



FALTA DE ADESÃO AO TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES EM ATENÇÃO PRIMÁRIA DE DOENÇAS CRÔNICAS E SUAS COMPLICAÇÕES

Barbara Gonçalves Vitória¹

Gabriel Lourenzatto Silveira²

Lorena Hemily Silva Siqueira³

Rogério Fraga Troian⁴

Robson Ribeiro Rezende⁵

RESUMO: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, é uma síndrome, por estar associada aos distúrbios metabólicos, como obesidade, dislipidemias, aumento da resistência à insulina e diabetes mellitus, entre outros. No presente trabalho foi demonstrado o acompanhamento domiciliar durante 4 meses de uma família indicada na disciplina PINESF VII. Objetivou-se a prevenção de eventos cardiovasculares através da orientação do paciente sobre mudanças no estilo e vida, principalmente ao manejo correto do tratamento médico proposto e também à alimentação. Os pacientes são um casal de idosos, sendo um do sexo masculino, 86 anos, cardiopata, hipertenso, dislipidêmico, sedentário, alimentação desbalanceada e histórico de 4 AVC's e outro paciente sexo feminino 80 anos, cardiopata, hipertensa e histórico de 3 AVC's. Foram seguidas todas as etapas da metodologia da problematização com o Arco de Maguerez, para a construção de uma medida que abrangesse a educação em saúde e a mudança de hábitos. Foram realizadas visitas quinzenais e reforçada a importância de adesão ao tratamento da maneira correta por parte dos pacientes bem como orientação aos seus cuidadores. Dessa forma, a utilização do método de orientação assistida mostrou-se eficaz e efetiva para adequação do correto acompanhamento do paciente e consequente prevenção dos agravos cardiovasculares futuros.

PALAVRAS-CHAVE: Doença Cardiovascular. Prevenção. HAS. AVC. Arco de Maguerez.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA é uma síndrome, por estar associada aos

¹ Acadêmica de Medicina da Faculdade Alfredo Nasser. E-mail: barbaravitoria_g@hotmail.com;

² Acadêmico de Medicina da Faculdade Alfredo Nasser. E-mail: glourenzatto@gmail.com;

³ Acadêmica de Medicina da Faculdade Alfredo Nasser. E-mail: lorenafarmed@hotmail.com;

⁴ Acadêmico de Medicina da Faculdade Alfredo Nasser. E-mail: fragatroian@gmail.com;

⁵ Preceptor da disciplina PINESF VII do curso de Medicina da Faculdade Alfredo Nasser. E-mail: robson3r.enf@outlook.com.

distúrbios metabólicos, como obesidade, dislipidemias, aumento da resistência à insulina e diabetes mellitus, entre outros.

É uma das doenças mais frequentes em nível global, chamadas como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). O estudo dessa patologia é importante devido ao alto risco de desenvolver complicações ou aparição de outras doenças, além disso, é associada as alterações funcionais ou estruturais de órgãos, como rins, coração, encéfalo e vasos sanguíneos. É uma patologia caracterizada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doença vascular cerebral.

A HAS tem alta prevalência, ou seja, considera-se um problema de saúde pública no âmbito mundial pelo risco e dificuldade de controle. A Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS) estima nos próximos 10 anos que 2,4 milhões das doenças cardiovasculares serão atribuídas a hipertensão arterial, nas Américas.

Um fator de risco é uma condição que aumenta o risco cardiovascular, ou seja, aumenta a probabilidade de sofrer uma doença cardiovascular. Os fatores de risco podem ser divididos em duas grandes categorias: fatores de risco modificáveis e fatores de risco não modificáveis. Os fatores de riscos modificáveis incluem hiperlipidemia, tabagismo, etilismo, hiperglicemia, obesidade, sedentarismo, má alimentação e uso de contraceptivos; e os não modificáveis incluem história familiar de DCV, idade, sexo e raça.

A falta de adesão ao tratamento da hipertensão tem como resultado o acometimento vascular degenerativo, podendo evoluir para acidente vascular cerebral hemorrágico, insuficiência renal e insuficiência cardíaca. Em outra visão, alterações degenerativas do sistema vascular de natureza aterosclerótica que se agrava ou acelera pela hipertensão arterial².

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desse trabalho foi utilizado o Arco da Problematização de Juan Charles Magueréz como caminho norteador para operacionalização da proposta. Esse caminho metodológico tem como finalidade a análise da realidade, seguindo uma trajetória de observações e focalizações do problema, reflexões, teorizações, hipóteses de solução e proposições para, assim, chegar novamente à realidade e poder transformá-la. O arco da problematização segue cinco etapas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade.

Tal metodologia fora aplicada durante a disciplina curricular PINESF VII, realizada em uma UBS no município de Aparecida de Goiânia - GO.

Foram usadas como subsídio, e apoio do estudo, principalmente, a I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular, dentre outras. A partir deste estudo, foram elaboradas propostas de intervenção e hipóteses de solução para a tentativa de diminuição do risco de problemas cardiovasculares do paciente acompanhado durante o estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etapa 1 – Observação da realidade

A.C, masculino, 86 anos, casado, aposentado, baixo nível de instrução, 6 filhos, católico, nega etilismo e tabagismo, sedentário, alimentação não balanceada, hipertenso, teve 4 Acidente Vascular Encefálico (AVE). Faz uso dos seguintes medicamentos: Losartana 50mg 1:0:0, Hidroclorotiazida 25mg 1:0:0.

M.D.P.S, feminino, 80 anos, casada, aposentada, baixo nível de instrução, 6 filhos, católica, nega etilismo e tabagismo, sedentária, alimentação não balanceada, hipertensa, teve 3 AVE. Faz uso dos seguintes medicamentos: Atenolol 25mg 1:0:0, AAS 100mg 1:0:0.

Durante as visitas a esse casal, pode-se observar que a moradia dos pacientes é adequada, casa de alvenaria, sem rede de esgoto, com fossa séptica, água encanada e com conforto necessário para toda família. O casal reside com um dos seis filhos, durante o dia possui uma cuidadora que também realiza as atividades domésticas.

Na anamnese, o paciente A.C, relata ingestão hídrica adequada e que não tem condições físicas para realizar nenhuma atividade física, pois não consegue caminhar por muito tempo. A paciente M.D.P.S, relata uma ingestão hídrica adequada, não realiza atividades físicas, pela mesma razão do esposo. Dormem pelo menos 7 horas por noite, realizam mais de 3 refeições diárias.

Ao exame físico os pacientes apresentavam-se com bom estado geral, lúcido e orientado no tempo e espaço, ativo e colaborativo. Corado, hidratado, eupnêico, acianótico, anictérico e afebril. No A.C, a Pressão Arterial era de 160 x 90mmHg, Frequência de 63 bpm, Frequência respiratória de 16 ipm. Ausência de retrações, cicatrizes e abaulamentos no couro cabeludo. Face simétrica com mímica preservada. Ausência de lesões de pele. Ausência de alterações em globo ocular. Movimentos oculares preservados. Pavilhão auricular e conduto auditivo

externo sem lesões ou secreções. Narinas e vestíbulo nasal sem alterações. Ausência de linfadenomegalias. Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas 2 tempos, sem sopros. Tórax simétrico, expansibilidade pulmonar preservada, murmúrio vesicular fisiológico e ausência de ruídos adventícios.

Na M.D.P.S, Pressão Arterial era de 170 x 90mmHg, Frequência cardíaca de 65 bpm, Frequência respiratória de 17 ipm. Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas 2 tempos, sem sopros. Tórax simétrico, expansibilidade pulmonar preservada, murmúrio vesicular fisiológico e ausência de ruídos adventícios. Foi observada uma massa de 10 cm longitudinal, 7 cm de largura, na região anterior do antebraço esquerdo, compressível e não aderida. Movimentos oculares preservados. Pavilhão auricular e conduto auditivo externo sem lesões ou secreções. Narinas e vestíbulo nasal sem alterações. Ausência de linfadenomegalias.

Etapa 2 – Pontos-chave

O problema levantado no caso foi evidenciado, sendo que as visitas domiciliares facilitaram a visualização do contexto em que os pacientes estão inseridos facilitando um recorte do problema. Engajados e comprometidos com o caso, e com intuito de diminuir eventos cardiovasculares futuros, além de serem feitas reflexões sobre os seguintes aspectos: qual o motivo do indivíduo não aderir ao tratamento proposto pelo médico da UBS? Não praticar atividade física regular? Submeter-se à estresse constante? Realizar poucas pausas para descanso? Consumir em demasia alimentos industrializados? Mesmo sabendo que todas essas práticas contribuem para maior incidência de eventos cardiovasculares.

A maioria da população brasileira não tem conhecimento adequado sobre a real importância de uma alimentação balanceada, hábitos de vida saudáveis e sua contribuição, a longo prazo para a saúde, na prevenção de agravos. Por muitas vezes, acabam por consumir alimentos industrializados, devido a sua praticidade de consumo e fácil acesso sem saber sua real composição, sendo muitas vezes, ricos em gorduras saturadas, açúcar e sódio, as quais geralmente ultrapassam os limites diários e serem consumidos.

Etapa 3 – Teorização Baseada nos pontos-chave

A partir do exposto supracitado na etapa 2 desenvolvemos a teorização referente à doença cardiovascular e prevenção de seus agravos, através de uma revisão sistemática da literatura.

O perfil de mortalidade no Brasil indica que as doenças do aparelho circulatório (com predomínio das doenças cerebrovasculares e doença isquêmica do coração) representam a primeira causa de morte.

No Brasil, HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015.

As taxas de mortalidade têm apresentado redução ao longo dos anos, com exceção das doenças hipertensivas (DH), que aumentou entre 2002 e 2009 e mostrou tendência a redução desde 2010. As taxas de DH no período oscilaram de 39/100.000 habitantes (2000) para 42/100.000 habitantes. As doenças isquêmicas do coração (DIC) saíram de 120,4/100.000 habitantes (2000) para 92/100.000 habitantes (2013), e as doenças cerebrovasculares (DCbV) saíram de 137,7/100.000 habitantes (2000) para 89/100.000 habitantes (2013); também houve redução da IC congestiva (ICC), que variou de 47,7/100.000 habitantes (2000) para 24,3/100.000 habitantes (2013)

Uma revisão mostrou que as taxas de conhecimento (22% a 77%), tratamento (11,4% a 77,5%) e controle (10,1% a 35,5%) da PA também variaram bastante, dependendo da população estudada. E os principais fatores de risco para hipertensão são: idade, sexo e etnia, excesso de peso e obesidade, tabagismo, ingestão de álcool, sal, sedentarismo, genética e fatores socioeconômicos.

Etapa 4 – Hipótese de Solução

Estratégias para prevenção do desenvolvimento da HA englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de FR associados, por meio da modificação do estilo de vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos.

Para o correto diagnóstico de HAS deve ser realizada avaliação inicial de um paciente para a confirmação do diagnóstico, a suspeição e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco CV. As lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas também devem ser investigadas. Fazem parte dessa avaliação a medição da PA no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados, história médica (pessoal e familiar), exame físico e investigação clínica e laboratorial.

A MAPA e a MRPA são os métodos habitualmente utilizados para realizar as medições fora do consultório. Ambas fornecem informações semelhantes da PA, porém só a MAPA avalia a PA durante o sono. Ambas, entretanto, estimam o risco CV, devendo ser consideradas aplicáveis para a avaliação da PA fora do consultório, respeitando-se as suas indicações e limitações.

A abordagem terapêutica da PA elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos CV e renais.¹⁻³ Medidas não medicamentosas têm se mostrado eficazes na redução da PA, apesar de limitadas pela perda de adesão a médio e longo prazo.

Resultados de estudos clínicos controlados e randomizados com uso de fármacos anti-hipertensivos placebocontrolados em hipertensos demonstraram claramente redução significativa de mortalidade CV, AVE, infarto do miocárdio e IC. Cabe destacar que a maioria desses estudos avaliou indivíduos com idade ≥ 55 anos, de alto risco CV e tempo de seguimento de 3 a 6 anos, limitando, portanto, a extrapolação desses benefícios para o tratamento de longo prazo e em pacientes com outras características. A decisão terapêutica deve basear-se não apenas no nível da PA, mas considerar também a presença de FR, LOA e/ou DCV estabelecida.

As mais recentes diretrizes internacionais preconizam metas pressóricas mais conservadoras para idosos e aqueles com alto risco CV, incluindo diabéticos, principalmente pela falta de evidências que suportem recomendações em diferentes perfis de pacientes. Entretanto, meta-análises e o estudo SPRINT³¹ sugerem a revisão dessas recomendações. Meta-análise de 32 estudos controlados e randomizados com 104.359 indivíduos com diferentes níveis iniciais de PA (estágios 1 a 3) comparou o impacto de valores de PAS alcançados < 150 mmHg, < 140 mmHg e < 130 mmHg e de PAD < 90 mmHg e < 80 mmHg sobre mortalidade (total e CV) e desfechos CV (AVE, DAC e IC). A redução da PA a 140-149 mmHg (média 143,3 mmHg), comparada a > 150 mmHg, mostrou redução significativa do risco de mortalidade total e CV, AVE, DAC e IC.

A comparação de valores atingidos de PAS de 130-139 mmHg (média 137,2 mmHg) com cifras > 140 mmHg mostrou reduções do risco de mortalidade total e CV, AVE, DAC, mas não de IC; e a comparação de valores alcançados de PAS de 120-129 mmHg (média 126,8 mmHg) com > 130mmHg se acompanhou de redução do risco de mortalidade total e AVE.

A prática regular de atividade física aeróbia, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana, está indicada para a prevenção, sendo que para o tratamento recomenda-se o exercício diário supervisionado. Exercícios resistidos podem ser associados aos aeróbios.

Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m²) e medidas de circunferência abdominal abaixo de 102 cm, para homens e 90 cm, para mulheres.

Diferentes técnicas de controle do estresse têm sido avaliadas, porém com resultados conflitantes. Meditação, musicoterapia, biofeedback, yoga, entre outras técnicas de controle do estresse, foram capazes de reduzir discretamente a PA de hipertensos. No entanto, qualquer ganho é válido no que diz respeito de agravos que podem trazer sequelas irreversíveis para o paciente.

Para hipertensos sem controle adequado da PA, recomendam-se avaliações médicas mensais, com o objetivo de alcançar a meta pressórica recomendada o mais breve possível mediante ajustes terapêuticos sequenciais. Sempre que possível, o controle pressórico deve ser confirmado com medições de PA obtidas fora do consultório, seja pela MAPA de 24 horas ou por medidas residenciais da PA.

Em idosos e naqueles com elevações muito significativas da PA, convém reduzir os níveis pressóricos de forma mais cautelosa, progressiva, cabendo um julgamento caso a caso, conforme as condições gerais do paciente, a presença de comorbidades e de medicação concomitante.

Mediante à revisão sistemática da literatura, realizada na teorização, pode-se desenvolver as possíveis hipóteses de solução como orientação didática ao paciente a respeito de uma adesão terapêutica correta, prática crucial para a prevenção de eventos cardiovasculares.

Etapa 5 – Aplicação à realidade

Foi orientado aos pacientes bem como seus filhos e cuidadores a importância do comparecimento às consultas marcadas pela UBS, pois assim seriam realizadas de maneira

sistemática o acompanhamento ambulatorial de seus níveis pressóricos visto que em quase todas as visitas realizada ambos pacientes encontravam-se em franco aumento de HAS.

Os pacientes aceitaram bem a proposta e mostraram-se bastante motivados a seguir nossas orientações, não só no seu dia-a-dia, mas no de toda a sua família.

Ao retorno à residência dos pacientes, a cuidadora nos relatou que vem tentando colocar em prática nossas orientações, mas que vem tendo dificuldade para se adaptar a quantidade de medicamentos, visto que o tratamento de cada paciente é individualizado.

Um ponto positivo que observamos em nossos pacientes foram que os mesmos estão entusiasmados em cuidar de sua saúde e vem colocando em prática todas as nossas orientações dentro de suas limitações.

4 CONCLUSÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que $\frac{3}{4}$ da mortalidade cardiovascular é reduzida devido às mudanças estilo de vida. Sendo assim, durante as diversas visitas domiciliares ao paciente passamos as mais diversas orientações e esclarecimentos a respeito de praticas saudáveis e uso correto dos medicamentos que objetivassem o melhor controle de seus níveis pressóricos, a fim de evitar um novo episódio de AVE ou mesmo agudização de suas comorbidades como a cardiopatia. Reiteramos também, que o sucesso do controle de doenças cardiovasculares está relacionado com assiduidade do tratamento farmacológico aliado adesão das práticas não medicamentosas sugeridas.

Com a realização do trabalho, concluiu-se que a metodologia do Arco de Maguerez é ferramenta útil para a organização e estruturação do trabalho acadêmico. Principalmente relacionado à sistematização da coleta de informações e elaboração de uma proposta aplicável para o problema levantado.

LACK OF ADHERENCE TO TREATMENT AND FOLLOW-UP OF PATIENTS IN PRIMARY CARE OF CHRONIC DISEASES AND THEIR COMPLICATIONS

ABSTRACT: *Systemic arterial hypertension (SAH) is a multifactorial clinical condition characterized by elevated and sustained blood pressure levels. It is a syndrome due to its metabolic disorders, such as obesity, dyslipidemias, increased insulin resistance and diabetes mellitus, among others. Present work was demonstrated the home monitoring during 4*

months of a family indicated in the discipline PINESF VII. The objective of this study was to prevent cardiovascular events by orienting the patient about changes in style and life, mainly to the correct management of the proposed medical treatment and also to the diet. The patients are an elderly couple, 86 years old, male, 86 years old, cardiopathic, hypertensive, dyslipidemic, sedentary, unbalanced and historical feeding of 4 strokes and another female patient 80 years old, cardiopathy, hypertension and history of 3 strokes. All stages of the methodology of the problematization with the Arch of Maguerez were followed, for the construction of a measure that included health education and change of habits. Biweekly visits were carried out and the importance of adherence to the correct treatment by the patients as well as guidance to their caregivers was reinforced. Thus, the use of the assisted orientation method proved to be effective and effective for adequacy of the correct follow-up of the patient and consequent prevention of future cardiovascular diseases.

KEYWORDS: Cardiovascular Disease. Prevention. SAH. STROKE. Arch of Maguerez.

REFERÊNCIAS

ABEGUNDE, D. O. *et al.* The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*. v. 370, n. 9603, p. 1929-38, 2007.

GUIMARÃES, R. M. *et al.* Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. *Rev Panam Salud Publica*, v. 37, n. 2, p. 83-9, 2015.

O'BRIEN, E. *et al.* European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring. European Society of Hypertension position paper on ambulatory blood pressure monitoring. *J Hypertens*. v. 31, n. 9, p. 1731-68, 2013. Erratum in: *J Hypertens*. v. 31, n. 12, p. 2467, 2013.

PARATI, G. *et al.* ESH Working Group on Blood Pressure Monitoring. European Society of Hypertension practice guidelines for home blood pressure monitoring. *J Hum Hypertens.*, v. 24, n. 12, p. 779-85. 2010

SCALA, L. C.; MAGALHÃES, L. B.; MACHADO, A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM, Paola AV; Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2015. p. 780.

SUNDSTROM, J. *et al.* Effects of blood pressure reduction in mild hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. v. 162, n. 3, p. 184-91, 2015.

THOMOPOULOS, C.; PARATI, G.; ZANCHETTI, A. *Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 2. Effects at different baseline and achieved blood pressure levels--overview and meta-analyses of randomized trials.* **J Hypertens.** v. 32, n. 12, p. 2296-304, 2014.

_____. *Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 2. Effects at different baseline and achieved blood pressure levels--overview and meta-analyses of randomized trials.* **J Hypertens.** v. 32, n. 12, p. 2305-14, 2014.