

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

BRUNO BARBOSA BRAGA DE CASTRO

**ESTÍMULO À ADESÃO TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSIVA EM
UMA UNIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO JOSÉ
DO DIVINO – MG.**

GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS

2014

BRUNO BARBOSA BRAGA DE CASTRO

**ESTÍMULO À ADESÃO TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSIVA EM UMA
UNIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO JOSÉ DO
DIVINO – MG.**

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

Orientador: Prof. Dr. André Luiz dos Santos
Cabral

GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS

2014

BRUNO BARBOSA BRAGA DE CASTRO

**ESTÍMULO À ADESÃO TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSIVA EM UMA
UNIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO JOSÉ DO
DIVINO – MG.**

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

Orientador: Prof. Dr. André Luiz dos Santos
Cabral

Folha de aprovação:

Prof. Dr. André Luiz dos Santos Cabral – Orientador

Profa. Maria Teresa Marques Amaral – Examinadora

Aprovado em Governador Valadares, em 04/09/2014

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica e constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas. O controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico. Este estudo objetiva estimular a adesão ao tratamento anti-hipertensivo de pessoas acompanhadas, na unidade de saúde de São José do Divino- MG. Foi realizado um estudo com oficinas mensais entre hipertensos acompanhados e cadastrados nesse PSF, no período de janeiro a junho de 2013, na Unidade Básica de Saúde Carmelita Francisca de Oliveira, situada no município de São José do Divino/MG. O município estudado situa-se no Vale do Mucuri, Leste de Minas Gerais, 454 quilômetros da Capital Mineira – Belo Horizonte. A Hipertensão Arterial Sistêmica se mostra na maior parte do seu curso assintomática. Dessa forma, o diagnóstico e o tratamento são frequentemente negligenciados, por parte do paciente, somando-se a isso, a baixa adesão ao tratamento prescrito. Esses são os principais fatores que determinam um controle muito baixo dos níveis da pressão arterial aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e o maior acesso aos medicamentos. Com os dados, espera-se estimular os hipertensos dessa Unidade de Saúde à adesão ao tratamento. O processo metodológico se dará com a realização de oficinas temáticas, estimulando o tratamento anti-hipertensivo entre os usuários da Unidade Básica de Saúde e desenvolvendo ações direcionadas ao tratamento dos hipertensos.

Palavras-chave: Hipertensão; Terapia; Pressão Arterial.

ABSTRACT

Systemic hypertension (SH) occupies a prominent place in the context of epidemiological transition and it is a major risk factor for the onset of heart disease. The control of hypertension is directly related to the degree of membership of the patient to the treatment regimen. This study aims to stimulate the antihypertensive treatment on people followed in a specific unit of health, in São José do Divino - MG. It will be made a study by workshops and accompanied with hypertension enrolled in PSF during the period January to June 2013 at the Basic Health Unity Carmelita Francisca de Oliveira, municipality of São José do Divino / MG. That city is established in Mucuri Valley, 454 kilometers from the state capital – Belo Horizonte. The Systemic Arterial Hypertension shows itself in its asymptomatic course. By this way, the diagnostic and treatment are frequently neglected, and its made by the patient, plus it, low adherence to the prescribed treatment. These are the most important problems which determinate a control, that is, the low levels of blood pressure to the normal levels, despite of the formal protocols and medical prescriptions. The data is expected to stimulate the Hypertensive Unit of Health to treatment. The methodology will be given to thematic workshops to stimulate the antihypertensive treatment among users of the Basic Health Unit Carmelita Francisca de Oliveira. It is encouraging that hypertensives Health Unit adherence to treatment and, then, developing activities that encourage the adherence to treatment of the hypertension.

Keywords: Hypertension; Therapy; Blood Pressure.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	9
3 OBJETIVOS.....	10
3.1 OBJETIVO GERAL.....	10
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
4.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	11
4.2 Antecedentes Da Adesão Ao Tratamento Anti-Hipertensivo.....	13
4.3 Modelo Do Processo De Adesão Ao Tratamento Anti-Hipertensivo.....	15
5 ABORDAGEM METODOLÓGICA	16
5.1 Cenário De Intervenção (<i>Locus</i> Do Estudo).....	16
5.2 Estratégia De Avaliação Da Intervenção.....	18
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

Desde a minha graduação no Curso de Medicina, pela Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes, no ano de 2009, atuo como membro de uma Equipe de Saúde da Família no município de São José do Divino – MG. Assim, tive a oportunidade de me inscrever no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), na modalidade de educação à distância, oferecido pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais. Durante a realização do curso, pude compreender e aprender melhores formas e ferramentas de planejamento e promoção à saúde, adaptando-as à realidade do município onde exerço minha profissão.

O município de São José do Divino situa-se no Vale do Mucuri, Leste de Minas Gerais, e distante 454 quilômetros da Capital Mineira – Belo Horizonte. A população do Município corresponde à 3.862 habitantes. As principais atividades econômicas se apresentam nos setores da agropecuária, na agricultura de subsistência, no ramo artesanal, no comércio e na prestação de serviços, desenvolvidos por meio de pequenas unidades de produção, muitas vezes informais. A maior parte da população vive em boas condições, porém em baixo nível sócio econômico. Podemos perceber as mais diferenciadas condições de trabalho nesses diversos setores, onde predominam os riscos ergonômicos, físicos, químicos, biológicos e de acidentes.

A estrutura organizacional do serviço de saúde é composta por uma Equipe do Programa Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde (U.B.S.) que atende à demanda programada e espontânea, juntamente com as Urgências e Emergências. Realizam-se, assim, atendimentos e serviços relativos aos programas da Atenção Básica, de baixa e média complexidade, incluindo: Teste do pezinho, Imunizações, Puericultura, Planejamento Familiar, Exames laboratoriais, Exames preventivos ginecológicos, Cirurgias Ambulatoriais, Eletrocardiogramas, dentre outros. Na U.B.S., parte dos atendimentos é realizada de acordo com a demanda espontânea, com exceção do Pré-Natal e das Imunizações que são realizadas por busca ativa. As visitas domiciliares são realizadas quando necessário, com a necessidade identificada por qualquer membro da equipe.

As equipes de Saúde da Família têm papel fundamental na implementação do atendimento, por meio da criação de vínculos entre os profissionais e a comunidade, promovendo, assim, nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, buscando prestar assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (ROSA e LABATE, 2005).

Nesse contexto, observa-se também a dificuldade na manutenção da pressão arterial em níveis considerados adequados nos pacientes hipertensos, o que pode estar relacionado à falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos mesmos. Os fatores ligados ao paciente que interferem no processo de adesão podem estar relacionados às características biossociais como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, crenças de saúde, hábitos de vida e aspectos culturais (MION, 2006).

Dessa forma, torna-se saliente e de suma importância a avaliação dos fatores envolvidos na dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo para uma adequada programação das ações voltadas para abordar esse problema no município de São José do Divino.

2 JUSTIFICATIVA

Diversos estudos MION JÚNIOR e PIERIN (2001), BRASIL (2002), TOLEDO et al. (2007) e MANO (2009) descrevem a elevada prevalência da hipertensão arterial na população brasileira, sendo considerada importante fator de risco para as principais causas de morte no país: doenças cardiovasculares e cerebrais. Trata-se de condição mórbida com possibilidades de controle eficaz e grandes chances de evitar complicações.

Entretanto, a Hipertensão Arterial Sistêmica mostra-se na maior parte do seu curso assintomática. Dessa forma, o diagnóstico e o tratamento são frequentemente negligenciados, por parte do paciente, somando-se a isso, a baixa adesão ao tratamento prescrito. Esses são os principais fatores que determinam o controle muito baixo dos níveis da pressão arterial aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e o maior acesso aos medicamentos.

Como medidas de prevenção e acompanhamento, o trabalho da equipe multiprofissional contribui de forma interessante para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla dessa doença, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio, adotando atitudes de mudança de hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto com base no risco cardiovascular global.

Tendo em vista o aumento crescente do número de casos de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (H.A.S.), dada a sua gravidade e baseando-se nos achados literários acerca do assunto, justifica-se a elaboração de um estudo de Adesão Terapêutica Anti-hipertensiva na Unidade de Saúde no Município da São José do Divino – MG, pois, intuitivamente, acreditamos que a situação da H.A.S. no município seja tão ou mais crítica que a média nacional.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Estimular a adesão ao tratamento Anti-hipertensivo, pelo paciente, e o acompanhamento na Unidade Básica de Saúde da Família Carmelita Francisca de Oliveira, no município de São José do Divino – MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as pessoas com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, na Unidade de Saúde Carmelita Francisca de Oliveira, no município de São José do Divino – MG;

- Desenvolver ações educativas junto aos hipertensos, considerando os fatores inerentes ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde que influenciam nessa adesão.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Anualmente morrem 7,6 milhões de pessoas no mundo devido às conseqüências da hipertensão. Segundo dados do Boletim Global de Doenças Relacionadas à Hipertensão, cerca de 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, sendo que mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos. A doença ainda é responsável, segundo o documento, por 54% de todos os casos de acidente vascular cerebral e 47% dos casos de infarto, fatais e não fatais, no mundo inteiro. Na última década, a hipertensão fez mais de 70 milhões de vítimas fatais (NOBRE, 2010).

Como asseverado por determinados autores, a hipertensão arterial pode ser resultado da atividade aumentada do sistema nervoso simpático ligado à disfunção do sistema nervoso autônomo, e/ou de acréscimo na função do sistema renina-angiotensina-aldosterona, resultando em expansão do volume de líquido extracelular e resistência vascular sistêmica elevada. Pode ser resultado, ainda, da reabsorção renal de sódio, cloreto e água, ligada a uma variação genética, nas vias pelas quais o rim manuseia o sódio; ou da vasodilatação diminuída das arteríolas relacionada à disfunção do endotélio vascular e/ou da resistência à ação da insulina (SMELTZER; BARE, 2002).

Para se identificar a hipertensão, a única forma possível é mediante a verificação da pressão arterial. Entretanto isto geralmente não ocorre, e a maioria dos clientes hipertensos só procura orientação médica e/ou de enfermagem quando se manifesta algum sintoma da doença.

Com base nesse princípio, faz-se necessário recomendar a verificação da pressão arterial da população em geral, pelo menos uma vez ao ano, pois, desse modo, a doença poderá ser diagnosticada precocemente, evitando-se sua descoberta repentina, após alguma complicação instalada (BRASIL, 2001).

Por ser uma doença considerada de caráter multigênico e multifatorial, a hipertensão arterial, quando não tratada adequadamente, acarreta danos no organismo, principalmente em órgãos-alvo como o coração, vasos, rins e cérebro.

Existem critérios para a classificação dos níveis pressóricos. Entre esses critérios, mencionamos os das VI Diretrizes (2010). De acordo com essas diretrizes, a

classificação dos níveis pressóricos, em pessoas adultas acima de 18 anos, apresenta-se como demonstrado no quadro a seguir:

QUADRO 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmhg)	Pressão diastólica (mmhg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

FONTE: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010.

As VI Diretrizes (2010) advertem sobre a verificação dos níveis tensionais nas pessoas hipertensas durante as consultas. Como recomendam os pesquisadores, na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, utilizar-se como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/ diastólica, respectivamente (VI DIRETRIZES, 2010).

Em resumo, o diagnóstico da hipertensão arterial depende, exclusivamente, dos seus níveis pressóricos. Com base nesses dados, reforça-se a necessidade da verificação da pressão arterial pelo menos uma vez no ano para aquelas pessoas consideradas normais. Para aquelas cujos níveis tensionais encontram-se na faixa limítrofe recomenda-se serem avaliados em um intervalo menor de tempo; aqueles já classificados como hipertensos devem ser acompanhados ambulatorialmente para início, o mais breve possível, da terapêutica anti-hipertensiva.

4.2 Antecedentes Da Adesão Ao Tratamento Anti-Hipertensivo

De acordo com os artigos analisados sobre o tema adesão ao tratamento anti-hipertensivo, vários fatores antecedentes foram apontados e que se podiam relacionar ao paciente. Alguns diziam respeito às variáveis sociodemográficas, outros ao conhecimento e/ou crenças do paciente sobre a HAS, e outros, ao apoio familiar e social.

O conhecimento e as crenças que os hipertensos têm sobre a doença constituem importantes antecedentes para o entendimento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, sendo fundamental nesse processo a percepção que os pacientes têm acerca da doença. MARCON et al. (1995) afirmam que, para uma decisão específica de saúde ser tomada é necessário que o indivíduo perceba a doença como ameaça.

Em se tratando da HAS, há uma problemática: essa doença que na maioria das vezes é assintomática e os pacientes não a encaram como um problema de saúde que necessite de tratamento.

Essa questão é abordada por SARQUIS et al. (1998) ao apontar que a ausência de sintomas contribui de forma marcante para a não adesão ou para o abandono do tratamento. CHOR em 1988 ressaltou a dificuldade de convencer o paciente, muitas vezes assintomático, de que ele é doente e que necessita de tratamento.

O apoio familiar e social também foi percebido como um evento antecedente da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Na visão de ARAÚJO et al. (1998), a Hipertensão Arterial Sistêmica (H.A.S.) provoca limitações no estilo de vida não somente do hipertenso, como também no estilo de vida dos outros elementos do núcleo familiar, pois a alteração na saúde de um dos membros da família acaba por

provocar mudanças no todo, devendo-se incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.

Na visão de ARAÚJO et al. (1998):

A HAS Provoca limitações no estilo de vida não somente do hipertenso, como também dos outros elementos do núcleo familiar. A alteração na saúde de um dos membros da família acaba por provocar mudanças no todo, devendo-se incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e do acompanhamento dos hipertensos.

Em pesquisa realizada por CASTRO & CAR (2000), comprovou-se que as modificações no estilo de vida relacionaram-se à presença de sintomatologia, à compreensão dos doentes sobre a doença e ao impacto desta em suas vidas. Para as autoras, o enfrentamento da cronicidade da HAS envolve, entre outros aspectos, a compreensão do seu significado, de acordo com as concepções do hipertenso sobre saúde-doença. No estudo realizado por KYNGÄS & LAHDENPERÄ (1999), sintomas de pressão alta foram referidos por 61% das mulheres e 29% dos homens; dentre os hipertensos que referiram sintomas, 71% reduziram o sal da dieta, enquanto apenas 7% dos que não referiram sintomas seguiam a recomendação. SVENSSON et al. (2000) verificaram que alguns dos pacientes que se declararam não aderentes acreditavam ser a HAS uma condição intermitente, que só precisava de tratamento na presença de sintomas.

4.3 Modelo Do Processo De Adesão Ao Tratamento Anti-Hipertensivo

A figura 1 apresenta uma análise conceitual do processo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo que, atualmente, não se limita ao mero cumprimento das recomendações médicas, mas demanda a participação ativa do paciente no tratamento (ARAUJO & GARCIA, 1998).

Figura 1 – Modelo teórico do processo de “Adesão ao tratamento anti-hipertensivo”.

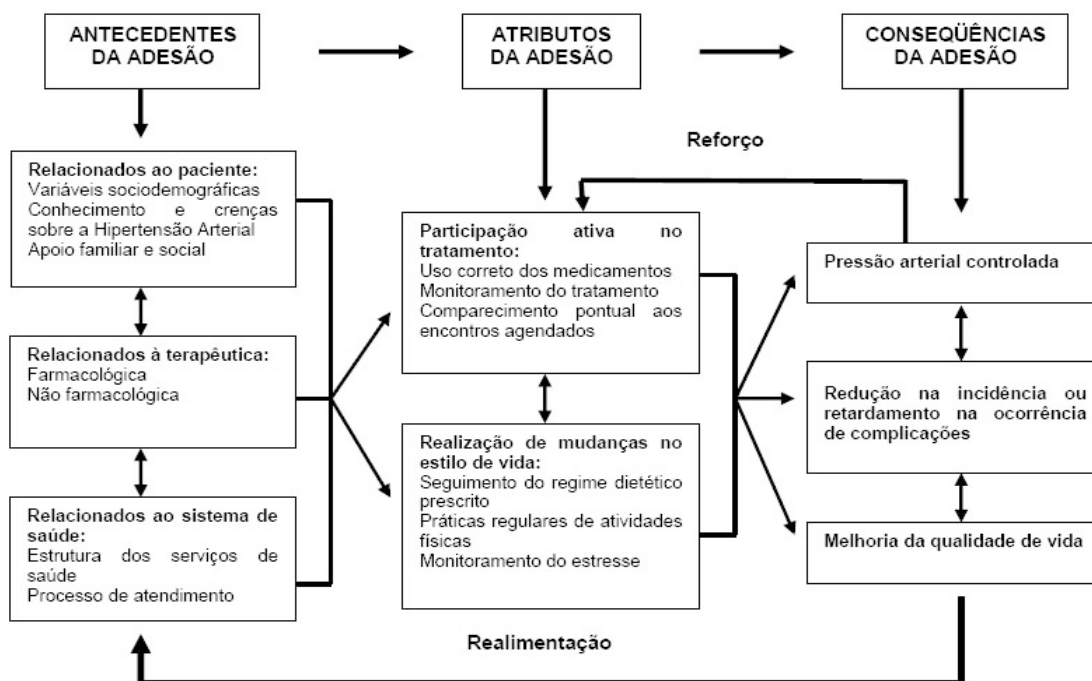


Figura 1. Modelo teórico do processo de “Adesão ao tratamento anti-hipertensivo” (ARAUJO & GARCIA, 1998).

5 ABORDAGEM METODOLÓGICA

5.1 Cenário De Intervenção (*Locus Do Estudo*)

A investigação teve como *locus* uma instituição pública de saúde (Unidade Básica de Saúde Carmelita Francisca de Oliveira) pertencente à Secretaria da Saúde do Município de São José do Divino - MG, especializada em atendimento ambulatorial de nível primário à pessoa com hipertensão arterial sistêmica. A área de abrangência da U.B.S. é responsável pela cobertura de 1.048 famílias, 3.834 pessoas, contendo 350 hipertensos cadastrados. Dentre os hipertensos cadastrados, 75% são do sexo feminino e 25% do sexo masculino.

Quanto à opção do estudo na referida instituição pública, deu-se, como citado, em virtude de essa ser referência no tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus no município referido, atuando na atenção à saúde como rede primária, assim como possuir equipe multiprofissional que objetiva assistir essa clientela. A equipe multiprofissional é formada por enfermeiras, médicos, odontólogos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos e fisioterapeutas.

Na instituição, direcionamos nossa pesquisa ao setor denominado de leito-dia, o qual destina seu atendimento a clientes que apresentam quadros clínicos de crise hipertensiva durante sua consulta ambulatorial. A estrutura física do setor é composta por sete cadeiras-leito, onde os clientes são medicados e permanecem com monitorização da pressão arterial, por até um dia, acompanhado por médicos e enfermeiras. O funcionamento da unidade ocorre das 07:00 às 17:30 horas, de segunda a sexta-feira, exceto feriados.

Durante esse acompanhamento, de acordo com os níveis de pressão arterial, é adotada a conduta mais apropriada. Se os níveis monitorizados voltarem a apresentar valores classificados normais, os clientes recebem alta do leito-dia e são encaminhados para agendamento de nova consulta ambulatorial. Caso contrário, quando a pressão arterial ou o nível glicêmico do cliente em observação permanecem em níveis que ponham em risco sua vida, ele é referenciado para possível internação em hospital da rede pública. O Programa de hipertensos desenvolvido na Unidade de Saúde de São José do Divino tem como objetivo o acompanhamento sistematizado dos pacientes hipertensos, visando ao manejo adequado da HAS. As atividades

previstas no programa são o cadastro dos pacientes, a distribuição de medicamentos e o atendimento individual, ou em grupo, mensal.

Nesse Programa estão incluídos pacientes adultos hipertensos de ambos os sexos, a maioria com idade superior a 50 anos, de diferentes raças e com variadas crenças religiosas e situações conjugais.

5.2 Estratégia De Avaliação Da Intervenção

Para seleção, adotou-se como critérios de inclusão: pacientes de ambos os sexos que apresentaram diagnóstico médico de hipertensão arterial primária há mais de um ano e que estavam cadastrados e acompanhados no programa de hipertensão da unidade e ainda estavam conscientes e orientados. Não houve recusa dos pacientes em participar do estudo.

A intervenção foi realizada por meio de Oficinas temáticas com os Hipertensos cadastrados e acompanhados no PSF. As oficinas ratificavam as recomendações da literatura e das próprias necessidades para estimular a adesão dos hipertensos. A primeira oficina foi realizada em janeiro de 2013. O planejamento e a realização das mesmas e as demais atividades com o grupo de hipertensos contou com a parceria dos ACS's e dos Auxiliares de enfermagem.

As oficinas levaram ao público-alvo informações essenciais sobre a hipertensão arterial, objetivando explicar a fisiopatologia e conscientizar sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e sobre a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

As oficinas foram realizadas mensalmente com os seguintes temas:

- 1) Hipertensão: conceito, ocorrência e consequências;
- 2) Dieta hipossódica;
- 3) Influência da obesidade;
- 4) Álcool e Tabagismo;
- 5) Atividade física;
- 6) Fatores de risco cardiovasculares;
- 7) Prevenção, tratamento medicamentoso e não medicamentoso, e uso correto de medicação prescrita.

Material: Retroprojektor, transparências e outros recursos cabíveis; cartazes informativos a respeito da hipertensão, suas causas e complicações; painéis com fotos ilustrativas; esfigmomanômetro e estetoscópio próprios.

Método: dinâmicas de grupo; apresentação dos principais grupos alimentícios relacionados com o problema da hipertensão arterial.

Tivemos a preocupação de adaptar as atividades e orientações para o contexto de nossa população, respeitando crenças, valores, limitações e desejos dos participantes. O plano de cuidados foi usado durante o ciclo das oficinas. Foram feitos cartazes com o objetivo de informar e orientar os hipertensos de forma clara, objetiva e ilustrativa. Foram utilizados também álbuns seriados, que apresentam relação metodológica ilustrativa visando facilitar a transmissão e a interação entre o educador e o educando. As palestras foram realizadas na sala de educação em saúde da Unidade Básica de Saúde.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

A Promoção da Saúde e a prevenção de agravos têm sido focalizadas como eixos fundamentais na Estratégia Saúde da Família (ESF). Neste sentido, o presente trabalho vem sendo incorporado pela equipe como uma estratégia para o alcance desses objetivos.

No entanto, a implementação dessa prática assistencial configurou-se como um desafio no cotidiano do trabalho da equipe. Torna-se, portanto, fundamental que os encontros não se reduzam à mera transmissão de informações ditas pelos detentores do saber para quem não sabe, onde os participantes assumem a posição de espectadores passivos.

Horta et al. (2009) reafirma a necessidade de reavaliação das práticas educativas por meio do trabalho com grupos na Estratégia Saúde da Família, acrescentando que esses profissionais têm desenvolvido prática pouco resolutiva, impessoal, desvinculada das condições de vida da população e reducionista, pois coloca como foco da atenção a doença, ao invés dos sujeitos que adoecem (HORTA et al., 2009, p. 297).

Assim, por meio de análise, foi possível identificar, entre as várias causas de HAS, aquelas consideradas como as mais importantes. A Unidade Básica de Saúde Carmelita Francisca de Oliveira selecionou como “Nós Críticos” as situações nas quais a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que podem ter impacto importante sobre o problema escolhido. O conceito de “nós críticos” (tipo de causa de um problema que, quando atacada, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo) traz uma idéia também de algo sobre o qual eu possa intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade (CARDOSO, et al., 2008). Foram eles:

- Baixo nível de informação da população acerca da hipertensão arterial;
- Hábitos e estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares, com ênfase no sedentarismo;
- Família sem preparação para o cuidado e o enfrentamento da hipertensão devido a falta de conhecimento.

A planilha 1 apresenta o desenho das operações e o plano operativo:

<u>OPERAÇÃO/ PROJETO</u>	<u>NÓ CRÍTICO</u>	<u>RESULTADOS ESPERADOS</u>	<u>RECURSOS CRÍTICOS</u>	<u>OPERAÇÕES ESTRATÉGICAS/ RESPONSÁVEL</u>
Aumentar o nível de informação da população sobre Hipertensão Arterial	Baixo nível de informação da população acerca da Hipertensão Arterial	População mais informada sobre a Hipertensão Arterial	<p><u>Cognitivos:</u> conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos.</p> <p><u>Organizacionais:</u></p> <p>Organização da agenda</p>	<p>Apresentar projeto para a Equipe/Estruturação das redes</p> <p>Equipe de Saúde da Família/Secretaria Municipal de Saúde</p>
Modificar hábitos e estilos de vida da população	Hábitos e Estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares	Diminuir o número de pacientes com Hábitos e Estilos de vida inadequados	<p><u>Organizacionais:</u> para organizar as caminhadas.</p> <p><u>Cognitivo:</u> informação sobre o tema.</p> <p><u>Político:</u> conseguir espaço local e articulação intersetorial.</p> <p><u>Financeiros:</u> folhetos educativos, recursos áudio-visuais.</p>	<p>Apresentar projeto para a Equipe/Estruturação das redes</p> <p>Equipe de Saúde da Família/Secretaria Municipal de Saúde</p>

<p>Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento Anti-Hipertensivo</p>	<p>Família sem preparação para o cuidado e enfrentamento do problema devido à falta de conhecimento</p>	<p>Incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos</p>	<p><u>Cognitivo:</u> Conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. da agenda.</p>	<p>Apresentar projeto para a Equipe/Estruturação das redes</p> <p>Equipe de Saúde da Família/Secretaria Municipal de Saúde</p>
--	---	--	--	--

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta etapa do estudo, debruçamo-nos sobre algumas reflexões: na relação entre os profissionais de saúde e o paciente portador de hipertensão arterial, nas variáveis sociais e demográficas, nos conhecimentos e crenças que os pacientes têm sobre a doença e no tratamento e no apoio familiar. Em se tratando da adesão a um tratamento, percebe-se que há inúmeras questões envolvidas no sucesso ou no fracasso em obtê-la.

A forma como os profissionais de saúde relacionam-se com os pacientes hipertensos é um ponto chave para adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Os profissionais que atuam junto à clientela de hipertensos devem estar atentos a todos os aspectos do plano terapêutico, compreendendo que o esquema medicamentoso, embora importante, não garante, por si só, o sucesso do tratamento.

Consideramos que a assistência voltada para o estabelecimento de metas e meios é imprescindível para o alcance da adesão terapêutica por parte do paciente. Nessa perspectiva, os resultados deste trabalho poderão ser úteis para os profissionais de saúde, podendo levá-los a refletir sobre suas relações interpessoais com o paciente com hipertensão arterial e estimulá-lo na aderência ao tratamento. Esse desafio é, sobretudo, da Atenção Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde, que atua como equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e clientela, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S.; NUNES, M. O. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface comum**. Saúde educ., Botucatu, v.10, n.19, p.131-147, jan./jun. 2006.

ANDRADE, J.P. et al. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.79, n.4, p.375-379, out. 2002.

ARAÚJO, G.B.S.; GARCIA, T.R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 02, p. 259-272, 2006. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_2/v8n2a11.htm>. Acesso em: 20 de mar. 2014.

ARAÚJO, T. L. et al. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Rev. Soc. Card. Estado de São Paulo**, v. 8, n.2 (Supl A) p.1–6, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, 2001. Disponível em <www.saude.gov.br>. Acesso em 20 de fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes**. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf>. Acesso em 20 de mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde, Cadernos de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus**, Protocolo. Brasília, D.F., 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Manual de hipertensão arterial de diabetes mellitus**. Brasília, 2002. 102 p.

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.2, p.145–153, 2000.

CAR, M. R.; PIERIN, A.M.G.; AQUINO, V. L. A. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enf. USP.**, v.25, n.3, p.259–269, 1991.

CHOR, D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 71, n. 5, p.100–119, 1998.

DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão Arterial - V. **Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial e Sociedade Brasileira de Nefrologia.** São Paulo, 2006.

NOBRE, F. VI diretrizes brasileiras de hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.1-69, mar. 2010

KYNGÄS, H.; LAHDENPERÄ, T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. **Journal of Advanced Nursing**, v.29, n.4, p.832–839, 1999.

MANO, Reinaldo. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** 2009. Disponível em: <<http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/Pag1.html>>. Acesso em: 30 jul. 2009.

MARCON, S. S. et al. Comportamento preventivo de servidores da UEM hipertensos e a aderência ao programa de assistência ao hipertenso do ambulatório. **Ciencia Y Enfermería**, v.1, n.1, p.33–42, 1995.

MION Jr, D. (org). **V Diretrizes Brasileiras De Hipertensão Arterial.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006.

MION JR, D., PIERIN, A.M. G. and GUIMARÃES, A. Tratamento da hipertensão arterial - Respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, Set 2001, vol.47, nº 3, p.249-254.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo assistencial. **Rev Latino-Am. Enfermagem.** v. 13, n. 6, p. 1032, nov./dez. 2005.

SARQUIS, L. M. M. et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.32, n.4, p.335–353, 1998.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico.** 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/
Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq
Bras. Cardiol.** 2010; 95 (supl.1):1 - 51

SVENSSON, S. et al. Reasons for adherence with antihypertensive medication. **International Journal of Cardiology**, v.76, p.157–163, 2000.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, 233 – 8, jun. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2014.