

KÁTIA GUALBERTO ARAÚJO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO  
TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS NO  
PSF SÃO JERÔNIMO - MUNICÍPIO DE TEÓFILO OTONI-MG**

TEÓFILO OTONI-MG  
2010

KÁTIA GUALBERTO ARAÚJO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO  
TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS NO  
PSF SÃO JERÔNIMO - MUNICÍPIO DE TEÓFILO OTONI-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: Alexandre Sampaio Moura

TEÓFILO OTONI MINAS GERAIS

2010

KÁTIA GUALBERTO ARAÚJO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO  
TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS NO  
PSF SÃO JERÔNIMO - MUNICÍPIO DE TEÓFILO OTONI-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: Alexandre Sampaio Moura

Banca Examinadora

Prof.:

Prof.:

Prof.:

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública cujo controle, de forma continuada, visa prevenção de alterações irreversíveis no organismo e relacionadas a morbimortalidade cardiovascular. Na Unidade de Saúde PSF São Jerônimo, observa-se a dificuldade na manutenção da pressão arterial dos hipertensos em níveis considerados adequados. O controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico proposto. O estudo seguiu a metodologia de análise conceitual e foi realizado através de um levantamento bibliográfico de artigos científicos da área médica e de enfermagem pertinentes à temática com o objetivo de avaliar os fatores associados a má adesão ao tratamento anti-hipertensivo do usuário idoso e elaborar um plano de intervenção visando aumentar a adesão dos usuários da Unidade de Saúde da Família do PSF São Jerônimo, no município de Teófilo Otoni, Minas Gerais. Como resultado, verificou-se que as principais questões que dificultam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo estão associadas ao paciente, ao regime terapêutico e ao sistema de saúde. O plano de intervenção elaborado incluiu ações voltadas para aumentar o nível de conhecimento da população acerca da hipertensão arterial, mudança dos hábitos e estilos de vida e preparação da família para o cuidado. Em suma, é importante a equipe de saúde conhecer as dificuldades dos pacientes em aderir ao tratamento anti-hipertensivo com o objetivo de planejar ações para tentar superá-las, juntamente com o paciente, e alcançar assim um melhor controle da HAS.

**Palavras chave:** Hipertensão arterial sistêmica, idoso, plano de ação.

## ABSTRACT

Hypertension is a public health problem whose control on a continuous basis, aims to prevent irreversible changes in the body and related morbidity and mortality. At the Family Health Unit São Jeronimo area, it is difficult to maintain the blood pressure of hypertensive patients under control. The control of hypertension is directly related to the degree of patient adherence to therapy. The study followed the methodology of conceptual analysis and was conducted through a literature review of scientific articles in medical and nursing relevant to the topic. This study aimed to evaluate the factors that act to lead to worse adherence to antihypertensive treatment of elderly patients and propose an intervention plan to improve adherence at the Family Health Unit São Jeronimo, Teófilo Otoni, Minas Gerais. The issues that hinder treatment adherence can be associated to the patients, to the therapeutic regimen or to the health system. The intervention plan included actions towards improving population knowledge on hypertension, changing habits and lifestyle and preparing families for care. In summary, it is important to the healthcare team to understand the difficulties of patients to adhere to antihypertensive treatment in order to plan actions to overcome them and result in better blood pressure control..

**Keywords:** Hypertension. Elderly. Primary Health Care. Treatment adherence.

## SUMÁRIO

1.0. Introdução .....	7
2.0. Justificativa da escolha do tema .....	9
3.0. Objetivos.....	10
4.0. Metodologia.....	11
5.0. Revisão de literatura .....	12
5.1. Hipertensão .....	12
5.2. Fatores de Risco para não adesão para o tratamento anti-hipertensivo .....	13
5.2.1. Fatores associados ao paciente .....	14
5.2.2. Fatores associados ao regime terapêutico.....	16
5.2.3. Fatores associados ao sistema de saúde.....	17
5.3. Modelo do processo de adesão ao tratamento anti- hipertensivo .....	18
6.0. Estratégias para aumentar a adesão ao tratamento de hipertensão arterial.....	20
7.0. Elaboração do Plano de Intervenções .....	22
8.0. Considerações finais .....	26
9.0. Referências .....	27

## 1.0. Introdução

Desde a minha graduação, há cinco anos, estou trabalhando no município de Teófilo Otoni-MG, como membro de uma equipe de Saúde da Família. Dentro da minha trajetória profissional, fiz o curso de especialização em Saúde Pública pela Faculdade São Camilo e, com este curso pude ampliar meus conhecimentos em saúde pública. O município de Teófilo Otoni-MG foi beneficiado com o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), na modalidade de educação à distancia, ofertado pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais. Durante o curso foram oferecidas várias disciplinas, que me auxiliaram a conhecer realmente a realidade da comunidade em que trabalho, sendo possível aprender a melhor forma de planejar e promover ações, adaptando-as à realidade em que aquela comunidade vive.

O município de Teófilo Otoni localiza-se no Vale do Mucuri, nordeste mineiro é considerado o centro macro-regional, ocupando uma área de 3.247,20 Km<sup>2</sup> e abrigando uma população de 128.109 habitantes, sendo 89.302 habitantes na zona urbana e 38.807 habitantes na zona rural.

O município de Teófilo Otoni elegeu a estratégia da Saúde da Família para reorganizar a atenção básica, mas está em fase de transição na qual as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão passando por um processo de estruturação e sendo transformadas em unidades do Programa Saúde da Família (PSF). Atualmente contamos com 17 Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo que 10 ESF estão instaladas na zona urbana e 07 ESF na zona rural, 14 Equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e 8 UBS, e a proposta para atingir 100% de cobertura requer a implantação de mais 16 ESF.

Em relação à saúde, o município é pólo microrregional e sede da macrorregional nordeste do estado, sendo considerado referência no atendimento de urgência e emergência ambulatorial e hospitalar, encarregado da prestação de serviços assistenciais de média e alta complexidade, incluindo serviços como: cirurgias ambulatoriais, cirurgia especializadas, hemoterapia, hemodiálise, unidades de tratamento intensivo adulto e neonatal, mamografia, tomografia computadorizada, atendimento em doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), dentre outros.

O PSF São Jerônimo localiza-se na rodovia MG 217, na zona oeste de Teófilo Otoni-MG. Atende a 602 famílias o que constitui uma população de aproximadamente

2.134. A estrutura de saneamento básico na região é precária, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário, o que leva a região apresentar um alto índice de verminose. A população adscrita ao PSF São Jerônimo conta com 354 hipertensos, sendo 205 idosos, todos cadastrados no sistema de informação. Observa-se a dificuldade na manutenção da pressão arterial em níveis considerados adequados nos hipertensos idosos, o que pode estar relacionado à falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo desses pacientes. Desta forma é importante a avaliação dos fatores envolvidos na dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo para uma adequada programação das ações voltadas para abordar este problema no PSF São Jerônimo.

## **2.0 Justificativa da escolha do tema**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica, que tem resultado em uma predominância dos agravos crônicos não transmissíveis como principal causa de morbimortalidade na população. A HAS constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas e seu controle está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico. Refletindo junto com os demais profissionais da minha ESF, observei que o maior desafio enfrentado no controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) no PSF São Jerônimo é a adesão dos pacientes ao seu tratamento. Na população adscrita encontra-se um alto índice de pacientes idosos hipertensos que não aderem ao tratamento da hipertensão arterial. Diante disso, percebe-se a necessidade da realização de um trabalho de revisão de literatura que embase o desenho de uma intervenção que busque conscientizar os pacientes idosos hipertensos sobre a importância da adesão ao tratamento a eles prescrito, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida a estes pacientes.

### **3.0 Objetivo**

- Identificar e analisar os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial em pacientes idosos;
- Elaborar um plano de intervenção para uma melhor adesão ao tratamento de hipertensão arterial na Unidade de Saúde da Família São Jerônimo.

#### 4.0 Metodologia

Este trabalho teve como base uma revisão narrativa da literatura, visando identificar as principais dificuldades para adesão ao tratamento da hipertensão arterial na população idosa. Inicialmente, foi feito um levantamento de artigos nacionais na internet (banco de dados) e artigos científicos publicados em periódicos utilizando palavra chave. “adesão”. Após aquisição, cada artigo foi submetido a leitura atenta para avaliação do conteúdo e para verificar se possuía elementos que serviriam de base para análise conceitual pretendida. Posteriormente realizou-se uma leitura criteriosa e objetivada dos artigos que constituíram a amostra deste trabalho, destacando-se, durante a leitura, os trechos que correspondiam aos elementos de interesse, ou seja, que se referiam aos atributos críticos ou essenciais, a eventos antecedentes ou fatores que influenciam a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo por idosos hipertensos.

Após esta análise conceitual foi elaborado um plano de Ação visando aumentar a adesão da população idosa hipertensa do PSF São Jerônimo ao tratamento. A elaboração do plano de ação seguiu a metodologia apresentada por Cardoso *et al.* (2008) e envolveu a seleção dos nós críticos, o desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano e elaboração do plano operativo.

## 5.0 Revisão de literatura

### 5.1 Hipertensão

A população idosa é crescente nos dias atuais e, desta forma, é fundamental a compreensão do processo de envelhecimento e suas peculiaridades de forma a direcionarem esforços para uma melhor qualidade de assistência a esta população (BRASIL, 2006).

É fato que com avançar da idade as pessoas se tornam mais vulneráveis a determinados tipos de doenças principalmente as crônico-degenerativas isso se deve a escolhas de uma vida inteira no que diz respeito aos hábitos de vida, como por exemplo, falta de atividade físicas regulares, tabagismo, alcoolismo, alimentos ricos em gordura e sal (ZAITUNE *et al.*, 2006).

Dentre essas doenças crônico-degenerativas se encontra a hipertensão arterial (HAS) que é alvo do presente estudo.

Este agravo acomete quase 60% dos idosos e está freqüentemente associado a outras doenças. A hipertensão arterial sistêmica é considerada uma doença crônica, com longo curso assintomático, evolução clínica lenta, prolongada e permanente, podendo evoluir para complicações. Sendo um dos principais fatores de morbidade e mortalidade cardiovascular e cerebrovascular, a HAS é uma doença de natureza multifatorial com alta prevalência na população idosa, tornando-se um fator determinante nas elevadas taxas de morbidade e mortalidade desses indivíduos (MINAS GERAIS, 2006, p.98).

Segundo a Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro (2004) houve um aumento significativo na mortalidade de idosos no Brasil em decorrência das doenças cardiovasculares, vitimando anualmente quase 200.000 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, o que corresponde a quase 40% das causas de mortalidade nessa faixa etária.

Para diagnosticar a hipertensão arterial e avaliar a eficiência do tratamento recomendado é importante a verificação periódica da pressão arterial. O método mais utilizado na prática clínica é o indireto com técnica auscultatória e esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneróide. Este procedimento deve ser realizado com o paciente na posição sentada e confortável, após repouso de pelo menos cinco minutos, e com o braço posicionado na altura do coração (MION, 2006).

Na visão de Barbosa et al (2006), a Organização Mundial de Saúde estabeleceu que as pessoas, ao apresentarem pressão arterial igual ou maior que 140 x 95 mmHg em intervalos de 4 a 6 horas, já poderiam ser consideradas como hipertensas. No idoso, a hipertensão arterial se apresenta de duas maneiras, quais sejam: 1) forma combinada com pressão sistólica  $\geq 140$  mmHg e diastólica  $> 90$  mmHg; e 2) forma isolada com pressão sistólica  $\geq 140$  mmHg e diastólica  $< 90$  mmHg.

A hipertensão sistólica isolada é forma mais comumente observada em pacientes a partir dos 60 anos (GUYTON, 1988).

Estudos transversais demonstram que com o envelhecimento ocorre uma perda da elasticidade dos vasos arteriais de grosso calibre, tornando-os mais rígidos e, dessa maneira, determinando um aumento progressivo na pressão arterial sistólica e, assim, ocasionado um alargamento na pressão de pulso (diferença da leitura da pressão arterial sistólica e diastólica) (OIGMAN & NEVES, 1999, p.449).

Portanto, há uma tendência do nível médio da pressão sistólica aumentar linearmente a partir dos 50 anos, enquanto que a pressão diastólica tende a diminuir a partir dos 55 anos de idade (OIGMAN & NEVES, 2006; OLIVEIRA & SILVIA, 1999).

As classes de medicação para o tratamento de hipertensão incluem: diuréticos, beta-bloqueadores, antagonista de cálcio e inibidores da enzima conversora de angiotensina (ALMEIDA, 2006). Esse tratamento deve estar associado a outras medidas, como: redução do peso, restrição do álcool, sódio e tabaco, exercícios físicos e relaxamento (BRUNNER & SUDDARTH, 2006).

## **5.2 Fatores de Risco para não adesão para o tratamento anti-hipertensivo**

A maior razão para o controle inadequado da pressão arterial elevada, de acordo com Clark *et al.* (2000) seria a falta de adesão. Horwitz (1993) caracteriza adesão como sendo a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar os medicamentos, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o recomenda dos profissionais de saúde; este conceito é também corroborado por Mion (2006).

Para Marcon *et al.* (1995), a adesão do paciente ao regime terapêutico é de suma importância para o controle dos sintomas e progressão da doença. Sarquis *et*

*al.*(1998) enfatizam que a meta primordial das ações das equipes de saúde deve ser a de buscar otimizar a adesão do hipertenso ao tratamento.

A literatura consultada me parece unânime ao colocar como fundamental o papel da adesão no sucesso do tratamento anti-hipertensivo, a ponto de autor como Di Matteo (1993) avaliar como consideráveis os riscos decorrentes da não adesão.

Embora não seja um problema exclusivo do tratamento da hipertensão, por ser também muito freqüente em outros regimes de caráter prolongado, a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo se aprofunda em complexidade, parecendo ser determinados por vários fatores, inter-relacionados ou não.

A identificação dos fatores que interferem na adesão inicia-se pelo reconhecimento das características do paciente como idade, sexo, raça, escolaridade, nível sócio-econômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida e culturais, e crenças de saúde. Aspectos relativos à hipertensão arterial, como a cronicidade da doença, em geral não associada à sintomatologia desagradável, também interferem na adesão ao tratamento. (MARCON *et al.*,1995).

As características do tratamento, que englobam intervenções medicamentosas e não medicamentosas e, portanto, mudanças de comportamento e tolerância a eventuais efeitos colaterais também devem ser considerados no processo de adesão. Em igual importância, encontram-se as políticas de saúde vigentes, a facilidade de acesso do paciente aos serviços de saúde, e a qualidade do trabalho desenvolvido nestes serviços. (FREITAS *et al.*, 2001)

De modo geral, com base em observação de grupos de pacientes com doenças crônicas, consegue-se identificar alguns fatores de risco que influenciam negativamente a adesão (SARQUIS *et al.*, 1998). Perceber isso dá ao médico e aos demais membros da equipe de saúde a oportunidade de intervir precocemente e criar estratégias alternativas mais precoces.

### **5.2.1 Fatores associados ao paciente**

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).

O conhecimento e as crenças dos pacientes sobre sua doença, a motivação para controlá-la, sua habilidade para associar seu comportamento com o manejo da doença e suas expectativas no resultado do tratamento podem influenciar positivamente ou negativamente na adesão, 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. Para Freitas *et al.* (2001), as pessoas com um baixo nível educacional têm menos conhecimento de como prevenir as doenças e, em vista disso, menor nível de adesão.

Em se tratando da HAS, essa questão é bastante problemática pois sendo essa doença, na maioria das vezes, assintomática, os pacientes não a encaram como um problema de saúde que necessite de tratamento. Essa questão é abordada por Sarquis *et al.* (1998), para quem a ausência de sintomas contribui de forma marcante para a não adesão, ou para o abandono do tratamento. Chor (1998) ressalta a dificuldade de convencer o paciente, muitas vezes assintomático, de que ele é doente e necessita de tratamento.

O estado civil foi outra variável sociodemográfica apontada como preditora da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. No estudo de Chor (1998), quando comparados aos solteiros, os hipertensos casados apresentaram chance duas vezes maior de realizar o tratamento.

A assiduidade dos pacientes aos encontros/consultas também ocupa lugar de destaque entre os preditores da adesão.

Jardim *et al.* (1996) verificaram, em um programa de acompanhamento de hipertensos, que indivíduos mais assíduos aos encontros tiveram uma maior redução dos níveis tensionais. Segundo esses autores, a presença do paciente na unidade de saúde é determinante no controle da hipertensão, pois traz motivação individual e esta, por sua vez, leva a atitudes que contribuem para a redução dos níveis pressóricos. Para Clark *et al.* (2000), encontros freqüentes propiciam uma melhor monitorização destes níveis pressóricos, assim como a oportunidade de ter mais acesso a informações que podem servir de base para a adesão.

O apoio social e familiar é um fator importante e o comprometimento do cuidador, com pacientes idosos portadores de várias comorbidades podem influenciar a adesão ao tratamento. Quanto mais comprometido estiver o cuidador, mais fácil será o tratamento e, portanto, o cuidador tem de ser encorajado pela equipe de saúde a sentir-se elemento ativo neste processo (MION JR. *et al.*, 1995)

Na visão de Araujo *et al.* (1998):

A HAS provoca limitações no estilo de vida não somente do hipertenso, como também no 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.

Mendel (1997) verificou uma maior adesão ao tratamento e controle dos níveis tensionais nos pacientes que percebiam a família como apoio e suporte social. De acordo com a autora, as pessoas bem compreendidas dentro de seu contexto social são mais aderentes.

Segundo Araújo *et al* (1998), muitos hipertensos consideram o apoio familiar como sendo fundamental. Este apoio pode se dar, dentre outras formas, como lembrança ao hipertenso do horário das medicações e de orientação sobre a dieta hipossódica, ou na disposição de algum dos membros da família para acompanhar o hipertenso às consultas pois, muitas vezes, em virtude de uma idade já avançada ou de outras limitações, o paciente não tem condições de se deslocar sozinho até o serviço de saúde.

## **5.2.2 Fatores associados ao regime terapêutico**

No que se refere à terapêutica farmacológica, Castro & Car (2000) e Freitas *et al* (2001) consideram que são vários os fatores que afetam a adesão, um dos principais estão relacionados à complexidade do regime terapêutico, pois sabe-se que o número de doses de comprimidos, horário das tomadas, duração do tratamento, falha de tratamentos anteriores, mudanças frequentes no tratamento e influência dos efeitos adversos na qualidade de vida são fatores relevantes para não adesão ao tratamento. Ademais, certo é que um dos maiores problemas no tratamento da hipertensão arterial é que este não visa o alívio de sintomas, mas sim uma mudança na história natural da doença. Dessa maneira, a melhora na qualidade de vida seria o motivo principal na demanda da atenção médica no cumprimento do tratamento e no grau de satisfação obtido.

A escolha do primeiro esquema anti-hipertensivo influencia a adesão, como foi demonstrado por Mion Jr. *et al.* (1995) com melhor adesão para aqueles medicamentos com melhor perfil de efeitos colaterais.

O tratamento não-medicamentoso, por sua vez, tem se tornado uma tônica na área da hipertensão. O Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (2002) define que o

tratamento não farmacológico da hipertensão arterial, que inclui medidas higieno-dietéticas comportamentais e mudanças no estilo de vida, tem como finalidade reduzir a pressão arterial, diminuir ou evitar doenças cardiovasculares, além de influenciar favoravelmente na redução da morbidade e mortalidade associadas à hipertensão arterial.

A boa adesão ao tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial depende de várias medidas que, quando praticadas, resultam em grande benefício em relação ao controle da pressão arterial e co-morbidades comumente encontradas no paciente hipertenso. A redução do peso, a redução do sódio da dieta e a prática regular de atividade física têm demonstrado grandes resultados no controle da pressão arterial, das alterações metabólicas associadas e da regressão da hipertrofia cardíaca. Outras medidas, tais como suplementação de potássio e aumento do consumo do ácido graxo ômega 3, também resultam em queda da pressão arterial. Finalmente, a perda de peso, principalmente nos pacientes hipertensos com obesidade central, pode resultar em grande benefício para esses pacientes pelo fato de, não apenas reduzir a pressão arterial, mas também facilitar o controle de co-morbidades (diabete, dislipidemia). O esforço conjunto de equipe multidisciplinar no sentido de entender melhor os pacientes e o empenho no sentido da mudança de estilo de vida podem resultar em melhor controle da hipertensão e em redução do risco cardiovascular (STURMER, et al., 2006).

### **5.2.3 Fatores associados ao sistema de saúde**

O estudo realizado por Castro & Car (2000) aponta a influência do sistema de saúde e da equipe na adesão ao tratamento como aspecto a ser considerado no tratamento de pacientes com doenças crônicas, pois é na relação equipe-paciente que se inicia a conquista da adesão e, um bom relacionamento equipe-paciente pode melhorar a adesão ao tratamento.

Clark et al (2000) enfatizam que:

O enfoque diferenciado do médico, enfermeira, nutricionista, psicóloga e assistente social é fundamental para o bom tratamento de uma doença crônica. Os grandes sistemas de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentam-se em equipes multiprofissionais. Aspectos inerentes ao sistema de saúde e à instituição também podem prejudicar a adesão ao tratamento.

Sendo a HAS uma doença multicausal e multifatorial, exige diferentes abordagens, e só uma equipe multidisciplinar pode proporcionar essa ação diferenciada, pois sua existência permite que os diversos fatores envolvidos na HAS e seu tratamento sejam examinados de modo mais profundo, visto que são abordados conjuntamente (CAMPOS 1996, p.155).

A equipe multidisciplinar propiciará aos pacientes e à comunidade uma gama maior de informações, ajudando na adoção de atitudes efetivas e definitivas para o controle da hipertensão. Poderão fazer parte dessa equipe médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, farmacêuticos, funcionários administrativos, cada serviço adequando a composição da equipe de acordo com suas possibilidades e com a necessidade da clientela atendida. Jardim et al (1996) enfatizam que deve haver harmonia de objetivos e uniformização de linguagem, além de um treinamento adequado dos membros da equipe.

De acordo com Jardim et al (1996) os principais fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento, está relacionado ao serviços de saúde pouco desenvolvidos, profissionais não capacitados, dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Cabe ressaltar que outros fatores, individuais, ambientais e sociais, também interferem de maneira direta facilitando ou dificultando a adoção ou abandono de comportamentos adequados ou nocivos à saúde.

A organização do serviço, contemplando um sistema de controle da clientela registrada, de modo a identificar e buscar os faltosos, também é mencionada como fator preditor de adesão. De acordo com Campos (1996), o contato com o paciente faltoso é um dos fatores que aumentam no paciente o sentimento de estar sendo cuidado, valorizado e estimulado. Jardim et al (1996) chamam a atenção para a organização do serviço nesse sentido, sugerindo que o controle de retorno, assim como o contato e a busca de faltosos podem ser feitos através de visitas domiciliares. Para Bittar (1995) e Grueninger (1995), a existência no serviço de um programa de acompanhamento e um sistema de rastreamento de faltosos são fatores relacionados ao atendimento que concorrem para a adesão.

A disponibilidade de serviços de referência para encaminhamento de casos complexos, ou em caso de urgência, como a crise hipertensiva, é enfatizado por Clark et al (2000).

### **5.3 Modelo do processo de adesão ao tratamento anti- hipertensivo**

Compreende-se a “adesão ao tratamento anti-hipertensivo” como um fenômeno que envolve a participação ativa do paciente no plano terapêutico, considerada como um atributo crítico, uma vez que o paciente não se constitui em um mero cumpridor de recomendações médicas; ao contrário, é visto como sujeito do processo, ou seja, como um ser que toma decisões e assume, juntamente com os profissionais que o assistem, a responsabilidade pelo tratamento.

Através da participação ativa, o portador de hipertensão compartilha a responsabilidade pelo sucesso da terapêutica farmacológica e não farmacológica, ou seja, cumpre os pontos do regime de tratamento no que diz respeito ao uso correto dos medicamentos; comparece aos encontros agendados e monitora o plano terapêutico e seus resultados.

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”.

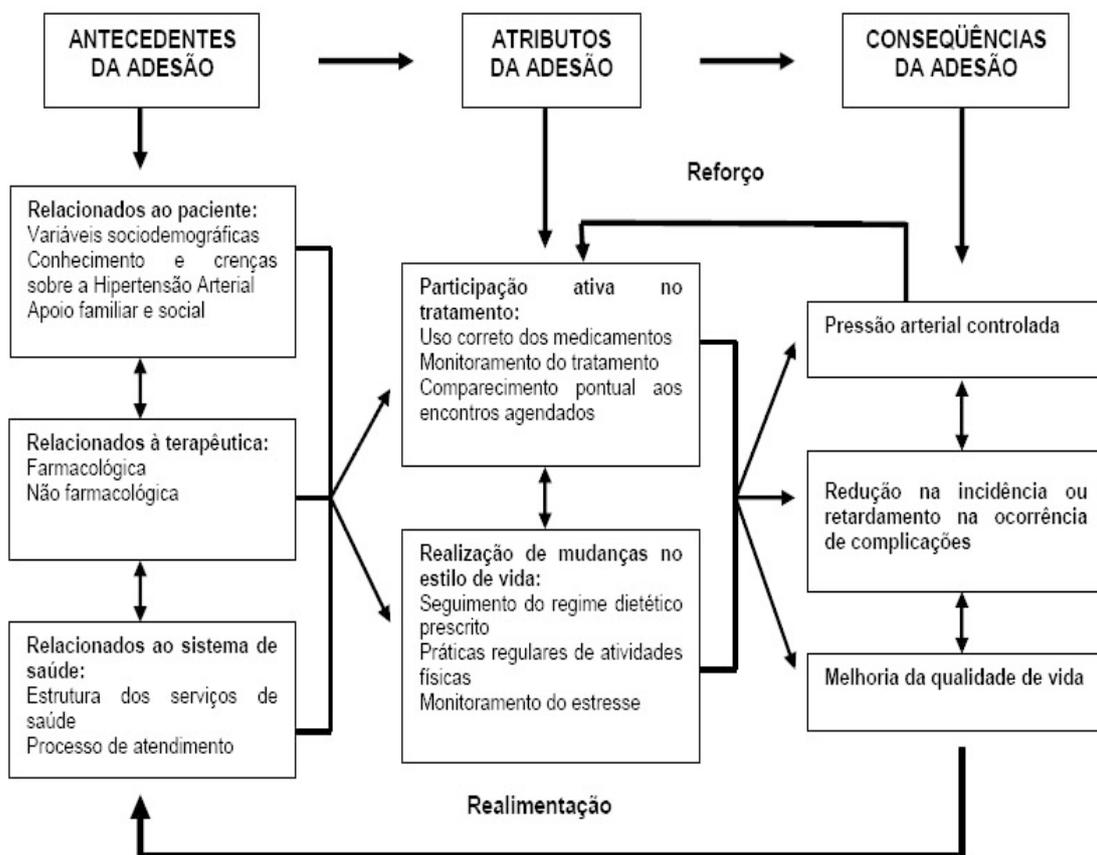


Figura 1. Modelo teórico do processo de “Adesão ao tratamento anti-hipertensivo” (ARAUJO & GARCIA, 1998)

## **6.0 Estratégias para aumentar a adesão ao tratamento de hipertensão arterial.**

Uma boa estratégia para aumentar a adesão do paciente ao tratamento é conscientizá-lo dos malefícios da hipertensão arterial (risco cardiovascular, graves limitações da doença cerebrovascular), além dos riscos inerentes ao tratamento, suas peculiaridades e seus benefícios; isto fará com que o indivíduo se torne elemento ativo no processo de tratamento. Instituir essa visão completa do tratamento na relação médico-paciente cabe a esse profissional, mas os melhores resultados em termos de adesão são conseguidos com equipes multiprofissionais. Isso ocorre, provavelmente, pela complexidade de mudanças necessárias na vida de quem possui doença crônica. Atualmente, a abordagem multiprofissional do atendimento do hipertenso tem sido encorajada e a atuação dos diferentes elementos tem caráter complementar, aumentando a possibilidade de sucesso do tratamento anti-hipertensivo, tanto o farmacológico quanto o não-farmacológico.

As equipes multiprofissionais conseguem pela diversidade de profissionais e de seus variados enfoques, esclarecer mais o paciente não apenas sobre a doença, mas sobre seu papel no tratamento. Esse entendimento é capaz de fazer o paciente analisar a situação e organizar sua própria estratégia (modificação na sua dieta, programação de atividade física, organização dos medicamentos). Ainda haverá a necessidade de sedimentar essa mudança como rotina e para isso há necessidade do reforço contínuo, que será função das equipes multiprofissionais.

A ESF de São Jerônimo conseguiu identificar algumas estratégias para aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensiva em idosos acima de 60 anos, como:

- Conscientização do paciente e seus familiares da existência do problema, relacionado à hipertensão arterial;
- Implantação de programas de incentivo ao tratamento, educação e conscientização do paciente sobre a necessidade de tratamento, mostrando seus benefícios;
- Detalhamento do regime terapêutico, sendo o mais didático possível no tocante aos horários e às drogas (descrever os comprimidos, a cor e o tamanho e correlacioná-los com seus horários é uma alternativa);

- Facilitação do acesso aos medicamentos;
- Explicação dos efeitos colaterais do tratamento, bem como as estratégias para reconhecimento dos mais comuns e seu manejo (hipotensão, tosse, broncoespasmo, distúrbios miccionais e sexuais) – reconhecer preconceitos ou medos do paciente e de seus familiares sobre esses efeitos é essencial para garantir a adesão;
- Estímulo ao paciente, ou ao seu cuidador, para mensuração domiciliar da pressão arterial com a possibilidade de intervir sobre o tratamento;
- Planejamento com o paciente e seus familiares, do tratamento, definindo metas e resultados (grau de atividade física, peso, níveis tensionais, entre outros);
- Monitoramento do tratamento, através de visitas domiciliares e grupos operativos;
- Trabalho em grupos com a participação de familiares de hipertensos;
- Identificação de fatores de risco cardiovasculares;
- Estímulo ao controle social;
- Busca de faltosos.

Outra estratégia que parece melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, inclui a organização do sistema na assistência, bem como o treinamento de profissionais para oferecer atenção centrada no paciente.

## **7.0 Elaboração do Plano de Intervenção**

Após a identificação dos problemas foram selecionados três a serem enfrentados, uma vez que dificilmente todos serão resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais, políticos). Através de uma análise, foi possível identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas como mais importantes. 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).

A ESF de São Jerônimo selecionou como “nós críticos” as situações nas quais a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que podem ter um impacto importante sobre o problema escolhido. São 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 enfrentamento da hipertensão devido a falta de conhecimento.

A partir dos “nós críticos” foram identificados, as operações/projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução.

As planilhas 1, 2 e 3 apresentam o desenho das operações, a análise de viabilidade do plano e o plano operativo.

**Planilha 1. Operações relacionadas a dificuldade de adesão ao tratamento de hipertensão arterial no PSF São Jerônimo - município de Teófilo Otoni-MG.**

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação /projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
<b>Baixo nível de informação da população acerca da hipertensão arterial</b>	<b>Multiplicando o conhecimento</b>  Aumentar o nível de informação da população idosa sobre hipertensão arterial.	População mais informada sobre a hipertensão arterial. (tratamento medicamentoso e não medicamentosos).	Aumento de informação sobre a hipertensão arterial, e adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social. Financeiros: disponibilização de materiais educativos relacionados a hipertensão arterial.
<b>Hábitos e estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares, com ênfase no sedentarismo.</b>	<b>Cuidar melhor</b>  Modificar hábitos e estilos de vida da população idosa.	-Diminuição do número de idosos sedentários em 50 %. - Espera-se 50 % dos idosos alterando seus hábitos alimentares, aderindo a uma dieta adequada.	Programa de caminhada orientada; Programa alimentação saudável.	Organizacionais: para organizar as caminhadas. Cognitivo: informação sobre o tema. Político: conseguir espaço local e articulação intersetorial. Financeiros: folhetos educativos, recursos áudio visuais relacionados à alimentação saudável.

<p><b>Família sem preparação para o cuidado e enfrentamento do problema devido a falta de conhecimento.</b></p>	<p><b>Apoio familiar é fundamental</b></p> <p>Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo</p>	<p>Incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos</p>	<p>Maior número de familiares participando e acompanhando o tratamento de hipertensão arterial do idoso.</p>	<p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. Organizacionais: organização da agenda.</p>
---	---	--	--	--

**Planilha 2. Análise de viabilidade do plano, relacionadas a dificuldade de adesão ao tratamento de hipertensão no PSF São Jerônimo - município de Teófilo Otoni-MG.**

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<p><b>Multiplicando o conhecimento</b> Aumentar o nível de informação da população idosa sobre hipertensão arterial</p>	<p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. Organizacionais: organização da agenda.</p>	<p>- Equipe de Saúde da Família. - Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>- Favorável</p>	<p>- Apresentar projeto para equipe. - Estruturação das Redes</p>
<p><b>Cuidar melhor</b> Modificar hábitos e estilos de vida da população idosa.</p>	<p>Organizacionais: para organizar as caminhadas. Cognitivo: informação sobre o tema. Político: conseguir espaço local e articulação intersetorial. Financeiros: folhetos educativos, recursos áudio visuais.</p>	<p>- Equipe de Saúde da Família. - Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>- Favorável</p>	<p>- Apresentar projeto para equipe e comunidade - Estruturação das Redes</p>
<p><b>Apoio familiar é fundamental</b> Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo</p>	<p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. Organizacionais: organização da agenda</p>	<p>- Equipe de Saúde da Família. - Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p>- Favorável</p>	<p>- Apresentar projeto para equipe. - Estruturação das Redes</p>

**Planilha 3. Elaboração do plano operativo, relacionadas a dificuldade de adesão ao tratamento de hipertensão arterial no PSF São Jerônimo - município de Teófilo Otoni-MG.**

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados esperado</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Operações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<p><b>Multiplicando o conhecimento</b> Aumentar o nível de informação da população idosa sobre hipertensão arterial</p>	<p>População mais informada sobre a hipertensão arterial. (tratamento medicamentoso e não medicamentoso)</p>	<p>Avaliar os níveis de informação sobre a hipertensão arterial, e adesão ao tratamento adesão anti-hipertensivo</p>	<p>- Apresentar projeto para equipe. - Estruturação das Redes</p>	<p>- Equipe de Saúde da Família. - Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>3 meses para o início das atividades</p>
<p><b>Cuidar melhor</b> Modificar hábitos e estilos de vida da população idosa.</p>	<p>Diminuir o número de idosos sedentários em 50 %.</p>	<p>- Avaliação do nível de informação da população sobre habito de vida saudável. - Campanhas educativas na comunidade - Capacitação dos ACS e de cuidadores</p>	<p>- Apresentar projeto para equipe e comunidade - Estruturação das Redes</p>	<p>- Equipe de Saúde da Família. - Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>4 meses para o início das atividades</p>
<p><b>Apoio familiar é fundamental</b> Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo</p>	<p>Incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos</p>	<p>Maior número de familiares participando e acompanhando o tratamento de hipertensão arterial do idoso.</p>	<p>-Apresentar projeto para equipe.</p>	<p>- Equipe de Saúde da Família. - Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>3 meses para o início das atividades</p>

## 8.0 Considerações finais

Evidentemente, a HAS e o seu tratamento adequado envolvem uma multiplicidade de fatores extremamente complexos, que exigem de todos os envolvidos o emprego de estratégias combinadas que dêem conta dessa complexidade. Em se tratando da adesão a um tratamento, percebe-se que há inúmeras questões envolvidas no sucesso ou no fracasso em obtê-la.

Esta pesquisa possibilitou a identificação de três principais fatores de risco para não adesão ao tratamento anti-hipertensiva, os quais, atuando de modo inter-relacionado, podem determinar diferentes graus de adesão dentre eles, incluem-se os relativos ao próprio paciente, como as variáveis sócio-demográficas, os conhecimentos e crenças que os pacientes têm sobre a doença e o tratamento, e o apoio da família; os relacionados à terapêutica farmacológica e não farmacológica; e os fatores relacionados ao sistema de saúde, entre os quais foram ressaltados a estrutura dos serviços de saúde e o processo de atendimento do portador de hipertensão.

Nesse contexto, a forma como os profissionais de saúde se relacionam com os pacientes hipertensos é um ponto chave para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

No que se refere aos atributos do conceito analisado, sua identificação permitiu uma melhor clarificação e uma compreensão mais ampla do fenômeno. 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. Algumas estratégias foram levantadas para aumentar a adesão ao tratamento de hipertensão arterial, uma delas seria conscientizar o paciente dos malefícios da hipertensão arterial, além dos riscos inerentes ao tratamento, suas peculiaridades e benefícios, fazendo assim, que o indivíduo se torne um elemento ativo no processo de tratar.

Diante de tudo o que foi pesquisado e analisado, pode-se concluir que o número de pacientes que aderem ao tratamento anti-hipertensivo ainda é muito pequeno e que a melhor forma de tentar conscientizar os pacientes para que possam aderir ao tratamento anti-hipertensivo é através de orientações e informações sobre hipertensão arterial, mudanças de hábitos, estilos de vida e a inclusão do grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.

## 8.0 Referencias bibliográficas

ALMEIDA, L. M. Q. **Dicionário de Administração de medicação em Enfermagem:** 2007/2008. 5 ed. Rio de Janeiro. EPUB, 2006.

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/revista/revista8\\_2/v8n2a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm)> Acesso em: 14 de mar. 2010.

ARAÚJO, T. L. et al. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.8, n.2 (Supl A): p.1-6, 1998.

BARBOSA P.J, LESSA I, ALMEIDA filho N, MAGALHÃES L, Araújo M.J. Prevalência de hipertensão sistólica isolada em uma capital brasileira. *Rev Brás Hipertens.*2006.

BITTAR, N. **Maintaining long-term control of blood pressure:** the role of improved compliance. *Clinical Cardiology*, v.18, n.6, p.12-16, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa.** Brasília, 2006.

BRUNNER, S. & SUDDARTH, S. C. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica.** Vol 2. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CAMPOS, E. P. **Contribuição da psicologia ao tratamento do hipertenso.** *Folha Méd.*, v.113, n.2, p.153-156, 1996.

CARDOSO, F.C. *et al.* **Modulo 3:** Planejamento e Avaliação das ações de Saúde. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2008.

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.

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.

CLARK, M. J.; CURRAN, C.; NOJI, A. **The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control.** *Public Health Nursing*, v.17, n.6, p.452-459, 2000.

III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**, v. 24, n.6, p.231-272, 2002.

DI MATTEO, M. R. et al. **Physicians characteristics influence patients adherence top medical treatment:** results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychol.*, v. 12, n.2, p.93-102, 1993.

FREITAS, O. C. et al. **Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brazil.** Arq. Bras. Cardiol., v.77, n.1, p.16–21, 2001.

GRUENINGER, U. J. **Arterial hypertension: lessons from patient education.** Patient Education and Counseling, v. 26, p.37–55, 1995.

GUYTON, Arthur C. **Fisiologia Humana.** 6 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1988.

HORWITZ, R.I., HORWITZ, S.M. **Adherence to treatment and health outcomes.** Arch. Intern. Med., v. 153, p. 1863-8, 1993.

JARDIM, P. C. B. V.; SOUZA, A. L. L.; MONEGO, E. T. **Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso.** Medicina, v.29, p.232–238, 1996.

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.

MEDEL, E. S. **Adherencia al control de los pacientes hipertensos y Factores que la Influencian.** Ciência y Enfermería, v.3, p.49–58, 1997.

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

MION Jr. et al. **Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico.** J. Bras. Nefrol., v.17, n.4, p.229–236, 1995.

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

OIGMAM, W. & NEVES, M. F. T. **Hipertensão arterial no idoso.** Revista Brasileira de Medicina, v. 56, n. 12, p. 193-206, 1999.

OIGMAM, W. & NEVES, M. F. T. **Hipertensão arterial sistólica isolada.** Revista Brasileira de Medicina, v. 63, n. 5, p. 447-545, set., 2006.

OLIVEIRA, J. J. de & SILVA, S. R. A. S. **O idoso com hipertensão arterial.** Revista Brasileira de Medicina, v. 56, n. 7, p. 565-580, jul., 1999.

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.

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (SOCERJ). **Manejo terapêutico em cardiogeriatría.** Revista da SOCERJ, v.17, supl. B, cap. 1, p. 7-8, jun., 2004.

STURMER, G. et al. **O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública, v.22, n.8, p.1727-1737, 2006.

ZAITUNE M.P.A.; BARROS M.B.A.; CESAR C.L.G.; CARANDIN A.L.; GOLDBAU M. M. **Hipertensão arterial em idosos:** prevalência, fatores associados, e prática de controle no município de campinas, São Paulo, Brasil. CAD Saúde Publica. 2006.