

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUCIMAR MARIANO

ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADESÃO AO TRATAMENTO DE  
PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO BÁSICA

TOLEDO

2019

LUCIMAR MARIANO

ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADESÃO AO TRATAMENTO DE  
PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Laís Carolini Theis

TOLEDO

2019

## **AGRADECIMENTOS**

Dedico o presente trabalho à minha amada família.

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração pela dedicação, promovendo a educação e aprimorando conhecimentos.

À minha orientadora Laís Carolini Theis, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Aos meus filhos por me inspirarem a ser sempre melhor.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

## RESUMO

O plano de intervenção que aborda a temática de educação em saúde para adesão ao tratamento de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. A hipertensão arterial está relacionada diretamente ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico, assim como na prática de hábitos saudáveis. O objetivo foi melhorar a adesão ao tratamento e o controle da hipertensão arterial sistêmica por meio de ações de educação em saúde aos pacientes cadastrados na ESF Santa Clara IV em Toledo, Paraná. O método utilizado foi uma pesquisa-ação, desenvolvido no período de janeiro a junho de 2019. Foram realizadas seis palestras sobre temáticas relacionadas à doença, hábitos saudáveis de vida, alimentação, exercício físico e adesão terapêutica. As atividades foram realizadas por meio de rodas de conversas, com trocas de experiência. Para os pacientes analfabetos foram desenvolvidas caixas artesanais com símbolos de fácil identificação, para auxiliar no correto uso dos medicamentos. Observou-se certo nível de resistência por parte dos pacientes em participar das reuniões. Entretanto, utilizou-se metodologia com atividades lúdicas, recreativas e alimentícias, o que contribuiu para maior adesão. Durante as rodas de conversas, evidenciou-se que a baixa adesão ao tratamento medicamentoso está relacionada ao esquecimento e o descuido quanto ao horário do medicamento, a baixa escolaridade e analfabetismo, e associado à ausência familiar. Conclui-se que se torna essencial que a equipe de saúde conheça as dificuldades e limitações dos pacientes em aderir ao tratamento anti-hipertensivo com o objetivo de orientá-los e empoderá-los ao autocuidado, para melhor controle da doença. Enfatiza-se, principalmente, a importância da comunicação no relacionamento médico/equipe/paciente, o que envolve a confiança e, por conseguinte, possibilidades de maior adesão ao tratamento. Faz-se necessário desenvolver mais ações de educação em saúde para que os hipertensos se conscientizem da importância de aderir adequadamente aos regimes terapêuticos

Palavras-chave: Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Educação em saúde.

## ABSTRACT

The intervention plan that addresses the issue of health education for adherence to the treatment of people with systemic arterial hypertension in Primary Care is a result of the Specialization Course in Primary Care of UFPR, funded by UNA-SUS. Hypertension is directly related to the degree of adherence of the patient to the therapeutic regimen, as well as to the practice of healthy habits. The objective was to improve adherence to treatment and control of systemic arterial hypertension by means of health education actions to patients enrolled in the Santa Clara IV ESF in Toledo Paraná. The method used was an action research, developed in the period from January to June of 2019. Six lectures were held on topics related to illness, healthy life habits, diet, physical exercise and therapeutic adherence. The activities were carried out by means of conversation wheels, with exchanges of experience. For illiterate patients, handcrafted boxes with easy-to-identify symbols were developed to help correct medication use. There was a certain level of resistance on the part of patients to participate in the meetings. However, a methodology was used with leisure, recreational and food activities, which contributed to greater adherence. During the conversational wheels, there was a low adherence to drug treatment related to forgetfulness and the lack of care about the medication schedule, low education and illiteracy associated with family absence. It is concluded that it is essential that the health team knows the difficulties and limitations of patients in adhering to antihypertensive treatment with the objective of guiding them and empowering them to self-care, to better control the disease. The importance of communication in the doctor / team / patient relationship is emphasized, which involves trust and, therefore, possibilities for greater adherence to treatment. It is necessary to develop more actions of health education so that the hypertensive ones become aware of the importance of adhering properly to the therapeutic regimes.

Keywords: Hypertension. Primary Health Care. Health Education.

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AVE	- Acidente Vascular Encefálico
CMEI	- Centro Municipal de Ensino Infantil
ESF	- Estratégia da Saúde da Família
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
PA	- Pressão Arterial

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
1.1	OBJETIVOS .....	10
1.1.1	Objetivo geral.....	10
1.1.2	Objetivos específicos.....	10
1.2.	METODOLOGIA.....	11
<b>2.</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>12</b>
2.1	EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	13
2.2	ADESÃO A TRATAMENTOS .....	14
<b>3</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>15</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>17</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>19</b>





## INTRODUÇÃO

Toledo é um município localizado na região oeste do Paraná. Considerado "Capital do Agronegócio" do estado, impulsionado pelo seu solo fértil e plano, que faz concentrar cooperativas e outras empresas do ramo, tornando-o um dos maiores produtores de grãos do interior do estado. Sua população em 2017 era de 135.538 habitantes, conforme estimativa do IBGE. A distância rodoviária até a capital do estado é de 540 km, relevante comentar uma vez que a maioria dos serviços especializados são encaminhados para a capital. (IBGE, 2018)

A Unidade de Saúde Santa Clara IV (Estratégia de Saúde da Família), localizada em uma região afastada do centro de Toledo, também inclui atendimento para uma população que vive na área rural. Sua implantação como Estratégia de Saúde da Família foi há quatro anos, e se deu de forma a aproximar territorialmente a população da unidade de saúde, visto que eram referenciadas para unidades vizinhas, e devido a características populacionais, houve a necessidade de mapeamento e territorialização. São atendidos dentro do limite preconizado, sendo cerca de 5.000 habitantes em duas equipes, estando esta composta pelo médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS) e um auxiliar administrativo.

As atuações são de acordo com os protocolos da Secretaria Estadual de Saúde, com enfoque às gestantes por meio da linha guia rede Mãe Paranaense e crianças, sendo possível realizar os pré-natais com consultas regulares. A população cadastrada é atendida no território, estabelecendo vínculo com a comunidade e melhor cobertura do serviço prestado, permitindo maior acesso à unidade de saúde, às consultas médicas, acesso aos exames, cirurgias, medicamentos e especialidades médicas.

A rede de atenção à saúde no município está estruturada na seguinte forma:

1. Ouvidoria + Secretaria de Saúde + Conselho Municipal de Saúde (CMS);
2. Gestão + Vigilância em Saúde + Atenção Básica (ESF + Unidade Básica de Saúde (UBS) + Saúde Bucal.
3. Núcleo Integrado de Saúde (NIS) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) + Saúde Mental + Atenção Farmacêutica + Central de Especialidades;

A equipe de saúde organiza campanhas educacionais de saúde, junto com a direção das escolas, levando sempre informação para melhora e prevenção das

doenças da infância, com enfoque na prevenção. Os atendimentos odontológicos na Unidade de Saúde também estão presentes, sendo desenvolvidos com o Projeto Crianças Sem Cáries na ESF.

Em relação às potencialidades, temos uma equipe completa e aberta à educação em saúde, acessibilidade, ponto de apoio em escolas, CMEI (Centro Municipal de Educação Infantil) para crianças de 0 a 5 anos e CEU das Artes (Centro de Artes e Esportes Unificados), Centro da Juventude, um território definido de atendimento, sem barreiras e com estruturas adequadas.

Parte de população adstrita no território apresenta vulnerabilidades sociais, com baixa renda e escolaridade. Observa-se durante os atendimentos uma limitação para compreensão das orientações, perfil de pacientes com alto consumo de drogas e álcool, o que desencadeia um desequilíbrio no contexto familiar, ocasionando conflitos violentos e gerando uma maior dependência de medicamentos psicotrópicos.

Analisando o perfil demográfico da comunidade, a unidade atende uma população de 2.259 mil pessoas cadastradas até o último ano (2017/2018) com predominância do sexo feminino, correspondendo a 1.196 mulheres (52,9%) e 1.063 (47,1%) população masculina. No que diz respeito à faixa etária, crianças até 12 anos são 570 (25%), adolescentes 207 (9%), adultos 1.281 (56%) e população idosa um total de 201 (8%), onde todos vivem na área urbana do município.

Durante o processo de trabalho na ESF foram observados inúmeros problemas de saúde dos usuários e, após reuniões, elencou-se aqueles considerados prioritários pela equipe da ESF.

O problema relevante é o grande número de usuários hipertensos na área de abrangência onde muitos apresentam complicações causadas pela má adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), como o Acidente Vascular Encefálico (AVE). Ressalta-se que parte dos usuários acometidos pelo AVE está em tratamento para reabilitação com fisioterapia.

Ainda em meio às observações, foi notória a baixa adesão ao tratamento de HAS devido a fatores como dificuldade de compreensão durante a consulta, desconhecimento a respeito da doença e despreocupação acerca da necessidade de tratamento.

O processo de estabelecimento de prioridades é uma etapa fundamental do planejamento em saúde, permitindo identificar os problemas prioritários a intervir

numa determinada comunidade e num determinado momento, uma vez que raramente existem recursos suficientes para intervenções dirigidas a todas as necessidades existentes. A Unidade Básica de Saúde Santa Clara IV, Estratégia da Saúde da Família há quatro anos, apresenta vários problemas relacionados ao processo de trabalho.

Um dos fatores mais relevantes dentre os identificados, foi o não cumprimento do regime farmacológico receitado pelo profissional da saúde. O não cumprimento do tratamento que evidenciado na Unidade de Saúde está atrelado à falta de entendimento sobre a gravidade da doença e as complicações que o paciente poderá vir a sofrer. A falta de leitura, que dificulta o uso adequado da medicação e seus horários é um dos fatores marcantes também, sobretudo na população idosa. Deparamo-nos diariamente com situações de abandono do tratamento, haja vista que o paciente refere que “curou-se da pressão alta e do diabetes”, constatando nas consultas a irregularidade do tratamento e muitos casos já com as complicações. A falta de apoio da família, a discriminação de pessoa com doenças crônicas, sua exclusão do ambiente social e a comiseração são outros fatores associados com a baixa adesão ao tratamento.

Assim, para fortalecer a adesão de usuários em tratamento na Unidade de Saúde, verificou-se a necessidade de desenvolver um projeto de intervenção para que essas medidas sejam concretizadas e façam parte das ações prioritárias realizadas pela equipe de saúde. Espera-se que essas estratégias possam melhorar o controle dos problemas de saúde dos usuários e diminuir taxas de internação hospitalar devido às complicações e demais comorbidades, e conseqüentemente reduzir os gastos públicos.

A HAS é um problema de grande importância para a saúde pública, pois a mortalidade por doenças cardiovasculares (DCV) está diretamente relacionada à elevação e descontrole da pressão arterial (PA). Diante disso, é imprescindível que a descoberta sobre a condição patológica seja precoce, para que seja realizado o controle e tratamento desde logo, a fim de reduzir a taxa de mortalidade pelas complicações dessa doença. Tal condição crônica de saúde é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento evitando novos casos e reduzindo complicações nos casos presentes.

Na área de atuação da ESF existem vários hipertensos sem controle efetivo da PA, com acompanhamento inadequado, baixo nível de informação, além de usuários com diagnóstico confirmado sem realização de tratamento.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

#### Objetivo geral

Implementar um projeto de intervenção para melhorar a adesão dos usuários ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Santa Clara IV.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Realizar busca ativa de indivíduos junto aos Agentes Comunitários de Saúde para rastreamento dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Realizar ações de educação em saúde com uma equipe multiprofissional para sensibilizar a população sobre a necessidade de adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Promover o processo de empoderamento dos usuários para incentivar mudanças dos hábitos e estilo de vida.

## 1.2 METODOLOGIA

O trabalho pretende apresentar estratégias para melhoria da adesão ao tratamento dos pacientes portadores da Hipertensão Arterial Sistêmica da Equipe de Estratégia Saúde da Família Santa Clara IV.

Trata-se de uma pesquisa-ação, um método de condução de pesquisa aplicada, com três ações distintas: observar, para elaboração de diagnóstico; pensar, para identificação de problemas; e agir, para proposição/implantação de soluções. O pesquisador está envolvido na realidade em análise e estabelece vínculos de cooperação ou participação com os participantes. (Thiollent, 2007).

Para tanto, foi elaborado o plano de intervenção que ocorreu em três etapas sendo: a) diagnóstico situacional; b) revisão bibliográfica; e c) elaboração de um plano de intervenção.

No que se refere à primeira etapa do processo metodológico, o diagnóstico situacional foi realizado no primeiro semestre de 2018 no módulo de Epidemiologia e Planejamento da Atenção Básica (UBESF Santa Clara IV/2018) do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família.

Este método constitui um modo de se obter dados sobre um conjunto de problemas e recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto espaço de tempo e com baixos gastos, desenvolvendo uma ferramenta importante para apoio do processo de planejamento participativo: Planejamento Estratégico Situacional - PES (Matus, 1993), com objetivo de envolver a população na identificação das suas necessidades, acompanhado da equipe de saúde). Assim, informações são obtidas para que possam refletir as condições e as especificidades locais, bem como envolver a população identificada.

Os dados levantados foram coletados do banco de informações e relatórios do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) nos registros escritos existentes e na observação ativa da área, acompanhamento dos hipertensos e prontuários, no período de janeiro a junho de 2019.

Além disso, a observação ativa foi realizada na vivência na comunidade do UBSF durante as consultas médicas, acolhimento e visitas domiciliares dos ACS, enfermeira e médica, observando os problemas de saúde mais prevalentes, seguimento de tratamento, estilo de vida dos moradores, moradia e nível de escolaridade.

A etapa do processo metodológico, revisão bibliográfica, foi realizada através de uma revisão teórica da literatura, em bases de dados eletrônicos no portal de periódicos, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), e no Scientific Electronic Library Online (SCIELO). A pesquisa foi realizada no período de janeiro de julho 2019, refinando a busca através de palavras-chave como hipertensão, adesão, tratamento, atenção básica.

A elaboração do plano de intervenção foi realizada a partir do conhecimento e explicação da realidade local, considerando a inserção de cada indivíduo. Tal consideração possibilita a incorporação de diferentes pontos de vista de vários setores sociais, bem como da própria população. Ainda, permite que as pessoas explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em questão. Através dessa participação é possível enriquecer o processo de planejamento; criar responsabilidades dos envolvidos com a efetivação do plano de ação, possibilitando mais legitimidade.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.12.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 200, inciso III determina que o SUS é competente para ordenar a formação na área da saúde. (BRASIL, 1988). Desta forma, toda matéria de educação na saúde passa a integrar o rol de atribuições finalísticas do sistema. O Ministério da Saúde torna-se responsável por observar e efetivar tal rol, desenvolvendo gradativamente diversas estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores da saúde quanto às necessidades da população e ao desenvolvimento do SUS. (BRASIL, 2009)

Atualmente, um dos desafios para as equipes da atenção básica é a própria atenção em saúde para as doenças crônicas como: AIDS, diabetes mellitus, hipertensão arterial entre outras. Essas condições possuem uma alta prevalência, são multifatoriais, com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e para a sua abordagem ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias

de profissionais das equipes de saúde, além de exigir o protagonismo dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade. (BRASIL, 2014)

O usuário com doenças crônicas é um constante frequentador da unidade básica de saúde, buscando-a para a renovação de receitas, consulta de acompanhamento, verificação da pressão e/ou glicemia, atendimento para a agudização de sua condição crônica, entre outras situações. Porém, muitas dessas visitas podem estar relacionadas à não adesão a um tratamento medicamentoso prescrito, situação essa que pode ocorrer por vários fatores.

Um dos principais fatores de risco para as condições crônicas é o excesso de peso corporal. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o excesso de peso é responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto e 8% do câncer de mama, e responde diretamente por parcela significativa do custo do sistema de saúde nos países (WHO, 2003).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada uma enorme dificuldade de saúde pública devido à sua alta prevalência e baixas taxas de controle, contribuindo significativamente nas causas de morbidade e mortalidade cardiovascular. O tratamento da HAS tem se transformado substancialmente nos últimos anos. (BRASIL, 2014)

Reduzir a pressão arterial não é uma tarefa assim tão fácil, muitas vezes se resumindo em saber determinar o medicamento certo associando treinamentos e alimentação saudável, e a colaboração do paciente. Atualmente é possível controlar praticamente qualquer hipertenso, desde que empregado um esquema racional com múltiplas drogas, associando exercícios e demais comportamentos de uma vida saudável.

Apesar destas facilidades, as estatísticas de adesão ao tratamento não têm permitido grandes comemorações. São muitas as complicações da hipertensão arterial, que levam o paciente a requerer cuidados médicos de muito alto custo, tanto para eles, como para o sistema, exigindo uso constante de medicamentos, exames complementares periódicos e procedimentos como diálise e, até mesmo transplante renal (COSTA *et al*, 2007.)

No Brasil as doenças cardiocirculatórias são umas das principais causas de internações hospitalares e, reconhecidamente, envolvem custos elevados. Como início de solução para tal problema, a educação em saúde pode contribuir para a

construção de novas alternativas, novos circuitos de integração entre os serviços e a comunidade. Com isso, encontrar uma linguagem mais simples e próxima da realidade da população local e optar por transmitir em grupo ajuda cada dia mais para que os pacientes sigam os seus tratamentos da maneira mais adequada. Assim, é possível que sejam promovidas alternativas e escolhas coletivas para a adaptação às mudanças. (BRASIL, 2014)

Podemos usar da nossa capacidade de ação e encarar a organização do trabalho como estrutura viva que pode adaptar-se conforme as demandas e necessidade dos usuários. Desta forma, é importante percebermos num cenário de práticas as possibilidades e as escolhas coletivas, permitindo assim a construção de realidades. Percebe-se então, que essas ações podem contribuir para a construção do trabalho em equipe na perspectiva de criação de novos modos de operar em saúde: mais cuidadoso, mais integral, com vínculos com responsabilização e resolutividade. Os aspectos tecnológicos são de suma importância, já que são excelentes incentivadores de conhecimento das necessidades sociais, visando uma abertura ao contato com as realidades locais. (BRASIL, 2016)

### 2.22.2 ADESÃO A TRATAMENTOS

A adesão ao tratamento tem sido definida como a extensão na qual os hábitos do paciente coincidem com o plano de cuidados elaborado pelos profissionais de saúde na busca do controle da comorbidade (HAYNES, 2008; WHO, 2003; ALMEIDA et al., 2007).

Diversos estudos apontam que a baixa adesão aos tratamentos terapêuticos obsta o controle de doenças crônicas, prejudicando qualquer controle para diminuir os reflexos das comorbidades (GONÇALVES et al., 1999; WHO, 2003). Conforme manuais do Ministério de Saúde, a abordagem para adesão e casos de abandono do tratamento deve ser centrada a partir da realidade do paciente, levando em consideração aspectos éticos importantes e peculiaridades da doença. A não adesão ao tratamento pode ser determinada por aspectos de diferentes naturezas: socioeconômicos e culturais, psicológicos, institucionais e advindos da relação profissional de saúde com o usuário (BRASIL, 2008).

A realidade é que muitas vezes o paciente não adere ao tratamento por falta de conhecimento da problemática que isso pode trazer, por falta de leitura, por falta



de recurso financeiro para compra, ou até mesmo por medo porque não foi bem orientado sobre a importância e necessidade do uso medicamento.

Nos países de alta renda, apenas 50% dos pacientes que sofrem de doenças crônicas aderem ao tratamento e supõe-se que a magnitude e o impacto da baixa adesão em países de média e baixa renda sejam ainda mais elevados, devido à carência de recursos e às dificuldades no acesso aos cuidados de saúde (WHO, 2003). Além disso, estima-se que 51,7% dos brasileiros interrompem o tratamento devido à falta de recursos para adquiri-los (OPAS, 2005).

A resolução do problema é longa, entretanto, medidas gradativas contribuem para a amenização dos efeitos da doença, melhorando a saúde da população.

### 3 RESULTADOS

A proposta de intervenção prevê medidas simples e de fácil manejo, que apresentam melhoria em curto prazo, podendo citar:

**Quadro 1 – Plano de intervenção, Toledo/PR, 2019.**

Proposta	Responsável	Tempo/prazo
Orientação ao familiar ou responsável para auxiliar atendimento.	Médicos; Técnicos de enfermagem; Enfermeiros; Farmácia; ACS; Responsáveis por separar as medicações, desenhar os símbolos e o número de comprimidos que deverão ser usados e explicar ao paciente como aderir a esta estratégia. Pacientes: Aderir à estratégia e usar corretamente as medicações, relatar dificuldades e dúvidas encontradas.	Início do projeto plano de ação em junho de 2019, atuando durante o segundo semestre de 2019. No final semestre, avaliar se houve melhora da adesão medicamentosa.
Agente Comunitário de Saúde, orientando com paciente e responsável por organizar caixa com medicação de forma clara e didática;	ACS Paciente Responsável	Durante o segundo semestre de 2019
Realizar palestras educativas com imagens ilustrativas e reforçando a importância do tratamento	Equipe Técnica	Todas as primeiras terças-feiras de cada mês nas reuniões do programa Hiperdia já existente na Unidade
Buscar alternativas	Médico	Indeterminado

Proposta	Responsável	Tempo/prazo
farmacológica com melhor tolerância e aderência		
Incentivar exercícios e atividades em grupo.	Com apoio do preparador físico do NASF e Equipe de Saúde. Caminhadas orientadas	Todas as sextas-feiras às 17h00
Traçar metas junto com os pacientes.	Equipe de Saúde	Continuamente

Fonte: A Autora, 2019.

O projeto elaborado envolve intervenções para população, tais com palestras e realização de educação de grupos de hipertensos e diabéticos coordenados por profissionais de saúde qualificados e assistência contínua através das consultas, proporcionando maior vínculo entre usuários e a equipe de saúde da família; estímulo à prática de atividade física supervisionada; socialização troca de experiências e apoio mútuo entre os participantes, permitindo maior adesão aos medicamentos e que os indivíduos sejam agentes ativos e participantes do seu processo de reeducação e melhora de sua qualidade de vida. Espera-se que as intervenções propostas resultem em uma melhor qualidade de vida dos pacientes hipertensos e diabéticos, bem como na reorganização do processo de trabalho na unidade de saúde.

Baseada na sua importância, visto que ele interfere diretamente na mortalidade desta doença crônica. Os principais critérios para a escolha do tema foram os grandes benefícios que estes trariam para a sociedade com relação à saúde da população local, e a possibilidade de enfrentamento utilizando poucos recursos.

Levando em consideração, foi criado há três anos na unidade o grupo de hiperdia. Eu acompanho as reuniões a mais ou menos um ano. As reuniões da unidade saúde da família ocorrem mensalmente na unidade desde a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), apresenta, em média, um número de 30 a 40 pessoas, onde são realizadas palestras sobre nutrição, importância da prática de atividade física, importância da adesão ao tratamento e os riscos e complicações da pressão não controlada, entre outros temas voltados a saúde do paciente hipertenso e diabético.

Atualmente estão cadastrados 320 hipertensos na unidade. Na primeira reunião do grupo, 12 (3,75%). Na última reunião de maio 2019, 28 (8,75%) pessoas participaram na atividade. Apresentando um crescimento gradual na adesão ao

grupo. Durante as atividades, foi possível identificar que em média a cada 10 pacientes 2 não tomam corretamente a medicação, e outros 2 não fazem uso mesmo tendo a necessidade.

A expectativa é que os pacientes além de participarem ativamente do grupo tenham a compreensão da necessidade da adesão do medicamento e da importância da educação em saúde para sua melhora de qualidade de vida.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo da intervenção foi melhorar a adesão do tratamento com enfoque nos hipertensos, especialmente em relação a adesão correta do uso dos medicamentos. Buscando isso, por meio do grupo de educação em saúde para hipertensos e diabético, o qual realiza reuniões mensais com intuito de apoiar a população nos conhecimentos sobre as patologias. Parte dos objetivos foram alcançados, como por exemplo, o trabalho realizado com alguns pacientes individuais, por meio de elaboração de caixas para armazenamento e horários das medicações. Entretanto, ainda faz-se necessário maior tempo de intervenção e maior participação da população. Observou-se que o baixo nível educacional, dificulta a identificação dos medicamentos e interfere no uso correto dos mesmos, sobretudo em relação aos horários.

Em relação ao tratamento não medicamentoso, as limitações são ainda maiores, pois exige do paciente mais disciplina e conhecimento para realizar todas as ações e recomendações repassadas pelos profissionais. Por exemplo, seguir uma dieta hipossódica pode ser bastante penoso para um paciente que não tenha muitas opções de dieta por fatores econômicos, nem disposição para a mesma pelo fato de não possuir informações suficientes, que possam o convencer de que a dieta é importante no controle da HAS. Entretanto, as atividades de educação em saúde, estimulam a reflexão sobre a necessidade de mudança de hábitos. Foram realizados seis encontros que abordaram diferentes temáticas, entre elas: o uso racional de medicação; alimentação saudável; agravos da hipertensão; importância da prática de exercícios físicos para hipertensos e diabéticos; e autoestima e qualidade de vida.

Observou-se aumento gradual na participação dos hipertensos nas atividades do grupo, primeiro encontro 18 pessoas, último encontro 48 pessoas. Entretanto, observou-se que as ações de educação em saúde, por meio do grupo de hipertensos, despertou maior vinculação à unidade, e espera-se que no decorrer da intervenção esse fluxo tenha um aumento crescente e que atinja o objetivo de que a população hipertensa procure a unidade para ser instruída e não só para ser medicada.

O trabalho realizado pelos agentes de saúde contribuiu para a captação dos pacientes e vinculação a unidade, assim com os demais membros da equipe, esse trabalho em equipe traz melhorias e chances de crescimento.

As melhorias associadas à educação em saúde são evidenciadas por pacientes mais conscientes quanto a adesão de tratamento, menor uso dos serviços relacionados a emergências hipertensivas, diminuindo assim o fluxo nas UPAS. Diminuiu-se ainda o encaminhamento para especialistas, pois os pacientes podem ser manejados na unidade de saúde.

Portanto, as ações de educação para a saúde tem papel de destaque no tratamento de doenças crônicas no contexto da Estratégia Saúde na Família (ESF), pois à medida que se aumenta o grau de conhecimento do paciente sobre a sua condição de saúde, forma-se um sujeito, agente de mudanças, que pode atuar ativamente no controle dos seus níveis de saúde.

A fragilidade encontrada foi que muitos pacientes ainda são resistentes a comparecerem as reuniões. E muitas vezes, a falta de incentivo por parte da gestão limita as atividades. São pequenos ajustes a serem realizados que no decorrer do tempo podem ser reparados e melhorados.

Como pretensões futuras, podemos citar o interesse da equipe em ampliar o número de encontros do grupo, e aumentar a participação da comunidade, acreditando que a maior divulgação do grupo possa contribuir para isso.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H. O. et al. **Adesão a tratamentos entre idosos**. Comunicação em Ciências da Saúde, Brasília, v. 18, n. 1, p. 57-67, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: 2009. 26p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Educação Básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014.

COSTA, Juvenal Soares Dias da et al. **Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas**, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88, n. 1, p. 59-65, Jan.2000.

GONÇALVES, H. et al. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 777-787, 1999.

HAYNES, R. B. et al. Interventions for enhancing medication adherence. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, London, n. 2, 2008.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa populacional**. Rio de Janeiro, 2018.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2. ed. v. 2. Brasília: IPEA, 1993. 125p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**. Brasília: OPAS/OMS, 2005.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. P223| **Linha guia de hipertensão arterial / SAS**. – 2. ed. – Curitiba : SESA, 2018. 52p.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

TAVARES, Noemia Urruth Leão et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2016, vol.50, suppl.2, 10s. ISSN 1518-8787.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, 2003. (WHO Technical Report Series, 916).