

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

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DO PORTADOR DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS PACIENTES CADASTRADOS NA ESF BOA VISTA,
JOÃO MONLEVADE, MINAS GERAIS.**

FERNANDA SILVA ALVES

GOVERNADOR VALADARES
MINAS GERAIS

2011

FERNANDA SILVA ALVES

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DO PORTADOR DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS PACIENTES CADASTRADOS NA ESF BOA VISTA,
JOÃO MONLEVADE, MINAS GERAIS.**

**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.**

Orientadora: Fernanda Magalhães Duarte

Governador Valadares

Minas Gerais

2011

FERNANDA SILVA ALVES

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DO PORTADOR DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS PACIENTES CADASTRADOS NA ESF BOA VISTA,
JOÃO MONLEVADE, MINAS GERAIS.**

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.

Orientadora: Prof. Fernanda Magalhães Duarte

Banca Examinadora

Prof. Fernanda Magalhães Duarte

Prof. Ayla Norma Ferreira Matos

Aprovado em Belo Horizonte : 24/03/12

Dedico este trabalho exclusivamente a você meu pai, por ter cumprido sua missão, de estudar eu e meu irmão com muito esforço, dedicação e acima de tudo com muito entusiasmo. Muito obrigada pelo maravilhoso exemplo de vida

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, por estar presente em todos os momentos de minha vida. À minha mãe, pelo incentivo. A meu irmão pela força, a Marcos por compreender meus momentos difíceis e transmitir paz e tranquilidade quando preciso. A minha equipe de trabalho: Monique, Érica, Aparecida Neres, Aparecida do Rosário, Elizete, Marília, Elizabeth e Juliana por acreditar em meus planos e ações e ajudar a desenvolvê-los com muita dedicação. À minha Coordenadora Daniela pela persistência da continuidade de nossos trabalhos, as minhas amigas: Paula, Michele, Kátia e Gina e agradeço a minha Orientadora Fernanda pela dedicação e paciência. A vocês o meu muito obrigada!

RESUMO

O enfermeiro tem papel importante no tratamento do portador da hipertensão arterial nos pacientes cadastrados na ESF em Boa Vista, cidade situada em João Monlevade – Minas Gerais. O contexto refere às complicações da hipertensão arterial na ESF Boa Vista como primeira causa de morbimortalidade nos anos de 2009 e 2010, e de um total de 25% da população de hipertensos que não aderem aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. Logo, o objetivo desta pesquisa foi demonstrar a importância do controle do paciente portador da hipertensão arterial sistêmica, cadastrado na ESF Boa Vista, pelo profissional enfermeiro, visando os aspectos de conscientização, controle e prevenção. A metodologia utilizada foi a coleta de dados nos periódicos na base de dados LILACS, MEDLINE no período de 2001 a 2011, e pesquisa documental realizada a partir da análise de prontuários e informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da ESF Boa Vista. Os resultados apontam uma diminuição das taxas de morbimortalidade por complicações da hipertensão arterial após implantação da Estratégia Saúde da Família. Assim, pode-se concluir que a consulta de enfermagem é ação primordial na prevenção e controle da patologia em estudo, sendo que os determinantes da adesão-não-adesão são complexos e difíceis de serem entendidos e a educação em saúde deve ser feita por equipe multiprofissional.

Palavras chave: enfermeiro, estratégia saúde da família e hipertensão arterial.

ABSTRACT

The nurse has an important role in the treatment of hypertension carrier in patients enrolled in the FHS in Boa Vista, a town in John Monlevade - Minas Gerais. The context for complications of hypertension in Boa Vista FHS leading cause of morbidity and mortality in the years 2009 and 2010, and a total of 25% of the hypertensive population who do not adhere to non-pharmacological and pharmacological treatments. Therefore, the objective of this research was to demonstrate the importance of controlling patient with hypertension, enrolled in the FHS Boa Vista, the nurse, targeting aspects of awareness, prevention and control. The methodology used was the collection of data for the database LILACS, MEDLINE from 2001 to 2011, and documentary research carried out from the analysis of medical records and information from the Information System (SIAB) FHS Boa Vista . The results show a decrease in mortality and morbidity rates from complications of hypertension after implantation of the Family Health Strategy. Thus, one can conclude that the query is nursing action in primary prevention and control of the disease being studied, and that the determinants of adherence-nonadherence are complex and difficult to understand health and education must be made by a multidisciplinary team.

Keywords: nurses, family health strategy e hypertension.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 DESENVOLVIMENTO.....	19
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	19
5.2 Estratégia Saúde da Família.....	22
5.3 O enfermeiro na atenção ao paciente portador da hipertensão arterial.....	28
5.4 Motivos do paciente hipertenso não aderir aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos.....	34
5.5 Educação em saúde no tratamento do paciente hipertenso.....	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	50

ACS.....	Agente Comunitário de Saúde
AVE.....	Acidente Vascular Encefálico
AVC.....	Acidente Vascular Cerebral
COREN.....	Conselho Regional de Enfermagem
ESF.....	Estratégia Saúde da Família
IAM.....	Infarto Agudo no Miocárdio
PSF.....	Programa Saúde da Família
LILACS.....	Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE.....	Medical Literature Analysis and Retrieval System
NOAS.....	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
RIPSA.....	Rede Internacional de Informações para Saúde
SIAB.....	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS.....	Sistema Único de Saúde
UBS.....	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Causas da Hipertensão Arterial Secundária.....	19
Quadro 2: Classificação da hipertensão arterial sistêmica de acordo com medida casual no consultório (> 18 anos)	21
Quadro 3: Recomendações para seguimento do Hipertenso.....	36
Quadro 4: Relação dos fatores que contribuem para a não-adesão aos tratamentos levantados dos artigos publicados no período de 1995 a 2005.....	38
Quadro 5: Relação das formas de lidar com a não-adesão ao tratamento levantado dos artigos publicados no período de 1995 a 2005.....	39

1 INTRODUÇÃO

João Monlevade é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, com população estimada, em 2010, de 73.610 habitantes (IBGE, 2010). Sua economia se baseia na mineração de ferro e na indústria siderúrgica. Localiza-se na região do Médio Piracicaba, a 120 km da capital de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Segundo dados da Coordenação das Equipes da Saúde (ESF) de João Monlevade, existem hoje oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde estão instaladas 13 Equipes de Saúde da Família. João Monlevade está com 50,22% da população coberta pelas ESF, o que equivale a 37.452 habitantes. Algumas UBS abrangem mais de uma ESF. Apenas a Equipe Boa Vista está inserida na UBS Industrial (BRASIL, 2009).

A Unidade de Saúde do bairro Industrial foi inaugurada em setembro de 1986 pela Prefeitura Municipal de João Monlevade. Tem o nome de Alonso Batista Leite. A UBS Industrial funciona como Estratégia de Saúde da Família desde o ano de 1996 e possui atendimentos clínicos como unidade tradicional.

Sua área de abrangência estende-se aos bairros Cachoeirinha, Ipiranga, Industrial, Boa Vista, Cidade Nova e Pacas. Pode-se dizer que nestas regiões existem áreas urbanas e algumas distantes da Unidade, que não são consideradas rurais, segundo dados do IBGE (Cachoeirinha e Pacas). A distância destas áreas até a Unidade é de aproximadamente 6 km, já a distância da Unidade até o centro de saúde é de 3 km.

A ESF Boa Vista é composta por uma enfermeira, uma médica, uma auxiliar em enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Uma fisioterapeuta realiza atendimentos de pacientes cadastrados e não cadastrados, apesar de não fazer parte da ESF, de acordo com o Ministério da Saúde. Os pacientes que necessitam de atendimentos odontológicos são encaminhados para outras unidades, pois nesta UBS não existe Equipe de Saúde Bucal. A Unidade conta com os atendimentos de um plantonista, para auxiliar nos atendimentos da população que não é cadastrada na ESF.

Com o intuito de diminuir os índices de morbimortalidade da população, a ESF Boa Vista utiliza vários métodos de prevenção, dentre eles a prática educativa, onde se trabalha com a

comunidade de forma contínua. Alguns grupos operativos são realizados na sala de reuniões da UBS Industrial, e outros são realizados em espaços cedidos pelos moradores da comunidade, e também nos centros comunitários.

A especialização em Saúde da Família, oferecida pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, auxiliou no planejamento das ações destinadas a promoção e prevenção da comunidade adscrita. Por três anos, essas ações foram trabalhadas sem um diagnóstico correto de toda área. Após a realização deste curso, viu-se a importância de organização do processo de trabalho que envolve a equipe.

No diagnóstico realizado em 2009 e 2010, pela ESF Boa Vista, observou-se, como primeira causa de morbimortalidade dos pacientes cadastrados na ESF Boa Vista, as doenças do aparelho circulatório, trazendo como conseqüências as incapacidades físicas, desestrutura familiar, depressões, aumento de pacientes acamados, conseqüentemente o aumento do número de escaras e vários outros problemas (JOÃO MONLEVADE, 2009; 2010).

Após a realização desse levantamento, identificou-se a principal patologia que acometia a população: Hipertensão Arterial (HA). Além disso, o contato com a comunidade e familiares de portadores de Hipertensão Arterial nos ajudou a identificar a baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico para a patologia descrita. Através de um trabalho com hipertensos existente na ESF Boa Vista, realizado semanalmente, e observações das Agentes Comunitárias de Saúde, comprovou-se casos de vários pacientes que não melhoram com o tratamento farmacológico e que retornam à Unidade de Saúde frequentemente com níveis pressóricos altos.

Considerando que a ESF é uma política destinada às ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos (BRASIL, 2002^a), pretende-se discutir uma prática educativa que contribua para a reflexão do portador de hipertensão arterial quanto à necessidade de mudança de comportamento para a melhoria da sua qualidade de vida e a importância do enfermeiro nesse controle.

Com esse intuito, pensou-se no desenvolvimento deste projeto, que ocorreu na cidade de João Monlevade – MG, pela Equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Boa Vista, onde após

um diagnóstico local, observou-se que há um elevado número de pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que não aderem ao tratamento farmacológico e não farmacológico, correspondendo a 25%.

2 JUSTIFICATIVA

O tratamento farmacológico e não-farmacológico para pacientes com Hipertensão Arterial, se feito com ajuda e bastante responsabilidade, consegue propiciar aos mesmos uma vida mais confortável e saudável. Para que essa adesão se concretize, há necessidade de auxílio aos pacientes em questão, pois os mesmos se sentem incapazes de realizar tais tratamentos, sendo a família e os profissionais de saúde imprescindíveis neste processo.

A Estratégia Saúde da Família Boa Vista, no município de João Monlevade/MG, identificou 17 óbitos no ano de 2009 (JOÃO MONLEVADE, 2009). Dentre eles, nove foram provocados pelas complicações da Hipertensão Arterial. Já no ano de 2010 foram identificados 15 óbitos e sete deles também provocados pelas complicações da HA (JOÃO MONLEVADE, 2010).

Trabalhando na ESF Boa Vista desde 2007, percebi a importância do enfermeiro no controle dessa morbidade, não só através dos grupos operativos, mas também na consulta individual do hipertenso intercalada com o médico. Apesar de várias observações, é necessário implementar essa mudança no cotidiano, para a melhoria da qualidade do atendimento aos portadores da Hipertensão Arterial.

O que mais me despertou atenção foi à constatação de que quanto maior o vínculo do profissional com o paciente, maior a adesão deste no tratamento. Diante dessa situação, propõe-se um trabalho para demonstrar a importância da inserção do profissional enfermeiro não só em grupos operativos, mas também na consulta individual do hipertenso para o controle e prevenção da Hipertensão Arterial.

Os usuários dos serviços de saúde merecem ser beneficiados por serviços que atinjam seus objetivos, sendo orientados de forma a compreender as principais patologias que os acometem e o tratamento que vá lhes propiciar uma vida melhor, em convivência com a doença, sendo este um dos objetivos deste estudo.

Logo, este estudo visa melhorar a qualidade de vida desses usuários através da promoção e prevenção à saúde, propondo um projeto de inserção do profissional enfermeiro no controle e prevenção da patologia em estudo, com o objetivo maior de diminuir os índices de

morbimortalidade causados pela hipertensão arterial, através da adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico.

Sua abordagem, portanto, como já externado, pode ser feita por meio de mudanças no estilo de vida e/ou de tratamento medicamentoso e controlado com tratamento não-farmacológico, e também pela consulta individual do hipertenso com o enfermeiro intercalada com o médico. A adesão ao tratamento é necessária para o seu sucesso e a promoção de estratégias que a possibilitem, isto deve ser uma meta da equipe de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Demonstrar a importância do controle do paciente portador da hipertensão arterial sistêmica, cadastrado na ESF Boa Vista pelo profissional enfermeiro, visando os aspectos de conscientização, controle e prevenção.

3.2 Objetivos específicos

- Demonstrar a importância da Estratégia Saúde da Família ao longo de sua implantação na melhoria do controle da hipertensão arterial;
- Descrever ações do enfermeiro na assistência prestada ao paciente portador da hipertensão arterial;
- Listar os fatores que propiciaram os portadores da hipertensão arterial a não aderirem aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos;
- Discutir a importância da educação em saúde no controle da hipertensão arterial.

4 METODOLOGIA

A pesquisa ocorreu por meio de banco de dados Literatura Latino-America e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE), no período de 2001 a 2011. As palavras-chave utilizadas foram: enfermagem, hipertensão arterial, educação em saúde, abandono do tratamento, aderência/não aderência, adesão/não-adesão, grupo educativo e enfermagem. Inicialmente foram encontrados 20 periódicos, e posteriormente novas palavras foram associadas à pesquisa, sendo que os periódicos que não correspondiam especificamente ao tema pretendido foram descartados.

Teses e dissertações também foram utilizadas, de acordo com o ano de publicação delimitado – de 2002 a 2010, com o tipo de estudo e local de realização, com ênfase em estudos realizados no Brasil. Manuais do Ministério e de Secretarias Municipais também foram usados para a realização da pesquisa, com intuito de demonstrar a importância da padronização dos atendimentos.

Foram utilizadas para melhor compreensão do trabalho a pesquisa documental e informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Setz e D’Innocenzo (2009) explicam que por pesquisa documental entende-se o exame de materiais de natureza diversa que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reexaminados, buscando-se novas formas e/ou interpretações complementares.

A pesquisa documental foi realizada a partir da análise dos prontuários dos pacientes cadastrados na ESF Boa Vista. Nesta análise constam informações sobre a adesão e não adesão dos pacientes, de acordo com as anotações médicas e registros das fichas do SSA2 (JOÃO MONLEVADE, 2010; 2011).

[...] O SIAB é um sistema de informação territorializado cujos dados são gerados por profissionais de saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família. As informações são coletadas em âmbito domiciliar e em unidades básicas nas áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família e pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde. Sua missão é monitorar e avaliar a Atenção Básica, instrumentalizando a gestão e fomentar/consolidar a cultura avaliativa dos três instrumentos de gestão do SUS (BRASIL, 2009, p. 13).

5 DESENVOLVIMENTO

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial é definida como uma pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior que 90 mmHg, durante um período sustentado, no qual os benefícios do tratamento, não farmacológico ou farmacológico, são maiores que os riscos do não tratamento (BRASIL, 2006).

A maioria dos casos de hipertensão arterial não apresenta uma causa aparente facilmente identificável, sendo conhecida como hipertensão essencial. Uma pequena proporção dos casos de hipertensão arterial é devido a causas muito bem estabelecidas, que precisam ser devidamente diagnosticadas, uma vez que, com a remoção do agente etiológico, é possível controlar a hipertensão arterial. É a chamada hipertensão secundária. A Hipertensão Arterial essencial (mais de 95% dos pacientes) é de etiologia desconhecida. A secundária (menos de 5% dos pacientes) é de causa definida como demonstrado no quadro 1 (BRASIL, 2006).

Quadro 1: Causas da Hipertensão Arterial Secundária (BRASIL, 2006)

- Doença Parenquimatosa Renal (glomerulopatia, pielonefrite crônica, rins policísticos, nefropatia de refluxo);
- Renovascular (aterosclerose, hiperplasia fibromuscular, poliarterite nodosa);
- Endócrina (acromegalia, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, hiperaldosteronismo primário, síndrome Cushing, hiperplasia adrenal, feocromocitoma, uso de hormônios exógenos);
- Coartação de aorta; Hipertensão gestacional;
- Neurológicas (aumento de pressão intra-craniana, apnea do sono, quadriplegia, porfiria aguda, disautonomia familiar);
- Estresse agudo (cirurgia, hipoglicemia, queimadura, abstinência alcoólica, perioperatório);
- Exógenas (abuso de álcool, nicotina, drogas imunossupressoras, intoxicação por metais pesados);
- Insuficiência aórtica, fístula arteriovenosa, tireotoxicose, doença Paget e beribéri [hipertensão sistólica].

A Hipertensão eleva em quatro vezes o risco de acidente cardiovascular e em seis vezes o de insuficiência cardíaca, além de ser um fator de risco para doenças decorrentes de arterosclerose e trombose que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento isquêmico cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal (PEDROSO; OLIVEIRA, 2007).

É responsável por aproximadamente 25% da etiologia multifatorial de cardiopatia isquêmica e por 40% da etiologia dos acidentes vasculares cerebrais, sendo a causa da cardiopatia hipertensiva. Existe prevalência na população adulta de 20 a 44%, dependendo da região estudada, podendo chegar a 50% nos idosos, o que significa que há no Brasil 20 a 40 milhões de pacientes hipertensos (DUNCAN *et al.*, 2006).

No Brasil existem cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. Esse número é crescente, seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo que em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o acidente vascular cerebral, acometendo as mulheres em maior proporção (BRASIL, 2006).

Vários são os fatores de risco para a Hipertensão Arterial tais como: tabagismo, dislipidemia, diabetes mellitus, idade acima de 60 anos, história familiar de doença cardiovascular em mulheres com menos de 65 anos e homens com menos de 55 anos, relação cintura/quadril aumentada, circunferência da cintura aumentada, microalbuminúria, tolerância à glicose diminuída/glicemia de jejum alterada, hiperucemia, proteína C reativa ultrasensível aumentada (BRASIL, 2006). É agravado pela diabetes mellitus, obesidade/sobrepeso, sedentarismo, tabagismo, ingestão de sal e ingestão de antiinflamatórios orais (PEDROSO; OLIVEIRA, 2007).

A medida da pressão arterial deve ser obrigatoriamente realizada em toda avaliação clínica de pacientes de ambos os sexos, por médicos de todas as especialidades e pelos demais profissionais de saúde devidamente treinados (BRASIL, 2006). Os limites de pressão arterial

considerados normais são arbitrários. Os valores que classificam os indivíduos acima de 18 anos estão demonstrados no quadro 2.

Quadro 2 - Classificação da hipertensão arterial sistêmica de acordo com medida casual no consultório (> 18 anos)

Pelos níveis pressóricos	Pela repercussão em órgão alvo
Normal: abaixo de 120/80	Estágio I: sem evidência de repercussão em órgãos alvo
Pré-hipertensão: 120-139/80-89 mmHg	Estágio II: pelo menos uma lesão em órgãos alvo como: hipertrofia cardíaca, estreitamento focal ou generalizado das artérias retinianas, proteinúria ou discreto aumento da creatinemia, microalbuminúria, evidência radiológica ou ultrassonográfica de placas de ateroscleróticas nas carótidas, aorta, ilíaca ou femoral
Hipertensão nível I: 140-149 / 90-99 mmHg Hipertensão Nível II: 150-179 / 100-109 mmHg Hipertensão Nível III: >180 / >110 mmHg	Estágio III: repercussão mais grave em coração (angina pectoris, infarto agudo no miocárdio, insuficiência cardíaca); cérebro (acidente vascular cerebral, ataque isquêmico transitório, encefalopatia hipertensiva); fundo de olho (exsudato com ou sem papiledema, hemorragia); rins (creatinina > 2 mg/dl); vasos (aneurisma dissecante da aorta, doença arterial oclusiva sintomática)

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010

Segundo Paula, 1997 (*apud* MACIEL; ARAÚJO, 2003), um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) revelou que a manutenção do tratamento por parte dos pacientes portadores de doenças crônicas nos países desenvolvidos é realizada por apenas 50% dos doentes.

O tratamento tem como finalidade o controle da pressão arterial, valores inferiores a 140 mmHg para sistólica e 90 mmHg para diastólica, visando à redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares decorrentes da hipertensão, e inclui medidas farmacológicas e não-farmacológicas. O não-farmacológico está indicado para todos hipertensos e para normotensos com risco cardiovascular elevado. A adoção do tratamento não-farmacológico requer mudanças de hábitos de vida tais como mudanças nos hábitos alimentares inadequados, principalmente ingestão excessivo de sal e baixo consumo de vegetais, controle de peso,

redução do consumo de bebidas alcoólicas, prática de atividade física e abandono do tabagismo (BRASIL, 2002a).

De acordo com o caderno de Atenção Básica da Hipertensão Arterial Sistêmica, 2006, é de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diverso-individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos. Este desafio é, sobretudo da Atenção Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos (BRASIL, 2006).

Os profissionais que atendem na rede de Atenção básica, principalmente os profissionais da ESF, têm importância fundamental nas estratégias de controle da Hipertensão, bem como seu diagnóstico precoce, na conduta terapêutica e principalmente em educar e informar o paciente hipertenso a seguir os tratamentos indicados.

A implementação de medidas de prevenção na HA representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde - SUS, enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

5.2 Estratégia Saúde da Família

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 65% do total de óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos, atingindo a população adulta em plena fase produtiva. No SUS as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 das internações/ano com um custo aproximado de R\$ 475 milhões, sendo que nesses números não estão inclusos os gastos com procedimentos de alta complexidade. Deste total, 25,7% foram gastos com internações de pacientes por acidente vascular encefálico (AVE) ou infarto agudo do miocárdio (IAM) (BRASIL, 2001).

Dentre as principais doenças cardiovasculares estão a Hipertensão Arterial. Essa patologia e as outras relacionadas são responsáveis por alta frequência de internações. Insuficiência Cardíaca é a principal causa de hospitalizações entre as doenças cardiovasculares, sendo duas vezes mais frequentes que as internações por acidente vascular cerebral (AVC). Em 2005 ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$1.323.775.008,28 (SOUZA; SILVA, 2003).

Um estudo realizado por Krob e Schefino (2003) mostra que a prevalência da hipertensão arterial aumenta com a idade. Até os 40 anos, a prevalência é próxima a 10%, até os 50 anos chega a 20% e após os 60 anos ultrapassa 40%, atingindo 60% após 70 anos, ressaltando que na raça negra estes valores podem duplicar. As complicações da hipertensão arterial podem conduzir a complicações como doença cerebrovascular, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. Neste estudo, dos 160 hipertensos analisados, sendo estes cadastrados no programa de hipertensos da unidade de 2002, 3,75% apresentavam AVC, 5,62% Infarto Agudo no Miocárdio (IAM) e 12,5% angina.

Na saúde brasileira, essa patologia é, ainda, motivo de preocupação, não apenas de profissionais da saúde, mas, sobretudo do Estado, enquanto responsável pelos direitos básicos da população, como saúde, lazer e educação. A política para saúde de hipertensos tem caminhado bem, porém encontra barreiras nos próprios pacientes, que não aderem ao tratamento farmacológico e não-farmacológico por inúmeras razões.

Desde o início da minha profissão, tenho observado que os pacientes hipertensos necessitam de uma orientação individualizada e centralizada na doença. Devem receber orientações quanto ao uso dos medicamentos que utilizam e as reações adversas dos mesmos, interações medicamentosas, dieta a ser realizada; devem ser incentivados à prática de atividade física, prevenção doenças e avaliados em questões individuais que os impedem de aderir aos tratamentos farmacológicos, e ainda, encaminhados a outros profissionais quando necessário.

O Ministério da Saúde, com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada à hipertensão e suas complicações, assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados, municípios e sociedade para apoiar a reorganização da rede de saúde, com melhoria da atenção aos portadores dessas patologias (BRASIL, 2001).

Neste contexto, a rede de Atenção Básica, tendo a Saúde da Família como estratégia maior, tem um papel fundamental nesse processo, em especial quando se trata de doenças que demandam intervenções preventivas mais precoces, para que sejam evitadas complicações e maiores prejuízos sociais e financeiros (BRASIL, 2008).

O Programa Saúde da Família (PSF), hoje chamado Equipe Saúde da Família (ESF), tem por objetivo cadastrar todas as pessoas residentes em uma determinada área de abrangência e monitorar as patologias de maior prevalência com a ajuda de toda a equipe que engloba os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo formada pelo técnico de enfermagem, um médico generalista e um enfermeiro, tendo como papel primordial a capacitação do usuário para que ele possa ser responsável por promover a sua saúde (BRASIL, 2002 b).

O PSF foi implantado em 1994 com intuito de reorientar o modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (UBS). É uma estratégia destinada a ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos, em todas as fases da vida, desde o nascimento até a velhice. Apresenta como objetivo a reorganização das atividades assistenciais nas unidades básicas de saúde e propõe a substituição do modelo tradicional de saúde vigente (BRASIL, 2001).

Segundo Faustino *et al.* (2004), estratégias para reorganização das práticas de saúde, apresentam-se como prioridades das atuais políticas públicas. Nos primeiros anos, recebeu a denominação de PSF e, posteriormente, em sua fase de consolidação, veio a ser chamada de ESF. (BRASIL, 2006).

As principais responsabilidades da Atenção Básica a serem executadas nas ESF: ações de saúde da criança, de saúde da mulher, o controle da hipertensão e da diabetes melittus, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e ações de saúde bucal (BRASIL, 2001).

A Portaria nº 648, de 2006, estabelece que a ESF atenda no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas. Preconiza ainda 1 ACS para no mínimo 400 e no máximo 750 pessoas e cobertura de 100% da população da área de responsabilidade da equipe, com jornada de trabalho de 40 horas semanais (BRASIL, 2006).

Em 1994 os primeiros 55 municípios colocaram em ação 328 Equipes de Saúde da Família. No segundo semestre de 2001, foram mais de 12 mil ESF atuando em mais de 4.500 municípios (BRASIL, 2001).

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou uma análise dos indicadores de saúde da Estratégia Saúde da Família. Essa análise teve como ponto de início o ano de 1998. Nesta época, a população coberta, que era de 6,55%, passou para 2,05% em 2002, alcançando aproximadamente 40% em 2004 e 46,19% em 2006. Essa evolução reflete um aumento em torno de 700% no período, considerando que a cobertura de 2006 é de sete vezes mais que a identificada em 1998 (BRASIL, 2008).

Em relação à adesão dos municípios à ESF, observa-se um significativo avanço. Em 1998, aproximadamente 80% dos 5.507 municípios do país, os quais concentravam 66,24% da população brasileira, não tinham implantado a estratégia. Em 2004, a proporção de municípios sem ESF implantada era de apenas 16,08% (dos 5.560 existentes), nos quais estavam 10,25% da população brasileira. No ano de 2006, apenas 8,23% dos 5.564 municípios do país, os quais concentravam 4,94% da população brasileira, não possuíam SF implantada. Assim, enquanto em dezembro de 1998 o número de municípios brasileiros com ESF era 1.134, em 2004, 4.666 municípios brasileiros tinham aderido à estratégia. Em 2006, esse número passou para 5.106 municípios com ESF (BRASIL, 2008).

Em todas as cinco regiões geográficas do país, a adesão dos municípios à Saúde da Família cresce progressivamente no período de 1998 a 2006. A Saúde da Família (SF) configura-se, atualmente, como a estratégia central para fortalecimento da Atenção Básica conduzida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

O Guia Prático do Programa Saúde da Família (Brasil, 2002^b) demonstra que a nova maneira de organizar o sistema local de saúde, nos municípios onde o PSF está bem implantado, com equipes capacitadas e dispendo de estrutura física e equipamentos adequados, os índices tende a melhorar como:

[...] diminuição do número de mortes de crianças por causas evitáveis; aumenta a quantidade de gestantes que chegam saudáveis e bem-informadas ao parto; melhora a qualidade de vida dos idosos; melhoram os índices de vacinação; os hipertensos e diabéticos são diagnosticados, tratados e

acompanhados; os casos de tuberculose e hanseníase são localizados e tratados e diminuem as filas para atendimento nos hospitais da rede pública de saúde (BRASIL, 2002^b, p.15).

Para Amaral *et al.* (2004, *apud* BRASIL, 2008), o Brasil vem apresentando um progressivo declínio nas suas taxas de mortalidade. No grupo das doenças crônico-degenerativas prevalecem as doenças cardiovasculares e, nesse grupo, as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas, que na atualidade assumem importante papel no quadro de morbimortalidade brasileiro.

Dados divulgados pela Rede Internacional de Informações para a Saúde (RIPSA) indicam que 31,5% dos óbitos ocorridos no Brasil, em 2002, foram por doenças do aparelho circulatório e, em seguida, com menos da metade dessa proporção (15,3%), vêm as neoplasias. As taxas de mortalidade das doenças cerebrovasculares e das doenças isquêmicas, no ano 2002, para o Brasil, foram de 49,5 óbitos e 46,2 óbitos por 100 mil habitantes, respectivamente (BRASIL, 2002).

Em relação às internações, dados da mesma fonte mostram que 10,6% das hospitalizações do ano de 2003, na rede SUS, foram por doenças do aparelho circulatório. Essas morbidades ocuparam a terceira posição nas causas de internações hospitalares, perdendo apenas para as doenças do aparelho respiratório (15,05%) e as relacionadas à gravidez, parto e puerpério (22,7%). A taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral, calculada a partir de dados do DATA SUS (BRASIL, 2008), foi de 32,12 internações em cada dez mil pessoas da população com 40 anos e mais.

Vários são os fatores que predis põem os indivíduos a desenvolverem doenças do aparelho circulatório. Os mais conhecidos são fumo, hipertensão arterial sistêmica, o aumento dos níveis de colesterol, diabetes, sedentarismo, estresse e história familiar de doenças cardíacas. Os serviços de saúde devem estar preparados para atender a essa nova demanda com políticas de prevenção e controle (BRASIL, 2008).

O comportamento evolutivo da taxa de internações por AVC, na população de 40 anos e mais, permite avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde) da doença hipertensiva. Naquelas

áreas em que essas ações são priorizadas, espera-se uma redução dessas taxas (BRASIL, 2008).

[...] a pesquisa aponta que o caminho adotado para o controle da hipertensão arterial tem resultados positivos. Evidencia a queda na taxa de internações, por exemplo, por acidente vascular cerebral na população com idade igual e acima de 40 anos. Os maiores índices de queda dessa taxa localizam-se nos estratos com coberturas mais altas da SF. Também a taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva na população de 40 anos e mais apresentou tendência de queda no país e em todos os estratos de cobertura, sendo mais significativa nos estratos de mais alta cobertura da SF (BRASIL, 2008, p.9).

Confirma-se assim o exposto de que, após a implantação das ESF no Brasil, vem sendo evidenciada uma diminuição nos índices de morbimortalidade das complicações da hipertensão arterial, de acordo com dados publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) através dos indicadores da saúde.

5.3 O enfermeiro na atenção ao paciente portador da hipertensão arterial

A lei nº 2.604 de 17 de setembro de 1955 regula o “Exercício da Enfermagem”. A Resolução COFEN-271/2002 regulamenta as ações do enfermeiro na consulta, na prescrição de medicamentos e na requisição de exames, e a Lei 7498 de 25 de junho de 1986 regulamenta a lei do exercício profissional. Estas legislações afirmam que o enfermeiro utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade, vindo de acordo com o Caderno de Atenção Básica que coloca como uma das atribuições do enfermeiro a consulta do paciente Hipertenso a fim de “realizar a consulta de enfermagem abordando os fatores de risco tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário” (BRASIL, 2006).

Segundo o Comitê de Consultas de Enfermagem (*apud* MACIEL; ARAÚJO, 2003, p. 208), a consulta é uma “atividade diretamente prestada ao paciente, por meio da qual são identificados problemas de saúde-doença, prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuam à promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente”.

O artigo 19 do Código de Ética da enfermagem determina a responsabilidade dos profissionais em enfermagem na promoção do aperfeiçoamento técnico, científico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão (COREN, 2001). Também são descritas atribuições desse profissional nos cadernos publicados pelo Ministério da Saúde como o guia prático do PSF, que descreve como atribuições específicas do enfermeiro as seguintes atividades:

[...] Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada; Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão; Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF; Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso; No nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária; Realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio; Realizar as atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2001; Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva; Organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc.; Supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções (BRASIL, 2001, p. 9 -10).

Já no Caderno de Atenção Básica, o enfermeiro é responsável por:

[...] Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades;
Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário;
Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; Desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos e diabéticos;
Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos com dislipidemia, tabagistas, obesos, hipertensos e diabéticos);
Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe; Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências; Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades; Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais e do diabetes, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades; Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da

equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades (BRASIL, 2006, p.19).

As atribuições do enfermeiro na Equipe de Saúde da Família (ESF), a lei do exercício profissional e o Código de Ética em Enfermagem enfatizam a participação desse profissional nas ações de caráter individual e coletivo. Enfatizam também, que as ações de caráter individual sobrepõem-se às de caráter coletivo.

No município de João Monlevade não existe uma sistematização da consulta do enfermeiro ao paciente portador da Hipertensão. Pode-se afirmar que muitos enfermeiros não realizam as ações propostas pelo Ministério da Saúde, uma vez que em nenhuma das ESF os enfermeiros realizam consultas individuais para portadores da Hipertensão Arterial .

Segundo Paula (1997, *apud* MACIEL; ARAÚJO, 2003) o enfermeiro é um profissional capacitado, dentre os que trabalham na área da saúde, para desenvolver atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças, podendo contribuir, significativamente, com sua prática, para a transformação do modelo assistencial.

Concorda-se com essa referência, uma vez que o enfermeiro, além de realizar consultas individuais, práticas educativas e encaminhamentos a outros setores da saúde, também realizam estratégias para minimizar os problemas decorrentes das áreas de abrangência, exercendo assim, medidas de promoção, proteção e prevenção à saúde. Tais estratégias são citadas no Guia de Atenção à Saúde do Adulto, onde se descreve que o enfermeiro deve:

[...] Realizar busca ativa de casos, cadastrar no HIPERDIA, planejar ações dirigidas aos portadores de hipertensão, repetir ou manter receitas de medicamentos de pacientes controlados e sem intercorrências, realizar consultas para controle da hipertensão, solicitar exames mínimos, aferir pressão arterial, calcular o Índice de Massa Corporal, realizar visita domiciliar, desenvolver estratégias para favorecer a adesão ao tratamento, realizar ações de educação em saúde, realizar grupos operativos aos portadores, orientar sobre hábitos de vida saudáveis e fatores de risco cardiovascular” (MINAS GERAIS, 2006).

Um estudo realizado por Barcellos (2010), sobre ações de saúde aos pacientes portadores da hipertensão arterial, demonstra que a atenção dada a este grupo no que se refere às consultas médicas e de enfermagem não obedecem aos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da

Saúde, conforme necessidade e grupos prioritários, sendo portando insatisfatório o acompanhamento. Isso possibilitou questionar o papel do enfermeiro na organização e programação das agendas. A constatação do baixo registro de atendimento do enfermeiro no controle da hipertensão sugeriu o melhor acolhimento por este profissional, sugerindo realização de triagem da demanda espontânea para agendamento de posteriores consultas.

Barcellos (2010) verificou que é dada maior ênfase à repetição ou manutenção de receita e aferição de PA e que a abordagem e investigação sobre os fatores de risco, fundamentais para a programação das ações e seguimento de forma individualizada, são pouco valorizadas por não estarem presentes nos registros, além de que o atendimento do enfermeiro, sem plano de tratamento específico para cada indivíduo e baseado na manutenção de medicamentos anti-hipertensivos prescritos anteriormente pelo médico. Os registros revelam que a prática da enfermagem está voltada para a lógica clínica, individual e curativa. Assim, ficou demonstrada a importância do enfermeiro em repensar sobre as práticas de promoção e prevenção à saúde, visando o controle da doença em questão.

Segundo Bastos e Borenstein (2003), a consulta de enfermagem objetiva melhorar a qualidade de vida do indivíduo na relação de ajuda entre o mesmo e o enfermeiro, dentro de uma abordagem holística e de um processo participativo. A consulta permite ao indivíduo expressar seus sentimentos, favorecendo a identificação de seus problemas, priorizando as ações de enfermagem e reforçando o vínculo entre enfermeiro e paciente.

As consultas individuais dos enfermeiros devem ser intercaladas com as práticas educativas sendo que este profissional é responsável por:

[...] educar nas questões alimentares, reforçando a compreensão no que se refere à alimentação adequada ao indivíduo hipertenso, simplificando informações e oportunizando a troca de conhecimentos, fazendo da educação em saúde um fator que contribua para a adesão ao tratamento e para sua qualidade de vida; orientar sobre a ingerir fibras solúveis (farelo de aveia), frutas, e verduras ricas em fibras, que tem a capacidade de reduzir os níveis de colesterol, e em consequência, diminuir os níveis pressóricos; estimular e conscientizar o combate ao sedentarismo, um processo de fundamental importância, tanto para modificar os fatores de risco, como para intervir nos aspectos psíquicos; escutar e junto com cliente, buscar soluções e encaminhamentos necessários para a de problemas relacionados ao desemprego (BASTOS; BORENSTEIN, 2003, p. 94 -95).

Pelo ilustrado acima, vê-se que as consultas de enfermagem devem ser sistematizadas, planejadas e realizadas com o intuito de melhorar a adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. Além disso, de acordo com Siqueira (2011), a prática do enfermeiro deve incluir a investigação; o diagnóstico de enfermagem; o planejamento; implementação da assistência de enfermagem e a avaliação, descritos a seguir:

1. Avalia-se na primeira consulta de enfermagem

- Orientação sobre o uso de medicamentos e seus efeitos colaterais, avaliação de sintomas, e reforça-se as orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares;

2. Exame físico direcionado ao paciente hipertenso

- Princípios básicos tais como: as técnicas do exame físico, a semiotécnica para avaliar os segmentos corporais, os aspectos relacionados ao examinador e examinado (posição, conforto, interação profissional-paciente, ambiente); os instrumentos necessários para avaliação e o conhecimento da anatomia topográfica e fisiologia.

3. História clínica ou histórico ou anamnese

- Identificação: sexo, idade, raça e condição socioeconômica. História atual: duração conhecida da hipertensão arterial e níveis de pressão arterial; adesão e reações adversas a tratamentos prévios; sintomas de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, insuficiência vascular arterial periférica, doença renal e diabetes melitus; indícios de hipertensão secundária;
- Investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco: dislipidemia, tabagismo, diabetes melito, obesidade e sedentarismo; alteração de peso; características do sono; função sexual; e outras afecções concomitantes, como doença pulmonar obstrutiva crônica e gota.
- História progressiva de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, insuficiência vascular arterial periférica, doença renal e diabetes melitus.
- História familiar de acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana prematura (homens < 55 anos; mulheres < 65 anos), doença renal, diabetes melito, dislipidemia, morte prematura e súbita.

- Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.
- Avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada e cafeína.
- Consumo de medicamentos ou drogas que possam elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento.

4. Exame físico

- Medida de peso e altura, para cálculo do índice de massa corporal, circunferência abdominal.
- Inspeção: fácies e aspecto físico sugestivos de hipertensão arterial secundária.
- Sinais vitais: duas medidas da pressão arterial, separadas por intervalo de pelo menos 2 minutos, com o paciente em posição deitada ou sentada.
- Deve ser medida também a pressão após 2 minutos na posição em pé, nas situações especificadas anteriormente.
- Verificar a pressão do braço contralateral; caso as pressões sejam diferentes, considerar a mais elevada.
- A frequência cardíaca também deve ser medida.
- Pescoço: palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação da presença de estase venosa e palpação de tireóide.
- Exame do precórdio: ictus sugestivo de hipertrofia ou dilatação do ventrículo esquerdo, arritmias, presença da 3ª ou 4ª bulha.
- Presença de hiperfonese de 2ª bulha em foco aórtico, além de sopros nos focos mitral e aórtico.
- Exame do pulmão: ausculta de estertores, roncos e sibilos.
- Exame do abdome: massas abdominais indicativas de rins policísticos, hidronefrose, tumores e aneurismas. Identificação de sopros abdominais (aorta e artérias renais).
- Extremidades: palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos. A diminuição da amplitude ou o retardo do pulso das artérias femorais sugerem doença obstrutiva ou coartação da aorta. Verificação de edema.
- Exame neurológico sumário.
- Exame de fundo do olho: identificar estreitamento arteriolar, cruzamentos arteriovenosos patológicos, hemorragias, exsudatos e papiledema.

- Os exames de rotina como glicemia, colesterol total e fracionado, triglicerídeos, creatina, uréia, ECG de repouso caso o paciente não tenha realizado recentemente, devem ser solicitados na primeira consulta ou de acordo com a rotina da unidade de saúde.

5. Diagnóstico clínico laboratorial

- Confirmar a elevação da pressão arterial;
- Avaliar lesões de órgãos-alvo;
- Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares;
- Diagnosticar a etiologia da hipertensão arterial.

Obs.: A confirmação do nível de pressão arterial será efetivado nas consultas subseqüentes (três aferições em dias alternados ou três semanas seguidas). As consultas de acompanhamento ou retornos devem proceder com o exame físico por problema que direciona o atendimento para o problema específico que o paciente está apresentando naquele momento. Em toda consulta de enfermagem deve-se aferir a pressão arterial e medidas antropométricas.

Para Maciel e Araújo (2003), a consulta de Enfermagem deve ter objetivos claros e metodologia própria, fazendo com que o enfermeiro tenha, de fato, uma atuação definida nos Programas de Saúde, sendo necessário que a enfermeira busque estratégias para estimular a mudança de comportamento por parte do paciente, pois a adoção apenas de medidas de orientação não é suficiente para que esses pacientes mudem seu comportamento. É preciso motivá-los ao seguimento do tratamento mais efetivamente.

Para a concretização desses objetivos é necessário que o enfermeiro, além de realizar as consultas individuais de enfermagem, intercale com os grupos operativos, onde deve manter um vínculo com os pacientes, facilitando sua relação profissional-cliente-família, estimular a relação social, possibilitar a troca de informações e permitir o apoio mútuo, uma vez que os pacientes se identificam entre si, percebendo a semelhança entre seus problemas, aprendendo a expressar seus medos e expectativas, o que os leva a buscar soluções conjuntas para os seus problemas (MACIEL; ARAÚJO, 2003).

Nesta relação, o importante é que todos se eduquem, construindo uma consciência educadora e transformadora de forma individual. Vários artigos demonstram que após a participação dos clientes nessa atividade, os níveis pressóricos se mantiveram e a adesão aos tratamentos foi positiva (ALENCAR, 2006).

5.4 Motivos do paciente hipertenso não aderir aos tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos

Os pacientes portadores da hipertensão arterial têm informações sobre as conseqüências da doença não controlada, contudo, não aderem corretamente aos tratamentos.

A adesão é um processo complexo que envolve vários fatores.

[...] A adesão ao tratamento refere-se ao cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a pressão arterial em níveis normais. Pode-se dizer que a adesão é um meio para se alcançar um fim, ou seja, uma abordagem para a manutenção ou melhora da saúde, buscando diminuir os sinais e sintomas da doença. Portanto, a adesão ao tratamento é um processo comportamental complexo que sofre influências do meio ambiente, dos profissionais de saúde e de cuidados de assistência médica (FUNCHS *et al.*, 2004, *apud* MILAGRES, 2008, p. 50-51).

Nessa citação, vemos que a adesão é um processo complexo, que sofre influências externas, ou seja, do ambiente em que o paciente está inserido, da cultura, dos profissionais que os atendem, da família, sociedade, entre várias outras questões. Os profissionais que ignorarem essa problemática não conseguirão fazer com que o hipertenso adira aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos.

As fichas de registros da ESF Boa Vista demonstraram o total de 501 hipertensos cadastrados (JOÃO MONLEVADE, 2011). Avaliando os prontuários e observações da equipe identificamos um total de 105 pacientes (20,9%) que não aderem ao tratamento farmacológico, e apenas 25 pacientes hipertensos (5%) que aderem ao tratamento não-farmacológico.

Várias pesquisas são realizadas com intuito de verificar os motivos que levam os pacientes a abandonarem o tratamento para a hipertensão arterial, ou seja, não aderir aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. No Centro de Saúde em Campinas (SP), um estudo

objetivou identificar os motivos que levaram os pacientes a abandonarem o tratamento. Verificou-se que 71,93% abandonaram o tratamento devido à demora no agendamento da consulta (SANTOS *et al.*, 2009).

Segundo Santos *et al.* (2009), uma gestão bem sucedida, além de um profissional capacitado, garante o atendimento a todos os pacientes cadastrados na ESF. O enfermeiro, após curso de capacitação e especialização, é capaz de realizar um diagnóstico da área de abrangência, identificando número de hipertensos, diabéticos, crianças, gestantes, por exemplo, e programar uma agenda anual, capaz de adequar vagas para todos os atendimentos de acordo com o sugerido pelo Ministério da Saúde.

A Linha Guia Hipertensão, preconiza as recomendações para o seguimento das consultas do Hipertenso como demonstrado no quadro a seguir (BRASIL, 2006, p.23).

Quadro 3: Recomendações para seguimento do Hipertenso

RECOMENDAÇÕES PARA SEGUIMENTO (PRAZOS MÁXIMOS PARA REAVALIAÇÃO)		
PRESSÃO ARTERIAL INICIAL (MMHG)**		SEGUIMENTO
SISTÓLICA	DIASTÓLICA	
< < 130	< 85	Reavaliar em 1 ano Estimular mudanças no estilo de vida
130-139	85-89	Reavaliar em 6 meses *** Insistir em mudanças no estilo de vida
140-159	90-99	Confirmar em 2 meses *** Considerar MAPA/MRPA
160-179	100-109	Confirmar em 1 mês *** Considerar MAPA/MRPA
>/ 180	>/ 110	Intervenção imediata ou reavaliar em 1 semana ***
<p>* *Modificar o esquema de seguimento de acordo com a condição clínica do paciente. ** Se a pressão sistólica ou diastólica for de estágios diferentes, o seguimento recomendado deve ser definido pelo maior nível pressórico. *** Considerar intervenção de acordo com a situação clínica do paciente (fatores de risco maiores, co-morbidades e danos em órgãos-alvo)</p>		

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010

Outra pesquisa, realizada na UBS no município de Formiga – MG, avaliou 54 pacientes com hipertensão arterial e identificou que 37% não aderem ao tratamento farmacológico pelo esquecimento, 28,5% tem outros compromissos, 19% desconhecem o caráter incurável da doença e 15,4% não souberam responder. A conclusão da pesquisa refere que a distribuição gratuita dos medicamentos para controle da patologia é fundamental, sendo necessário melhorar a educação e informação sobre a doença e complicações, rever a frequência de consultas anuais que talvez possam passar a quadrimestrais ou mesmo semestrais para pacientes que aderem ao tratamento e que não apresentem lesões graves de órgão alvo (VITAL, 2009).

Prado *et al.* (2007, *apud* Neto *et al.*, 2010), após analisarem 109 pacientes em Santa Catarina, obtiveram 68% de não adesão utilizando a contagem manual de comprimidos e Ungari encontrou 54% da não adesão após análise em uma UBS Riberirão Preto, São Paulo, não descrevendo sua técnica.

Em uma pesquisa, Neto *et al.* (2010) contaram com a participação de 667 pessoas, avaliadas na cidade de Blumenau, Santa Catarina. Para a avaliação, utilizou-se um Questionário de Adesão a Medicamentos – Equipe Qualiaids (QUAM-Q) que consta de três perguntas, onde somente é considerado aderente o indivíduo que relata ter tomado de 80% a 120% das doses prescritas de modo correto e relata que a pressão arterial estava normal na última aferição. Além dessas perguntas, foram avaliados outros fatores como raça, cor, condições socioeconômicas, ocupação, tempo da última consulta, tipo de convênio, fonte dos medicamentos, faixa etária e transtornos mentais. Os resultados demonstraram que as pessoas inseridas no mercado de trabalho têm maior risco de não aderirem aos tratamentos, quanto menor a escolaridade, menor a adesão, quanto menor o tempo de doença, maior a adesão, existe uma menor adesão para quem compra medicamentos e quem tem menor acesso às consultas e os transtornos mentais comuns auxilia na diminuição da adesão. Assim, os pesquisadores concluíram que devem ser estabelecidas estratégias para diminuir barreiras socioeconômicas, melhorar o acesso às consultas e aos medicamentos, bem como identificar grupos de pessoas de maior risco a não adesão. Enfatiza ainda que as ESF têm o desafio de propor e executar abordagens coletivas (grupos, campanhas) e individuais (consultas médicas de enfermagem e vistas de ACS) para melhorar a adesão, além de implantação de NASF com a participação do farmacêutico, essencial na abordagem aos pacientes.

Uma revisão bibliográfica latino-americana sobre adesão-não-adesão de pessoas em tratamento de saúde foi realizada por Reiners *et al* (2008), e identificaram que os estudos ainda são incipientes. As análises demonstram a necessidade de investimento contínuo em pesquisas que abordam a adesão / não adesão. Os autores relacionaram os fatores que contribuem para a não adesão e as formas de lidar com a não adesão, descritos nos quadros a seguir.

Quadro 4: Relação dos fatores que contribuem para a não-adesão aos tratamentos levantados dos artigos publicados no período de 1995 a 2005.

Fatores determinantes da não-adesão	
Relacionados ao tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrição de esquemas terapêuticos inadequados (farmacológicos e não farmacológicos); • Apresentação dos medicamentos (cor, odor, gosto, tamanho, embalagem); • Custo elevado da medicação
Relacionados à doença	<ul style="list-style-type: none"> • Gravidade da doença; • Ocorrência de outros problemas de saúde.
Relacionados aos serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Localização da unidade (distante do domicílio, em outra região); • Burocracia; • Insuficiência de recursos humanos e materiais; • Deficiência organizacional; • Deficiência nas visitas domiciliares e na busca ativa dos casos.
Relacionados ao profissional de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Preparo profissional deficiente (erros terapêuticos, incapacidade para modificar esquemas de tratamento; avaliação insuficiente da situação de saúde do paciente); • Rotatividade de profissionais no atendimento ao paciente; • Não reconhecimento da responsabilidade do profissional na adesão.
Relacionados ao relacionamento profissional de saúde/paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação inadequada e insuficiente do profissional; • Dificuldade de relacionamento do paciente com o profissional; • Falta de confiança do paciente no profissional; • Abordagem do paciente de forma imprópria (desatenção indelicadeza)
Relacionados ao paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Intolerância aos medicamentos; • Ausência de sintomas; • Melhora dos sintomas; • Fatores culturais; • Práticas alternativas de cuidado; • Dificuldade financeira; • Automedicação; • Esquecimento da dose diária dos medicamentos;

	<ul style="list-style-type: none"> • Esquecimento do dia da consulta; • Dificuldade para se adaptar às exigências do tratamento; • Descrença no serviço de saúde; • Pouco conhecimento sobre a doença e o tratamento; • Resistência aos medicamentos; • Retirada precoce do esquema terapêutico; • Dificuldade psicológica para lidar com a doença; • Dificuldade em cumprir as normas do serviço de saúde; • Dificuldade de percepção quanto à eficácia do tratamento; • Prescrição mal entendida; • Dificuldade para o autocuidado.
Relacionados a dados Demográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Faixa etária que compreende adolescentes e adultos jovens; • Sexo masculino; • Solteiros; • Baixo nível de escolaridade e analfabetismo; • Morar sozinho ou em instituições, sem residência fixa; • Baixo nível socioeconômico.
Relacionados ao uso de Drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Alcoolismo; • Tabagismo; • Drogas.
Relacionados a problemas Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminação social (no trabalho, na escola); • Falta de apoio da sociedade e da família.

O trabalho desenvolvido por Reiners *et al.* (2008) cita todos os fatores que contribuem significativamente para a não adesão dos pacientes, e evidencia que muitos pacientes não aderem aos tratamentos devido a fatores que podem ser revertidos se a equipe estiver preparada para lidar com esses pacientes. Além disso, a rede de atenção básica deve estar equipada de forma a suprir as necessidades dos pacientes. Reiners *et al.* (2008) demonstram, em sua pesquisa, a relação das formas de lidar com a não-adesão, citadas no quadro a seguir:

Quadro 5. Relação das formas de lidar com a não-adesão ao tratamento levantadas dos artigos publicados no período de 1995 a 2005.

Formas de lidar com a não-adesão	
Serviços e equipe de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Adotar medidas de vigilância (supervisão da ingestão dos medicamentos); • Implementar visita domiciliar; • Realizar busca ativa dos casos de falta e abandono do tratamento; • Criar central de informações; • Estabelecer fluxograma de atendimento e

	<p>acompanhamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar redes de apoio; • Promover campanhas educativas utilizando quadros ilustrativos com embalagens e roteiros de administração de medicamentos, associando desenhos aos horários de jejum, refeições, trabalho e sono; • Treinamento em serviço para a equipe; • Oferecer suporte às questões sociais, econômicas e psicológicas do paciente que interferem no processo de adesão ao tratamento.
Profissional de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer vínculo com o paciente; • Formar aliança terapêutica; • Mudar a postura dos profissionais de saúde: explicar os procedimentos, esclarecer dúvidas, usar adequadamente a linguagem, equilibrar as relações assimétricas, promover o bem-estar do paciente, permitir a participação do paciente nas metas e decisões sobre o seu tratamento; • Adequar o esquema terapêutico ao cotidiano do paciente; • Auxiliar o paciente na compreensão do processo doença/ diagnóstico/ tratamento; Adotar modelo educativo individualizado.
Estudos científicos	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar das Ciências Sociais para compreensão do fenômeno; • Promover avaliações sistemáticas dos resultados de pesquisas; • Divulgar os trabalhos científicos fora dos muros das instituições de saúde e universidades.
Políticas públicas	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar e expandir os Programas de Saúde da Família em todos os estados; • Descentralizar os programas de saúde; • Melhorar as condições socioeconômicas da população; • Suprir as irregularidades atribuídas aos serviços com supervisão e suporte técnico às unidades de atendimento; • Investir na capacitação dos profissionais de saúde; • Estabelecer protocolos de condutas adequadas na rede pública de saúde.

Reiners *et al.* (2008) ressaltam que os determinantes do comportamento da não-adesão são complexos e difíceis de ser entendidos, por isso, um dos problemas encontrados pelos profissionais de saúde é a dificuldade do doente em seguir o tratamento de forma regular e sistemática. A maioria dos fatores que contribuem para a não-adesão, segundo os autores está relacionada ao paciente, porém, os profissionais de saúde são co-responsáveis, visto que estes também falham em promover uma compreensão mais profunda a adesão/não adesão.

5.5 Educação em Saúde no tratamento do paciente hipertenso

A Estratégia Saúde da Família realiza trabalhos essenciais para a melhoria da qualidade de vida da população. Conforme ressaltam Araújo e Guimarães (2007), cada profissional, com sua atribuição, auxilia no controle das patologias da população, contudo o enfermeiro é peça fundamental em todo o processo de trabalho. Ele coordena todas as ações realizadas na ESF, além de realizar visitas domiciliares e consultas individuais no controle do câncer de mama e colo do útero, puericultura, pré-natal e controle da hipertensão arterial, diabete melitus e outros.

Um estudo realizado por Araújo e Guimarães (2007) em uma UBS, com 45 pacientes que realizavam o tratamento de dezembro de 2003 a dezembro de 2004, concluiu que a ESF trouxe melhorias no controle da hipertensão, mas necessita de equipe multiprofissional para que esse controle seja melhor.

O controle das doenças crônicas deve ser feito através de educação em saúde e consultas intercaladas com médico e enfermeiro de acordo com a Linha Guia da Hipertensão (MINAS GERAIS, 2006). A principal estratégia utilizada nesse protocolo é o processo de educação, por meio do qual a aquisição do conhecimento permitirá mudanças de comportamento, tanto em relação às doenças, quanto em relação aos fatores de risco cardiovascular.

Segundo Minas Gerais (2006):

[...] Educação pressupõe construção de novos entendimentos a respeito do processo de saúde e de doença, assim como de mecanismos envolvidos na prevenção e no controle das situações de saúde já existentes, partindo sempre do conteúdo já alcançado pelo indivíduo (MINAS GERAIS, 2006, p.18).

Nesse sentido, expõe-se que:

[...] A vivência da educação em saúde por meio de grupos favorece a participação como forma de garantir ao indivíduo e a comunidade a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos e a capacitação desses sujeitos para atuar na melhoria do seu nível de saúde (SANTOS; LIMA, 2008, *apud* BONALUME *et al.*, 2009, p. 333).

A educação em saúde tem contribuído significativamente tanto para a prevenção quanto para o controle de doenças nos últimos 20 anos, principalmente quando se relaciona com os custos

para a saúde, que pode ser reduzida por meio dessa estratégia. Sua proposta é fornecer conhecimento para estimular pacientes a efetivar mudanças em seu comportamento (DAMASCENO *et al.*, 2006, *apud* BONALUME *et al.*, 2009).

Os grupos podem ser conceituados e compreendidos como:

[...] Um conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço, articuladas em torno de um objetivo de forma dinâmica e dialética e também, pode ser considerado um espaço social onde o processo ensino aprendizagem ocorre através da criação de vínculo entre a comunidade e equipe de saúde (ALENCAR, 2006, p.89).

Um estudo realizado com um grupo de hipertensos avaliou a contribuição da participação desses indivíduos em um grupo de convivência sobre as variáveis clínicas e hábitos de vida. Concluiu-se que o grupo colabora para melhores resultados das variáveis clínicas e hábitos de vida, principalmente para a prática de atividade física e para o monitoramento da pressão arterial (frequência das medidas). Para que o trabalho educativo e social desenvolvidos nesses grupos de convivência possa colaborar para o conhecimento da doença, na adoção de hábitos de vida saudáveis, na adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida, é preciso a participação e o envolvimento de vários segmentos da sociedade, como: equipe multidisciplinar integrada, familiares, comunidade e governantes (MAGNABOSCO; NOGUEIRA, 2011).

Milagres (2008) avaliou dois grupos de hipertensos no município de Queluzito (Minas Gerais), sendo que um dos grupos passou por um processo de educação em saúde e outro não. A autora concluiu que, quem participa do grupo tem maior compreensão sobre os fatores de risco que pode elevar a pressão arterial. Ainda pode notar que, para quem participa do grupo, o tratamento para o controle da hipertensão é feito através do tratamento medicamentoso regular além de tratamento não medicamentoso como realização de dietas e prática de atividade física. Porém, o outro grupo realiza o tratamento medicamentoso de forma irregular e não realiza o tratamento não medicamentoso. Ainda nessa pesquisa, ficou demonstrado que a hipertensão atinge pessoas em idade avançada, o sexo feminino é prevalente e a grande maioria dos entrevistados possui o ensino fundamental incompleto.

Milagres (2008) refere que a participação do grupo não garante a completa mudança de comportamento, mas apresenta como elo de integração social e remete à reflexão de seu

estado de saúde e de como ele se apresenta na sociedade. A metodologia utilizada na educação em saúde é de realizar intervenções sobre o tratamento não medicamentoso, como dietas, redução da ingestão de sal, perda de peso e redução do consumo de bebidas alcoólicas. Os portadores da hipertensão recebem orientações como: a importância do uso correto de medicamentos, hábitos saudáveis de vida, consequências da hipertensão não controlada, os fatores de risco que facilitam o aparecimento da hipertensão arterial, orientações nutricionais, importância da prática de atividade física e outros.

Uma análise do programa de controle de hipertensão arterial, realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família no município de São José do Rio Preto, confirma os resultados listados acima. Dos entrevistados, 76,67% são do sexo feminino, a idade do público alvo estava entre 56 e 65 anos (26,70%), e a maioria (90,0%) possuía apenas o ensino fundamental incompleto. 46,67% dos entrevistados relataram que após freqüentarem o grupo aprenderam a controlar a pressão arterial, 60% afirmaram que seus conhecimentos sobre o tema aumentaram após participar das reuniões e 13,33% gostariam de obter mais informações sobre exames, medicamentos e dietas. Este grupo já existe há quatro anos e as reuniões ocorrem bimestralmente. Esses hipertensos foram questionados sobre as mudanças ocorridas após freqüentarem o grupo e 46,67% relataram que aprenderam a controlar a pressão arterial, 36,67% realizaram mudanças nos hábitos alimentares, 36,67% passou a sentir bem, enfim, todos acharam importante aprender novidades (LIMA; GAZETTA, 2007).

[...] O processo educativo é considerado importante para complementação do tratamento de pacientes hipertensos para aumentar sua adesão àquele, contribuindo no controle da pressão arterial, no esclarecimento de dúvidas e direcionamento do auto cuidado (SILVA; SANTOS, 2004, p.169).

[...] A educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle adequado da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamentam o tratamento. A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações (PAIVA *et al.*, 2006, p. 382).

Vê-se assim, que a educação é um componente essencial para a promoção, manutenção e restauração da saúde, devendo agir de maneira conscientizadora. A disciplina e as mudanças de comportamento necessárias ao paciente para cumprimento das medicações prescritas podem ser comparadas àquelas necessárias para parar de fumar, praticar atividades físicas ou

alterar padrões de alimentação. Fazem-se necessárias abordagens complexas, fundamentadas no vínculo profissional-paciente, no conhecimento das atitudes, expectativas, medos, conhecimentos e dos interferentes sociais e culturais que influenciam o comportamento do paciente (REINERS, 2008).

Discute-se assim, que a educação em saúde é necessária para o envolvimento do paciente na adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos para o controle da hipertensão arterial. O trabalho em grupo deve ser realizado com a continuidade de consultas individuais do médico intercaladas com o enfermeiro, além da realização de visitas domiciliares. As principais competências e funções do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família na atenção ao paciente hipertenso são:

[...] capacitar os auxiliares de enfermagem e os ACS e supervisionar, de forma permanente, suas atividades; realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário; desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os hipertensos e estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão destes, entre outras (BRASIL, 2006, p. 152-153).

De acordo com a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial podemos notar as principais vantagens dessa atuação: o número de indivíduos atendidos será maior; a adesão ao tratamento será superior; cada paciente poderá ser um replicador de conhecimentos e atitudes, haverá favorecimento de ações de pesquisa em serviço, e como vantagem adicional, teremos o crescimento profissional no serviço como um todo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os cadernos publicados pelo Ministério da Saúde determinam as atribuições de cada profissional. No Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial (BRASIL, 2006), consta que a abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento. Sempre que possível, além do médico, devem fazer parte da equipe multiprofissional os seguintes profissionais de saúde: enfermeiro, nutricionista,

psicólogo, assistente social, professor de educação física, farmacêutico e agentes comunitários de saúde. Dentre as ações comuns à equipe multiprofissional, destacam-se as seguintes:

[...] Promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo); treinamento de profissionais; encaminhamento a outros profissionais, quando indicado; ações assistenciais individuais e em grupo; gerenciamento do programa (BRASIL, 2006, p.153).

A equipe multiprofissional no tratamento e controle da hipertensão arterial é referenciada em vários artigos, principalmente na Linha Guia HIPERDIA, onde descrevem ações comuns dos profissionais (Educador Físico, Nutricionista, Assistente Social, Psicólogo e Fisioterapeuta) no controle da hipertensão arterial, tais como:

[...] Identificar na comunidade, o rol de atividades, de ações e práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas pelas ESF;
 Identificar o público prioritário a cada uma das ações;
 Atuar de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família (ESF) e com as equipes de Internação Domiciliar;
 Acolher e humanizar a atenção aos usuários do SUS;
 Construir coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, entre outras;
 Avaliar, em conjunto com as ESF e Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e da medida de seu impacto sobre situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
 Realizar ações multiprofissionais e transdisciplinares, provendo o desenvolvimento de responsabilidades compartilhadas, que pressupõem discussões periódicas e entrosamento dos profissionais na formulação dos projetos terapêuticos;
 Promover gestão integrada e participação dos usuários nas decisões por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
 Avaliar nas UBS o impacto das ações implementadas;
 Acompanhar e atender casos de acordo com os critérios previamente estabelecidos (MINAS GERAIS, 2006, p. 154-155).

Araújo e Guimarães (2007) avaliam a atuação do PSF, atestada pela redução estatisticamente significativa na pressão arterial e o aumento de 97,2% na normalização da pressão arterial de 28,9% para 57,0%. Referem o quanto o PSF pode ser eficiente, mas orientam sobre a importância da reorganização do cuidado primário fundamentada na integração de uma equipe

multiprofissional, com competências definidas e centradas no binômio médico/enfermeiro, como é o caso do PSF.

[...] a inserção de nutricionista, profissional que organizaria e implementaria um programa de mudanças de hábitos alimentares, com o objetivo de orientar a aquisição, preparo e consumo dos alimentos. Em paralelo, um fisioterapeuta orientaria na execução de atividades físicas regulares, condição também importante para o controle da hipertensão e da síndrome metabólica (ARAÚJO; GUIMARAES, 2007, p.374).

Assim, os programas da atenção primária à saúde vêm evidenciando cada vez mais a abordagem multiprofissional, uma vez que as intervenções necessárias para os pacientes fogem da competência de apenas um profissional. A equipe multiprofissional ajuda na promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e produção de material educativo), treinamento de profissionais, ações assistenciais individuais e em grupo, de acordo com as especificidades (MACIEL; ARAÚJO, 2003).

Logo, o processo educativo é considerado importante para complementação do tratamento dos pacientes com hipertensão arterial para aumentar sua adesão àquele, contribuindo no controle da pressão arterial, no esclarecimento de dúvidas e direcionamento do auto cuidado (BRASIL, 2006). Um programa de saúde educativo geralmente está fundamentado em recomendações de consensos e é associado à consulta médica e de enfermagem, adaptado à realidade da população alvo. Ele favorece a adesão dos pacientes ao tratamento, complementando a terapia medicamentosa e não medicamentosa.

Ressalta-se, entretanto, que a educação em saúde em grupo deve ser feita de forma interativa, integrando o profissional ao grupo, fazendo com que os educados possam refletir e criticar a sua realidade, observar os problemas mais comuns entre eles e trocar experiências.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após fazer um estudo bibliográfico da Hipertensão Arterial Sistêmica, com vistas a entender o que é a doença, as causas mais significativas que a doença apresenta, os diagnósticos prováveis da doença e porque acomete mais adultos e idosos, constatou-se ser imprescindível inserir o profissional enfermeiro no controle e prevenção da doença.

Diante da pesquisa realizada, conclui-se que o enfermeiro é responsável por atribuições diversas e distintas, e para a melhor realização de suas competências deve estar capacitado no sentido de ampliar a visão sobre os determinantes de saúde da área de abrangência. Torna-se de extrema importância que o enfermeiro tenha conhecimento de todas as práticas que o envolve a profissão no âmbito do SUS para que ele realize ações de sua responsabilidade de forma eficaz e com qualidade.

O curso de especialização em saúde da família oferecido pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva foi imprescindível na concretização deste trabalho, uma vez que após a realização de algumas disciplinas, viu-se a importância da realização do diagnóstico local da área de abrangência e na ESF Boa Vista, através do qual se identificou como primeira causa de morbimortalidade a Hipertensão Arterial e suas complicações.

Ficou evidenciado que a Hipertensão Arterial é considerada um grave problema de Saúde Pública, devido à alta prevalência mundial. Entretanto, após a implantação da ESF no Brasil, houve declínio nas taxas de morbimortalidade. Isso demonstra a importância dos programas de promoção e prevenção à saúde. Essa política tem caminhado bem, porém se esbarra nos próprios pacientes, que não aderem aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos.

Várias pesquisas são realizadas com intuito de responder por quais razões os pacientes hipertensos não aderem aos tratamentos, e após uma revisão bibliográfica, viu-se que a adesão é um processo complexo e que envolve vários fatores, que devem ser compreendidos e analisados separadamente para se conseguir a adesão do paciente.

Assim, o enfermeiro deve ser capaz de identificar tais fatores e abordá-los de forma que o paciente seja capaz de ser responsável pela sua doença. Para isso, o enfermeiro deve realizar as consultas de enfermagem intercaladas com o médico, de forma sistemática e com

metodologia própria, de forma a motivar o paciente ao seguimento de seu tratamento. Além disso, deve também realizar a educação em saúde.

Analisando os programas de educação em saúde, afirma-se a importância de uma equipe multiprofissional, integrando os saberes e fazendo com que os educandos possam refletir e criticar a realidade, e observando os problemas de saúde mais comuns, trocar experiências e identificar a possibilidade de aderir aos tratamentos sem dificuldades.

Neste contexto, a ESF Boa Vista implantou a consulta de enfermagem, iniciada em janeiro do ano de 2012, intercalando com o médico. A educação em saúde está sendo realizada toda semana para pacientes cadastrados, com intuito de aumentar os conhecimentos dos portadores em hipertensão arterial, criar um vínculo entre a equipe e pacientes, e acima de tudo, melhorar a adesão farmacológica e não farmacológica.

REFERENCIAS

- ALENCAR, V. C. R. **A Vivência da Ação Educativa do Enfermeiro no Programa Saúde da Família.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2006. Disponível em:
<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/GCPA-6VMQ4U/1/rodrigo_conti_vieira_de_alencar.pdf>. Acesso em: 25 maio 2011.
- ARAUJO, I. C.J; GUIMARÃES C. A. Controle da hipertensão arterial em Unidade Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, Salvador, v. 41, n. 3, p. 368-374, 2007. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5707.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2011.
- BARCELLOS, Ana paula Medrado. **Ações de saúde a portadores de hipertensão arterial que foram a óbito por doença cerebrovascular, adscrito a territórios de Equipes de Saúde da Família de contagem, Minas Gerais.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2010. Disponível em
<http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/.../files_4c9b9ed73c8e2.pdf>. Acesso em 30 jun. 2011.
- BONALUME, C. R. E. *et al.* Comparação dos níveis pressóricos de um grupo de hipertensos submetidos a um protocolo de orientações e de outro, sem. **Revista Conscientiae Saúde**, São Paulo, n. 8, p. 225-238, 2009. Disponível em:
<<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/IndArtRev.jsp?iCveNumRev=12014&iCveEntRev=929>>. Acesso em: 30 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.** Brasília, 2001. Disponível em:
<<http://dab.saude.gov.br/publicacoes.php>>. Acesso em: 15 maio 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família.** Brasília. v 2, 2001. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/publicacoes.php>>. Acesso em: 20 maio 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.** Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Condutas Médicas.** Programa de Saúde da Família. Ministério da Saúde, Brasília, 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde /** Ministério da

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica: SIAB: indicadores 2006 /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BASTOS, D. S; BORENSTEIN, M. S. Identificando os déficits de auto-cuidado de clientes hipertensos de um Centro Municipal de Saúde. **Texto e Contexto Enfermagem.** Santa Catarina, n. 1, v. 13, p.92-99, jan./mar. 2003. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=458718&indexSearch=ID>>. Acesso em: 2 mar. 2011.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Ed: COREN, fev, 2001.

DUCAN, B. B *et al.* **Medicina Ambulatorial. Condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, 1519 p.

JOÃO MONLEVADE. Equipe Saúde da Família. **Diagnóstico Situacional da ESF Boa Vista.** João Monlevade, Minas Gerais, 2009.

JOÃO MONLEVADE. Equipe Saúde da Família. **Diagnóstico Situacional da ESF Boa Vista.** João Monlevade, Minas Gerais, 2010.

JOÃO MONLEVADE. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Ministério da Saúde. **Relatório SSA2.** Equipe Saúde da Família Boa Vista, João Monlevade, Minas Gerais, 2010.

JOÃO MONLEVADE. Coordenação da Estratégia Saúde da Família. **Cobertura da ESF da cidade de João Monlevade,** 2011.

JOÃO MONLEVADE. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Ministério da Saúde. **Relatório SSA2**. Equipe Saúde da Família Boa Vista, João Monlevade, Minas Gerais, 2011.

FAUSTINO, R. L. *et al.* O trabalho da enfermagem em saúde da Família na perspectiva de consolidação do Sistema Único de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 464-469, out/dez, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Estatística. **Indicadores Sociais Municipais**: uma análise dos resultados do universo Censo Demográfico. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/default_indicadores_sociais_municipais.shtm>. Acesso em: 10 ago. 2011.

KROB, G. R.; SCHEFINO, D. V. Avaliação das complicações dos pacientes do programa de hipertensos da unidade parque dos Maias da Gerencia de saúde comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição. **Revista Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição**. Artigos originais, v 16, n 2, jul-dez, 2003. Porto Alegre. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/ssc/bis/sscris.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2011.

LIMA, P. M. L.; GAZETTA, E. C. Análise do Programa de Controle de Hipertensão Arterial em Unidade Básica Saúde da Família de São José do Rio Preto. **Arquivo Ciência e Saúde**. Abr/jun, n 14, 2007. Disponível em: <<http://www.sbpcnet.org.br/goiania/arquivos/Livro%20Posterres%20final%2015%20final.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2011.

MACIEL, F. C. I.; ARAÚJO, T. L. Consultas de Enfermagem: Análise das ações junto a programas de hipertensão, em Fortaleza. **Revista Latino-America Enfermagem**, vol. 1, nº 2. Ribeirão Preto mar/abr 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a10.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2011.

MAGNABOSCO, P.; NOGUEIRA, S. M. Avaliação da contribuição do grupo de convivência para o cuidado do indivíduo hipertenso. **Revista Eletrônica Enfemagem**. Artigo Original, Uberlândia, jan-mar, v 13, n 1, p.110-117, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a12.htm>>. Acesso em: 20 maio 2011.

MILAGRES, R. K. **Portadores de Hipertensão Arterial** : fatores relativos à adesão ao trabalho de educação em saúde. Dissertação de Mestrado em Educação e Sociedade. Universidade Presidente Antônio Carlos. Barbacena, 2008. Disponível em: <www.unipac.br/bb/teses/milagres-katia-regina.pdf>. Acesso em: 20 out. 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto**: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p.

NETO, E. J. *et al.* Fatores associados a não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivo em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/17.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2011.

PAIVA, D. C. P. *et al.* Avaliação da assistência ao paciente com diabetes mellitus e ou hipertensão arterial pelo Programa Saúde da Família, município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 2006, v. 22, n. 3, p. 377-85. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/15.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

PEDROSO, P. R. E; OLIVEIRA, G. R. **Blackbook, Clínica Médica**. Blackbook Editora, 2007. p. 258- 272.

REINERS, O. A. A. *et al.* Produção Bibliográfica sobre a adesão-não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Universidade Federal de Mato Grosso. Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica. Artigo de Revisão, n 13, p. 2299-2306, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413232008000900034>>. Acesso em: 25 mai. 2011.

SANTOS, M. J. A. *et al.* A não adesão de pacientes com hipertensão arterial ao tratamento em Unidade Básica Saúde. **Revista Instituto Ciência Saúde**, v 27, n. 4, p.330-337, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n4/a1629.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2011.

SIQUEIRA, S. F. M. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Hipertenso**. UAB. **Universidade Aberta do Brasil**. Curso desenvolvido pelo núcleo de apoio ao Docente NAD/UFGM. 33 slides, color. Disponível em: <http://www.slidefinder.net/a/assist%C3%Aancia_enfermagem_paciente_hipertenso_prof/30821894>. Acesso em: 15 ago. 2011.

SILVA, S. F; SANTOS, M. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde. **Arquivo Ciência e Saúde**, v 11, 2004, p.169-173. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol11-3/08%20ac%20-%20id%2061.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2011.

SETZ, V.G; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio de auditoria. Artigo Original. **Acta Paul Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2009, p. 313-317. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2011.

SOUZA, M. R. N; SILVA, S. A. N. Trabalho e hipertensão arterial. A responsabilidade social das empresas: problemas, oportunidades e possíveis estratégias de intervenção. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, v.16, n.16, jan-mar., 2003. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>. Acesso em: 11 abr. 2010

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretriz Brasileira e Hipertensão**. Arquivo Brasileira Cardiologia, 2010. Disponível em: <http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2011.

VITAL, C. R. A. **Avaliação de causas da não-adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial da Unidade Básica de Saúde Alvaro Bezerra em Formiga**. Biblioteca Virtual Nescon. Núcleo de Educação Saúde Coletiva. Monografia. Especialização em Atenção Básica Saúde da Família, 2009. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Avaliacao_de_causas_da_nao_ades_ao_dos_pacientes_ao_tratamento_de_hipertensao_artorial_da_unidade_de_saude_da_familia_Alvaro_Bezerra_em_Formiga___Minas_Gerais/71>. Acesso em: 25 jun. 2011.