertensão arterial e diabete mellitus tipo II, os aspectos mais importantes detectados nesses estudos, referem-se à diversidade de definições dos critérios de aderência e de pontos de corte, quando necessários, sem possibilidades de comparações.

Sackett e cols. (2005) investigadores entendidos em *compliance*, citam inúmeras razões já estudadas para aderência ao tratamento da hipertensão arterial, nenhuma considerada satisfatória em revelar os verdadeiros motivos para aderência/não aderência.

Quanto à morbidade destacam-se: tratamento, controle e não-adesão ao tratamento hipertensão arterial; registros dos custos hospitalares dos eventos agudos e da própria hipertensão arterial não-controlada; resultados dos desfechos dos grandes clinical trials, obtidos para hipertensos aderentes e não-aderentes aos tratamentos e para controlados e não-controlados

26

Os efeitos do tratamento da hipertensão arterial, com ou sem adesão, são detectados em longo prazo por estatísticas de tendências, viabilizadas pelo monitoramento dos fatores de risco comportamentais e por inquéritos periódicos de saúde. Efeitos negativos sobre as tendências decorrem, não somente da não-adesão ao tratamento, como do subtratamento, inadequação da droga, dificuldade do acesso ao sistema de saúde, indisponibilidade de medicação na rede básica de saúde, quantidade de drogas e número de doses diárias da medicação prescrita, efeitos adversos, resistência ao tratamento e presença de co-morbidades.

Para a mortalidade detecta-se o efeito pela tendência crescente ou decrescente das taxas de mortalidade por complicações da hipertensão arterial. A aderência terapêutica é o processo ativo durante o qual o paciente trabalha para manter a sua saúde em colaboração com os profissionais de saúde. A aderência/não-aderência ao ser analisada em profundidade revela

maior complexidade do que o grau em que o paciente segue as instruções médicas.

No âmbito do Programa de Saúde da Família – PSF o problema da não-aderência é mais grave, repercutindo com mais intensidade no cotidiano dos pacientes e seus familiares e no Sistema de Saúde como um todo. A não-adesão é um importante problema de saúde pública que tem um impacto significativo sobre os custos através de mudanças e de intensificações frequentes de tratamentos, investigações adicionais, visitas de emergência e internação evitáveis. Agrega-se a isso, as conseqüências sobre a saúde do indivíduo, principalmente dos portadores de doenças crônicas como a hipertensão arterial, o diabetes, as dislipidemias e outras (LESSA *et al.*, 1983).

A não-aderência ao tratamento é um problema mundial. Pode ser observada tanto nos países em desenvolvimento como em países com excelentes indicadores de desenvolvimento – provavelmente a única variação entre populações com diferentes níveis de desenvolvimento ocorram nos índices e nas justificativas para a aderência/não-aderência.

27

Os médicos facilmente identificam os pacientes que têm uma boa aderência terapêutica com uma especificidade de 92%, mais superestimam a aderência dos pacientes que aderem pouco com uma sensibilidade de 38% (Ministério da Saúde -1989). Além da complexidade, outra dificuldade é a inexistência de um único método de avaliação que possa ser considerado “padrão ouro”. Um instrumento viável em sistemas de saúde nos quais a entrega da medicação é gratuita seria o retorno das embalagens e contagem dos medicamentos não utilizados, informações proporcionadas pelos próprios pacientes ou através de questionários auto-referidos. Os efeitos colaterais dos medicamentos ainda são responsáveis por grande parte do abandono ao tratamento.

Estudos recentes como os de Hosie e Wiklund (2000) analisando controle da pressão arterial (PA) em dois estudos europeus, mostram que grandes diferenças foram detectadas entre a percepção médica, a crença dos pacientes e a realidade do controle da HA. Em um

dos estudos (parte do *Cardiomonitor Study*), incluindo Itália, Alemanha, França, Espanha e Reino Unido, apenas 37% dos hipertensos estavam controlados. Em outro, realizado na França, Itália e Reino Unido, os médicos acreditavam que 76% dos hipertensos estavam controlados enquanto 95% dos pacientes achavam-se bem controlados. Atualmente, nos Estados Unidos, há uma maior preocupação da população em seguir as orientações prescritas, já se observando alta proporção de hipertensos controlados, mas, ainda muito distante do esperado. Apesar de tantos resultados divergentes e de tantas críticas relevantes aos estudos de aderência, eles são considerados importantes e, muito dificilmente, em apenas um estudo, conseguir-se-á analisar e comprovar as razões para aderência ou não aderência de hipertensos ao tratamento.

28

4. PLANO DE INTERVENÇÃO

Foram coletados e realizados análises de dados com hipertensos matriculados no Programa de Saúde da Família do posto de saúde Álvaro Bezerra, no período de janeiro de 2008 a maio de 2009. A população atendida pertence a estratos social baixo e médio-baixo em sua maioria. Os hipertensos matriculados fazem consultas trimestrais (média de 4/ano), conforme o Programa Nacional de Educação e Controle da HA (PNECHA) para pacientes não complicados.

Foi realizada avaliação de dados dos pacientes hipertensos com seis meses ou mais de matriculados no serviço. Pacientes com 1ª consulta até 01/07/2007 teriam pelo menos seis meses de matriculados em 01/01/2008 e oportunidade de terem realizado mais de duas

consultas (pacientes novos são apazados em intervalos de tempo menores até a estabilização do tipo de tratamento necessário ao seu controle).

O critério de adesão às consultas consistiu na frequência de até pelo menos 50% das consultas previstas, ou seja, duas consultas/ano. Baseados nesses critérios, os hipertensos foram classificados em quatro grupos, conforme o tipo de adesão: à consulta e ao tratamento (C+T); apenas às consultas (C); somente ao tratamento (T) e sem adesão (s/adesão).

Dos 54 pacientes entrevistados, (30,5%) aderiram as C+T, (11,0%) apenas ao T, (37,0%) as C e (21,5%) S/adesão. Somente (12%) dos pacientes eram do sexo masculino. A maioria (54,2%) do sexo masculino aderiu somente as C; 25,0% aderiram a C+T, 8,3% ao T isoladamente e os demais S/adesão. Entre as mulheres (total 69,5%) 31,3% aderiram as C+T, 34,6% apenas as C, 11,4% ao T e 22,7% S/adesão.

29

Nível de escolaridade primário incompleto ou analfabetismo foi observado em 92,0%.

O tratamento medicamentoso predominou (98,0%) e em dois pacientes faziam tratamento exclusivamente higiênico- dietético. Os brancos representaram 14,0% do total de pacientes, os pardos 45,5% e os negros 40,5%. Seguindo esta ordem, as frequências de adesão as C+T foram, respectivamente de 53,6, 33,0 e 19,7% ($p < 0,001$) e de nenhuma adesão de 10,7; 22,0 e 24,7%, respectivamente.

A adesão apenas as C predominou entre negros, com 43,3%, seguindo-se pardos (36,2%) e brancos, 21,4%. As razões de frequência de adesão as C+T foram de 2,7 para brancos em relação aos negros e de 1,6 em relação aos pardos e estes aderiram 1,7 mais do que os negros.

Do total, 20% dos pacientes eram solteiros, 51,5% casados ou similar, 9,5% separados e 19,0% viúvos. Os solteiros apresentaram a maior frequência de adesão as C+T (2,4 vezes maior do que a dos separados e 1,8 vezes maior do que a dos viúvos, sem grandes

diferenças para os casados); os separados aderiram mais as C (47,3%); os viúvos ao T isoladamente e o grupo sem adesão foi representado por 15,0% dos solteiros; 22,3% dos casados; 21,1% dos separados e 21,5% dos viúvos.

Não houve tendência para qualquer tipo de adesão nem para a não adesão relacionada com a duração conhecida da doença, mas, a adesão as C+T foi maior naqueles com até três anos de diagnóstico. Em média, os hipertensos tinham $11,9 \pm 9,1$ anos de diagnóstico. Tratamento exclusivamente não farmacológico foi referido por dois pacientes, todos do grupo C+T.

Orientação dietética por escrito foi distribuída para 57,5% dos pacientes, dentre os quais: 39,1% aderiam as C+T, 35,7% as C, 10,4% ao T e 14,8% aos S/adesão.

30

Analisando os grupos, segundo suas classificações, receberam orientação dietética por escrito: 73,8% dos pacientes C+T, 55,4% dos que aderiram as C, 54,5% do grupo T e 39,5% dos não aderentes.

Os pacientes não aderentes apontaram com maior frequência: esquecimento da data aprazada, 24,6% disseram que esqueceram o dia da consulta, 18,5% disseram que tinham outros compromissos no dia da consulta e 15,4% não souberam dizer o motivo.

Várias outras razões foram mencionadas em frequências muito baixas, tanto para adesão quanto para não-adesão. Desconheciam o caráter incurável da hipertensão arterial primária e a necessidade da regularidade do tratamento foi relatada por 19,0 % dos pacientes. Os pacientes que apresentaram pressão arterial controlada eram aqueles que, em geral, recebiam a medicação gratuitamente. Maiores frequências de adesão foram detectadas até o 3º ano do diagnóstico, sem nenhum caso de não adesão, mas a idade do paciente não foi elemento importante na caracterização dos aderentes/não aderentes.

Apesar da baixa adesão dos negros ao tratamento, foram os que mais aderiram apenas às

consultas, mas sem nenhum outro benefício, senão garantir a frequência ao ambulatório. Por um lado, esta informação sugere uma possível diferenciação de renda, dentro do próprio estrato social (o que não existe para escolaridade) ou dificuldade de aceitação/compreensão da necessidade do controle da hipertensão, ou ainda, a esperança de conseguir a medicação. O critério de adesão só às consultas foi em torno de 30% mas quando somado ao critério de adesão ao tratamento houve aumento expressivo da porcentagem. Foi evidente a raridade da participação masculina no ambulatório de hipertensão arterial.

Entre razões para adesão não foram mencionados, com destaque, aspectos relevantes para este estrato social estudado, como a obtenção gratuita da medicação.

31

Este fato ocorreu na quase totalidade daqueles que aderiram ao tratamento, mas não naqueles

aderentes apenas às consultas.

Os motivos mais citados - esquecimento da data e outros compromissos no dia da consulta - refletem um comportamento negativo ou de prioridades destes pacientes, desde quando as consultas são apazadas com bastante antecedência (aproximadamente três meses) e as dificuldades para remarcação são reais e explicitadas como razão para aderência por outros hipertensos. É ainda importante salientar que 1/5 dos pacientes desconheciam o caráter incurável e as complicações da hipertensão arterial. O estudo sugere que:

- a) a assiduidade às consultas não parece importante para o controle da hipertensão arterial, mas, a distribuição gratuita da medicação é elemento fundamental para programas de controle;
- b) a análise efetuada pelo critério Organização Mundial de Saúde (1989) mostra elevada proporção de controle da pressão arterial entre os que aderem ao tratamento e que muitos

deles estavam com níveis pressóricos no grupo limítrofe da OMS (PAS entre 140 e < 160mmhg e PA entre 90 e < 95mmhg), resultando num baixo percentual de pacientes controlados pelo critério do Joint National Committee on Prevention Detection Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC) que é mais atual;

c) é necessária uma atuação mais incisiva com pacientes negros para adesão ao tratamento (normalmente precisam utilizar mais uma droga para controle da hipertensão arterial);

d) é preciso uma melhor educação e informação sobre a doença e suas complicações;

e) é importante ao nível de programas populacionais um destaque especial para o sexo masculino (já esta havendo campanha nacional);

32

f) é conveniente rever a freqüência prevista de consultas anuais, que talvez possam passar a quadrimestrais ou mesmo semestrais, para pacientes que aderem ao tratamento e que não apresentam lesões graves de órgãos alvo, dando-lhes chance para retornar à consulta na eventualidade de qualquer intercorrência, inclusive abandono do tratamento de qualquer natureza e propiciar uma maior atenção aos grupos aqui mencionados como mais problemáticos para adesão.

5. CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso que apresenta outras comorbidades - diabetes, dislipidemia e obesidade como agravantes ao seu

estado de saúde biopsicossocial.

No que diz respeito, aos fatores biopsicossociais envolvidos no processo de adoecimento e no tratamento dos pacientes hipertensos, considero que a comunidade médica refere-se aos aspectos emocionais e mentais como importantes na gênese ou desencadeamento de inúmeras doenças, porém, ainda, apresenta-se difícil ao médico estabelecer com o paciente uma boa relação, sem dúvida proveitosa para ambos.

33

A formação e o modo de atuação do médico estão permeados de tal forma, por uma mentalidade tecnicista que, na prática, o médico encara o corpo humano quase como uma máquina, e suas desordens – doenças – como situações decorrentes de desarranjos anatômicos, fisiológicos ou bioquímicos, de origem genética ou adquirida. Desta forma, reduz sua abordagem terapêutica apenas ao organismo físico. Essa mentalidade, não raro, gera situações em que encontramos grande dificuldade em fazer com que o paciente admita que os aspectos mentais e emocionais sejam importantes no desencadeamento de sua doença.

Nesse sentido, avalio a importância da relação médico-paciente ser bem construída, a partir de um contato em que o médico transmita simpatia, acolhimento, confiança, segurança e apoio. O paciente que se encontre envolvido por essas qualidades, certamente acolherá de forma receptiva o que lhe for informado e proposto. Torna-se necessário ao profissional saber questionar e ouvir com paciência e respeito, demonstrando interesse pelas informações trazidas pelo paciente, ou seja, ele precisa sentir-se acolhido em seus sentimentos, necessidades e em sua história de vida.

Entretanto, a abordagem terapêutica, não deve ser direcionada exclusivamente, ao médico. Ênfase a importância de uma abordagem multiprofissional no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Os profissionais da saúde necessitam investir em uma relação colaborativa com os pacientes que possibilite uma posição participativa no

processo de aprendizado de mudanças de hábitos de vida. Ou seja, participando como um todo, com sua mente (seu intelecto), seu coração (sua capacidade de sentir) e sua vontade (sua determinação em agir). Acredito que deste encontro (consulta) entre pacientes e profissionais resultará uma troca, e ambos sairão enriquecidos.

Considero fundamental a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas - individuais e coletivas, a fim de melhorar a qualidade da atenção e tentar alcançar o controle dos níveis pressóricos.

34

Este desafio é sobretudo da Atenção Básica, notadamente, da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua como equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adstrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

Nós, profissionais, somos seres humanos e como tal, sabemos que quando estamos doentes, trabalhar é difícil e a aprendizagem é ainda mais cruel. A doença enfraquece a nossa criatividade, limitando as oportunidades. A menos que se previnam as conseqüências da doença, ou pelo menos se as reduza ao mínimo, a doença mina as pessoas e as levam ao sofrimento, desespero e pobreza.

Referências:

1. Adesão de pacientes diabéticos de baixa renda ao tratamento e/ou às consultas.

Anais do 9º Congresso da Associação Latino- Americana Bras. Endocrinol & Metabol,

1995. 14. Wing S - Social inequalities in the decline of coronary mortality. Am J Public Health; 78: 1415-16. 1995

2. Amodeo; Heimann, Joel C – **Revista da Sociedade Cardiologia do Estado de São Paulo**;13(1):121-129, jan.-fev. 2003

35

3. Bortoloto LA, Henry O, Hanon O et al. **Validation of two devices for self-measurement of blood pressure by elderly patients according to the revised British Hypertension Society protocol: the Omron HEM-722C and HEM-735C.** Blood Press Monit; 4: 21–5. 1999

4. Can J Cardiol.The 2000 **Canadian recommendations for the management of hypertension: part two – Diagnosis and assessment of people with high blood pressure:** 1249–63. 2001.

5. Carneiro G, Faria NA, Ribeiro Filho FF– **Revista da Associação Médica Brasileira, SciELO Brasil** :145-148, mar.-abr. 2003

6. Castro RAA; Moncau JEC; Marcopito LF- **Arquivo Brasileiro de Cardiologia no.3 São Paulo** mar. 2007.

7. César LAM – **Revista Brasileira de Hipertensão** vol. 7(3): jul-set 2000

8. Filho FEF, Nunes AS - **Coordenação de Atenção Básica da Saúde** jul.2007.

9. Consolim-Colombo, Fernanda M; Fiorino – **Revista Brasileira de Hipertensão**; 12(4): 251-255, out-dez. 2005

36

10. Deckelbaum RJ, Fisher EA, Winston M, Kumanyika S, Lauer RM, Pi-Sunyer FX et al. **AHA Conference Proceedings. Summary of a Scientific Conference on Preventive Nutrition: Pediatric to Geriatrics.** *Circulation*; 100: 450–6.1999

11. **IV Diretriz para uso da monitorização ambulatorial da pressão arterial / II Diretriz para o uso da monitorização residencial da pressão arterial.** *Arq Bras Cardiol*; 85,(supl. II): 5-18. 2005

12. Einstein, Albert (1905). "**On a Heuristic Viewpoint Concerning the Production and Transformation of Light**". *Annalen der Physik* 17: 132–148.497–503.

13. **European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring. Practice guidelines of the European Society of Hypertension for clinic, ambulatory and self blood pressure measurement.** *J Hypertens*; 23: 697-701. 2005

14. Freitas OC, Resende CF, Marques NJ et al. **Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the State of Sao Paulo, Brazil.** *Arq Bras Cardiol*; 77(1): 9–21. 2001

15. Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS et al. **Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre: estudo de base populacional.** *Arq Bras Cardiol*; 63: 473–9.1995

16. Hemmelgarn B, Zarnke KB, Campbell NRC, Feldman RD, McKay DW, McAlister FA, et al. **The 2004 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 1 – Blood pressure measurement, the**

37

diagnosis and assessment of risk. Can J Cardiol 20(1): 31-40. 2004

17. Hemmelgarn, Kris-Etherton P, Eckel RH, Howard BV, Jeor SS et al. **Lyon Diet Heart Study. Benefits of a Mediterranean-Style, National Cholesterol Education Program/American Heart Association Step I Dietary Pattern on Cardiovascular** 23.

18. Hosie, Wiklund , Helton PK, He J, Cutler JÁ, Brancati FL, Appel LJ, Follmann D, Klag MJ. **Effects of oral potassium on blood pressure. Meta-analysis of randomized controlled clinical trials** 9 (*Cardiomonitor Study*). J Am Med Assoc; 2. 2000

19. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Censo Demográfico 2000. Resultados preliminares.** Rio de Janeiro, IBGE, 2000, 156 pgs.

20. Lessa I. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil.** Rev Bras Hipertens; 8: 383–92. 2001

21. Lessa I, Evangelista Filho D, Santo MEE - **Adesão, eficácia e custos do tratamento da hipertensão arterial.** Arq Bras Cardiol; 41: 119-23. 1983

22. Lolio CA. **Prevalência de hipertensão arterial em Araraquara.** Arq Bras Cardiol, 1990; 55: 167–73.

23- Mano R. **Manuais de Cardiologia –A disfunção do endotélio na conversão da**

angiotensina. Disponível em <http://www.manuaisdecardiologia.med.br>. Acesso em jul-2009.

38

24. Mansur AP, Favarato D, Sousa MFM et al. **Tendência do risco de morte por doenças circulatórias no Brasil de 1979 a 1996.** Arq Bras Cardiol; 76(6). 2001

25. Midgley JP, Matthew AG, Greenwood CM, Logan AG. **Effect of reduced dietary sodium on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials.** JAMA; 275: 1590–7.1996

26. **Ministério da Saúde - Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial.** Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, 1989. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, DF.

27. O'Brien E et al. **Blood pressure measuring devices: recommendations of the European Society of Hypertension.** BMJ; 322: 531–6. 2001

28. O'Brien E, Coats A, Owens P et al. **Use and interpretation of ambulatory blood pressure monitoring: recommendations of the British Hypertension Society.** BMJ; 320: 1128–34.2000

29. **O controle da hipertensão arterial em Porto Alegre.** Resultados de estudos populacionais de 1978 a 1987. Arq Bras Cardiol; 51: 288. 11. 1988

30. Pickering TG, Hall JE, Lawrence JÁ, Falkner BE, Graves J, Hill MN. **Recommendation for blood pressure measurement in humans and experimental**

animals. Part 1: Blood pressure measurement in humans. A statement for professionals from the subcommittee of professional and public education of the

39

American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. Circulation; 111:697-716. 2005

31. R Rocha, M Porto, MYG Morelli, N Maestá- **Revista de Saúde Pública, SciELO Public Health;** 56: 48-52. 2005

32. Rocha R, Porto M, Morelli MYG, Maestá N- **Revista de Saúde Pública, 2002- SciELO Public Health Disease. Circulation;** 103: 1823–5. 2001

33. Sackett, Krauss RM, Eckel RH; Howard BH et al. AHA Dietary Guidelines. **Revision 2000: A Statement for Healthcare Professionals from the Nutrition Committee of the American Heart Association. Stroke;** 31: 2751–66.2004

34. Silva MEM et al. **Caderno de Informações de Saúde da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde** de 2000 a 2008

35. **The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents.** National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics*; 114 (2): 555-76. 2004

36. Thijs L, Staessen JÁ, Celis H et al. **Reference values for self-recorded blood pressure. A meta-analysis of summary data.** *Arch Intern Med* 158: 481–8. 1998

37. Verdecchia P, Schillaci G, Borgioni C et al. **White coat hypertension and white coat effect: similarities and differences.** Am J Hypertens; 8: 790–8. 1995
38. **World Health Organization. International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension 1999.** J Hypertens; 17: 151–83.1999
- 39- Zarnke KB, Levine M, McAlister FA et al. LAM – **Revista Brasileira de Hipertensão** vol. 7(3): jul-set .2000

