

# EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA PONTE PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO

HEALTH EDUCATION: A BRIDGE TO THE ACCESSION NO-DRUG TREATMENT OF HYPERTENSION

*Técio Emmanuel de Macedo e Souza (graduando); Severino Ramos de Lima (orientador)*

## RESUMO

A hipertensão arterial como desencadeadora de doenças cardiovasculares tem-se caracterizado como um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil. A adesão ao tratamento não-medicamentoso da hipertensão é fundamental, seja no sentido terapêutico ou preventivo. O objetivo desse trabalho foi identificar fatores que influenciam na adesão ao tratamento não-medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica. Foi utilizada uma abordagem indutiva, com procedimento estatístico e técnicas de pesquisa por documentação indireta (fichas HIPERDIA) e por observação direta extensiva (formulário). De um universo de todos os cadastrados no HIPERDIA da Unidade de Saúde da Família Maria de Nazaré (271) em João pessoa – PB, a amostra será composta de 70 participantes (25,8 %), escolhidos por conveniência. Entre os 70 participantes da pesquisa, constatamos que 32% aderem totalmente ao tratamento não-medicamentoso (TNM) da hipertensão, 50% aderem parcialmente e 18% não aderem a este tratamento. A redução da pressão arterial é certamente o principal mecanismo pelo qual se promove a prevenção de doença cardiovascular. Essa redução pode ser obtida com tratamento medicamentoso e não-medicamentoso A educação em saúde demonstrou ser um importante instrumento para a adesão ao tratamento não-medicamentoso da hipertensão nesta comunidade.

**Palavras-chave:** Hipertensão, Cuidados para Prolongar a Vida, Saúde Pública

## ABSTRACT

Hypertension as a trigger of cardiovascular disease has been characterized as a major public health problem in Brazil. The non-adherence to medication treatment of hypertension is essential, in order to be therapeutic or preventive. The aim of this study was to identify factors that influence treatment adherence of non-medicated Hypertension. We used an inductive approach, with statistical procedures and research techniques for indirect documentation (HIPERDIA chips) and by extensive direct observation (form). From a universe of all registrations in HIPERDIA Unity Family Health Maria de Nazaré (271) John in person - PB, the sample will consist of 70 participants (25.8%), chosen for convenience. Of the 70 respondents, found that 32% adhere completely to non-pharmacological treatment (NPT) of hypertension, 50% and 18% partially adhere not adhere to this treatment. The blood pressure lowering is indeed the main mechanism by which promotes the prevention of cardiovascular disease. This reduction can be achieved with medication and non-medical health education proved to be an important tool for non-adherence to drug treatment of hypertension in this community.

**Keywords:** Hypertension, Life Support Care, Public Health

## **INTRODUÇÃO**

A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades<sup>1</sup>. No Brasil, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o acidente vascular cerebral, acometendo as mulheres em maior proporção<sup>2</sup>. Preconizam-se mudanças dos hábitos alimentares e do estilo de vida (tratamento não-medicamentoso) – como: redução no consumo de sal, dieta rica em frutas e vegetais, controle do peso, prática de exercício físico, moderação no consumo de álcool e abandono do tabagismo – para todos os hipertensos, independentemente do estágio da hipertensão e do risco cardiovascular<sup>1</sup>.

Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida<sup>1</sup>. A Educação em Saúde como forma de intervenção sobre os determinantes do processo saúde-doença constitui uma atividade que visa à conscientização da população para ações transformadoras da realidade na qual está inserida<sup>3</sup>.

De acordo com esses preceitos, os pacientes deixam de ser vistos como entes passivos da terapêutica medicamentosa e passam a ser sujeitos ativos, portadores de certo tipo de conhecimento<sup>4</sup>.

## **OBJETIVOS**

O objetivo deste trabalho foi identificar a influência de fatores como a orientação sobre o tratamento da hipertensão, a participação nas reuniões do grupo de hipertensos organizados pela Unidade Saúde da Família - USF e o incentivo de amigos e/ou familiares ao tratamento na adesão ao tratamento não-medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) entre usuários cadastrados no HIPERDIA da Unidade de Saúde da Família Maria de Nazaré em João Pessoa – PB.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo com desenho transversal, no qual participaram 70 usuários hipertensos da unidade de saúde da família (USF) Maria de Nazaré em João Pessoa/PB cadastrados no programa HIPERDIA desta unidade, que contém 271 cadastros. Foi utilizado um formulário estruturado como instrumento de coleta dos dados e os participantes foram graduados quanto a adesão ao tratamento como: totalmente aderentes; parcialmente aderentes, quando cumpriam três ou mais itens do tratamento não-medicamentoso da hipertensão ou não aderentes ao tratamento. Estas informações foram analisadas quantitativamente através de planilhas geradas em software estatístico. Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da secretaria estadual de saúde do estado da Paraíba.

## **RESULTADOS**

Entre os 70 participantes da pesquisa, constatamos que 32% aderem totalmente ao tratamento não-medicamentoso (TNM) da hipertensão, 50% aderem parcialmente e 18% não aderem a este tratamento.

Em relação à influência dos fatores pesquisados na adesão a este tratamento; constatou-se que entre os que receberam orientação sobre o tratamento no momento do diagnóstico de hipertensão essencial ou, em qualquer outro momento, da equipe de saúde: 37,8% aderem totalmente, 46% parcialmente e 16,2% não aderem. Já entre os que não receberam esta orientação, nenhum adere totalmente, sendo que 75% aderem parcialmente e 25% não aderem.

Em relação à participação no grupo de hipertensos organizado pela equipe de saúde; percebeu-se que entre os que participam assiduamente do grupo, todos aderem totalmente ou parcialmente, sendo que 61,5% aderem totalmente e 38,5% aderem parcialmente. Entre os que foram a algumas reuniões, todos também aderem totalmente ou parcialmente, sendo que 23,5% aderem totalmente e 76,5% aderem parcialmente. Já entre os que nunca freqüentaram o grupo, 13,3% aderem totalmente, 33,3% aderem parcialmente e 53,4% não aderem ao TNM da hipertensão.

Notou-se também que entre os que aderem totalmente ou parcialmente ao TNM da hipertensão, a maioria recebe muito incentivo de amigos e/ou familiares ao tratamento; já entre os que não aderem, a maioria relatou não receber ou receber pouco este incentivo.

## DISCUSSÃO

A redução da pressão arterial é certamente o principal mecanismo pelo qual se promove a prevenção de doença cardiovascular. Essa redução pode ser obtida com tratamento medicamentoso e não-medicamentoso<sup>5</sup>.

Os principais fatores ambientais modificáveis da hipertensão arterial são os hábitos alimentares inadequados - principalmente ingestão excessiva de sal e baixo consumo de vegetais - sedentarismo, obesidade e consumo exagerado de álcool; podendo-se obter redução da pressão arterial e diminuição do risco cardiovascular controlando esses fatores.

Em relação ao controle do peso corporal deve-se trabalhar junto ao paciente a fim de manter o peso ponderal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 Kg/m<sup>2</sup>) tendo como consequência uma redução de 5 a 10 mmHg na pressão arterial sistólica a cada 10kg perdido. Somando-se ao controle de peso corporal está a mudança no padrão alimentar enfatizando o consumo de uma dieta rica em frutas e vegetais, além alimentos com baixa densidade calórica, baixo teor de gorduras saturadas e totais, além de baixa quantidade de sódio (6 g de sal/dia = 4 colheres rasa de sal = 4 g + 2 g de sal próprio dos alimentos).

O combate ao sedentarismo com o incentivo exercício físico regular aeróbico, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 a 5 vezes/semana reduz de 4 a 9 mmHg a PA sistólica. Além disso o etilismo e o tabagismo devem ser agressivamente combatidos tendo como limite um consumo de 30g/dia de etanol para homens e 15g/dia de etanol para mulheres.

Várias dessas recomendações são comuns às dos tratamentos e prevenções outras de doenças crônicas não-transmissíveis<sup>6,7,8</sup>, ou são consideradas hábitos saudáveis<sup>9</sup> de vida, e devem ser objetos de campanhas educacionais da promoção da saúde na atenção básica.

A redução do estresse produz somente uma modesta redução na PA, mesmo em pacientes bastante motivados. Entretanto essas técnicas podem ter efeitos colaterais benéficos, inclusive a diminuição da ansiedade e a maior sensação de bem estar<sup>10</sup>. Porém a abordagem de aspectos psicoemocionais e psicossociais pode ser útil na melhora da adesão do paciente a medidas terapêuticas não-medicamentosas e medicamentosas<sup>11,12</sup>.

A relação médico-paciente deve ser a base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. A participação de vários profissionais da área da saúde, com uma abordagem multidisciplinar ao hipertenso pode facilitar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, aumentar o seu controle. Algumas das principais vantagens da abordagem multiprofissional são um número maior de pacientes atendidos, adesão superior ao tratamento

e que cada paciente poderá ser um difusor de conhecimentos e atitudes<sup>13,14,15</sup>. Uma importante ação em grupo da equipe multiprofissional são as reuniões com grupos de hipertensos<sup>1</sup>. Essa abordagem permite trabalhar as habilidades de relacionamento, o manuseio do estilo de vida, o ajustamento social, a redução do estresse, a reestruturação cognitiva e oferece diferentes opções para resolver os problemas e fazer escolhas de vida, permitindo mais controle sobre a situação. Neste sentido, atende plenamente o paciente portador de afecção crônica<sup>16</sup>. O grupo pode ser um espaço adequado para aprender a se relacionar; permitir que os participantes identifiquem problemas semelhantes aos de seus pares; prevenir sobre situações por ouvi-las de outros; dar e receber *feedback* sobre a forma de relacionar-se; e possibilita surgirem no cenário mais soluções para os problemas apresentados<sup>17,18,19,20,21</sup>.

O grupo ainda propicia uma linguagem mais acessível para os pacientes, devido a esse tipo de trabalho diminuir a distância entre o terapeuta e as condições de vida do paciente, pois: *“colocado entre pares, o paciente poderá exprimir os sentimentos e comparar sua experiência com um conjunto de pessoas que compartilham com ele do mesmo universo sociocultural. A palavra do parceiro, do grupo, talvez contenha maior plausibilidade, isto é, talvez possa veicular modelos de identificação mais próximos, mais apreensíveis do que o oferecido pelo terapeuta”*<sup>22</sup>.

A equipe deve usar todos os recursos disponíveis para orientação, educação e motivação a fim de, modificando hábitos de vida, diminuir os fatores de risco cardiovasculares e incentivar o uso ininterrupto dos medicamentos, quando necessários<sup>1</sup>. A falta de conhecimento do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica, muitas vezes se deve ao relacionamento inadequado com a equipe de saúde.

Educação em saúde não é apenas um adjuvante para intervenções médicas, mas uma intervenção em si<sup>23</sup>.

Percebe-se também que a relação paciente/profissional e o contexto familiar têm papel importante na adesão ao tratamento da hipertensão. Por isso recomenda-se uma abordagem holística dos pacientes com participação familiar e das demais redes de apoio sociais<sup>24</sup>.

O tratamento não-medicamentoso da hipertensão também deve ser recomendado como medida preventiva para pacientes com níveis pressóricos limítrofes, e também todas as tecnologias devem ser utilizadas em prol da ampliação da adesão a estes hábitos de vida, mas aqui indicadas em um contexto de promoção da saúde<sup>5</sup>.

## CONCLUSÃO

A educação em saúde demonstrou ser um importante instrumento para a adesão ao tratamento não-medicamentoso da hipertensão nesta comunidade. Seja nas consultas no interior da USF ou em grupos organizados pelas unidades; estratégias educativas para difundir estas mudanças de hábitos de vida devem ser empregadas, tanto direcionadas para os hipertensos como para a comunidade, que se torna parceira nesta divulgação. Atribuímos a excelente influência do grupo de hipertensos na adesão a este tratamento, ao fato de esses grupos serem espaços terapêuticos e educacionais mais expressivos de emoção e interações.

## REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 89(3): 1-48.
2. Lotufo PA. Stroke in Brazil: a neglected disease. Sao Paulo Med J 2005; 123(1):3-4.
3. SILVA, J. O., BORDIN, R. Educação em Saúde. In: Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
4. Mercado-Martínez, FJ et al. La perspectiva de los sujetos enfermos: reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. Cadernos de Saúde Pública, 15 (1): 179-186, 1999.
5. Duncan, BB.; Schimidt, MI; Giugliani, ERJ. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Porto Alegre, Artmed, 2004.
6. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Genebra: WHO, 2002.
7. Wildman RP, Gu D, Muntner P, Huang G, Chen J, Duan X, He J. Alcohol intake hypertension subtypes in Chinese man J Hypertens 2005;23:737-743.
8. Katzmarzyk PT, Church TS, Blair SN. Cardiorespiratory fitness attenuates the effects of the metabolic syndrome on all-cause and cardiovascular disease mortality in men. Arch Intern Med 2004;164:1092-1097.

9. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA 2003;289(19):2560-72.
10. Wyngaarden, JB.; Smith, LH.; Bennett, JC. Cecil / Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1993.
11. Touyz RM, Campbell N, Logan A, Gledhil N, Petrella R, Padwal R. Canadian Hypertension Education Program. The 2004 Canadian recommendations for the management of hypertension: Part III Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. Can J Cardiol 2004;20(1):55-59.
12. Lipp MN, Alcino AB, Bignotto MM, Malagris LN. O treino de controle de stress para hipertensos. Estudos de Psicologia, 1998;15(3):59-66.
13. Teamworking in Primary Healthcare - Shared aims in patient care Forum on Teamworking in Primary Healthcare. Joint initiative of the Royal Pharmaceutical Society, the British Medical Association, the Royal College of Nursing, the National Pharmaceutical Association and the Royal College of General Practitioners. Final Report, October 2000, 50 p.
14. World Health Organization – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension J Hypertens 1999;17:151-83.
15. Scholes J & Vaughan B. Cross-boundary working: implications for the multiprofessional team. J Clin Nurs 2002;11(3):399-408.
16. Blair, T. – Integration and Synthesis: Cognitive Behavioral Therapies Within the Biological Paradigm. *J Psychosoc Nurs* 34 (12): 26-31, 1996.
17. Caballo, V.e. – *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. Santos, São Paulo, 1999.
18. Boulware E, Daumit GL, Frick KD, Minkovitz CS, Lawrence RS, Powe NR. An Evidence-Based Review of Patient-Centered Behavioral Interventions for Hypertension, Am J Prev Med 2001;21(3):221-32.
19. Grueninger UJ. Arterial hypertension: lessons from patient education. Patient Education and Counseling 1995;26:37-55.

20. Miller NH, Hill M, Kottke T, Ockene IS. The Multilevel Compliance Challenge: Recommendations for a Call to Action. A Statment for Healthcare Professionals. *Circulation* 1997;95:1085–90.
21. Westphal MF, Bogus CM, Faria MM. Grupos Focais: Experiências Precursoras em Programas Educativos em Saúde no Brasil. *Bol Sanit Panam* 1996; 120(6): 472–81.
22. Bezerra Jr., b. – Considerações Sobre Terapêuticas Ambulatoriais em Saúde Mental, In: Tundis S.A. & Costa N.R. (org): *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Rio de Janeiro, Petrópolis, pp. 134-69, 1994.
23. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. An assessment of the effectiveness of 169 interventions. Report of the US Preventive Services Task Force (USPSTF). Baltimore: Williams & Wilkins, 1989.
24. Moreira, TMM; Araujo, TL. Compreensão da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial a partir do modelo King. *R Enferm UERJ* 2002; 10(2): 120-124.

## ANEXOS

## Formulário

## Parte I

Nº do prontuário na USF: \_\_\_\_\_

<b>1. Tratamento Não-medicamentoso</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1.1 Padrão alimentar(TV)		
1.2 Redução no consumo de sal (TV)		
1.3 Moderação no consumo de álcool(TV)		
1.4 Controle do estresse psicoemocional		
1.5 Tabagismo		
1.6 Sedentarismo		

**2. Recebeu orientação sobre o tratamento não-medicamentoso (descrever o tratamento) do profissional de saúde que diagnosticou a HAS?**

( ) Sim ( ) Não

**3. Recebeu orientação de algum profissional da USF da sua comunidade a respeito do tratamento não-medicamentoso (descrever o tratamento)?**

( ) Sim ( ) Não

**4. Conhece e Participa das reuniões do grupo de hipertensos organizadas pela USF da comunidade?**

( ) Desconheço ( ) Conheço, mas não participo ( ) Conheço e participo

**5. Mora Com familiares e/ou outras pessoas?**

( ) Sim ( ) Não

**6. Família e/ou amigos incentivam a adesão ao tratamento não-medicamentoso (descrever o tratamento)?**

( ) Sim, sempre ( ) Sim, pouco ( ) Não

**7. Depois de diagnosticada a Hipertensão, Quantas vezes deu entradas em serviços de emergência com crise hipertensiva?**

( ) Nunca ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ou mais

**Parte II (Informações do HIPERDIA)**

**8. Idade: \_\_\_\_\_ 9. Escolaridade(TV): \_\_\_\_\_**

**10. Sobrepeso/obesidade**                      **SIM**    **NÃO**  
 ( )                      ( )                      ( )

**Parte III - Conclusão sobre a adesão ao Tratamento Não-medicamento(TV)**

( ) Adere totalmente ( ) Adere parcialmente ( ) Não Adere

**Legenda:** TV = Tabela no verso do Formulário

### Folha de verso do Formulário

<b>Tratamento Não-medicamentoso da HAS</b>	
<b>Tratamento</b>	<b>Descrição</b>
Padrão Alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais de 6 g de sal/dia (= 4 colheres de café rasas de sal = 4 g + 2 g de sal próprio dos alimentos)
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres

<b>Características das bebidas alcoólicas mais comuns</b>		
<b>Bebida</b>	<b>Volume para 30 g de etanol</b>	<b>Consumo máximo tolerado</b>
Cerveja	625 ml	~ 2 latas (350 x 2 = 700 ml) ou 1 garrafa (650 ml)
Vinho	312,5 ml	~ 2 taças de 150 ml ou 1 taça de 300 ml
Uísque, vodka, aguardente	93,7 ml	~ 2 doses de 50 ml ou 3 doses de 30 ml

<b>Escolaridade</b>	
<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
1	Não sabe ler/ escrever
2	Alfabetizado
3	Fundamental incompleto
4	Fundamental completo
5	Médio incompleto
6	Médio completo
7	Superior incompleto
8	Superior completo
9	Especialização/Residência
10	Mestrado
11	Doutorado

#### **Tratamento Não-medicamentoso**

- Controle de peso.
- Padrão alimentar.
- Redução do consumo de sal.
- Moderação no consumo de bebidas alcoólicas.
- Exercício físico.
- Abandono do tabagismo.
- Controle do estresse psicoemocional.

<b>Adesão total ao Tratamento Não-medicamento</b>	
Padrão Alimentar	SIM
Redução no consumo de sal	SIM
Moderação no consumo de Álcool	SIM
Controle do estresse psicoemocional	SIM
Tabagismo	NÃO
Sedentarismo	NÃO

**PLANILHAS**

	Adere Totalmente	Adere Parcialmente	Não Adere
Recebeu orientação profissional sobre o tratamento não-medicamentoso			
Não recebeu orientação profissional sobre o tratamento não-medicamentoso			

Planilha (a): Orientação profissional sobre o tratamento.

	Adere Totalmente	Adere Parcialmente	Não Adere
Conhece as reuniões do grupo de Hipertensos e participa			
Conhece as reuniões do grupo de Hipertensos e não participa			
Desconhece as reuniões do grupo de Hipertensos			

Planilha (b): Participação das reuniões do grupo de Hipertensos.

	Adere Totalmente	Adere Parcialmente	Não Adere
Mora com outras pessoas			
Mora só			

Planilha (c): Situação familiar do Hipertenso.

	Adere Totalmente	Adere Parcialmente	Não Adere
Recebe muito incentivo ao tratamento			
Recebe pouco incentivo ao tratamento			
Não recebe incentivo ao tratamento			

Planilha (d): Incentivo de familiares e/ou amigos ao tratamento

	Adere Totalmente	Adere Parcialmente	Não Adere
Nenhuma crise			
Uma crise			
Duas Crises			
Três Crises			
Quatro ou mais crises			

Planilha (e): Quantidade de crises hipertensivas após diagnóstico de HAS

	Adere Totalmente	Adere Parcialmente	Não Adere
< 20 anos			
Entre 20 e 40 anos			
Entre 40 e 60 anos			
> 60 anos			

Planilha (f): Idade

	Adere Totalmente	Adere Parcialmente	Não Adere
Não sabe ler/escrever			
Alfabetizado			
Fundamental incompleto			
Fundamental completo			
Médio incompleto			
Médio Completo			
Superior incompleto			
Superior Completo			
Especialização/Residência			
Mestrado			
Doutorado			

Planilha (g): Escolaridade.

	Adere Totalmente	Adere Parcialmente	Não Adere
IMC normal			
Sobrepeso/Obesidade			

Planilha (h): Sobrepeso/Obesidade.