

DJENANDA FREIRE SÁ

**ANÁLISE DA BAIXA ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

ARAÇUAÍ/ MINAS GERAIS

2010

DJENANDA FREIRE SÁ

**ANÁLISE DA BAIXA ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

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

Orientador: Alexandre Sampaio Moura

ARAÇUAÍ/ MINAS GERAIS

2010

DJENANDA FREIRE SÁ

**ANÁLISE DA BAIXA ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

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

Orientador:

Banca Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, ____ de _____ de 2010.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me conceder a força necessária para trilhar este caminho. A minha família, pelo carinho e incentivo durante essa caminhada. Ao orientador Alexandre Sampaio Moura pelo apoio, auxílio e discussão durante o desenvolver deste trabalho de conclusão de curso.

RESUMO

A relevância da hipertensão arterial sistêmica (HAS) como importante fator de risco cardiovascular é inquestionável. O estudo teve como objetivo realizar uma revisão narrativa acerca do tema hipertensão arterial com foco na aderência ao tratamento na atenção primária à saúde, tendo como contexto a unidade básica de saúde (UBS) do Programa de Saúde da Família Canoeiro- Araçuaí/MG. Os resultados mostraram que há particularidades em relação à adesão ao tratamento farmacológico e ao tratamento não farmacológico, e que a educação em saúde é necessária enquanto forma de intervenção visando aumentar a adesão ao tratamento na hipertensão arterial. Demonstrou-se que não há um monitoramento eficaz acerca da adesão ao tratamento e que a ação educativa configura-se como forma de impulsionar o paciente para a ação de controle de sua doença e, sobretudo de assumir o papel de protagonista neste processo de sua vida. A pesquisa desenvolvida possibilitou identificar que a educação em saúde é importante para o planejamento de ações visando aumentar a adesão ao tratamento entre pacientes hipertensos na rede de atenção básica à saúde.

Palavras-chave: Adesão. Hipertensão arterial. Atenção Primária. Saúde da Família.

ABSTRACT

The relevance of hypertension (HBP) as an important cardiovascular risk factor is unquestionable. The objective of the study was realize a narrative review on the subject with hypertension, focused on the adherence to treatment in primary care, taking the context as a basic health unit (BHU) in the Family Health Program Canoeiro Araçuaí-MG. The results has shown that there are particularities between the adherence to pharmacological treatment and non-pharmacological treatment and that health education is needed as a form of intervention to increase adherence to treatment in hypertension. It was demonstrated that there is not an effective control on treatment adherence and that education on health care appears as a way to boost the patient to share control of their disease, and especially to take the leading role in this process their life. The research developed has allowed identify that health education is important for the planning of actions looking for increase the adherence to treatment between hypertensive patients in the network of basic health care.

Keywords: Adhesion. Hypertension. Primary. Family Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	01
2 OBJETIVOS.....	04
3 METODOLOGIA.....	05
4 CONTEXTO DO ESTUDO.....	06
5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	08
5.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: FATORES QUE DETERMINAM A BAIXA ADERÊNCIA AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	08
5.2 PARTICULARIDADES DA ADESÃO À TERAPIA NÃO-FARMACOLÓGICA DA HAS.....	11
5.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA POSSIBILIDADE DE AUMENTO NA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO DA HAS.....	14
6 DISCUSSÃO.....	16
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	21
ANEXOS.....	

1- INTRODUÇÃO

A relevância da hipertensão arterial sistêmica (HAS) como importante fator de risco cardiovascular é inquestionável. Sua alta prevalência mundial e o aumento da probabilidade de desfechos circulatórios fatais ou não-fatais, quando a ela estão associados outros fatores de risco, tornam muito importantes o conhecimento de sua ocorrência nacional e regional, assim como a correlação com outros possíveis fatores potencialmente desencadeantes. A aderência ao tratamento é um fator primordial para a efetividade no controle da HAS nas unidades de atenção básica à saúde (SARQUIS *et al*, 1998).

Um dos maiores problemas vivenciados quando o assunto é hipertensão arterial é a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, uma doença altamente prevalente tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, atingindo cerca de 15 a 20% da população adulta em nosso país (SARQUIS *et al*, 1998).

Sarquis *et al*. (1998) caracterizam adesão como sendo a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar os medicamentos, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o conselho médico ou de saúde.

As doenças cardiovasculares são as principais causas de mortalidade no mundo, sendo a HAS considerada como o principal fator de risco. Apesar do reconhecimento da HAS como um problema de saúde pública e da existência de diversas possibilidades de tratamento farmacológico e não farmacológico, seu controle adequado está longe de ser obtido (NEVES *et al*, 2009).

A não aderência ao tratamento é um processo multifatorial. O custo do tratamento, um relacionamento médico-paciente deficiente, a necessidade de tomar diversos comprimidos e os efeitos adversos dos medicamentos são considerados como fatores causais da não aderência ao tratamento (SARQUIS *et al*, 1998).

Outro aspecto que merece consideração é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, indicando uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física, tabagismo, entre outros fatores que também contribuem no delineamento desse quadro.

Um dos maiores desafios no combate à hipertensão arterial sistêmica deve-se a não adesão à terapêutica anti-hipertensiva, ou seja, a não observância da prescrição de medidas medicamentosas ou não medicamentosas para o controle da pressão arterial (PA) (COELHO *et al*, 2005).

Considerando o cenário apresentado, este estudo que busca analisar a aderência ao tratamento da HAS em nível de atenção primária assume elevado grau de relevância para a saúde pública.

Enquanto enfermeira do Programa de Saúde da Família do Bairro Canoeiro, município de Araçuaí – MG, convivo cotidianamente com questões que permeiam o acompanhamento ao paciente hipertenso. A demanda por consultas médicas é muito grande e, na maioria das vezes, é constituída por pessoas que não seguem as orientações médicas acerca do tratamento e retornam pouco tempo depois com as mesmas queixas solicitando nova consulta.

Outra questão é visível durante as visitas domiciliares da equipe de saúde da família, quando percebemos que um grande número de hipertensos não adere ao tratamento medicamentoso prescrito, não se responsabilizam pelo seu próprio tratamento e acumulam um grande número de medicamentos em casa.

Somado a estas questões, percebemos que o cotidiano de muitas destas pessoas é baseado em hábitos que predispõe ao desencadeamento da HAS: ingestão de comida e gordura de origem animal em grande quantidade e muitas vezes como base da dieta; obesidade; uso abusivo de bebidas alcoólicas; sedentarismo, tabagismo.

Portanto, a escolha do tema justifica-se por sua relevância na saúde pública, sobretudo na atenção básica e pela importância do aprofundamento teórico sobre o tema visando uma maior qualificação da intervenção das equipes de saúde da família junto aos hipertensos.

2. OBJETIVO GERAL

- Realizar uma revisão narrativa acerca do tema hipertensão arterial com foco na aderência ao tratamento na atenção primária à saúde, tendo como contexto a unidade básica de saúde (UBS) do Programa de Saúde da Família Canoeiro-Araçuaí/MG.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores que determinam a baixa aderência, por parte do paciente, ao tratamento farmacológico e não farmacológico da hipertensão arterial na rede de atenção primária à saúde;
- Contextualizar de que forma a educação em saúde pode contribuir para o aumento da aderência ao tratamento da HAS na população sob responsabilidade da UBS Canoeiro, Araçuaí, Minas Gerais, por meio do direcionamento das ações das equipes de saúde na rede de atenção básica.

3 METODOLOGIA

Para atingir o objetivo geral desse estudo, foram realizados dois procedimentos metodológicos. O primeiro tem relação direta com o primeiro objetivo geral que é a realização de uma revisão narrativa sobre HAS com foco na baixa aderência ao tratamento. Desta forma foi realizada uma pesquisa no site da Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Electronic Library Online). Na busca por artigos científicos sobre o tema utilizou-se como palavras-chave: hipertensão arterial, aderência ao tratamento, prevenção e controle, sendo selecionados 43 artigos. Dos artigos selecionados, dez artigos foram utilizados no estudo por estarem relacionados diretamente com o tema adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Os artigos utilizados foram analisados buscando respostas para os objetivos que guiaram este estudo.

O segundo procedimento teve como objetivo descrever a UBS Canoeiro visando realizar uma análise crítica da intervenção com os hipertensos. Isso foi buscado por meio de um levantamento de informações nos arquivos da unidade bem como através do relato da experiência prática da autora enquanto enfermeira responsável pela unidade.

4 O CONTEXTO DO ESTUDO

O Ministério da Saúde, através do modelo de municipalização do sistema de saúde, aumentou as responsabilidades das prefeituras municipais com a efetividade dos cuidados em saúde. Os municípios de médio porte, como Araçuaí, assumem responsabilidades pelos serviços de saúde em todo o seu território, aumentando sua complexidade e exigindo mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação.

Atualmente o município de Araçuaí conta com três equipes de saúde da família na zona urbana montadas e em pleno funcionamento e um programa de saúde indígena (PSI). Recentemente foi inaugurado um PSF rural na comunidade de Engenheiro Schnoor.

A cidade possui um hospital, policlínica, clínica odontológica, serviço de radiologia, clínica de fisioterapia, Centro de atenção psicossocial (CAPS) e uma unidade básica de atendimento a mulher (CEAM), 8 mini-postos na zona rural, quatro programas de agentes comunitários de saúde (onde são oferecidas consultas médicas quinzenais por um médico generalista. Conta também, com os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiologia, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Controle de Zoonoses.

O Hospital São Vicente de Paulo de Araçuaí (HSVP) é referência em saúde secundária na micro-região, sendo um hospital geral, de caráter filantrópico e conveniado ao SUS com 96 leitos ativos. Presta hoje, atendimentos de internações, ambulatoriais e de emergência. A cidade de Araçuaí atualmente é referência microrregional em saúde e o hospital é referência para a atenção secundária desta micro-região.

A Unidade de Saúde da Família (USF) Canoeiro oferece atendimento a todo o ciclo de vida humana com ênfase na estrutura familiar. Atualmente acompanha 940 famílias, sendo o total de 3.800 pessoas, residentes no bairro Canoeiro e Juparaná, segundo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Em relação à funcionalidade e elementos físicos da sede da UBS pode-se afirmar que a mesma funciona em uma casa residencial improvisada para o funcionamento da unidade tendo a área física pequena, dificultando a boa funcionalidade e gerando uma necessidade de adequações.

A equipe da unidade é composta por 01 enfermeiro, 01 técnico (a) de enfermagem, 01 médico, 01 auxiliar de serviços gerais, 09 ACS, sendo equipe mínima para unidade de saúde da família de acordo com a Portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997. Há necessidade de treinamento e capacitações constantes devido à modificações constantes que ocorrem devido à saída e entrada de novos profissionais na equipe, e também para acompanhar as mudanças e diretrizes do programa saúde da família visando possibilitar melhorias no atendimento.

A organização da atenção aos hipertensos da microárea é realizada através do HIPERDIA, o qual possui impresso próprio para anotação das informações.

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do HIPERDIA (2010), no município de Araçuaí existem atualmente 3.387 pessoas hipertensas, sendo 67,93% do sexo feminino e 32,7% do sexo masculino. Em média são realizadas 6.500 consultas de pacientes hipertensos, anualmente no município. Em relação ao número de atividades educativas desenvolvidas com os hipertensos, são realizadas em média 120 atividades anualmente nas unidades de atenção básica de saúde na zona urbana.

No contexto específico do PSF CANOEIRO, segundo dados do SIAB, HIPERDIA e registros da equipe do PSF (2010), há atualmente 391 hipertensos na microárea, sendo 68% do sexo feminino e 32% do sexo masculino. São realizadas anualmente cerca de 1050 consultas de pacientes hipertensos. São realizadas em média 24 atividades educativas por ano, como palestras, grupos operativos e dinâmicas focalizadas no tema.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: FATORES QUE DETERMINAM A BAIXA ADERÊNCIA AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Há consenso absoluto em relação à importância do tratamento da hipertensão arterial sistêmica para a redução da morbidade e mortalidade causadas pelas doenças cardiovasculares, além de elevado grau de concordância sobre as melhores práticas de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença (LIMA *et al.*, 2009). No entanto, observa-se que a adesão ao tratamento da HAS é ainda insatisfatória, havendo certa resistência que acaba acarretando resultados aquém daqueles esperados com base no conhecimento científico vigente (LIMA *et al.*, 2009).

É comum, sobretudo no nível de atendimento primário, pacientes com hipertensão arterial não tomarem rigorosamente os medicamentos receitados. O custo do tratamento, um relacionamento médico-paciente deficiente, a necessidade de tomar diversos comprimidos e os efeitos adversos dos medicamentos são outras causas de não-adesão ao tratamento (PIMENTA, CALHOUN e OPARIL, 2007).

A hipertensão arterial é uma doença basicamente detectável por meio da medida da pressão arterial, e que continua em muitos casos sem tratamento ou com indivíduos tratados inadequadamente, apesar dos progressos expressivos da indústria farmacêutica na produção de medicamentos cada vez mais eficazes para o seu tratamento (SARQUIS *et al.*, 1998).

Em estudo realizado por Sarquis *et al.* (1998) demonstrou-se que, em relação ao tratamento medicamentoso, os fatores intervenientes na adesão mais citados foram: dose, número de medicamentos, horário da medicação, efeitos colaterais, eficácia das drogas, custo, tratamento prolongado, mudanças de medicamento e descontinuidade do tratamento.

Mion Jr. *et al.* (2001) corroboram estas afirmações ao demonstrarem que, em relação aos remédios, os motivos que mais contribuíram para que os pacientes deixassem de

tomá-los foram custo, ter que tomar várias vezes ao dia e efeitos indesejáveis das drogas. Temos ainda os fatores relacionados à percepção da hipertensão arterial como doença, da atitude do paciente frente ao fato de ser hipertenso e a motivação pessoal pela busca de um melhor estado de saúde como fatores que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso (COELHO *et al.*, 2005).

Apesar do progresso alcançado pela indústria farmacêutica na formulação de medicamentos eficazes e com baixos índices de efeitos indesejáveis, o controle da doença nem sempre é adequado. A falha no seguimento do tratamento proposto, caracterizando falta de adesão e conseqüente controle inadequado da pressão arterial é freqüente (MION JR. *et al.*, 2001).

Em relação à dose do medicamento, uma alternativa encontrada em diversos artigos é substituição dos medicamentos regulares que necessitam de mais de uma tomada diária por aqueles de liberação lenta e dose única, reduzindo bastante à freqüência de tomada de medicamento, o que pode facilitar a adesão ao tratamento (SARQUIS *et al.*, 1998).

O número de medicamentos configura-se como um fator complicador que contribui para a confusão e esquecimento. A associação de diferentes medicamentos anti-hipertensivos em única apresentação tendem beneficiar o seguimento do tratamento. Já em relação aos efeitos colaterais, apesar da eficácia e especificidade cada vez maior das drogas, eles continuam sendo um problema à adesão ao tratamento. A determinação dos horários de medicação deve ser atrelada ao dia a dia da vida diária do paciente de modo a facilitar a incorporação do novo hábito, do contrário podem dificultar a adesão ao tratamento medicamentoso, bem como as prescrições com esquemas complexos ou que carecem de clareza que também dificultam a adesão (SARQUIS *et al.*, 1998).

Outro fator intrinsecamente ligado aos demais e que também pode interferir na adesão é o custo do medicamento. Pacientes com hipertensão arterial com problemas para custear a medicação em geral são de nível sócio-econômico não privilegiado e parecem ter maior morbidade e maior freqüência de acidentes vasculares cerebrais,

problemas cardíacos e pior estado de saúde do que aqueles sem problemas financeiros. Também são tidos como indivíduos com hipertensão mal-controlada

A condição sócio-econômica é fator preponderante na análise deste contexto, contudo cabe salientar que não é exclusivo. Nos países em desenvolvimento, onde a maior parte da população não dispõe de recursos financeiros adequados e de uma política de saúde que atenda às reais necessidades, a falta de acesso ao tratamento medicamentoso contribui para os baixos índices de adesão. Salienta-se ainda, que associado a este fator não se pode deixar de lembrar que as crenças de saúde, hábitos de vida, aspectos culturais se inter-relacionam, complicando ainda mais a situação (SARQUIS *et al.*, 1998).

5.2 PARTICULARIDADES DA ADESÃO À TERAPIA NÃO-FARMACOLÓGICA DA HAS

A terapia não farmacológica tem se tornado uma tônica na área da hipertensão. No Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial ocorrido em Mangaratiba, estado do Rio de Janeiro em 1994, definiu-se que o tratamento não farmacológico seria composto de: redução do peso; diminuição da ingesta de sódio; diminuição ou abandono do consumo de álcool; e atividade física programada, que são medidas com maior eficácia terapêutica (SARQUIS *et al.*, 1998).

A mudança do estilo de vida visando a maior qualidade da saúde é uma recomendação sempre necessária. Mesmo que estas modificações não produzam redução da pressão arterial suficiente para evitar o uso de drogas anti-hipertensivas, o número de medicamentos e as dosagens necessárias para o controle pressórico serão menores (NEVES *et al.*, 2009).

O tratamento do hipertenso não deve envolver somente a redução da pressão arterial. O controle dos demais fatores de risco associados deve ser sempre considerado. As intervenções não medicamentosas orientadas (modificação dos hábitos) são benéficas para reduzir diversos tipos de riscos cardiovasculares, inclusive hipertensão, devendo ser utilizadas em todos os pacientes, sejam eles hipertensos ou não (COELHO *et al.*, 2005).

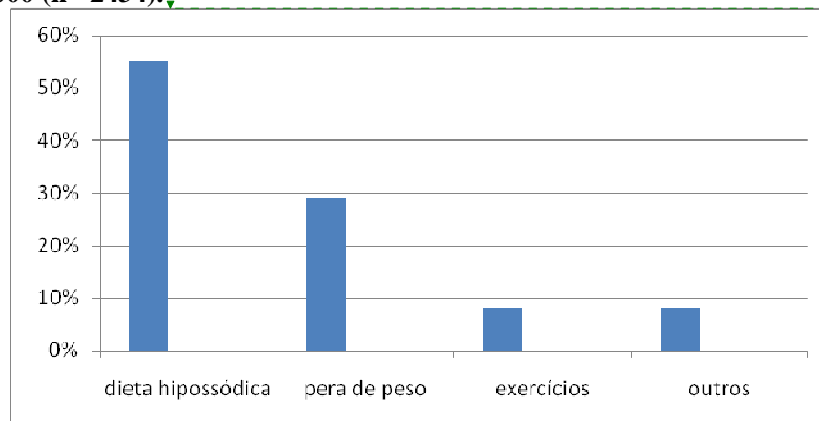
Neves *et al* (2009) chamam a atenção para a importância do controle do tabagismo, um dos grandes causadores da HAS. Sua interrupção é uma medida essencial para redução expressiva da incidência de acidente vascular cerebral (AVC) bem como de infarto agudo do miocárdio (IAM). Desta forma é fundamental oferecer na unidade básica de saúde ações de conscientização que resultem na interrupção do tabagismo, sobretudo pelos hipertensos.

O consumo de álcool deve ser moderado para no máximo 30 g/dia para o homem e 15 g/dia para a mulher. A redução do sal da dieta para 6 g/dia reduz a PA sistólica em 4 a

8 mmHg. A dieta deve conter uma maior quantidade de frutas e vegetais, carne branca e reduzir o aporte de colesterol e gordura saturada e trans. O peso também deve ser controlado, principalmente por dieta e atividade física. O peso ideal é definido pelo índice de massa corporal entre 20 e 25 kg/m². A atividade física regular, com exercícios aeróbicos (caminhada, corrida, natação, bicicleta, entre outros) pode reduzir a PA sistólica em até 9 mmHg. É recomendado 30 a 45 minutos de exercício por dia (NEVES *et al*, 2009).

Em estudo realizado por Mion Jr. *et al.*(2001) foi demonstrado que os médicos prescrevem tratamentos não farmacológicos aos pacientes diagnosticados como hipertensos, mas registra uma ênfase maior nas questões relacionadas à dieta. No estudo, as medidas não-farmacológicas mais recomendadas pelos médicos foram dieta hipossódica (55%) e perda de peso (29%), enquanto a prática de exercícios físicos foi recomendada por apenas 8% (Figura 1).

FIGURA 1 – Percentual das respostas mais assinaladas pelos médicos quanto à orientação das medidas não farmacológicas para hipertensos leves e moderados. São Paulo, 2000 (n= 2434).



Excluído: ¶

Fonte: (MION JR *et al.*, 2001)

Destas medidas não farmacológicas prescritas como forma de tratamento, as mais freqüentemente seguidas pelos pacientes, de acordo com o estudo realizado foram dieta hipossódica (50%), prática de exercícios físicos (20%) e perda de peso (19%) (MION JR *et al.*, 2001).

É importante salientar que a modificação do hábito alimentar, o abandono do álcool e do fumo bem como a adoção de um estilo de vida mais ativo podem constituir para

alguns indivíduos um desafio quase que insuperável. Porém, se considerarmos a importância do controle desses fatores não só para o controle da hipertensão arterial, mas também como uma contribuição para melhor qualidade de vida do indivíduo, fica clara a necessidade de se desenvolverem intervenções que auxiliem o paciente nessa modificação (SARQUIS *et al*, 1998).

A oferta de intervenções educativas pelos serviços de saúde e a participação dos pacientes em grupos de discussão, com informações sobre a doença, condutas para perda de peso corporal e adoção de estilo de vida mais saudável, é essencial como parte do tratamento, por proporcionar conhecimento e habilidades aos pacientes acerca do cuidado diário que a doença demanda (FRANCISCO *et al.*, 2010).

Todo o tratamento, medicamentoso ou não medicamentoso, deve buscar sempre a qualidade de vida do paciente, lembrando que qualidade de vida representa a soma de sensações subjetivas relacionadas ao bem-estar, mas que atualmente há instrumentos padronizados e validados para mensurá-la. Segundo a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida corresponde à "percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da sua cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (MELCHORS, 2010).

Considerando que duas pessoas no mesmo estado de saúde podem ter percepções diferentes sobre sua qualidade de vida e que várias podem ser as interpretações de pacientes, família e equipe de saúde, gerando discrepâncias de avaliação, reforça-se a importância de ações educativas que instrumentalizem o próprio paciente a avaliar sua condição (MELCHORS, 2010).

5.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA POSSIBILIDADE DE AUMENTO NA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO DA HAS

Diversos estudos vêm sendo realizados com o foco na importância de programas educativos para promover maior adesão ao tratamento da HAS, com resultados que apontam para o melhor controle da hipertensão arterial (SILVA *et al*, 2006).

Os aspectos educacionais no que se refere à adesão ao tratamento vêm ganhando cada vez mais destaque no trabalho junto a indivíduos hipertensos. O papel da orientação sobre a doença e cuidados relacionados ao paciente e familiares e/ou cuidadores têm sido ao longo dos anos muito discutidos. A aquisição de informação por meio de programas de orientação influencia positivamente na adesão.

Muito se tem discutido sobre a importância de programas educacionais na mudança de comportamento dos hipertensos, e o enfermeiro teria papel de destaque no processo educacional. Sarquis *et al* (1998) qual demonstra que um grupo de hipertensos submetidos a um programa de orientação sistematizada, teve como resultado, no final do processo educativo, os níveis tensionais inversamente proporcionais ao conhecimento adquirido.

A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes hipertensos. É fato que o conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença (SILVA *et al*, 2006).

Falar em educação em saúde remete-nos, portanto, à capacitação da equipe como aspecto fundamental para alcançar os resultados pretendidos. A organização dos grupos de trabalho e a rotina, garantia do fornecimento de medicação e atendimento à intercorrências, bem como trabalhos individuais ou em grupos, com equipes multiprofissionais, envolvendo paciente e família parecem ser estratégias válidas.

SARQUIS *et al.* (1998) relatam em seu estudo a interferência dos fatores institucionais em relação à adesão ao tratamento da HAS ressaltando que o relacionamento com a equipe de saúde, de um modo geral ou mais especificamente com o médico e/ou enfermeira, o desenvolvimento de programas específicos de orientação, verbal, escrita, com folhetos, individual, em grupo, pela equipe multiprofissional, o acesso ao serviço de saúde, o esquema de distribuição de medicações, a informação de profissionais de saúde quanto a melhor maneira de abordar o paciente hipertenso e a qualidade do cuidado prestado nos serviços de saúde são fatores intervenientes na adesão ao tratamento. Sendo todos eles relacionados à educação.

Em uma oficina de trabalho conduzida pela Liga Mundial de Hipertensão em 1994 sobre educação do paciente hipertenso, foi estabelecido que o objetivo a ser atingido através da educação do paciente é influenciar seu comportamento induzindo-o à mudança e manutenção do tratamento. Para isso, as estratégias de ação dos profissionais de saúde deveriam ser: guiar o paciente em direção a crença, valores, percepções e atitudes corretas em relação à doença; permitir ao paciente ajustar-se a problemas práticos como treiná-lo no uso das medicações, auto-mensuração da pressão arterial, preparo adequado da dieta; e ajudar o paciente, através da indução do meio, no qual se incluem a família, amigos e profissionais de saúde, e reforçar sua motivação para ajustar-se à doença (SARQUIS *et al.*, 1998).

6 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão narrativa acerca do tema hipertensão arterial com foco na aderência ao tratamento na atenção primária à saúde, tendo como contexto a unidade básica de saúde (UBS) do Programa de Saúde da Família Canoeiro- Araçuaí/MG. Nesta revisão, observou-se que o acompanhamento contínuo e individualizado ao paciente hipertenso resulta em ganhos para a saúde além de diminuir agravos decorrentes da doença.

Embora ainda não estudada, uma das possíveis maneiras indiretas de se inferir sobre uma das facetas da adesão ao tratamento anti-hipertensivo proposto é a observação da assiduidade do comparecimento às consultas agendadas. Essa simples medida pode evidenciar o desejo do paciente tratar a sua doença e revelar a percepção da sua consciência de possuir um problema de saúde que necessita de cuidados (COELHO *et al.* 2005). Esta afirmação nos convida a pensar na forma como estamos acompanhando os hipertensos em nossa unidade básica de saúde, de que maneira estamos considerando a relação entre os profissionais da UBS e os pacientes como um recurso valioso para garantir a aderência ao tratamento. Muitas vezes a demanda espontânea recorrente é vista como sinal da não aderência ao tratamento, fato que necessita ser mais explorado pela equipe.

Foi particularmente relevante a observação de que não possuímos em nossos registros dados fidedignos quanto à assiduidade dos hipertensos ao tratamento, apesar de tratar-se de uma informação que é de suma importância para que possamos verificar a eficácia das ações desenvolvidas, a resolutividade destas ações e, sobretudo, intervir precocemente evitando agravos decorrentes da hipertensão.

Segundo Coltro *et al.* (2009) as doenças cardiovasculares são a principal causa de óbitos no Brasil, correspondendo a cerca de 30% dos óbitos nas diversas faixas etárias. Representam ainda a principal causa de gastos em assistência médica pelo SUS, acredito que garantir a assiduidade do paciente hipertenso ao tratamento na unidade básica de saúde poderá configurar-se como uma medida eficaz para diminuir e mesmo evitar internações hospitalares causadas por um quadro decorrente do não tratamento do paciente hipertenso.

Este estudo despertou para a importância de incluir nas ações cotidianas da equipe do PSF Canoeiro um olhar para a assiduidade dos pacientes hipertensos ao tratamento proposto, bem como um acompanhamento que garanta a frequência necessária, seja com busca ativa, visitas domiciliares, maior número de atividades educativas, orientação individual.

No município de Araçuaí e especificamente na área de abrangência do PSF Canoeiro o número de mulheres hipertensas cadastradas é quase o dobro do número de homens. Este número, possivelmente é consequência do fato de que as mulheres procuram mais a unidade de saúde, aumentando a probabilidade de serem identificadas como hipertensas. Este dado também aponta para a necessidade de aprofundarmos este estudo no sentido de aumentar a captação do hipertenso do sexo masculino. Como este não foi um dado trabalhado neste estudo, acredito que seja de suma importância aprofundar teoricamente acerca deste tema, trabalhando melhor este dado, buscando descobrir as causas e possíveis maneiras de intervir junto à população hipertensa.

Baseado no estudo desenvolvido por SILVA *et al* (2006) e considerando a minha atuação como coordenadora do PSF Canoeiro e enfermeira responsável pela equipe de saúde da unidade básica de saúde, percebo ser fundamental a capacitação da equipe para a ação educativa e o acompanhamento ambulatorial dos pacientes hipertensos. Acredito que uma forma de enriquecer o trabalho será a articulação intersetorial e multiprofissional, buscando junto à coordenação municipal da atenção básica a colaboração de profissionais de outras áreas do município como assistente social, auxiliar de enfermagem, dentista, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, psicóloga e terapeuta ocupacional.

Uma ação que precisa ser implementada na unidade de saúde do bairro Canoeiro é a organização dos grupos e cronograma das atividades, garantindo que os pacientes possam passar por consulta médica sempre que houver indicação e participar de ações educativas para conhecer mais acerca da hipertensão enquanto fator de risco para doenças cardiovasculares ou cerebrovasculares, os cuidados que devem ser tomados e os controles exigidos para estabilizar os níveis pressóricos.

Desta forma, eles poderão ser orientados sobre a necessidade de adesão ao tratamento e receber noções de nutrição, controle de estresse e cuidados dentários. Uma ação que pode ser determinante para a organização do usuário de forma a refletir na adesão ao tratamento é o fornecimento, no primeiro encontro, de um cartão de controle da hipertensão para uso próprio e, para os que tiverem interesse e/ou disponibilidade, oferecer encontros com a fisioterapeuta e a terapeuta ocupacional em horários determinados e tempo pré-estabelecido.

No acompanhamento, o paciente que apresentar qualquer intercorrência clínica terá prioridade em consulta com o médico clínico por meio de vagas previamente reservadas para esse fim. Para as consultas médicas e não-médicas regularmente agendadas, os faltosos serão convocados por telefone ou visita domiciliar, a fim de se estimular a aderência ao programa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo lança um fecho de luz sobre a importância de se garantir a adesão do paciente ao tratamento da hipertensão arterial. Sobretudo, enfatizou a importância da ação educativa como forma de impulsionar o paciente para a ação de controle de sua doença e, sobretudo de assumir o papel de protagonista neste processo de sua vida.

A pesquisa desenvolvida possibilitou identificar de que forma a educação em saúde é importante para o planejamento de ações voltadas para aumentar a adesão ao tratamento entre pacientes hipertensos na rede de atenção básica à saúde.

A aderência ao tratamento da hipertensão não é vista por todos os profissionais como uma informação potente para a transformação da forma de controle da doença, muitas vezes deixando de ser um foco da ação. Trata-se de um ponto a ser trabalhado com um olhar muito especial pelos profissionais que atuam em saúde da família, demandando capacitação dos profissionais, a construção de ações concretas, criação de oficinas temáticas e grupos de discussão que reflitam na adesão espontânea destes pacientes ao tratamento proposto.

O presente estudo evidencia que para fortalecer as ações que visem à adesão ao tratamento de hipertensão arterial nas equipes de saúde da família é necessário conhecer e ajustar as diferentes dimensões que perpassam a prática educativa.

A proposta é assumir que ação educativa é parte inerente ao trabalho da enfermagem e que nós, profissionais da enfermagem, precisamos nos capacitar pedagogicamente e garantir que o paciente possa se apropriar do conhecimento e sobretudo possa assumir o seu papel de cuidador de sua própria saúde apoiados pela equipe de saúde.

A estratégia da Saúde da Família tem como ponto fundamental de sua estrutura o trabalho em equipe, preconizando ações multidisciplinares, onde todos os profissionais da equipe passam a ser responsáveis pela população da área de abrangência e a própria população passe a se sentir responsável também, sempre analisando de forma crítica o trabalho desenvolvido.

É evidente a necessidade de preparo técnico e comportamental para desempenhar as ações de gestão\coordenação de uma equipe de saúde, além de ações educativas e assistenciais, sendo que o papel mais importante de uma enfermeira é o de ser elo entre a organização da saúde e a efetivação das ações no território de abrangência, além de ser direcionador da organização do trabalho em equipe.

Enquanto profissionais da área da saúde temos um perfil composto de competências técnicas e comportamentais, sendo que não podemos perder de vista que o planejamento e avaliação constante das ações clínicas e educativas devem sempre fazer parte do cotidiano da equipe. Uma gestão colegiada e participativa, baseada no diálogo, na discussão de propostas, na busca de decisões consensuais é um passo para oferecer ações que despertem o desejo do paciente em participar, em aderir, em ser parte. Considerando que, quando o indivíduo participa de todo o processo de produção de estratégias de enfrentamento dos problemas, as chances de adesão, responsabilização e compromisso com a concretização da proposta são muito maiores.

Outro aspecto que reflete na maior adesão do paciente ao tratamento proposto é o pressuposto de que ao analisarmos qualquer problema a ser enfrentado é necessário considerá-lo em sua totalidade, buscando compreendê-lo sob diversas perspectivas – histórica, social, cultural, política. Afinal, diferentes olhares sobre uma mesma situação produzem explicações e propostas distintas, tornado a proposta algo significativo para o paciente e o tratamento algo inerente ao seu processo de saúde.

REFERÊNCIAS

- COELHO, E. B. et al . Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 85, n. 3, p.157-161, Set. 2005.
- COLTRO, R. S. et al. Frequência de fatores de risco cardiovascular em voluntários participantes de evento de educação em saúde. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, vol.55, n.5, p. 606-661, 2009.
- FRANCISCO, P. M. S. B. et al . Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, p.175-184, n. 1, Jan. 2010.
- LIMA, S. M. L. et al . Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p.2001-2011. Set. 2009.
- MELCHORS, A. C. et al. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do Minichal-Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 94, n. 3, p.357-364 Mar. 2010 .
- MION JR, D.; PIERIN, A.M. G.; GUIMARAES, A.. Tratamento da hipertensão arterial - respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 47, n. 3, p.249-254, set. 2001.
- PIMENTA, E.; CALHOUN, D. A. e OPARIL, S. Mecanismos e tratamento da hipertensão arterial refratária. **Arq. Bras. Cardiologia**, vol.88, n.6, p. 683-692, jun. 2007.
- NEVES, M. F., et al Como Diagnosticar e Tratar Hipertensão sistêmica. **Revista Brasileira de medicina**. Rio de janeiro, p. 41-50, out.2009.
- SARQUIS, L. M. M. et al . A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 32, p.335-353, n. 4, dez. 1998.
- SILVA, T. R. et al . Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p.614-626, dez. 2006.