

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LUIZ CARLOS DOS SANTOS JÚNIOR**

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DOS PACIENTES  
HIPERTENSOS DA ESF POR AMOR A SÃO JOÃO DA PONTE.**

**MONTES CLAROS –MINAS GERAIS**

**2014**

**LUIZ CARLOS DOS SANTOS JÚNIOR**

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DOS PACIENTES  
HIPERTENSOS DA ESF POR AMOR A SÃO JOÃO DA PONTE**

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

Orientador: Profa Dra Maria José Moraes Antunes

**MONTES CLAROS –MINAS GERAIS**

**2014**

**LUIZ CARLOS DOS SANTOS JÚNIOR**

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DOS PACIENTES  
HIPERTENSOS DA ESF POR AMOR A SÃO JOÃO DA PONTE**

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

Orientador: Profa. Dra. Maria Jose Moraes Antunes.

Banca Examinadora

Profa Dra Maria José Moraes Antunes orientado

Prof. Ubiratan Brum de Castro

Aprovado em Belo Horizonte: 21/02/2014

Este trabalho é dedicado à minha esposa, à minha mãe e ao meu pai pela companhia, compreensão nos momentos de ausência e por terem sempre me inspirado a evoluir.

## AGRADECIMENTO

Aos profissionais da ESF Por Amor a São João da Ponte pela competência, incentivo, convívio, compreensão e pela amizade.

"Quando nada parece dar certo, começamos a observar o cortador de pedras martelando sua rocha talvez cem vezes, sem que uma única rachadura apareça. Mas na centésima primeira martelada a pedra se abre em duas, e sabemos que não foi aquela que conseguiu isso, mas sim todas que vieram antes".

**Jacob Riis**

## RESUMO

O objetivo deste trabalho foi propor ações interventivas para enfrentar a baixa adesão dos hipertensos ao tratamento medicamentoso, um dos principais problemas que atinge 9,70% da população do município de São João da Ponte, no norte de Minas Gerais. Identificou-se como determinantes do problema o etilismo, a falta de cooperação da família, a ausência da medicação na UBS, a falta de entendimento sobre o uso correto da medicação e o pouco conhecimento sobre os riscos da não adesão à prescrição médica. A metodologia constou de elaboração de um estudo descritivo, de revisão de literatura de artigos científicos relacionado à quatro eixos do objeto de estudo: epidemiologia da população hipertensa local, complicações da hipertensão não controlada, causas da não adesão ao tratamento, medidas educativas aplicadas ao problema. As principais complicações são: hipertrofia ventricular esquerda, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença vascular periférica, nefropatia hipertensiva, ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral e retinopatia hipertensiva. Verificou-se que a educação em saúde proposta é eficaz no incentivo à adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Evidenciou-se a relevância da adoção de estratégias educacionais pelos profissionais de saúde que considerem a mudança no paradigma hegemônico de cuidar da doença para cuidar da pessoa. Obtêm assim uma maior aderência ao tratamento medicamentoso. Concluiu-se que embora se deva considerar o indivíduo como o foco central do processo, a ocorrência da adesão não depende unicamente dele, mas do conjunto de elementos constituintes do processo paciente, família, profissional de saúde, sistema de saúde.

Palavras-chave: Medicamento. Hipertensão. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

The aim of this study was to propose interventional actions to address poor adherence to drug treatment of hypertension, a major problem that affects 9.70 % of the city of St. John 's Bridge in the north of Minas Gerais population. It was identified as determinants of problem alcohol consumption , lack of cooperation of the family , lack of medication in UBS , the lack of understanding about the proper use of medication and little knowledge about the risks of non-adherence to prescription The methodology consisted of development of a descriptive study , revision of scientific papers related to four axes of the object of study literature : the local epidemiology hypertensive population , complications of uncontrolled hypertension , leading causes of non-adherence to treatment , educational measures applied to the problem . The main complications are: left ventricular hypertrophy, coronary artery disease , heart failure , peripheral vascular disease , hypertensive nephropathy , transient ischemic attack , stroke and hypertensive retinopathy .. It was found that the proposed health education is effective in encouraging membership the treatment of hypertension. Evidenced the relevance of adopting educational strategies for health professionals to consider the change in the hegemonic paradigm of care for the disease to take care of the person. Thus obtain a greater adherence to drug treatment. It was concluded that although one must consider the individual as the central focus of the process , the occurrence of adhesion depends not only him, but the set of elements of the patient , family, professional process of health, health care system .

Keywords : drugs . Hypertension . Family Health Strategy .

## **LISTA DE SIGLAS**

**AVC** - Acidente Vascular Cerebral

**ESF** - Estratégia Saúde da Família

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	11
II. BASES CONCEITUAIS	24
III PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO DA ADESÃO MEDICAMENTOSA PELOS HIPERTENSOS DA AREA DE ABRANGENCIA DA ESF POR AMOR A SÃO JOÃO DA PONTE	32
IV CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	



## I. INTRODUÇÃO

O município de São João da Ponte, localizado na Região Norte do Estado de Minas Gerais a 574 Km de Belo Horizonte e 130Km de Montes Claros, apresenta uma população de 25.358 habitantes (Censo IBGE, 2010). A gestão atual desse município é realizada pelo Prefeito Sidinei Pereira da Silva, que para gestão da saúde conta com a Secretária Municipal de Saúde, Juliana Paula Campos, com a Coordenadora da Atenção Primária a Saúde, Greyce Gusmão e com a Coordenadora da Atenção à Saúde Bucal, Letícia Maria Mendes Costa.

Conforme o plano diretor do município de 2013, as principais considerações e características da cidade de São João da Ponte são as seguintes:

### **Histórico de Criação do Município**

Não existem dados seguros sobre as origens da cidade de São João da Ponte, sendo atribuída a Dona Joana (ou Maria) Veridiana Cordeiro, que na região viveu por volta de 1840, a fundação da povoação. Dona Joana venerava, numa casinha às margens do córrego Salobo, uma imagem de São João Batista, imagem que ainda hoje existe na igreja do referido Santo na localidade. No dia 24 de junho, a casinha era visitada por verdadeiras romarias de fiéis que ali iam em homenagem ao Santo. Posteriormente, entre 1850 e 1865, construíram uma ponte sobre o córrego Salobo e, junto dela, uma capela, tendo como orago São João Batista, originando-se daí a primitiva denominação ou nome do lugar - São João da Ponte Salobo. Nessa época, já existiam alguns moradores em derredor da ermida, cuja liderança era exercida por Amâncio Teixeira, negociante vindo de Montes Claros.

Os primeiros habitantes da povoação, ao que parece, foram Amâncio Teixeira, Elias Rodrigues Cordeiro, Tomé Pereira de Souza, professor Antônio Pereira de Souza, Jerônimo e Joaquim Pereira de Aguiar, Abrão Cezário Câmara e Malaquias Rodrigues Cordeiro. O povoado de São João da Pontes Salobo, mais tarde, em 1884, sendo elevado à sede de um novo distrito, teve o seu nome simplificado para São João da Ponte, distrito este elevado à categoria de sede municipal em 1943, por Decreto-Lei estadual.

O distrito de São João da Ponte deve sua criação à lei provincial número 3266, de 30 de outubro de 1884, confirmada pela Lei estadual número 2, de 14 de setembro de 1891. A "Divisão Administrativa, em 1911" e os quadros de apuração do Recenseamento Geral de 1-IX-1920, apresentam-se subordinados ao município de Vila Brasília. Em razão da Lei estadual número 843, de 7 de setembro de 1923, o município de Vila Brasília teve o seu nome simplificado para Brasília. Na divisão administrativa do estado, fixada por essa Lei, o distrito

de São João da Ponte continua a figurar como integrante do de Brasília. Dá-se o mesmo no quadro da divisão administrativa, relativo a 1933, no anexo ao Decreto-Lei estadual número 88, de 30 de março de 1938, e ainda na divisão territorial do Estado, vigente no quinquênio 1939-1943, estatuída pelo decreto-lei estadual número 148, de 17 de dezembro de 1938. Em cumprimento ao Decreto-Lei estadual número 1058, de dezembro de 1943, que estabeleceu a divisão judiciário-administrativa do estado, a vigorar no quinquênio 1944-1948, criou-se o município de São João da Ponte, o qual, dessa divisão, aparece constituído de 4 distritos: o da sede os de Campo Redondo, Ibiracatu e Santo Antônio da Boa Vista, transferidos do município de Brasília, o último porém, sem parte do território anexada ao distrito sede desse município.

Na divisão territorial do estado, fixada pela lei estadual numero 336, de 27 de dezembro de 1948, para vigorar no período de 1949-1953, o município continua com a mesma formação distrital estabelecida pelo Decreto Lei nº 1058. De acordo com a nova divisão judiciário-administrativa do Estado, aprovada pela lei estadual numero 1039, de 12 de dezembro de 1953, para vigorar no quinquênio 1954-1958, o município de São João da Ponte aparece constituído de oito distritos: São João da Ponte(sede), Bonança, Campo Redondo, Condado do Norte, Ibiracatu, Lontra, Santo Antonio da Boa Vista e Varzelândia.

### **. Descrição do Município**

#### ASPECTOS GEOGRÁFICOS

##### **Indicadores:**

- Área total do município: 1.851 km<sup>2</sup>
- Concentração habitacional: 13,72 habitantes por Km<sup>2</sup>

#### ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

##### **Indicadores:**

- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,626 média
- Principais Atividades Econômicas: A cidade tem sua economia fundamentada quase toda na agricultura e pecuária tendo como álibi o plantio de milho, feijão, cana-de-açúcar e a produção de carvão-vegetal. Nesta não existe alto índice de emprego por não possuir grandes empresas e nenhuma fábrica, ocasionando então elevada migração à procura de oportunidades e melhoria de vida em outras cidades. Infelizmente muitas vezes, o abandono do "Pontense" a procura do mesmo não é bem sucedido, fazendo então, com que retornem a sua terra natal.

## ASPECTOS DEMOGRÁFICOS:

**Quadro1: Aspectos Demográficos do Município:**

<b>Idade</b>	<b>Número de Indivíduos</b>
0 – 4	743 Homens e 678 Mulheres
5 - 9	1151 Homens e 1159 Mulheres
10 - 14	1486 Homens e 1446 Mulheres
15-19	1430 Homens e 1324 Mulheres
20-25	1272 Homens e 1074 Mulheres
25-29	1136 Homens e 997 Mulheres
30-34	902 Homens e 787 Mulheres
35-39	775 Homens e 709 Mulheres
40-44	797 Homens e 669 Mulheres
45-49	685 Homens e 672 Mulheres
50-54	593 Homens e 579 Mulheres
55-59	561 Homens e 533 Mulheres
60 ou mais	1422 Homens e 1450 Mulheres
<b>TOTAL</b>	<b>9573 Homens e 10240 Mulheres</b>

(FONTE: IBGE,2010)

**O SUS DE SÃO JOÃO DA PONTE.**

A criação do Sistema Único de Saúde foi o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (Brasil, 2007). A partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (Cazaquistão, antiga URSS), no ano de 1978, ficou estabelecido num plano mundial, através do documento final deste evento, a Declaração de Alma-Ata, a participação efetiva dos Estados na saúde do seu povo através da promoção de políticas de saúde que visassem o

bem-estar físico, mental e social como direitos fundamentais dos seus habitantes, enfatizando-se principalmente os cuidados primários.

Segundo dados do IBGE 2010, no município de São João da Ponte, 93,8% da população é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de saúde do município conta de 50% com representantes da população, 25% de representantes dos trabalhadores da saúde e 25% com representantes da gestão municipal. As reuniões do Conselho ocorrem mensalmente, sendo que o mesmo tem caráter permanente e deliberativo.

#### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

O financiamento do Sistema único de Saúde do município de São João da Ponte é feito através do repasse fundo a fundo, onde os recursos federais, estaduais e municipais são organizados e transferidos para o fundo, em quadro blocos de recurso, sendo eles

- Atenção básica,;
- Atenção de média e alta complexidade;
- Vigilância em saúde;
- Assistência Farmacêutica.

#### ATENÇÃO BÁSICA

O município possui 11 equipes de Saúde da Família (ESF), sendo três alocadas na zona urbana e oito na zona rural, o que resulta em uma cobertura de 100% da população. Além disso, o município conta com uma clínica odontológica localizada na zona urbana onde 04 dentistas realizam as atividades odontológicas e educativas na área de saúde bucal, e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) tipo 2 composto por profissionais de nível superior de diferentes áreas da saúde, como nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico e assistente social. (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013)

A Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação (PNAB, 2006) enquanto estratégia das ações municipais de saúde é concebida como ordenadora do sistema loco regional, integrando os diferentes pontos que compõe e definindo um novo modelo de atenção à saúde. Princípios Ordenadores: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, responsabilização, coordenação e resolubilidade.

O que desperta o meu interesse em trabalhar na rede básica de saúde é a clínica ampliada, que possui uma série de especificidades o que a torna diferente das realizadas em grandes centros hospitalares ou ambulatorios de especialidades. A possibilidade de se construir vínculos duradouros com os pacientes é condição para aumento da eficácia das intervenções clínicas, sejam elas diagnósticas, terapêuticas ou de reabilitação.

#### MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE:

Os serviços de média e alta complexidade de referência para o município correspondem aqueles contemplados pelas pactuações por meio do Programa de Pactuação Integrada (PPI), sendo as cidades de Montes Claros, Brasília de Minas e Januária os municípios de referência.(SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013)

#### RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

O vínculo empregatício dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) do município ocorre por meio de contrato de trabalho, cuja renovação ocorre a cada 06 meses, sendo a carga horária de 40 h semanais. O quadro de profissionais da APS conta atualmente com 11 médicos, 11 dentistas, 11 enfermeiros, 11 técnicos de saúde bucal, 14 técnicos de enfermagem e 60 agentes comunitários de saúde (ACS).

#### **Território sob responsabilidade da ESF Por Amor a São João da Ponte**

O território sob responsabilidade da ESF Por Amor a São João da Ponte abrange o bairro Denise e conta com oito micro áreas com as seguintes composições:

<b>Micro área</b>	<b>Famílias</b>	<b>Habitantes</b>	
01	116	422	
02	125	446	
03	160	658	
04	144	508	
05	110	398	
06	82	343	
07	62	228	

08	73	253
Total	872	3.256

(SIAB, 2013)

Segundo dados do SIAB, em Junho de 2013 a equipe atendia 3.256 habitantes. Destas 707 ou 21,71% tem mais de 50 anos e risco potencial para desenvolver doenças crônicas degenerativas, incluindo hipertensão.

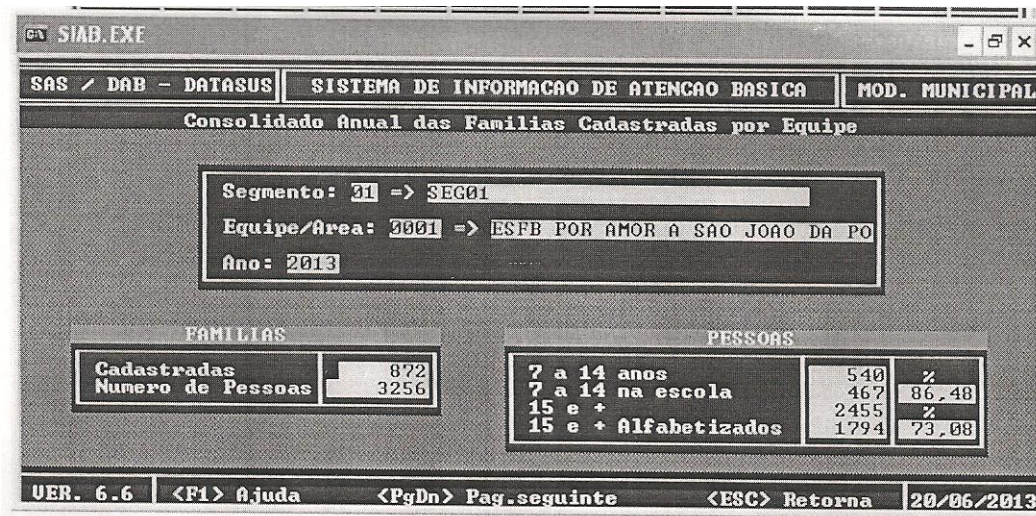


20  
20

(DATASUS, 2013).



densamente povoado, varia entre semianalfabetos, analfabetos e alfabetizados, com prevalência do último.



(DATASUS, 2013).

A maioria dos postos de trabalho dos moradores desse território é pública, na prefeitura local; também são encontrados profissionais autônomos que exercem suas funções em pequenos comércios, salões de beleza, lava-jatos, entre outros. Já nas microáreas localizadas em zona rural, a atividade principal é a agricultura familiar.

O quadro abaixo indica as condições de vida da população residente nesse território, predominado casas de tijolos, com energia elétrica, com em média, 5,13 cômodos.

Cerca de 30% usam água sem tratamento e inexistente sistema de esgoto.



(DATASUS, 2013).

Quanto às doenças ou condição referida, o quadro abaixo mostra que o maior percentual ou 72,97% da população relata ter hipertensão arterial (HA).



(DATASUS, 2013).

Quanto ao uso dos recursos disponíveis, a população relata procurar o hospital e a unidade de saúde em caso de doença; usar o rádio e a TV como meios de informação; a maioria pertence a grupos religiosos e se locomove de ônibus.



(DATASUS, 2013).

A área de abrangência da ESF por amor a São João da Ponte é localizada na zona urbana ; conta ou está próxima a duas igrejas, sendo uma católica e outra evangélica; uma creche; uma escola pública de ensino fundamental; hospital; laboratório; Centro de Especialidade Odontológica; Bancos (Brasil e Bradesco); posto de combustível e loteria. Nessa área, o acesso aos serviços de energia elétrica, água, telefonia, correios e bancos é facilitada. Já para população que reside na área da zona rural o acesso a esses serviços depende do deslocamento até a zona urbana.

Neste território, a UBS onde atua a ESF está localizada na área central da zona urbana, sendo o seu horário de funcionamento de 07:00 às 17:00 horas. Todos os profissionais da equipe, conforme quadro abaixo trabalham 8 horas diárias, o que totaliza 40 horas semanais.

<b>Categoria profissional</b>	<b>Número/Nome</b>	
Médico	01	
Enfermeira	01	
Técnicas de Enfermagem	02	
Agentes de Saúde	08	
Recepcionista	01	
Vigia	01	
Serviços Gerais	02	
Dentista	01	
Técnico Higiene Bucal	01	

**Fonte:** SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, SÃO JOÃO DA PONTE, 2013.

As condições de trabalho da ESF por amor a São João da Ponte são adequadas, já que a UBS onde atendem o público foi construída recentemente, sendo inaugurada em dezembro de 2012. Consta com uma recepção central, uma sala de reunião, dois consultórios médicos, um consultório de fisioterapia, uma sala\consultório de enfermagem, uma sala da gerência, uma sala de curativos, uma sala de vacinas, uma sala de estabilização de paciente devidamente equipada e com 02 leitos, um depósito material de limpeza, um expurgo, uma sala de esterilização, uma copa e um depósito de resíduos sólidos em saúde.

## DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF POR AMOR A SÃO JOÃO DA PONTE

O diagnóstico situacional de saúde da população da área de abrangência da ESF Por Amor a São João da Ponte, realizado neste ano, identificou os seguintes problemas: baixa adesão dos hipertensos ao tratamento medicamentoso; gravidez na adolescência; tabagismo; alcoolismo; diabéticos em tratamento irregular e desemprego. Sendo que, após considerar a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, a equipe selecionou como problema prioritário para enfrentamento a baixa adesão dos hipertensos ao tratamento medicamentoso.

QUADRO: Principais problemas de saúde da população atendida pela

São João da Ponte - Equipe Por Amor a São João da Ponte				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa adesão dos hipertensos ao tratamento medicamentoso	Alta	7	Parcial	1
Diabéticos em tratamento irregular	Alta	6	Parcial	2
Alcoolismo	Alta	5	Parcial	3
Tabagismo	Alta	5	Parcial	4
Gravidez na adolescência	Alta	4	Parcial	5
Desemprego	Alta	4	Fora	6

Neste contexto, ressalta-se que das 3.256 pessoas residentes na área de abrangência da equipe, 316 são hipertensos, o que corresponde a 9,70% da população (SIAB, 2013). Destes, de acordo com os registros da equipe, a maioria é do sexo feminino, tem mais de 50 anos e não aderem ao tratamento medicamentoso. Estes dados sugerem sub-notificação de homens hipertensos, sujeito a confirmação.

Segundo a pesquisa realizada por Nemes, et.al (2010) os hipertensos caracterizaram-se por predomínio do sexo feminino, brancos, casados, baixa escolaridade, com ocupação de atividades do lar, aposentados, além de baixa renda. A média de idade de pacientes hipertensos é de 59,6 anos, não se observando diferença entre as médias de idade entre os sexos.

Sendo assim, considerando as causas da baixa adesão dos hipertensos ao tratamento medicamentoso, este problema foi priorizado para estudo e conforme esquema abaixo, a equipe elencou como seus nós críticos:

- **Sociais:** o etilismo, a falta de cooperação da família,

O trabalho realizado Souza, et.al (2010) mostrou que há relação direta entre etilismo e hipertensão arterial. As pessoas avaliadas que apresentavam hábito de etilismo diário ou semanal estatisticamente tendiam a apresentar maior incidência de pressão arterial elevada.

- **Gerenciais:** a ausência , intermitência da oferta da medicação na UBS,

O acesso a medicamentos tem sido uma das pedras angulares para o controle da hipertensão arterial a falta de dinheiro para comprar os remédios como fator explicativo para a não-adesão ou, ainda, que a renda familiar elevada esteja associada à maior adesão.(GIROTTTO et al,2013).

- **Eduacionais:** a falta de entendimento sobre o uso correto da medicação e o pouco conhecimento sobre os riscos da não adesão ao tratamento medicamentoso.

A dificuldade para a adesão ao tratamento provavelmente é decorrente do curso assintomático da doença e da necessidade de tratamento complexo por toda vida, muitos pacientes têm conhecimento sobre a doença e suas consequências, mas como não sentem nenhum desconforto param o tratamento por conta própria (NEMES, et.al, 2010).

31  
31

**ESQUEMA EXPLICATIVO NÓS CRITICOS DA BAIXA ADESÃO DOS HIPERTENSOS AO  
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA ESF POR AMOR A SÃO JOÃO DA PONTE, 2013**



## **JUSTIFICATIVA**

A HAS é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA), frequentemente associada a alterações de órgãos-alvo e, por conseguinte, a aumento do risco de eventos cardiovasculares (MENDES, 2011)

.Inquéritos populacionais em cidades brasileiras apontaram prevalência de HAS em indivíduos com 18-59 anos de idade, entre 20 a 30%, percentual que atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos (MENDES, 2011). Em Minas Gerais, a SES/MG estima prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos (MENDES, 2011).

Negligenciar o tratamento da HAS pode, segundo o Conteúdo Técnico da Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (BRASIL, 2013) acarretar as seguintes complicações crônicas (lesões em órgãos-alvo): hipertrofia ventricular esquerda, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença vascular

periférica, nefropatia hipertensiva, ataque isquêmico transitório e acidente vascular cerebral, retinopatia hipertensiva.

Desta forma, considerando o percentual significativo de hipertensos residentes na área de abrangência da ESF Por Amor a São João da Ponte (9,70%), bem como, a baixa adesão desses hipertensos ao tratamento medicamentoso, torna-se necessário realizar ações para enfrentar esse problema a fim de reduzir a morbimortalidade por essa doença no território.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral:**

Contribuir para a adesão dos hipertensos residentes na área de abrangência da ESF Por Amor a São João da Ponte ao tratamento medicamentoso, via ações educativas e com base na literatura científica.

### **I.3.2. Objetivos Específicos:**

1 -Descrever o tratamento na HAS e as consequências da ausência ou uso incorreto de medicamentos.

2 Identificar estratégias educacionais que levem ao aumento e uso correto da prescrição medicamentosa.

3 Propor ações em nível local da ESF por amor a São João da Ponte que levem ao aumento e uso correto da prescrição medicamentosa.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo de revisão de literatura, realizado com a pesquisa de artigos relacionados ao objeto de estudo referente a adesão medicamentosa dos pacientes hipertensos.

O estudo foi realizado no período de fevereiro a novembro de 2013, utilizando como fontes os sites de busca especializados em revistas e artigos científicos nacionais e livros sobre o assunto. A seleção teve como critérios de inclusão: artigos que abordaram o tema, publicados nos últimos 5 anos.

A busca na internet foi realizada nos sites da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library online (SCIELO), utilizando como descritores: hipertensão arterial, tratamento medicamentoso, estratégia saúde

da família, publicações científicas e normativas do Ministério da Saúde e banco de teses das universidades brasileira disponíveis on line.

A análise do material bibliográfico (artigos científicos, bases de dados on-line e livros) foi realizada em três etapas: leitura crítica das informações e dados coletados, seleção e interpretação dos dados e publicações e redação final do estudo.

O trabalho foi desenvolvido em dois momentos, no primeiro, elaborou-se a introdução, utilizando-se o método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo chileno Carlos Matus. (MATUS 1993).

O segundo momento metodológico consistiu em aprofundar estudos na literatura científica e técnico normativa do Ministério da Saúde que levassem ao desenvolvimento dos objetivos propostos.

Como resultado, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Por Amor a São João da Ponte, foi elaborado um plano de ação para intervenção sobre o problema identificado como prioritário: a baixa adesão dos hipertensos ao tratamento medicamentoso.

## II. BASES CONCEITUAIS

### . HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Conforme a SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA em VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010 p. 1) a definição de Arterial Hipertensão é

[...] uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

Conforme GOLDMAN e AUSIELLO (2009, p. 506):

Através das populações, os riscos de doença cardíaca e acidente vascular cerebral (AVC) aumentam contínua e logaritmicamente com níveis crescentes de pressão arterial sistólica e diastólica de 115/75 mm Hg ou acima deste valor. Pré-hipertensão é uma designação nova para pressões arteriais levemente elevadas entre 120/80 e 139/89 mmHG, um nível no qual a evolução para hipertensão é duas vezes mais provável do que com uma pressão arterial abaixo de 120/80 mm Hg. A taxa de mortalidade cardiovascular é apenas a metade de 120/80 mmHg que a 140/90 mm Hg.

Diante dos conceitos, torna-se necessária uma avaliação correta da adesão medicamentosa dos pacientes hipertensos da ESF por Amor a São João da Ponte, pois isto tem implicações epidemiológicas, sociais e políticas, sendo que estes dados serão úteis para a planificação das ações de saúde preventiva, assistencial e terapêutica desta população.

De acordo com o Caderno da Atenção Básica nº 15, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Responde por cerca de 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. (BRASIL, 2006, p.9)

Diante desses dados, verifico que ocorre uma possível sub notificação dos hipertensos cadastrados na área de abrangência da ESF por Amor a São João da Ponte, pois das 3.256 pessoas residentes na área de abrangência da equipe, 316 são hipertensos, o que corresponde a 9,70% da população (SIAB, 2013).

A percepção do profissional de saúde a respeito da importância da informação para organização do processo de trabalho é fundamental para maior utilização da informação na atenção básica, e conseqüentemente, para o seu aprimoramento (ANDRADE, et, al, 2002).

Torna-se importante enfatizar para a equipe da área de abrangência que os instrumentos de informações são fontes para a adoção de estratégias no controle e acompanhamento dos pacientes hipertensos na atenção básica pois devido as suas especificidades, o SIAB permite conhecer os hipertensos que não fazem acompanhamento na ESF e o hiperdia proporciona o conhecimento da demanda da unidade,

### **CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO AS HAS**

Classificação dos índices pressóricos da a medida casual no consultório, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010, p:08).



A aferição casual dos índices pressóricos e sua classificação exigem cautela e controle rigoroso, para não se incorrer em falso diagnóstico:

Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. A aferição repetida da pressão arterial em dias diversos em consultório é requerida para chegar a pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA.(CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, N°15, 2006 P. 14)

## **PATOGÊNESE (LESÕES DE ÓRGÃOS-ALVO)**

A Hipertensão arterial sistêmica afeta basicamente os vasos sanguíneos (sobretudo artérias e arteríolas) e o coração. O comprometimento vascular está por trás das principais complicações. Principais lesões, segundo as diretrizes brasileiras de hipertensão, da sociedade brasileira de cardiologia, 2010 p. 15

**Hipertrofia Ventricular Esquerda:** “[...] o controle rigoroso da PA sistólica (130 mmHg) em pacientes hipertensos não-diabéticos com pelo menos um fator de risco associado diminuiu a chance de hipertrofia ventricular esquerda, comparando-se com o controle não-rigoroso”.

**Doença Arterial Coronariana:** A HAS é o principal fator de risco para doença aterosclerótica das artérias coronárias.

**Insuficiência Cardíaca:** A HAS é a primeira ou segunda causa de insuficiência cardíaca no Brasil e no mundo.

**Doença Vascular Periférica:** “Embora não haja consenso quanto à meta mais adequada em pacientes com DAP, em geral esses pacientes apresentam lesões em outros territórios vasculares, apresentando, portanto, alto risco cardiovascular”

**Nefropatia Hipertensiva** Há uma forte relação entre hipertensão arterial e alterações da histopatologia e disfunção renal, mesmo na HAS leve.

**Doença Cerebrovascular** A doença cerebrovascular é a principal consequência da HAS. Manifesta-se, por exemplo, como ataque isquêmico transitório, AVE isquêmico e AVE hemorrágico. O risco desses eventos aumentam com o estágio da hipertensão.

**Retinopatia Hipertensiva** A classificação de Keith-Wagener-Barker (1939) é bastante utilizada para o estagiamento da retinopatia hipertensiva:

Grau 1: estreitamento arteriolar

Grau 2: cruzamento arteriovenoso patológico

Grau 3: Hemorragias e/ou exsudados retinianos

Grau 4: Papiledema

Fonte: Sociedade Brasileira de cardiologia, 2010.

## **TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**

Dispõe-se no Brasil dos seguintes anti-hipertensivos para tratamento: Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), antagonistas do receptor de angiotensina II,

antagonistas do cálcio, beta bloqueadores, alfa bloqueadores, antagonistas adrenérgicos periféricos, agonista alfa 2 de ação central, vasodilatadores de ação direta. (PEDROSO et al,2007, p.107- 119).

Adesão ao tratamento é o fator mais importante para o controle efetivo da pressão arterial. É difícil detectar-se a falta de adesão e ainda mais difícil quantificá-la. Ela pode variar de zero a mais de 100% em pacientes que usam mais do que as medicações prescritas. Cerca de 40% a 60% dos pacientes em tratamento não fazem uso da medicação anti-hipertensiva. A porcentagem é maior quando a falta de adesão relaciona-se a estilo de vida, como dieta, atividade física, tabagismo, etilismo etc. Existe escassez de dados de índices de adesão no Brasil e no mundo. A não-adesão ao tratamento da hipertensão é o principal fator para a falta de controle da pressão arterial em mais de dois terços dos indivíduos hipertensos. (BARBOSA, R., G. B.; LIMA, N., K., C. 2006, p. 1)

Estudo realizado por Pucci, em pacientes que deixaram de aderir a terapia anti-hipertensiva , verificou-se que entre os 260 pacientes estudados, 42,3% eram aderentes ao tratamento e apenas 48,5% dos idosos estavam com a pressão arterial controlada". (PUCCI, N.,et al. 2012, p.1)

Para este autor um dos motivos da elevada taxa de não adesão é que muitos pacientes “ não compreendem sua doença, e o curso assintomático da hipertensão contribui para essa falta de entendimento”. (PUCCI,,et al. 2012, p.1)

Estudo conduzido por Andrade, (2002) encontrou como principais razões para a não aderência ao tratamento foram (para homens e mulheres respectivamente): a normalização da pressão arterial (41,3% e 42,3%), seguindo-se efeitos colaterais das medicações (31,7% e 24,8%); esquecimento do uso (25,2% e 20,1%), custo da medicação (21,6% e 20,1%), receio de misturar com álcool (23,4% e 3,8%), desconhecimento da necessidade de continuação do tratamento (15% e 21,8%), uso de tratamento alternativo (11,4% e 17,1%), medo de intoxicação (9,6% e 12,4%), medo de hipotensão (9,6% e 12%) e medo de misturar com outras drogas (8,4% e 6,1%). (ANDRADE,et al. 2002 p. 375).

Ressalta ainda que a maioria dos fatores relacionados ao abandono do tratamento da HAS está relacionada à desinformação do paciente e [...] os efeitos colaterais ainda são responsáveis por grande parte do abandono. Conclui seu estudo afirmando que apesar da grande variedade e disponibilidade dos agentes anti-hipertensivos disponíveis para o tratamento da HAS, menos de 1/3 dos pacientes hipertensos adultos tem a sua pressão adequadamente controlada (ANDRADE, et al. 2002).

Para Santos, et al. (2012) são fatores intervenientes da não adesão medicamentosa no tratamento da hipertensão o enfrentamento ineficaz do estresse, o uso inadequado do sal e de gordura, além dos altos índices de sobrepeso/obesidade e a prática irregular de exercício físico.

Identificou que o aumento da adesão medicamentosa, mais facilmente adotadas pelos idosos, estão relacionados a abstinência do fumo, de bebidas alcoólicas, o uso adequado dos medicamentos, o comparecimento regular às consultas e o controle da pressão arterial (SANTOS et al.2012. )

A adesão ao tratamento da HAS é dificultada pela ausência de sintomas claros, drásticas alteração no estilo de vida, devido às restrições impostas e exige forte cooperação do paciente.

Educá-lo e informá-lo dos riscos da doença e do tratamento é um grande desafio para os profissionais de saúde, pois a adesão terapêutica representa grande entrave no controle da doença.

## II. 2 ESTRATÉGIAS PARA ADESÃO MEDICAMENTOSA EM PACIENTES HIPERTENSOS.

A falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo continua constituindo um dos maiores problemas na área de hipertensão arterial, uma doença altamente prevalente tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, atingindo cerca de 15 a 20% a população adulta em nosso país (BRASIL, 2013).

Considerando-se portanto, o destaque da hipertensão em termos epidemiológicos, suas conseqüências negativas sobre o quadro de morbidade e mortalidade cardio-vasculares da população, torna-se imperativo o desenvolvimento de estratégias que otimizem a identificação de indivíduos hipertensos ou com risco de vir a desenvolver hipertensão, e que auxiliem este indivíduo a iniciar e dar prosseguimento ao tratamento anti-hipertensivo (DEMONER, et.al, 2012).

Segundo Chaves, et. al (2006) a adesão ao tratamento pressupõe uma fidelidade irrevogável às orientações de uma equipe multidisciplinar, sem a qual não há como conferir o sucesso do tratamento pretendido. A adesão é um processo comportamental complexo,

fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica e de enfermagem. A não adesão é um impedimento ao alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se em uma fonte de frustração para os profissionais da área. Este mesmo trabalho pontua que dados da literatura têm demonstrado que, quando os pacientes tornam-se conhecedores de suas doenças, dos mecanismos fisiopatológicos, dos fatores desencadeantes e do risco, da lógica e dos benefícios do tratamento, entre outros aspectos, eles passam, imediatamente, a aderir mais ao tratamento, principalmente quando manejados de forma multidisciplinar.

A identificação dos fatores que interferem na adesão se inicia pelo reconhecimento das características do paciente como idade, sexo, raça, escolaridade, nível sócio-econômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida e culturais, e crenças de saúde. Aspectos relativos à hipertensão arterial, como a cronicidade da doença, em geral não associada à sintomatologia desagradável, também interferem na adesão ao tratamento. As características do tratamento, que englobam intervenções medicamentosas e não medicamentosas e portanto, mudanças de comportamento; disponibilidade financeira; e tolerância a eventuais efeitos colaterais também devem ser considerados no processo de adesão. Em igual importância, encontram-se as políticas de saúde vigentes, a facilidade de acesso do paciente aos serviços de saúde, e a qualidade do trabalho desenvolvido nestes serviços (LUNELLI, et. al, 2009)

Segundo Demoner, et. al (2012) dos fatores associados à baixa adesão foi a falta de compreensão do paciente às recomendações da equipe de saúde, o fato deve ser considerado, pois as recomendações necessárias podem não estar sendo transmitidas em uma linguagem compreensível ou haver um conhecimento insuficiente sobre a doença e a gravidade de suas complicações, de modo a não considerarem as recomendações com a devida seriedade.

A identificação das causas de baixa adesão ao tratamento tem sido preocupação de todos que atuam junto aos hipertensos, os motivos mais apontados foram: em relação aos remédio (alto custo- 89%, tomar várias vezes ao dia-67% e efeitos indesejáveis-54%); doença (desconhecimento da gravidade -50% e ausência de sintomas-36%); conhecimentos e crenças (só tomam remédio quando a pressão está alta-83%, não cuidam da saúde-80%, esquecem de tomar remédios-75%, desconhecem a cronicidade-70% e complicações-70%); e relação médico-paciente (falta de conhecimento para tratar- 51% e relacionamento inadequado-20%) (CHAVES,et, al 2006).

Buscar otimizar adesão do indivíduo ao tratamento é portanto uma meta primordial no direcionamento das ações da equipe de saúde junto ao hipertenso. O desenvolvimento de estudos que analisem de maneira aprofundada os aspectos relacionados à adesão, bem como o conhecimento de seus resultados torna-se uma ferramenta indispensável ao trabalho do profissional de saúde que atua nesta área.

Conforme Oliveira, et.al, (2013) a educação em saúde tem contribuído significativamente para a prevenção e controle de doenças nos últimos 20 anos, principalmente quando se relaciona com os custos para a saúde, os quais podem ser reduzidos por meio dessa estratégia. Sua proposta é fornecer conhecimento com a finalidade de estimular pacientes para efetivar mudanças em seu comportamento.

A educação em saúde é reconhecida pelo seu potencial para a redução de custos junto a diversos contextos da assistência, por favorecer a promoção do auto-cuidado e o desenvolvimento da responsabilidade do paciente sobre decisões relacionadas à saúde. A educação do paciente é vista como questão importante, entretanto a efetividade de estratégias utilizadas para tal fim vem merecendo debates (LUNELLI, et. al, 2009)

Conforme Chaves, et, al (2006) o trabalho em equipe multiprofissional torna-se importante na orientação de medidas terapêuticas não-farmacológicas, contribuindo para a compreensão da doença, na avaliação dos sinais e sintomas, no estímulo aos hábitos saudáveis, na importância da mudança no estilo de vida e no uso de medicamentos e seus efeitos adversos, bem como no incentivo à participação do paciente em programas de autocuidado. A atuação dos médicos, em equipe multidisciplinar, seguindo as normas mundiais para o manejo desta doença, torna-se necessária na promoção e proteção à saúde, assim como na recuperação, auxiliando o indivíduo a manter-se saudável, promovendo o autocuidado e melhorando sua qualidade de vida.

Estudo realizado por Chaves et al, 2006 encontraram como na maioria dos processos educativos de equipes multiprofissionais relacionados à hipertensão arterial a predominância de abordagens reducionistas e prescritivas, desconhecendo as opiniões, crenças e dificuldades dos pacientes.

Em relação a ações formais de tratamento e acompanhamento para pacientes portadores de hipertensão arterial, têm-se conhecimento do Programa de Assistência ao

Hipertenso e Diabético do Ministério da Saúde, no qual estão incluídas ações multidisciplinares, dentre elas as que são realizadas pelo médicos e enfermeiros (HIPERDIA, 2001).

Estes profissionais além de integrar programas desta natureza podem vir a planejar e desenvolver atividades dirigidas ao indivíduo com hipertensão arterial em outros âmbitos, como na rede hospitalar, no atendimento domiciliário, e em universidades, tanto na área do ensino como no campo da pesquisa.

Neste último, se destacam os grupos de pesquisa responsáveis por grande parte dessas ações, principalmente preventivas e de educação em saúde (OLIVEIRA, et.al, 2013).

No que diz respeito à realidade brasileira, é sabido que existem ações voltadas para a hipertensão arterial na rede básica de atenção primária. Um exemplo que pode ser citado são as ações inseridas dentro do Programa Saúde da Família (PSF) com a consulta ao paciente com hipertensão e estratégias de educação em saúde para estes indivíduos. O PSF é uma estratégia de assistência à comunidade que consiste em desenvolver ações de promoção, proteção à saúde e assistência numa abordagem multiprofissional, introduzida pelo Ministério da Saúde. Ainda é notório o elevado número de casos de não adesão ao tratamento, principalmente medicamentoso, da hipertensão arterial, incluindo também não seguimento de dieta adequada e rotina de atividade física insuficiente, como tem revelado alguns estudos (DEMONER, et.al, 2012).

Isto demonstra a necessidade de que sejam desenvolvidos trabalhos que estabeleçam a eficácia dos referidos programas, embora a nossa realidade seja diferente dos contextos nos quais foram desenvolvidos os trabalhos analisados. Dessa forma, é possível elaborar estratégias de educação em saúde eficazes, isto é, que levem a clientela a mudanças nos hábitos cotidianos.

## PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO DA ADESÃO MEDICAMENTOSA PELOS HIPERTENSOS DA AREA DE ABRANGENCIA DA ESF POR AMOR A SÃO JOÃO DA PONTE

Ainda que se disponha, atualmente, de um grande número de medidas medicamentosas e não medicamentosas para o tratamento da HAS, a adesão ao tratamento representa um grande desafio para as equipes de saúde.

Torna-se fundamental a ênfase nas condutas de tratamento não medicamentoso, especialmente quanto à reeducação alimentar atividades físicas, cessação do tabagismo, dentre outros. A investigação possibilita nortear intervenções a essa clientela, além de subsidiar novos estudos para a implementação de estratégias inovadoras, especialmente educativas, nesse âmbito.

Para Figueiredo et al ( 2010), há correlação entre o uso correto de medicamentos anti-hipertensivos e compreensão da doença e suas complicações, sugerindo que os pacientes participem de programação continuada de educação em saúde, que “objetiva a conscientização do paciente para a necessidade de modificar o estilo de vida, além de entender e conhecer o tratamento e favorecer um comportamento participativo” (pag. 783).

Na organização de processos educativos bem sucedidos par ampliar a adesão medicamentosa dos hipertensos a equipe de saúde da família,

“as orientações devem ser adequadamente registradas e feitas de forma clara e simples, o que pode evitar as discordâncias entre registros e relatos, a equipe de saúde deve ser ampliada, contando com a participação de educadores físicos e psicólogos, entre outros profissionais, a fim de elaborar alternativas, com os pacientes e os membros da família às dificuldades apontadas”. FIGUEIREDO et al, 2010p: 787)

A satisfação com o atendimento é item fundamental para se conseguir bons níveis de adesão e controle da HAS levando isso em consideração, a qualidade do trabalho desenvolvido na ESF por Amor a São João da Ponte torna-se um fator determinante na eficácia da terapêutica.

A qualidade da relação que a equipe de Saúde estabelece com o paciente é fator preponderante, visto que o hipertenso tem necessidade de transmitir suas inquietudes, sintomas e limitações, além de apoio e reforço para conseguir adaptar-se à doença o

relacionamento profissional de saúde/paciente é fator que exerce influência sobre a adesão do paciente ao tratamento, para otimizar o tratamento anti- hipertensivo, é importante formar uma aliança terapêutica entre o profissional e o paciente, de modo que as dúvidas e as dificuldades possam ser detectadas e resolvidas.

Para Ferreira (2009), deve-se incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos, uma vez que a HAS provoca limitações no estilo de vida não somente do hipertenso, como também no estilo de vida de outros componentes familiares, pois a alteração na saúde de um dos membros da família acaba por provocar mudanças no todo. Desta forma, o apoio familiar foi apontado como um evento antecedente a adesão ao tratamento anti hipertensivo, pois são pessoas significativas, que são o suporte social do paciente.

Assim, o autor deste estudo, a partir da revisão de literatura realizada, do roteiro sugerido por Campos et al ( 2010) e da experiência cotidiana de médico da atenção básica, elaborou o seguinte quadro de propostas de ações a serem desenvolvidas por nó crítico identificado no planejamento estratégico, que impedem a adesão medicamentosa dos pacientes hipertensos. Estas propostas serão implantadas no município após a sua apresentação e aprimoramento pelos membros da da ESF de São João da Ponte:

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADEÇÃO MEDICAMENTOSA DOS PACIENTES HIPERTENSOS DE SÃO JOÃO DA PONTE, MINAS GERAIS.

NÓ CRÍTICO	PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS
<p><b>Sociais:</b> - o etilismo, - a falta de cooperação da família, - sedentarismo</p>	<p><b>+ Saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vida</p>	<p>- Diminuir o etilismo na população do Território da ESF Por Amor a São João da Ponte, - Aumentar a cooperação da família - Diminuir o sedentarismo</p>	<p>Programa de geração de emprego e renda; palestras sobre etilismo; programa de saúde escolar da</p>	<p>Organizacional: organização da agenda Cognitivo: conhecimento sobre o tema Político: financiamento de projetos</p>
<p><b>Gerenciais:</b> ausência ou intermitência da oferta de medicação na UBS,</p>	<p><b>Cuidar Melhor</b> Aumentar a quantidade e variedade de remédios anti-hipertensivos na UBS</p>	<p>Garantia do medicamento</p>	<p>Compra de medicamentos e capacitação pessoal</p>	<p>Organizacional: organização da agenda Cognitivo: Catalogar os medicamentos utilizados na UBS Político: decisão de aumentar os recursos para comprar remédios</p>
<p><b>Educacionais:</b> a falta de entendimento sobre o uso correto da medicação pouco conhecimento sobre os riscos da não adesão ao tratamento medicamentoso</p>	<p><b>Conhecer +</b> Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da não aderência ao tratamento.</p>	<p>População mais informada sobre os riscos da não aderência ao tratamento</p>	<p>- Capacitação dos ACS; - capacitação dos cuidadores; - conferir a forma como o paciente está usando os remédios nas consultas e visitas</p>	<p>Organizacional: organização da agenda Cognitivo: Conhecimento sobre o tema, sobre estratégias de comunicação e sobre estratégias pedagógicas Político: articulação entre os setores da</p>

				saúde e adesão dos profissionais
--	--	--	--	-------------------------------------

### III. CONCLUSÃO

Através desse estudo compreendemos a importância da adesão do paciente ao tratamento anti-hipertensivo.

Para se conseguir esse objetivo é necessária uma mudança no paradigma que predomina nos serviços de saúde, que é o centrado na doença, para o centrado na pessoa.

A preocupação técnico-científica é fundamental, todavia sem ocorrer alteração no "Estado de Consciência" do paciente nunca haverá aderência ao tratamento.

O paciente precisa ser ouvido, sentir-se considerado no processo. Ao se unir a dimensão do cuidado individual (autonomia, escolhas) com o profissional (preparo técnico), temos maiores possibilidades de sucesso. Cuidar adequadamente a hipertensão é fundamental já que negligenciar o tratamento pode causar hipertrofia ventricular esquerda, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença vascular periférica, nefropatia hipertensiva, ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral e retinopatia hipertensiva; ou seja, alta morbimortalidade por essa doença no território. A abordagem medicamentosa é um dos quesitos importante para o sucesso do tratamento e como as medicações se encontram disponíveis na unidade; pactuar, em comum, que a aderência ao uso do remédio é uma prioridade é uma necessidade essencial.

A adesão medicamentosa do paciente hipertenso depende da sua ação em conjunto com a sua família, profissionais de saúde e de todo um sistema que o apoie e garanta o seu sucesso no tratamento. É papel do médico auxiliar o paciente em suas dúvidas, angústias e dificuldades, pois um bom acolhimento aliado ao poder da informação leva a uma parceria de sucesso.

Portanto o trabalho em grupos na unidade deve ser algo estimulado e contínuo com a participação dos familiares dos hipertensos, pois tem se mostrado favorável à adesão ao tratamento, o grupo estimula a reflexão, amplia o nível de conhecimento, permite que cada um fale de suas experiências em relação a sua patologia.

## **REFERÊNCIAS**

ANDRADE, J., P., et al. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arquivos Brasileiros Cardiologia**. Salvador, BA. Vol. 79 (nº 4), 375-9, 2002.

BARBOSA, R., G. B.; LIMA, N., K., C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>> Acesso em: 01 jul. 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Caderno de Atenção Básica 07. Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus – DM. Brasília - 2001

BRASIL. **Ministério da Saúde / DATASUS - Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 10 dez. 2013

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS M. A, S. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde Iniciação**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2010.

CHAVES E.S ; LÚCIO I.M.L; ARAÚJO.T.L; DAMASCENO. M.M.C. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. Revista brasileira de enfermagem, vol.59, no.4 Brasília, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400013&lng=en&nrm=iso) Acessado em 12 de dez 2013

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

DEMONER M.S; SARQUIS E.L.M.M ;DELL'ACQUA M.C.Q; BUENO ,M.C Jayme GALLANI. J; MOREIRA R.M; BOCCHI S.C.M; TASE T.H; PIERIN A.M.G. **Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde**. Revista acta paulista de enfermagem. vol.25 São Paulo 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000800005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000800005&script=sci_arttext&tlng=pt) br. Acessado em 12 de dez 2013

FERREIRA M.T.L. **Estratégias para aumentar a adesão ao tratamento não-medicamentoso ao portadores de hipertensão arterial sistêmica da Caponga da Bernada**. Revista da Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza 2009

FIGUEIREDO, Natalia Negreiros; ASAKURA, Leiko. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 6, 2010

GIROTTI E; ANDRADE .S. M; CABRERA M.A.S **Análise de três fontes de informação da atenção básica para o monitoramento da hipertensão arterial**. Revista de Epidemiologia Serviços de Saúde, Brasília, 19(2):133-141, 2010.

GOLDMAN L.; AUSIELLO D. Cecil - **Tratado de Medicina Interna** - 2 Vols. ed. Elsevier. São Paulo-SP, 2009

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <<http://www.ibge.org.br>> Acessado em: 29 de mar. 2013

LUNELLI R.P; PORTAL V.L; ESMÉRIO F.G MORAES M.A; SOUZA, E.N. **Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana**. Revista

escola enfermagem USP vol.32 no.4 São Paulo, 2008. Disponível em: [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br). Acessado em 14 de dez 2013

**MATUS, C. Política, Planejamento e Governo.** Brasília: IPEA. 1993

NEMES, M.I.B ; HELENA. E.T.S; NETO. J.E. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. Revista saúde sociedade vol.19 no.3 São Paulo, 2010.

OLIVEIRA T.L; MIRANDA L.P; FERNANDES P.S ; CALDEIRA A.P. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Acta paulista de enfermagem vol.26 no.2 São Paulo 2013. Disponível em: [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br). Acessado em 30 de dez 2013.

**PEDROSO E R P; OLIVEIRA R G. Blackbook Clínica Médica:** medicamentos e rotinas médicas. 1ª ed. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007.

PUCCI, N., et al. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. **Revista Brasileira Cardiologia.** Lages, SC .25(4):322-329. 2012.

SANTOS, J., C., et al. Adesão do Idoso Ao Tratamento Para Hipertensão Arterial e Intervenções de Enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.** Fortaleza, CE. 13(2):343-53. 2012

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Atenção à Saúde do Adulto:** Conteúdo Técnico da Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (NO PRELO). 3. ed. Belo Horizonte, 2013

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Documento de Cadastro de Hipertensos da ESF Por Amor a São João da Ponte.** São João da Ponte-MG, 2013.

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretrizes de Hipertensão Arterial.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia 2010. Disponível em: [ww.sbc.br](http://ww.sbc.br). Acessado em 18 de abr.2013.

SOUZA, A. R.A ; COSTA.A; NAKAMURA D.; MOCHETI L. A; FILHO P.S ; OVANDO.L.A.- **Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS.** Revista de ciência farmacêutica básica e aplicada. Campo Grande,2010.