

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

GUSTAVO GASPARETTO BITTAR

A ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM
SÃO TIAGO-MG: PROJETO DE INTERVENÇÃO

JUIZ DE FORA

2014

GUSTAVO GASPARETTO BITTAR

**A ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM
SÃO TIAGO-MG: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Prof^aDr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh.

JUIZ DE FORA

2014

GUSTAVO GASPARETTO BITTAR

**A ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM
SÃO TIAGO-MG: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Prof^aDr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh.

Banca Examinadora:

Profa. Isabel Aparecida Porcatti De Walsh – Orientadora

Profa. Regina Maura Rezende – Examinadora

Aprovado Em Juiz De Fora, Em 12/02/2015

FICHA CATALOGRÁFICA

Bittar, Gustavo Gasparetto

A adesão ao tratamento da hipertensão artéria em São Tiago-MG: projeto de intervenção.

Nº de páginas: 39

Área de concentração: Medicina, Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh.

Trabalho de conclusão de curso – UFMG.

1.Hipertensão; 2. Estratégia de saúde da família; 3. Adesão à Medicação.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Guilherme e Lúcia, pelo apoio todos os dias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço toda a população de São Tiago – MG, em especial aos pacientes e colegas de trabalho da Estratégia Saúde da Família. Os aprendizados adquiridos ao longo deste ano certamente me ajudaram a tornar-me não apenas um bom médico, mas também um médico bom.

Resumo

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença altamente prevalente, constituindo fator de risco independente para diversas condições mórbidas, estando associada a importante mortalidade. O não controle dos níveis pressóricos nos pacientes hipertensos está associado a complicações agudas e crônicas. Além disso, a HAS mal-controlada está relacionada com a gênese de muitas condições graves. Dessa forma, torna-se primordial sua identificação precoce, seu correto manejo, assim como o acompanhamento dos pacientes em longo prazo. O objetivo deste trabalho foi propor estratégias para aumentar a adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico dos pacientes hipertensos no município de São Tiago–MG. Trata-se de uma proposta de um plano de intervenção (plano de ação). Os nós críticos foram identificados através do “diagnóstico situacional”. Será aplicada a escala ROMI de adesão ao tratamento aos pacientes Hipertensos antes e após as intervenções propostas. Foram selecionados os seguintes nós críticos: não adesão ao tratamento por parte dos pacientes hipertensos, não existência de grupo de Hipertensão, falta de organização da demanda das doenças crônicas, falta de ações educativas para os Hipertensos, não existência de protocolo para tratamento interdisciplinar da Hipertensão. Para atuar nos “nós” críticos, foi proposto um plano de ação, com as atividades a serem trabalhadas e os atores envolvidos. No plano de ação, são apresentadas ações interdisciplinares e interdependentes com foco ao combate dos nós críticos selecionados. Apesar do grande arsenal terapêutico disponível para tratamento da Hipertensão, o controle da doença permanece um desafio para médicos e demais profissionais de saúde. A não adesão às medidas terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas propostas, contribui com grande parte da falha no controle dos níveis pressóricos dos pacientes hipertensos.

Descritores: Hipertensão, Adesão à medicação, Estratégia saúde da família.

Abstract

Hypertension is a highly prevalent disease, and is an independent risk factor for various morbid conditions and is associated with significant mortality. Failure to control blood pressure in hypertensive patients is associated with acute and chronic complications. In addition, poorly controlled hypertension is associated with the genesis of many serious conditions. Thus, it becomes paramount its early detection, its correct management, as well as the monitoring of long-term patients. The objective of this study was to propose strategies to increase adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment of hypertensive patients in São Tiago-MG. This is a proposal for an action plan (action plan). The critical problems were identified by the "situation analysis". The ROMI scale of adherence to treatment will be applied on the hypertensive patients before and after the interventions proposed. The following critical problems were selected: non-adherence to treatment by hypertensive patients, absence of hypertension group, lack of organization of medical care in chronic diseases, lack of educational activities for hypertensive patients, absence of protocol for interdisciplinary treatment of hypertension. To act in the critical problems, we proposed a plan of action with the activities to be made and the actors involved. In the action plan, interdisciplinary and interdependent actions focused on fighting the selected critical problems are presented. Despite the large therapeutic tools available for the treatment of hypertension, the control of the disease remains a challenge for physicians and other health professionals. Non-adherence to drug therapies and non-drug measures proposed, contributes on the failure in controlling the blood pressure of hypertensive patients.

Key words: Medication Adherence, Hypertension, Family Health Strategy.

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Hipertensão arterial	10
1.2 Tratamento	12
1.3 Identificação do município de São Tiago	13
1.4 Histórico de criação do município	13
1.5 Aspectos socioeconômicos	13
1.6 Aspectos demográficos	13
1.7 Recursos da comunidade	14
1.8 Aspectos epidemiológicos	14
1.9 Sistema local de saúde	15
1.10 Recursos da unidade	15
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo Geral	19
3.2 Objetivos Específicos	19
4 MATERIAL E MÉTODO	20
4.1 Tipo de estudo	20
4.2 População	20
4.3 Identificação dos “nós críticos”	20
4.4 Avaliação da adesão ao tratamento	20
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
7 REFERÊNCIAS	30
8 CRONOGRAMA	33
9 ORÇAMENTO	34
10 ANEXO	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Hipertensão arterial

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença altamente prevalente, constituindo fator de risco independente para diversas condições mórbidas, estando associada a importante mortalidade. Dessa forma, torna-se primordial sua identificação precoce, seu correto manejo, assim como o acompanhamento dos pacientes em longo prazo. (BARBOSA e LIMA 2006)

O não controle dos níveis pressóricos nos pacientes hipertensos está associado a complicações agudas e crônicas. Além disso, a HAS mal-controlada está relacionada com a gênese de muitas condições graves. Em longo prazo, a mesma está associada a nefropatia, retinopatia, hipertrofia ventricular, insuficiência cardíaca, além de muitas outras condições. (JAMES, OPARIL, CARTER, ET AL, 2014). É uma afecção crônica que gera importante demanda espontânea, com múltiplas consultas a unidade, culminando em insatisfação tanto por parte da população adscrita quanto por parte da equipe de saúde.

Os doentes crônicos, em geral, tem pouco conhecimento sobre sua doença, sua fisiopatologia, complicações, condições associadas, assim, como sobre seu tratamento, incluindo a importância de medidas não farmacológicas e mudanças no estilo de vida (MALTA, ET AL, 2009).

A adesão é o maior determinante para a efetividade do tratamento. A baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico é identificada como a principal causa do controle inadequado da pressão arterial dos pacientes hipertensos, considerando-se que 50% dos hipertensos descontrolados não adere adequadamente ao tratamento prescrito. (BARBOSA e LIMA 2006)

A não adesão está associada a altos custos para o sistema de saúde. Nos Estados Unidos da América, estima-se que a falta de adesão ao tratamento leva a uma perda de cerca de 100 bilhões de dólares anualmente, comparando esta situação a uma epidemia com graves consequências. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, ET AL, 2009). No que se refere ao tratamento medicamentoso, a não adesão não se resume a tomar ou não os remédios, mas como o paciente os administra: doses, horário, frequência e duração do tratamento (HELENA, NEMES e ELUF-NETO, 2008).

Algumas medidas já foram testadas com o objetivo de aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento. A Redução no número de doses diárias dos medicamentos deve ser usada como estratégia primordial. Estratégias motivacionais e intervenções complexas podem trazer resultados, mas sua contribuição precisa ser avaliada em mais estudos. (KNUT, TOM e SHAH, 2014).

A hipertensão é uma das principais causas de doença no mundo. Aproximadamente 7,6 milhões de mortes (13-15% do total) e 92 milhões de anos de vida perdidos por incapacidade foram atribuíveis à pressão alta em 2001 (KOTCHEN, 2013). Esta condição dobra o risco de doenças cardiovasculares, como a doença coronariana e insuficiência cardíaca congestiva, AVE isquêmico e hemorrágico, insuficiência renal e doença arterial periférica. A terapia anti-hipertensiva reduz os riscos de complicações cardíacas e renais, entretanto, grandes segmentos da população hipertensa ou não são tratados ou são tratados inadequadamente (KOTCHEN, 2013).

Um estudo clássico com hipertensos desenvolvido por Wilber e Barrow (1972) descreveu a regra das metades (valueofhalves). Segundo esta teoria, metade dos hipertensos não sabem que o são, metade dos que sabem não são tratados e metade dos tratados não estão controlados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE ET AL, 2009). Destaca-se como fator relacionado à falta de controle dos níveis pressóricos dos pacientes hipertensos a não adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Define-se adesão ao tratamento medicamentoso como o quanto o paciente segue as instruções que recebe para a tomada de suas medicações (BRIAN ET AL, 2014).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos têm mostrado uma prevalência de Hipertensão acima de 30% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Entre os gêneros a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% entre as mulheres. Estudos demonstraram que a detecção, tratamento e controle da HAS são essenciais para reduzir riscos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLGOIA, 2006).

Os valores de pressão arterial a partir do qual se define a hipertensão é de 140 mmHg para a pressão arterial sistólica e de 90 mmHg para a pressão arterial diastólica em medidas de consultório. O diagnóstico deve ser validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões. Existem, ainda, outras maneiras de se diagnosticar a hipertensão arterial, destacando-se a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e a

monitorização residencial da pressão arterial (MRPA), existindo pontos de cortes diferentes para cada uma dessas modalidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

1.2 Tratamento

O tratamento da Hipertensão envolve medidas não farmacológicas e medidas farmacológicas. Dentre as medidas não farmacológicas, destacam-se o controle do peso, o estilo alimentar (dietas DASH, mediterrânea, vegetariana e outras), redução do consumo de sal, ingestão de ácidos graxos insaturados, consumo importante de fibras, proteína de soja, oleaginosas, evitar a ingestão de bebidas alcoólicas, cessação do tabagismo, prática regular de atividades físicas, entre outras medidas (AMERICAN HEART ASSOCIATION, AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGISTS 2013).

O objetivo principal do tratamento da HAS é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Dessa forma, os anti-hipertensivos empregados devem, não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Estudos de desfecho clinicamente relevantes apontam para redução de morbidade e mortalidade com o uso dos seguintes medicamentos: diuréticos, Beta-bloqueadores, Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA II) e antagonistas dos canais de cálcio (ACC) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Entretanto, recente metanálise publicada pela Cochrane Library questionou os benefícios do tratamento medicamentoso antihipertensivo para hipertensão estágio I, no que se refere a redução de mortalidade (DIANA, 2014).

A adesão é o maior determinante para a efetividade do tratamento. A baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico é identificada como a principal causa do controle inadequado da pressão arterial dos pacientes hipertensos, já que 50% dos pacientes hipertensos descontrolados não aderem adequadamente ao tratamento prescrito (BARBOSA E LIMA, 2006).

Diversas intervenções já foram testadas no intuito de aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento, algumas com efetividade incerta. Reduzir o número de doses diárias dos medicamentos parece contribuir para a maior adesão dos pacientes ao tratamento e deve

Masculino	59	250	141	228	447	439	1571	706	620	749	5210
Feminino	58	236	133	243	412	457	1527	723	587	855	5231
Pessoas	117	486	274	471	859	896	3098	1429	1207	1604	10441

Fonte: IBGE, 2010.

A taxa de crescimento populacional anual é de 0,55% e a densidade demográfica de 18,53 hab./km². A taxa de alfabetização da população é de 91,72% e o percentual de moradores abaixo da linha da pobreza de 1,51%.

1.7 Recursos da comunidade

Encontra-se em São Tiago uma estrutura básica de serviços, incluindo algumas agências bancárias, uma lotérica da Caixa Econômica Federal, serviços de telefonia, internet e televisão por assinatura, bem como abastecimento de água tratada e coleta de esgoto sanitário feitos pela COPASA.

Há diversas instituições de assistência social, principalmente relacionadas a atividades rurais, mas também culturais e de fundo social-beneficente. Existem três escolas na sede urbana de São Tiago e outras nove nos distritos rurais.

O município ainda apresenta vários estabelecimentos, incluindo mercados, açougues, padarias, além de duas casas de shows e um clube social. São três escolas na sede de São Tiago, uma no município de Mercês e nove na zona rural.

1.8 Aspectos epidemiológicos

A Tabela 2, a seguir, apresenta as doenças referidas, de acordo com a faixa etária e percentual em relação à população adscrita na ESF saúde preventiva Cerrado em São Tiago.

Tabela 2: Doenças referidas de acordo com a faixa etária e percentual em relação à população adscrita na ESF saúde preventiva Cerrado no Município de São Tiago – MG, 2014.

Faixa etária (anos)	Alcoolismo	Epilepsia	Deficiência Física	Diabetes	HAS
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)

0 a 14 anos		3(0,41)	6(0,83)	1(0,14)	
15 anos e mais	32(1,30)	21(0,85)	47(1,90)	102(4,13)	505(20,44)
Total	32(1)	24(0,75)	53(1,66)	103(3,22)	505(15,80)

Fonte: SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica, 2014.

1.9 Sistema local de saúde

O município de São Tiago possui três unidades básicas de saúde que funcionam regularmente, em horário integral (07h00 às 16h00) com equipes de saúde bem definidas e de acordo com os preceitos da estratégia saúde da família: uma no Centro da cidade de maiores dimensões, que comporta duas equipes de saúde, uma no Bairro Cruzeiro, responsável pela população residente no bairro e pelo distrito rural adscrito a ela (São Pedro das Carapuças) e uma em Mercês da Água Limpa, outro distrito rural.

São Tiago possui ainda um hospital (Hospital São Vicente de Paula), com serviço de pronto-atendimento médico 24 horas por dia e centro cirúrgico disponível. Destaca-se também a presença de três consultórios de fisioterapia, sendo dois conveniados com a prefeitura da cidade ficando responsáveis pelo atendimento daqueles pacientes encaminhados pela atenção básica, alguns consultórios odontológicos particulares, uma clínica médica particular e uma farmácia básica da rede pública.

1.10 Recursos da unidade

A unidade do centro da cidade (Unidade Saúde Preventiva) conta com duas equipes de atenção básica da estratégia saúde da família, com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e recepcionista, trabalhando no mesmo espaço físico, porém responsáveis por populações diferentes, de acordo com a adscrição de clientela de cada área. Há ainda atendimentos por médico ginecologista e nutricionista semanalmente, bem como a presença de um acadêmico de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. O acadêmico é supervisionado de forma direta pelos médicos da unidade e em regime de contrato legal de estágio não remunerado, acordado entre a instituição e a prefeitura da cidade. A estrutura física é adequada e bem equipada.

Segundo dados do SIAB, o número de pessoas adscritas na unidade é de 3.197. A condição crônica mais prevalente entre os usuários da unidade é a Hipertensão Arterial, presente em 15,8% da população adscrita, com um total de 505 hipertensos. O número de diabéticos adscritos é de 103, o que corresponde a 3,22% da população adscrita. O alcoolismo também se destaca como condição crônica importante, acometendo 1% da população adscrita.

2 JUSTIFICATIVA

Os principais problemas identificados na Unidade de Saúde Preventiva em São Tiago-MG são: a não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos pacientes hipertensos, o precário controle pressórico dos pacientes hipertensos, o descontrole glicêmico dos pacientes diabéticos e o uso indiscriminado de psicofármacos, sobretudo de benzodiazepínicos pelos usuários. Tais problemas foram identificados através de diagnóstico situacional realizado na disciplina planejamento e avaliação das ações de saúde, (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010) utilizando como instrumentos os atendimentos médicos na unidade, mediante análise retrospectiva de prontuários médicos e discutidos com a equipe multidisciplinar da estratégia de saúde da família, em reuniões realizadas na própria unidade.

A tabela 3 retrata os principais problemas identificados na unidade, bem como sua importância e capacidade de enfrentamento por parte da equipe de saúde.

Tabela 3: Principais problemas na assistência identificados, sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento por parte da equipe de saúde.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento da equipe	Seleção
Não adesão ao tratamento dos usuários Hipertensos	Alta	8	Parcial	1
Precário controle pressórico dos usuários hipertensos	Alta	6	Parcial	2
Precário controle glicêmico dos usuários Diabéticos	Alta	5	Parcial	3
Abuso de psicofármacos	Alta	5	Parcial	4

Fonte: autor, 2015

O tema escolhido para este projeto de intervenção, dada sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde, é a não adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico por parte dos pacientes hipertensos. Ressalta-se que este trabalho foi realizado com a participação dos profissionais que atuam na UBS e com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que serão os trabalhadores nucleares para o êxito deste projeto, com base nos modelos de organização do processo de trabalho do módulo “Processo de Trabalho em Saúde” (FARIA ET AL, 2010).

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Propor estratégias para aumentar a adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico dos pacientes hipertensos no município de São Tiago–MG.

3.2 Objetivos específicos

Propor medidas para melhorar o controle pressórico dos pacientes hipertensos, aumentar as ações de prevenção e promoção da saúde com relação à hipertensão arterial, aumentar a compreensão dos pacientes hipertensos com relação à fisiopatologia de sua doença, sintomatologia, complicações agudas e crônicas e agir preventivamente com relação às complicações agudas e crônicas da hipertensão arterial.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma proposta de um plano de intervenção (plano de ação). Foi realizada revisão bibliográfica do tipo revisão narrativa, que é a mais adequada para construção do referencial teórico dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) (CORRÊA, VASCONCELOS E SOUZA, 2009). Foram consultadas as bases de dados MEDLINE e LILACS (fontes primárias). Foi consultada também a Cochrane Library (fonte secundária), selecionando revisões sistemáticas sobre adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Os descritores em ciências da saúde (DeCS) utilizados foram: Adesão à Medicação (Medication Adherence), Hipertensão (Hypertension) e Estratégia Saúde da Família (Family Health Strategy). Os seguintes filtros foram utilizados: review, systematic review, guideline, practice guideline, abstract available, full text available, humans, English, Portuguese, core clinical journals.

4.2 População

Foi consultado o Sistema de informações em atenção básica do município de São Tiago-MG, tendo sido encontrada Hipertensão Arterial em 505 pessoas com 15 anos ou mais na população adscrita na Equipe ESF Saúde Preventiva Cerrado. Tal valor corresponde a 20,44% da população adscrita com 15 anos ou mais e 15,80% de toda a população adscrita.

4.3 Identificação dos “nós críticos

Os “nós” críticos foram identificados através do diagnóstico situacional.

4.4 Avaliação da adesão ao tratamento

Será aplicada, conforme recomendação da Diretriz de Aderência ao Tratamento da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (DALLA, STEIN E CASTRO, 2009) e da Diretriz de Aderência do Tratamento Medicamentoso da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA

FAMÍLIA E COMUNIDADE ET AL, 2009), a escala ROMI (Rating of Medication Influences) (Anexo1), que já está traduzida e validada em português pelos estudos de Rosa e Colaboradores (ROSA E MARCOLIN, 2000). Trata-se de escala criada para pacientes com esquizofrenia, entretanto, apresenta um potencial para uso em atenção primária. A escala ROMI possui duas partes, a primeira aborda questões sobre local de tratamento, estilo de vida, percepções do paciente em relação ao tratamento e a postura da família em relação à condição do doente e o tratamento prescrito. A segunda parte envolve razões para aderência ou não ao tratamento. As seções iniciam com uma pergunta aberta e em seguida apresenta uma escala com razões para tomar ou não a medicação, de modo que o paciente atribui um “peso” para cada item. Cada peso corresponde a uma pontuação, da seguinte forma: “nenhuma influência” recebe 1 ponto, “moderada influência” recebe 2 pontos e “forte influência” recebe 3 pontos. A pontuação 9 é atribuída caso não seja possível avaliar a influência do item (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE ET AL, 2009).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os “nós” críticos foram identificados através do diagnóstico situacional realizado, sendo eles: não adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico dos pacientes hipertensos; a falta de medidas mais frequentes da pressão arterial dos pacientes; não existência de protocolo para tratamento multidisciplinar da hipertensão arterial; ausência de condutas homogêneas devido às frequentes trocas na equipe de saúde; carência de educação continuada da equipe multidisciplinar; a falta de organização da demanda e a dificuldade de retorno dos pacientes; a falta de práticas de promoção da saúde, prevenção e educação da população; a não existência de grupo de Hipertensão.

Foram selecionados os seguintes “nós” críticos:

- Não aderência ao tratamento por parte dos pacientes Hipertensos (principal fator implicado no não controle pressórico dos pacientes Hipertensos).
- Não existência de grupo de Hipertensão arterial.
- Falta de agendamento para os portadores de doenças crônicas sobrecarregando a porta de entrada do serviço de saúde.
- Falta de atividades educacionais destinadas à população, sobretudo os Hipertensos.
- Não existência de protocolos para tratamento interdisciplinar da Hipertensão Arterial.

Para atuar nos “nós” críticos, foi proposto um plano de ação, com as atividades a serem trabalhadas e os atores envolvidos.

No plano de ação, apresentam-se as ações interdisciplinares e interdependentes com foco ao combate dos nós críticos selecionados.

Quadro 1 – Não adesão ao tratamento por parte dos pacientes Hipertensos

Nó Crítico: Não adesão ao tratamento por parte dos Hipertensos	
Operação/ Projeto	Aplicação da escala ROMI Aplicação da escala ROMI de adesão ao tratamento, através de visitas domiciliares, com posterior re-aplicação após os pacientes passarem por atividades de grupo, ambulatório de Hipertensão, palestras e outras atividades educativas
Resultados Esperados	Mensurar a adesão ao tratamento, identificar fatores associados a não adesão, adotar medidas para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, melhorar o controle pressórico dos pacientes

Produtos Esperados	Resultado da aplicação da escala ROMI de adesão aos tratamentos aos pacientes Hipertensos antes e depois das medidas do plano de ação
Recursos Necessários	Organizacionais: para aplicar a escala ROMI. Cognitivo: Informações sobre prevalência da Hipertensão, conhecimento da escala ROMI de adesão ao tratamento. Político: mobilização social e espaço nas mídias locais Financeiro: financiamento da impressão das escalas ROMI

Quadro 2 – Não existência de grupo de Hipertensão

2. Nó Crítico: Não existência de grupos	
Operação/ Projeto	Grupo de Hipertensão Grupo de apoio/educação à pacientes com HAS
Resultados Esperados	Aumentar a aderência ao tratamento e ampliar a rede de apoio do paciente
Produtos Esperados	Programa de Grupo de Hipertensão
Recursos necessários	Organizacionais: espaço para as reuniões, agendamento das atividades Cognitivo: elaboração de temas abordados Político: mobilização social e espaço nas mídias locais Financeiro: financiamento dos materiais usados nas reuniões

Quadro 3 – Não agendamento de Consultas

Nó Crítico: Não agendamento de consultas	
Operação/ Projeto	Ambulatório de HAS Agendamento dos pacientes em horários específicos para atendimento, de acordo com a necessidade de cada caso
Resultados Esperados	Aumentar a aderência ao tratamento, facilitar o retorno dos pacientes à unidade de saúde, facilitar a continuidade do tratamento
Produtos Esperados	Agenda de pacientes com HAS para consultas de retorno em dias específicos, sem privá-los da porta de entrada pela demanda espontânea
Recursos necessários	Organizacionais: para organizar a agenda Cognitivo: informações sobre prevalência da doença e sua distribuição na população Político: mobilização social e espaço nas mídias locais

Financeiro: aumento da oferta de consultas, exames e medicamentos

Quadro 4 – Falta de medidas de educação da população

Nó Crítico: Falta de medidas de educação da população

Operação/ Projeto	O que é Hipertensão? Palestras e oficinas educativas sobre HAS
Resultados Esperados	Aumentar a aderência ao tratamento, trabalhar preventivamente com relação a HAS
Produtos Esperados	Programa de palestras e oficinas educativas sobre HAS
Recursos necessários	Organizacionais: para organizar os eventos Cognitivo: informações sobre a doença Político: mobilização social e espaço nas mídias locais Financeiro: financiamento dos materiais usados e distribuídos nos eventos

Quadro 5 – Não existência de protocolos para tratamento interdisciplinar da Hipertensão Arterial

Nó Crítico: Inexistência de protocolo para tratamento interdisciplinar da HAS

Operação/ Projeto	Protocolo de tratamento de HAS no PSF de São Tiago Protocolo de tratamento de HAS que respeite as limitações e condições únicas da população desta cidade
Resultados Esperados	Facilitar a escolha correta dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis, diminuir o uso inadequado de medicamentos e os pedidos de exames desnecessários
Produtos Esperados	Protocolo de tratamento de HAS
Recursos Necessários	Organizacionais: para criar o protocolo Cognitivo: informações sobre a doença e os meios disponíveis para tratá-la na cidade Político: nenhum Financeiro: para impressão dos protocolos

Para compreensão dos recursos críticos e dos atores que os controlam é importante trabalhar com os atores envolvidos no processo.

Quadro 6 – Atores envolvidos no processo de organização do plano de ação

Operações Projetos	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas
Aplicação da escala ROMI	Financeiro: Impressão das escalas	Secretário de saúde	Favorável	Apresentar projeto
Grupo de Hipertensão	Organizacionais: Espaço para as reuniões Agendamento das atividades	Gerente do posto, ACS e Secretário de Saúde	Favoráveis	Apresentar projeto
Ambulatório de HAS	Financeiro: Oferta de consultas, exames e medicamentos	Secretário de Saúde	Indiferente	Apresentar projeto
O que é Hipertensão?	Político: Mobilização social Espaço nas mídias locais Financeiro: Financiamento dos materiais	Prefeito municipal Secretário de Saúde Empresários da área de comunicação	Indiferentes	Apresentar projeto
Protocolo de tratamento de HAS	Financeiro: Impressão dos protocolos	Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar projeto

Quadro 7 – Responsáveis pela execução do plano de ação

Operações	Responsável	Prazo
Prontuário do PSF	Gustavo Bittar	1 mês
HiperGrupo	Enfermeira	3 meses
Ambulatório de HAS	Gustavo Bittar	3 meses
O que é Hipertensão?	Acadêmicos de medicina	3 meses
Protocolo de HAS	Gustavo Bittar	3 meses

O primeiro passo operacional do projeto de intervenção será a visita às casas de todos os hipertensos adscritos na Equipe ESF Saúde Preventiva Cerrado. As visitas serão feitas por agentes comunitários em saúde, que aplicarão a escala ROMI. As visitas domiciliares terão duração de um mês e as escalas serão entregues ao médico da unidade para análise dos resultados.

O segundo passo do plano de ação será a análise dos resultados obtidos após a aplicação da escala ROMI de adesão ao tratamento. Dessa forma, será possível identificar, para a população Hipertensa adscrita, quais os principais fatores associados à adesão e não adesão ao tratamento, permitindo a elaboração de estratégias mais efetivas para melhorar esta adesão, culminando, finalmente, em um melhor controle pressórico. Durante a consulta médica do paciente, o médico terá em mãos a escala previamente aplicada ao paciente, permitindo a adoção de estratégias individualizadas para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Seus níveis pressóricos serão anotados no prontuário para posterior comparação.

Considerando que a ampliação do conhecimento sobre a sua doença, por parte do paciente, assim como a participação de atividades em grupos, com outros pacientes portadores da mesma condição é importante estratégia motivacional para melhorar a adesão, serão realizadas palestras (educação em saúde) na unidade, com frequência quinzenal, acerca dos mais diversos aspectos da Hipertensão Arterial, onde serão expostos aspectos referentes a fisiopatologia básica, serão elencadas as complicações agudas e crônica e será reforçada a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Ainda, será desenvolvida uma cartilha, que será entregue aos pacientes durante as palestras, como forma de reforçar os principais pontos discutidos. Esta cartilha irá fornecer também informações básicas sobre orientações dietéticas e para a prática de exercícios físicos.

Estas palestras terão a duração média de 25 minutos e contarão com a presença de equipe multidisciplinar, formada por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, nutricionista e agente comunitário de saúde.

Os pacientes hipertensos serão encaminhados para atendimento multidisciplinar no grupo de hipertensão arterial. Este grupo desenvolvido pela ESF Saúde Preventiva Cerrado funciona às quartas-feiras na parte da tarde. Os pacientes serão atendidos por equipe multidisciplinar, passando por consulta médica e nutricional e também recebendo orientações

por parte dos outros membros da equipe. Atividades de grupo serão desenvolvidas pela equipe de saúde, como rodas de conversa para que os usuários possam expressar suas dificuldades e trocar experiências, com a retaguarda de profissionais da equipe de saúde. Serão reforçados os benefícios do tratamento proposto e a co-responsabilidade sobre os resultados.

Para o tratamento medicamentoso, sempre que possível, será prescrito o menor número de tomadas diário e o menor número de comprimidos, preferindo associações medicamentosas, estratégia que comprovadamente aumenta a adesão ao tratamento e contribui para a redução dos níveis pressóricos, segundo revisão sistemática recente (KNUT, TOM E SHAH, 2014).

Serão feitas orientações quanto à prática de atividade física não supervisionada e serão organizados grupos de caminhada, sob a supervisão de um membro da equipe de saúde, dada a importância da prática de atividades físicas, como estratégia não-farmacológica para o controle da hipertensão arterial,

Considerando o princípio da equidade, na medida em que se deve oferecer um acompanhamento mais intensivo para aqueles usuários menos aderentes ao tratamento, consideradas pessoas de maior risco, os pacientes de menor risco e mais aderentes terão consultas quadrimestrais. Os menos aderentes ao tratamento, serão considerados pacientes de maior risco e terão seu prontuário identificado, de modo que suas consultas e sua participação em atividades de grupo, como as palestras e rodas de conversa supracitadas, ocorrerão com uma frequência maior (bimestral). Tal ação tem o objetivo de acompanhar tais pacientes mais de perto, com consultas e atividades mais regulares, para reforçar a importância da adesão, adotando estratégias motivacionais para os mesmos, considerando que as estratégias motivacionais mostraram maior benefício do que as práticas educativas e de conscientização, conforme recente revisão sistemática (KNUT, TOM E SHAH, 2014).

As visitas domiciliares por parte dos agentes comunitários de saúde (ACS) terão periodicidade mensal. Os benefícios do tratamento serão reforçados, assim como a importância da adesão. Eventuais dúvidas que o paciente tiver serão esclarecidas. Ao final de três meses de visitas domiciliares, os ACS irão aplicar novamente a escala ROMI. Será feita comparação entre as escalas aplicadas previamente e posteriormente à intervenção para avaliar o impacto das medidas adotadas. Os níveis pressóricos dos pacientes na consulta de seguimento serão comparados com os níveis pressóricos prévios, também como forma de avaliação do impacto da intervenção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do grande arsenal terapêutico atualmente disponível para tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, o controle desta enfermidade permanece um desafio para médicos e demais profissionais de saúde. A não adesão às medidas terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas propostas, certamente, contribuem com grande parte da falha no controle dos níveis pressóricos dos pacientes hipertensos.

A integração entre a equipe de cuidadores, composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes comunitários, educadores físicos, nutricionistas, fisioterapeutas, com o paciente, sua família e a comunidade é fundamental. É preciso que os pacientes se envolvam em seu plano de cuidados, para melhorar a adesão ao tratamento e com isso os seus níveis de pressão arterial.

Ainda existe espaço para o desenvolvimento de novas drogas e exames complementares, úteis no manejo da hipertensão arterial, mas, sem dúvida, o fator humano, sobretudo a relação usuário-equipe de saúde, continua sendo a base para o cuidado do paciente com Hipertensão Arterial.

Espera-se que a estratégia proposta proporcione maior vínculo entre usuários e a equipe de saúde da família, atendimento de um maior número de pacientes, socialização, troca de experiências e apoio mútuo entre os participantes, permitindo maior adesão aos medicamentos e que os indivíduos sejam agentes ativos e participantes do seu processo de reeducação e diminuição de seus níveis de pressão arterial.

7 Referências

AMERICAN HEART ASSOCIATION, AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGISTS. Guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk. **Circulation**. Vol 129. S.79-99, 2013.

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Vol 13(1). P 35-38, 2006.

BRIAN, H. R. ET AL. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews. *In: The Cochrane Library*, Issue 6, Art. No. CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub3, 2014.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações de saúde. **NESCON/UFMG**, 2010.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M. E.; SOUZA, M. L. S. Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos. **NESCON/UFMG**, 2009.

DALLA, M. D. B.; STEIN, A. T.; CASTRO, E. D. Aderência ao tratamento medicamentoso. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, 2009.

DIANA, D. ET AL. Pharmacotherapy for mild hypertension. Cochrane Database of Systematic Reviews. *In: The Cochrane Library*, Issue 6, Art. No.CD006742. DOI: 10.1002/14651858.CD006742.pub8, 2014.

FARIA, H. P. ET AL. Processo de Trabalho em Saúde. **NESCON/UFMG**, 2013.

HELENA, E. T. S.; NEMES M. I. B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Revista de saúde pública**. Vol 42(4). P. 764-767, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2011**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011>>. Acesso em: 07/08/2014.

JAMES, P. A.; OPARIL, S.; CARTER, B. L.; ET AL. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). **JAMA**. Vol 311(5). P. 507-520, 2014.

KNUT, S.; TOM, F.; SHAH, E. Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. Cochrane Database of Systematic Reviews. *In: The Cochrane Library*, Issue 6, Art. No. CD004804. DOI: 10.1002/14651858.CD004804.pub2. 2014.

KOTCHEN, T. A. Doença Vascular Hipertensiva. *In: Medicina Interna de Harrison*. Capítulo 247. P.2042. 18ª edição, Porto Alegre: AMGH, 2013.

MALTA D. C.; MOURA, L.; SOUZA F. M.; ET AL. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008. **Ministério da Saúde**, Brasília. 2009. Pág 337–362.

ROSA, M. A.; MARCOLIN, M. A. Tradução e adaptação da Escala de Influências Medicamentos (ROMI): um instrumento para avaliar a aderência ao tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Vol 49 (10/12). P. 405-412, 2000.

SIAB. **Sistema de informação em atenção básica**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 10/08/2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA.. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **ArqBrasCardiol**. Vol 95(1 supl.1): P. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **ArqBrasCardio**. Fev. P.1–48, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE;
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS
ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE
HANSENOLOGIA. Aderência ao tratamento medicamentoso. **Projeto Diretrizes da
Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina**. 2009.

9 ORÇAMENTO

Recursos materiais:

- 400 cópias da escala ROMII.
- 5 cartazes educativos sobre Hipertensão arterial e importância da adesão ao tratamento para serem fixados nas unidades de saúde.
- 400 panfletos educativos para serem distribuídos durante as atividades de grupo.

Recursos humanos:

- 02 Agentes comunitários de saúde para realizar visitas domiciliares e aplicar a escala ROMI.
- 01 enfermeiro, 01 médico e 01 técnico de enfermagem para conduzirem as palestras e atividades de grupo.
- 01 médico para realizar as consultas médicas dos hipertensos no grupo Hiperdia,
- 01 nutricionista para realizar consultas nutricionais dos pacientes no grupo Hiperdia.

Recursos financeiros:

- O projeto de intervenção será financiado pelo autor.

10 ANEXO

ANEXO 1: ESCALA ROMI (RATING OF MEDICATION INFLUENCES)

RATING OF MEDICATION INFLUENCES (ROMI)

(Escala de Influências Medicamentosas)

Nome do
paciente: _____

Data: ___/___/___

Nome do entrevistador: _____

COMEÇANDO A ENTREVISTA

A) ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Para entrevistar pacientes que não se conhece bem, é útil começar a entrevista com umas poucas questões preliminares. Examinar a situação global e a ambientação ajuda a obter informação mais precisa sobre fatores que afetam diretamente a aderência.

Estímulo sugerido:

"Estou tentando saber o que as pessoas acham de tomar remédios psiquiátricos. Gostaria de entender o que faz com que as pessoas queiram tomar o remédio e o que faz com que elas não queiram tomar o remédio. Mas, antes de perguntar o que você acha sobre isso, quero perguntar algumas outras coisas."

O entrevistador deve perguntar sobre as seguintes áreas gerais que podem influir na aderência. Esses tópicos incluem:

(1) Situação de vida (p.ex., supervisionada ou não supervisionada, sozinho versus família versus residência)

(2) Local de tratamento

(3) Regime medicamentoso prescrito (neuroléptico específico, medicação IM ou oral, outras medicações não neurolépticas, dosagem, frequência, duração do tratamento).

(4) Atitude global do paciente em relação ao tratamento e medicação (positiva ou negativa, aderência voluntária ou forçada).

(5) Atitude global da família e da pessoa que cuida do paciente em relação ao tratamento e medicação.

B) ENTREVISTA ESTRUTURADA

"Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre por que você toma remédios. Não há respostas certas ou erradas, é apenas o que você pensa. Estou interessado somente no que você acha, não no que seu médico ou sua família possam pensar".

Comece a entrevista com uma questão aberta, como por exemplo: "Qual o principal motivo para você querer tomar remédios?"

"Agora vou ler para você alguns motivos porque outras pessoas querem tomar remédio. Por favor, diga-me se algum destes motivos tem a ver com a sua vontade de tomar o remédio durante o mês que passou".

Se o paciente foi não-aderente por pelo menos 1 semana em qualquer parte do mês que passou, ou atualmente está sem medicação, comece com a Parte II; do contrário, comece com a Parte I.

PARTE I: RAZÕES PARA A ADERÊNCIA

"VOCÊ DESEJA TOMAR REMÉDIOS PORQUE":

Anote o grau de influência:

1 = nenhum; 2 = leve; 3 = forte; 9 = não estimável

1.BENEFÍCIO DIÁRIO PERCEBIDO

Você acha que o remédio faz você se sentir melhor?

2.RELAÇÃO POSITIVA COM O MÉDICO QUE RECEITA

Seu bom relacionamento com o médico ajuda?

3.RELAÇÃO POSITIVA COM O TERAPEUTA

Seu bom relacionamento com o terapeuta ajuda?

4.CRENÇA FAMILIAR POSITIVA

Alguém na sua família ou algum amigo acha que você deveria tomar remédios?

5.PREVENÇÃO DE RECAÍDA

Você acredita que tomar os remédios ajuda a prevenir a doença ou as coisas que você sentia?

6.PRESSÃO/FORÇA

Você se sente pressionado ou forçado a tomar remédios?

7.MEDO DE RE-HOSPITALIZAÇÃO

Você tem medo de ser internado (novamente)?

PARTE II: RAZÕES PARA A NÃO-ADERÊNCIA

"Mesmo que você tome sempre os remédios, pode haver horas em que você não quer tomar ou gostaria de não ter que tomar. Qual , a principal razão que fez você não querer tomar o remédio neste mês?"

"Agora vor dizer-lhe alguns motivos por que outras pessoas não querem o tomar seu remédio. Por favor, diga-me se você acha que algum destes motivos têm a ver com você."

"VOCÊ NÃO QUER TOMAR O SEU REMÉDIO PORQUE":

8.BENEFÍCIO DIÁRIO NÃO PERCEBIDO

Você acha que o remédio não faz se sentir melhor?

9.RELAÇÃO NEGATIVA COM O MÉDICO

Seu mau relacionamento com o médico que receita o remédio atrapalha?

10.RELAÇÃO NEGATIVA COM O TERAPEUTA

Seu mau relacionamento com o terapeuta atrapalha?

11.PROFISSIONAL CONTRÁRIO A REMÉDIOS

Algum dos seus médicos acha que você não deveria estar tomando os remédios?

12.FAMÍLIA/AMIGOS CONTRÁRIOS A REMÉDIOS

Alguém importante para você acha que você não deve tomar os remédios?

13.PROBLEMAS DE ACESSO AO TRATAMENTO

Você tem dificuldades para ir às consultas e/ou dificuldades para conseguir os remédios?

14.EMBARAÇO OU ESTIGMA COM RELAÇÃO A MEDICAÇÕES/DOENÇA

Você se sente vergonha de tomar remédios?

15.OBSTÁCULOS FINANCEIROS

Você não tem dinheiro suficiente para pagar o tratamento ou os remédios?

16.ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

Você prefere tomar outras drogas ou álcool em vez do remédio?

17.NEGAÇÃO DA DOENÇA

Você acha que não tem uma doença mental?

18.MEDICAÇÃO ATUALMENTE DESNECESSÁRIA

Você acha que não precisa do remédio atualmente?

19.INCÔMODO POR EFEITOS COLATERAIS

Os efeitos colaterais do remédio são muito ruins para você?

20.DESEJOS DE RE-HOSPITALIZAÇÃO

Você se sente mais confortável no hospital?

