

FATORES RELACIONADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO DO USUÁRIO HIPERTENSO

Factors associated to treatment adherence in hypertensive users

Factores relacionados a la adhesión al tratamiento del usuario hipertenso

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Descrever os fatores relacionados à adesão ao tratamento do usuário hipertenso. **Métodos:** Estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em Fortaleza-CE, Brasil. A amostra foi constituída por 400 usuários hipertensos. A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e outubro de 2010, por meio de entrevista. Foi utilizada a estatística descritiva e os dados representados em quadros. **Resultados:** A maioria dos entrevistados consistia em mulheres (269 - 67,2%), com faixa etária entre 40 e 79 anos (390 - 97,5%). De acordo com os entrevistados, destacaram-se como condições favoráveis à adesão ao tratamento: em relação ao *próprio usuário* - 280 (70%) usuários indicaram o aporte de recursos financeiros para aquisição de alimentos e medicamentos, e 172 (43%) afirmaram o investimento no autocuidado; à *família* - 98 (24,5%) usuários declararam a ajuda financeira para aquisição da medicação anti-hipertensiva, 78 (19,5%) citaram o encorajamento na adesão e 78 (19,5%) desejaram a redução da responsabilidade financeira com a família; à *equipe de saúde* - 189 (49,5%) usuários indicaram liberdade para verbalização, 168 (42%) citaram atendimento resolutivo e humano e 115 (28,7%) solicitaram escuta ativa; à *instituição de saúde* - 242 (60,5%) usuários optaram pela redução do tempo na sala de espera para consulta e realização de exames. **Conclusão:** As condições favoráveis à adesão do usuário hipertenso ao tratamento estão vinculadas ao próprio usuário, à família, à equipe de saúde e à instituição de saúde, havendo uma evidência de inter-relação e interdependência.

Descritores: Cooperação do Paciente; Hipertensão; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe the factors associated to treatment adherence in hypertensive users. **Methods:** A cross-sectional descriptive study with quantitative approach, developed in Fortaleza-CE, Brazil. The sample consisted of 400 hypertensive users. Data collection occurred from July to October 2010, through interview. Descriptive statistics was employed and data was represented in pictures. **Results:** Most respondents were women (269 - 67.2%); age ranged from 40 to 79 (390 - 97.5%). According to the interviewees, the conditions highlighted as favorable to treatment adherence were: regarding the user himself - 280 (70%) users reported the financial input to purchase food and medicines, and 172 (43%) stated the investment in self-care; the family - 98 (24.5%) users cited the encouragement to adherence and 78 (19.5%) were willing to reduce the financial responsibility for the family; the health team - 189 (49.5%) indicated freedom to verbalization, 168 (42.0%) cited resolving and human assistance and 115 (28.7%) users requested active listening; the health institution - 242 (60.5%) users opted for reducing the time in the waiting room for consultations and examinations. **Conclusion:** The favorable conditions for treatment adherence in hypertensive users were linked to the user himself, family, health team and the health institution, with evidence of interrelationship and interdependence.

Descriptors: Patient compliance; Hypertension; Primary Health Care.

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos⁽¹⁾
Ana Célia Tomaz Marques⁽²⁾
Yanara Pinheiro Carvalho⁽²⁾

1) Universidade de Fortaleza - UNIFOR
- Fortaleza - Ceará

2) Nutrição Parenteral e Enteral -
NUTRIMED - Fortaleza - Ceará - Brasil

Recebido em: 05/02/2012
Revisado em: 11/05/2012
Aceito em: 27/05/2012

RESUMEN

Objetivo: Describir los factores relacionados a la adhesión al tratamiento del usuario hipertenso. **Métodos:** Estudio trasversal, descriptivo, con abordaje cuantitativo, desarrollado en Fortaleza-CE, Brasil. La muestra fue constituida de 400 usuarios hipertensos. La recogida de datos se dio entre los meses de julio y octubre de 2010 a través de entrevista. Fue utilizada la estadística descriptiva y los datos fueron representados en cuadros. **Resultados:** La mayoría de los entrevistados eran mujeres (269 – 67,2%), en la franja etaria de 40 y 79 años (390 – 97,5%). Conforme los entrevistados, se destacaron como condiciones favorables a la adhesión al tratamiento: en relación al propio usuario - 280 (70%) usuarios indicaron la contribución de recursos financieros para la adquisición de alimentos y medicamentos, y 172 (43%) afirmaron la inversión en el autocuidado; la familia - 98 (24,5%) usuarios declararon la ayuda financiera para la medicación antihipertensiva, 78 (19,5%) relataron el incentivo a la adhesión y 78 (19,5%) desearon la reducción de la responsabilidad financiera con la familia; el equipo de salud - 189 (49,5%) usuarios indicaron libertad para verbalización, 168 (42%) citaron atención resolutive y humana y 115 (28,7%) solicitaron escucha activa; la institución de salud - 242 (60,5%) han elegido la reducción del tiempo de espera para la consulta y realización de pruebas. **Conclusión:** Las condiciones favorables a la adhesión del usuario hipertenso al tratamiento están vinculadas al propio usuario, la familia, el equipo de salud y la institución de salud, con evidencia de interrelación interdependencia.

Descriptores: Cooperación del Paciente; Hipertensión; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento isquêmico cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal. Ela tem sido responsável por aproximadamente 25% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e por 40% da etiologia dos acidentes vasculares cerebrais, sendo a causa da cardiopatia hipertensiva⁽¹⁾.

Em 2000, a prevalência de HAS no mundo era de 26,4%, correspondendo a 972 milhões de pessoas. Nos Estados Unidos, há mais ou menos 50 milhões de hipertensos. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões (30% da população adulta). Das pessoas com mais de 60 anos, 60% têm HAS. Admite-se que, em todo o mundo, exista cerca de um bilhão de hipertensos⁽²⁾.

A partir do critério atualmente utilizado para diagnosticar HAS (pressão arterial (PA) sistólica ≥ 135 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 85 mmHg)⁽²⁾, as taxas de prevalência na população urbana adulta brasileira, em

estudos selecionados, variam de 22,3% a 44%, estimando-se valores entre 15% e 47,8% entre os homens, e 15% e 41,1% entre as mulheres. Nas cidades brasileiras, como Araraquara-SP e São Paulo-SP, em 1990, foram encontrados 43% e 22%, respectivamente; em Piracicaba-SP, em 1991, 33%; Porto Alegre-RS, em 1994, 26%; e Cotia-RS, em 1997, 44%⁽²⁾.

No Ceará, entre os meses de janeiro e maio de 2012, foram cadastrados 4.617 novos usuários hipertensos. Destes, 1.543 (33,4%) eram do sexo masculino e 3.074 (66,6%), do feminino. Nesse mesmo período, em Fortaleza-CE, registraram-se 203 usuários, sendo 53 (26,1%) homens e 150 (73,9%) mulheres⁽³⁾.

Os fatores de risco constitucionais da HAS incluem: a) a idade, cuja prevalência fica em torno de 7% para crianças, 20% para os adultos e 65% para os idosos; b) o sexo, pois a mulher, até a menopausa, devido à produção de estrogênio, que exerce a função protetora sobre o sistema cardiovascular feminino, é menos acometida que o homem, porém, a partir dessa etapa de vida, ela se iguala ao homem; c) a cor, em que há uma predominância nos negros; e d) os antecedentes familiares, os quais, quando associados a outros fatores, contribuem para o desenvolvimento da morbidade⁽⁴⁾.

Os fatores do estilo de vida contribuintes para o surgimento da HAS consistem em: consumo excessivo de sal e gorduras animais; obesidade, um fator em potencial para o desenvolvimento da doença; estresse, pela estimulação excessiva do sistema nervoso simpático, aumentando os níveis pressóricos; tabagismo, devido ao aumento da PA pela presença da nicotina; álcool, que age na musculatura cardíaca; sedentarismo, associado ao atual estilo de vida da população; e o uso de contraceptivos orais, pela ação sobre o sistema cardiovascular da mulher⁽⁴⁾.

No atendimento ambulatorial aos usuários hipertensos, tem-se observado que a falta de adesão ao tratamento está associada à aquisição, custo, desconfortos e complexidade do esquema medicamentoso, além do difícil acesso aos serviços no sistema de saúde.

A adesão ao tratamento é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; diz respeito à frequência, constância e perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Portanto, o vínculo entre profissional e paciente é fator estruturante e de consolidação do processo, razão pela qual deve ser considerado⁽⁵⁾.

A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, assintomatologia); às crenças, hábitos culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, autoestima);

ao tratamento (custos, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida); à instituição (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e de atendimento); e ao relacionamento com a equipe de saúde (envolvimento e relacionamento inadequados)⁽⁶⁾.

A não adesão ao tratamento pode ser decorrente dos efeitos indesejáveis dos anti-hipertensivos, das barreiras financeiras, da falta de motivação do paciente em tratar uma doença assintomática, da duração do tratamento (a vida toda), da influência na qualidade de vida, do relacionamento inadequado com a equipe de saúde, dentre outros fatores⁽⁷⁾.

Dessa forma, a adesão inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados aos pacientes, envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde, à uma adaptação ativa a essas condições, à identificação dos fatores de risco no estilo de vida, ao cultivo de hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida, e ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado. Considera-se, também, fatores relacionados ao(s) profissional(is), comportando ações de saúde centradas na pessoa, e não exclusivamente nos procedimentos, com orientação, informação, adequação dos esquemas terapêuticos ao estilo de vida do paciente, esclarecimentos, suporte social e emocional⁽⁵⁾.

Nessa perspectiva de ação, a atitude acolhedora do profissional que cuida respalda o paciente para novas atitudes perante o adoecimento, então o medicamento passa a ser apenas um recurso terapêutico a mais na promoção da saúde. Há, também, fatores ligados à instituição de saúde, cuja finalidade é promover e estimular ações que contribuam para que os indivíduos envolvidos possam caminhar em direção à eficácia e à qualidade do tratamento⁽⁵⁾.

Pode-se dizer que existe quase uma exigência social para que se mude o processo de formação de profissionais capazes de prestar uma atenção integral e humanizada às pessoas, que trabalhem em equipe e saibam tomar decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis e as medidas mais eficazes⁽⁸⁾.

Com base na problemática e nos fatores determinantes da adesão, além da responsabilidade do usuário pelo seu tratamento, questiona-se: na opinião do usuário, como a instituição, a família, a equipe de saúde e ele próprio podem favorecer a adesão ao tratamento da HAS? Mediante esse questionamento, optou-se por este estudo, com o objetivo de descrever os fatores relacionados à adesão ao tratamento do usuário hipertenso.

MÉTODOS

Estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um Centro de Saúde da

Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional VI (SER VI), em Fortaleza-CE.

A população foi composta por 1.600 usuários hipertensos inscritos no CSF e cadastrados no Hiperdia. A amostra foi constituída por 400 usuários maiores de 20 anos, que aceitaram participar da pesquisa, independentemente de idade, sexo, raça, escolaridade, estado civil ou renda familiar. Ressalta-se que o cálculo amostral se baseou na prevalência da HAS no Brasil, que era em torno de 25%⁽²⁾.

Os dados foram coletados durante os meses de julho e outubro de 2010, por meio de entrevista estruturada, cujo roteiro conteve os dados sociodemográficos e aqueles relacionados às condições favoráveis à adesão do usuário hipertenso ao tratamento. Em seguida, foram organizados no programa Statistical Package for Social Science (SPSS), representados em quadros e analisados por meio de frequência absoluta.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)⁽⁹⁾. Os participantes foram orientados quanto ao anonimato e que poderiam retirar o seu consentimento no momento em que desejassem. Os dados foram coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a emissão do parecer favorável, número 04-429/2010, da Comissão de Ética de Pesquisa do Hospital de Messejana/MS/SUS/SESA, em Fortaleza-CE.

RESULTADOS

Para possibilitar a análise, agruparam-se os dados em caracterização sociodemográfica dos usuários e descrições das condições favoráveis à adesão do usuário hipertenso ao tratamento.

Na caracterização sociodemográfica, de acordo com o Quadro I, percebe-se que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino (269 - 67,2%), de cor parda (219 - 54,7%) e com idade entre 40 e 79 anos (390 - 97,5%). Ressalta-se que havia 54 (13,5%) negros e 228 (57,2%) com história familiar de HAS. Também se evidenciou 10 (2,5%) usuários na faixa etária entre 20 e 39 anos, com predomínio entre as mulheres.

Entre os usuários, 255 (63,7%) eram alfabetizados e/ou haviam cursado o ensino fundamental, e 79 (19,7%) eram analfabetos. Dos entrevistados, 199 (49,7%) informaram ter renda familiar mensal de um a dois salários mínimos e 142 (35,5%) tinham renda familiar mensal inferior a isso. Quanto à ocupação, 194 (48,5%) eram aposentados, 75 (18,7%) se ocupavam com o lar e os demais (32,7%) informaram atividades laborativas, tais como costura, construção civil, carpintaria, trabalho doméstico e artesanato.

Constatou-se que 289 (72,2%) entrevistados procediam de Fortaleza-CE. Destes, 97 (24,2%) nasceram na capital e

QUADRO I - Distribuição dos usuários hipertensos, segundo as características sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2010. n = 400

Características sociodemográficas								
		f	%			f	%	
Faixa etária (anos)	20-39	10	2,5	Naturalidade	Fortaleza-CE	111	27,8	
	40-59	173	43,2		OM³	289	72,2	
		60 ou mais	217	54,3	Procedência	Fortaleza-CE	289	72,2
Sexo	Masculino	131	32,8	OM³		111	27,8	
	Feminino	269	67,2	Religião	Catolicismo	311	77,7	
Cor	Parda	219	54,7		Protestantismo	67	16,7	
	Branca	127	31,7		Não informou	22	5,5	
	Negra	54	13,5	Condições de moradia	Alugada	45	11,5	
Renda mensal¹	Abaixo de 1	142	35,5		Própria	331	82,5	
	1-2	199	49,7		Outras⁴	24	6,0	
	Acima de 2	59	14,8	Estado civil	Casado	216	54,0	
Escolaridade	Analfabetismo	79	19,7		Solteiro	42	10,5	
	Alfabetização	148	37,0		Separado	45	11,2	
	Ensino fundamental	107	26,7	Viúvo	74	18,5		
	Ensino médio	54	13,0	União estável		23	5,7	
	Ensino superior	12	3,0		Com quem mora	Filho	67	16,7
Ocupação	Aposentado	194	48,5			Cônjuge	39	9,7
	Prendas do lar	99	24,7	Cônjuge e filho		150	37,5	
	Outras²	107	26,8	Outros⁵	144	36,0		

¹Em salários mínimos (R\$ 510,00). ²Trabalho doméstico, construção civil, carpintaria, costura, artesanato. ³Outros municípios do estado do Ceará. ⁴Instituição asilar, local de trabalho, residência de familiares e de conhecidos. ⁵Residentes de instituição asilar, empregadores domésticos e conhecidos.

192 (48%) eram naturais de outros municípios do Ceará. Entre os 111 (72,2%) que residiam em Fortaleza, 97 (24,2%) eram nativos e 14 (3,5%) tinham naturalidade fortalezense. A religião católica predominou, referida por 311 (77,7%) usuários. Identificou-se, ainda, que 216 (54,0%) se encontravam casados, 331 (82,7%) residiam em casa própria e 150 (37,5%) coabitavam com cônjuge e/ou filhos.

Em relação às descrições das condições favoráveis à adesão do usuário hipertenso ao tratamento, no quesito “condições do próprio usuário”, o Quadro II evidencia que 280 (70%) usuários indicaram o aporte de recursos financeiros suficientes para a aquisição de alimentos, medicamentos, além de outras condições necessárias ao bem-estar; 128 (32%) tinham plano de saúde suplementar, porque eliminaria as dificuldades de acesso ao SUS; e 113 (28,2%) indicaram a residência em Fortaleza-CE em decorrência de maiores condições de cuidado com a saúde.

Para 172 (43%) usuários, seria imprescindível o investimento no autocuidado; 138 (34,5%) ressaltaram a conscientização sobre os riscos da HAS para a saúde; 88 (22%) indicaram a busca de orientações sobre o tratamento

com a equipe de saúde; e 72 (18%) reforçaram a atenção às orientações fornecidas.

Entre as condições indicadas para a adesão ao tratamento, estavam aquelas inerentes à dimensão emocional levantadas pelas mulheres, a saber: combate da depressão; redução de preocupações relativas ao alcoolismo de filhos e cônjuge (128 - 2,0%), dificuldades financeiras e conflitos familiares; e residência individualizada (39 - 9,7%).

De acordo com outros usuários, a adesão ao tratamento está condicionada às atividades laborativas, pois 98 (24,5%) mencionaram o retorno ao trabalho, visto que estavam afastados em decorrência de aposentadoria e desemprego; 60 (15%) indicaram a redução das atividades laborativas em domicílios.

No que se refere às condições inerentes à família, no Quadro II, estão as sugestões dos usuários: 95 (23,7%) referiram dedicação, 86 (21,5%) desejavam compreensão e 78 (19,5%) citaram o encorajamento para a adesão.

Outros usuários fizeram referências à coabitação: 39 (9,7%) almejavam que os familiares aceitassem que eles morassem sozinhos, para fins de tranquilidade e repouso, contudo, 113 (28,2%) preferiam morar próximo de familiares e 16 (4%) residiam com a família.

QUADRO II – Distribuição dos usuários hipertensos segundo as condições favoráveis à adesão ao tratamento, relacionadas ao próprio usuário, à família, à equipe de saúde e à instituição de saúde. Fortaleza-CE, 2010. n = 400

Usuário	f	%	Família	f	%	Equipe de saúde	f	%	Instituição de saúde	f	%
Recursos financeiros suficientes	280	70,0	Redução das preocupações	160	40,0	Pontualidade	225	56,2	Redução do tempo na sala de espera	242	60,5
Investimento do autocuidado	172	43,0	Abolição do alcoolismo em familiares	128	32,0	Liberdade para verbalização	189	49,5	Eficácia na marcação e realização dos exames	204	51,0
Consscientização sobre os riscos da HAS	138	34,5	Residência próxima	113	28,2	Fornecimento de resultados de exames	174	43,5	Rapidez no atendimento	198	49,5
Aquisição de plano de saúde	128	32,0	Aquisição da medicação	98	24,5	Atendimento resolutivo e humano	168	42,0	Substituição da falta de um profissional	188	47,0
Residência em Fortaleza-CE	113	28,2	Dedicação	95	23,7	Abolição do autoritarismo	135	33,7	Dispensação total da medicação	176	44,0
Combate à depressão	112	28,0	Compreensão	86	21,5	Encaminhamentos aos profissionais	121	30,2	Redução no intervalo entre as consultas	169	42,2
Retorno ao trabalho	98	24,5	Incentivo na adesão	78	19,5	Fornecimento de orientações	116	29,0	Cobrança na pontualidade dos médicos	98	24,5
Busca de orientações com a equipe de Saúde	88	22,0	Redução da responsabilidade financeira	78	19,5	Escuta ativa	115	28,7	Redução das mudanças de medicamentos	98	24,5
Atenção às orientações recebidas	72	18,0	Aceite da moradia individualizada	39	9,7	Elevação da auto-estima	98	24,5	Prioridades no atendimento	89	22,2
Redução das atividades laborativas	60	15,0	Residência com familiares	16	4,0	Nada a acrescentar	71	10,2	Aumento do número de profissionais	88	22,0
Redução das preocupações	52	13	Nada a acrescentar	141	35,2	Não informou	128	32,0	Capacitação dos servidores	87	21,7
Residência individualizada	45	11,2	Não informou	99	27,4			Flexibilidade na marcação de consultas e exames	87	21,7	
Nada a acrescentar	68	17,0						Dinamização da ouvidoria	86	21,5	
Não informou	52	13,0						Nada a acrescentar	56	14,0	
								Não informou	102	25,5	

Noventa e oito (24,5%) usuários hipertensos declararam a ajuda financeira para a aquisição da medicação anti-hipertensiva, uma vez que não a recebiam regularmente; e 78 (19,5%) desejavam a redução da responsabilidade financeira com a família, com o repasse de parte dela para os filhos, uma vez que estes eram independentes financeiramente e residiam com os pais. Para 128 (32%) usuários, a abolição do alcoolismo entre os familiares contribuiu significativamente para a adesão ao tratamento.

Sobre as condições relativas à equipe de saúde, o Quadro II revela as sugestões dos usuários ao relacionamento com a equipe de saúde, a saber: 189 (49,5%) indicaram liberdade para verbalização, 174 (43,5%) atentaram para o fornecimento e explicação dos resultados dos exames, 168 (42%) citaram atendimento resolutivo e humano, 135 (33,7%) afirmaram a abolição do autoritarismo, 121 (30,2%) mencionaram o encaminhamento do médico a outros profissionais, 115 (28,7%) solicitaram escuta ativa e 98 (24,5%) sugeriram condutas que elevassem a autoestima. Além disso, 225 (56,2%) informaram a pontualidade e assiduidade dos médicos, e 201 (50,2%) sugeriram a legibilidade das receitas médicas.

O Quadro II revela, ainda, as condições restritas da instituição de saúde para a adesão do usuário hipertenso ao tratamento, que estavam atreladas ao atendimento, aos recursos humanos e à assistência farmacêutica.

Em relação ao atendimento, 242 (60,5%) usuários indicaram a redução do tempo na sala de espera para a consulta e realização de exames, 204 (51%) disseram sobre a eficácia na marcação e realização dos exames, 198 (49,5%) mencionaram a rapidez no atendimento, 169 (42,2%) citaram a redução no intervalo entre as consultas, 89 (22,2%) ressaltaram o estabelecimento de prioridades no atendimento, 87 (21,7%) salientaram a flexibilidade na marcação de consultas e exames e 86 (21,5%) solicitaram a dinamização da ouvidoria.

Quanto aos recursos humanos, 188 (47%) usuários hipertensos aventaram a substituição do médico mediante a sua falta no consultório, 98 (24,5%) cobraram pontualidade dos médicos, 88 (22%) indicaram o aumento do número de profissionais e 87 (21,7%) sugeriram a capacitação dos servidores envolvidos no atendimento.

No que diz respeito à assistência farmacêutica, 176 (44%) reivindicaram a dispensação total e regular da medicação prescrita, e 98 (24,5%) mencionaram a redução de mudanças dos medicamentos.

DISCUSSÃO

Em relação às características biossociais dos usuários investigados, o fato de a maioria pertencer ao sexo

feminino pode ser indicativo de que as mulheres têm maior preocupação com a sua saúde, frequentam mais os serviços de saúde e são mais participativas do que os pacientes do sexo masculino⁽¹⁰⁾. A predominância de mulheres na população parece ser devido ao aumento da taxa de mortalidade dos homens e ao fato de a expectativa de vida das mulheres ser maior.

De acordo com dados do censo demográfico realizado em 2000, no Brasil, a esperança de vida das mulheres é superior (72,6 anos) à dos homens (64,8 anos). O mesmo ocorre com a esperança de vida aos 60 anos, que, entre as mulheres, é de 19,4 anos e entre os homens, 16 anos⁽¹¹⁾. No Ceará, os números são menores, no entanto, as mulheres também apresentam esperança de vida maior (69,7 anos) que os homens (63,1 anos), assim como a esperança de vida aos 60 anos, que, para as mulheres, é de 18 anos e para os homens, 15.

A cor também merece ser avaliada, pois negros e mulatos hipertensos foram menos aderentes às consultas e apresentaram menor controle da pressão arterial do que os brancos⁽¹⁰⁾. A predominância de pardos no presente estudo pode ser atribuída, principalmente, à grande miscigenação existente no Brasil. Em Fortaleza-CE, de acordo com dados do IBGE, a população é constituída por 55,1% de pardos e 2,8% de negros⁽¹¹⁾.

As diferenças socioeconômicas também se destacam, com a HAS apresentando maior frequência em classes econômicas menos favorecidas, com indicadores de baixa escolaridade e renda, e dificuldades de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos⁽¹⁰⁾. Esses aspectos corroboram com os achados deste estudo e demonstram certa marginalização dessas pessoas quanto ao acesso à escola, mais significativo entre indivíduos do sexo feminino.

A baixa escolaridade é outro fator apontado como comprometedor dos níveis de adesão ao tratamento, uma vez que o paciente tem dificuldades para ler e seguir a prescrição médica⁽¹²⁾. A prevalência da HAS é inversamente proporcional à escolaridade e renda, isto é, quanto maior o grau de instrução e capacidade econômica, menor a incidência, devido ao maior nível de cuidados com a saúde⁽¹¹⁾.

No atual estudo, a naturalidade e a procedência estão diretamente relacionadas ao nível socioeconômico. Pessoas com condições menos favorecidas nasceram no interior e, possivelmente, migraram para a capital com a perspectiva de melhoria de vida em relação ao trabalho, à moradia e à saúde.

Um estudo revelou que o fato de possuir companheiro expressado pelo estado civil pode ser um agente facilitador no processo de tratamento dos hipertensos⁽¹⁰⁾. Indivíduos que compartilham experiências com seus cônjuges e recebem

apoio deles podem ter melhor participação no seguimento do tratamento. Por outro lado, os que não convivem com o cônjuge ou residem com filhos e/ou outras pessoas têm uma adesão menor ao regime terapêutico. Isso pode ser atribuído à falta de estímulo que o hipertenso sofre para seguir o tratamento ou à adequação que ele precisa fazer para agradar aos outros familiares⁽¹³⁾.

Percebe-se, portanto, que o agravo deve ser enfrentado por todos. Se existir a inclusão da família, mudar os hábitos de vida se torna mais fácil, sem mencionar que constitui a prevenção dos fatores hereditários. De acordo com os participantes, a contribuição do familiar na adesão ao tratamento se inicia com a adoção de hábitos saudáveis, apoio emocional e financeiro.

O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes. Apesar de a despesa com medicamentos representar grande parte do investimento em saúde pública, em países como o Brasil, a distribuição gratuita de medicamentos não cobre as necessidades correntes, mesmo diante dos grandes avanços nesse quesito, como no caso da terapia anti-hipertensiva. No que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS ainda enfrenta dificuldade em promover qualidade à saúde do usuário⁽¹²⁾.

Para que a clientela incorpore essa conduta em seu cotidiano, é imprescindível a atuação integralizada e interdisciplinar da equipe de saúde, através do desenvolvimento de estratégias de educação em saúde, objetivando a conscientização sobre a busca e a manutenção da saúde.

O acompanhamento dos usuários pelos profissionais de saúde, na intenção de prevenir complicações e obter um maior nível de qualidade de vida, que é uma das estratégias do Ministério da Saúde nos programas que tratam do acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Básica, deve ser enfatizado não só pela importância do tratamento farmacológico, mas também pelas mudanças no estilo de vida, pautadas em estratégias educativas para o empoderamento dos usuários⁽¹⁴⁾.

A efetividade da participação da equipe de saúde, de forma sistemática e integralizada, no acompanhamento da pessoa hipertensa envolve o aspecto psicoemocional, o fornecimento de orientação e a elucidação de dúvidas sobre a prevenção e o controle dos problemas de saúde, repercutindo na adesão ao tratamento. A educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle adequado da pressão arterial se o usuário não for instruído sobre os princípios em que se fundamentam o tratamento. Portanto, a participação ativa do indivíduo é a única solução

eficaz no controle das doenças e na prevenção de suas complicações⁽¹⁵⁾.

AHAS tem um início assintomático, mas, com o tempo, advêm demandas decorrentes da doença e de seu tratamento, podendo ocorrer algum tipo de incapacidade, que pode ser: de ordem física (eliminatória, sensitiva, motora); cognitiva, como o comprometimento da orientação, do raciocínio e da tomada de decisão; social, como a dependência física e financeira dos familiares e a modificação no desempenho de papéis; e psicológica, quando ocorre baixa autoestima, déficit motivacional, depressão, ansiedade, agressividade, negação da doença etc.⁽¹⁶⁾

Considerando-se essas várias facetas da HAS, o referencial cognitivo-comportamental tem trabalhado com duas categorias de intervenção: a) os métodos comportamentais, que objetivam uma ação direta na PA ou no processo fisiológico que atua sobre sua regulação, como relaxamento, *biofeedback*, hipnose e treino autogênico; e b) os métodos psicoterapêuticos, sem uma estruturação ou especificidade definida, objetivando influenciar as respostas diante dos focos tensores e modificar os estados emocionais envolvidos nesse processo, de forma que favoreçam indiretamente à redução da pressão⁽¹⁶⁾.

O retorno às atividades laborativas traz para o usuário a autodeterminação e a independência. Pode funcionar como busca de autonomia e sentido na vida. As atividades lúdicas, laborais, culturais e/ou religiosas são muito proveitosas, propiciando ao indivíduo a exploração de suas potencialidades, promovendo a prevenção, o controle e o tratamento de transtornos psicossociais e até a adesão ao tratamento anti-hipertensivo⁽¹⁷⁾. Os benefícios citados justificam a sugestão dos entrevistados sobre o retorno ao trabalho. Além disso, poderão ocorrer mudanças de papéis na família, o que possivelmente influenciará de modo positivo na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento.

A família é altamente relevante na aquisição de hábitos e mudanças no estilo de vida, sendo, portanto, de extrema importância na busca pela adesão do cliente ao tratamento⁽¹⁸⁾. Ela é a primeira fonte de suporte à qual seus membros recorrem para a resolução de problemas, podendo estar presente desde a simples preparação da refeição, passando pela modalidade de lazer, até a rotina de consultas e uso de medicamentos. Logo, a família deve estar intimamente envolvida no tratamento do portador de HAS.

Os cuidados implementados pela família têm a finalidade de preservar a vida de seus membros, com a vantagem de serem realizados de maneira adequada às suas possibilidades, aos seus padrões culturais, às suas necessidades particulares e às condições do meio em que vivem⁽¹⁹⁾. Ela assume, desse modo, uma parcela significativa de responsabilidade na prestação do cuidado à saúde de seus membros, especialmente em relação ao doente crônico⁽⁴⁾.

O cuidado da família ao ser doente apresenta obstáculos, mas são transpostos com amor, dedicação, solidariedade e fé. O conhecimento sobre a doença se revela no cotidiano, que mostra como esta se caracteriza, qual a sua causa, quais as sequelas e o impacto financeiro do tratamento, sendo exigido dos profissionais de saúde a visão integral do paciente no contexto familiar⁽²⁰⁾.

Os vícios na família, como o alcoolismo, contribuem para o aumento do estresse e das preocupações, trazendo sérios problemas aos membros que são portadores de HAS⁽²¹⁾. O álcool, em uso abusivo, relaciona-se com a maior mortalidade cardiovascular. De certo modo, esse fato corrobora com a opinião do usuário que admite a repercussão desfavorável na adesão ao tratamento do alcoolismo praticado por familiares.

Um dos problemas apontados pelos usuários hipertensos da presente pesquisa é a falta de acolhimento, paciência e diálogo por parte dos profissionais de saúde, indicando uma deficiência no atendimento humanizado por parte da equipe de saúde. Devido às características clínicas da HAS, fazer a pessoa hipertensa seguir os esquemas terapêuticos propostos exige da equipe dedicação e tempo para informar e orientar adequadamente⁽²²⁾.

Cabe à equipe de saúde incentivar e educar o usuário, informando-lhe com clareza o significado clínico e o prognóstico de sua doença. O vínculo é consequência de uma relação mais próxima do usuário com a equipe de saúde⁽²²⁾.

Segundo a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde⁽²³⁾, as receitas e prescrições terapêuticas devem conter: a) nome genérico das substâncias prescritas; b) clara indicação da posologia e dosagem; c) escrita impressa, datilografada, digitada ou em caligrafia legível; d) textos sem códigos ou abreviaturas; e) nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão; f) assinatura do profissional e data, assegurando ao cidadão o tratamento adequado e efetivo ao seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados. A falta de legibilidade nas receitas pode favorecer a não adesão, e esse fato foi citado pela maioria dos entrevistados.

A consolidação da Política Nacional de Humanização (PNH) se focaliza em quatro marcas específicas: 1) serão reduzidas as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso, atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; 2) todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial; 3) as unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas da sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS; 4) as unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores⁽²³⁾.

A simplificação do esquema terapêutico, com redução do número de tomadas de medicamentos, eleva a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Além disso, doses elevadas de medicamentos podem aumentar a incidência de reações adversas. Assim, a utilização de dois medicamentos em apenas uma formulação é um fator determinante para uma melhor adesão ao tratamento⁽²⁴⁾.

Intervenções que elevam a motivação do paciente e envolvem treinamento multiprofissional, aliadas a medidas que garantam o acesso do paciente ao medicamento hipotensor, parecem ser promissoras. É papel do médico manter constante vigilância caso haja reações adversas aos medicamentos anti-hipertensivos, usando critérios baseados na epidemiologia clínica e nos resultados de estudos clínicos bem delineados para a seleção e individualização do melhor medicamento para determinado paciente⁽²⁴⁾.

A prática da atenção farmacêutica é de extrema importância e requer conhecimento da terapêutica e dos agentes anti-hipertensivos, de forma a ser possível identificar, prevenir e resolver os problemas relacionados aos medicamentos, e aumentar o conhecimento que os pacientes devem ter a respeito da doença e da medicação, favorecendo a adesão ao tratamento, com objetivo final do melhor controle da PA⁽²⁵⁾.

CONCLUSÕES

Na ótica do usuário hipertenso, as condições favoráveis à adesão ao tratamento estão vinculadas a ele mesmo, à família, à equipe de saúde e à instituição de saúde. Nessa vinculação, há evidência de inter-relação e interdependência.

Também se constata a relação direta entre os deveres da equipe de saúde e dos gestores para com os usuários e familiares, e a responsabilidade destes na adesão ao tratamento, bem como na atenção à saúde em geral. Esse fato suscita os princípios (deveres e direitos) construtores da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (CDUS).

Fontes financiadoras da pesquisa:

Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS) / Ministério da Saúde (MS) / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) / Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

REFERÊNCIAS

1. Duncan BB, Shmidt MI, Giuliane ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2006.
2. Barbosa JB, Silva AAM, Santos AM, Monteiro Junior FG, Barbosa MM, Barbosa MM, et al. Prevalência da

- Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados em São Luís-MA. *Arqui Bras Cardiol* 2008;9(4):260-6.
3. Ministério da Saúde (BR). Número de hipertensos por sexo, cadastrados no HIPERDIA no período de janeiro a maio de 2012 [acesso em 2012 Mai 25]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/datasus>
 4. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Lima HP, Sena VL. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. *Texto Contexto Enferm*, 2007;16(1):63-70.
 5. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005;9(16):99-104.
 6. Pierin AMG, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial; 2001.
 7. Gusmão JL, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento: conceitos. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(1):23-5.
 8. Feuerwerker LCM. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. *Cadernos CE*. 2001; 2(4):11-23.
 9. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
 10. Taveira LF, Pierin AMG. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? *Rev Latinoam Enferm*. 2007;15(5):102-8.
 11. Menezes TN. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sócio-demográficas. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):93-9.
 12. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm*. 2005;14(3): 332-40.
 13. Oliveira TCE. Hipertensão arterial: fatores que interferem no seguimento do regime terapêutico [Trabalho de Conclusão de Curso]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2007.
 14. Barbosa LA, Dantas TM, Oliveira CC. Estratégia Saúde da Família: Avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2011; 24(4):340-6.
 15. Souza ALL, Jardim PCBV. A Enfermagem e o paciente hipertenso em uma abordagem multiprofissional - relato de experiência. *Rev Latinoam Enferm*. 2004; 2(1):34-42.
 16. Cadê NV. Terapia de grupo para pacientes com hipertensão arterial. *Rev Psiquiatr Clín*. 2001;28(6):300-4.
 17. Garcia MAA, Yage GH, Souza CS, Odoni APC, Frigério RM, Merlin SS. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14(2):175-82.
 18. Pierin AMG, Gusmão JL, Carvalho LVB. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens* 2004;7(3):100-3.
 19. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16(2): 263-70.
 20. Menezes JNR, Mota LA, Santos ZMSA, Frota MA. Repercussões psicossociais do acidente vascular cerebral no contexto da família de baixa renda. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2010;23(4):335-42.
 21. Giorgi DMA. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(1):47-50.
 22. Gomes RCTF. Atuação da equipe saúde da família e do gerente da UBASF na adesão do usuário hipertenso ao tratamento - análise com enfoque na educação em saúde.[dissertação]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2006.
 23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 24. Coelho EB, Nobre F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(1):51-4.
 25. Rebolho A. Atenção farmacêutica ao paciente hipertenso – uma abordagem na adesão ao tratamento. *Infarma*. 2002;14(11):36-9.

Endereço para correspondência

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC
Av. Washington Soares, 1321
Bairro: Edson Queiroz
CEP: 60.811-905 - Fortaleza-CE - Brasil
zeliasantos@unifor.br