

# DIFICULDADES DE ADEÇÃO AO TRATAMENTO POR HIPERTENSOS DE UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Difficulties of adherence to hypertension treatment in a primary health care unit

Aline dos Santos Becho<sup>1</sup>,  
Jorge Luis Tavares de Oliveira<sup>2</sup>, Geovana Brandão Santana Almeida<sup>3</sup>

## RESUMO

Hipertensão arterial é um problema de saúde pública mundial. É caracterizada como doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial e assintomática na maioria dos casos. A falta de adesão ao tratamento é uma dificuldade encontrada no atendimento aos hipertensos. Tem-se constituído grande desafio para os profissionais da saúde. **Objetivo:** o estudo teve por objetivo identificar as dificuldades para a adesão do usuário ao tratamento prescrito. **Metodologia:** trata-se de um estudo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, realizado em Unidade de Atenção Primária à Saúde no município de Juiz de Fora (MG), por meio de entrevistas com 13 usuários. **Conclusão:** concluiu-se que a principal forma de controle/tratamento da hipertensão arterial é o farmacológico. Usuários têm adesão insatisfatória ao tratamento anti-hipertensivo. Isso se deve ao déficit de conhecimento em relação à doença e ao tratamento não medicamentoso, à ausência de sintomatologia, a dificuldades financeiras e efeitos colaterais do tratamento farmacológico instituído.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão; Adesão à Medicação; Enfermagem.

## ABSTRACT

Hypertension is a worldwide public health problem. It is a chronic, non-communicable, multifactorial and asymptomatic disease in most cases. The lack of adherence to treatment is a difficulty in the treatment of hypertension. It has been a major challenge for health professionals. **Objective:** the study aimed to identify the difficulties to users adhere to the prescribed treatment. **Methodology:** this was a descriptive study with a qualitative approach, performed in a Primary Health Care Unit in the city of Juiz de Fora/MG, through interviews with 13 users. **Conclusion:** it was concluded that the main form of control/treatment of Hypertension is pharmacological. Users have poor adherence to antihypertensive treatment. This is due to lack of knowledge about the disease and non-drug treatment, absence of symptoms, financial difficulties and side effects of pharmacological treatment.

**KEYWORDS:** Hypertension; Medication Adherence; Nursing.

<sup>1</sup> Enfermeira, Especialização em MBA em Gestão em Saúde, Acreditação e Auditoria. Universidade Federal de Juiz de Fora.

<sup>2</sup> Enfermeiro, Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: jorgektarin@yahoo.com.br.

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da Universidade Federal de Juiz de Fora/Faculdade de Enfermagem/Departamento de Enfermagem Aplicada.

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos graves problemas de saúde pública, sendo uma preocupação em todo o mundo, caracterizada como uma doença crônica, de caráter não transmissível, de natureza multifatorial e de detecção muitas vezes tardia por sua evolução lenta e assintomática na maioria dos casos.<sup>1,2</sup>

As doenças crônicas se constituem em uma importante preocupação em todo o mundo, em razão de seu alto perfil de incidência e prevalência, resultando em mortalidade, tornando-se onerosas aos sistemas de saúde, aos indivíduos e às famílias dos portadores de HAS, impondo dificuldades financeiras. Ressalta-se que todo tratamento de doenças crônicas representa um importante desafio aos indivíduos que são acometidos, bem como aos profissionais de saúde, especialmente para a enfermagem.<sup>2-4</sup>

Hipertensão arterial está associada com disfunção endotelial, que é caracterizada por ausência ou mau funcionamento dos mecanismos de vasodilatação iniciados pelo tecido endotelial, que compromete o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, levando a um aumento da tensão sanguínea nos vasos, capaz de prejudicar a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos por eles irrigados, em especial o cérebro, o coração e os rins.<sup>1,2</sup>

Uma das dificuldades encontradas no atendimento às pessoas hipertensas é a falta de adesão ao tratamento.<sup>2,3</sup> Isso tem constituído um grande desafio para os profissionais da saúde, sendo responsável pelo aumento dos custos sociais, como absenteísmo do trabalho, licenças para tratamento de saúde e aposentadorias por invalidez, já que a HAS é uma das doenças que favorecem o aumento desses custos.<sup>2,3,5</sup>

A não adesão ao tratamento pelo hipertenso é um dos desafios a ser enfrentados pelos profissionais, pelas instituições e políticas de saúde direcionadas ao controle da HAS. Adesão é compreendida como a concordância entre a prescrição de medidas terapêuticas e o aceite dos usuários/pacientes às recomendações, a fim de manter sua saúde,<sup>6-8</sup> sendo um processo comportamental complexo, influenciado pelo ambiente, pelo indivíduo, pelos profissionais de saúde, em especial pelos enfermeiros, e pelo modo como os cuidados devem ser prestados aos hipertensos.<sup>8-11</sup>

Ressalta-se que adesão não é apenas o simples seguimento das recomendações terapêuticas prescritas, devendo ser considerada a identificação dos fatores que causam a interrupção do tratamento, os quais dificultam e impedem a manutenção do tratamento, seja medicamentoso, seja não medicamentoso.<sup>5-7</sup> A adesão ao tratamento é muito mais do que utilizar o medicamento prescrito, pois

implica seguir as demais condutas não medicamentosas indicadas, considerando os fatores emocionais, culturais e socioeconômicos.<sup>9-11</sup>

Assim, hábitos e estilos de vida adotados atualmente pela sociedade estão favorecendo elevação significativa da incidência das doenças crônicas não transmissíveis, sobretudo as cardiovasculares, exigindo o aperfeiçoamento e o desenvolvimento de habilidades pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde na realização das ações de prevenção e promoção da saúde direcionadas ao seu controle.<sup>8-11</sup>

A enfermagem é uma profissão alicerçada nas ações e intervenções estabelecidas por meio de cuidados prestados a indivíduos debilitados ou que por algum motivo necessitam de pessoas para prover auxílio na realização das necessidades básicas de saúde.<sup>12,13</sup> Dessa forma, ao se refletir acerca dos cuidados, devemos nos atentar para a relação complexa entre o profissional da enfermagem e o indivíduo que se cuida, ou quem será cuidado, e o modo como esse cuidado é empregado.<sup>13</sup>

O cuidado pode ser definido como “desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato,<sup>13</sup> faz-se necessário provê-lo de forma especializada, integral e humanizada, já que a enfermagem é um serviço especializado em cuidados, possuindo métodos e conhecimentos técnico-científicos para realizá-lo.<sup>12,13</sup>

A complexidade do processo de cuidar tem seu início na interação entre o indivíduo que necessita de ajuda e o enfermeiro que oferece cuidados, observando que essa interação não restringe apenas o indivíduo que está sendo assistido e o profissional, sendo formado também pela família que está igualmente envolvida no processo interativo.<sup>12,13</sup> Desse modo, a atuação da enfermagem como profissão de saúde e serviço especializado deve estar presente nos diversos serviços que compõem os níveis de atenção à saúde.<sup>12</sup>

A prática da enfermagem no nível primário de atenção tornou-se uma das principais áreas de atuação dos enfermeiros, cujos cuidados têm por finalidade a promoção e a proteção da saúde da população assistida, exigindo do profissional a tomada de decisões e intervenções adequadas, objetivando bem-estar e saúde para os usuários assistidos nesse serviço.<sup>14-17</sup>

Ressalta-se a importância da atenção primária à saúde para atuação da enfermagem, já que esse nível de atenção é um espaço no qual o enfermeiro é um integrante da equipe multiprofissional, o qual possui diversas funções de sua competência, seja nos aspectos administrativo, assistencial e educativo, estabelecendo vínculo e interação com os usuários. Assim, a prática da enfermagem na atenção básica está relacionada a ações para promover a saúde

e prevenir agravos e complicações decorrentes de doença.<sup>15-19</sup>

A atenção básica ganha força e importância com a expansão da Estratégia da Saúde da Família (ESF) no país e com a consolidação deste como estratégia de saúde,<sup>17-20</sup> havendo um avanço na autonomia e atuação dos enfermeiros, em que estes realizam ações e intervenções de forma mais concreta durante a sua prática assistencial.<sup>16</sup> Por ser um membro da equipe, o enfermeiro atua diretamente para alcançar tais resultados, tornando necessária a efetivação das suas ações nos âmbitos de promoção, proteção e recuperação da saúde.<sup>17-20</sup>

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), compete aos enfermeiros realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes da ESF em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços e realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.<sup>19</sup>

A justificativa para realizar o estudo tem como origem a inquietação em relação à dificuldade de adesão dos usuários hipertensos às terapêuticas medicamentosas e às não medicamentosas, em decorrência da observação dos comportamentos adotados pelos usuários portadores de HAS nos serviços de saúde. Dessa forma, investigar as dificuldades de adesão dos portadores de HAS às terapêuticas certamente favorecerá a atuação da enfermagem como um serviço especializado em cuidados.

Assim, o estudo visa identificar as dificuldades de adesão do portador de hipertensão arterial ao tratamento recomendado.

## MÉTODOS

O presente estudo elegeu o delineamento qualitativo de natureza descritiva, o qual possibilita a compreensão das relações de crenças, percepções, opiniões e interpretações dos homens em relação à sua forma de pensar, sentir e viver, devido aos processos e fenômenos sociais nos quais estão inseridos e envolvidos.<sup>21</sup>

Em relação à operacionalização da pesquisa, esta foi iniciada pela fase de coleta de dados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o parecer nº 012/2011, de 12 de abril de 2011, conforme previsto na resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96. A pesquisa

foi realizada no período de 2 a 27 de maio de 2011, em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), que contempla a Estratégia da Saúde da Família no município de Juiz de Fora (MG). Esse campo de pesquisa foi selecionado por apresentar heterogeneidade entre os usuários que residem na área adscrita da UAPS, no que diz respeito ao níveis sociocultural e econômico.

A coleta de dados foi realizada por meio de visita domiciliar, previamente agendada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e com os participantes de um Grupo de Hipertensos desenvolvido pela equipe de saúde, tendo sido 13 indivíduos hipertensos submetidos a tratamento anti-hipertensivo no período da coleta de dados. Os dados foram obtidos após esclarecimento sobre a pesquisa, garantindo ao participante o direito de participar da pesquisa ou abandoná-la em qualquer momento, sem penalidades. Ressalta-se que nenhum dos participantes da pesquisa negou ou recusou responder a alguma das questões norteadoras da presente investigação.

A técnica de coleta de dados deu-se por meio de entrevista semiestruturada, sendo um procedimento que possui risco mínimo, possibilitando ao participante falar das situações da sua vivência. O instrumento de coleta de dados possui caracterização sociodemográfica e questões norteadoras referentes à temática a ser investigada. Assim, as respostas dos sujeitos entrevistados foram gravadas, transcritas e analisadas (tratadas). Para identificar os participantes, foram usadas abreviações como "E01", em que E significa entrevista e o algarismo, a ordem da sequência das entrevistas. A quantidade de entrevistados foi considerada satisfatória quando houve saturação das informações.<sup>22</sup> Por critério de saturação teórica se entendem o conhecimento e a compreensão formada pelos pesquisadores acerca da compreensão da lógica interna de determinado grupo ou da coletividade por meio das informações coletadas.<sup>21,22</sup>

Com base nos depoimentos dos participantes, deu-se início à fase de transcrição das entrevistas e, a seguir, à leitura do material. Em um primeiro momento, procurou-se deter as informações obtidas dentro de um contexto geral, sem a pretensão de analisar as falas, mas apenas se familiarizar com os discursos, e, a seguir, após leituras exaustivas, procurou-se captar os significados implícitos e explícitos nas falas e, posteriormente, as informações foram categorizadas subsidiadas pelas aproximações e distanciamento dos temas encontrados.<sup>21,22</sup> Após a categorização, iniciou-se a análise das informações com apoio do referencial teórico que aborda a temática.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No processo de análise dos dados emergiram três categorias, a saber: 1) usuário não traz uma definição de hipertensão arterial, mas reconhece-a como uma doença grave; 2) medicamento como único tratamento para hipertensão arterial; 3) dificuldades apresentadas em relação ao trata-

mento da hipertensão arterial.

Dentre os entrevistados, oito eram do sexo feminino e cinco, do sexo masculino, com faixa etária entre 37 e 78 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica entre cinco e 30 anos, conforme é apresentado na tabela 1.

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica.

Sujeitos	Sexo	Idade	Tempo de diagnóstico de HAS
E01	Feminino	60 anos	20 anos
E02	Masculino	64 anos	8 anos
E03	Masculino	78 anos	8 anos
E04	Feminino	45 anos	10 anos
E05	Feminino	66 anos	5 anos
E06	Feminino	44 anos	20 anos
E07	Feminino	56 anos	8 anos
E08	Masculino	46 anos	10 anos
E09	Feminino	78 anos	30 anos
E10	Feminino	58 anos	23 anos
E11	Feminino	37 anos	5 anos
E12	Masculino	72 anos	15 anos
E13	Masculino	73 anos	20 anos

*Fonte: dados da pesquisa.*

Diversos estudos apresentam resultados acerca dos hipertensos reiterando que quanto menor o tempo de doença e do tratamento farmacológico, maiores a não adesão e o abandono às medidas terapêuticas recomendadas,<sup>2-4</sup> sendo o tempo de doença nesse estudo um período considerável em relação ao conhecimento sobre o diagnóstico de HAS, apresentando média de 13,92 anos com diagnóstico de HAS.

#### **Categoria 1** - O usuário não traz uma definição da hipertensão arterial, mas reconhece-a como uma doença grave

Os usuários demonstraram dificuldade no conhecimento acerca do que seria a HAS. A falta de conhecimento em relação à patologia é um obstáculo para que o indivíduo possa realizar com autonomia um adequado controle da sua doença, tornando-os, dessa forma, mais vulneráveis a determinada condição patológica.<sup>2-4,10</sup> Percebe-se nas presentes respostas tal condição de vulnerabilidade perante a HAS. Os entrevistados E04 e E09 des-

conhecem o que seria a HAS, sendo respondido apenas:

*“Ah!Eu num sei não.” (E04)*

*“Não sei não.” (E09)*

Em relação ao conhecimento sobre a doença, o entrevistado E08 possui informações equivocadas acerca da causa do aumento dos níveis pressóricos, relatando que a pressão arterial pode está descompensada para valores mais altos e mais baixos em decorrência do mau posicionamento cardíaco. Foi percebido que o participante se apresentou totalmente despreocupado com a sua saúde e a HAS, o que demonstra desconhecimento em relação à HAS e suas complicações.

*“Eu não me preocupo grandes coisas com saúde não. Minha esposa que tem que ter preocupação pra dois. Se ela está fora do normal então ela é alta, pode ser fora do normal pra muito baixa ou pra muito alta. Então é um posicionamento mais rápido do coração bombeando o sangue com mais*

*rapidez do que o normal.” (E08)*

A despreocupação com a doença está diretamente relacionada à não adesão ao tratamento terapêutico, o que é demonstrado em alguns estudos, com descontinuação do uso da medicação anti-hipertensiva em torno de 20% a 50% dos portadores de HAS.<sup>2-4</sup> O participante E02 definiu HAS como desconforto. Relata que, inicialmente, embora tenha se preocupado, não aceitou a condição de possuir HAS, apresentando resistência ao tratamento. Posteriormente, aceitou a possibilidade de ser portador da HAS, reconhecendo, dessa forma, a necessidade de efetivar o tratamento.

Vale ressaltar que a HAS traz um fator emocional de recusa: o hipertenso se sente inseguro e frágil perante uma doença crônica que pode causar danos irreversíveis se não for controlada. Além disso, a ausência de sintomas também leva o hipertenso a ter dificuldade de aceitar a patologia, havendo necessidade de uma abordagem multiprofissional para obter melhores resultados em relação à adesão ao tratamento, pois o usuário hipertenso saberá que possui apoio do médico, enfermeiro, assistente social e de outros profissionais.<sup>1,4,8-11</sup> A fala a seguir demonstra essa afirmativa:

*“Para mim é um desconforto muito grande. Inclusive assim que o médico viu essa necessidade em mim eu a princípio eu não quis nem aceitar. Teve uma resistência muito grande da minha parte. Mas depois veio a necessidade eu tomando a consciência juntamente com meu sentimento da necessidade. Eu efetivamente faço o tratamento.” (E02)*

O participante E01 apresenta entendimento em relação à HAS. Apesar de relatar não saber o que vem a ser a doença, diz que a HAS pode levar à morte subitamente, sem apresentar sintomas anteriores. Além disso, sabe que deve realizar o tratamento medicamentoso continuamente para resolver/controlar a doença, conforme descrito a seguir:

*“Não sei não. Não sei o que é não. Só sei que pressão arterial é uma morte silenciosa e ela mata sem perceber. Tem que estar sempre usando medicamento para ela não... Com medicamento ela resolve.” (E01)*

Alguns entrevistados apresentaram certo grau de conhecimento sobre HAS, especialmente sobre a sintomatologia, o tratamento, o nível pressórico recomendado e as complicações decorrentes da HAS. Por parte dos entrevistados E10, E11 e E12, houve associação entre essas informações com o que seria HAS. Desse modo, deve ser

lembrado que apesar de possuírem um nível de entendimento melhor do que o de outros entrevistados, possuem déficit de conhecimento quanto a definição, fisiopatologia e tratamento não medicamentoso.

*“Sei que eu sinto mal. Quando eu estou com pressão alta sinto tonteira, dor na nuca, enjoo, dor de cabeça, esses sintomas.” (E10)*

*“Pode causar um infarto, derrame, várias outras coisas. E se a gente deixar de tomar o remédio, igual aconteceu no meu caso que eu parei, achei que tinha melhorado ai parei de tomar. Melhorei vou parar de tomar. Só que passei muito mal, minha pressão foi 17x11, fui parar na policlínica, só não enfartei porque eu vomitei. Isso ai é coisa muito séria mesmo, tem que cuidar.” (E11)*

*“Pressão alta é geralmente a normal é 12 x 8, quando ultrapassa esses números já é pressão alta. Eu tive problema com pressão 24x18, o primeiro derrame, depois eu superei. Me deu enfarte, isquemia, angina e arteriosclerose eu superei. Ai passou esse tempo veio o segundo derrame. O primeiro foi na esquerda do corpo, o segundo na direita.” (E12)*

Outro entrevistado se refere à aferição da pressão arterial como sendo a própria HAS. Neste caso é possível perceber que as informações em relação à doença, ao tratamento medicamentoso e ao não medicamentoso e aos procedimentos de controle e prevenção de agravos não foram bem compreendidos pelo usuário, dificultando o trabalho dos profissionais de saúde, ocorrendo, dessa forma, uma visão errônea quanto à doença, o que vem a se tornar uma barreira para o regime terapêutico do usuário. As informações oferecidas aos usuários devem ser acessíveis ao seu entendimento, para que, dessa forma, sejam efetivos o tratamento e o controle,<sup>1-4,10</sup> o que certamente não aconteceu com esse participante da pesquisa, denominado E13.

*“Pressão não significa nada que você não sente. Eu sinto por causa do aparelho que mede, o médico falou, passei a fazer o tratamento.” (E13)*

Na prática assistencial, os profissionais de saúde devem realizar educação em saúde para prevenir agravos, devendo adequar as ações e estratégias em consonância com os aspectos sociais, econômicos e culturais dos portadores de HAS, sendo essa a forma mais fácil de obter resultados satisfatórios.<sup>9,11,24</sup>

Vale ressaltar que os enfermeiros, como membros da equipe, devem investigar com os demais profissionais fa-

tores de risco e hábitos de vida dos usuários que possam contribuir para o surgimento da HAS, oferecendo informações e esclarecimentos sobre a doença, estimulando os hipertensos a aceitar a doença, bem como a aderir ao tratamento não medicamentoso e ao medicamentoso.<sup>1,10,16,17</sup>

Assim, torna-se necessária uma estratégia em conjunto com a equipe multiprofissional que atua na atenção primária à saúde, direcionada aos indivíduos hipertensos e a seus familiares, com destaque para a atuação do enfermeiro na realização de atividades educativas voltadas aos hipertensos, como salas de espera, consultas de enfermagem, organização de caminhadas, realização de grupos educativos e cafés da manhã que visem, além de promover maior participação e inclusão desses usuários nas estratégias terapêuticas, fornecer a eles informações precisas sobre os fatores de risco e controle da hipertensão arterial.<sup>6,9,11,14,16,17,23</sup>

Educação em saúde inclui medidas com finalidades terapêuticas no controle de condições crônicas, inclusive como ações de prevenção às complicações. Atividades educativas são o conjunto de diversos fatores determinantes combinados em relação ao comportamento humano, em que são proporcionadas experiências de aprendizagem e atividades educativas concomitantes, predispondo a adesão a comportamentos, hábitos e estilos de vida que promovam a saúde do indivíduo, grupo ou comunidade, visando ao bem-estar e à saúde.<sup>6,9,14,16,17,23</sup>

Essas atividades são inerentes à atuação do enfermeiro, uma vez que fazem parte do processo de cuidar, pois estimulam e motivam a participação ativa do indivíduo, valorizando o diálogo e a interação com a construção compartilhada de conhecimentos, ou mesmo por meio de intervenções mais direcionadas acerca do processo de adoecimento do hipertenso, em que haverá oferta de informações sobre cronicidade, terapias medicamentosa e não medicamentosa, assintomatologia, fatores de risco e complicações.<sup>9,14,16,17</sup>

As respostas dos participantes do estudo supõem haver dificuldade na comunicação entre o profissional de saúde e o usuário. O processo comunicacional pode ser falho quando os profissionais disponibilizam informações de modo insatisfatório (poucas informações), em razão de como são disponibilizadas ou pela incapacidade de compreensão do usuário. É necessário realizar ações e estratégias para melhorar a comunicação e a oferta de informações, no intuito de aumentar a adesão ao tratamento recomendado.<sup>6,9,10,16,17</sup>

A Unidade Primária de Saúde conta com um grupo educativo específico para hipertensos e, mesmo assim, parte dos entrevistados não soube definir o que é hipertensão arterial ou falar com certo grau de certeza sobre o

tratamento não medicamentoso. Torna-se necessário repensar a forma como essa educação em saúde está sendo realizada para que ocorra uma comunicação mais efetiva, eficaz e adequada entre o usuário e o profissional de saúde, em especial os da enfermagem, que atuam diretamente nas atividades educativas, acerca da HAS e suas complicações.<sup>4,10,11</sup>

## Categoria 2 - O medicamento como único tratamento para hipertensão arterial

Percebe-se que o único controle/tratamento é o farmacológico, sendo realizado por meio de medicação anti-hipertensiva oferecida pelo Sistema Único de Saúde à população. Vale ressaltar que o tratamento farmacológico é encontrado nos serviços públicos de saúde, em especial na Unidade de Atenção Primária, onde também é realizada a aferição de pressão arterial. A seguir, apresentamos as falas dos entrevistados em relação ao controle e ao tratamento anti-hipertensivo.

*“Faço, no posto de saúde. Busco o remédio quando tem lá.” (E01)*

*“Faço, a médica me passa os remédios até acertar com o remédio que é o captopril, hidroclorotiazida, atenolol. E parece que vem dando certo porque toda vez que eu vou minha pressão está estabilizada, está boa.” (E13)*

A fala de E13 mostra que ele realiza aferição de pressão arterial e importa-se em saber se seu nível pressórico está normal.

Denomina-se de tratamento anti-hipertensivo o cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam medicamentosas ou não, objetivando a manutenção da pressão arterial em níveis considerados normais. A adesão parcial ao tratamento anti-hipertensivo, ou seja, apenas ao tratamento medicamentoso, pode comprometer ou até mesmo impedir o alcance do resultado terapêutico. Isso se constitui em insucesso para os profissionais de saúde, os quais devem fornecer informações sobre a importância da adesão ao tratamento na sua totalidade.<sup>4,6-8</sup> Acrescenta-se, ainda, a necessidade do vínculo efetivo entre profissionais e portadores de HAS, sendo essa uma condição que favorece o sucesso do tratamento.<sup>4-6,10</sup>

De modo geral, durante as entrevistas, não foi citada nenhuma forma de adesão ao tratamento que não medicamentoso. É importante deixar claro não só para o portador de HAS como também para seus familiares que a adesão ao tratamento vai muito além de apenas utilizar o medicamento prescrito, pois implica também seguir as

demais condutas não medicamentosas indicadas, como redução no consumo de sal e gorduras saturadas, preferência por vegetais, frutas e carnes brancas, abstenção do álcool e tabaco, controle do peso corporal, prática regular de exercícios físicos e também redução do nível de estresse.<sup>1-5</sup>

O desconhecimento e a não adesão ao tratamento não medicamentoso são fatos lamentáveis, tendo em vista que é tão imprescindível quanto o tratamento medicamentoso para o controle da pressão arterial, devendo ser enfatizado pelos profissionais da saúde.<sup>1-4</sup>

A prática de exercícios físicos aeróbicos regulares por 30 minutos por dia, com uma rotina de três a cinco vezes por semana, pode reduzir os níveis pressóricos. Além disso, dieta rica em frutas, vegetais, alimentos com baixo valor calórico e teor de gorduras saturadas e totais também reduzem os valores pressóricos.<sup>1,2,4</sup>

### **Categoria 3 - As dificuldades apresentadas em relação ao tratamento da hipertensão arterial**

As dificuldades encontradas pelos participantes em relação à adesão ao tratamento anti-hipertensivo são apresentadas como a necessidade de ter à disposição o medicamento nas Unidades de Atenção aos Programas de Saúde (UAPS), ou seja, “postos de saúde” para o cumprimento das medidas terapêuticas medicamentosas, em razão das dificuldades financeiras.

Diversas são as barreiras encontradas em relação à não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, como a condição socioeconômica dos portadores de HAS e o fato de nem sempre haver medicamentos disponíveis nos serviços de saúde públicos para controle da doença hipertensiva, o que pode funcionar como obstáculos capazes de inviabilizar o comportamento adequado para o controle da doença, favorecendo a suscetibilidade do usuário hipertenso ante a HAS e a não adesão às medidas terapêuticas recomendadas,<sup>1,4</sup> o que pode ser identificado nos discursos a seguir.

*“Tenho de manter. Quando não tem o remédio no posto eu não tenho como comprar, aí costumo deixar de tomar... Já deixei. Quando não tem em casa apelo para a vizinha e a vizinha me empresta.” (E01)*

*“Às vezes acaba no posto aí não tem dinheiro. Aí fico sem tomar. Eu tomo em qualquer hora e não tomo todo dia.” (E04)*

*(...) “O horário de tomar, às vezes não tomo no horário certo. Às vezes não encontro no posto de saúde e às vezes*

*não tenho dinheiro para comprar.” (E07)*

*“Uma vez eu tive, que não tinha no posto e eu deixei de tomar, mas eu passei mal, fui na farmácia comprei e tomei (...)” (E10)*

Ao comparecer ao serviço e não conseguir o medicamento, o usuário muitas vezes se torna impotente na busca pelo controle/tratamento, considerando que nem sempre é possível comprar o medicamento pela falta de recursos financeiros, como é percebido nas falas de E01, E04, E07 e E10.

Os relatos dos usuários também demonstram comportamentos inadequados capazes de prejudicar outras pessoas. Ao relatar que pedem medicamentos emprestados a outros portadores da doença, fica explícita a possibilidade de inviabilizar o controle de terceiros diante do uso de medicamentos, como vemos no depoimento de E01. Além disso, a política pública brasileira em relação à distribuição dos medicamentos para o controle de determinadas doenças crônicas enfatiza aos usuários que é um direito deles a aquisição gratuita dos anti-hipertensivos nos serviços básicos de saúde.<sup>18</sup>

Percebe-se nas falas de E04 e E07 a dificuldade em relação ao horário de administração do medicamento, o que pode ser compreendido como descomprometimento com o horário de ingerir a medicação e despreocupação com a doença.<sup>7,8</sup>

Esse comportamento inadequado com a medicação e a despreocupação com a doença podem ter uma relação com a descrença dos efeitos dos fármacos no organismo. O usuário pode estar manifestando um quadro de desconhecimento ou mesmo irresponsabilidade em relação ao controle da patologia.<sup>7-11</sup> Esse comportamento se encontra no entrevistado E08, que, como o E06, se esquece de tomar a medicação. Como se vê no relato:

*“Quase nenhuma. A dificuldade que ocorre é somente quando há o esquecimento de tomar, mas é raro. Como eu não tenho percebido nenhum transtorno que venha a me incomodar de tomar, sonolência, não acho que seja incômodo, então a dificuldade é mínima. Só mesmo o caso de esquecimento, mas isso é bem pouco, bem raro esquecer (...) Nem sei se ele faz efeito, se não faz (...) Falam pra eu toma eu tomo porque às vezes da zebra. Falam pra eu toma eu tomo e pronto.” (E08)*

*(...) E acho que já esqueci de tomar.” (E06)*

A identificação de efeitos colaterais do tratamento farmacológico instituído, principalmente do diurético, repre-

senta um importante motivo para a inadequada adesão ao tratamento.<sup>4,11,24</sup> Ao manifestar essa dificuldade, os participantes do estudo expõem suas fragilidades.

*“Não. A dificuldade que tem é do remédio que faz urinar. Quando às vezes da vontade, faz até na roupa. Mas eu procuro controlar. Quando eu tenho que sair eu saio, resolvo as coisas e tomo o diurético em casa quando chego, para poder controlar.” (E12)*

*“E tem um remédio que me faz mal, de fazer urinar muito. Ai quando eu saio eu não tomo ele, eu deixo pra tomar quando eu volto da rua. Porque ai eu urino muito, pra evitar de ir ao banheiro na rua eu deixo pra toma a hora que eu volto.” (E09)*

Os diuréticos são a classe de fármacos anti-hipertensivos mais utilizada na terapia medicamentosa, em virtude da sua eficácia terapêutica e baixo custo. São substâncias que agem sobre os rins, atuando de forma a aumentar a taxa do débito e do volume urinário, consequentemente excretando maior quantidade de solutos por via urinária, em especial sódio e cloreto. O principal efeito é a redução na reabsorção de sódio pelos túbulos renais, causando natriurese (maior débito de sódio), o que, por sua vez, aumenta a diurese (maior débito de água), causando efeito indesejado aos usuários, sendo essa a principal queixa dos hipertensos em relação à medicação.<sup>4,11,24</sup>

O participante E02 inicialmente, embora tenha se preocupado, não aceitou a condição de possuir HAS, apresentando resistência ao tratamento. Posteriormente, aceitou a possibilidade de ser portador de HAS, reconhecendo, dessa forma, a necessidade de realizar tratamento recomendado.<sup>1-4</sup>

Vale ressaltar que a HAS traz um fator emocional de recusa: o hipertenso se sente impotente, inseguro e frágil diante de uma doença crônica que pode causar danos irreversíveis, se não controlada.<sup>10</sup> Além disso, a ausência de sintomas também leva o hipertenso a ter dificuldade de aceitar a patologia, levando à necessidade de uma abordagem multiprofissional para obter melhores resultados em relação à adesão ao tratamento, pois este saberá que possui apoio dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde.<sup>6,18-20</sup> A fala a seguir demonstra essa afirmativa:

*“Inclusive assim que o médico viu essa necessidade em mim eu a princípio eu não quis nem aceitar. Teve uma resistência muito grande da minha parte. Mas depois veio a necessidade eu tomando a consciência juntamente com meu sentimento da necessidade eu efetivamente faço o tratamento.*

*Não tem dificuldade não, tranquilo. Uma vez que tem o remédio mais a consciência da necessidade não tem dificuldade.” (E02)*

Em relação à alimentação, principalmente no que se refere à redução do consumo de sal, a adesão se torna uma dificuldade para o usuário. Mudanças nos hábitos alimentares são um processo lento e difícil, pois sofrem interferências de fatores culturais, sociais e econômicos.<sup>4,8-11</sup> Isso é percebido na fala de E03:

*“Não. A medicação é um hábito. O único tratamento para hipertensão arterial que... Eu não gosto de fazer muito o que o médico manda. Comer igual comida de hospital não. Mas uma comidinha mais elevadazinha no temperozinho, eu acho melhor. Ele me pede para evitar o sal. Eu gosto de uma comida mais temperada.” (E03)*

A ausência de sintomas também constitui uma dificuldade para a efetivação do tratamento. Já que não se sente mal, o usuário não procura o serviço de saúde e, desse modo, há dificuldade no diagnóstico, que se torna tardio.<sup>10</sup> O usuário E12 descobriu a doença e deu início ao tratamento somente após o primeiro derrame. No contexto da ausência de sintomas, o hipertenso pode achar que está curado, já que se sente bem, e interrompe o tratamento, tornando-se vulnerável a complicações decorrentes da doença.<sup>8-10</sup> Isso é relatado por E11.

*“Desde que tive o primeiro derrame estou fazendo tratamento. Há mais de 15 anos.” (E12)*

*“E se a gente deixar de tomar o remédio, igual aconteceu no meu caso que eu parei, achei que tinha melhorado ai parei de tomar. Melhorei vou parar de tomar. Só que passei muito mal, minha pressão foi 17x11, fui parar na policlínica, só não enfartei porque eu vomitei. Isso ai é coisa muito séria mesmo, tem que cuidar. Pra mim não teve porque eu tinha meus remédios, eu que deixei, foi erro meu mesmo. Eu deixei de tomar, que remédio tinha ai para toma. Só que agora eu to tomando até mais um que é o furosemida, aumentou mais um pra mim.” (E11)*

Apesar de a terapia medicamentosa ser a principal forma de tratamento,<sup>8,11</sup> percebe-se que ainda deve ser uma questão a ser explorada, já que essa modalidade terapêutica é passível de resistência, devendo ser mais efetiva e, assim, sensibilizar os usuários de forma mais concreta, uma vez que os participantes do estudo, apesar de “sensibilizados” e possuírem certo conhecimento acerca dos medicamentos, não seguem a terapia medicamentosa de

forma adequada, tornando-se vulneráveis aos agravos por alterações nos valores pressóricos descompensados,<sup>1-4</sup> conforme foi apresentado nos discursos.

Dessa forma, torna-se necessária a atuação dos profissionais de saúde, inclusive do enfermeiro, nesse processo de “sensibilização” à adesão ao tratamento medicamentoso, pois o que foi explicitado é que mesmo com a prescrição medicamentosa, esta não está sendo aderida por diversos fatores, podendo ser citados o desconhecimento sobre os efeitos dos medicamentos prescritos e efeitos adversos, dificuldades financeiras, desinformação sobre a doença, descumprimento com a terapia prescrita, dificuldade em adotar comportamentos, hábitos e estilos de vida mais saudáveis, falta de adesão à terapia medicamentosa, uso inadequado do medicamento e assintomatologia da HAS.<sup>1,2</sup>

Sabe-se que a HAS não possui cura, sendo, dessa forma, uma doença crônica, devendo ser realizado apenas controle para evitar o surgimento de complicações referentes ao descontrole dos níveis pressóricos,<sup>1</sup> o que pode ser confirmado pelo tempo em que os participantes realizam o tratamento e/ou foram diagnosticados para hipertensão arterial neste estudo. Por ser a HAS uma doença crônica<sup>2</sup>, foi analisado o tempo de duração do tratamento com base nas respostas dos participantes em relação à questão norteadora: “Há quanto tempo você faz tratamento para hipertensão arterial?”

*“Há mais ou menos 20 anos.” (E01)*

*“Não sei te falar quanto tempo não, talvez uns 10 anos.” (E08)*

*“Uns 30 anos.” (E09)*

Com as falas apresentadas anteriormente no estudo, percebe-se que o tempo de diagnóstico confirmado pelos portadores de HAS não é um fator favorável à compreensão sobre o que é hipertensão arterial nem sobre a importância da manutenção da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, seja medicamentoso, seja não medicamentoso.

Segundo E13, ele teve dificuldades de acesso ao serviço de saúde para marcar a consulta médica e obter medicamento no início. Atualmente, tem facilidade de acesso a tais recursos, o que viabiliza o tratamento.

*“Atualmente não, mas já tive. No início uma dificuldade para se marcar a consulta, uma dificuldade para se comprar o remédio. Que não tinha remédio dado, era tudo comprado, e deixava passar. Amanhã eu vou, passava uma semana 10 dias e só ia procurar mesmo na hora que já tava sen-*

*tindo os sintomas. Não tinha acesso nem a médico nem a remédio. Hoje está muito fácil só não toma quem não quer.” (E13)*

Conviver com doenças crônico-degenerativas, especialmente cardiovasculares, como a HAS, requer adaptações no estilo de vida do indivíduo, que envolvem controles medicamentoso e alimentar, práticas de atividades físicas e ações que comumente não são realizadas antes da descoberta da doença, durante o período crônico da patologia, sendo realizadas apenas com o agravamento da doença.<sup>1-4</sup>

Os usuários (re)conhecem os riscos aos quais estão expostos,<sup>2,4,9,10</sup> porém têm dificuldade em adotar medidas de prevenção e promoção da saúde, não conseguindo lidar com as limitações que essas doenças lhes impõem.

## CONCLUSÃO

Conclui-se nesse estudo que os hipertensos não possuem uma definição bem definida da HAS, mas a reconhecem como uma doença grave. Alguns participantes apresentaram certo grau de conhecimento em relação à HAS, em especial acerca da sintomatologia, tratamento, valores pressóricos adequados e complicações decorrentes da doença. Apesar disso, possuem déficit de conhecimento na definição, na fisiopatologia e no tratamento não medicamentoso. Percebe-se que o único controle/tratamento é o farmacológico, sendo realizado por medicação anti-hipertensiva oferecida pelo Sistema Único de Saúde. De modo geral, não foi citada adesão ao tratamento não medicamentoso.

Portanto, pode-se constatar que a não adesão do usuário hipertenso ao tratamento constitui um grande desafio para os profissionais de enfermagem. Desafio tal que pode ser superado mediante o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde pela enfermagem, ao adaptar a forma como oferta informações, para minimizar e/ou controlar os obstáculos que impedem mudanças comportamentais, sensibilizando os sujeitos a aderir ao tratamento, visando à melhor qualidade de vida.

Espera-se com este estudo obter subsídios para fortalecer as estratégias educativas embasadas nas ações de saúde, de forma a motivar e encorajar os pacientes a incorporarem práticas saudáveis e medidas terapêuticas em relação ao tratamento da HAS.

Esse estudo é um recorte de Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

## REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(1 Supl. 1):1-51.
2. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL, Jardim PCBV. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2013 fev [Citado em: 24 jun 2014];100(2):164-74.
3. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf NJ. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 dez [Citado em: 25 jun 2014];26(12):2389-98. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010001200017&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200017&lng=en)>.
4. Guedes MVC, Araújo TL, Lopes MVO, Silva LF, Freitas MC, Almeida PC. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 dez [Citado em: 24 jun 2014];64(6):1038-42. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000600008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600008&lng=en)>.
5. Rodrigues MTP, Moreira TMM, Andrade DF. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 abr [Citado em: 24 jun 2014];48(2):232-40. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102014000200232&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102014000200232&lng=en)>.
6. Oliveira TL, Miranda LP, Fernandes PS, Caldeira AP. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paul Enferm*. 2013 [Citado em: 24 jun 2014];26(2):179-84. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002013000200012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002013000200012&lng=en)>.
7. Oliveira CJ, Araujo TL, Costa FBC, Costa AGS. Validação clínica do diagnóstico “falta de adesão” em pessoas com hipertensão arterial. *Esc Anna Nery*. 2013 dez;17(4):611-9.
8. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 jun [Citado em: 25 jun 2014];18(6):1763-72. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600027&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600027&lng=en)>.
9. Machado MC, Pires CGS, Lobão WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2012 maio [Citado em: 4 jul 2014];17(5):1357-63.
10. Almeida GBS, Paz EPA, Silva GA. Representações sociais de portadores de hipertensão arterial sobre a doença: o discurso do sujeito coletivo. *Rev Min Enferm*. 2013 jan-mar;17(1):46-53.
11. Ferreira FM, Cruz MJB, Santos DF, Linhares MP, Andrade RA. Fatores relacionados à adesão farmacoterapêutica de pacientes hipertensos acolhidos na estratégia de saúde da família. *Rev APS*. 2013 jul-set;16(3):258-68.
12. Spindola T, Santiago MMA, Martins ERC, Francisco MTR. Significado da profissão para alunos que ingressam na graduação em Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2011;64:725-31.
13. Borges MS, Silva HCP. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 out [Citado em: 04 jul 2014];63(5):823-29.
14. Oliveira JLT, Candiá MR, Leopoldo MLA. Educação Continuada para profissionais de Saúde de Uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora por Estagiários de Enfermagem. *Rev APS*. 2012 jul-set;15(3):368-73.
15. Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Rev Bras Enferm*. 2009 set-out;62(5):739-44.
16. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev Latino-Am Enfermagem*. jan-fev 2011;19(1):[08 telas].
17. Fraccolli LA, Castro DFA. Competência do enfermeiro na Atenção Básica: em foco a humanização do processo de trabalho. *O Mundo da Saúde*. 2012;36(3):427-32.
18. Almeida PF, Giovanella L, Nunan BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde em Debate*. 2012;36:375-91.
19. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 2012.

20. Casotti CA, Silva LA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciêns Saúde Colet*. 2013;18(1):221-32.

21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a. ed. São Paulo: HUCITEC; 2014.

22. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 fev [Citado em: 4 jul 2014];27(2):388-94. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2011000200020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011000200020&lng=en)>.

23. Longo MAT, Martelli A, Zimmermann A. Hipertensão arterial sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de psicogeriatría do Instituto Bairral de Psiquiatria, no município de Itapira, SP. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2011 jun [Citado em: 09 jul 2014];14(2):271-84. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232011000200008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200008&lng=en)>.

24. Manoel MF, Marcon SS, Baldissera VDA. Estratégias educativas para pessoas com hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. *Rev Enferm UERJ*, 2013 jul-set;21(3):403-8.

---

Submissão: janeiro de 2015

Aprovação: abril de 2017

---