

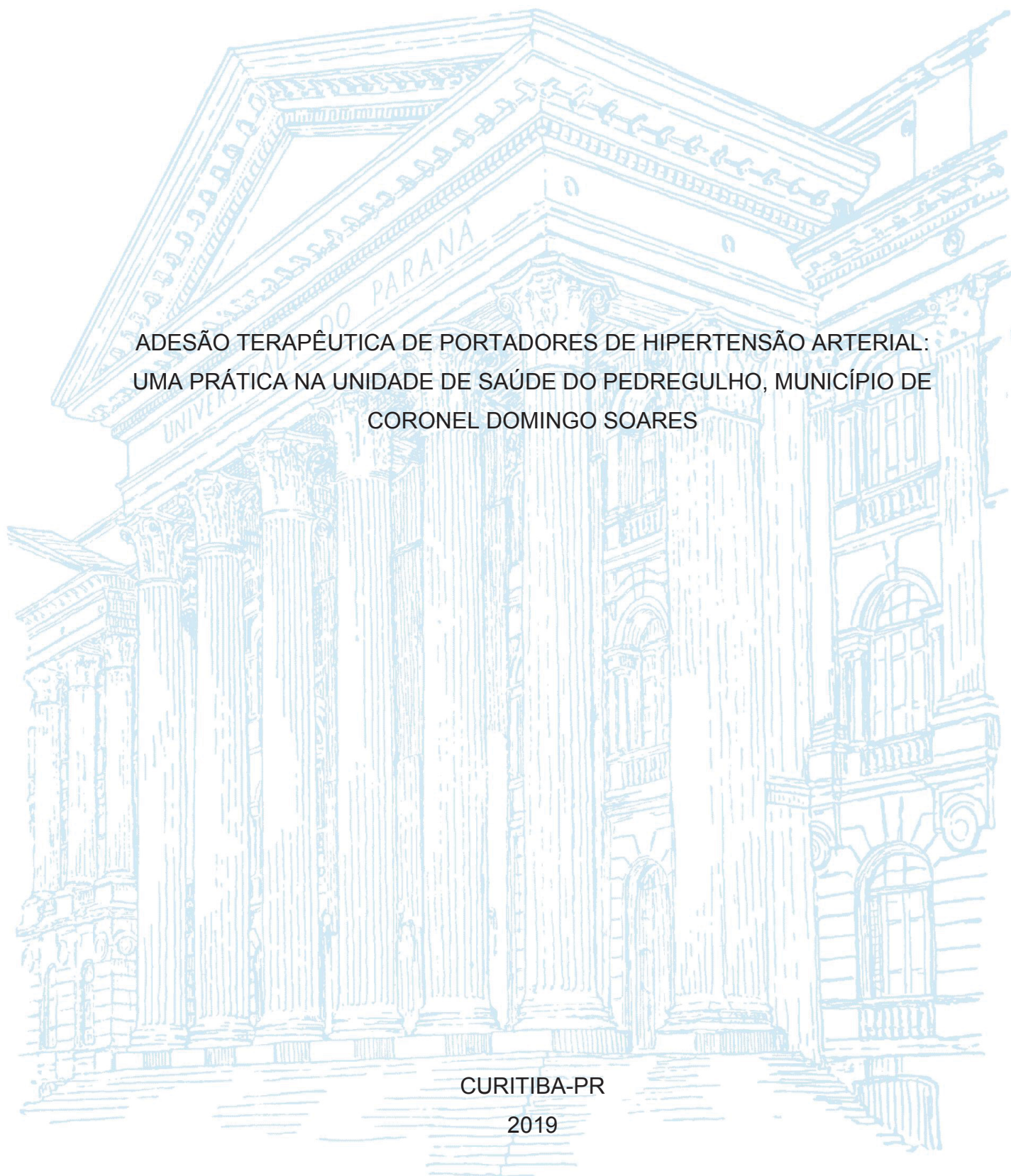
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALVIM JOÃO FAUST

ADESÃO TERAPÊUTICA DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL:
UMA PRÁTICA NA UNIDADE DE SAÚDE DO PEDREGULHO, MUNICÍPIO DE
CORONEL DOMINGO SOARES

CURITIBA-PR

2019



ALVIM JOÃO FAUST

ADESÃO TERAPÊUTICA DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL:
UMA PRÁTICA NA UNIDADE DE SAÚDE DO PEDREGULHO, MUNICÍPIO DE
CORONEL DOMINGO SOARES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Pós-Graduação em Atenção Básica,
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal
do Paraná, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Atenção Básica.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Edevar Daniel

CURITIBA-PR

2019

TERMO DE APROVAÇÃO

ALVIM JOÃO FAUST

ADESÃO TERAPÊUTICA DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL:
UMA PRÁTICA NA UNIDADE DE SAÚDE DO PEDREGULHO, MUNICÍPIO DE
CORONEL DOMINGO SOARES

Monografia apresentada ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica,
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial
à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Prof. Mestre. Edevar Daniel

Orientador- Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal do
Paraná

Prof(a). Dr(a)/Msc. _____

Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Prof(a). Dr(a)/Msc. _____

Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Curitiba- PR, __ de _____ de 201__.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser meu guia, ao meu pai Sérgio, a minha mãe Vanderléia e a minha avó Begair.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos especialmente a minha família que nunca mediu esforços para realizarem o meu sonho. Aos meus pais pelo carinho, amor, paciência, incentivos e auxílios. A minha avó pelo amor e carinho dedicado a mim todos esses anos. Apesar de toda a distância, sempre se mantiveram próximos e não me deixaram baixar a cabeça frente as adversidades. Toda a renúncia e sofrimento hoje são deixados de lado para dar espaço a comemoração. O fruto de todo o empenho hoje e futuramente serão recompensados.

A equipe de saúde de Coronel Domingo Soares pelo apoio, amizade e comprometimento junto a mim para que esse projeto de intervenção fosse possível.

“A educação é o grande motor do desenvolvimento pessoal. É através dela que a filha de um camponês pode se tornar uma médica, que o filho de um mineiro pode se tornar o diretor da mina, que uma criança de peões de fazenda pode se tornar o presidente de um país”. (Nelson Mandela).

RESUMO

A ESF rural do Pedregulho possui uma alta prevalência de pacientes portadores de HAS, sendo atendidos 119 hipertensos. O objetivo foi identificar a falha terapêutica em pacientes da ESF do Pedregulho com hipertensão arterial e propor um modelo de intervenção. Foi utilizado a pesquisa-ação. Os dados foram coletados com os pacientes que realizam acompanhamento e tratamento. Foi aplicado um questionário semiestruturado e a partir das variáveis elaborado o plano de intervenção, optando-se pelas metodologias ativas world coffee e a roda de conversa e como Recurso Educacional à Distância o flyer. A avaliação foi realizada ao fim da atividade desenvolvida. O questionário foi aplicado a onze participantes, contendo oito questões. A partir dos dados coletados observou-se que a maioria faz uso de mais de um medicamento para mais de uma doença. Todos relataram saber da importância do uso correto da medicação, porém não a realizam. As dificuldades mais apontadas para a adesão terapêutica foram a distância da unidade e a grande variedade da medicação. Na intervenção foi abordado a HAS, sinais e sintomas, fatores de risco, orientações, adesão medicamentosa e a polimedicação. Fizeram-se presentes quinze pacientes. Foi realizada uma explanação, a metodologia ativa, a roda de conversa, a avaliação do grupo e a validação da atividade, com a distribuição do flyer. Observei que a intervenção apropriou os participantes sobre a importância da adesão terapêutica. Ao longo atividade surgiu novas demandas, sendo atendidas e supridas ao final. Acredito que deva ser realizadas rotineiramente nas ESF atividades com a população.

Palavras chaves: hipertensão arterial 1, terapêutica 2, educação em saúde 3, atenção primária a saúde 4.

ABSTRACT

The rural ESF of Pedregulho has a high prevalence of patients with SAH, and 119 hypertensive patients were attended. The objective was to identify the therapeutic failure in patients with Pedregulho FHS with arterial hypertension and to propose an intervention model. Action research was used. Data were collected with the patients who performed follow-up and treatment. It was applied a semi-structured questionnaire and from the variables drawn up the intervention plan, opting for the active world coffee methodologies and the talk wheel and as a Distance Learning Resource the flyer. The evaluation was performed at the end of the activity developed. The questionnaire was applied to eleven participants, containing eight questions. From the data collected it was observed that most use more than one drug for more than one disease. All of them reported knowing the importance of correct medication use, but they did not. The difficulties most pointed to the therapeutic adherence were the distance of the unit and the great variety of the medication. In the intervention it was approached the SAH, signs and symptoms, risk factors, guidelines, drug adherence and the polymedication. Fifteen patients were present. An explanation, the active methodology, the conversation wheel, the group evaluation and the validation of the activity were carried out, with the flyer distribution. I observed that the intervention appropriated the participants on the importance of therapeutic adherence. Throughout the activity, new demands arose, being attended to and supplied at the end. I believe that activities with the population should be routinely carried out in the ESF.

Keywords:arterial hypertension 1, therapy 2, health education 3, primary health care 4.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- FLYER DESENVOLVIDO.....	19
-----------------------------------	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 –NÚMERO DE PACIENTES E RESPECTIVAS IDADES.....	14
GRÁFICO 2 –NÚMERO DE PARTICIPANTES E O NÚMERO DE MEDICAMENTOS EM USO.....	15
GRÁFICO 3 –DIFICULDADE DA ADESÃO TERAPÊUTICA.....	16

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL.....	08
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 OBJETIVOS	5
1.1.1 Objetivo Geral	5
1.1.2 Objetivos Específicos	5
2 REVISÃO DE LITERATURA	6
2.1 Fisiopatologia	6
2.2 Epidemiologia	7
2.3 Diretrizes	8
3 MATERIAIS E MÉTODOS	9
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	13
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS	21

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) do Pedregulho que se encontra localizada a 36 km de estrada de chão do município de Coronel Domingo Soares (CDS) no sudoeste do Paraná. A área abrange aproximadamente 800 pessoas. Conta com atendimento médico e de enfermagem todas as terças e quartas feiras, nos demais dias da semana, com o primeiro atendimento da técnica de enfermagem, a qual realiza controle de sinais vitais da população, encaminhamento para a unidade central se necessário, triagem dos pacientes agendados. Além disso a equipe possui dois agentes comunitárias de saúde.

Há algumas dificuldades como o transporte por parte da administração pública, eles oferecem veículos, porém alguns dias faltam veículos, devido ao cancelamento do atendimento em área rural, falta de dinheiro para alimentação e veículos de péssima qualidade para transporte.

A unidade de saúde rural é bem organizada e mesmo que distante, possui internet e prontuário eletrônico, o que agiliza as consultas e o controle de consultas e medicamentos retirados pelos pacientes. Conseguimos desenvolver todas as atividades propostas, como o HIPERDIA (Hipertensão Arterial Sistêmica + Diabetes Mellitus), onde trabalhamos com hipertensos e diabéticos.

Por ser uma comunidade pequena, a relação com a população local se faz bastante intensa, isso me permite conhecer e os pacientes, chamando-os pelo nome, conhecer suas casas em visitas domiciliares e aproximar a saúde da população.

Além disso, há também o atendimento na ESF central, localizada na área urbana do município de Coronel Domingo Soares – PR. Neste local, atende-se a população no formato de livre demanda, sem ser responsável legal por realização de visitas domiciliares ou outros programas implantados. É possível a realização de palestras na escola e algumas vezes a realização da visita domiciliar, quando não é possível a visita pelo médico responsável pela área. Por ser em área urbana o número de pessoas cadastradas acaba sendo muito maior e o trabalho muito mais

corrido, mas é possível contar com o apoio da equipe da farmácia, de um número maior de enfermeiros para ajudar nos atendimentos e a disponibilidade da realização de radiografias e eletrocardiogramas.

A equipe de trabalho é composta por Médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem, farmacêutica, auxiliar de farmácia, agente comunitária, nutricionista, psicóloga, assistente social, recepcionista, motoristas, auxiliares de serviços gerais, odontologista, auxiliar de odontologista, auxiliares administrativos e segurança.

Claro que dentro de minha unidade rural apenas atuamos com 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01 motorista, 02 agentes comunitárias e 01 auxiliar de serviços gerais. Tendo apoio dos demais profissionais sempre que solicitado por agendamento. Acredito sermos suficientemente competentes para dar continuidade aos programas implantados e iniciar novos. Contamos sempre com o apoio dos professores que atuam na escola vizinha da ESF, para execução de programações diversas e também com mulheres do clube de mães.

Normalmente em dias de recreações como no HIPERDIA, puericultura e saúde mental, são agendadas as participações dos profissionais da farmácia, assistência social e psicóloga. Para uma atenção mais competente e completa por parte de nossa equipe. Estes profissionais sempre se fazem presente com muita boa vontade e dedicação ao seu trabalho, o que nos torna um grupo ainda mais confiante, forte e prestador.

A área do Pedregulho é uma região de difícil acesso com montanhas. Acolhemos vários moradores que vivem ainda mais distante da localização da unidade de saúde. Se trata de uma área muito extensa, onde contamos com apenas dois agentes comunitários, que não são moradores locais, vivem na cidade, e se deslocam até a comunidade para realizar seu trabalho, sem o custeio do combustível ou transporte. Por ser um município de difícil acesso, pobre, onde os políticos pouco valorizam os profissionais da saúde e de larga extensão territorial, encontramos dificuldade na contratação de agentes comunitários, quando aberta as vagas para ocupar estes postos, elas não são preenchidas, fazendo assim com que tenhamos áreas “descobertas”.

Agrego o comentário em que não se faz possível desempenhar um papel de atenção básica como proposto pela coordenação do programa mais médicos dentro da área urbana. Realizamos consultas por livre demanda, eventualmente recebemos urgências e emergências, devido a não contratação de médicos com registro no conselho regional de medicina por parte da administração. Sendo assim os chamados “pau para toda obra”. Tudo ocorre com o consentimento do profissional médico destinado pelo programa mais médicos em nos supervisionar. Isso tudo acontece devido ao grande número de consultas realizadas diariamente na unidade de saúde central, por falta de atendimento médico em algumas comunidades, deve-se levar em conta que estamos falando de um município com 7.500 habitantes, onde 85% da população se encontra em ambiente rural.

Falando um pouco mais sobre estrutura política local, ressalto que sempre somos muito bem recebidos pelos líderes da comunidade, temos o direito a palavra, a opinar e expor nossas inquietudes, mas elas praticamente nunca são executadas. A cada mês que passa, menos exames pode-se pedir, solicitam que os pacientes sejam avaliados bem para diminuir o máximo possível de medicação na prescrição medica, que todo encaminhamento seja bastante estudado para que não haja desperdício de dinheiro público. Estou aqui atuando, tentando desenvolver um trabalho de qualidade enquanto alguns estão apenas pensando em quantidade. Apesar dos contratemplos, contamos com a ajuda do clube de mães e também da pastoral da criança sempre que necessário. Levamos uma ótima relação com os serviços de educação local. São realizados projetos mensalmente dentro do ambiente escolar, tudo seguindo um calendário desenvolvido por toda equipe da estratégia da ESF ao início do ano.

Como potencialidade da saúde local posso dizer em que trabalhamos com uma equipe bastante jovem, com profissionais bastante interessados em mudar a realidade local para melhor e que aos poucos, passo por passo, estamos trilhando um caminho melhor, mais amplo, onde todos serão acolhidos.

O município de Coronel Domingo Soares (CDS) no Paraná possui um perfil demográfico de 3802 homens e de 3472 mulheres, segundo os dados da audiência pública referente ao primeiro quadrimestre de 2018. Com uma população estimada

atualmente em 7274 habitantes. O município possui 1180 jovens entre 20 e 29 anos; 1037 adultos entre 30 e 39 anos; 371 idosos entre 60 e 69 anos e 62 idosos com 80 anos ou mais (IBGE, 2017). A população distribuiu-se em 24,22% - 1.753 habitantes em área urbana e 75,78% - 5.485 habitantes em área rural.

A prevalência de consultas médicas para pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é de 74 consultas em um período de 57 dias. Desses, a maioria são do sexo feminino e maiores de 50 anos, sendo residentes da ESF rural e urbano. Atualmente na ESF do Pedregulho são atendidos 119 hipertensos. Constatou-se que a maioria é do gênero feminino, pertencente às classes socioeconômicas consideradas pobre, com sobrepeso e todos moradores de área rural. Ainda não há em número exato quantos são os homens e quantas são as mulheres, classificados por risco ou com doenças associadas. Estamos em construção de estratificações de risco para conhecer melhor nossos pacientes e dar um melhor seguimento.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- Identificar a falha da adesão terapêutica em pacientes da ESF do Pedregulho com Hipertensão Arterial e propor um modelo de intervenção;

1.1.2 Objetivos específicos

- Diagnosticar a falha da adesão terapêutica;
- Problematizar as complicações da doença;
- Utilizar a pesquisa-ação como método de intervenção para instigar a adesão terapêutica no tratamento de HAS;
- Incentivar o paciente a ser responsável pelo seu autocuidado;
- Reduzir a incidência de hipertensão e diabetes na comunidade. Controlar casos já existentes e aderir estilo de vida saudável;
- Incentivar a redução do consumo de sal e gordura na dieta e a importância da atividade física regular.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FISIOPATOLOGIA

A pressão arterial (PA) é determinada pelo produto do débito cardíaco (DC) e da resistência vascular periférica (RVP). Quando há uma variação do DC ocorre conseqüentemente respostas na RVP, influenciando da variação da PA, essa heterogeneidade ocorre tanto em repouso, como em movimento (SANJULIANI, 2002).

A contratilidade e o relaxamento do miocárdio, o volume sanguíneo circulante, o retorno venoso e a frequência cardíaca podem influenciar o DC. Já a RVP é determinada por mecanismos vasoconstritores e vasodilatadores como o sistema nervoso simpático, o sistema renina angiotensina e a modulação endotelial, além da espessura da parede das artérias (SANJULIANI, 2002).

Vários pacientes portadores de HAS, possuem a elevação da PA decorrente do aumento da RVP, enquanto em um número menor a elevação do DC é o responsável (SANJULIANI, 2002).

Os fatores de risco para HAS: idade – associado geralmente ao envelhecimento, sexo e etnia- mulheres, raça negra, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, escolaridade inferior a 8 anos, e renda per capita mínima e genética (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA, 2018).

Geralmente os pacientes hipertensos possuem o aumento do DC e da RVP, sendo normalmente associado com a idade, jovens apresentam o DC elevado e os adultos e idosos baixo. Hipertensos que apresentam o DC elevado e a RVP reduzida são denominados de hipertensão hiperdinâmica, sendo associado a taquicardia de repouso e ao excessivo estímulo do sistema nervoso simpático (SNS) no miocárdio (SANJULIANI, 2002).

Os idosos com HA têm a RVP aumentada e o DC normal ou reduzido, pelo fato da maioria desses pacientes serem portadores de aterosclerose, ocasionada normalmente pelo aumento da PA sistólica, diminuição da complacência da aorta e o aumento do reflexo da onda de pulso causam a elevação da PA sistólica e contribui para a hipertrofia ventricular esquerda (SANJULIANI, 2002).

Os pacientes portadores de DM são caracterizados pela elevação do DC e a RVP relativamente normal, há estudos que afirmam que a hiperperfusão renal e a

hiperfiltração glomerular ocorrem devido ao aumento da perfusão sanguínea sistêmica (SANJULIANI, 2002).

Em contrapartida os pacientes portadores de HAS maligna ou acelerada possuem uma severa vasoconstrição arteriolar com aumento da RVP e DC normal ou reduzido em torno de 40%. Essa alta constrição é mediada pelo aumento da atividade do SNS, do sistema renina angiotensina e falência do endotélio e promover a vasodilatação compensatória (SANJULIANI, 2002).

2.2 EPIDEMIOLOGIA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial. A HAS ainda é considerada um grave problema de saúde pública, e consequentemente hospitalar, tanto no Brasil, como no mundo. É uma doença altamente prevalente, atingindo 36 milhões de brasileiros, e mais de 60% da população com mais de 60 anos, além de ser responsável pelo desenvolvimento das doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC), 25% por DAC- doença arterial coronariana e concomitante com a DM 50% dos casos de insuficiência renal crônicas (IRC) (PARANÁ, 2018; SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA, 2018).

A HAS na maioria dos casos é assintomática, o que dificulta o diagnóstico precoce. Outra preocupação é a baixa adesão dos pacientes ao tratamento prescrito, devido aos efeitos colaterais das medicações. É indiscutível que ainda é baixo o controle da HA nos pacientes (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA, 2016; PARANÁ, 2018; SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA, 2018).

De acordo com o caderno de atenção básica 15 do Ministério da Saúde evidenciou-se que estratégias aplicadas em grupos geneticamente predispostas ou a grupos é eficiente a mudança dos estilos de vida e saúde.

Geralmente é na atenção básica de saúde que ocorrem as principais ações individuais ou coletivas de controle da HA, com identificação dos grupos de risco, diagnósticos precoces, conduta terapêutica e educação em saúde.

A taxa de mortalidade por hipertensão no paraná em 2016 foi de 24,5/ 100.000 habitantes. No paraná as doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar nas causas de óbito. Em 2015 há registros de 95.763 internações por doenças cardiovasculares e a taxa de mortalidade foi de 182,4/ 100.000 habitantes, porém

desde 2010 apresentou uma redução (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA, 2016; PARANÁ, 2018; SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA, 2018).

Dados norte-americanos de 2015 revelaram que a HA era uma das doenças de base de cerca de 69% dos pacientes com IAM, 77% de AVE, 75% com IC e 60% DAP (PARANÁ, 2018; SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA, 2018).

A DM e a HÁ causam complicações cardíacas, renais e AVE, ocasionando diminuição da produtividade do trabalho, além de diminuição da renda familiar, cerca de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (PARANÁ, 2018; SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA, 2018).

2.3 DIRETRIZES

A nova diretriz “2017 do *Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults*” inclui novas recomendações sobre prevenção, detecção, avaliação e controle da pressão arterial elevada em adultos. Modificou-se os valores de referência da pressão arterial (PA) sistólica e diastólica (Diretrizes de Hipertensão Arterial, 2018).

A definição de pressão arterial normal não mudou em relação ao protocolo anterior, porém foi eliminado a classificação da “pré-hipertensão”, além de ser definidos níveis pressóricos de pré-hipertensão para pressão arterial elevada, e hipertensão arterial estágio 1 para pressão sistólica situada em 130 a 139 mmHg e a diastólica em 80 a 89 mmHg (Diretrizes de Hipertensão Arterial, 2018).

Classificação da pressão arterial pelo JNC7 e pelo 2017 ACC/AHA *Hypertension Guidelines*:

Quadro 1. Classificação da pressão arterial.

Pressão arterial sistólica, diastólica (mmHg)	JNC7 (Legislação anterior)	2017 ACC/AHA (Nova Legislação)
< 120 e < 80	PA normal	PA normal
120–129 e < 80	Pré-hipertensão	PA elevada
130–139 ou 80–89	Pré-hipertensão	Hipertensão estágio 1
140–159 ou 90–99	Hipertensão estágio 1	Hipertensão estágio 2
≥ 160 ou ≥100	Hipertensão estágio 2	Hipertensão estágio 2

Fonte: Diretrizes de Hipertensão Arterial, 2018.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se da estratégia metodológica de pesquisa-ação, que tem como objetivo fazer os participantes se conscientizar de determinadas realidades, identificar as dificuldades, solucionar os problemas e produzir o conhecimento.

A pesquisa-ação vai além da participação, percorre a ação planejada de caráter social, educacional e técnico. É realizada com a associação da ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual os participantes representativos da situação da realidade a ser investigada estão envolvidos de modo cooperativo e participativo (THIOLLENT, 1985).

A estratégia será aplicada na Estratégia de Saúde da Família Rural (ESF) do Pedregulho, que se localiza na zona rural do município de Coronel Domingo Soares-PR. A ESF fica distante da unidade central do município, em inúmeros momentos a equipe enfrenta a falta de veículos para deslocamento até a USF, ocasionando o cancelamento dos atendimentos e atividades, além da dificuldade no acesso as residências, terrenos íngremes, moradia distante de pacientes. Ressalta-se que cerca de 20% da população não é assistida pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

O município possui um grande número de pessoas adultas e idosas, o que geralmente indicam um número elevado da prevalência de doenças crônicas, como a diabetes mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Na ESF rural atende-se aproximadamente 800 pessoas, sendo que desses, aproximadamente 200 são hipertensos.

A equipe consegue realizar regularmente atividades com grupos de HIPERDIA (Hipertensão + Diabetes), a fim de diminuir a prevalência, como também realizar o controle das doenças. A partir da realidade local pensou-se em realizar um projeto de intervenção para diagnóstico da falha na adesão terapêutica em pacientes da ESF do Pedregulho com hipertensão arterial. Procura-se avaliar se a falha é ocasionada devido a distância das residências a ESF, orientação ineficaz, falta de interesse, baixa escolaridade, falha na entrega e distribuição dessa medicação, acompanhamento insatisfatório do médico; farmacêutico, psicólogo e nutricionista; ineficiência de exames de rastreio e acompanhamento ou até mesmo falta de incentivos.

Observa-se que apesar de a ESF possuir uma equipe multi/interdisciplinar, que trabalha de forma unificada e capacitada para a assistência, além das mais variadas medicações para o tratamento da HAS disponibilizado pela secretaria de saúde, a população atendida ainda não consegue controlar os níveis pressóricos.

Para a coleta dos dados serão convidados os pacientes que realizam acompanhamento e tratamento na ESF, de ambos os sexos. Segundo os dados na unidade hoje são acompanhados cerca de 200 pacientes hipertensos, em tratamento regular, com ou sem controle dos níveis pressóricos. A seleção ocorrerá por meio de convites individuais pelas ACS; pela enfermeira ou pelo médico nos dias de realização do HIPERDIA; durante a consulta médica; ou nas visitas domiciliares. Os critérios de inclusão são: estar regularmente realizando acompanhamento e tratamento, estar sendo assistido pela ESF e participar espontaneamente da atividade. Os critérios de exclusão são: não querer participar da atividade, não possuir diagnóstico de HAS, não estar realizando acompanhamento e tratamento.

Os participantes do estudo serão informados sobre o propósito do estudo, e esclarecidos de que poderão se recusar a participar e/ou desistir do estudo em qualquer momento que desejarem, sem que isso acarrete algum tipo de prejuízo aos mesmos.

Na primeira etapa será realizado um questionário semiestruturado, sendo abordado os assuntos: quais as medicações que o paciente faz uso, qual a quantidade de medicamentos em uso contínuo, a importância do uso das mesmas, o uso correto da medicação, quais as dificuldades encontradas durante a realização do tratamento, a importância da alimentação e a participação nas reuniões do HIPERDIA. A coleta dos dados será realizada entre os meses de maio a junho de 2019.

A partir dos dados coletados, será realizado quais as principais falhas no tratamento correto, conforme o questionário aplicado, a partir das variáveis que interferem na adesão ao tratamento. Posteriormente será elaborado do planejamento da implementação da ação educativa, a fim de problematizar as falhas da adesão e incentivar o auto- cuidado.

Será realizado a princípio um encontro, podendo ser prorrogado para novos encontros, conforme for avaliado à necessidade da população. Os pacientes serão convidados para um encontro, pré-determinado na ESF, dentro do horário de expediente.

Para o desenvolvimento da atividade de intervenção optou-se por metodologias ativas, participativas e dialógicas, intitulada como world coffee, a qual irá estimular a discussão dos participantes sobre os principais pontos das falhas apontadas, com possíveis resoluções, conforme as dificuldades apontadas.

O world coffee é uma técnica que potencializa diálogos e viabiliza a construção coletiva dos principais temas. É organizado subgrupos, com quatro pessoas, sendo disponibilizado de vinte a trinta minutos para o pequeno grupo realizar a exposição das suas ideias, posteriormente os subgrupos giram para novas discussões, aonde os grupos anteriores estavam. Para cada subgrupo é escolhido um anfitrião que será responsável por organizar as ideias e orientar os novos grupos. Durante a realização da atividade os participantes podem comunicar-se entre si e alimentar-se (MACHADO, PASSOS, 2017).

Após esta atividade será realizado uma roda de conversa expondo os conteúdos antes discutidos em subgrupos. Para essa atividade será convidado a equipe multidisciplinar, a fim de qualificar ainda mais a intervenção a ser realizada.

O Recurso Educacional à Distância (REA) que será utilizado é o flyer, o qual será distribuído no dia da atividade entre os participantes, além de ficar disponível na USF Pedregulho, em um local de fácil acesso e visualização dos pacientes, como também será deixado na USF central do município para assim, possibilitar uma maior amplitude da atividade e conseqüentemente uma maior adesão. Neste flyer será abordado a importância da adesão ao tratamento de HAS, as implicações da falha do tratamento, orientações sobre alimentação, uso correto da medicação e dicas de organização com os medicamentos.

A roda de conversa é uma ferramenta do cuidado que pode ser utilizada em qualquer espaço comunidade com local e horário definidos. Ela ocorre ao longo de algumas etapas: acolhimento dos pacientes, escutar suas dúvidas, compartilhar experiências. A realização da roda de conversa tem sido uma ótima ferramenta para desenvolver as atividades educativas nas unidades da saúde da família (TAJRA, 2015).

A roda de conversas envolve, portanto, um conjunto de trocas de experiências, conversas, discussão e divulgação de conhecimentos entre os envolvidos nesta metodologia (NASCIMENTO, SILVA, 2009).

A avaliação da atividade será realizada a partir da visualização das atividades desenvolvidas primeiramente nos subgrupos e posteriormente em grupo, pelo

médico, frente a participação e evolução do grupo durante a realização world coffee e discussão. Essa avaliação será realizada logo após o encontro.

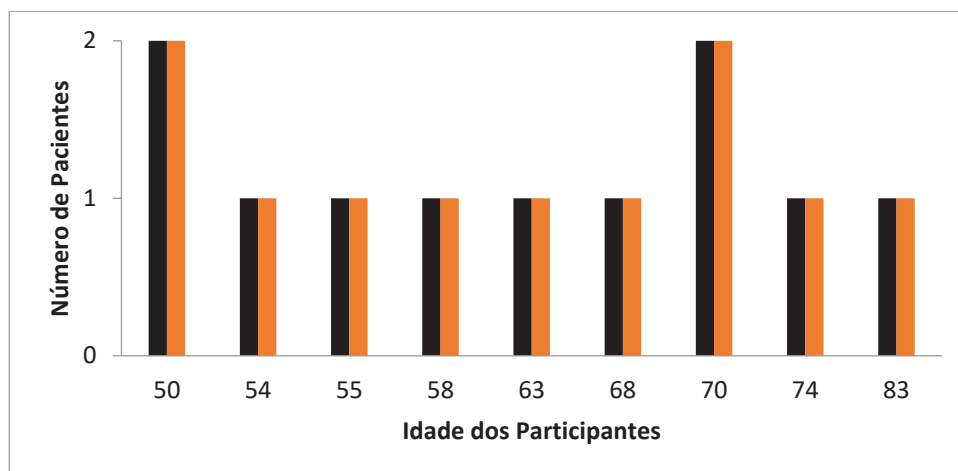
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A partir do diagnóstico da população do município e a elevada prevalência de HAS, no primeiro momento foi aplicado o questionário aos participantes que aceitaram participar da atividade. Devido ao elevado índice de chuvas no mês de maio e junho, não foi possível ir até a unidade de saúde do Pedregulho todas as semanas. O percurso até a UBS contém algumas pontes, que ficaram submersas, em determinadas datas, impossibilitando a passagem do transporte da equipe de saúde. Além disso, alguns pacientes negaram-se a participar da coleta dos dados, ocasionando a participação de somente onze pacientes.

O questionário continha oito pontos-chaves para organizar quais intervenções seriam necessárias abordar com prioridade. As questões eram: Idade; Você toma alguma medicação para mais de uma doença (Sim, Não, Qual delas); Qual a quantidade de medicamentos que o senhor (a) ingere por dia; Você acha importante tomar corretamente a medicação (Sim, Não); Você toma corretamente a medicação todo dia (Sim, Não, Apenas quando lembro, Apenas quando a pressão está alta); Qual a maior dificuldade encontrada pelo senhor(a) sobre a utilização correta da medicação (Falta de orientação, falta de fornecimento pela Unidade Básica de Saúde, grande variedade de medicação, distância da unidade, estar bem- não apresentar sintomas, falta de acompanhamento da equipe); O senhor(a) considera importante reduzir a quantidade de sal e açúcar de sua alimentação (Sim, Não) Justifique a sua resposta e O senhor (a) participa de todas as reuniões do HIPERDIA (Sim, Não)- Caso a resposta tenha sido “Não”, qual o motivo (Horário, duração, atividade desinteressantes, outros).

Analisando os dados coletados observou-se que a idade dos participantes variou de 50 anos a 83 anos, sendo que pacientes com 50 anos e 70 anos tiveram dois participantes, conforme apresentado na Gráfico 1.

GRÁFICO 1. NÚMERO DE PACIENTES E RESPECTIVAS IDADES

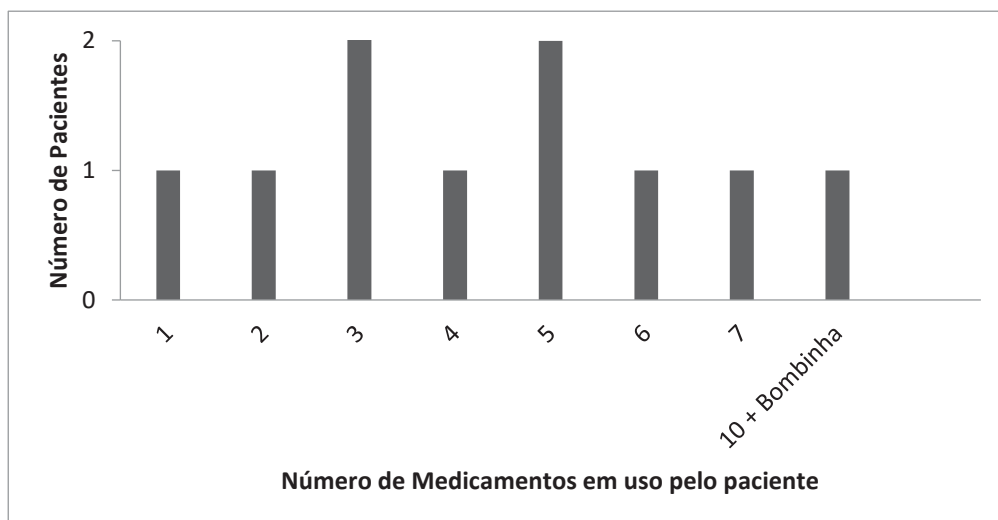


Fonte: autor

Quando questionados se faziam uso de medicamento para mais de uma doença oito pacientes responderam sim, caracterizando 72,72 % e três responderam não. Além do tratamento de hipertensão as outras doenças citadas que estão sendo tratadas foram: depressão, hipotireoidismo, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), arritmia cardíaca, ansiedade, DM, dislipidemia e alergia.

Para o tratamento da HAS e das demais doenças somente um participante relatou que faz uso de um medicamento, os demais fazem uso de dois ou mais medicamentos. No gráfico 2 podemos observamos o número de pacientes com a respectiva quantidade de medicamentos em uso atualmente.

GRÁFICO 2. NÚMERO DE PARTICIPANTES E O NÚMERO DE MEDICAMENTOS EM USO



Fonte: autor

A partir do gráfico 2 pode-se observar que a maioria dos pacientes faz uso de mais de uma medicação diária, o que acaba gerando dificuldades na organização para o uso, além de confusão no momento do uso. Abordar a temática do uso correto da medicação implica em inúmeras questões como a automedicação, através dos medicamentos que “sobraram” de tratamentos anteriores, medicamentos naturais “medicina alternativa”, orientações de amigos, familiares, vizinhos, além da medicação prescrita pelo médico que acompanha o caso clínico. Esse uso desenfreado e de várias medicações, denomina-se polimedicação. A polimedicação (PM) é o uso simultâneo, cronicamente, de mais de três meses, e de variados fármacos concomitantemente (PATEL, 2003; SILVA, LUÍS, BISCAIA, 2004).

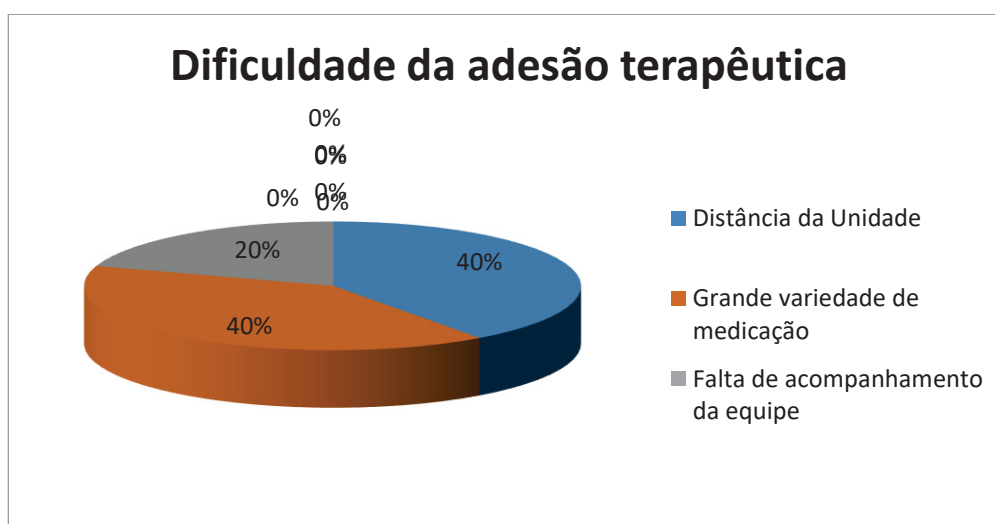
Todos os participantes afirmam saber da importância de tomar corretamente a medicação, apesar da maioria não realizar. Eles têm o conhecimento sobre as implicações do uso incorreto. Dos participantes apenas oito pacientes relatam fazer o uso correto da medicação, caracterização 72,72%. Dos demais, dois relatam fazer o uso da medicação conforme lembram e um dos participantes somente quando a pressão arterial está alta.

Estudos afirmam que a adesão inadequada do tratamento ocasiona o agravamento da saúde, além do aumento dos gastos com a atenção especializada (BROWN, BUSSELL, 2011; NAIR et AL, 2011; MANSOUR, MONTEIRO, LUIZ, 2016). A adesão ao tratamento é complexa e influenciada por vários fatores como: o

ambiente, o nível de conhecimento, o nível de entendimento, as orientações e o acompanhamento desse paciente (RIERA, 2000; DANIEL, VEIGA, 2013). Segundo Pierin, Strelec e Mion (2004) a falta de adesão medicamentosa, com a desistência do tratamento em pacientes hipertensos, atinge de 16 a 50% no primeiro ano.

Para compreensão dos motivos os quais não está sendo efetivada a adesão terapêutica foi questionado sobre qual seria a maior dificuldade para o correto uso da medicação. A distância da unidade e a grande variedade da medicação foram as mais citadas, conforme mostra o gráfico 3 abaixo.

GRÁFICO 3. DIFICULDADE DA ADESÃO TERAPÊUTICA.



Fonte: autor

Ressalta-se que a distância da unidade já era um dos fatores estipulados anteriormente. O município conta com uma grande extensão de terra, dificultando o acesso de boa parte da população as unidades de saúde.

A grande variedade de medicação é outro ponto destacado no gráfico 2, sendo agora diretamente relacionado como um dos fatores de dificuldade na adesão.

As coletas dos dados foram realizadas entre os meses de maio e junho, sendo posteriormente discutidos entre a equipe. Foi decidido abordar sobre o tema da HAS, sinais e sintomas, fatores de risco, orientações, adesão medicamentosa e a polimedicação.

A intervenção foi realizada no dia 31 de maio das 13h30min até as 16h30min na unidade de saúde do Pedregulho. Fizeram-se presentes quinze pacientes, sendo 10 mulheres e cinco homens, hipertensos, que fazem acompanhamento na unidade. A atividade foi organizada e realizada na sala de espera da unidade, na entrada foi deixado o painel, o qual já estava ao longo da semana, que abordava sobre a HAS e convidava a população para o evento. Os convites foram realizados ao longo das consultas pelo médico e a enfermeira, além das ACS nas visitas domiciliares. Ao centro havia cadeiras colocadas em círculo para auxiliar a visualização de todos os participantes e incentivar a troca de experiências e informações. O ambiente estava aconchegante e acolhedor. No outro lado da sala de espera foram organizadas três mesas em círculo para a realização da metodologia ativa, world coffee, uma para cada estação e conteúdo, ao centro estava à mesa com as frutas, chá e café.

Inicialmente foi realizada uma pequena explanação sobre a hipertensão arterial, seus sinais e sintomas, fatores de risco e orientações. Para esse momento foi preparado algumas imagens em slides e alguns vídeos autoexplicativos. A equipe multidisciplinar também se fez presente, a farmacêutica e a nutricionista do município fizeram uma fala sobre o uso correto da medicação, como organizar a medicação, além dos cuidados com a alimentação.

Segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016) os fatores de risco são: Idade, sexo e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genéticos.

Após a fala deu-se início a metodologia ativa World Coffee, os quinze participantes foram divididos em três estações de cinco membros cada: o primeiro grupo discutiu sobre os fatores de risco da pressão arterial, o segundo sobre as complicações e os cuidados com a hipertensão arterial e o terceiro sobre organização dos horários e medicamentos a fim de todos serem usados corretamente, conforme a prescrição.

Percebeu-se que no primeiro momento os participantes ficaram ansiosos e apresentavam-se desmotivados. Foi lhes explicado sobre a metodologia, a divisão dos subgrupos e que teriam trinta minutos para discutir sobre o tema em cada estação. Em cada subgrupo ficou um profissional (o médico, a enfermeira e no outro

a farmacêutica e a nutricionista), os quais representariam os anfitriões, a fim de organizar as ideias e auxiliar na organização dos cartazes.

Nesse momento a equipe identificou a dificuldade de compreensão e organização das ideias por essa população. A maioria possui um nível de escolaridade e de entendimento das informações baixo.

Foi deixado um tempo a mais que o estipulado para os grupos, no início os pacientes não participaram e poucas informações foram levantadas, ao longo do tempo começaram a falar e trocar as informações, contribuindo para a construção da discussão. Após quarenta minutos os grupos giraram para uma nova mesa de discussões, modificando o tema antes discutido, porém sem fragmentá-lo, o terceiro e último giro ocorreu após 30 minutos da discussão. Durante a realização da atividade os participantes alimentaram-se, comunicaram-se entre si e discutiram os temas (MACHADO, PASSOS, 2017). Observou-se a participação ativa dos pacientes após alguns minutos do início das atividades, alguns apresentavam algumas dificuldades na verbalização das opiniões, porém o grupo conseguiu se unir e explicar todas as opiniões.

No momento da apresentação dos assuntos levantados e abordados, cada grupo levantou-se e explicou sobre o último tema abordado. Pode-se notar o aprofundamento que os participantes deram aos temas, em alguns momentos não sabiam explicar cientificamente, porém demonstraram-se sempre atentos aos conhecimentos e informações repassados pela equipe ao longo das consultas, acompanhamentos e até mesmo na explicação inicial realizada.

A roda de conversa posteriormente foi ainda mais produtiva, apesar de cada grupo apresentar os pontos elencados, todos discutiram e até mesmo levantaram pontos ainda não mencionados, o grupo questionou se poderia ser anexado aos seus cartazes as novas informações expostas, sendo positivamente apoiados.

O assunto mais discutido e o qual foi dado mais ênfase foi à adesão terapêutica. As dificuldades elencadas anteriormente para a realização da mesma, foram sugeridos meios de organização dos medicamentos e cuidados com os horários. Os celulares, hoje tão presentes no cotidiano, foram elencados como

primordiais no controle do horário, o uso do despertador, é um método de auxiliar a lembrança do uso do medicamento. Além disso, a organização de divisórias em caixas (ex: de sapato) conforme os horários da medicação, ou até mesmo o desenho de uma xícara (café da manhã), prato de comida (almoço) e lua (janta), como desenho de lembrança para os horários também foram elencados.

Após o término da discussão na roda de conversa, foi perguntado aos pacientes, sobre a atividade e a metodologia utilizada, se acharam válidas e se adquiriram novos conhecimentos. Alguns contribuíram e falaram que foi positiva, pois assim compreenderam de uma forma mais dinâmica, diversos pontos importantes sobre a doença, além de priorizar cuidados, que até então não estavam sendo realizados. Segundo eles no primeiro momento pensavam que a responsabilidade sobre a HAS e o controle estava na unidade de saúde, e a partir da atividade perceberam que o autocuidado também era primordial no tratamento. Além disso, falaram que não achavam que a alimentação e o uso correto da medicação implicavam tanto no tratamento, pensavam apenas que a medicação estava incorreta.

Após a atividade foi distribuído aos presentes o flyer (Figura 4) desenvolvido pela equipe multidisciplinar. Esse material também ficou disponível da unidade e foi entregue aos demais pacientes que não puderam estar presentes na atividade.

FIGURA 4. FLYER DESENVOLVIDO.



Fonte: Autor

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se com o projeto que a distância da unidade de saúde e a grande variedade de medicamentos foram os motivos mais citados para a não adesão terapêutica, seguido da falta de acompanhamento da equipe de saúde. A partir do diagnóstico da população assistida, seguiu-se a intervenção, sendo atendido a quase todos os objetivos propostos, deixando em aberto a redução da incidência da hipertensão e diabetes no município. Esse objetivo só poderá ser avaliado após alguns meses da implantação do projeto no município. Ressalta-se que a atividade não tem o objetivo de ser finalizada.

Os hipertensos participantes possuíam de 50 a 83 anos, e a sua maioria faz uso de mais de um medicamento para a doença, ou outras, porém associadas diretamente a doenças hipertensivas. Além disso o uso concomitante de várias medicações, pode gerar esquecimento ou confusão no momento do uso. Os pacientes também afirmam que sabem da importância de tomar corretamente a medicação, porém só a fazem quando lembram ou quando a pressão arterial está elevada.

Acredito que o projeto tenha sido apenas o início de um grande trabalho que pode ser realizado no município, apesar de somente dez pessoas participarem no dia da intervenção, outros pacientes foram orientados e pretende-se orientar o máximo de pacientes atendidos na unidade. Recomenda-se que futuramente todas as unidades do município realizem a intervenção, a fim de atingir cem por cento da população hipertensa.

REFERÊNCIAS

BROWN, M.T; BUSSELL, J.K. Medication adherence: who cares? **Mayo Clin Proc**, v. 86, n.4, p.304-14, 2011.

DANIEL, A.C.Q.G; VEIGA, E.V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Eintein**, v.11, n.3, p. 331-7, 2013.

MACHADO, M.P.P; PASSOS, M.F.D. O uso de world café. **Int. J. Eng. Manag.** Florianópolis, v. 3, n.3, p. 1-14, 2017.

MANSOUR, S.N; MONTEIRO, C.N; LUIZ, O.C. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do programa remédio em casa. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, v.25, n.3, p.647-654, 2016.

MANUAL DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Sociedade Brasileira de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**. Editores: Andréa Araujo Brandão e Armando da Rocha Nogueira, p.108, 2018.

NAIR, K.V et al. Understand barriers to medication adherence in the hypertensive population by evaluating responses to a telephone survey. **Patient Prefer Adherence**, v.5, p.195-206, 2011.

NASCIMENTO, M.A.G; SILVA, C.N.M. Rodas de Conversa e Oficinas Temáticas: Experiências Metodológicas de Ensino-Aprendizagem, 2009. Disponível em: <file:///E:/Usuario/Downloads/rodasdeconversaENPEG.pdf>. Acessado dia 10 de abril de 2019.

NEWS.MED.BR, 2017. Novas diretrizes de hipertensão arterial com mudanças na classificação. Disponível em: <<https://www.news.med.br/p/medical-journal/1307068/novas-diretrizes-de-hipertensao-arterial-com-mudancas-na-classificacao.htm>>. Acesso em: 4 set. 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado de da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia de hipertensão arterial/ SAS. 2ª Edição. Curitiba, 2018.

PATEL, R.B. Polypharmacy and the elderly. **J Infus Nurs**, v.26, p.166-9, 2003.

PIERIN, A.M; STRELEC, M.A; MION, D.J. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AM. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidado. São Paulo: Manole, p. 275-289, 2004.

RIERA, A.R. **Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêutica**. São Paulo: Atheneu; 2000.

SANJULIANI, A.F. Fisiopatologia da hipertensão arterial: conceitos teóricos úteis para a prática clínica. **Revista da SOCERJ**, v. 15, n.4, 2002.

SILVA, P; LUÍS, S; BISCAIA, A. Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. **Rev. Port. Clin. Geral**, v.20, p. 323-36, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia. v.107, n.3, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia. v.107, n.3, 2016.

TAJRA, I. Roda de conversa como instrumento para criação de grupos de interação social e educacional em saúde- relato de experiência. 2015, 18 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Educação Permanente em Saúde e Movimento) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Teresina- PI, 2015.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. São Paulo: Cortez,1985.