



ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

ADHERENCES ON ANTIHYPERTENSIVE TREATMENTS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC HYPERTENSION IN A HEALTH UNIT

ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE

ADHESIÓN EN EL TRATAMIENTO ANTI-HIPERTENSIVO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÊMICA, EN UNA UNIDAD DE SALUD

Marli Maria Loro¹, Thiely Samantha Kitzmann², Cleci Schmidt Rosanelli³, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz⁴, Gilmar Poli⁵, Eniva Miladi Fernandes Stumm⁶

ABSTRACT

Objective: to identify how adherences occur on antihypertensive treatments in patients with Systemic Hypertension in a Family Health's strategy Unit, in a northwestern city of Rio Grande Do Sul state. **Methodology:** this is a qualitative study from descriptive approach. The sample consists of 13 individuals identified by health professionals of the health service. Data collection was through interviews and data were analyzed in light of the content analysis, resulting in a subject of analysis. Ethical aspects were respected recommended by Resolution 196/96, and was approved by the Ethics in Research UNIJUI, on the advice embodied 0153/2008. **Results:** the depositions yielded a topic of analysis called antihypertensive treatment adherences, which deals about concerning aspects of the understanding HAS patients in respect to adherence treatment needs, because being a pathology, occasionally silent, the carrier has to take active stance in his treatment with involves drug therapy instead of just drugs. On the research was identified that the individual level of educational instructions didn't influence on treatment adherence. **Conclusion:** it is necessary that the subject implement changes in the lifestyle to guarantee the blood pressure controls. **Descriptors:** hypertension; patient acceptance of health care; therapeutics; health unit; patients; educational status; life style.

RESUMO

Objetivo: identificar como ocorre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família, de um município de região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa cuja amostra foi composta por 13 indivíduos identificados pelos profissionais de saúde do referido serviço de saúde. A coleta de dados foi por meio da entrevista e os dados foram analisados a luz da análise de conteúdo, resultando em um tema de análise. Foram respeitados os aspectos éticos preconizado pela resolução 196/96, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUI, mediante parecer substanciado 0153/2008. **Resultados:** dos depoimentos resultou um tema de análise denominado Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo, o qual versa acerca de aspectos relativos ao entendimento dos portadores de HAS em relação à necessidade de adesão ao tratamento, pois sendo esta uma patologia ocasionalmente silenciosa, o portador tem que assumir postura ativa no seu tratamento, o qual envolve terapêutica medicamentosa e não medicamentosa. Na pesquisa foi identificado que o grau de instrução dos indivíduos não influenciou na adesão ao tratamento. **Conclusão:** faz-se necessário que o sujeito implemente mudanças em seu estilo de vida com vistas a garantir o controle dos níveis pressóricos, evitando complicações. **Descritores:** hipertensão; aceitação pelo paciente de cuidados de saúde; terapêutica; unidade de saúde; portadores.

RESUMEN

Objetivo: identificar como se producen en adhesión el tratamiento anti-hipertensivo en personas con Hipertensión Arterial Sistémica, en una Unidad de Estrategia de Salud Familiar, de un municipio en el noroeste del estado de Rio Grande do Sul. **Metodología:** estudio cualitativo y descriptivo. La muestra se compone de 13 personas identificadas por los profesionales de la salud del servicio de salud. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas y los datos fueron analizados a la luz del análisis de contenido, dando como resultado un objeto de análisis. Los aspectos éticos fueron respetados recomendado por la Resolución 196/96, y fue aprobado por la Comisión de Ética en la Investigación de UNIJUI, con el numero del protocolo 0153/2008. **Resultados:** de los testimonios resultó un tema de análisis llamado Adhesión al Tratamiento Antihipertensivo, que versa sobre la comprensión de la gente portadora de HAS en relación con la necesidad de adherirse al tratamiento, que es, por veces, una patologia silenciosa, el portador debe adoptar postura activa en su tratamiento, lo que implica terapéutica medicamentosa y no medicamentosa. La búsqueda identificó que el nivel de instrucción de las personas no influyó en la adhesión al tratamiento. **Conclusión:** el tema es necesario para implementar cambios en su estilo de vida con el control de los niveles presóricos, evitando complicaciones. **Descriptor:** hipertensión; aceptación de la atención de salud; terapéutica; unidad de salud; personas.

¹Enfermeira Trabalho, mestre em Educação nas Ciências. Professora do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/Unijuí. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: marli@unijuí.edu.br; ²Enfermeira. Egressa do Curso de Graduação em Enfermagem da Unijuí. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: Kitzmann@unijuí.edu.br; ³Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências. Professora do Departamento de Ciências da Saúde da Unijuí. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: cleci.rosanelli@unijuí.edu.br; ⁴Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Planalto Catarinense/UNIPLAC/Santa Catarina, Brasil. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Unijuí. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: adriane.bernat@unijuí.edu.br; ⁵Enfermeiro. Especialista em Administração dos Serviços de Enfermagem, Mestre em Educação nas Ciências. Professor do Departamento de Ciências da Saúde da Unijuí. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: gilmarp@unijuí.edu.br; ⁶Enfermeira. Mestre em Administração pela UFRGS. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Unijuí. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: eniva@unijuí.edu.br

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ocupa um lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica, e é um dos principais fatores de risco para patologias cardíacas. É um grave problema de saúde pública devido a alta prevalência, afetando cerca de 15 a 20% da população adulta e mais de 50% da população idosa.¹⁻²

No Brasil há cerca de 19 milhões de pessoas portadoras de HAS, intensificada por meio das diferenças sociais, econômicas, culturais e étnicas do país. Um dos fatores que contribui para essa realidade é, na maioria das vezes, o difícil acesso aos serviços de saúde e, igualmente, a carência das equipes de saúde no manejo adequado, na investigação e no acompanhamento dos casos.¹⁻²

A patologia decorre da interação pouco conhecida entre características genéticas individuais e inúmeros fatores ambientais. A contribuição dos fatores genéticos e ambientais para cada indivíduo representa um amplo espectro. Em alguns poucos casos o componente genético desta é tão importante que os fatores ambientais, praticamente, inexistentes, em outros. Há o envolvimento de múltiplas alterações genéticas que predis põem o indivíduo de maneira importante a um ou mais fatores ambientais.³

Atualmente, a HAS é considerada um dos fatores de risco mais importantes de morbimortalidade no mundo, fator de risco para doenças coronárias, metabólicas e, também, o principal fator de risco, isolado, para acidentes vasculares cerebrais, sendo responsável por aproximadamente 30% de todos os casos de mortes no mundo, em países desenvolvidos e em desenvolvimento.⁴

A redução da pressão arterial é, certamente, o principal mecanismo pelo qual se promove a prevenção das doenças cardiovasculares. O seu controle depende do grau de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A adesão ao tratamento anti-hipertensivo ocorre quando o paciente adere às recomendações da equipe de saúde, tanto ao que se refere ao tratamento farmacológico quanto as recomendações acerca de mudanças nos hábitos de vida, dieta e frequência de consultas.⁵

Um aspecto importante que deve ser avaliado pelos profissionais de saúde é o conhecimento dos portadores de HAS quanto à patologia, a forma em que as informações relacionadas ao tratamento farmacológico e não farmacológico estão sendo ofertadas às

pessoas e, ainda, de como essas informações serão inseridas nas atividades sociais e cotidianas dessas populações. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais de saúde conheçam os hábitos do portador com vistas à implementação plano de cuidados.

As medidas não farmacológicas dependem muito de mudanças no estilo de vida de forma permanente. Faz-se necessário que a equipe multidisciplinar implemente uma ampla abordagem envolvendo o indivíduo e família, para modificar seu estilo de vida.¹

Considerando o exposto, busca-se com a presente pesquisa identificar como ocorre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica em uma Unidade de Estratégia de Saúde da família.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, descritiva. A pesquisa foi realizada com usuários de uma Unidade Básica Saúde Estratégia de Saúde da Família, de um município do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Os critérios de inclusão foram: ter diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, estar fazendo o uso de medicamento anti-hipertensivo, ser maior de 18 anos de idade, estar adscrito a unidade de saúde. Por ser um trabalho de natureza qualitativa utilizou-se o critério de exaustão, o que resultou em uma amostra de 13 usuários.

Quanto à idade variou de 38 a 90 anos. Em relação ao estado civil 11 são casados ou mantém união estável, um solteiro e um viúvo. No que se refere ao gênero seis são masculino e sete feminino. Três possuem ensino fundamental incompleto, um o ensino fundamental completo e 9 não são alfabetizados. Relativo ao tempo de uso da medicação anti-hipertensiva variou de quatro meses a vinte e três anos.

A coleta ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada, gravada em áudio tape, transcrita na íntegra, categorizadas e analisadas conforme proposta metodológica de Minayo.⁶ Visando a manter anonimato dos sujeitos nominou-se com a letra E seguido do número correspondente às entrevistas – E1 a E13.

Os aspectos éticos foram observados conforme prevê a Resolução 196/96 CNS e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUI, mediante parecer consubstanciado 0153/2008.

RESULTADOS

A partir dos depoimentos dos treze indivíduos que integraram a pesquisa e, da busca em apreender a essência dos mesmos, emergiu um tema nominado: A Adesão ao Tratamento Antihipertensivo, dividido em três sub-temas: Patologia Silenciosa; O tratamento farmacológico, Mudança no estilo de vida e Influência do Grau de instrução.

• Tema: A Adesão ao Tratamento Antihipertensivo

Atualmente, a Hipertensão representa um sério problema de saúde publica no mundo e é um fator de risco comprovado para o surgimento de outras doenças e agravos á saúde, considerando a origem das afecções crônicas não transmissíveis.⁵

A HAS vem se destacando no contexto epidemiológico e representa um dos principais fatores de risco para o surgimento de doenças cardíacas. Trata-se de uma doença crônica que pode ser controlada se o portador da patologia aderir ao tratamento. O controle da HAS esta diretamente ligado ao grau de adesão do paciente ao tratamento, bem como sua participação ativa. Faz-se necessário que o indivíduo assuma a responsabilidade do seu tratamento, observando as recomendações da equipe de saúde. A participação ativa do sujeito hipertenso no tratamento é fundamental para o sucesso da terapêutica, tanto farmacológica quanto a não-farmacológica e, reduz a possibilidade de complicações contribuindo para melhora a qualidade de vida do mesmo.

• Sub-Tema I: Patologia Silenciosa

Em relação à HAS, muitos dos portadores somente se descobrem portadores da doença quando do surgimento de complicações, isso ocorre, por vezes, devido a hipertensão ser uma doença silenciosa que pode evoluir por um grande período de tempo sem apresentar qualquer sinal ou sintoma. Este pode ser um fator que interfere na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Mostrar a necessidade e solicitar a um portador de HAS que realize tratamento, diariamente, com uso de fármacos, de forma continua e, ao mesmo tempo em que modifique seu estilo de vida, sem que este apresente sintomas da doença faz com que muitos tenham dificuldade em perceber a importância e necessidade de realizar a terapia medicamentosa.

Os portadores não encaram a Hipertensão como um problema de saúde que precise de tratamento por ser, na maioria das vezes, assintomática.¹ O que ocorre é a dificuldade de convencer o paciente que ele necessita de

cuidados e que não deve abandonar o tratamento pela ausência de sintomas.

Contudo, este estudo evidenciou que alguns dos depoentes, ao serem questionados sobre o que sentiam antes do diagnostico de hipertensão, referiram apresentar sintomas como dores de cabeça, no peito, tontura e alterações nos batimentos cardíacos. Também, para alguns os sintomas manifestos são inespecíficos o que os faz pensar, por vezes, em outras patologias. Conforme é evidenciado nos depoimentos dos sujeitos da pesquisa.

Eu sentia muita tontura, dor no peito e muita dor de cabeça, mas nunca me preocupei, porque achava que não era nada. (E8)

Eu tive vomito, mal-estar. Pensei que era uma dor no estomago. Quando me levaram no doutor viram que era pressão alta. (E3)

Estudo realizado em Niterói, no Estado do Rio de Janeiro, também se evidenciou que os portadores da patologia atribuem a hipertensão aos sintomas claramente definidos.⁷ Os indivíduos hipertensos, ao serem questionados sobre os sintomas manifestados por eles quando os níveis pressóricos estão alterados, referiram sintomas como dores de cabeça, dores no peito, tontura, alterações nos batimentos cardíacos, alterações visuais e agitação.

Para outros depoentes E13 e E2 os sintomas se manifestaram de forma abrupta necessitando de intervenção médica, segundo relatos abaixo.

A princípio não sentia nada. Mas daí quando eu senti, fui parar no hospital. Nunca senti nada. Mas naquele dia me deu muita dor no peito e mal-estar.(E13)

Eu não sentia nada. Daí um dia eu caí, fiquei deitada na cama e não podia levantar(...). Quando fui consultar o médico disse que eu tinha a pressão alta.(E 2)

A literatura afirma que a HAS não apresenta sintomatologia própria. Estudo realizado apontou que 41% dos pacientes atendidos em ambulatório entendem que a hipertensão não apresenta sintomatologia.⁸ Trata-se de uma doença que permanece assintomática e que, quando manifestadas as queixas do individuo, estas estão relacionadas às conseqüências da tensão alterada sobre outros órgãos. A hipertensão pode se prolongar por décadas e, se não houver o aparecimento de complicações, pode resultar em modificações clínicas de menor importância.⁹

Um grande desafio para quem trata pacientes com hipertensão, é a adesão ao tratamento, considerando que na maioria dos

casos são assintomáticos e, descobrem em consulta de rotina, serem hipertensos.¹⁰ Ainda se evidencia que um dos fatores mais significativos relacionados ao paciente, é o pouco conhecimento acerca da importância do tratamento, e que mesmo a doença podendo ser assintomática no início, é um dos principais fatores de risco de morte por doença arterial coronariana e por acidente vascular cerebral.

A HAS é doença assintomática e progride lentamente para o desencadeamento das lesões em órgãos alvo.¹¹ Em geral essas lesões aparecem após 10 anos da presença da doença, isto é, quando os órgãos alvo começam a não suportar as alterações que sofreram para se adaptar ao novo regime nível pressórico.^{12:45} Sendo assintomática, o objetivo principal do tratamento não é reduzir sintomas, mas prevenir complicações. O risco para doença coronariana e insuficiência cardíaca decorrente da HAS é bem estabelecido.¹³

A V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, considera que as lesões em órgãos alvo estão representadas pelas doenças cardíacas, nefropatia hipertensiva, retinopatia hipertensiva, doença vascular arterial periférica e por episódios isquêmicos ou acidentes vasculares cerebrais.³

Ressalta-se que por ser uma patologia, muitas vezes, assintomática, porém na presença de sintomas, estes não são relacionadas à HAS, pelos depoentes. Desta forma, é de fundamental importância que a equipe de saúde esteja alerta para alterações nos sinais vitais, bem como promova ações educativas em saúde, no sentido de orientar acerca da relação dos sintomas inespecíficos com a doença de base.

• Sub-Tema II: O tratamento farmacológico

Posterior ao diagnóstico faz-se importante que o cliente conheça e reconheça os sintomas, bem como as complicações da patologia e a necessidade de aderir ao tratamento.

Praticamente todos os portadores a partir do diagnóstico de hipertensão, necessitaram fazer uso de medicamentos. A terapêutica medicamentosa deve ser iniciada no momento do diagnóstico da HAS, apenas nos indivíduos que apresentarem hipertensão no estágio dois e três, naqueles que classificam-se em estágio um, o tratamento medicamentoso é indicado se houver lesão em órgão alvo, doença cardiovascular, clinicamente, identificada ou diabetes *mellitus*.³

A V diretriz de cardiologia classifica como hipertensão estágio 1 quando os níveis pressóricos sistólicos encontram-se entre 140 - 159 mmHg e diastólicos entre 90-99 mmHg; hipertensão estágio 2 quando a pressão sistólica esta entre 160 -179 mmHg e a pressão diastólica 100-109 mmHg e; Hipertensão estágio 3 sempre que a sistólica for maior ou igual a 180 mmHg e a diastólica maior ou igual a 110 mmHg.³

Em relação à necessidade de seguimento do tratamento farmacológico observou-se que os sujeitos da pesquisa demonstraram estar cientes da importância de aderir ao tratamento farmacológico para a pressão arterial, controlada, conforme depoimentos a seguir.

Eu comecei a tomar o remédio logo quando consultei com o médico. Já faz 15 anos que eu tomo o remédio. (E3)

Eu tomo o remédio já faz tempo, quase 20 anos, desde que descobri que tinha a pressão alta. (E 6)

Quando se faz o diagnóstico precoce associado ao tratamento adequado obtêm-se controle satisfatório dos níveis pressóricos, há significativa redução do risco de eventos cardiovasculares e de óbito. O controle da HAS visa, portanto, a prevenção de acidente vascular encefálico (AVE), doença arterial coronária (DAC), doença arterial oclusiva periférica (DAOP), insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica (IRC), retinopatia hipertensiva e encefalopatia hipertensiva.¹⁴

Apesar de ter consciência da importância de fazer uso do fármaco para controlar a pressão arterial, E2 menciona sua inconformidade em estar em tratamento por período prolongado. O fato de tomar o medicamento, continuamente, gera insatisfação, em especial quando associado à ausência de sintomas. Conforme representado no depoimento abaixo.

Faz 10 anos que eu tomo o remédio para a pressão (...). Eu até já perguntei para a doutora se não dava para parar de tomar o remédio. Porque eu estou bem, não sinto nada, e assim parece que eu estou sempre em tratamento. (E2)

Estudo realizado mostra que independente do tratamento proposto é fundamental a adesão do paciente a terapêutica recomendada.⁸ Aproximadamente 50% dos pacientes não aderem ao tratamento proposto. Revelou também ser comum que pacientes hipertensos abandonem o tratamento, quando os níveis pressóricos apresentam-se controlados.

Este fato reforça a importância de realizar ações de educação continuada, pela equipe de

saúde, acerca da patologia para fins de conscientização de que o tratamento farmacológico deve ser contínuo, pois sem esse conhecimento, no momento em que a doença mantém-se em equilíbrio, pela terapêutica prescrita, os portadores, por vezes, tendem abandonar o tratamento acreditando estarem curados.

Aos portadores que necessitam de tratamento de uso contínuo, deve-se atentar aos efeitos adversos das medicações, pois estes podem contribuir, negativamente, levando ao abandono do tratamento. A participante da pesquisa E11 referiu ter apresentado efeitos indesejáveis, durante o uso de fármacos, fator que quase a levou a interromper o tratamento.

Já faz uns cinco anos que comecei a tomar o enalapril, mas eu não me sentia bem, até pensei em parar com o tratamento. Mas daí a médica mudou o remédio, agora estou tomando o captopril duas vezes ao dia, manhã e noite. (E11)

A depoente não explicita os sintomas quando relata “não sentir-se bem”, porém, estudo aponta e referência a diminuição de libido em ambos os sexos, problemas ejacutórios em até 50% dos homens, elevação do colesterol plasmático, declínio do HDL, hiperuricemia, e tosse seca.¹⁵

Outro fator importante e que, muitas vezes, interfere no resultado do tratamento é, por vezes, o cliente esquecer-se de tomar a medicação. No entanto, observou-se que a maioria dos entrevistados não referiu dificuldades em tomar a medicação diariamente. Uma vez que, os medicamentos passaram a ser rotina na vida desses sujeitos, quando cientes da importância de dar seqüência e objetivar o sucesso do tratamento.

No entanto E3 relata que adere ao tratamento, mas a prescrição dos horários dos medicamentos interfere, de forma negativa, no seu dia-a-dia. Nesse sentido, faz importante que os profissionais de saúde atentem para a rotina do paciente, auxiliando o mesmo na organização dos horários da medicação.

Eu nunca deixei de tomar a medicação. Eu tomo de manhã, às três horas da tarde e de noite. Esse das três horas eu não gosto muito, porque, às vezes, a gente quer deitar um pouco a tarde, e daí eu fico com medo de esquecer do remédio, daí não durmo, me preocupo. (E3)

A simplificação é um dos pontos-chaves no que se refere ao tratamento medicamentoso.¹⁶ O autor evidencia ainda a importância de uma prescrição médica que concilie com o estilo

de vida dos pacientes. Os pacientes preferem adotar formas de tratamento de acordo com suas atividades diárias, e que eles preferem medicamentos administrados em dose única diárias. Sendo assim, é de grande importância observar as preferências pessoais e rotinas dos pacientes no momento de prescrever as medicações.¹⁷

Um fator relevante deve-se ao fato de que a população estudada, por ser um grupo de baixa renda, faz-se essencial que as medicações possam ser adquiridas, gratuitamente, uma vez que, ter que comprar a medicação interfere, negativamente, no orçamento dos sujeitos, porém este fato pode contribuir para a descontinuidade do tratamento. Conforme depoimentos abaixo.

Eu pego o remédio no posto de saúde, às vezes não tem, daí fica difícil porque eu não tenho dinheiro para comprar. Mas fazer o que? A gente dá um jeito, porque não dá para ficar sem tomar. (E7)

Eu sempre pego a medicação no posto de saúde, mas às vezes não tem daí eu compro. Nunca deixo de tomar. (E11)

Hipertensos que participaram da pesquisa citaram que o fornecimento de anti-hipertensivos, gratuitamente, é um dos fatores facilitadores para o sucesso da adesão ao tratamento.¹⁸ Também, estudos demonstram que o diagnóstico e tratamento adequados diminuem gastos com internações, também com a assistência às cardiopatias, acidentes vasculares cerebrais, suas seqüelas e invalidez reduzindo, desta forma a procura aos serviços de emergência.⁸

Cabe destacar que para o Sistema Único de Saúde (SUS), fornecer os fármacos para o tratamento da hipertensão, gratuitamente, representa um custo, consideravelmente, menor do que tratar pacientes com complicações decorrentes da HAS.

Nesse sentido, faz-se necessário uma abordagem multiprofissional em que sejam implementadas políticas visando estimular/atrair o paciente para efetuar a terapêutica adequada, garantindo assistência integral e qualificada. Isso é possível por meio do estabelecimento de um programa de educação permanente apoiado pelo gestor/governo, bem como garantido o fornecimento de medicamentos e na capacitação, permanente, dos profissionais de saúde. Tais medidas, além de fornecer uma melhor qualidade de vida para os pacientes, pode proporcionar a redução de internações onerosas, resultando na redução de gastos públicos.¹⁴

• Sub-Tema III: Mudança no estilo de vida

A partir do diagnóstico de hipertensão faz-se mister que o indivíduo além de aderir ao tratamento antihipertensivo, modifique seu estilo de vida, para manter a patologia sob controle e evitar complicações futuras. Nesse sentido, a equipe de saúde deve estar sensibilizada para acolher este indivíduo e apontar a importância de alteração da rotina de seu cotidiano. Assim, deve desenvolver ações de educação em saúde alongo prazo e informar acerca dos riscos da patologia, da necessidade de diminuição na quantidade de sódio dos alimentos, estimular a prática de atividades físicas regulares, entre outros.

No entanto, qualquer mudança no estilo de vida gera mudanças muitas vezes radicais, como por exemplo deixar de consumir alimentos que fazem parte dos hábitos ao longo de sua vida, muitas vezes, desestabiliza o indivíduo fazendo com que a adesão ao tratamento seja pouco eficaz. Conforme se evidencia nos depoimentos de E4 e E5.

Eu tento cuidar com o sal e para não comer carne gorda. Mas quando os olhos enxergam e a boca pede, a gente tem que comer. (E4)

Eu não mudei a minha alimentação (...) como carne gorda, só o sal que eu não posso. Diminui no sal. Eu já disse para a mulher que tenho que diminuir na comida, mas ela faz janta de noite e eu como também. (E5)

Muitas vezes, mudanças no estilo de vida interferem na rotina familiar e, quando os demais membros da família não precisam realizar mudanças importantes, em especial na alimentação, cuidar-se torna-se uma tarefa difícil ao indivíduo com diagnóstico de hipertensão e, exige, determinação. Deste modo, o apoio familiar é fator importante na adesão ao tratamento antihipertensivo, devido à patologia necessitar de mudanças no estilo de vida e não somente do uso de hipotensor. Para tanto, aos que integram o grupo familiar do paciente, faz-se necessário compartilhar os cuidados e alterar costumes na perspectiva de garantir o sucesso do tratamento.

A equipe de saúde cabe implementar atividades educativas que incluem a família, pois quando há um entendimento adequado sobre a patologia e os riscos que a mesma impõe, o tratamento é melhor compreendido e efetivado, pelo paciente e, incentivado, pelo familiar.

Nos depoimentos de E1 e E13 identificou-se que as alterações ocorreram principalmente em relação a hábitos de vida, como mudanças no padrão alimentar e a incorporação, na rotina diária, de atividades físicas. Destaca-se

que esses cuidados necessitam ser contínuos em decorrência do caráter crônico da doença. Esta mudança no padrão de vida é evidenciada nos depoimentos abaixo.

Tive que mudar muito a minha alimentação. Cuidar o que comer. Várias coisas eu tive que largar de mão, tem que cuidar o que comer. (E1)

Tenho que me cuidar, fazer um tratamento. Estou cuidando com a alimentação, sem sal e sem gordura e tomo a medicação certinha. Procuro caminhar todos os dias por meia hora. (E13)

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a mudança e a prática de hábitos alimentares saudáveis é um fator muito importante na prevenção primária da hipertensão, sendo necessário, manter o peso corpóreo adequado, moderar no consumo de álcool, reduzir o consumo de sódio, aderir ao consumo de alimentos ricos em potássio e reduzir o consumo de gorduras na alimentação.³

Também, o exercício físico regular, com duração de 30 a 60 minutos, de 3 a 6 vezes por semana é outra recomendação importante. Estudos realizados evidenciaram que exercícios isotônicos realizados adequadamente podem diminuir a pressão arterial sistólica/ diastólica em até 6,9/4,9mmHg.^{19, 20}

Por vezes, devido ao indivíduo hipertenso estar realizando corretamente o tratamento farmacológico e, não apresentar nenhum sintoma ou desconforto físico, este acredita não ser necessário manter os cuidados e as modificações em seu estilo de vida. Como pode ser verificado no depoimento do depoente, abaixo.

Eu comecei a tomar o remédio. Daí ficou normal. Não preciso cuidar na comida, porque nada me faz mal (...) como carne gorda e diminui pouco o sal, agora uso a mesma quantidade que eu usava antes. (E6)

O sucesso do tratamento está diretamente relacionado à prescrição farmacológica e a não farmacológica, isto inclui mudanças nos hábitos alimentares e de vida. Quando a equipe de saúde indica mudanças de hábitos alimentares, na maioria das vezes, os sujeitos demonstram-se resistentes, isso decorre dos hábitos e costumes fazerem parte de uma história de vida, a qual passa de geração para geração. Também, agrega-se o pouco entendimento sobre a patologia e da compreensão de que além do tratamento medicamentoso, o não medicamentoso exerce grande influencia para manter os níveis pressóricos controlados, portanto mudar o padrão alimentar e de vida é fundamental.

Assim sendo, as indicações de tratamento não farmacológico e as mudanças no estilo de vida recomendadas pela V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial inclui principalmente a diminuição na ingestão de sal de 6 g sódio ao dia, isso corresponde a quatro colheres de café rasas de sal. Esta diminuição na quantidade de sal pode determinar a redução de até 3,9 mmHg na PAS e 1,9 mmHg na PAD.³ Estudo aponta que o brasileiro faz uso em sua dieta habitual de cerca de 10g de sal, diariamente.¹⁹

Outras condutas que podem ser associadas beneficiando o controle da hipertensão conforme a V DBHA versam acerca do abandono do tabagismo, controle das dislipidemias, adotar medidas anti estresse, evitar componentes que possam elevar a pressão arterial e controlar a Diabetes Mellitus, quando esta estiver associada.³

Observa-se que de alguma forma o estilo de vida dos entrevistados foi modificado pela HAS, tendo uma interferência significativa sobre os hábitos cotidianos e necessidade de implementar cuidados com a alimentação e evitar o sedentarismo. Isto decorre da percepção de alguns indivíduos que estão doentes e, que essas mudanças de hábitos são necessárias para que haja a manutenção da pressão arterial controlada.

• Sub-Tema IV: Influência do grau de instrução no tratamento

Vários são os fatores de risco com potencial de interferir na adesão a terapêutica, esses fatores dividem-se em fatores mutáveis e não mutáveis, dentre os fatores mutáveis estão presentes: escolaridade, o nível sócio econômico, estado civil, ocupação, alimentação, sedentarismo, entre outros. Nos não mutáveis tem-se: o sexo, idade, etnia, herança genética, entre outros. Os fatores que exercem influencia no processo de adesão terapêutica, estão diretamente ligados ao paciente, à própria doença, a instituição que realiza o acompanhamento desse sujeito e, também, a relação médico e paciente.⁴

Relacionado ao sexo, pode-se dizer que o grau de adesão entre as mulheres é maior do que entre os homens, possivelmente isso ocorre devido ao sexo feminino apresentar uma maior preocupação com sua saúde, bem como dos seus. Igualmente, porque historicamente o papel de cuidador da saúde da família é, essencialmente, da mulher e esta tem, também, a responsabilidade com a manutenção da sua saúde. Outro fator que tem potencial de interferir na adesão ao tratamento relaciona-se ao estado civil, em que evidencia-se que sujeitos casados, em

união estável, aderem melhor ao tratamento do que os solteiros.²¹

A Organização Mundial da Saúde aponta outros fatores como mudanças sócio econômicas e grau de escolaridade potencialmente predispõe o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Também, um fator que contribui para o surgimento da doença é a baixa escolaridade.²² Conforme a autora, a ausência de instrução relacionada a fatores econômicos, sociais e culturais, forma uma barreira dificultando assim, o entendimento da necessidade do cuidado com a saúde, bem como a importância de seguir um tratamento recomendado, ainda instigar a sustentação de um estilo de vida que não esteja exposto aos fatores de risco.

Estudos realizados em países em desenvolvimento a adesão no tratamento de doenças crônicas, vem a ser 50% menor do que em países desenvolvidos.²³ Nos países em desenvolvimento a adesão ao tratamento é relacionada a baixa força física, outro fator, deve-se ao fato de estes sujeitos estarem realizando atividades laborais que exigem maior força física e, por estarem com sua saúde comprometida podem ficar impossibilitados para o trabalho diminuindo assim, a renda familiar e comprometendo o acesso a escolarização de seus descendentes, o que dificulta a modificação desse ciclo.

A baixa situação sócio econômica é um aspecto muito importante na incidência de doenças. Pesquisa realizada relacionando o grau de escolaridade com os níveis pressóricos evidenciou que 49,5% dos não alfabetizados apresentavam doença hipertensiva e somente 12,7% dos sujeitos com terceiro grau completo tinham diagnóstico de hipertensão arterial.²⁴ Este fato, segundo o autor pode ter relação com a falta de informação de como efetivar a prevenção de doenças crônicas.²⁴

Confrontando achados da literatura com os da pesquisa de campo destaca-se que a maioria dos entrevistados não é alfabetizada, equivalendo a 69% dos depoentes. Este é um dos fatores que pode relacionar-se a adesão ao tratamento, pois o baixo nível de escolaridade do paciente pode gerar um entendimento inadequado a cerca da patologia, dificultando a inclusão terapêutica no cotidiano do sujeito. No entanto, conforme relatos anteriores isso não se confirma na população estudada.

Eu não estudei, porque a gente trabalhava na roça, era muito pobre, tinha que trabalhar, não podia estudar.(E3)

Não estudei. Porque eu era igual bicho do mato. Morava na roça, quando fui na escola vi a professora e fugi de medo.(E8)

Eu não estudei a gente tinha que trabalhar, não tinha tempo para estudar.(E2)

O grau baixo de escolaridade pode sugerir dificuldade no entendimento do risco da patologia, bem como da necessidade de aderir ao tratamento prescrito, na perspectiva de evitar complicações e seqüelas. O que deve desafiar os profissionais de saúde no estabelecimento de outras formas de orientação/informação.

Cabe lembrar, que a baixa escolaridade da população, dificulta o acesso às fontes de informações, fazendo com que os sujeitos não tenham, por vezes, um conhecimento adequado. Igualmente, verifica-se carência de campanhas públicas que alertam quanto aos riscos e necessidade de rastreamento sistemático de população, para identificar, precocemente, determinadas patologias, com linguagem adequada ao ambiente cultural desta.

Estudo realizado elucidou o abandono do tratamento e evidenciou que as campanhas nacionais sobre hipertensão arterial, não apresentavam grande impacto na conscientização entre os seus entrevistados, com isso, sugere refletir a cerca do direcionamento dado nas campanhas e como os profissionais de saúde estão inseridos nesta.²⁵

A abordagem ao paciente hipertenso requer, dos profissionais de saúde, além do conhecimento técnico, a percepção do ambiente sócio-econômico e cultural do indivíduo, para que as orientações terapêuticas possam ser adequadas a sua realidade de vida e, conseqüentemente, tenham êxito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que para alguns dos entrevistados os sintomas manifestos eram inespecíficos o que os fez pensar relacionar por vezes, com outras patologias. Alguns dos depoentes referiram que os sintomas se manifestaram de forma abrupta e que, muitas vezes, os desconsideravam aguardando apresentar melhora e muitos destes necessitaram de intervenção médica, em consonância com o caráter assintomático da hipertensão arterial, fazendo com que pacientes descubrem-se hipertensos em consultas de rotina.

Constatou-se que todos os participantes da pesquisa fazem uso de anti-hipertensivo para manter os níveis pressóricos controlados. Também, alguns indivíduos demonstram inconformidades em ter que fazer o uso contínuo de fármacos, apesar da consciência

da importância em usá-los. Para estes a ausência de sintomas deveria representar o fim do tratamento e o fato de tomar o medicamento, continuamente, gera insatisfação.

Enfatiza-se também, que alguns dos entrevistados referiram efeitos adversos após o uso de fármaco. Este, por sua vez, pode ser um fator contribuinte para o abandono do tratamento.

Outro achado refere-se ao difícil enfrentamento da doença, principalmente relacionado à necessária mudanças no estilo de vida pois, estas dependem da adesão da família na mudança e incorporação de novos hábitos. Para tanto, a intervenção da equipe interdisciplinar é fundamental nas ações educativas para o grupo familiar, buscando a adesão destes ao tratamento do paciente.

A baixa escolaridade pode constituir-se em outro fator para a baixa adesão ao tratamento, por interferir no entendimento das recomendações ofertadas pelos profissionais da saúde inviabilizando a terapêutica recomendada. No entanto, neste estudo, a maioria dos sujeitos não são alfabetizados, o que não interferiu na adesão ao tratamento.

Para tanto, tratar e principalmente prevenir a hipertensão arterial sistêmica envolve, fundamentalmente, esclarecimento de todo o processo para o sujeito e este deve ter envolvimento efetivo e querer a implementação de mudanças necessárias em sua vida.

REFERÊNCIAS

1. Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Rev Eletrônica de Enfermagem [periódico na internet]. 2006 [acesso 2009 maio 20]; 8(2):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>
2. Schimdt E, Lemos SK. Hipertensão arterial sistêmica: adesão ao tratamento [monografia]. Ijuí: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul; 2006.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo; 2006. [acesso em 2007 maio 20]. Disponível em: <http://www.publicacoes.cardiol.br/consenso/2006>.
4. Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para cuidar. 1ª ed. Barueri: São Paulo; 2004.

Loro MM, Kitzmann TS, Rosanelli CS et al.

5. Fuchs SC, Castro MS, Fuchs FC. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Hipertens* 2004; 7(3):90-3.
6. Minayo MCS de (org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 25ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2007.
7. Alves MGM. A voz do hipertenso: Representações sociais da hipertensão arterial. Um estudo de caso em Jurujuba, Niterói RJ [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1997.
8. Sanches GC, Pierin AMG, Mion Jr D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP*. 2004; 38(1):90-8.
9. Kaplan NM. Treatment of hypertension: nondrug therapy. In: Kaplan NM, editor. *Clinical Hypertension*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999.
10. Machado AC. Adesão ao tratamento- tema cada vez mais atual. Adherence te tharapies- Curent theme. *Rev Bras Hipertens*. 2008;15(4): 220-21.
11. Rubinstein A. Hipertensão Arterial. In: Rubinstein E, Zárate M, Carrete P. (Edit.) *PROFAM - Programa de Educação Continuada à Distância de Medicina Familiar e Ambulatorial*. Buenos Aires: Fundação MF Para o desenvolvimento da medicina familiar e da atenção primária à saúde. 2002; 3(18):53-117.
12. Barreto ACP. Tratamento farmacológico I. In: Barreto ACP, Santello J L. Organizadores. *Manual de Hipertensão: entre a evidência e a prática clínica*. São Paulo: Lemos Editorial; 2002.
13. PascoaL IF. Hipertensão Arterial. In: Mion JRD, Nobre F. *Risco cardiovascular global: da teoria à prática*. São Paulo: Lemos Editorial; 2000.
14. Costa MFFL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares publicas. In: *Informe Epidemiológico do SUS*. 2000;9(1):23-41.
15. Garcia SMS, Galvão MTG, Araújo EC, Cavalcanti AMTS. Aspectos socioepidemiológicos e clínicos de portadores de hipertensão arterial. *Rev Enferm UFPE on line*. [periódico na Internet]. 2007 [acesso 2010 jan 29];1(2):152-59. Disponível em <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/380>.
16. Rudd P. Clinicians and patients with hypertension: unsetthed issues about compliance. *American heart journal*. 1995;130 (3):572-79.
17. Mion Jr, Pierin A, Ignez E, Ballas D, Marcondes M. Conhecimento, preferências e

Adherences on antihypertensive treatments in patients...

- perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. *J Bras Nefrol*. 1995;17(4):229-236.
18. Castro VD, Car MR. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. *Rev Esc Enf USP*. 2000; 34(2): 145-153.
 19. Rosa RF, Franken RA. Tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. In: Timerman A, César LAM. *Manual de Cardiologia: SOCESP*. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.
 20. Forjaz CLM. Sedentarismo. In: Mion Jr, Nobre F. *Risco cardiovascular global: da teoria à prática*. São Paulo: Lemos Editorial; 2000.
 21. Chor D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro: hábitos de vida e tratamento. *Arq Bras Cardiol*.1998; 71(5): 100- 119.
 22. Perlini NMOG. Cuidar de pessoas incapacitadas por acidente vascular cerebral no domicilio: o fazer do cuidador [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
 23. WHO - World Health Organization. Adherence to long-term therapies. [periódico na Internet] 2003 [acesso 2009 maio 21]; [aproximadamente 199 p.] Disponível em: <http://www.who.int>.
 24. Freitas OC, Carvalho FR, Neves JM, Veludo PK, Pereira RS, Gonçalves RM, el al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brazil. *Arq Bras Cardiol*. [online] 2001;77(1):16-21.
 25. Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. *Arq Bras Cardiol*. [periódico na Internet]. 2002 [acesso 2010 jan 29]; 79(4):380-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2002001300005&lng=en. doi: [10.1590/S0066-782X2002001300005](https://doi.org/10.1590/S0066-782X2002001300005).

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/11/14

Last received: 2010/08/30

Accepted: 2010/09/05

Publishing: 2010/05/01

Address for correspondence

Marli Maria Loro

Rua 24 de fevereiro, 1498

Bairro São José

CEP: 98700-000 – Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil