

## **FATORES QUE LEVAM O CLIENTE HIPERTENSO A NÃO ADERIR O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.**

FACTORS THAT LEAD THE PATIENT DO NOT JOIN A HYPERTENSIVE TREATMENT MEDICATED.

**Artioli, C. A. <sup>1</sup>; Camargo, D. C. <sup>1</sup>; Thomaz, M. C. A. <sup>2</sup>; Arçari, D. P. <sup>3</sup>; Fernandes, G. C. G. <sup>4</sup>.**

1- Discente do 8º semestre do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Amparense – UNIFIA.

2- Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, docente do Centro Universitário Amparense – UNIFIA, coordenadora do curso de enfermagem.

3- Biólogo, Mestre em Ciências, docente do Centro Universitário Amparense – UNIFIA, responsável pela orientação Pedagógica.

4- Enfermeira e Fisioterapeuta, Mestre em Saúde do adulto, docente do Centro Universitário Amparense – UNIFIA, responsável pela orientação Metodológica.

### **RESUMO**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica e constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas. O controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico. Este estudo teve como objetivo identificar os fatores que levam o cliente hipertenso a não aderir o tratamento medicamentoso. A coleta de dados de usuários hipertensos do Programa Saúde da Família I Jardim Santa Cruz (PSF I) e Programa Saúde da Família IV Oratório (PSF IV), em Socorro, São Paulo no mês de Agosto de 2010, realizada através de entrevista. Na amostra investigada, a adesão ao tratamento medicamentoso foi insatisfatória e teve como principais fatores o esquecimento para a tomada dos medicamentos, e orientação dos usuários por somente um profissional de saúde. Sendo assim, os resultados demonstram a necessidade de atuação interdisciplinar da equipe de saúde, junto à clientela hipertensa, contribuindo para a adesão às condutas de manutenção terapêutica. Concluímos que a não adesão do cliente hipertenso ao tratamento, ainda constitui um grande

desafio para os profissionais que o acompanham. Entre estes, o enfermeiro que tem como meta engajá-lo no autocuidado.

**Palavras-Chave:** Hipertensão, Adesão, Tratamento medicamentoso, Fatores de risco e Orientação de Enfermagem.

### ABSTRACT

Hypertension (HTN) occupies a prominent place in the context of epidemiological transition, and is a major risk factor for the onset of heart disease. The control of hypertension is directly related to the degree of patient adherence to therapy. This study aimed to identify the factors leading the customer does not adhere to the hypertensive drug therapy by collecting data from hypertensive patients of the Family Health Program I Jardim Santa Cruz (PSF I) and the Family Health Program IV Oratorio (PSF IV), in Socorro, São Paulo in August 2010. Data were collected through interviews in the sample investigated and is considered unsatisfactory adherence to drug treatment and having as main factors for making the oblivion of drugs, and users who have had only a guideline for health professionals. Thus the results demonstrate the need for interdisciplinary health team, with the clientele hypertension, contributing to the adhesion to maintenance therapy. We conclude that non-adherence to treatment of hypertensive patient, still poses a major challenge for the professionals that came between those nurses whose goal it engages in self-care.

**Keywords:** Hypertension, Accession, Drug treatment, Risk factors and Nursing orientation.

## 1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica que vem ocorrendo, no Brasil, a partir da década de 1960 do século passado (ROUQUAYROL, 1994). Até o final dos anos de 1940, pouco se conhecia sobre a epidemiologia da HAS e não havia critérios padronizados e amplamente divulgados para sua definição; a partir de 1970, começou o interesse pela HAS como problema de saúde pública, quando já eram claros os indícios de sua relação com óbitos por doenças cardiovasculares (LESSA, 1993).

As estimativas de prevenção da HAS, no Brasil, apresentam grande variação, em função dos diferentes critérios de classificação e instrumentos de medida utilizados. Para Rouquayrol (1994), a divergência observada na magnitude das prevalências pode ser influenciada pelos grupos e pelo tipo de população estudada. Apesar dessas diferenças de abordagens, estudos populacionais disponíveis estimaram prevalências entre 15 e 30% para os homens e entre 15 e 17% para as mulheres; o que, sem dúvida, coloca a HAS com principal fator de risco para as doenças cardiovasculares (CHOR, 1998). Para que se tenha uma idéia da magnitude do problema, cerca de 85% dos pacientes que sofrem de acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto agudo do miocárdio (IAM) apresentam HAS associada (BRASIL, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde, a HAS é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como AVE e IAM, além da doença renal crônica terminal, (BRASIL, 2006<sup>b</sup>).

No Brasil, são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente, seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade é muito alta e por tudo isso a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública, no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006<sup>b</sup>).

Sendo a HAS uma doença crônica, ela pode ser controlada, mas não curada, requerendo tratamento por toda vida. Um fato preocupante é que muitos indivíduos só descobrem que são portadores da doença quando apresentam complicações graves, haja

vista que HAS pode evoluir por um longo período sem ocasionar sintomas. Brandão *et al* (1993) enfatizam que, de toda a população de hipertensos cerca de um terço não sabe que tem a doença e, dentre os que sabem, apenas a metade aderem, efetivamente, ao tratamento. Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2003), “estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) revelou que a manutenção do tratamento por parte dos pacientes portadores de doenças crônicas nos países desenvolvidos é realizada por apenas 50% dos doentes. Mas, nos países em desenvolvimento, esse número é muito menor”.

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

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH 2003), estudo realizado pela OMS ressalta, com prejuízos do não-cumprimento do tratamento, as complicações médicas e psicossociais da enfermidade, a redução da qualidade de vida dos pacientes a maior probabilidade de resistência aos fármacos e o desperdício dos recursos assistenciais.

Sabendo que a não adesão ao tratamento da HAS é um fator desencadeante para um problema relevante à saúde pública, esse estudo teve como objetivo de identificar os fatores que interferem na adesão do tratamento medicamentoso à Hipertensão Arterial Sistêmica.

## **2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **2.1 Epidemiologia**

A prevalência da hipertensão arterial (HA) é elevada, estimando-se que cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertensa. Embora predomine na fase adulta, sua prevalência em crianças e adolescentes não é desprezível. Considerada um dos fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares e alto custo social, é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

Para Felipe; Abreu; Moreira (2007), à medida que nossa população envelhece, seu perfil epidemiológico é alterado, com destaque para as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), que causam cerca de dois milhões de mortes a cada ano em todo o mundo. Dentro desse grupo de doenças, a hipertensão arterial chama a atenção por sua elevada prevalência em nosso país e por ser um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Inquéritos de base populacional revelaram uma prevalência de HA, entre os anos de 1990 e 2004, de 22,3 a 43,9%, em determinadas localidades brasileiras. Dos casos registrados da doença, cerca de 60 a 80%, pode ser tratado na rede básica, o que comprova a importância e necessidade do desenvolvimento da equipe multiprofissional que atua nesse serviço (FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2007).

## 2.2 Conceituação

Hipertensão arterial é uma doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, levando a um aumento da tensão sanguínea nos vasos, capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos por eles irrigados (BRASIL, 2006<sup>b</sup>).

A pressão arterial é um produto do débito cardíaco multiplicado pela resistência periférica. O débito cardíaco é o produto da frequência cardíaca multiplicada pelo volume sistólico. Na circulação normal, a pressão é exercida pelo fluxo sanguíneo através do coração e dos vasos sanguíneos. A pressão arterial alta, conhecida como hipertensão, pode resultar de uma alteração no débito cardíaco, de uma alteração na resistência periférica ou ambas.??????? Confuso!!!! Os medicamentos utilizados para tratar a hipertensão diminuem a resistência periférica, volume sanguíneo ou força e frequência da contração miocárdica (SMELTZER & BARE, 2005).

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. 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 (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

## **2.3 Tipos**

### **2.3.1 Hipertensão essencial ou primária**

A hipertensão primária, também chamada de hipertensão essencial, indica pressão arterial alta a partir de uma causa desconhecida (SMELTZER & BARE, 2005).

A hipertensão arterial, essencial ou primária, compreende de 90 a 95% dos casos desta afecção e pode ser controlada desde que os pacientes envolvam-se em ações tais como uso da medicação anti-hipertensivo de forma regular, controle do peso, ingestão de dieta hipossódica com baixo teor de gordura saturada e colesterol e realização de atividade física, pois estas colaboram com a redução da pressão arterial em alguns pacientes e minimizam as complicações em órgãos-alvo (CADE, 1999).

### **2.3.2 Hipertensão secundária**

A hipertensão secundária é o termo utilizado para significar a pressão arterial alta, a partir da causa identificada (SMELTZER & BARE, 2005).

Indício de hipertensão secundária.

Início da hipertensão antes dos 30 ou após os 50 anos

Hipertensão arterial grave (estágio 3) e/ou resistente à terapia

Tríade do feocromocitoma: palpitações, sudorese e cefaléia em crises

Uso de medicamentos e drogas que possam levar a pressão arterial

Fácies ou biótipo de doença que cursa com hipertensão: doença renal, hipertireoidismo, acromegalia, síndrome de Cushing

Presença de massas ou sopros abdominais

Diminuição da amplitude ou retardo do pulso femoral

Aumento da creatina sérica

Hipopotassemia espontânea (<3,0 mEq/l)

Exame de urina anormal (proteinúria ou hematúria) (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

## **2.4 Manifestações Clínicas**

Segundo Smeltzer & Bare (2005), o exame físico pode não revelar anormalidades diferentes da pressão arterial alta. Ocasionalmente, ocorrem as alterações retinianas, como hemorragias, exsudatos (acúmulo de líquido), estreitamento arteriolar e manchas algodoadas (pequenos infartos). Na hipertensão grave, pode ser notado o papiledema (edema do disco óptico).

As pessoas com hipertensão podem estar assintomáticas e permanecer assim durante muitos anos. No entanto, quando os sinais e sintomas específicos sobrevêm, elas geralmente indicam a lesão vascular, com manifestações específicas relacionadas com os órgãos servidos pelo vasos afetados. A cardiopatia coronariana com angina ou infarto do miocárdio é uma consequência comum da hipertensão. A hipertrofia ventricular esquerda acontece em resposta à carga de trabalho aumentada colocada sobre o ventrículo, quando ele se contrai contra a pressão sistêmica mais elevada (SMELTZER & BARE, 2005).

## **2.5 Diagnóstico**

O diagnóstico da hipertensão baseia-se no achado de níveis acima da normalidade, através da medida da pressão arterial pelo método indireto, em pelo menos duas ou mais mensurações e no mínimo duas mensurações em cada vez e na primeira avaliação, nos dois braços (BRASIL, 2001).

A Medida Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) é um método automático de medida indireta e intermitente da pressão arterial durante 24 horas, enquanto o

paciente realiza suas atividades rotineiras, inclusive durante o sono. Estudo tem demonstrado que este método apresenta melhor correlação com risco cardiovascular do que a medida da pressão arterial de consultório (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

São consideradas anormais na MAPA as médias de pressão arterial de 24 horas, vigília e sono acima de 130/80, 135/85 e 120/70 mmHg, respectivamente (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

A Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA) é o registro da pressão arterial por método indireto, com três medidas pela manhã e três à noite, durante cinco dias, realizado pelo paciente ou outra pessoa treinada, durante a vigília, no domicílio ou no trabalho. A MRPA permite a obtenção de grande número de medidas de pressão arterial de modo simples, eficaz e pouco dispendioso, contribuindo para o diagnóstico e o seguimento da hipertensão arterial. A MRPA não deve ser confundida com automedida da pressão arterial, que é o registro não sistematizado da pressão arterial realizado de acordo com a orientação do médico do paciente. São consideradas anormais, na MRPA, as médias de pressão arterial acima de 135/85 mmHg (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

## **2.6 Tratamento não-farmacológico**

O tratamento não-medicamentoso tem como principal objetivo diminuir a morbidade e mortalidade cardiovascular por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. Está indicado a todos os hipertensos e aos indivíduos, mesmo que normotensos, mas de alto risco cardiovascular. Dentre essas modificações, as que comprovadamente reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade e a não-utilização de drogas que elevam a pressão arterial (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

A adoção de um estilo saudável de vida é fundamental no tratamento de hipertensos, particularmente quando há síndrome metabólica. Os principais fatores ambientais modificáveis da hipertensão arterial são os hábitos alimentares inadequados,

principalmente ingestão excessiva de sal, 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 (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

## **2.7 Tratamento farmacológico**

Conforme o Ministério da Saúde, o objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. São utilizadas tanto medidas não-farmacológicas isoladas como as associadas a fármacos anti-hipertensivos. Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (BRASIL, 2006<sup>b</sup>).

### **2.7.1 Agentes anti-hipertensivos**

Segundo o Ministério da Saúde, os agentes anti-hipertensivos exercem sua ação terapêutica através de distintos mecanismos que interferem na fisiopatologia da hipertensão arterial. Basicamente, podem ser catalogados em cinco classes a seguir:

- Diuréticos: atuam por depleção de sódio;
- Inibidores adrenérgicos: deprimem o tônus simpático do sistema nervoso central;
- Vasodilatadores diretos: atuam diretamente sobre a musculatura da parede vascular, promovendo relaxamento muscular com conseqüente vasodilatação e redução da resistência vascular periférica;
- Antagonistas do sistema renina-angiotensina: bloqueia a enzima conversora I e II a nível plasmático e tecidual;
- Bloqueadores dos canais de cálcio: redução da resistência vascular periférica por diminuição da concentração de cálcio nas células musculares lisas (BRASIL, 2006<sup>b</sup>; III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

### 3. METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório, num corte transversal, visando conhecer os fatores que interferem na adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial, realizado no Programa Saúde da Família I, Jardim Santa Cruz (PSF I) e Programa Saúde da Família IV Oratório (PSF IV), do município de Socorro, Estado de São Paulo, no ano de 2010. Para tal, foram entrevistados 60 clientes hipertensos, acima de 18 anos, de ambos o sexo, através de um questionário composto por 9 questões abertas e fechadas.

### 4. REULTADO E DISCUSSÃO

Constatou-se que do total de 60 entrevistados hipertensos, 25 (58%) pertencem ao sexo masculino e 35 (42%) ao sexo feminino. Dentre os 32 entrevistados que não aderiram corretamente o tratamento medicamentoso, 9 (28,1%) eram homens e 23 (71,8%) mulheres, conforme TABELA 01.

**TABELA 01** - Distribuição dos usuários portadores de hipertensão arterial que não aderiram ao tratamento medicamentoso, corretamente, atendidos pelo PSF Jardim Santa Cruz e Oratório, segundo o sexo. Socorro, 2010.

<b>Sexo</b>	<b>N° de entrevistados</b>	<b>%</b>	<b>N° dos que deixaram de tomar a medicação corretamente</b>	<b>%</b>
Masculino	25	58%	9	28,1%
Feminino	35	42%	23	71,8%
Total	60	100%	32	99,9%

Sarquis *et al* (1998), enfatizam que os homens tendem a ser menos aderentes do que as mulheres, possivelmente, porque elas demonstram uma maior preocupação com

a saúde. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Medel (1997), em que se verificou que um maior número de mulheres apresentou alto nível de adesão, quando comparadas aos homens. Discordando de Sarquis e Medel, os homens apresentaram uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso.

Em relação à idade, identificou-se 1 (2%) na faixa etária de 18 a 29 anos; 3 (5%) na faixa etária de 30 a 39 anos; 8 (14%) na faixa etária de 40 a 49 anos; 11 (19%) na faixa etária de 50 a 59 anos; 37 (60%), na faixa etária de 60 anos e mais. Quanto aos que deixaram de tomar a medicação corretamente, 1 (3,1%) estava entre 18 a 29 anos; 3 (9,3%) entre 30 a 39 anos; 4 (12,5%) entre 40 a 49 anos; 5 (15,6%) entre 50 a 59 anos e 19 (69,3%) de 60 e mais, conforme TABELA 02.

**TABELA 02** - Distribuição dos usuários portadores de hipertensão arterial, atendidos pelo PSF Jardim Santa Cruz e Oratório, segundo a faixa etária. Socorro, 2010.

<b>Idade</b>	<b>Nº de entrevistados</b>	<b>%</b>	<b>Nº dos que deixaram de tomar a medicação corretamente</b>	<b>%</b>
18 a 29	1	2%	1	3,1%
30 a 39	3	5%	3	9,3%
40 a 49	8	14%	4	12,5%
50 a 59	11	19%	5	15,6%
60 e mais	37	60%	19	59,3%
Total	60	100%	32	99,8%

Sala *et al* (1996), em um estudo envolvendo pacientes hipertensos de um programa de unidade básica de saúde, verificaram uma redução mais intensa da pressão arterial diastólica em indivíduos mais velhos. Em comparação ao estudo de Sala, os usuários do PSFs, acima de 60 anos e mais são menos aderentes ao tratamento medicamentoso.

Relacionado ao estado civil, identificou-se que 43 (72%) eram casados; 5 (8%) solteiros; 3 (5%) separados; 9 (15%) viúvos. Dos 32 entrevistados que não aderiram corretamente o tratamento medicamentoso, 21 (65%) eram casados; 3 (9,3%) solteiros; 3 (9,3%) separados e 5 (15,6%) viúvo conforme TABELA 03.

**TABELA 03** - Distribuição dos usuários portadores de hipertensão arterial, atendidos pelo PSF Jardim Santa Cruz e Oratório, segundo o estado civil. Socorro, 2010.

<b>Estado civil</b>	<b>Nº de entrevistados</b>	<b>%</b>	<b>Nº dos que deixaram de tomar a medicação corretamente</b>	<b>%</b>
Casado	43	72%	21	65%
Solteiro	5	8%	3	9,3%
Separado	3	5%	3	9,3%
Viúvo	9	15%	5	15,6%
Total	60	100%	32	99,2%

Chor (1998) comparou os solteiros com os casados hipertensos. Os casados apresentaram duas vezes mais chance de realizar o tratamento. Discordando da comparação de Cho e comparando com o estudo realizado, os usuários casados dos PSFs deixaram de tomar o medicamento por algum momento.

Em relação à amostra, identificou-se que 32 (53%) deixaram de tomar o medicamento por algum momento e 28 (47%) não deixaram de tomar o medicamento.

Quanto ao fator pelo qual deixaram de tomar os medicamentos, identificou-se que dos 32 entrevistados, 25 (78%) foi pelo esquecimento; 1 (3,1%) difícil acesso ao posto de saúde; 2 (6,2%) não tinham dinheiro para comprar; 1 (3,1%) não tinha no posto de saúde; 3 (9,3%) acharam que a pressão estava normal, conforme TABELA 04.

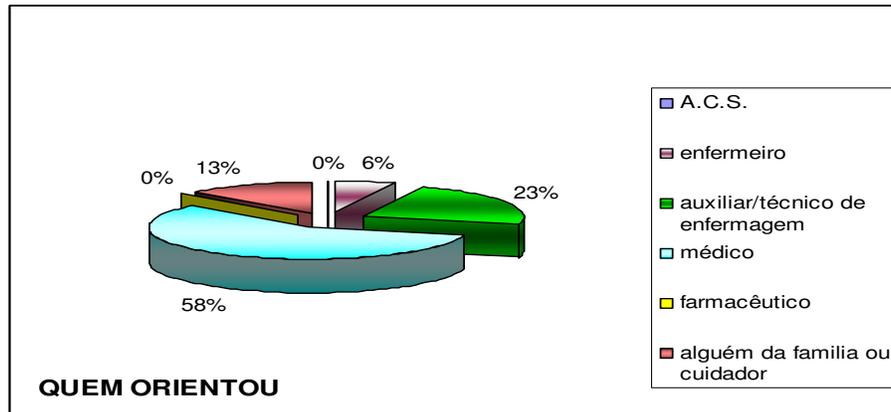
**TABELA 04** - Distribuição dos usuários portadores de hipertensão arterial atendidos pelo PSF Jardim Santa Cruz e Oratório segundo os fatores pelo qual deixou de tomar o medicamento por algum momento. Socorro, 2010.

<b>Fatores</b>	<b>Nº dos que deixaram de tomar a medicação corretamente</b>	<b>%</b>
Esquecimento	25	78%
Difícil acesso ao posto de saúde	1	3,1%
Não tinha dinheiro para comprar	2	6,2%
Não tinha no posto	1	3,1%
Achou que a pressão estava normal	3	9,3%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>99,7%</b>

Araújo *et al* (1998), relata que para muitos hipertensos, um dos aspectos mais importantes da assistência é ter o apoio da família, o que pode ser exemplificado no comportamento do familiar de lembrar o hipertenso do horário das medicações e de orientá-lo na dieta, ou na disposição de algum dos membros da família para acompanhar o hipertenso às consultas, pois, muitas vezes, em virtude de uma idade já avançada ou de outras limitações, o paciente não tem condições de se deslocar sozinho até o serviço de saúde. No que se refere à terapêutica farmacológica, a simplificação é um dos pontos chave, enfatiza (RUDD, 1995). De acordo com Araújo e Rudd, constatamos que o esquecimento foi um dos fatores mais relevantes da não adesão ao tratamento medicamentoso.

Identificou-se que 58 (97%) foram orientados da maneira correta sobre o uso da medicação e 2 (3%) não foram orientados. Dentre os que não aderiram o tratamento medicamentoso 31 (96,8%) foram orientados e 1 (3,1%) não recebeu orientação.

Identificou-se que 1 (2%) foi orientado do uso correto da medicação pelo agente comunitário de saúde; 5 (8%) pelo enfermeiro (a); 10 (17%) auxiliar / técnico de enfermagem; 37 (62%) médicos (a); 1(2%) farmacêutico (a); 5 (8%) alguém da família ou cuidador e 1 pessoa não teve orientação.



**GRÁFICO 01** - Distribuição dos usuários portadores de hipertensão arterial atendidos pelo PSF Jardim Santa Cruz e Oratório, segundo os profissionais que os orientaram. Socorro, 2010.

Observou-se no GRÁFICO 01 que, entre os entrevistados que não aderiram corretamente, o tratamento medicamentoso 2 (6%) foi realizado pelo enfermeiro (a); 7 (23%) auxiliar/técnico de enfermagem; 18 (58%) médico e 4 (13%) alguém da família ou cuidador.

Para Walker & Avant (1995), não se pode restringir o conceito “Adesão ao tratamento hipertensivo” ao mero cumprimento das recomendações médicas, como há alguns anos era definido e como alguns ainda o definem. Hoje, sem dúvida, a participação ativa do paciente, no tratamento, se constitui o principal atributo desse conceito. Jardim *et al* (1996) ressaltam que o atendimento dos hipertensos por profissionais de diferentes áreas melhora, em muito, a adesão à terapêutica recomendada. Concordamos com os autores, pois os usuários que tiveram orientação por somente um profissional de saúde não aderiram corretamente o tratamento medicamentoso.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo comprovam que os entrevistados tiveram adesão insatisfatória ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial e esse fato estava associado ao esquecimento. Ficou evidenciada a importância do apoio familiar, pois a família assume parcela significativa de responsabilidade na prestação de cuidado à saúde de seus membros e o tornar-se participante ativo do auto cuidado aumenta as chances do paciente incorporar em sua vida cotidiana, os requisitos da terapêutica. Pode-se constatar que a não adesão do cliente hipertenso ao tratamento, ainda constitui um grande desafio para os profissionais que o acompanha, entre estes o enfermeiro que tem como meta incluí-lo no autocuidado. Notamos que uma equipe multidisciplinar poderá proporcionar aos pacientes e à comunidade uma gama maior de informações ajudando na adoção de atitudes efetivas e definitivas para o controle da hipertensão.

Por fim sugere-se que as equipes de saúde estimulem os clientes hipertensos a participarem de atividades educativas reforçando a observância do consumo diário de antihipertensivos, envolvendo os familiares. É preciso que os gestores das instituições programem estratégias que possibilitem a acessibilidade dos clientes às ações desenvolvidas, contribuindo para a adesão destes às condutas de manutenção e promoção da saúde. É importante também a realização de novas pesquisas que possibilitem estratégias para que o cliente hipertenso atente mais ao cuidado de sua saúde, precavendo-se através da terapêutica medicamentosa da hipertensão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Thelma Leite; Moreira Thereza Maria Magalhães; Pagliuca Lorita Marlina Freitag. **Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar**. Rev. Soc. Card. Estado de São Paulo, v. 8, n.2 (Supl A) p.1-6, 1998.

BRANDÃO, Ayrton Pires; Brandão Andréia Araújo; Berenson Gerald S.; Fuster Valentin Fuster. **Curso de reciclagem em Cardiologia. Fascículo II**. São Paulo: Pfeser, 1993.

BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. **Normas e Manuais Técnicos.** Universidade de São Paulo, Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Série A. nº 135. Brasília, D.F., 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e o diabetes mellitus.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, D.F., 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** Departamento de Atenção Básica. Série Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica nº 15; 1ªed. Brasília, D.F., 2006<sup>b</sup>.

CADE, Nágela Valadão. **O trabalho desenvolvido pelo enfermeiro: expectativas e percepção de hipertensos em tratamento ambulatorial.** Rev. Enf. UERJ, v.7, n.2, p.148–153, 1999.

CHOR, Dora. **Hipertensão Arterial entre Funcionários de Banco Estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de Vida e Tratamento.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia. v.71, n.5, p. 100-119, 1998.

FERREIRA Felipe, Gilvan; ABREU, Rita Neuma Dantas Cavalcante de e MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. **Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família.** Rev. esc. enferm. USP, 2007.

JARDIM, Paulo César B. Veiga; SOUZA, Ana Luiza Lima; MONEGO, Estelamaris Tronco. **Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso.** Medicina, v.29, p.232–238, 1996.

LESSA, Ínes. **Informe epidemiológico do SUS.** Estudos Brasileiros sobre a epidemiologia da Hipertensão Arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. Brasília, v.2, n.3, p.59–75, 1993.

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

ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Distribuição das doenças e dos agravos à saúde coletiva**. In: ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia e saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. Cap.4, p.77-155.

RUDD, Paul. **Clinicians and patients with hypertension: unsettled issues about compliance**. American Heart Journal, v. 130, n.3, p.572–579, 1995.

SALA, Arnaldo; FILHO, Alexandre Nemes; ELUF-NETO, José. **Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde**. Rev. Saúde Pública, v.30, n.2, p.161–167, 1996.

SARQUIS, Leila Maria Mansano; DELL “ACQUA, Magda Cristina Queiroz; GALLANI, Maria Cecília Bueno Jayme; MOREIRA, Rosa Maria; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini; TASE, Terezinha Hideco; PIERIN, Angela Maria Geraldo”. **A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica**. Rev. Esc. Enf. USP, v.32, n.4, p.335–353, 1998.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO – SBH. **OMS Alerta para Baixa Adesão ao Tratamento**. 2003[online]. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/noticias.asp?codigo=149>. Acessado em 10 de novembro de 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. III Consenso Brasileiro de Hipertensão

Arterial, 1998.

V Diretrizes Brasileiras de HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theoryConstruction in Nursing.** 3. ed. Norwaek, CT, Appleton e Lange, 1995.