

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS-UFMG
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA-NESCON
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**DIFICULDADES NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DO
MUNICÍPIO DE CARLOS CHAGAS**

RENATA TELES LIMA

TEÓFILO OTONI/MG
2011

RENATA TELES LIMA

**DIFICULDADES NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DO
MUNICÍPIO DE CARLOS CHAGAS**

Trabalho apresentado para Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.
Orientadora: Prof^ª. Valéria Tassara.

TEÓFILO OTONI/MG
2011

RENATA TELES LIMA

**DIFICULDADES NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL DO
MUNICÍPIO DE CARLOS CHAGAS**

Trabalho apresentado para Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.
Orientadora: Prof.^a Valéria Tassara.

Banca Examinadora

Prof. -----UFMG

Profa. -----UFMG

Profa. -----UFMG

Aprovado em Belo Horizonte-----/-----/-----

Dedico a meus familiares e colegas de curso em especial a meu marido Filinto que me incentivou a lutar pelos meus sonhos e nunca desistir deles.

Agradeço a DEUS que me sustenta dando saúde e força para chegar até aqui.

À minha querida mãe Ivonete e a minha sogra Renilva por serem exemplos de força e amor incondicional.

*"Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela,
tampouco, a sociedade muda."*

Paulo Freire

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença crônica de alta prevalência e elevada taxa de mortalidade no mundo, sendo considerado como um problema de saúde pública. O objetivo deste estudo é identificar o que dificulta a adesão dos pacientes cadastrados e que utilizam a unidade básica de saúde para realizar o tratamento de hipertensão arterial. Esta dificuldade de adesão ao tratamento é observada principalmente entre os pacientes idosos, na ESF Central do município de Carlos Chagas. Os profissionais da saúde, conhecendo melhor as dúvidas, costumes e inseguranças não só do paciente hipertenso, mas de toda sua família, poderão proporcionar a eles um melhor conhecimento a respeito da doença, melhorando assim sua qualidade de cuidados a saúde. A principal meta do aprendizado é treinar a família do portador de hipertensão, a tomar decisões efetivas em seu cuidado, ajudando o mesmo a tornar-se um gerente de seu próprio tratamento. Através de mudanças de comportamentos teremos um melhor controle metabólico, que é indispensável à prevenção das complicações agudas e crônicas da doença.

Palavras-chaves: hipertensão arterial – adesão -tratamento

ABSTRACT

Hypertension is a chronic disease of high prevalence and high rate of mortality worldwide and is considered a public health problem. The aim of this study is to identify what hinders patient compliance and registered using the basic health unit for treatment of hypertension. This difficulty of adherence to treatment is observed mainly among the elderly in the municipality of Central ESF Carlos Chagas. Health professionals know best the doubts, insecurities and habits not only of the hypertensive patient, but his whole family, will give them a better knowledge about the disease, thus improving their quality of health care. The main goal of learning is to train the family of patients with hypertension, make effective decisions in their care, helping it to become a manager of his own treatment. Through changes in behavior will have a better metabolic control, which is essential for prevention of acute and chronic complications of the disease.

Keywords: hypertension - treatment adherence

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 09 |
| 2. JUSTIFICATIVA | 12 |
| 3. MÉTODO | |
| 4. DESENVOLVIMENTO..... | 15 |
| 4.1 – Revisão bibliográfica | 15 |
| 4.2 - Descrição do ESF | 17 |
| 4.3 – Observação realizada no ESF | 18 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 19 |
| 6. PROPOSTAS DE AÇÕES PARA ESF | 22 |
| 7. CONCLUSÃO..... | 24 |
| 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 25 |

1. INTRODUÇÃO

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A origem do Programa de Saúde da Família ou PSF no Brasil, conhecido hoje como “Estratégia de Saúde da Família” ou ESF mantém coerência com os princípios organizativos do SUS: acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e a participação popular. É responsável pela atenção primária à saúde da população, podendo resolver até 90% das demandas das à Unidade Saúde da Família (USF). (Ministério da Saúde, 1997).

O Programa Saúde da Família é, nos últimos anos, a mais importante mudança estrutural já realizada na saúde pública no Brasil. As equipes envolvidas neste programa devem preparar-se para:

- Serem um componente capaz de articular com todos os níveis do Sistema de Saúde;
- Garantir os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações;
- Encaminhar os pacientes para unidades que são referência em atendimentos especializados quando necessário, evitando desperdícios no sistema de saúde;
- Ser uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo na promoção da qualidade de vida;
- Ser a porta de entrada do sistema local de saúde;
- Buscar a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade;
- Estimular o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania;
- Propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, cultura, transporte, entre outras.

- Ser uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente de consenso;

- Ser uma nova abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe (Revista de Saúde Pública, 2000).

A organização da ESF configura-se de acordo com os seguintes critérios (Ministério da Saúde, 1997):

- * Definição e Descrição do Território de Abrangência;
- * Descrição de clientela;
- * Diagnóstico de Saúde da Comunidade;
- * Organização da demanda;
- * Trabalho em equipe de multiprofissional;
- * Enfoque da Atenção à Saúde da Família e da comunidade;
- * Estimulo à participação e controle social;
- * Organizações de Ações de promoção da saúde;
- * Resgate da medicina popular;
- * Identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário;
- * Monitoramento da situação de saúde no seu território de abrangência;
- * Educação permanente em saúde;

Após concluir a minha graduação de bacharel em Enfermagem no ano de 2006, atuei em um hospital filantrópico e em um PSF da zona rural no município de Montanha no estado do Espírito Santo. Tive a oportunidade de retornar para a cidade onde fui criada e trabalhar em uma unidade básica de saúde, que é referência no município. O interesse na atenção básica deve-se a uma grande identificação com as ações promovidas pelo mesmo e pela abordagem direta ao paciente.

Na USF Central de Carlos Chagas em Minas Gerais, na qual atuei, são oferecidos grupos em educação em saúde para apoio aos pacientes portadores de doenças crônicas, como Hipertensão Arterial/ Diabetes. No entanto, observo que esses pacientes não aderem totalmente ao tratamento, dificultando os resultados esperados nos grupos de educação em saúde e muitas vezes desmotivando os profissionais envolvidos. Isto dificulta atendimentos ambulatoriais do Hospital do município, que poderia ser evitado se o paciente tivesse consciência da importância da adesão ao tratamento.

Diante disso, o objetivo deste estudo, dentro do curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, é identificar as dificuldades encontradas na adesão ao tratamento, medicamentoso e não medicamentoso, da hipertensão arterial, principalmente entre os pacientes idosos, que dependem de certa forma, da colaboração da família no tratamento. Analisando essas dificuldades iremos desenvolver novas estratégias e tentar melhorar as intervenções que já são aplicadas pela equipe, facilitando este tratamento e a adesão ao mesmo. Teremos como meta melhorar o conhecimento do portador de hipertensão arterial e de sua família para que, juntamente com a equipe de saúde da família, possam tomar decisões efetivas nos cuidados necessários à saúde e tornarem-se assim gerentes do tratamento, com a finalidade de aumentar as taxas de adesão e a qualidade de vida.

2. JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ocupa uma posição de destaque como problema de saúde pública pela alta prevalência, que ocupa 20% da população adulta e 50% dos idosos: mais de 30 milhões de brasileiros apresentam um quadro patológico de pressão arterial. Acidentes vasculares cerebrais, ataques isquêmicos, encefalopatias, infartos agudos do miocárdio, insuficiência cardíaca, aneurismas, insuficiência renal e até mesmo morte súbita estão direta e/ou diretamente relacionados com a pressão alta, que é um dos fatores de risco mais importantes de morbidade e mortalidade no mundo, atualmente (Ministério da Saúde, 2009).

Frequentemente são desenvolvidos novos medicamentos para doenças crônicas, como a hipertensão arterial. Entretanto, mesmo com todo esse investimento e descobertas terapêuticas, continuamos nos deparando com a falta de adesão aos tratamentos, seja ele medicamentoso ou não. Em relação à hipertensão arterial, garantir a adesão é ainda mais difícil, pois é alta a sua prevalência entre pacientes idosos, onde vários fatores dificultam essa adesão, desde limitações do paciente, necessidade da ajuda de um cuidador e prescrições com muitos itens. Abordar o tema adesão em pacientes com essas peculiaridades requer cuidados individualizados, porém elaborados por uma equipe multiprofissional (Ministério da Saúde, 2009).

Percebo através dos livros de registros da unidade que a HAS é o problema de saúde mais freqüente de consulta médica no PSF Central em Carlos Chagas, representando 17% das consultas que são realizadas mensalmente.

Para descobrir o que deveria ser mudado ou melhorado nos atendimentos prestados ao paciente portador de HAS foi realizada uma coleta de dados em registros existentes na unidade. Através dessa coleta de dados concluímos que a grande maioria destes pacientes é idosa. Torna-se importante que nós profissionais da área tenhamos a consciência acerca da realidade da hipertensão como um problema de saúde individual e coletiva. Por isso quando tratamos de pacientes idosos devemos orientar e cuidar não só deste paciente mais sim de toda a família, pois a mesma esta diretamente envolvida nesse tratamento que é contínuo já que a HAS é uma doença crônica. Educando os familiares teremos também uma redução de casos futuros de HAS, pois se trata também de uma doença hereditária.

Com a nossa experiência percebemos que promover a educação dos portadores de hipertensão arterial e seus familiares torna-se uma das possibilidades para conseguir reduções importantes das complicações e uma consequente melhoria da qualidade de vida. A educação para a saúde, feita por grupos, poderá ajudar pessoas portadoras de hipertensão arterial e suas famílias a atingirem uma melhor qualidade de vida, ao longo do processo de doença.

Nessa perspectiva Arduino (2002, p.396) afirma:

Educação é o processo de desenvolvimento das habilidades intelectuais, motoras e morais de uma pessoa, tem como objetivo uma melhor integração e adaptação pessoal e social, através de intervenções capazes de promover a manutenção, a aquisição ou a modificação de conceitos e atitudes.

Sendo assim, a educação para a saúde torna-se uma tarefa que requer conhecimento, dedicação, persistência e responsabilidade compartilhada de cada integrante da equipe de saúde com os pacientes. Essa responsabilidade compartilhada constitui parte essencial do tratamento, um trabalho em parceria entre os pacientes e os profissionais em prol da promoção da saúde.

No nosso trabalho nos deparamos com casos de hipertensão arterial em paciente de todos os níveis sociais, porém temos um maior controle sobre os pacientes mais carentes. Observamos também que muitas internações de nossos pacientes são devidas a complicações decorrentes da falta de controle da pressão arterial.

O controle adequado da doença pode atenuar essas repercussões. Além disso, sabe-se da extrema importância do paciente hipertenso assumir maior responsabilidade no seu tratamento e isso pode se dar através de reuniões educativas oferecidas nas Unidades de Saúde da Família (USF) (Ministério da Saúde, 1996).

Para tal, torna-se necessário que o indivíduo seja mobilizado a informar-se sobre a doença e suas complicações, para que possa proceder a uma mudança de comportamento frente a ela. É muito importante que o paciente e a equipe multiprofissional entendam e aceitem que a hipertensão arterial é uma doença crônica; sendo assim os hipertensos devem conviver da melhor forma com a doença por toda a vida. Somente as pessoas conscientizadas estão aptas a valorizar sua saúde e a tomar parte ativa no tratamento. Tendo o paciente o controle constante da PA (pressão arterial), o mesmo estará evitando complicações agudas e crônicas da doença.

Tratar um paciente hipertenso com êxito é tarefa grande demais para ser levada por um profissional isoladamente e, por mais competente e bem intencionado que esse

profissional possa ser, é um trabalho a ser feito por uma equipe multiprofissional, por isso a grande importância da atuação da equipe do PSF nesse tratamento.

Segundo Griffiths (1957, p.15) “*quando o processo educativo é usado na área da saúde, o fim visado é uma mudança de informações, atitudes ou comportamentos*”.

Educar a população é uma das propostas da Estratégia de Saúde da família (ESF); para tal, há a necessidade de conhecer a cultura da região, suas crenças e tabus, as famílias e suas composições. Isso diz respeito à essência da ESF, pois o vínculo que nós, profissionais da saúde criamos com a população é o primeiro passo para promovermos a saúde junto à mesma.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 MÉTODO

A metodologia utilizada foi o relato de experiência sobre a observação dos pacientes, da ESF Central do município de Carlos Chagas, portadores de hipertensão arterial e suas dificuldades na adesão ao tratamento da mesma.

Foram utilizados, como fonte dessa observação, dados levantados dos prontuários dos pacientes hipertensos de ambos os sexos, num total de 498 pacientes no período janeiro a julho do ano de 2010, através da consulta a livros de registros das atividades que são desenvolvidas na unidade, como atividades físicas e reuniões de hipertensos. Utilizou-se também, a produção mensal dos profissionais envolvidos na unidade como registro de visitas domiciliares, consultas médicas e de enfermagem.

Tivemos grande dificuldade com os prontuários, que estavam muitas vezes preenchidos com letras ilegíveis e sem muitos dos dados sobre a história do paciente.

A observação de dados foi feita de forma ampla, pois a dificuldade de adesão ao tratamento de hipertensão era observada, entre todas as faixas etárias entre homens e mulheres.

A busca pelo referencial teórico se fez através de revisão de literatura de artigos científicos publicados em periódicos brasileiros especializados na área de saúde e por meio de pesquisa em artigos referenciados junto à rede de informações internet, nos bancos de dados Scielo, Google acadêmico e em livros de Medicina e Enfermagem em português. O período das publicações foi de 1997 a 2011.

Os descritores utilizados para a pesquisa foram: Hipertensão Arterial, adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial, SUS e Atenção Básica de Saúde.

3.2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão arterial (HAS) constitui um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual representa um agravamento à saúde pública.

Conforme Smeltzer e Bare (2002) a HAS apresenta vários aspectos, tais como:

- Geralmente é acompanhada por fatores de risco, tais como obesidade, dislipidemia e sedentarismo;

- É também necessário um tratamento não medicamentoso, ou seja, as mudanças propostas nos hábitos de vida. Muitas vezes, apenas com as mudanças de hábitos, o paciente consegue fazer o controle da PA;
- Trata-se de uma doença crônica e por isso requer um acompanhamento eficaz e permanente;
- Complicações crônicas que podem ser evitadas quando precocemente identificadas e adequadamente tratadas;
- Geralmente é assintomática;
- É de difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudança nos hábitos de vida e participação ativa do indivíduo;
- Necessidade de controle rigoroso para evitar complicações;
- Necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar;
- São de fácil diagnóstico.

O diagnóstico de hipertensão deve-se basear na média de duas ou mais mensurações da pressão arterial, obtidas em dois ou mais contatos com o profissional de saúde, depois de uma avaliação inicial. Em cada consulta o profissional da saúde deve realizar três medidas com o intervalo de um minuto entre elas. (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Uma vez identificada, a pressão arterial elevada deve ser monitorada a intervalos regulares, porque a hipertensão é uma doença crônica, onde o paciente realizará o tratamento em busca do controle e não da cura.

A hipertensão deve ser vista como três entidades: um sinal, um fator de risco para doença cardiovascular e uma doença. Um sinal, os profissionais da saúde usam a pressão arterial para monitorizar o estado clínico do paciente. Como um fator de risco, a hipertensão contribui para a velocidade com que a placa aterosclerótica se acumula dentro das paredes vasculares. Quando considerada uma doença, a hipertensão é um importante contribuinte para a morte por doença cardíaca, renal e vascular periférica (Smelter & Bare, 2002, p.691).

Segundo Smeltzer & Bare (2002), numa crise hipertensiva, a pressão arterial deve ser diminuída imediatamente para menos de 140/90 mmHg, para conter ou prevenir a lesão de órgãos-alvo. As urgências e emergências hipertensivas podem ocorrer em pacientes cuja hipertensão tenha sido mal controlada ou naqueles que interromperam abruptamente seus medicamentos.

A elevação da pressão arterial associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É fator de risco para insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica, aneurisma de aorta e retinopatia hipertensiva. Quando associada a outros fatores de risco como diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo e tabagismo, os níveis pressóricos podem ser ainda mais elevados e as consequentes lesões de órgãos-alvo ainda mais graves (Manual de Orientação Clínica Hipertensão Arterial, 2011).

Dentre outros fatores de risco, observa-se o aumento da pressão com o avançar da idade, entretanto, de acordo com o III CBHA (Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial), esse aumento não representa um comportamento fisiológico normal. A presença de HAS em idosos merece maior atenção devido à vulnerabilidade frente às complicações cardiovasculares, determinadas não só pela hipertensão, como também por outros fatores de risco que se acumulam com o passar do tempo. O caráter hereditário aparece em 74% dos sujeitos e, dos fatores envolvidos na fisiopatogênese da hipertensão arterial, um terço deles pode ser atribuído a fatores genéticos (SILVA et al., 2004).

Variáveis como idade, sexo, raça e nível de escolaridade interferem na adesão ao tratamento de hipertensão arterial e alguns fatores de risco são associados a execução ou não de atividade física, atividade de lazer, a utilização de sal e gordura na alimentação, a utilização de álcool e do tabaco. O exercício físico contribui na redução da obesidade e à prevenção de doenças coronárias e também auxilia na preservação da independência de pessoas idosas, melhorando o funcionamento do organismo, reforçando o coração, músculos, pulmões, ossos e articulações. A atividade física realizada regularmente melhora a condição física e a saúde do coração. (PESSUTO, J; CARVALHO EC, 1998).

3.3 DESCRIÇÃO DA ESF

A ESF Central funciona no prédio do estado que foi inaugurado em 1981, com o recurso financeiro MS/PIASS onde funcionava como UBS até o ano de 1996. A partir de então, foi cedido para funcionamento da Estratégia de Saúde da Família do município Carlos Chagas, sendo essa a primeira equipe de ESF formada no município.

Os atendimentos são realizados das 07 às 17 horas.

A caracterização do PSF, em relação ao padrão mínimo determinado pela Resolução SES nº 1186, de 18/05/2007, não corresponde aos padrões exigidos.

Dispomos de uma equipe multidisciplinar composta por: uma médica, uma enfermeira, uma dentista, uma ACD, um técnico em enfermagem, duas auxiliares em enfermagem, seis ACS, um serviços gerais, uma fisioterapeuta (uma vez por semana).

Os atendimentos aos portadores de HAS são realizados através de consultas médicas e de enfermagem diariamente, porém agendadas com antecedência.

O grupo de educação em saúde para hipertensos funciona junto com o grupo de diabéticos, em reuniões que são realizadas mensalmente e onde abordamos temas relacionados à doença, com a participação de vários profissionais da saúde como nutricionista, dentista, fisioterapeuta e outros. Após o encontro de hipertensos é aferida a pressão arterial, realizada a renovação de receitas de medicamentos e a entrega dos mesmos pela enfermeira e, se houver alguma queixa ou a pressão arterial encontrar-se elevada, este paciente é encaminhado para uma consulta com a médica.

O grupo de hipertensos da 3ª idade dispõe de atividades físicas duas vezes por semana, direcionada por um profissional voluntário de educação física. Os hipertensos tem livre acesso na unidade para mensuração da PA e também são acompanhados pelos profissionais através das visitas domiciliares, de acordo com a necessidade.

3.4. OBSERVAÇÃO REALIZADA NO ESF

Dentre as observações realizadas em janeiro de 2011, no cotidiano de meu trabalho, como enfermeira, considerei relevante que apenas 30% dos hipertensos diagnosticados participam de alguma forma das atividades oferecidas pela unidade. Não temos o controle de grande parte desses pacientes que são cadastrados como hipertensos em nossa área de abrangência, pois estes pacientes fazem o tratamento e acompanhamento da HAS na rede particular da saúde; os mesmos, porém, encontram-se cadastrados em nossa área de abrangência e entram nos dados de óbitos devido às complicações decorrentes de hipertensão arterial. Temos hoje cadastrados 498 pacientes hipertensos; no mês de maio de 2011, apenas 150 consultaram-se com a médica e a enfermeira, 96 (noventa e seis) estiveram presentes no último encontro de hipertensos e 30 (trinta) destes hipertensos compareceram às atividades físicas oferecidas pelo nosso profissional voluntário de educação física.

Outra observação importante que podemos ter em nossa unidade é que dos 498 pacientes hipertensos, mais da metade são idosos, homens e mulheres. Sabemos das dificuldades e limitações encontradas pelos pacientes idosos, como a sua dependência física e psicológica, levando os mesmos ao desânimo e, muitas vezes, a uma tristeza profunda, à depressão, principalmente se sua expectativa de cuidado e atenção não for compatível com a apresentada. É muito comum nossos pacientes apresentarem esse quadro “depressivo”, com baixa autoestima, se não forem estimulados quanto à importância do autocuidado e não lhe for oferecida a atenção exigida, este paciente, dificilmente consegue aderir a um tratamento que requer cuidado constante e mudança brusca de hábitos de vida.

Identificamos também algumas limitações importantes na realização deste trabalho, sendo a principal delas a falta de informações nas fichas médicas e de enfermagem, que se apresentaram quase sempre incompletas. O prontuário preenchido detalhadamente sobre a vida do paciente é muito importante para avaliarmos a eficácia do tratamento oferecido ao mesmo; informações como estado geral do paciente e declarações feitas pelos mesmos são imprescindíveis. Isso demonstra falha do sistema de saúde, que não mantém suas informações atualizadas.

3.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O principal fator que dificulta a obtenção de dados reais sobre a adesão ao tratamento de hipertensão arterial no PSF Central no município de Carlos Chagas é que grande parte da nossa clientela possui um poder aquisitivo elevado em relação às outras unidades de saúde do município e até mesmo em relação ao restante da população que atendemos; por este motivo, não participam das atividades desenvolvidas na Unidade (consultas, participação no grupo de hipertenso, atividades físicas e outros).

A adesão ao tratamento entre os usuários hipertensos que participam das atividades disponíveis pela unidade é, por sua vez, dificultada pelo fato de que a maioria deles é idosa e por isso dependem da ajuda da família no tratamento. Sem a participação da família no tratamento, o idoso enfrentará algumas dificuldades como:

- Dificuldade quanto ao horário correto de cada medicação;
- Ensino fundamental incompleto;

- A maioria utiliza os medicamentos que são distribuídos pela farmácia municipal, o que faz com que, muitas vezes, o paciente deva tomar mais de um comprimido da mesma medicação (devido à apresentação disponível);

- Necessidade de uso de vários medicamentos;

- Eventuais troca de medicamentos,

- Desadaptação das famílias ao novo estilo de vida que a doença exige do paciente, como uma alimentação mais saudável e com baixo teor de sódio ou a mesma não estimula a prática de exercícios físicos, já que isso não é uma rotina da família.

- Muitas vezes o idoso não compreende a necessidade do uso diário dos medicamentos, de mudanças de comportamentos e de um acompanhamento frequente da equipe para controle de PA;

- A religião influencia diretamente, pois através dela alguns pacientes não aceitam que a hipertensão arterial é uma doença crônica, portanto não tem cura, sendo necessário um controle permanente.

- O costume do uso de chás para controle da PA atrapalha o uso contínuo da medicação;

- Maus hábitos, principalmente o do alcoolismo.

A adesão ao tratamento de HAS é fator primordial para o controle adequado da PA e é definida como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente. (VI diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Existem várias maneiras de avaliar a adesão de um paciente já em tratamento. Os métodos indiretos, como contagem de comprimidos e relato do paciente são os mais utilizados devido à facilidade de ser aplicado. (GUSMÃO, 2009).

Através do relato de pacientes, quanto ao controle da pressão arterial, podemos melhor compreender a adesão ao tratamento. Esses dados podem também ajudar a otimizar o resultado da atuação da equipe de saúde. O controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão ao tratamento. (Revista Eletrônica de Enfermagem, 2006).

De acordo com Gusmão, 2009, o comparecimento às consultas pode ser um dos parâmetros para avaliar a adesão ao tratamento. No PSF Central do município de Carlos Chagas, verificamos que indivíduos mais assíduos aos encontros proporcionados por nossa equipe têm maior redução dos níveis tensionais. A presença do paciente na unidade de saúde é determinante para o controle da hipertensão, pois traz motivação individual e essa, por sua vez, conduz a certas atitudes que contribuem para a redução da PA. Encontros frequentes

propiciam melhor monitorização dos níveis pressóricos, assim como a oportunidade de ter mais acesso às informações. Temos assim a oportunidade de mostrar a estas famílias a importância não apenas do uso dos medicamentos, mais a importância de cuidar da vida de forma mais saudável.

Um dos principais benefícios do número maior de visitas é a possibilidade de ajustes terapêuticos; na nossa unidade observamos que as visitas frequentes também proporcionam uma mudança efetiva no estilo de vida e no bem-estar dos pacientes e que hábitos não saudáveis como o tabagismo, sedentarismo e consumo de álcool são mais frequentes em pacientes que não aderem ao tratamento medicamentoso. De acordo com o Ministério da Saúde, 2006, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo tem se demonstrado insuficiente. Cerca de 2/3 dos casos de hipertensão não atingiram as reduções de PA previstas com a monoterapia e, diante desse fato, novos medicamentos foram introduzidos na terapêutica, dificultando o seu seguimento. Diante da necessidade de controle mais rigoroso da PA, a tendência atual é a introdução mais precoce de terapêutica combinada de anti-hipertensivos em uma só apresentação como primeira medida medicamentosa, facilitando a adesão. Isso não condiz com a realidade de nossos pacientes, uma vez que os medicamentos utilizados são aqueles disponibilizados pelo serviço público, que não dispõe de apresentações combinadas de anti-hipertensivos.

4. PROPOSTAS DE AÇÕES PARA ESF

O primeiro passo é buscar ter um maior controle desses hipertensos, focando nossa visão nos pacientes que não possuem um vínculo com a unidade devido a seu alto poder aquisitivo, sem, no entanto, perder de vista os pacientes com baixa renda familiar mensal. A população deve exercer a sua cidadania e estar ciente de seus direitos, uma vez que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1998). Muitas pessoas têm o preconceito de que não existe qualidade nos serviços prestados pela saúde pública e convidar estas pessoas para conhecer a unidade e participar dos trabalhos realizados junto à comunidade, formando assim uma parceria, seria uma alternativa.

Para aumentar a taxa de adesão ao tratamento de HAS, achamos importante educar a família destes pacientes. Começar, portanto, pela família, que com uma melhor informação da doença será capaz de ajudar o paciente a vencer as dificuldades encontradas. Essa ação envolve todos os membros da equipe, através de visitas domiciliares, palestras e campanhas.

É preciso reconhecer a família independente do modelo que se apresenta, pois ela pode representar para o paciente um espaço de afetividade e de segurança e também de medos, incertezas, rejeições, preconceitos e até de violência (principalmente para o paciente idoso). Por isso é muito importante o trabalho dos PSF's, que são a porta de entrada da saúde, pois só conhecendo nossos pacientes e as famílias com as quais lidamos, poderemos avaliar o êxito de nossas ações enquanto educadores, identificar demandas e construir propostas educacionais compatíveis com a nossa realidade. Devemos conhecer as dificuldades, medos e anseios das famílias que são cadastradas na nossa unidade. Enfim, conhecendo as características e a história de cada família, poderemos compreender melhor o paciente que atendemos. Estas informações são dados preciosos para que possamos traçar estratégias de abordagem desse paciente.

Na relação família/ saúde, um sujeito sempre espera algo do outro e para que a ajuda mútua de fato ocorra é preciso que sejamos capazes de construirmos coletivamente uma relação de diálogo, onde cada parte envolvida tenha o seu momento de fala, onde exista uma efetiva troca de saberes. A capacidade de comunicação exige a compreensão da mensagem que o outro quer transmitir e, para tal, faz-se necessário o desejo de querer escutar o outro, a atenção à mensagem emitida e a flexibilidade para recebermos esta mensagem, que pode ser diferente da nossa. Uma atitude de desinteresse e de preconceitos pode danificar

profundamente a relação família/saúde e trazer sérios prejuízos para o sucesso do tratamento. É preciso que conheçamos as razões pelas quais as famílias não têm correspondido ao que nós, profissionais da saúde, esperamos que seja a participação no tratamento de seus familiares, principalmente dos idosos.

Mesmo com a participação da família o paciente deve se conscientizar da importância de sua autonomia e responsabilidade no tratamento proposto pelos profissionais de saúde. Os hipertensos que abandonaram o programa devem ser contatados para a identificação dos elementos dificultadores e para nova inserção no atendimento. Também deve ser realizado um fluxograma de atendimento e de informação aos pacientes sobre a rotina de atendimento, para maior compreensão e maior adesão, assim como reuniões entre a equipe para a troca de experiências e desenvolvimento de estratégias para a melhoria de atuação junto não só das famílias, mas principalmente dos pacientes.

Outra proposta para o sucesso do programa é o treinamento de profissionais da equipe buscando "sensibilizá-los" para a importância do trabalho, assim como a participação em projetos de pesquisa e a criação de associações de hipertensos constituindo assim, estratégias que buscam aumentar a adesão do paciente ao tratamento instituído. Como a hipertensão é uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos, seu tratamento requer o apoio de toda a equipe. Sendo assim, a formação de uma equipe multiprofissional "ativa" irá propiciar uma ação diferenciada.

5. CONCLUSÃO

Diante de nossa realidade, concluímos que é necessário aumentar o grau de conhecimento de toda população sobre a hipertensão arterial. Esta população deve entender a importância do controle da hipertensão arterial e da participação do PSF neste controle. É importante também que estejam cientes dos serviços que são oferecidos na unidade de saúde.

Nessa perspectiva, o primeiro passo é a educação em saúde, na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudança de hábitos e transformação no modo de pensar e viver. Essa atividade educacional deve ser realizada de forma contínua por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente, de modo a serem permanentes. Podemos desenvolver trabalhos em grupos de pacientes, famílias e equipes de saúde, que podem ser úteis para a troca de informações, favorecendo o esclarecimento de dúvidas e atenuando ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes. Envolver os pacientes que apresentam diferentes realidades socioeconômicas com certeza é um grande desafio que enfrentaremos, mas que nos levará a obtermos bons resultados.

Essas ações educativas devem ser desenvolvidas com os pacientes, seus familiares e a comunidade por meio de recursos que vão desde o contato individual até a utilização de fontes de informação coletiva, como folhetos, reuniões, palestras, simpósios, peças teatrais, vídeos e músicas educativas.

A luta contra a não adesão aos tratamentos da HA constitui grande desafio tanto para o Estado como para os profissionais de saúde, pois depende da inserção de programas multidisciplinares em todos os níveis de atendimento aos pacientes hipertensos, para que as intervenções sejam mais eficazes.

6. REFERÊNCIAS

Afonso, M LM (org.) **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2006.255p.

Brasil, Constituição da República Federativa, 1988 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em 25 mai 2011.

Brasil, Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Ministério de Estado da Saúde**. Brasília, DF, 28 mar 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em 25 maio 2011.

Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. **Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus** - protocolo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil, Ministério da Saúde. **Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus** – Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, 2002.

Brasil, Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde: 2002.

Brasil, Ministério da Saúde. Saúde da família uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em 25 maio 2011.

Brasil, Ministério da Saúde, Grupo Hospitalas Conceição gerência de saúde comunitária. **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**. Porto Alegre, RJ. Jun 2009.

Brasil, Ministério de Saúde. **Caderno de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, vol. 15, 2006. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/hipertensao_arterial_sistemica/lc_hipertensao_manual.pdf> Acesso em 25 maio 2011.

Brasil, Ministério de Saúde. Cadernos de atenção básica. **Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus** - protocolo. Brasília: 2001.

Castro MS, Fuchs FD. Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. Rev. Brasileira de Hipertensão, v. 15, 2008. Disponível em: < <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-1/08-tratamento.pdf> > Acesso em 20 abr 2011

Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV, Castedo MCA. Fatores Associados à Não Adesão dos Pacientes ao Tratamento de Hipertensão Arterial. **Rev Latino-am Enfermagem**, mar/ abr 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_10.pdf> Acesso em 19 abril 2011.

Ducan, BB; Schimidt, MI; Iugliani, ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion Jr. D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 16, fev 2009. Disponível em <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/11-adesao.pdf>> Acesso em 20 abril 2011.

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) E Diabete Mellitus (DM): Protocolo/Ministério da Saúde, 2001.

Mousinho PLM, Moura MES. Hipertensão Arterial: fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão ao tratamento medicamentoso. Rede de revistas Científicas da América Latina y el Caribe, Espana e Portugal, vol 05, nov-dez 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/842/84225505.pdf>> Acesso em 18 abril 2011

Nobre, F. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001> Acesso 25 out 2011

Perrenoud, P. **Dez Novas Competências para Ensinar.** Porto Alegre: Artmed, 2000. Disponível em: < http://www.unige.ch/fapse/life/livres/alpha/P/Perrenoud_2000_A.html >Acesso em 20 abril 2011.

Pessuto, J.; Carvalho, E.C. de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. Rev. latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, janeiro 1998.

Sarquis, LMM; Dell'acqua, MCQ; Gallani, MCBJ ;Moreira, RM; Bocchi, SCM; Tase, TH; Pierin, AMG. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. Esc. Enf.**, v.32, n.4, p. 335-53, dez. 1998. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/450.pdf>.> Acesso em 20 abr 2011.

Secretaria de Estado e Saúde de Minas Gerais. **Linha guia hiperdia.** Belo Horizonte, 1 ed, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/LinhaGuiaHiperdia.pdf>> Acesso em 21 abr 2011.

Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. **Manual de orientação clínica: hipertensão arterial sistêmica HAS.** São Paulo. 2011,68p. Disponível em: <http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf> Acesso em 25 mai 2011

Secretaria de Políticas de Saúde - Departamento de Atenção Básica: **Programa Saúde da Família.** Rev. Saúde Pública vol.34 n.3 São Paulo June 2000 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018> Acesso em 25 mai 2011.

Silva JLL, Souza SL. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em: <www.fen.ufg.br> Acesso em 25 mai 2011.

Smeltzer, SC; Bare, BG. Brunner& Suddarth **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v.2. 691 p.

Taveira, LF; Pierin, AMG. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.15 n.5 Ribeirão Preto Set./Out. 2007 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>>. Acesso em 25 mai 2011.