



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE

**Adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e
complicações associadas: espaço para o cuidado clínico de
enfermagem**

RITA NEUMA DANTAS CAVALCANTE DE ABREU

Fortaleza – Ceará

2007

RITA NEUMA DANTAS CAVALCANTE DE ABREU

**Adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas:
espaço para o cuidado clínico de enfermagem**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde (CMACCLIS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Enfermagem

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Thereza Maria Magalhães Moreira

Fortaleza – Ceará

2007

RITA NEUMA DANTAS CAVALCANTE DE ABREU

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde (CMACCLIS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

**Adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas:
espaço para o cuidado clínico de enfermagem**

Aprovada em: 21/12/2007

Conceito obtido: Satisfatório

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Thereza Maria Magalhães Moreira
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Orientadora

Prof^a Dr^a Maria Salete Bessa Jorge
Universidade Estadual do Ceará (UECE)
1^a Examinadora

Prof^a Dr^a Francisca Elisângela Teixeira Lima
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
2^a Examinadora

Prof^a Dr^a Luiza Jane Eyre de Souza Vieira
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
Suplente

A pesquisa contou com recursos da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) por meio de bolsa de mestrado, no período de julho de 2006 a janeiro de 2008.

Agradecimentos

A Deus, pois sem ele nada é possível;

À minha família, com especial gratidão ao meu pai Vicente Abreu e à minha mãe Idezite, por me haver encorajado, inúmeras vezes, através do orgulho e da confiança de me ver vitoriosa;

À Prof^a Dr^a Thereza Maria Magalhães Moreira, orientadora deste trabalho, a quem serei sempre grata por todos os ensinamentos, pela paciência, confiança, incentivo e orientações e, acima de tudo, pela sua amizade e disponibilidade que tornaram este estudo possível;

Ao meu esposo, Gilvan, pela força e incentivo para a realização e conclusão deste curso;

À minha linda filha, Giovanninha, por ver a mamãe quase sempre ao computador.

A todas as pessoas portadoras de hipertensão arterial, que fizeram com que este trabalho fosse possível.

Aos docentes do mestrado, Doutoradas Ana Virgínia Fialho, Ana Ruth, Célia Freitas, Consuelo Aires, Lúcia de Fátima, Lucilane Sales, Maria Salete Jorge, Marluce Assis, Thereza Moreira, Silvânia Patrocínio, Veraci Queiroz e Doutores Andréa Caprara, Maia Pinto, por todos os ensinamentos.

Ao Professor Paulo César de Almeida, por contribuir na análise estatística dos dados;

À Prof^a Dr^a. Luiza Jane Eyre, pela amizade e incentivo ao longo de minha caminhada;

Às profas. Dras. Maria Salete, Francista Elisângela e Luiza Jane Eyre pelas valiosas contribuições.

Aos meus colegas do mestrado Ana Larissa Machado, Ana Lúcia, Caroline, Karla Moreira, Juliana Oliveira, Edilma, Julieta, Luciana Rocha e Michel pelo apoio e estímulo.

A secretária do curso, Rafaela, e ao funcionário da UECE, Sr. Cirilo.

Aos funcionários do Serviço de Atendimento Médico Estatístico (SAME) do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão do Ceará, e, em especial, ao Carlos, por sua ajuda constante na identificação dos pacientes portadores de complicações.

Aos enfermeiros de serviço, pelos esclarecimentos e estímulo.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para este trabalho, minha gratidão.

“E sabemos que todas as coisas contribuem juntamente para o bem daqueles que amam a Deus, daqueles que são chamados segundo o seu propósito”

(Romanos 8: 28)

“Quem está contente com entendimentos sobre as coisas do jeito como se nos apresentam, não formulará hipóteses, não buscará respostas, não reinventará conhecimentos, não criará grandes coisas: somente os existencialmente angustiados e ansiosos, feliz ou infelizmente, são levados a ser deste modo criativos e poderão ser verdadeiramente cientistas”

(TURATO, 2003)

Sumário

LISTA DE ABREVIATURAS.....	8
LISTA DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS.....	9
RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	11
1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	17
3. CONSIDERAÇÕES SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	19
3.1 Conceito, diagnóstico e fatores de risco.....	20
3.2 Tratamento anti-hipertensivo.....	23
3.3 A adesão ao tratamento anti-hipertensivo.....	26
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	29
4.1 Natureza do Estudo.....	30
4.2 Caracterização da instituição.....	30
4.3 População Alvo.....	31
4.4 Procedimentos e instrumentos para coleta de dados.....	32
4.5 Análise dos Dados.....	33
4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	34
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	35
REFLEXÃO SOBRE O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NO FAVORECIMENTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI- HIPERTENSIVO.....	69
6. CONCLUSÕES.....	73
7. REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICES	85
A - Instrumento de coleta de dados	
B - Termo de consentimento livre e esclarecido	
C - Autorização para coleta de dados na instituição	
ANEXOS	92
A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	

Lista de Abreviaturas

HA: Hipertensão arterial

CA: Circunferência Abdominal

DM: Diabetes Mellitus

ICC: Insuficiência cardíaca congestiva

IAM: infarto agudo do miocárdio

HVE: Hipertrofia ventricular esquerda

DAC: Doença arterial coronariana

AVC: Acidente vascular cerebral

DIC: Doença isquêmica cardíaca

IECA: inibidores da enzima conversora da angiotensina

PA: pressão arterial

Lista de Tabelas, Quadros e Gráficos

↳ Tabelas

<u>Tabela 1</u>	Doença cardiovascular preexistente e risco de eventos futuros.....	15
<u>Tabela 2</u>	Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório.....	20

↳ Quadros

<u>Quadro 1</u>	Participante do estudo segundo as características sócio-demográficas, Centro de Saúde X, Fortaleza-CE, 2007.....	36
<u>Quadro 2</u>	Participantes do estudo segundo as características clínicas, Centro de Saúde X, Fortaleza-CE, 2007.....	41
<u>Quadro 3</u>	Participantes do estudo segundo adesão ao tratamento não medicamentoso, Centro de Saúde X, Fortaleza-CE, 2007.....	47
<u>Quadro 4</u>	Participantes do estudo segundo adesão ao tratamento medicamentoso, Centro de Saúde X, Fortaleza-CE, 2007.....	60
<u>Quadro 5</u>	Participantes do estudo segundo os elementos dificultadores e facilitadores na adesão ao tratamento, Centro de Saúde X, Fortaleza-CE, 2007.....	64

↳ Gráficos

<u>Gráfico 1</u>	Participantes do estudo segundo hábitos alimentares (colesterol e frutas) e prática regular de exercício físico antes e após a ocorrência de complicações associadas à hipertensão arterial, Centro de Saúde X, Fortaleza-CE, 2007.....	55
<u>Gráfico 2</u>	Participantes do estudo segundo uso de fumo e álcool antes e após a ocorrência de complicações associadas à hipertensão arterial, Centro de Saúde X, Fortaleza-CE, 2007.....	56
<u>Gráfico 3</u>	Distribuição dos participantes segundo a convergência da tomada medicamentosa com a prescrição médica, Centro de Saúde X, Fortaleza-CE, 2007.....	58

Resumo

ABREU, R.N.D.C. **Adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas:** espaço para o cuidado clínico de enfermagem. 2007. 93f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação. Universidade Estadual do Ceará. 2007.

A pesquisa tem como objetivo avaliar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pessoas com hipertensão e complicações associadas acompanhados em um centro de referência em Fortaleza-Ceará. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa, realizado com 79 pessoas. Foi utilizado um formulário contendo questões relativas às características sócio-demográficas, clínicas, cumprimento do tratamento não-farmacológico e farmacológico por essas pessoas e elementos intervenientes na sua adesão terapêutica. Os resultados demonstraram predominância do sexo masculino (67,1%); idade igual ou superior a 60 anos (64,1%); cor branca (77,2%) e 69,2% de aposentados ou pensionistas. Cerca de 43 (57,3%) cursaram até o ensino fundamental; 67,7% das pessoas recebiam <1|-|2 salários; 81% eram católicos; 67,1% eram formalmente casados ou viviam em união consensual e 48,1% tiveram de 3 a 5 filhos. Do total, 78,5% residiam com 3 a 6 pessoas e 86,1% moravam na capital. Referente às características clínicas, temos que 55,7% pessoas referiram tempo de diagnóstico da hipertensão entre 1|-|10 anos; 27 (34,2%) referiram descobrir a doença por ocasião de suas complicações. Dentre as complicações associadas à hipertensão encontradas, houve predominância do acidente vascular cerebral (38); e Infarto do miocárdio (22). A maioria (87,3%) já havia se submetido a internações hospitalares e tinha história familiar de hipertensão (72,2%), diabetes (44,3%), acidente vascular cerebral (35,4%) e infarto agudo do miocárdio (30,4%). Apenas 19 pacientes apresentaram cifras pressóricas controladas. Quanto à adesão ao tratamento não medicamentoso, 53 (78%) pessoas se encontravam com sobrepeso ou obesidade e 43 (61,4%) apresentavam a circunferência abdominal aumentada. Do total, 93,7% não acrescentavam sal à refeição. Cerca de 57% eram sedentários e 51,3% julgavam se estressar com facilidade. Dentre os 79 participantes, 6,4% das pessoas declararam o uso atual de fumo e 17,7% afirmaram uso atual de bebidas alcoólicas. O tratamento farmacológico foi indicado para todas as pessoas com hipertensão arterial no estudo, sendo que em 40 pessoas a tomada medicamentosa atual foi convergente com a prescrição médica, embora 46 (58,2%) pessoas já haviam interrompido a tomada medicamentosa pelo menos uma vez. Foram identificadas dificuldades no seguimento do tratamento da hipertensão arterial relacionadas ao paciente (19=24,1%), à medicação (28=35,4%), ao tratamento não medicamentoso (25=31,6%) e institucionais (35=44,3%). Cerca de 82,3% recebiam ajuda da família no seguimento ao tratamento anti-hipertensivo. O estudo permitiu concluir que a não adesão ao tratamento ainda representa um grande desafio aos profissionais de saúde e pacientes, fazendo com que o desenvolvimento de complicações em pessoas com hipertensão arterial seja uma realidade com repercussões negativas na vida dos acometidos e em todo o sistema de saúde.

UNITERMOS: Hipertensão, cooperação do paciente, enfermagem

Abstract

ABREU, Rita Neuma Dantas Cavalcante de. **Compliance to the people's with arterial hypertension and associated complications treatment:** space for clinical Nursing care. 2007. 93 f. Dissertation (Master's degree in Health Clinical Cares) - Research and Masters Degree Pro-Rectory. State University of Ceará. 2007.

The research has as objective to evaluate the adhesion to the antihypertensive treatment in people with hypertension and associated complications followed in a center of reference in Fortaleza-Ceara. It is a descriptive study, with a quantitative nature, carried through with 79 people. It was used a form with questions about the social, demographic, clinical characteristics, use of treatment without medicines and pharmacological treatment for these people and elements in its therapeutic adhesion. The results had demonstrated predominance of the masculine sex (67.1%); age equal or superior to 60 years (64.1%); white color (77.2%) and 69.2% of retired or pensioners. About 43 (57.3%) had basic education; 67.7% of the people received < 1|-2 wages; 81% were catholic; 67.1% were formally married or lived in a consensual union and 48.1% had between 3 or 5 children. Of the total, 78.5% inhabited with 3 to 6 people and 86.1% lived in the capital. About the clinical characteristics, we have that 55.7% of people had related their time of diagnosis of the hypertension between 1|-10 years; 27 (34.2%) had related to discover the illness for occasion of its complications. Amongst the complications found associated to the hypertension, it had predominance of the cerebral vascular accident (38); and Infarction of the myocardium (22). The majority (87.3%) already had been submitted to the hospital internments and had familiar history of hypertension (72.2%), diabetes (44.3%), acute cerebral vascular accident (35.4%) and infarction of the myocardium (30.4%). Only 19 people had presented controlled pressure ciphers. About the adhesion to the treatment without medicines, 53 (78%) people were overweight or with obesity and 43 (61.4%) presented the abdominal circumference increased. Of the total, 93.7% did not add salt to the meal. About 57% were sedentary and 51.3% judged themselves easily stressed. Amongst the 79 participants, 6.4% of the people had declared the current tobacco use and 17.7% had affirmed current alcoholic beverage use. The pharmacological treatment was indicated for all the people with arterial hypertension in the study, having been that in 40 people the current medicine taking was convergent with the medical prescription, even so 46 (58.2%) people already had interrupted the medicine taking at least a time. Difficulties in the pursuing of the treatment of the arterial hypertension had been identified related to the patient (19=24.1%), to the medication (28=35.4%), the treatment without medicines (25=31.6%) and institutional (35=44.3%). About 82,3% received aid from the family in the pursuing to the antihypertensive treatment. The analysis of the data still allowed to infer that the participants felt the desire to know more on its conditions of health, we just need to see some questionings presented. The study allowed to conclude that the adhesion to the treatment still does not represent a great challenge to the professionals of health and patients, making with that the development of complications in people with arterial hypertension is a reality with negative repercussions in the life of these people and in all the health system.

Key Words: Hypertension, cooperation of the patient, nursing.

1. INTRODUÇÃO

1. Introdução

Um grande desafio aos profissionais de saúde no terceiro milênio é o cuidado a pessoas com doenças crônicas. Esse desafio é intrínseco à enfermagem devido sua ação direta e contínua de cuidado aos pacientes.

Dentre as doenças crônicas, as cardiovasculares são responsáveis por 18 milhões de mortes anualmente no mundo, sendo as isquemias cardíacas e as doenças cerebrovasculares responsáveis por dois terços destes óbitos e por, aproximadamente, 22% dos 55 milhões de óbitos por todas as causas (BRASIL, 2004).

No Brasil, em 2003, cerca de 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, sendo este percentual elevado para 37%, quando excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. Cabe destacar que o acidente vascular cerebral é a principal causa de morte em todas as regiões brasileiras (DBHA, 2006).

No Ceará, segundo os dados apresentados pela Secretaria da Saúde do Estado (SESA, 2004), as doenças do aparelho circulatório contribuem com grande magnitude para a mortalidade, ocupando o primeiro lugar como causa de óbito.

Nesse contexto, merece destaque a hipertensão arterial (HA), prevalente em 20% da população adulta brasileira (maior ou igual a 20 anos) e responsável por 25% dos casos de isquemias cardíacas e por 40% dos acidentes vasculares cerebrais (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004). Desse modo, a doença hipertensiva tem se constituído num dos mais graves problemas de saúde pública.

Para que haja a redução da morbidade e mortalidade associada aos riscos cardiovasculares das pessoas com hipertensão, torna-se indispensável a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Assim, as medidas não farmacológicas e os medicamentos utilizados no tratamento da doença devem permitir a redução das cifras pressóricas e igualmente das complicações associadas à doença.

Adesão, do latim *adhaesione*, significa, etimologicamente, junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio; pressupõe relação e vínculo. Adesão ao tratamento é um processo multifatorial, que se estrutura em uma parceria entre quem cuida

e quem é cuidado; diz respeito à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado na busca da saúde (SILVEIRA e RIBEIRO, 2005). Para as autoras, adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados aos pacientes, envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde, à adaptação ativa a estas condições, à identificação de 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.

Pierin, Strelec e Mion Júnior (2004) caracterizam a adesão ao tratamento como um processo comportamental complexo, influenciado pelo meio ambiente, profissionais de saúde e cuidados de assistência médica.

Apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbimortalidade cardiovascular, os percentuais de controle de pressão arterial são baixos, em razão da pouca adesão ao tratamento. As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) apontam controle de 20% a 40% e acrescentam que a taxa de abandono, grau mais elevado da falta de adesão, cresce com o tempo de terapêutica.

Estudo realizado com 401 portadores de HA que se encontravam sem tratamento anti-hipertensivo há pelo menos 60 dias mostrou que, no retorno ao consultório, apenas 24,4% das pessoas tinham a pressão arterial sistólica normal e somente 22,5% apresentavam a diastólica em níveis desejáveis (ANDRADE et al, 2002).

Outro estudo recente com 622 pessoas com HA atendidas em um ambulatório de referência demonstrou que, aproximadamente, 47,2% dos 161 homens e 42,3% das 461 mulheres apresentavam complicações da doença, sobretudo, hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência renal e acidente vascular cerebral (NOBLAT et al., 2004).

Desse modo, ficam claras as conseqüências advindas da hipertensão arterial não controlada para o organismo. Como já relatado, a hipertensão é identificada como um dos fatores de risco mais importantes na cardiopatia coronariana e nos acidentes vasculares cerebrais; além disso, pode determinar insuficiência cardíaca congestiva, cardiopatia hipertensiva, dissecção da aorta e insuficiência renal, sendo que os efeitos prejudiciais da pressão sanguínea aumentam continuamente à medida que a pressão se eleva (ROBBINS, COTRAN e KUMAR, 2005; RIBEIRO e LOTUFO, 2005; FUCHS, 2006).

Ribeiro e Lotufo (2005) colocam que o encontro de doença cardiovascular em uma pessoa portadora de HA constitui-se um importante preditor de risco futuro de eventos. Os autores apresentam o percentual de risco a cada ano de acordo com a doença cardiovascular (Tabela 1).

Tabela 1 – Doença cardiovascular preexistente e risco de eventos futuros

Doença cardiovascular	Evento em risco	Valor do risco a cada ano
ICC	Óbito	10%
AVC	AVC	3 a 5%
IAM ou angina instável	DIC	4%
ICC – Insuficiência cardíaca congestiva	AVC – Acidente vascular cerebral	
IAM – Infarto agudo do miocárdio	DIC - Doença isquêmica cardíaca	

Torna-se, então, indispensável direcionarmos nosso olhar para as pessoas com complicações associadas à HA, devido a necessidade e urgência em controlar seus níveis pressóricos, sendo este controle possível somente com a adesão ao tratamento por estas pessoas.

O interesse em estudar o tema surgiu durante as experiências vivenciadas como enfermeira assistencial da unidade de emergência de um hospital no interior do Estado do Ceará. Observamos que as pessoas portadoras de HA chegavam à referida unidade com os níveis pressóricos elevados e, quando questionadas sobre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, muitas vezes, referiam não segui-la, conforme recomendado pelos profissionais de saúde que os atendiam.

Em 2005, ao ingressar no primeiro curso de especialização em enfermagem clínica de Fortaleza, desenvolvido pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), tivemos a oportunidade de realizar uma monografia sobre o tema (ABREU e MOREIRA, 2007), que investigou os conteúdos abordados nas pesquisas da enfermagem brasileira sobre hipertensão e constatamos que os estudos, em sua maior parte, abordavam a adesão ao tratamento da HA. Começamos, também, a participar das reuniões do grupo de pesquisa “Políticas, Saberes e Práticas em Saúde Coletiva”, onde esta temática tem sido bastante enfocada.

Com o ingresso no Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde da UECE em 2006, desenvolvemos estudos sobre a temática, que foram apresentados em eventos científicos (ABREU et al., 2005; ABREU et al., 2006; ABREU e MOREIRA, 2007; ABREU et al., 2007) e publicados em periódicos (ABREU et al., 2006; ABREU e MOREIRA, 2007), entre outros que aguardam publicação.

Aspectos pessoais, como a ocorrência de AVC em um familiar, associado aos decorrentes déficits neurológicos e a busca incessante pelo caro tratamento reabilitador para tal membro também contribuíram para nosso interesse pelo tema. Este fato, aliado às altas taxas de morbimortalidade cardiovascular, despertou-nos interesse para desenvolver um estudo sobre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pessoas com HA e complicações associadas.

Diante do exposto, pretende-se responder aos seguintes questionamentos: Quem são os portadores de hipertensão arterial que desenvolveram complicações? Como é a sua adesão terapêutica atual? A ocorrência de complicações associadas à HA interfere na adesão ao tratamento? Que fatores dificultam/facilitam a adesão terapêutica?

Nesta pesquisa, tomaremos como complicações associadas à HA, a hipertrofia ventricular, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio, doença arterial coronariana e acidente vascular cerebral (BRASIL, 2001).

Espera-se que o estudo contribua para obtenção de subsídios que culminem para maior adesão ao tratamento nesse grupo, a fim de almejar o controle adequado dos seus níveis pressóricos, diminuindo a probabilidade de agravamento das complicações, com conseqüente redução do número de hospitalizações e, principalmente, com diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares.

2. OBJETIVOS

2. Objetivos

Geral

Avaliar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pessoas com hipertensão e complicações associadas acompanhados em um centro de referência em Fortaleza-Ceará.

Específicos

Descrever as características sócio-demográficas e clínicas das pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas;

Averiguar a adesão dessas pessoas ao tratamento não medicamentoso recomendado pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006);

Verificar a interferência das complicações associadas à HA na adesão ao tratamento não medicamentoso pelos participantes do estudo;

Averiguar a adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo indicado para essas pessoas;

Identificar os fatores dificultadores/facilitadores na adesão ao tratamento anti-hipertensivo;

Desenvolver reflexões sobre o cuidado clínico de enfermagem a pessoas portadoras de hipertensão e complicações associadas a partir dos resultados obtidos.

3. CONSIDERAÇÕES SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL

3. Considerações sobre hipertensão arterial

3.1 Conceito, diagnóstico e fatores de risco

A HA é conceituada como uma condição multifatorial e pode ter as seguintes causas: Atividade aumentada do sistema nervoso simpático ligada à disfunção do sistema nervoso autônomo; reabsorção renal aumentada de sódio, cloreto e água relacionada com uma variação genética na maneira pela qual os rins manuseiam o sódio; atividade aumentada do sistema renina-angiotensina-aldosterona, resultando em expansão do volume do líquido extracelular e resistência vascular sistêmica aumentada; vasodilatação diminuída das arteríolas relacionada com a disfunção do endotélio vascular; resistência à ação da insulina, que pode ser um fator comum ligando a hipertensão, diabetes melito do tipo 2, hipertrigliceridemia, obesidade e intolerância à glicose (SMELTZER e BARE, 2005).

Nas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), aceita-se como normal para adultos maiores de 18 anos, cifras inferiores a 85 mmHg de pressão diastólica e inferiores a 130 mmHg de sistólica. A Tabela 2 apresenta a classificação diagnóstica da hipertensão em indivíduos maiores de 18 anos.

Tabela 2 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótimo	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	>180	>110
Hipertensão sistólica isolada	>140	<90

Quando as pressões sistólica e diastólica situarem-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006.

A aferição da PA deve ser obrigatoriamente realizada em toda avaliação clínica, em pessoas de ambos os sexos, por médicos de todas as especialidades, enfermeiros e pelos

demais profissionais de saúde, devidamente treinados. Porém, alguns estudos apontam o desconhecimento dos profissionais quanto ao procedimento de verificação da PA e sugerem que esta não tem sido aferida conforme o preconizado (LIMA, ARAÚJO e MOREIRA, 2000; RABELLO, PIERIN e MION JÚNIOR, 2004). Para que os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, possam realizar a aferição da PA de forma adequada é fundamental o uso de técnica padronizada e equipamento calibrado.

Sabendo-se que a verificação da PA é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão e, conseqüentemente, para que o tratamento seja iniciado precocemente, evitando-se as complicações da doença, torna-se essencial o aprimoramento da equipe multiprofissional quanto à execução do procedimento.

Faz-se necessário ressaltar que a delimitação do diagnóstico de hipertensão a partir das cifras pressóricas é arbitrária, sendo fundamental a identificação e determinação dessa síndrome, considerando níveis pressóricos, fatores de risco, lesões em órgãos-alvos e comorbidades associadas, visando prevenir equívocos ou danos às pessoas, pela instauração desnecessária de um tratamento ou por sua ausência nos casos em que seria devido (DBHA, 2006).

Os fatores de risco para a HA são, por vezes, classificados em constitucionais, que não podem ser alterados (idade, sexo, raça, cor, história familiar) e, fatores ambientais ou de estilo de vida, que podem ser alterados (dieta desbalanceada; tabagismo; consumo elevado de álcool; Diabetes Mellitus (DM); obesidade; vida sedentária e estresse emocional). A atuação da enfermagem sobre os fatores de risco passíveis de modificação é importante para evitar a evolução da hipertensão arterial e/ou de suas complicações.

Dentre os fatores de risco para HA que podem ser modificados, têm-se dieta rica em colesterol, gordura saturada e calorias (DBHA, 2006).

Outro fator predisponente para a HA é o sedentarismo, que além de aumentar a incidência da doença, pode contribuir para o aumento do peso corporal. O excesso de massa corporal pode ser responsável por 20% a 30% dos casos de HA (DBHA, 2006).

O estresse tem sido apontado, juntamente com o consumo de sal na dieta, como importante fator ambiental no desenvolvimento da hipertensão em indivíduos geneticamente predispostos. O estresse pode ser físico e/ou mental. Fatores às vezes

considerados causadores de estresse para um indivíduo podem não ser para outro, e isso de certa forma dificulta a investigação clínica em humanos em relação a estresse e hipertensão (ALMEIDA e LOPES, 2007).

O tabagismo, também considerado um fator de risco para a hipertensão arterial, aumenta a probabilidade de eventos cardiovasculares. Segundo Guyton e Hall (2006), as pessoas que fumam cigarros têm probabilidade duas vezes maior para sofrer ataques cardíacos letais do que as pessoas que não fumam, porém a razão pela qual o fumo provoca essa predisposição não é totalmente conhecida, podendo resultar de espasmo dos vasos coronários, que ocorre pelo ato de fumar, ou por efeito de substâncias lesivas na fumaça, como o monóxido de carbono, ou da presença de substâncias tóxicas nessa mesma fumaça.

O consumo de bebidas como cerveja, vinho e destilados pode aumentar a PA. O efeito varia com o gênero e a magnitude está associada à quantidade de etanol e à frequência de sua ingestão, porém o efeito do consumo leve a moderado de etanol não está definitivamente estabelecido. Verifica-se redução média de 3,3 mmHg (2,5 a 4,1 mmHg) na pressão sistólica e 2,0 mmHg (1,5 a 2,6 mmHg) na pressão diastólica com a redução do consumo de etanol (DBHA, 2006).

Algumas drogas podem promover elevação nos valores da pressão arterial. Entre elas, as mais comumente usadas são: anticoncepcionais orais, corticosteróides, antiinflamatórios não hormonais, esteróides anabolizantes, descongestionantes, antidepressivos tricíclicos, antiácidos ricos em sódio, hormônios tireoideanos em doses elevadas, ciclosporinas, anfetaminas, eritropoietina, cocaína e carbenoxolona (PIERIN et al, 2004).

Referente ao DM, a frequente associação entre essa doença e hipertensão arterial tem como consequência grande aumento no risco cardiovascular (DBHA, 2006). Segundo o Ministério da Saúde (MS), estudos em diabéticos hipertensos ressaltam a importância da redução da PA sobre a morbimortalidade cardiovascular e as complicações microvasculares relacionadas ao diabetes (BRASIL, 2001).

3.2 Tratamento anti-hipertensivo

O tratamento para o controle da HA tem como objetivo primordial a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do portador de hipertensão, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes (DBHA, 2006). Para o tratamento da doença são utilizadas tanto medidas não-medicamentosas isoladas, como associadas à adoção de fármacos anti-hipertensivos.

O tratamento não farmacológico consiste na modificação do estilo de vida do paciente. Inclui hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de bebida alcoólica, abandono do tabagismo, combate ao sedentarismo, gerenciamento do estresse e suspensão de drogas hipertensivas.

A dieta deve conter baixo teor de gordura, principalmente polisaturadas, baixo teor de colesterol e sódio e elevado teor de potássio e fibras. A redução na ingestão de sódio é uma das medidas de maior impacto na prevenção da HA, pois se associa à menor elevação anual da pressão arterial e promove queda pressórica proporcional à diminuição do teor de sódio, sendo recomendado ingerir até 6g de sal/dia que equivale a quatro colheres de café (4g) rasas de sal adicionadas aos alimentos, que contêm 2g de sal (DBHA, 2006).

Os indivíduos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de emagrecimento com restrição de ingestão calórica e aumento de atividade física. Os programas de exercícios físicos para a prevenção primária ou secundária de doenças cardiovasculares devem contar com atividades aeróbias dinâmicas, tais como natação, ciclismo, corridas leves e caminhadas rápidas (DBHA, 2006).

Para controle do estresse, técnicas de relaxamento e de aconselhamento pessoal podem ser úteis. Deve-se implementar estratégias que levem o paciente fumante a abandonar o tabagismo e, para os consumidores de álcool, sugere-se que o consumo não ultrapasse 30g/dia de etanol para homens e 15g/dia para mulheres ou indivíduos de baixo peso (DBHA, 2006).

As drogas que podem promover elevação nos valores da pressão arterial devem ser evitadas ou interrompidas de imediato (PIERIN, STRELEC e MION JÚNIOR, 2004).

Durante a realização da consulta de enfermagem a pessoa com HA, o enfermeiro deve orientá-lo quanto à importância da adoção desses hábitos saudáveis de vida para obter o controle satisfatório da PA. Caso este controle não seja alcançado, o tratamento farmacológico será instituído. No entanto, vale ressaltar que, o uso de medicamentos não dispensa as mudanças no estilo de vida.

Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução dos níveis tensionais e de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. Os anti-hipertensivos podem ser divididos nos seguintes grupos: Diuréticos; Inibidores adrenérgicos; Vasodilatadores diretos; Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA); Bloqueadores dos canais de cálcio, Inibidores dos receptores da angiotensina II e inibidores da endotelina (KATZUNG, 2006; DBHA, 2006).

Os diuréticos são eficazes na redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares. Seu mecanismo baseia-se, numa primeira fase, na depleção do volume e, a seguir, na redução da resistência vascular periférica. Os diuréticos disponíveis no Brasil são: Tiazídicos (clortalidona, hidroclorotiazida, indapamida); Alça (bumetamida, furosemida, piretanida); Poupadores de potássio (Amilorida, espironolactona, triantereno) (DBHA, 2006).

Os inibidores adrenérgicos de ação central atuam estimulando os receptores alfa-2-adrenérgicos pré-sinápticos no sistema nervoso central, reduzindo o tônus simpático, como fazem a alfametildopa, a clonidina e o guanabanzo, e/ou os receptores imidazolidínicos, como a moxonidina e a rilmenidina. Sua eficácia anti-hipertensiva como monoterapia é, em geral, discreta. Entretanto, podem ser úteis em associação com medicamentos de outras classes terapêuticas, particularmente quando há evidência de hiperatividade simpática (DBHA, 2006).

Já os betabloqueadores são drogas que antagonizam as respostas às catecolaminas, mediadas pelos receptores beta. Diminuição da frequência e do débito cardíaco são resultados encontrados após a administração dessas drogas. São úteis em uma série de condições, tais como: arritmias cardíacas, prolapso da valva mitral, infarto do miocárdio, angina do peito e hipertensão portal esquistossomótica. Os betabloqueadores mais utilizados na prática clínica são: propranolol e atenolol (BRASIL, 2001).

Os vasodilatadores relaxam a musculatura lisa das arteríolas, diminuindo, assim, a resistência vascular sistêmica. A diminuição da resistência arterial e da PA média desencadeia respostas compensatórias, que são mediadas por barorreceptores e pelo sistema nervoso simpático, bem como renina, angiotensina e aldosterona. Essas respostas compensatórias opõem-se ao efeito anti-hipertensivo do vasodilatador. Dessa forma, os vasodilatadores atuam melhor em associação com outras drogas anti-hipertensivas que se opõem às respostas cardiovasculares compensatórias. A essa classe de drogas pertencem os vasodilatadores orais, hidralazina e minoxidil, utilizados na terapia ambulatorial a longo prazo da hipertensão; os vasodilatadores parenterais, nitroprussiato de sódio, diazóxido e fenoldopam são utilizados no tratamento das emergências hipertensivas (KATZUNG, 2006).

Os bloqueadores dos canais de cálcio além de seus efeitos antianginosos e antiarrítmicos, também dilatam as arteríolas periféricas e reduzem a PA. O mecanismo de ação na HA consiste na inibição do influxo de cálcio nas células musculares arteriais. O verapamil, o diltiazem e o grupo da diidropiridina (anlodipina, felodipina, isradipina, nicardipina, nifedipina e nisoldipina) são todos igualmente eficazes para reduzir a PA (KATZUNG, 2006).

Quanto aos inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), estes agem fundamentalmente pela inibição da enzima conversora, bloqueando a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos. O captopril foi o primeiro inibidor da conversão da angiotensina utilizado. Na atualidade, são amplamente utilizados diversos IECA, incluindo enalapril, lisinopril, ramipril, perindopril e trandolapril, cada um dos quais difere na sua duração de ação e distribuição tecidual (RANG et al., 2004).

Outros fármacos, eficazes no tratamento da HA, são os bloqueadores do receptor AT1, pois antagonizam a ação da angiotensina II por meio do bloqueio específico de seus receptores AT1 (DBHA, 2006). A experiência com antagonistas AT1 é mais restrita do que com os IECA. Para as pessoas com hipertensão, nos quais está indicado um IECA, mas que não podem tolerá-lo, em virtude da ocorrência de tosse seca, os antagonistas AT1 mostraram-se úteis (RANG et al., 2004).

Em relação aos antagonistas da endotelina deve se recordar, em primeiro lugar, que há três tipos de endotelinas (a um- a mais potente, - a dois e a três) e há principalmente dois tipos de receptores - os receptores A (ETA) e os receptores B (ETB). Os receptores A existem nas células musculares lisas vasculares os receptores B nestas e no endotélio. Os receptores A têm alta especificidade para a endotelina 1 e os receptores B têm afinidade semelhante para as três endotelinas . Aos bloqueadores destes receptores o que interessa é que induzam o bloqueio ou dos dois tipos de receptores (bosentan) ou, principalmente, dos receptores da endotelina A (BO 123) (que provocam vasoconstricção das células musculares lisas vasculares) porque os ETB, quando estimulados, embora possam levar à vasoconstricção, condicionam também a liberação de óxido nítrico (NO) das células endoteliais e sua conseqüente ação vasodilatadora. Há, ainda, a possibilidade de inibir a endotelina pela inibição da endotelina sintetase, responsável pela transformação da pró-endotelina em endotelina 1 no endotélio vascular (phosphoramidon) (KATZUNG, 2006).

A prescrição dos anti-hipertensivos é realizada pelo médico. Porém, ressalta-se a participação do enfermeiro incentivando a pessoa com HA a aderir ao tratamento visando prevenir a ocorrência de complicações cardiovasculares.

Conhecendo-se o tratamento da HA e os benefícios deste, torna-se indispensável a sua adesão pelo portador, porém a literatura apresenta vários fatores que têm contribuído para a não-adesão.

3.3 A adesão ao tratamento anti-hipertensivo

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial tem sido alvo de várias discussões por profissionais de saúde, devido às graves conseqüências que essa doença poderá causar, quando não tratada adequadamente.

Lessa (2001) explica que o impacto econômico das repercussões da hipertensão arterial clinicamente não-tratada e/ou não-controlada é, inicialmente, mais expressivo em nível micro, individual ou familiar, nos estratos sociais mais baixos e em outros grupos sociais minoritários, como reflexo das iniquidades sociais. Para a sociedade, em nível

macro, parte dos prejuízos está diretamente relacionada à morbidade, à mortalidade, às incapacidades e à invalidez conseqüentes das complicações preponderantes da hipertensão.

Para Pierin et al., (2004), existem diferentes níveis de adesão. No nível mais elevado estão os aderentes propriamente ditos, aqueles que seguem totalmente o tratamento, e no lado oposto classificam-se os desistentes, aqueles que abandonam o tratamento. No grupo dos não-aderentes estão os pacientes persistentes, que até comparecem às consultas, porém não seguem o tratamento.

Entende-se que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo pode ser influenciada por três grupos de fatores: os relativos ao próprio paciente, como as variáveis sócio-demográficas, os conhecimentos e crenças que as pessoas têm sobre a doença e o tratamento e o apoio da família; os relacionados à terapêutica farmacológica e não-farmacológica; e os fatores relacionados ao sistema de saúde (ARAÚJO, 2004).

No que se refere aos fatores relacionados à terapêutica farmacológica e não-farmacológica, a adesão ao tratamento da HA torna-se ainda mais difícil por ser esta uma doença crônica, o que requer tratamento por toda a vida e necessita da mudança de estilo de vida pelos seus portadores.

Moreira, Araújo e Pagliuca (2001) referem que o maior desafio para a pessoa com HA é conviver com a cronicidade da doença, o que se associa com sentimentos de tristeza, raiva, agressividade e hostilidade e, esses sentimentos advêm muito do seu desconhecimento sobre a doença e tratamento.

Deve-se considerar, ainda, que muitas vezes a doença é assintomática (SMELTZER e BARE, 2005), fazendo com que a pessoa não sinta a necessidade de realizar o tratamento já que não está apresentando sintomas.

Quanto ao tratamento farmacológico, a associação medicamentosa, regimes de doses freqüentes, custos e efeitos colaterais de algumas drogas, contribuem para a não adesão. Strelec, Pierin e Mion Júnior (2003) encontraram em um estudo que as pessoas com PA não controlada tiveram número significativamente mais elevado de drogas prescritas em relação aos controlados.

Os fatores relacionados ao sistema de saúde, segundo Araújo (2004), merecem ser analisados em profundidade, pois a satisfação da pessoa com o atendimento é fator primordial para sua adesão à terapêutica recomendada.

Estudo realizado por Moreira e Araújo (2002) com o objetivo de descrever as relações interpessoais de portadores de HA com não adesão ao tratamento e profissionais de saúde demonstrou que a necessidade de manutenção de um vínculo afetivo foi manifestada pelo pacientes no momento em que requerem continuidade do atendimento por um mesmo profissional. Ou seja, há necessidade da continuidade da interação estabelecida, requisito básico para a adesão ao tratamento da HA.

A identificação de qualquer uma dessas barreiras e de outras que poderão aparecer nesse estudo ao tratamento da pessoa com HA e complicações associadas permitirão que os enfermeiros planejem intervenções para eliminar esses problemas e melhorar a adesão ao tratamento.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4 Material e Métodos

4.1 Natureza do Estudo

Estudo do tipo descritivo, transversal, de natureza quantitativa. Segundo Polit e Hungler (2004), a pesquisa descritiva baseia-se na descrição de fenômenos relativos à profissão, baseados em observação, descrição e classificação dos fenômenos observados, podendo dividir-se em pesquisa bibliográfica e de campo. A última, busca a descrição dos fenômenos em cenários naturais, examinando as práticas, comportamentos e atitudes das pessoas ou grupos em ação na vida real. Portanto, neste estudo foram investigados os comportamentos das pessoas com HA e complicações associadas referentes à adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

4.2 Caracterização da instituição

O estudo foi realizado em um Centro Integrado para atendimento de Diabetes mellitus (DM) e Hipertensão arterial da Secretaria de Saúde do estado do Ceará. Este Centro foi criado em abril de 1988 no intuito de favorecer a educação em saúde e controle da hipertensão e diabetes, priorizando: atendimento no nível secundário a seus pacientes; desenvolvimento de pesquisas relacionadas à epidemiologia, educação e assistência; capacitação de recursos humanos do nível de atenção primária de saúde e educação continuada com vistas a uma convivência consciente e saudável com a doença. Hoje, a instituição, é modelo nacional tendo sido referência de criação de outras unidades no Brasil (Bahia) e tem participado de todas as discussões junto ao Ministério da Saúde no que se refere ao Diabetes e a Hipertensão (SESA, 2004).

A instituição dispõe de uma equipe multidisciplinar de profissionais especializados, como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, odontólogos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, que atuam no atendimento aos portadores de HA e DM. Nela são desenvolvidas ações que visam estabelecer o controle dos níveis pressóricos e o atendimento globalizado ao cliente, desde a entrevista com a assistente social às consultas de enfermagem, médica, odontológica e nutricional, além de dispensar a maioria dos medicamentos prescritos.

No local funciona ainda o “leito-dia”, destinado às pessoas que chegam com grande descontrole pressórico e/ou glicêmico ao centro de atendimento e precisam ficar algum tempo sob cuidados de enfermagem, após receberem medicamentos hipotensores. É importante ressaltar que o serviço de enfermagem é composto apenas por enfermeiros.

Entende-se ser adequada a realização do estudo na referida instituição por constituir uma unidade de referência secundária no atendimento da pessoa com HA e, dentre os critérios de encaminhamento para as unidades de referência secundária ou terciária, estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), encontram-se: pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva; HA resistente ou grave; AVE prévio com déficit sensitivo e ou motor e Infarto agudo do miocárdio prévio.

4.3 População Alvo

A população do estudo foi constituída de 81 pessoas de ambos os sexos, portadores de HA e complicações associadas, de acordo com o diagnóstico médico, e atendidas na instituição entre os meses de abril a julho de 2007, período da coleta de dados do estudo.

Conforme explicitado anteriormente, tomamos como complicações associadas à HA, a hipertrofia ventricular, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio, doença arterial coronariana e o acidente vascular cerebral segundo preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

Dentre a população, foram incluídos no estudo as pessoas maiores de 18 anos, conscientes, orientadas, que aceitaram participar espontaneamente do estudo, que estavam sendo acompanhadas pela unidade de saúde no período da pesquisa e tenham sido submetidas a tratamento anti-hipertensivo há pelo 60 dias, para que se tivesse condição de avaliar sua adesão terapêutica.

Foram excluídas da pesquisa as pessoas com diabetes mellitus concomitante à HA, dado que no estudo de Falcão (2007), realizado na mesma instituição, representou 95,2% dos casos. Tal exclusão é explicada por acreditar que a associação com o diabetes poderia gerar respostas diferenciadas de adesão nas pessoas com HA e, ainda, pela intenção da pesquisadora de investigar a associação direta entre HA, o desenvolvimento de

complicações e a adesão terapêutica. Foram excluídas também aquelas que não apresentaram condições de responder ao formulário.

Durante o período de coleta de dados, 79 pessoas se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos, pois, do total de 81, uma não aceitou participar do estudo e outra apresentava disartria, devido seqüela de AVC, impossibilitando sua participação.

4.4 Procedimentos e instrumentos para coleta de dados

Ao chegar à unidade de saúde, o cliente se dirigia ao serviço de atendimento médico estatístico (SAME), entregava a sua carteira de usuário do serviço e, posteriormente o seu prontuário era encaminhado ao profissional que o atenderia. Foi realizada, durante o período de coleta dos dados, a identificação das pessoas agendadas que apresentavam HA e complicações associadas mediante a leitura de seu prontuário no SAME. Após a identificação das pessoas, deu-se a aplicação de um instrumento do tipo formulário (APÊNDICE A) junto ao participante do estudo, antes ou após a consulta com o profissional de saúde.

O formulário constou de características sócio-demográficas (idade, sexo, cor, ocupação, escolaridade, renda familiar, religião, estado civil, número de filhos e de pessoas no domicílio) e clínicas das pessoas (tempo e forma de descoberta da HA, doenças associadas à HA, número e motivos das internações, história familiar); dados referentes ao cumprimento do tratamento não-farmacológico por essas pessoas, baseando-se nas medidas de controle da doença recomendadas pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006); tratamento farmacológico, e listou os elementos dificultadores para a adesão ao tratamento, baseados nos resultados do estudo de Sarquis et al. (1998). Foram também obtidos os valores das medidas objetivas da PA, peso, altura e circunferência abdominal (CA).

As medidas antropométricas foram realizadas de forma padronizada pela pesquisadora. A medida da CA foi realizada com fita métrica inextensível, no ponto médio entre a crista ilíaca anterior superior e a última costela. Uma CA <80 cm, 80 cm a 88 cm e ≥ 88 cm para as mulheres e <94 cm, 94 cm a 102 cm e ≥ 102 para os homens foi classificada

em adequada, aumentada e muito aumentada, respectivamente (DBHA, 2006). O estado nutricional foi avaliado usando-se o cálculo de IMC (divisão do peso em Kg pelo quadrado da altura em metros). Os valores do IMC foram classificados em: normal (18,5-24,9Kg/m²), sobrepeso (25-29,9 Kg/m²), obeso classe I (30-34,9 Kg/m²) obeso classe II (35-39,9 Kg/m²) e obeso classe III (≥ 40 Kg/m²).

Do total de 79 pessoas, foi calculado o IMC e realizada a medida da CA em 68 e 70 delas, respectivamente. A verificação dessas variáveis em todos os participantes do estudo não foi possível devido aos seguintes fatores: dificuldade em subir na balança das pessoas com hemiplegia ou hemiparesia; idosos em cadeiras de rodas; portadores de hiperuricemia, apresentando dor nas articulações, entre outras situações que impossibilitaram o registro de suas medidas.

A pressão arterial dos participantes foi registrada no dia da coleta de dados e categorizada em Ótima, Normal, Limítrofe, HA Estágios 1, 2 e 3, e Hipertensão sistólica Isolada, de acordo com a classificação utilizada pelas diretrizes (DBHA, 2006).

Para avaliar a adesão ao tratamento farmacológico, foi solicitada a última receita para investigação da prescrição médica e sua comparação com a afirmação do participante do estudo. No caso do tratamento não farmacológico e demais variáveis foram consideradas as informações fornecidas pelos participantes.

4.5 Análise dos dados

A entrada dos dados foi realizada usando-se a planilha eletrônica Excel 2003 for Windows, sendo que estes dados foram posteriormente submetidos à análise estatística por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 13.0).

Os dados foram analisados estatisticamente tomando por base as variáveis de interesse para o estudo, e organizados em quadros e gráficos, sendo sua discussão realizada por meio da utilização de literatura pertinente.

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução 196 de 1996 (BRASIL, 1996). Ao longo da pesquisa, consideramos os pressupostos da bioética, configurados em sua resolução: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

Os participantes do estudo foram orientados sobre o anonimato, natureza, objetivos e benefícios da pesquisa. Além disso, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para o estudo (APÊNDICE B), podendo retirar sua anuência no momento que o desejassem. Para a pessoa que não sabia ler e escrever, foi realizada a leitura do consentimento livre e esclarecido para o entrevistado e para uma testemunha, sendo aposta a digital do participante no termo.

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), tendo sido protocolado e aprovado sob o N.7017965-4 (ANEXO A). A autorização para a coleta de dados na instituição ocorreu mediante o encaminhamento de ofício, juntamente com o projeto de pesquisa à diretoria.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

5. Apresentação e Análise dos Resultados

Vejam os dados referentes às características sociodemográficas das 79 pessoas, descrevendo, com base na literatura, sua interferência na adesão ao tratamento.

QUADRO 1: Participantes do estudo segundo características sócio-demográficas, Centro de Saúde X, Fortaleza-CE, 2007.

Características	N	%	Média Desvio padrão
1 Faixa Etária (N=78)			
37 - 49	10	12,8	Média: 64,13 DP: 11,815
50 - 59	18	23,1	
60 - 69	22	28,2	
70 - 79	21	26,9	
80 - 90	7	9,0	
2 Sexo (N=79)			
Feminino	26	32,9	
Masculino	53	67,1	
3 Cor (N=79)			
Branca	61	77,2	
Não-Branca	18	22,8	
4 Ocupação (N=78)			
Aposentado/ Pensionista	54	69,2	
Auxílio doença	3	3,8	
Desempregado	6	7,7	
Doméstica	2	2,6	
Trabalhadores do comércio	13	16,7	
5 Escolaridade (N=75)			
Até Alfabetizado	13	17,3	
Ensino Fundamental (Incompleto ou Completo)	30	40,0	
Ensino Médio e >	32	42,7	
6 Renda familiar (N=68)			
Até 1	25	36,8	
1- 2	21	30,9	
2- 8	22	32,4	
7 Religião (N=79)			
Católico	64	81,0	
Não-católico	15	19,0	
8 Estado Civil (N=79)			
Solteiro (a)/Viúvo (a)/Divorciado (a)	26	32,9	
Casado (a)/ União consensual	53	67,1	
9 N° filhos (N=79)			
0 a 2	26	33,0	Média: 3,82 DP: 2,97
3 a 5	38	48,1	
> 5	15	19,0	
10 N° de pessoas no domicílio (N=79)			
1 a 2	13	16,5	Média: 3,99
3 a 6	62	78,5	
7 a 14	4	5,1	DP: 1,84
11 Procedência (N=79)			
Fortaleza	68	86,1	
Interior	9	11,4	
Região Metropolitana	2	2,5	

Total de participantes N=79

A **idade** das pessoas variou de 37 a 90 anos. No entanto, a maior parte (64,1%) dos participantes tem idade igual ou superior a 60 anos. Dentre as doenças que acometem os idosos, a hipertensão arterial é uma das mais freqüentes. Estima-se que pelo menos 60% dos idosos brasileiros sejam hipertensos e, grande parte deles, além da HA apresenta outros fatores de risco, lesão de órgão-alvo ou doença cardiovascular associada (DBHA, 2006).

Assim, mostra-se indispensável direcionarmos nossa atenção para as pessoas com esta faixa etária, pois, atualmente, o Brasil tem cerca de 16 milhões de idosos, representando mais que 8% da população total (IBGE, 2007) e sabe-se que até o ano de 2020, o país poderá ter, em média, 16% de sua população na terceira idade (COELHO NETO e ARAÚJO, 2003).

A adesão ao programa terapêutico também pode ser mais difícil para os idosos, pois a habilidade de apreender e adquirir novos domínios e informações diminui nesta faixa etária, principalmente, depois da sétima década de vida (SMELTZER e BARE, 2005). Além disso, eles utilizam mais medicamentos que qualquer outro grupo etário, sendo necessárias prescrições bem explicadas para essa clientela.

Cabe, ainda, destacar o alto percentual de pessoas na fase produtiva da vida, representando 35,9% dos participantes. Sabemos que a prevalência da HA aumenta progressivamente com a idade (ALMEIDA e LOPES, 2007; DBHA, 2006). Almeida e Lopes (2007) explicam que as alterações hemodinâmicas da hipertensão (variação dos níveis pressóricos) têm início entre os 20 e 30 anos de idade. Porém, é entre os 30 e 50 anos que a hipertensão propriamente dita (níveis pressóricos persistentemente elevados) se instala. Nosso estudo, apresentou limite inferior etário de 37 anos, entretanto, engloba pessoas com hipertensão que já desenvolveram complicações, estas consideradas como: ICC, AVC, IAM, DAC e HVE. Portanto, complicações graves. Considera-se, assim, precoce o limite inferior de 37 anos para a ocorrência desses casos. A que isto pode ser atribuído? Porque um percentual alto (12,8%) do total de pessoas com HA e complicações não tem sequer 50 anos?

Quanto ao **sexo**, apesar da predominância das mulheres na maioria das pesquisas com portadores de HA (STRETEC, PIERIN, MION JÚNIOR, 2003; MACHADO, STIPP,

LEITE, 2005; SANTOS et al, 2005; NOBLAT et al., 2004), neste estudo os homens representaram 67,1% dos participantes.

Estudo realizado por Muniz Filha (2007) em Fortaleza/CE, avaliando pacientes hospitalizados que apresentavam complicações associadas à HA, identificou que 53,3% pertenciam ao sexo masculino.

Conforme já explicitado, a pressão arterial eleva-se com a idade, independente do sexo, porém a interação entre idade e sexo gera diferenças nas taxas de prevalência. A hipertensão arterial atinge mais frequentemente o homem até os 50 anos e, após esta idade, a prevalência na mulher aumenta, possivelmente pela redução da atividade estrogênica, o que aumenta a morbi-mortalidade por doença cardiovascular (FUCHS, 2006; DBHA, 2006).

Considerando ter a maioria dos participantes acima de 50 anos, esperava-se um coeficiente masculino próximo do feminino, mas não tão superior. No entanto, é importante lembrar que, neste estudo, os dados referem-se a pessoas com complicações associadas à HA, que provavelmente já convivem com a doença há vários anos, mesmo sem saber. Dessa forma, estas faixas etárias devem ser menores por ocasião da descoberta da hipertensão arterial. Oigman (2004) ainda explica que as complicações da HA são mais precoces e extensas no homem do que na mulher.

Sabe-se também que a procura pelos serviços de saúde é menor entre os homens e, nas ações estratégicas mínimas de atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), um dos enfoques prioritários é a atenção à saúde da mulher, dificultando a detecção precoce de várias doenças, inclusive da hipertensão arterial e prevenção de suas complicações na população masculina.

Em relação à **cor da pele**, do total de participantes, 61 (77,2%) eram brancos, segundo observação da pesquisadora. Nas investigações de Strelec, Pierin e Mion Júnior (2003) e de Andrade et al., (2002), realizados com clientela portadora de HA, também foram encontradas dados similares aos do presente estudo.

As **ocupações** dos participantes do estudo foram agrupadas conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO-1991). Os (as) aposentados (as)/pensionistas

foram representados por 54 (69,2%) das pessoas. A segunda categoria com maior número de pessoas foi a de ocupação do comércio, que representou 16,7% dos pesquisados.

Sabe-se que as doenças cardiovasculares, além de serem as principais responsáveis por óbitos no Brasil, representam um enorme ônus financeiro para o país. O Sistema Único de Saúde (SUS) gasta anualmente 500 milhões de reais com doenças cardiovasculares e a hipertensão arterial, por ser considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovascular, também possui altos custos sociais, sendo responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio (BRASIL, 2004).

A ocupação poderá influenciar a adesão ao tratamento, pois a consulta acontece no período diurno, podendo coincidir com o horário de trabalho do paciente. Assim, a presença de aposentados e pensionistas neste estudo poderá favorecer a adesão, devido à maior disponibilidade de dedicação ao tratamento. Pesquisa sobre o autocuidado após um ano de revascularização do miocárdio verificou forte relação entre aposentadoria e práticas de autocuidado (LIMA, 2002).

Sobre a **escolaridade** dos participantes, 43 (57,3%) cursaram até o ensino fundamental. O grau de instrução vem sendo considerado um dos fatores determinantes da adesão terapêutica. Estudo de Moreira (2003) com pacientes classificados como não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo identificou baixo nível de escolaridade, pois 86,3% dos participantes tinham cursado, no máximo, até o ensino fundamental incompleto.

Guedes et al, (2005) explicam que deficiências na formação escolar podem dificultar a assimilação de orientações dispensadas pelos profissionais de saúde e influenciar na percepção da gravidade da doença, levando à aquisição de informações incompletas sobre aspectos necessários para manter ou melhorar seu bem-estar.

A **renda familiar** teve uma variação entre <1|-|8 salários mínimos. No entanto, a maioria das pessoas recebia <1|-|2 salários, representando 67,7% do total. A baixa renda familiar apresentada pelos sujeitos do estudo demonstra limitada capacidade de aquisição dos recursos necessários para o tratamento, como, por exemplo, os medicamentos não disponibilizados na rede pública, alimentação recomendada, dinheiro para ir ao serviço de saúde, podendo, dessa forma, dificultar a adesão ao tratamento. Esse aspecto foi bastante

ressaltado pelos participantes deste estudo, como veremos no item sobre fatores dificultadores da adesão ao tratamento.

Investigação com portadores de hipertensão na cidade de São Paulo evidenciou que maiores níveis tensionais no seguimento destas pessoas se relacionaram com idade acima de 60 anos, além de baixa escolaridade, baixa renda e mais de cinco anos de hipertensão (PIERIN et al, 2001).

Quanto à **religião**, 64 eram católicos, correspondendo a 81% do total, o que já era esperado, por se tratar o Brasil de um país de maioria católica. A religião é uma variável que atua na subjetividade, nos valores morais e no poder maior ou menor de aceitação das coisas, inclusive da enfermidade e de seu tratamento (GOMES e OLINDA, 2005).

Sobre o **estado civil**, 53 (67,1%) das 79 pessoas eram formalmente casadas ou viviam em união consensual. Observa-se ainda a presença de solteiros, viúvos e divorciados 26 (32,9%). O fato da maioria (67,1%) dos participantes ter um companheiro(a) poderá favorecer a adesão ao regime terapêutico. No estudo de Moreira (1999), o cônjuge foi a pessoa mais referida como incentivadora do tratamento.

Quanto ao **número de filhos** relatados pelas pessoas investigadas, 48,1% tiveram de 3 a 5 filhos. Moreira (1999) acrescenta que além da participação do cônjuge no favorecimento do tratamento, há também bastante relevância o auxílio que os filhos ou qualquer outro membro familiar podem fornecer ao doente, devendo este ser requisitado como um membro chave de apoio no tratamento e a conseqüente prevenção de complicações.

O **número de pessoas que residem** com o participante apresentou variação de 1 a 14 pessoas, com média de 3,99, sendo o maior percentual de 3 a 6 pessoas (78,5%). Este dado é também encontrado em um estudo realizado em clientela com diagnóstico de crise hipertensiva em Fortaleza/CE, relatando maior variação, de 1 a 17 pessoas (SOUZA, 2006).

No que diz respeito à **procedência**, 68 (86,1%) das pessoas residem na capital, enquanto 11 (13,9%) moram em outros municípios cearenses.

As características clínicas dos participantes serão descritas no Quadro 2.

QUADRO 2: Participantes do estudo segundo características clínicas, Centro de Saúde X, Fortaleza-CE, 2007.

Características	N	%	Média Desvio padrão
1 Tempo (em anos) descoberta da HA (N=79)			
1 - 10	44	55,7	Média:
11 - 20	15	18,9	13,35
21 - 30	12	15,2	DP: 10,203
>30	4	5,1	
Não lembram	4	5,1	
2 Como descobriu ser hipertenso (N=79)			
Por ocasião da complicação	27	34,2	
Ao apresentar sinais e sintomas da HA e/ou complicação	10	12,6	
Verificou PA na farmácia ou em uma consulta	10	12,6	
Exames médicos do trabalho/habilitação para dirigir	2	2,6	
Durante a Gravidez	3	3,8	
Outros	1	1,3	
Não lembram	26	32,9	
3 Doenças associadas (N=79)			
Acidente vascular cerebral	38		
Infarto agudo do miocárdio	22		
Doença arterial coronariana	21		
Revascularização cardíaca	18		
Hipertrofia ventricular esquerda	11		
Insuficiência cardíaca congestiva	4		
Outras	20		
4 Internações anteriores (N=79)			
Sim	69	87,3	
Não	10	12,7	
5 Nº de internações (N=69)			
≤2	46	58,2	Média:
3 - 5	19	24	2,33
6 - 10	4	5,1	DP: 1,972
6 Motivo das internações (N=69)			
Complicações/Sinais e sintomas das complicações da HA	45		
Alterações na PA	15		
Revascularização/angioplastia	17		
Outras cirurgias/Parto	15		
Exames (cateterismo)	4		
Outros	19		
7 História Familiar (N=79)			
Hipertensão arterial (N=79)			
Sim	57	72,2	
Não	14	17,7	
Não sabe referir	8	10,1	
Familiar acometido (N=57)			
Pai e/ou Mãe	57		
Irmãos	36		
Tios/ Sobrinhos	6		
Filhos	2		
Avós	1		
Diabetes Mellitus (N=79)			
Sim	35	44,3	
Não	38	48,1	
Não sabe referir	6	7,6	
Familiar acometido (N=35)			
Pai e/ou Mãe	19		
Irmãos	18		
Tios	4		
Filhos	1		

Infarto agudo do miocárdio (N=79)			
Sim	24	30,4	
Não	42	53,2	
Não sabe Referir	13	16,5	
Familiar acometido (N=24)			
Pai e/ou Mãe	16		
Irmãos	10		
Avós	3		
Tios	1		
Acidente vascular cerebral (N=79)			
Sim	28	35,4	
Não	45	57,0	
Não sabe Referir	6	7,6	
Familiar acometido (N=28)			
Pai e/ou Mãe	18		
Irmãos	14		
Primo/Sobrinho	2		
8 Classificação da Pressão Arterial (N=76)			
Ótima	4	5,2	
Normal	8	10,5	
Limítrofe	7	9,2	
HA Estágio 1	19	25,0	
HA Estágio 2	20	26,3	
HA Estágio 3	9	11,9	
Hipertensão sistólica Isolada	9	11,9	
9 Tempo (em anos) de acompanhamento no serviço (N=75)			
Até 2	9	12,0	Média:
2-4	15	20,0	6,7816
4-8	27	36,0	DP: 3,94
8-10	10	13,3	
10-17	14	18,7	

Total de participantes N=79

Quanto ao **tempo de descoberta da HA**, o quadro 2 mostra que, 44 (55,7%) pessoas referiram tempo de diagnóstico da hipertensão entre 1-10 anos. Dado similar a este foi encontrado no estudo de Noblat et al., (2004), quando 27,1% dos portadores de hipertensão sabiam ser hipertensos há menos de um ano; 50,4% entre um e dez anos, e 22,5% há mais de dez anos.

A investigação do tempo de descoberta da hipertensão é importante, pois pode ter relação com a adesão ao tratamento. Estudo com 401 pacientes não aderentes ao tratamento identificou que, quanto maior o tempo de duração da HA, maior foi o percentual de abandono do tratamento (ANDRADE et al, 2002). Este fato também foi observado no estudo de Santos et al, (2005).

Os resultados demonstram que 27 (34,2%) pessoas referiram ter descoberto a HA por ocasião das complicações, ou em dez (12,6%) por meio de sinais e sintomas característicos da doença hipertensiva (tontura, cefaléia, cansaço, falta de ar, mal estar,

entre outros) que os levaram a procurar atendimento em algum serviço de saúde. Assim, observamos que, em grande parte dos casos, a HA foi descoberta em fase muito avançada.

É importante destacar que em dez (12,6%) pessoas a doença foi descoberta ao verificar a pressão arterial na farmácia ou em uma consulta com profissional por estar apresentando outro problema de saúde, havendo também situações em que essa descoberta se deu por conta da gravidez (3=3,8%) e à procura de emprego (2=2,6%). Outras 26 (32,9%) não lembravam como descobriram ter hipertensão.

Isso mostra que não existe um comportamento preventivo em relação à doença nos indivíduos que participaram do estudo, o que segundo Moreira (1999), reflete uma posição muito comum na sociedade. A autora chama a atenção para a elevada importância das campanhas educativas voltadas à população e mesmo aos profissionais de saúde, enfocando a detecção precoce e a prevenção da hipertensão, ressaltando a extrema importância da atualização dos profissionais, pois, estando eles à frente das campanhas, é necessário que passem a ver a hipertensão como uma doença grave, incurável, mas passível de controle e que deve ser detectada o quanto antes, visando diminuir seus conseqüentes danos.

Salienta-se, ainda, que o diagnóstico de hipertensão depende da verificação da pressão arterial, e não dos sintomas relatados pela pessoa, pois a doença se apresenta habitualmente assintomática, até que a lesão de órgãos-alvo seja iminente ou já tenha ocorrido (KATZUNG, 2006), o que levanta a necessidade de verificação da pressão arterial como um procedimento básico a ser adotado antes de qualquer atendimento de saúde, o que serviria como mecanismo de busca ativa de casos.

Neste estudo, todas as pessoas apresentavam **complicações associadas à hipertensão**, e elas são assim distribuídas: 38 sofreram acidente vascular cerebral; 22 tinham diagnóstico médico de infarto do miocárdio; seguido de 21 com diagnóstico de doença arterial coronariana; 11 com hipertrofia ventricular esquerda e 18 que já haviam se submetido à cirurgia de revascularização cardíaca.

Convém ressaltar que o registro dessa variável se baseou no diagnóstico médico presente no prontuário, não se excluindo a possibilidade de casos não diagnosticados ou não registrados por este profissional.

A HA compromete o cérebro precocemente e de modo progressivo. Estima-se que

80% de todos os tipos de AVC sejam devidos à hipertensão arterial. A doença cerebrovascular evidente constitui uma indicação de tratamento anti-hipertensivo. Após a fase aguda da doença, os hipertensos devem ser mantidos com níveis de pressão arterial a 140x90 mmHg (RIBEIRO e LOTUFO, 2005).

A cardiopatia coronariana com angina ou infarto do miocárdio é outra consequência comum da hipertensão. Fatores que diretamente ligam a hipertensão à doença arterial coronária incluem um efeito lesivo direto da pressão sanguínea elevada nas artérias coronárias, modificando o endotélio e propiciando o início e a progressão da aterosclerose. Os pacientes hipertensos com doença coronariana possuem risco elevado de morbidade e mortalidade cardiovascular. Dessa forma, torna-se importante a redução das cifras pressóricas e controle integral dos diferentes fatores de risco cardiovasculares (FEITOSA, FEITOSA FILHO, CARVALHO, 2002; RIBEIRO e LOTUFO, 2005).

A HA pode produzir ainda alterações estruturais no ventrículo esquerdo (hipertrofia ventricular esquerda ou remodelamento ventricular esquerdo com dilatação), com ou sem isquemia coronária (aterosclerose coronariana), contribuindo para o desenvolvimento de insuficiência cardíaca (IC) com função sistólica preservada ou não (DBHA, 2006).

Na insuficiência cardíaca, o coração é incapaz de bombear o sangue em uma taxa proporcional às necessidades dos tecidos metabolizantes ou é capaz disso apenas em uma pressão de enchimento elevada. A IC é uma condição comum e freqüentemente recorrente com mau prognóstico (ROBBINS, COTRAN e KUMAR, 2005). O controle dos níveis elevados da PA com modificações de estilo de vida e uso de medicamentos anti-hipertensivos melhora a função miocárdica, previne e reduz a insuficiência cardíaca e a mortalidade cardiovascular (RIBEIRO e LOTUFO, 2005).

Outras doenças registradas nos prontuários dos participantes foram: hipotireoidismo; nefropatias; hipertensão ocular; aumento do átrio esquerdo e disfunção diastólica do ventrículo esquerdo; insuficiência aórtica discreta; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); hiperuricemia, artrite reumatóide, deformidades articulares; mal de Parkinson; artrose; hérnia de hiato; epilepsia; uso de marcapasso cardíaco; dilatação da aorta; insuficiência coronariana; refluxo mitral; nefrosclerose hipertensiva, pielonefrite, entre outras.

Ressalta-se que o número total de 134 doenças associadas à HA revela a sobreposição de doenças em uma mesma pessoa, uma vez que o total de participantes é de 79 sujeitos. Tal dado configura uma situação ainda mais complexa (múltipla associação de enfermidades) e que representa maior risco de morte aos sujeitos.

Referente ao **número e motivo das internações** relatados pelos participantes, constatou-se que 69 (87,3%) já haviam se submetido a internações hospitalares e, quando questionados quanto ao número de internações anteriores, detectou-se uma variação entre 1-10 internações, porém 46 pessoas referiram até duas hospitalizações.

Quanto aos motivos apontados para suas internações destacam-se a ocorrência de complicações cardio-cérebrovasculares ou a presença de sinais e sintomas das complicações em 45 pessoas, além de revascularização cardíaca/angioplastia e alterações na pressão arterial citadas por 17 e 15 pessoas, respectivamente.

A HA e suas complicações são responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando altos custos hospitalares, econômicos e sociais no país (DBHA, 2006). No Brasil, as doenças cardiovasculares foram a primeira causa de hospitalização no setor público entre 1996 e 1999 para as pessoas com idade entre 40 e 59 anos (17%) e entre aquelas com 60 ou mais anos (29%) (BRASIL, 2004).

Estudo realizado com clientela portadora de doenças cardiovasculares atendida em um hospital de referência para essas enfermidades encontrou que 60% dos pacientes já haviam se submetido à internação anterior em decorrência da doença arterial, evidenciando-se a possibilidade de falta de adesão ao tratamento, pois, mesmo em usos do tratamento farmacológico instituído, os pacientes apresentaram complicações graves que culminaram em internações em um centro coronariano (MUNIZ FILHA, 2007).

Quanto aos **antecedentes familiares**, 57 (72,2%) pessoas tinham história de HA, 35 (44,3%) afirmaram ter pessoas na família com DM; cerca de 24 (30,4%) apresentavam história familiar de infarto do miocárdio e 28 (35,4%) de acidente vascular cerebral. Ressalta-se que a maioria dos participantes do estudo informou mais de um caso de antecedentes patológicos na família, sendo os pais e os irmãos os familiares mais acometidos por essas enfermidades.

Resultados semelhantes aos do presente estudo foram encontrados na pesquisa de Santos e Silva (2006), quando 75% dos participantes referiram história familiar de HA, 49% de infarto agudo do miocárdio e 48% de acidente vascular cerebral.

Sabe-se que o fator hereditário exerce influência no surgimento das doenças cardiovasculares e de outras enfermidades. Cabe destacar a HA que tem hereditariedade estimada em cerca de 30% (KATZUNG, 2006) e o diabetes mellitus tipo 2 que tem também forte componente hereditário (BRASIL, 2001). Assim, o conhecimento de antecedentes familiares deveria ter despertado os participantes do estudo para o cuidado preventivo com a saúde.

Outra variável interessante do nosso estudo é quanto aos **níveis pressóricos** verificados no dia da coleta de dados. Os sujeitos apresentaram uma variação entre 100 até 210 mmHg para a pressão sistólica, e 50 a 140 mmHg para a diastólica. Neste estudo, ao analisarmos os valores dos níveis pressóricos, conforme classificação das V Diretrizes (2006), verificamos que apenas 19 pessoas apresentaram cifras pressóricas controladas (ótima, normal e limítrofe). Estes dados são bastante preocupantes, uma vez que se trata de pessoas em acompanhamento nesta unidade de referência há muito tempo (68% deles há cinco anos ou mais), além disso, já apresentam complicações associadas à hipertensão.

O controle inadequado da pressão arterial é freqüentemente observado nas pesquisas com pessoas hipertensas (STRETEC, PIERIN e MION JÚNIOR, 2003; MOREIRA, 2003; FALCÃO, 2007). A relação entre a pressão arterial e o risco de eventos cardiovasculares é contínua, graduada, consistente e independente de outros fatores de risco. Quanto maior o valor da pressão arterial, maior é a chance de um infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e doença renal (RIBEIRO e LOTUFO, 2005; FUCHS, 2006). As Diretrizes (2006) acrescentam que a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA, a partir de 115/75 mmHg.

Diante destes dados, é de suma importância que os profissionais de saúde, particularmente o enfermeiro, possam destacar que o controle dos valores pressóricos traduz expressiva redução na morbimortalidade, aumentando a expectativa de vida dos indivíduos. Para tanto, o seguimento do tratamento não medicamentoso e farmacológico é essencial.

QUADRO 3: Participantes do estudo segundo adesão ao tratamento não medicamentoso, Centro de Saúde X, Fortaleza-CE, 2007.

VARIÁVEIS	N	%
1. CONTROLE DE PESO		
IMC Kg/m² (N=68)		
Baixo peso	1	1,4
Peso saudável	14	20,6
Sobrepeso	38	55,9
Obeso grau I	11	16,2
Obeso grau II	4	5,9
Obeso grau III	-	-
Circunferência Abdominal (N=70)		
Normal	9	12,9
Aumentada	18	25,7
Muito aumentada	43	61,4
2. REDUÇÃO DO CONSUMO DE SAL		
Usa sal na mesa (N=79)		
Sim	5	6,3
Não	74	93,7
Adiciona sal (N=79)		
Sim	1	1,3
Não	74	93,7
Às vezes	4	5,1
Consumo de fontes industrializadas de sal (N=79)		
Sim	15	19,0
Não	57	72,2
Às vezes	7	8,9
3. PADRÃO ALIMENTAR		
Consumo de frituras (N=79)		
Sim	20	25,3
Não	29	36,7
Às vezes	30	38,0
Uso de produtos lácteos (N=79)		
Integrais	42	53,2
Desnatados	26	32,9
Não consome	11	13,9
Consumo de Café (N=76)		
Sim	57	75,0
Não	19	25,0
Frequência do uso de café (N=53)		
1 - 2	42	55,2
>2	11	14,4
4. PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS		
Realiza exercício (N=79)		
Sim	34	43
Não	45	57
Motivo para não realização de atividade física (N=45)		
Distúrbios musculoesqueléticos ou reumáticos	7	8,8
Dor/edema de MMII	7	8,8
Desmotivação/ausência de companhia/gosta de ficar em casa	6	7,6
Gera "dor no peito" ou taquicardia ao realizar exercícios	4	5,1
Não tem tempo	4	5,1
Seqüela de AVC (Hemiparesia, hemiplegia)	3	3,8
Ignorado	8	10,1
Outros	6	7,6
5. CONTROLE DO ESTRESSE PSICOEMOCIONAL		
Estresse com Facilidade (N=78)		
Sim	40	51,3
Não	38	48,7
Atividades de lazer (N=79)		
Sim	34	43,0

Não	45	57,0
Interrupção do sono (N=79)		
Sim	55	69,6
Não	24	30,4
Horas de sono/dia (N=77)		
8 horas	20	26,0
< 8 horas	46	59,7
> 8 horas	11	14,3
Satisfação ao despertar (N=79)		
Descansado	60	75,9
Cansado	19	24,1
Uso de medicamento (N=79)		
Sim	19	24,1
Não	60	75,9
Medicamento utilizado (N=19)		
Ansiolíticos-benzodiazepínicos	16	20,3
Antidepressivos	3	3,8
6. ABANDONO DO TABAGISMO		
Uso atual de fumo (N=79)		
-Nunca	30	37,9
-Sim	5	6,4
Número de cigarros/dia (N=5)		
1 - 2	2	2,6
>2	2	2,6
Masca Fumo	1	1,3
-Ex-fumante	44	55,7
Número de cigarros/dia (N=37)		
≤5	8	10,1
6 - 10	5	6,3
20	13	16,4
>20	11	13,9
Tempo anterior (anos) de tabagismo (N=40)		
1 - 10	6	7,6
11 - 20	12	15,1
21 - 30	9	11,3
31 - 40	7	8,8
41 ou mais	6	7,6
7. MODERAÇÃO NO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS		
Uso atual de Alcool		
-Nunca	24	30,4
-Sim	14	17,7
Tipo de bebida (N=14)		
Cerveja	6	
Uísque	1	
Vinho	2	
Aguardente	3	
Cerveja e uísque	1	
Cerveja e vinho	1	
-Uso anterior de Alcool	41	51,9
Tipo de bebida (N=41)		
Cerveja	30	
Aguardente	24	
Uísque	13	
Vinho	4	
Vodka	8	
Outra	9	
Tempo anterior (anos) do consumo de álcool (N=36)		
≤10	4	5,1
11 - 20	8	10,1
21 ou mais	24	30,4

Total de participantes N=79

A avaliação dos participantes quanto ao tratamento não-medicamentoso baseou-se nas medidas de controle da doença recomendadas pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) e contemplou os seguintes aspectos: controle do peso; redução do consumo de sal; padrão alimentar; prática regular de exercícios físicos; controle do estresse psicoemocional; abandono do tabagismo e moderação no consumo de bebidas alcoólicas.

Em relação ao **controle de peso**, o cálculo do IMC permitiu identificar que uma (1,4%) pessoa apresentou baixo peso e apenas 14 (20,6%) apresentaram peso normal, enquanto 38 (55,9%) estavam com sobrepeso, 11 (16,2%) pessoas estavam na classe obeso I e quatro (5,9%) na classe de obeso II.

Assim, 53 (78%) pessoas encontravam-se em sobrepeso ou obesidade. Estes dados são preocupantes, tendo em vista o papel da obesidade como promotora de elevação dos níveis pressóricos e aumento do risco de co-morbidade (ALMEIDA e LOPES, 2007; BRASIL, 2001). Em contrapartida, está bem reconhecido que a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já traz benefícios na redução da pressão arterial (DBHA, 2006).

Recomenda-se a manutenção do peso ideal com índice de massa corporal inferior a 25 Kg/m^2 , pelo aumento da atividade física e dieta hipocalórica (DBHA, 2006). O estabelecimento de um peso corpóreo ideal favorece o controle de outras doenças associadas como o diabetes.

Tratando-se, ainda, do controle de peso, foi avaliada a circunferência abdominal (CA) de 70 pessoas. Destes, apenas nove (12,9%) tinham a CA normal (<80 para as mulheres, e menor que 94 cm para os homens), enquanto 18 (25,7%) e 43 (61,4%) apresentavam a CA aumentada ou muito aumentada, respectivamente.

O excesso de peso associado ao acúmulo de gordura na região mesentérica, obesidade denominada do tipo central, visceral ou androgênica está associado a maior risco de doença aterosclerótica. Além disso, no geral, os indivíduos com este tipo de obesidade apresentam dislipidemia, resistência a insulina e hipertensão arterial sistêmica, condições que, em conjunto, caracterizam a síndrome metabólica (IV DBDislipidemia, 2007). Esta síndrome é uma condição de caráter progressivo que pode aumentar a mortalidade geral em 1,5 vez e a cardiovascular em 2,5 a três vezes (DBHA, 2006).

A medida da circunferência abdominal é um procedimento simples, de baixo custo, fácil aplicabilidade e representa um importante marcador para a HA. Jardim et al (2007) defendem que a adoção da medida da CA como rotina em todos os atendimentos de saúde poderá favorecer atitudes preventivas precoces nos casos em que valores discrepantes sejam encontrados. Além disto, o conhecimento da CA poderá ser também fator primordial para um melhor controle de fatores de risco, inclusive evitando o aparecimento da HA e facilitando o seu controle nas situações em que já estiver estabelecida.

Quanto à **redução do consumo de sal**, cinco (6,3%) pessoas, responderam que utilizam saleiro de mesa, e a maioria, compreendendo 74 (93,7%) pessoas, não acrescentava sal à refeição. O consumo de fontes industrializadas de sal como: molhos prontos, sopas em pó, embutidos, conservas, enlatados, congelados, defumados e salgados de pacote foi referido por 15 (19%) pessoas, outras sete (8,9%) disseram às vezes consumir, enquanto 57 (72,2%) negaram o consumo destes alimentos.

Apesar da maioria ter apresentado preocupação em evitar o consumo de sal, representando comportamento de adesão em relação a este item, fica a dúvida referente à quantidade de sal acrescentada no preparo dos alimentos, por ser uma variável de difícil mensuração.

A redução do sal na dieta é capaz de reduzir 6 mmHg da pressão arterial sistólica, o que do ponto de vista populacional reduz a incidência de doença arterial coronária em 10% e de acidente vascular cerebral em 16% (MANCILHA-CARVALHO; SOUZA-SILVA, 2003). Esses dados reforçam a idéia e a conduta no sentido reduzir a ingestão de sal a menos de 6g por dia, segundo recomendado pelas diretrizes para o controle da hipertensão (DBHA, 2006).

Já em relação ao **padrão alimentar**, as diretrizes de hipertensão arterial (2006) recomendam o consumo de frutas, verduras, uso de produtos lácteos, de preferência, desnatados, e quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol pelas pessoas portadoras da doença.

Ao serem questionados sobre o consumo de produtos lácteos, 68 (86,1%) dos participantes do estudo referiram consumo desses alimentos e citaram principalmente o

leite e queijo. Entretanto, dessas 68 pessoas, 42 (53,2%) disseram consumir produtos lácteos integrais, enquanto 26 (32,9%) usavam os desnatados.

Quanto ao consumo de frituras, constatou-se referência ao fato de às vezes consumirem em 30 (38%) pessoas. No entanto, existem 29 (36,7%) indivíduos que negaram seu consumo. É necessário, portanto, alertar as pessoas para o fato de evitar frituras em geral e não cozinhar com margarinas ou creme vegetal (BRASIL, 2001).

Os dados referentes ao consumo de frutas serão apresentados posteriormente no gráfico 1.

Referente ao consumo de café, 57 (75%) referiram seu uso. Desses, 42 ingeriam café com frequência de uma a duas vezes ao dia. A ingestão de cafeína pode elevar de forma aguda a pressão arterial. No entanto, a ingestão crônica não tem associação consistente com a hipertensão arterial (RIBEIRO e LOTUFO, 2005).

Na avaliação de **prática regular de exercícios físicos**, identificou-se que 45 (57%) dos 79 entrevistados eram sedentários e apenas 34 (43%) praticavam exercícios regularmente. As dificuldades individuais para realizar o exercício físico foram a presença de distúrbios músculoesqueléticos e reumáticos (fraturas; artrite reumatóide); ocorrência de dor e edema em membros inferiores ao realizar exercícios; desmotivação; não ter tempo para a prática de atividade física; ocorrência de “dor no peito” ou taquicardia durante a sua realização, presença de seqüela de AVC (hemiplegia ou hemiparesia) além de outros motivos apresentados pelos participantes.

Sabe-se que o sedentarismo representa fator de risco para a hipertensão e doenças cardiovasculares. Guimarães (2006) explica que em normotensos, o risco de desenvolver HA é 20 a 50% mais elevado nos sedentários do que nos fisicamente ativos. Um outro aspecto importante é que a inatividade física está diretamente associada à obesidade. Por outro lado, Lopes e Barreto Filho (2006) afirmam que a prática de exercícios físicos aeróbicos auxilia de forma expressiva no controle de peso e também resulta na redução da pressão arterial, além de proporcionar queda do VLDL-colesterol, aumento do HDL-colesterol e, em alguns casos, na redução do LDL-colesterol.

Uma vez que muitos dos participantes do estudo eram sedentários há necessidade de recomendar a realização de pelo menos 30 minutos de atividades físicas moderadas de

forma contínua ou acumulada em pelo menos cinco dias da semana. No entanto, antes de iniciarem programas de exercício físico, os hipertensos devem ser submetidos à avaliação clínica especializada (DBHA, 2006).

Buscando identificar o **controle do estresse psicoemocional**, a maioria dos sujeitos do estudo 40 (51,3%) julgou se estressar com facilidade; contra 38 (48,7%) que referiram dificilmente se estressar.

Os estudos sobre a fisiopatologia da HA evidenciaram que o estresse possui, pela sua ação simpatomedular e pituitária-adrenocortical, o poder de aumentar a PA em resposta a estímulos psicológicos (OLIVEIRA JÚNIOR, 2000). Porém outras variáveis (fatores genéticos, dieta, exercício físico, peso, entre outros) podem influenciar no aparecimento da HA. A persistência desse estresse e os mecanismos de enfrentamento para essa condição no indivíduo é que irão ser determinantes da relação entre estresse e hipertensão (LIPP e ROCHA, 1994).

Foram avaliados também os fatores que podem favorecer o estresse nestas pessoas, quando detectou-se baixo número de horas de sono, pois cerca de 46 (59,7%) dormiam menos de oito horas por dia e ainda, 55 (69,6%) referiram vários despertares durante o sono. Entretanto, 60 (75,9%) consideram-se descansados ao despertar.

Salienta-se que a maioria das pessoas com HA, que participou do estudo, era idoso. Com frequência, os distúrbios do sono vão acontecendo na medida em que a idade avança. Os estágios 3 e 4 do ciclo do sono são aqueles em que o sono é mais profundo, sendo difícil o despertar. Esses níveis ocorrem com menor frequência na fase mais tardia da vida. Há predominância de muitos despertares breves no sono das pessoas mais idosas (SMELTZER e BARE, 2005), podendo ser considerado como fator estressante.

Buscando identificar as estratégias de redução do estresse, as pessoas foram questionadas quanto à execução de atividades de lazer, quando constatou-se que 45 (57%) não as desenvolviam. O uso de fármacos ansiolíticos, hipnóticos e antidepressivos esteve presente em 19 (24,1%) dos sujeitos da pesquisa.

Os ansiolíticos são utilizados primariamente para aliviar a ansiedade e tensão emocional. O diazepam, bromazepam e lorazepam foram os ansiolíticos usados pelos pacientes. Estes benzodiazepínicos são depressores seletivos do Sistema Nervoso Central

(SNC), seus efeitos variam desde um efeito ansiolítico e até a indução do sono, sem interferir excessivamente com as outras funções cerebrais. Já os hipnóticos são usados primariamente para induzir ao sono (PLANETA, SOUZA e DeLUCIA, 2004). O hipnótico flurazepam foi utilizado pelos participantes.

Os antidepressivos mencionados pelos participantes do estudo foram a amitriptilina e fluoxetina. Esses fármacos têm um efeito comprovado de elevação do humor depressivo, porém sem interferir significativamente com o humor normal (PLANETA, SOUZA e DeLUCIA, 2004).

O **abandono do tabagismo** é condição essencial para reduzir o risco cardiovascular. O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação (DBHA, 2006). Merece comentário à parte a correlação funesta entre o tabagismo e a mortalidade por câncer de pulmão.

Nesse aspecto, um dado positivo levantado na população estudada é que 30 (37,9%) pessoas disseram nunca ter usado fumo e somente cinco (6,4%) pessoas declararam o uso atual da substância. Desses, dois fumavam de 1 a 2 cigarros ao dia, outros dois fumavam mais de 2 cigarros diariamente, sendo que o máximo são 15 cigarros/dia e um referiu mascar fumo.

Entretanto, destaca-se o grande percentual de ex-fumantes (44), representando 55,7% das pessoas. Do total de ex-fumantes, 24 consumiam 20 ou mais cigarros diariamente e, 34 referiram tempo de tabagismo igual ou maior a 11 anos. Isto pode estar relacionado ao fato dos participantes, em sua maioria, serem do sexo masculino e, geralmente terem hábitos tabagistas. Além disso, as pessoas que participaram deste estudo, pertencem a uma época em que o uso de tabaco era considerado elegante.

De acordo com Ribeiro e Lotufo (2005), entre os fumantes, o risco de morte por doença cardiovascular em paciente masculino, com idade superior a 65 anos, é duas vezes maior do que em um indivíduo em condições semelhantes, não fumante. No entanto, ainda segundo estes autores, os benefícios cardiovasculares da interrupção do fumo podem ser vistos no prazo de um ano em todas as faixas etárias.

A recomendação do abandono do tabagismo é medida obrigatória na abordagem ao portador de hipertensão arterial (DBHA, 2006; BRASIL, 2001). Assim, os profissionais de

saúde devem ajudar os pacientes que não conseguiram seguir essa recomendação, discutindo os benefícios da interrupção do uso de fumo. É necessário também ajuda aos que pararam de fumar, com o intuito de se manterem abstinente, além da proteção aos não-fumantes.

Em relação à **moderação no consumo de bebidas alcoólicas**, a maioria dos participantes estava seguindo essa recomendação. Do total de 79 pessoas, 24 (30,4%) disseram que nunca ingeriram bebida alcoólica e 41 (51,9%) pararam de beber. Ainda assim, 14 (17,7%) afirmaram uso atual de bebidas alcoólicas, entre estes a bebida mais ingerida era a cerveja. Referente ao volume de bebida consumida, houve uma variação grande, já que dependeu do tipo de bebida ingerida. Entretanto, a maioria referiu ingerir pequenas quantidades.

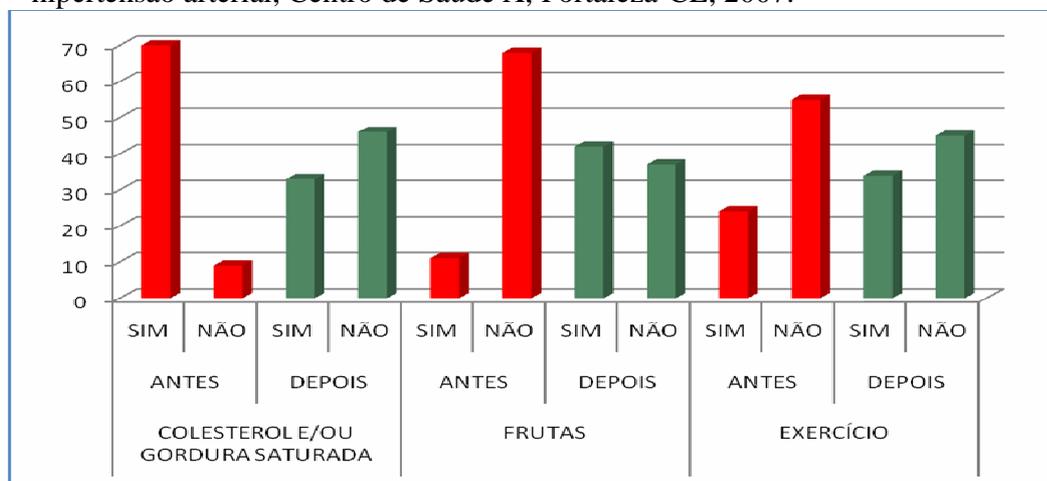
Dentre as pessoas que abandonaram o uso de álcool, 24 referiram tempo de consumo igual ou maior há 21 anos. O tipo de bebida mais utilizada por estas pessoas era a cerveja (30) e o aguardente (24).

O uso excessivo de álcool está associado a um aumento do risco de acidente vascular encefálico (DBHA, 2006; ALMEIDA e LOPES, 2007). Além disto, é interessante destacar que o consumo de álcool também tem sido freqüentemente apontado como causa de interrupção do tratamento farmacológico (ANDRADE et al., 2002; RIBEIRO e LOTUFO, 2005).

Recomenda-se limitar o consumo de bebidas alcoólicas a, no máximo, 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para as mulheres ou indivíduos de baixo peso. Aos pacientes que não se enquadrarem nesses limites de consumo, sugere-se o abandono (DBHA, 2006).

A fim de avaliar a interferência do desenvolvimento de complicações nos hábitos alimentares, prática de atividade física, uso de álcool e fumo pelos participantes do estudo, os gráficos 1 e 2 apresentam o comparativo da adoção desses hábitos antes e após a ocorrência de complicações.

Gráfico 1: Participantes do estudo segundo hábitos alimentares (colesterol e frutas) e prática de exercício físico antes e após a ocorrência de complicações associadas à hipertensão arterial, Centro de Saúde X, Fortaleza-CE, 2007.



Quanto à alimentação, foi solicitado para a pessoa especificar a ingestão de alimentos mais frequentes, antes e após a descoberta das complicações. Alimentos fontes de colesterol e/ou gordura saturada eram consumidos por 70 (88,6%) pessoas, antes do desenvolvimento de complicações. Estas pessoas referiram principalmente o consumo dos seguintes alimentos: carne de porco, toucinho, pele de frango, margarina, “carne de gado gorda com pirão”, panelada, lingüiça, dobradinha, feijoada, salsicha, “mão de vaca”, queijo, leite integral, entre outros. No entanto, houve mudança na ingestão desses alimentos por algumas pessoas após a ocorrência de complicações associadas à HA, pois o número de participantes que afirmou atualmente consumir alimentos gordurosos caiu para 33 (41,7%).

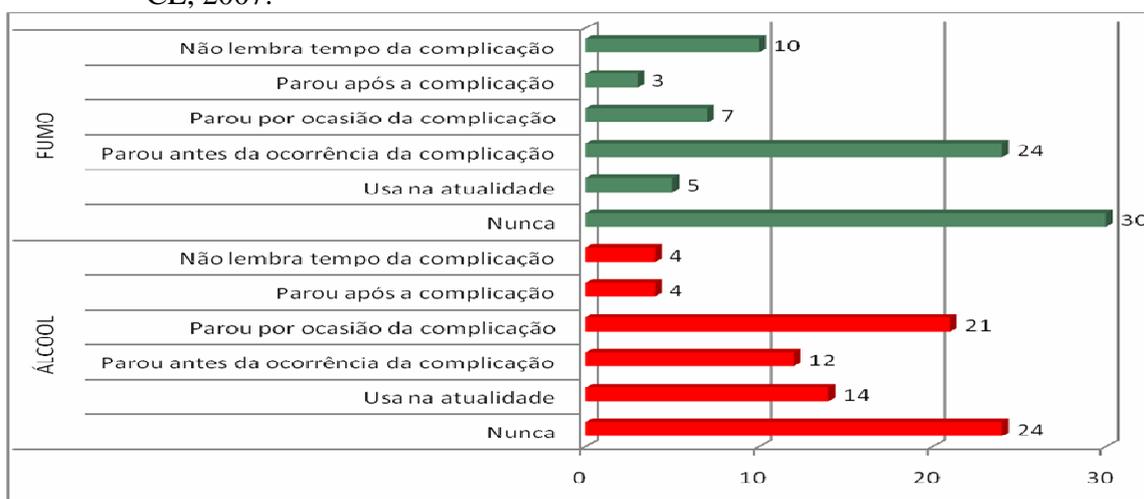
Foi avaliada, ainda, a referência ao consumo de frutas pelos participantes, quando constatou-se que, antes da ocorrência de complicações, as frutas participavam da alimentação de somente 11 (13,9%) pessoas. Entretanto, um dado importante é que, na atualidade, 42 (53,1%) pessoas disseram que as frutas estão presentes em seu cardápio.

No que concerne à prática de atividade física, conforme apresentado no gráfico 1, antes das complicações apenas 24 (30,3%) pessoas realizam exercícios físicos. Destes, dez faziam caminhada e 14 referiram outras atividades como: jogar futebol, hidroginástica. Das 24 pessoas, 16 relataram um tempo de exercício/dia menor que 30 minutos e 22 igual ou maior que 30 minutos. Cerca de 12 pessoas faziam atividade física até três vezes por semana e outras 12 de quatro a sete vezes por semana.

Já em relação a realização de exercícios após a ocorrência das complicações, ou seja atualmente, 34 (43%) pessoas afirmaram tal prática. Entre esses, 24 realizam caminhadas. Outras atividades como fisioterapia, hidroginástica e realização de bicicleta em casa foram citadas por nove pessoas, além de uma que faz caminhada e ciclismo. A frequência de realização de exercícios por semana também foi abordado: dez pessoas relataram realizar até três vezes por semana e 24, de quatro a sete vezes/semana. Quanto ao tempo de exercício/dia, três pessoas referiram tempo menor que 30 minutos, enquanto 31 utilizavam 30 ou mais minutos.

Na avaliação do uso de álcool e fumo, os participantes foram questionados quanto ao tempo de descoberta das complicações, para sua posterior comparação com o tempo de abandono do tabagismo e etilismo. Os dados de todos os participantes foram condensados no gráfico 2.

Gráfico 2: Participantes do estudo segundo uso de fumo e álcool antes e após a ocorrência de complicações associadas à hipertensão arterial, Centro de Saúde X, Fortaleza-CE, 2007.



Do total de 79 pessoas, conforme já mencionamos, 24 (30,4%) nunca haviam ingerido bebida alcoólica e 14 (17,7%) bebem na atualidade. Entre os 41 (51,9%) participantes que já abandonaram esse hábito, 12 o fizeram antes das complicações, em 21 casos o abandono do uso de álcool coincidiu com a ocorrência da complicação e quatro ainda continuaram bebendo mesmo após a complicação de doença hipertensiva, porém

interromperam esse consumo após um período da ocorrência. Outras quatro pessoas, embora tivessem informado abandono do etilismo, não lembravam há quanto tempo tinham tido complicação.

Referente ao tabagismo, 30 (37,9%) pessoas referiram nunca ter fumado e cinco (6,4%) afirmaram uso atual de fumo. Dos 44 (55,7%) participantes que referiram abandono do uso de fumo, 24 o fizeram antes da ocorrência de complicação; houve coincidência de tempo entre abandono do tabagismo e a ocorrência de complicação em sete pessoas. Outros três participantes abandonaram o hábito de fumar até um ano após a ocorrência das complicações. Em dez pessoas não foi possível comparar a presença do hábito de fumar antes e após as complicações, pois seis não sabiam há quanto tempo tinha abandonado o hábito e, outras quatro não lembravam o tempo de descoberta das complicações.

Percebe-se, mediante os dados apresentados no gráfico 1, que a partir da ocorrência de complicações houve modificações favoráveis na vida dos participantes do presente estudo como a diminuição do consumo de alimentos fontes de colesterol e/ou gorduras e o aumento do número de pessoas que referiu o consumo de frutas. Detectou-se também aumento no número de pessoas que realizam exercícios na atualidade, além da elevação do número de sessões semanais e do tempo gasto em cada sessão.

Já no gráfico 2, observa-se que a ocorrência de complicações associadas à HA interferiu principalmente no hábito de ingerir bebidas alcoólicas, pois, do total de 79 participantes do estudo, 25 (31,6%) aboliram este hábito por ocasião da complicação ou após um período de sua ocorrência.

Castro e Car (2000) em seu estudo sobre as possíveis mudanças na dinâmica da vida de hipertensos após o início do tratamento da doença encontraram que o agravamento das complicações da hipertensão arterial levou doentes a dar mais importância ao tratamento medicamentoso, dietético e à diminuição do tabagismo e do etilismo.

Sousa (2004) explica que o comportamento em saúde é consequência da presença das motivações, porém o que acontece no diagnóstico da HA é a ausência do fator motivador, pois a inexistência de sintomas é constante. E a presença desses, quando acontece, já é indicadora de complicações e agravos mais sérios da doença. Dessa forma, a

autora considera que os sintomas de doenças, a ameaça à vida ou o medo de incapacitações podem funcionar como motivadores.

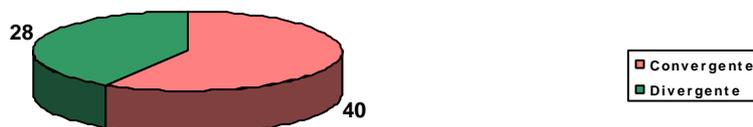
Corroborando com esse pensamento, Moreira (1999) afirma que, em geral, é mais fácil que as pessoas sigam o tratamento nos estágios avançados da doença, nos quais, decorrentes das lesões orgânicas, é apresentada uma série de sintomas.

É importante lembrar que 34,2% dos participantes do estudo descobriram ser hipertensos por ocasião das complicações e em 12,6% essa descoberta aconteceu devido à presença de sintomatologia provavelmente decorrente de complicações da doença. Assim, o início do tratamento da HA coincidiu, em muitos casos, com a descoberta de complicações e presença de sintomas, além disso, essas pessoas começaram a ser atendidas em serviço de saúde para o tratamento da HA e suas complicações, o que poderá ter contribuído para a adoção de hábitos de vida mais saudáveis.

No que concerne ao **tratamento farmacológico**, este foi indicado para todas as pessoas com complicações associadas à hipertensão arterial no estudo.

Com o intuito de avaliar a adesão a essa modalidade do tratamento procurou-se inicialmente comparar o número de comprimidos prescritos com o relatado pelos participantes. Assim, 68 pessoas foram avaliadas em relação a este item, por terem apresentado a última prescrição médica no momento da entrevista. Com a prescrição em mãos, a pesquisadora falava o nome do fármaco e pedia-se ao participante para dizer o número de comprimidos tomados diariamente.

Gráfico 3: Participantes do estudo segundo a convergência da tomada medicamentosa com a prescrição médica, Centro de Saúde X, Fortaleza-CE, 2007.



O gráfico 3 mostra que 40 (58,8%), dos 68 participantes avaliados, apresentaram a tomada medicamentosa convergente com a prescrição feita pelo médico, ou seja, os

medicamentos e o número de comprimidos relatados pelos pacientes eram semelhantes aos prescritos, enquanto 28 (41,3%) deles, relataram número de comprimidos tomados diferente do que foi prescrito.

É importante destacar que ao avaliarmos a adesão medicamentosa, encontramos também que muitas pessoas referiram uso dos medicamentos prescritos, porém fora do horário recomendado.

Ora, o baixo índice de adesão à terapêutica vem sendo comprovado por vários estudos (ANDRADE et al, 2002; FALCÃO, 2007). A adesão ao tratamento farmacológico de longa duração da HA é considerada, aproximadamente de 50% apenas (ANDRADE et al, 2002). Estudo realizado com pessoas portadoras de HA encontrou 67,7% dos participantes que, de alguma forma, não estavam seguindo corretamente o tratamento farmacológico (ABREU et al, 2007).

A novidade do nosso estudo impera no fato de serem os participantes portadores de hipertensão que já desenvolveram complicações sérias a ela associada. Dessa forma, os dados apresentados merecem a atenção de todos os profissionais de saúde, pois apesar dessas pessoas serem acompanhadas em serviço de referência para essas enfermidades, consideramos alto o percentual de 41,3% de tomada medicamentosa irregular.

A respeito da investigação da adesão ao tratamento farmacológico, os participantes do estudo foram ainda questionados sobre a ocorrência de interrupção do uso de medicamentos; tempo de abandono; quais medicamentos foram deixados de tomar e o motivo de não tomá-los. Os resultados estão expostos no quadro 4.

QUADRO 4: Participantes do estudo segundo adesão ao tratamento medicamentoso, Centro de Saúde X, Fortaleza-CE, 2007.

Variável	N	%
1 Interrompeu a tomada medicamentosa alguma vez (N=79)		
Sim	46	58,2
Não	33	41,8
2 Tempo (em dias) de interrupção do uso de medicamentos (N=46)		
≤7	24	30,3
8 - 15	4	5,1
16 - 30	9	11,3
31 - 120	5	6,3
365	2	2,6
Não lembra	2	2,6
3 Motivo de interrupção (N=46)		
Sem dinheiro para comprá-los ou ir ao serviço recebê-los	12	15,1
Falta de medicamentos em casa antes da consulta marcada	8	10,1
Falta de medicamentos no local do estudo	7	8,8
Ausência de sintomas/achava que estava curado/ A PA estava normal	5	6,3
Esquecimento	4	5,1
Presença de efeitos colaterais (taquicardia/dor no peito/cefaléia/ dormência)	4	5,1
Saber o que pode acontecer com a PA/saber se consegue ficar sem os medicamentos	4	5,1
Medo de misturar medicamentos com álcool/chá de alho	2	2,6
Ordem médica	2	2,6
Outros	3	3,7
Não lembra	1	1,3
4 Medicamento (N=46)		
Diuréticos		
tiazídicos	10	
de alça	1	
poupadores de potássio	3	
Inibidores adrenérgicos		
de ação central	5	
betabloqueadores	4	
Alfa e betabloqueadores	2	
Bloqueadores dos canais de cálcio		
diidropiridinas	8	
Inibidores da ECA	13	
Outros		
Antiplaquetários	8	
Nitratos e derivados	6	
Hipolipemiantes	4	
Cardiotônicos	1	
Hormônio tireoideano	1	
Antiúlceroso	2	
Outros	1	
Não lembra	6	

Total de participantes N=79

Os resultados apresentados no quadro 4 mostram que 46 (58,2%) pessoas já haviam também interrompido o uso de medicamentos alguma vez. Destes, 24 (30,3%) o fizeram por um período menor ou igual a sete dias, seguido de 13 (16,4%) pessoas com interrupção medicamentosa entre 8|-|30 dias, enquanto sete (8,9%) deixaram de usar medicamentos por

um período igual ou maior que 31 dias. Outros dois (2,6%) participantes referiram não lembrar o tempo de interrupção do tratamento.

Ao questionar sobre os medicamentos deixados de ingerir pelos participantes, no grupo de anti-hipertensivos encontrou-se principalmente diuréticos (14) e os inibidores da enzima conversora de angiotensina (13).

Os diuréticos são eficazes no tratamento da HA e na redução dos eventos cardiovasculares e da mortalidade. Como anti-hipertensivos, são preferidos os diuréticos tiazídicos e similares em baixas doses. Os diuréticos de alça são mais utilizados para os casos de hipertensão associada à insuficiência renal e cardíaca com retenção de volume. Os poupadores de potássio são geralmente associados a tiazídicos e diuréticos de alça, sendo útil na prevenção e tratamento de hipopotassemia (DBHA, 2006; BRASIL, 2001).

Os inibidores da ECA têm também ação importante na redução da morbidade e mortalidade cardiovascular. A utilização desses fármacos para a redução mais rápida e mais acentuada da hipertrofia ventricular esquerda tem sido amplamente defendida (DBHA, 2006). Além de serem úteis em pessoas com insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, em especial quando apresentam diminuição da fração de ejeção, pessoas de alto risco para doença arterosclerótica e na prevenção secundária do acidente vascular cerebral (KATZUNG, 2006).

O uso de outros fármacos também já havia sido interrompido pelos participantes, com destaque para o antiplaquetário ácido acetilsalicílico, nitratos e derivados e hipolipemiantes.

Existem evidências de que, para hipertensos com pressão arterial controlada, a associação de ácido acetilsalicílico em baixas doses diminui a ocorrência de complicações cardiovasculares, desde que não haja contra-indicação (DBHA, 2006).

Os nitratos são relaxantes da musculatura lisa de artérias e veias, por isso são denominados de nitrovasodilatadores. Através da vasodilatação, os nitratos reduzem o retorno venoso e diminuem a pressão arterial; esses dois efeitos reduzem o estresse de parede e, conseqüentemente, o consumo de oxigênio. A administração de nitrato de ação prolongada é ocasionalmente eficaz na abolição de episódios de angina variante, além de

serem adjuvantes no tratamento do infarto do miocárdio e da insuficiência cardíaca (KATZUNG, 2006).

Os hipolipemiantes devem ser empregados sempre que não houver efeito satisfatório medidas não farmacológicas relacionadas à mudança do estilo de vida ou impossibilidade de aguardar seus efeitos por prioridade clínica. As estatinas reduzem a mortalidade cardiovascular e a incidência de eventos isquêmicos coronários agudos, necessidade de revascularização do miocárdio e AVC. Entretanto, o efeito terapêutico desses fármacos só será mantido com doses diárias, não devendo, portanto, ser suspenso ou usado em dias alternados, salvo haja efeito colateral ou contra-indicação clínica. (IV DIRETRIZ BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2007).

Quanto aos motivos de interrupção da terapêutica, 12 (15,1%) referiram condições financeiras desfavoráveis para comprar medicamentos ou ir ao serviço de saúde recebê-los, oito (10,1%) mencionaram a falta de medicamentos em casa antes da consulta e sete (8,8%) a falta de medicamentos na instituição onde este estudo foi realizado.

A irregularidade do tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, relacionada à falta de condições financeiras para adquirir o medicamento, quando esse está em falta no serviço de saúde também foi encontrado nos estudos de Falcão (2007); Santos et al (2005); Sanchez, Pierin e Mion Júnior (2004) e Castro e Car (1999).

Em Fortaleza, os resultados de Falcão (2007) mostram que 42,8% dos portadores de HA negaram o uso de todos os medicamentos e alegaram diversos motivos: não ter condições de comprar os medicamentos quando estes faltam na instituição; por achar que não é preciso; por esquecer, entre outros.

Considerando que os participantes do presente estudo apresentam complicações associadas à HA, o que requer utilização de esquemas complexos de medicamentos, estes achados revelam a necessidade de implementação de política de facilitação do acesso aos medicamentos utilizados em seu tratamento, reduzindo, assim, o número de hospitalizações decorrentes da falta de medicamentos ambulatoriais.

As diretrizes para o controle da hipertensão arterial (2006) enfatizam a necessidade em estimular o Sistema Único de Saúde (SUS) no sentido de garantir o fornecimento

contínuo de medicamentos de pelo menos quatro dos grupos de anti-hipertensivos, devido o caráter crônico da hipertensão arterial.

Vemos também que a redução dos sintomas da doença e a normalização da pressão arterial com uso de medicamentos referida por cinco (6,3%) pessoas deste estudo serviram de estímulo para interromper o uso de medicamentos. Outras cinco (6,3%) pessoas decidiram interromper a tomada medicamentosa para saber o que poderia acontecer com os níveis pressóricos ou saber se conseguiriam controlar a pressão arterial sem tomar os medicamentos indicados.

Fica clara, então, a necessidade de esclarecer aos pacientes que embora o tratamento anti-hipertensivo seja eficaz em diminuir os níveis pressóricos, além de favorecer o desaparecimento de sintomas, este não leva à cura. Com efeito, o benefício da redução da PA consiste em prevenir a ocorrência de novos eventos cardio-cérebrovasculares, sendo este um enfoque que deve estar presente nas orientações em grupos ou nas consultas individuais.

Os participantes do estudo referiram ainda como causas para a interrupção do tratamento farmacológico, a presença de efeitos colaterais (4=5,1%); esquecimento (4=5,1%); seguindo-se do medo de misturar medicamentos com álcool ou chá de alho e seis (7,6%) deram outras respostas.

Andrade et al. (2002), em seu estudo com 401 pessoas com hipertensão atendidas em um ambulatório de referência em Salvador, encontrou semelhantes razões para não adesão ao tratamento: normalização da PA, efeitos colaterais das medicações, esquecimento do uso da medicação; custo da medicação e medo de associar as medicações anti-hipertensivas ao uso de álcool.

Diante das justificativas apontadas pelos participantes para o uso irregular de medicamentos, considera-se essencial que, a cada consulta de acompanhamento, o enfermeiro investigue os fatores que podem levar ao abandono do uso dos fármacos prescritos, além de estimular o paciente a fazer perguntas sobre os diversos aspectos do tratamento anti-hipertensivo e reforce a necessidade da tomada regular dos medicamentos anti-hipertensivos.

QUADRO 5: Participantes do estudo segundo os elementos dificultadores e facilitadores na adesão ao tratamento, Centro de Saúde X, Fortaleza-CE, 2007.

	Variável	N
1 Fatores dificultadores	Paciente (N= 19)	
	Esquecimento	14
	Falta de suporte familiar	1
	Desconhecimento sobre a doença	1
	Outros	3
	Tratamento não medicamentoso (N= 25)	
	Fazer dieta	12
	Realização de atividade física	9
	Baixo recurso financeiro para comprar alimentos	6
	Controle de peso corpóreo	5
	Redução ou abandono do consumo de álcool	2
	Controle da ansiedade-estresse	4
	Tratamento medicamentoso (N=28)	
	custo elevado	21
	número elevado de medicamentos	4
	tratamento prolongado	3
	efeitos colaterais	2
	horários da medicação são inadequados	2
	mudança de medicamento	1
	pouca eficácia das drogas	1
Institucionais (N=35)		
Falta de alguns medicamentos na farmácia da unid. de saúde	18	
Distância até o serviço de saúde	6	
Demora no atendimento	6	
Custo social do tratamento	4	
Horário do atendimento do serviço	2	
Outros	5	
2 Fatores facilitadores	Recebe cuidados da família (N=79)	
	Sim	65
	Não	14
	Cuidados recebidos (N=65)	
	Alimentação	34
	Ir ao serviço de saúde	30
	Uso de medicamentos	9
	Carinho	3
	Não deixá-lo sozinho	3
	Lazer (passear)	3
	Dar dinheiro	2
	Cuidar de objetos pessoais	8
	Estimular a realização de atividades físicas	2
	Incentivar o abandono do álcool	1
	Evitar estressá-lo	1
Outros	4	
Ignorado	7	

Total de participantes N=79

Foram identificados fatores dificultadores na adesão ao tratamento da hipertensão arterial relacionados ao paciente, ao tratamento não medicamentoso, ao medicamentoso e fatores institucionais.

Os fatores relacionados ao paciente foram referidos por 19 (24,1%) pessoas. Dessas 14 disseram que o esquecimento pode dificultar a sua adesão terapêutica. Os demais fatores pessoais considerados como dificultadores do tratamento anti-hipertensivo foram falta de suporte familiar e desconhecimento sobre a doença. Na categoria “outros” foram incluídos: não ter tempo para ir ao serviço de saúde e a dificuldade para locomoção, devido seqüela de AVC.

No que concerne ao tratamento não medicamentoso, 25 (31,6%) dos 79 participantes apontaram fatores que dificultam a sua adesão terapêutica. Dentre os aspectos citados temos: dificuldade em seguir a dieta recomendada, realização de exercício físico, controlar peso corpóreo, redução ou abandono do consumo de álcool e controle do estresse.

A literatura é unânime ao colocar que o sucesso do tratamento da HA e de suas complicações é absolutamente impossível sem que primariamente se consiga o mesmo sucesso na mudança do estilo de vida, o que tradicionalmente é chamado de tratamento não medicamentoso (PIERIN et al, 2004; GUIMARÃES, 2006).

Entretanto, sabe-se que mudar hábitos de vida muito antigos requer grande envolvimento e determinação por parte dos pacientes, principalmente no caso da realização da dieta, compreendida pelos participantes desde estudo como recomendação difícil de ser seguida, visto que, segundo Guimarães (2006), modificações no estilo de alimentar-se implicam, na maioria das vezes, uma quebra de mecanismos sociais em que o prazer está fortemente associado à comida.

Também foi citado o baixo recurso financeiro para comprar alimentos recomendados, uma vez que, conforme já descrito, a clientela atendida possui baixo poder aquisitivo. Assim, reforça-se que o plano alimentar além de considerar preferências pessoais, deve ser adequado ao nível socioeconômico do portador de hipertensão arterial.

Os fatores dificultadores na adesão ao tratamento medicamentoso foram citados por 28 (35,4%) pessoas. Dentre os fatores relatados, mais uma vez, depara-se com o destaque para o custo dos medicamentos.

Sarquis et al. (1998) explicam que o custo dos medicamentos anti-hipertensivos parece ser um impeditivo mais freqüente à terapia efetiva. As autoras acrescentam que os pacientes com problemas para custear a medicação em geral são de nível sócio-econômico

não privilegiado e parecem ter maior morbidade e maior frequência de acidentes vasculares cerebrais, problemas cardíacos e pior estado de saúde do que aqueles sem problemas financeiros.

Foram identificados ainda os seguintes aspectos: número elevado de medicamentos prescritos; tratamento prolongado; presença de efeitos colaterais com o uso de medicamentos; horários inadequados da tomada de comprimidos, além da pouca eficácia das drogas e mudança freqüente de medicamentos.

Percebe-se, então, que alguns desses fatores foram motivos para interrupção terapêutica pelos participantes do estudo, conforme apresentamos no quadro 4.

Um aspecto interessante foi que mesmo utilizando muitos comprimidos diariamente, o número de comprimidos como fator complicador foi referido por apenas quatro pessoas, indo de encontro aos resultados encontrados nos estudos de Abreu et al. (2007) e Strelec, Pierin e Mion Júnior (2003).

Com vistas a favorecer a adesão ao tratamento medicamentoso pelas pessoas com HA, estudiosos na área (FUCHS, 2006; DBHA, 2006; SARQUIS et al., 1998) defendem prescrição de medicamentos com menos efeitos colaterais, de baixo custo, administração em menor número possível de tomadas e determinação dos horários de medicação de modo que se atrele ao dia a dia da vida diária da pessoa portadora de hipertensão arterial.

Os fatores institucionais foram referidos por 35 (44,3%) pessoas. A falta de medicamentos no local do estudo apresentou-se novamente em destaque pelos participantes. Outro fator dificultador do tratamento citado por seis pessoas, foi a distância entre a moradia e este serviço de saúde. Este foi referido principalmente pelos indivíduos que residiam no interior do estado.

Vemos também o problema gerado pela demora e horários de atendimento, fato também observado nos estudos de Falcão (2007) e Moreira (1999) realizados na mesma instituição. Moreira (1999) considera que o atraso do profissional, assim como o número excessivo de clientes para cada profissional com conseqüente demora no atendimento podem gerar uma situação desconfortante e inibidora ao cliente. Tal demora pode passar a idéia de descaso em relação ao cliente e/ou ao tratamento, o que é muito negativo no momento de se conseguir maior adesão terapêutica.

Na categoria “outros”, englobam-se o aprazamento entre as consultas; mudança de médico; distribuição de número menor de medicamentos do que o necessário; dinheiro do transporte para ir ao serviço de saúde.

Castro e Car (1999) ao investigar os recursos facilitadores no tratamento das pessoas com hipertensão constatou que a totalidade da clientela apontou o recebimento gratuito de medicamentos da instituição e a maioria citou que a facilidade de marcar consultas, a proximidade do serviço e o fornecimento de vale transporte pelo serviço ajudariam no seguimento do tratamento.

É importante ressaltar que na instituição onde o estudo foi realizado, o agendamento dos retornos é realizado logo após o atendimento do cliente, talvez por esse fato, a dificuldade em marcar consulta com o profissional não foi relatada.

Acredita-se que o conhecimento dos fatores que dificultam o seguimento dessas pessoas ao tratamento possibilita aos profissionais de saúde o desenvolvimento de estratégias direcionadas a sua correção, melhorando a adesão e propiciando um melhor controle dos níveis pressóricos.

Moreira (2007) refere que melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão é um dos grandes desafios enfrentados na atualidade pelos profissionais e serviços de saúde em decorrência da longa duração terapêutica e da limitação que a doença traz ao estilo de vida de seu portador e dos demais membros que compõem seu núcleo familiar. Assim, considera-se também imprescindível a presença familiar no acompanhamento do paciente com HA, encorajando-o a aderir ao tratamento.

Sobre esse aspecto, do total de 79 participantes do presente estudo, 65 (82,3%) recebem ajuda da família no seguimento ao tratamento da doença hipertensiva e suas complicações, enquanto 14 (17,7%) não recebem ajuda familiar ou referiram que acham melhor se cuidarem sozinho.

Quanto aos cuidados recebidos pelos familiares, 34 pessoas referiram o preparo da alimentação principalmente com diminuição da quantidade sal e evitar preparar alimentos gordurosos. Moreira (1999) explica que no preparo da alimentação da pessoa portadora de hipertensão arterial é fundamental a participação familiar, uma vez que seria difícil preparar dois almoços ou jantares, um com, outro sem, ou com menor quantidade de sal e gordura.

O apoio familiar no acompanhamento das consultas e seguimento ambulatorial foi mencionado por 30 participantes. Esse cuidado foi observado por nós durante a aplicação do formulário, pois principalmente aquelas pessoas com seqüela de AVC, idosos em cadeira de rodas e os que já haviam sofrido infarto do miocárdio, encontravam-se acompanhados por familiar.

O envolvimento familiar nos esquemas terapêuticos medicamentosos foi referido por nove pessoas, essas informaram que as pessoas da família são importantes para lembrar o horário da tomada medicamentosa. A família ainda participa do tratamento anti-hipertensivo dos participantes estimulando a realização de atividade física e incentivando o abandono do álcool, além de evitar estressá-lo.

Cuidados recebidos da família como cuidar de objetos pessoais, dar carinho, não deixá-lo sozinho, participar das atividades de lazer, entre outros também foram lembrados pelos participantes.

Vemos, então, que é possível utilizar a família do membro portador de HA no sentido de melhorar a adesão ao tratamento, pois devido a sua proximidade, poderá participar ativamente no tratamento, desde o estímulo as modificações nos hábitos alimentares, uso regular de medicamentos, acompanhamento às consultas até participação nas atividades de lazer e oferecimento de carinho ao doente.

Reflexão sobre o cuidado clínico de enfermagem no favorecimento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo

O desenvolvimento da consulta de enfermagem a pessoas com hipertensão arterial na instituição do estudo foi possível por meio da supervisão de discentes do 8º semestre do curso de graduação em enfermagem da UECE na disciplina estágio docência do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde. Na ocasião, percebeu-se que a consulta de enfermagem era realizada apenas a pessoas com diabetes, portadoras ou não de hipertensão arterial e durante a consulta de primeira vez ao cliente hipertenso.

Após essa primeira consulta, a pessoa portadora apenas de HA somente seria foco da assistência de enfermagem, se os seus níveis pressóricos fossem detectados elevados durante as consultas médicas, quando seria encaminhado ao leito-dia.

Durante a coleta de dados, percebeu-se ainda que muitas pessoas que aguardavam a consulta médica não sabiam seu peso e circunferência abdominal e, quando se falava que precisavam verificar tais medidas, eles ficavam ansiosos para saber seus valores.

Aconteceu também de estarmos realizando a entrevista e o médico faltar e as pessoas irem à farmácia receber medicamentos, sem avaliação da PA, controle de peso, glicemia, uso regular de medicamentos, realização da dieta dentre outros aspectos que devem ser contemplados na consulta de enfermagem e médica.

O fato das pessoas com hipertensão não serem atendidas regularmente pela equipe multiprofissional, especificamente pela enfermagem, nos preocupa por ser um centro de referência secundário para essa enfermidade, onde os critérios de encaminhamento já são indicativos de que aquelas pessoas necessitam de atendimento diferenciado, têm-se como exemplo, os participantes do presente estudo, que além de portadores de uma doença tão grave como a hipertensão arterial, já desenvolveram complicações a ela associadas.

A literatura é unânime ao colocar que no tratamento da pessoa com hipertensão, a abordagem multidisciplinar é imprescindível na obtenção da adesão satisfatória (PIERIN, STRELEC e MION JÚNIOR, 2004; DBHA, 2006; RIBEIRO e LOTUFO, 2005; MOREIRA, 1999; SOUZA et al, 2005).

As Diretrizes (2006) defendem que a hipertensão, por ser uma doença multifatorial, envolvendo orientações voltadas para vários objetivos, exige diferentes abordagens e a formação de uma equipe multiprofissional proporcionará essa ação diferenciada, ampliando o sucesso do controle da hipertensão e dos demais fatores de risco cardiovasculares.

Ora, trabalhar em equipe multiprofissional pressupõe o reconhecimento que o paciente é um complexo sistema psíquico e somático e que uma só pessoa não poderá atender a todas as suas necessidades. A equipe não somente proporciona melhores cuidados ao paciente, como também oferece melhores condições de trabalho para todos (SOUZA e JARDIM, 1994).

Estudos também confirmam a importância da multidisciplinaridade no tratamento da hipertensão arterial. Uma pesquisa (CARVALHO et al., 2007) identificou que a intervenção multidisciplinar foi eficiente em tratar pacientes hipertensos, reduzindo os níveis pressóricos para valores normais após um ano de intervenção por enfermeiros, médicos, nutricionista, psicólogos, educadores físicos e fisioterapeuta.

A atuação do enfermeiro está bem estabelecida dentro da equipe multidisciplinar. Este profissional além de atuar como educador em saúde no trabalho com grupos de pessoas com hipertensão, seus familiares e com a comunidade, é responsável em desenvolver a consulta de enfermagem, sendo esta privativa do enfermeiro.

A consulta de enfermagem utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade.

Na consulta a pessoa portadora de HA, o enfermeiro deverá realizar a aferição da pressão arterial; medida de altura e peso, medida da circunferência da cintura e quadril e cálculo do índice de massa corporal; investigar sobre fatores de risco e hábitos de vida; orientação sobre a doença, o uso regular de medicamentos prescritos e orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares (DBHA, 2006; RIBEIRO e LOTUFO, 2005).

O sucesso do tratamento somente será alcançado, quando tais aspectos forem contemplados também na visão multiprofissional e interdisciplinar, considerando

características pessoais, potencialidades e contexto de vida, tornando o usuário participante ativo no seu cuidado.

Nesse contexto, o conhecimento do paciente acerca da doença hipertensiva deve ser considerado e valorizado pelos profissionais de saúde durante as consultas (PIERIN, STRELEC e MION JÚNIOR, 2004; MOREIRA, 1999). Em nosso estudo observamos que os pacientes apresentavam conhecimento pontual sobre as complicações. As pessoas que sofrem de insuficiência cardíaca e tiveram infarto identificaram a doença pelos seus sinais e sintomas, provavelmente pelas manifestações apresentadas no momento da ocorrência da complicação.

Nossos resultados, nesse sentido, condizem com os de Peres, Magna e Viana (2003), pois as autoras concluíram que, embora grande parte dos pacientes deva ter recebido algum tipo de orientação dos profissionais de saúde, supõe-se que as orientações oferecidas não foram efetivamente absorvidas ou compreendidas, atentando para a importância de explicações claras sobre os diversos aspectos da doença hipertensiva.

Segundo Moreira (1999), o desconhecimento da doença pode dificultar muito o seguimento do tratamento, sendo clara a importância do profissional de saúde na facilitação de conhecimento de sua patologia e do tratamento respectivo com vistas ao aumento dos índices de adesão ao tratamento. Machado, Stipp e Leite (2005) acrescentam que, durante as consultas de enfermagem, deve-se identificar as necessidades afetadas, como o déficit de conhecimento em relação à doença e ao programa de tratamento, além de alertar quanto a importância da adesão ao tratamento.

Ao final do preenchimento do formulário, ao perguntarmos se os participantes tinham alguma dúvida, muitos foram os questionamentos lançados, tais como:

O que é pressão alta? Ter raiva aumenta a pressão? Como foi que peguei a hipertensão? A hipertensão tem cura? Por que sinto tontura? O que pode causar a hipertensão e o infarto? Qual é o objetivo do tratamento? Há possibilidade de ficar bom com o tratamento? O que eu posso comer? Qual é o horário da alimentação? Porque a minha pressão nunca fica normal? Porque quando eu chego aqui a minha pressão fica elevada? Será que o remédio serve para alguma coisa? Eu vou tomar os medicamentos até eu morrer? Por que os medicamentos não diminuem a minha pressão? Os medicamentos causam impotência sexual? Qual deve ser o intervalo das consultas? O que é AVC? Porque ocorre o AVC? Existe a possibilidade de ficar bom do AVC? Posso ter novamente

AVC? A convulsão é consequência da falta de remédio ou é devido o sal? Se eu chegar a ter o terceiro AVC, é fatal? Existe cirurgia para curar o AVC? Se eu não tivesse parado de tomar os medicamentos, tinha ocorrido o AVC? O que pode ser feito para prevenir o AVC? Porque eu sinto dor no peito e formigamento nas mãos? O que é infarto?

A diversidade de questionamentos apresentados indica que as pessoas portadoras de hipertensão arterial necessitam de explicações detalhadas acerca da etiologia da hipertensão arterial, de seu tratamento, complicações, bem como de conhecimento a respeito das medidas preventivas. Nesse contexto, a educação em saúde tem papel fundamental por representar um recurso valioso na abordagem a pessoa com hipertensão.

Este pensamento é corroborado por Souza (2004), quando enfatiza que os princípios e técnicas da educação deveriam ser considerados em toda abordagem como o indivíduo portador de doenças crônicas, objetivando-se auxiliá-lo no enfrentamento das mudanças necessárias e também para instrumentalizar melhor o profissional de saúde.

O enfermeiro, como integrante da equipe multidisciplinar, tem papel de destaque no processo educativo das pessoas com hipertensão arterial. Santos e Silva (2002) dizem que através das estratégias educativas, o enfermeiro busca a adaptação do cliente hipertenso à doença, à prevenção de complicações, à aderência ao tratamento, enfim, torná-lo agente do autocuidado e multiplicador das suas ações junto à família e à comunidade.

Vale ressaltar que todos os questionamentos feitos pelos participantes foram respondidos por nós.

Vale destacar, ainda, que o cuidado clínico de enfermagem desenvolvido durante as consultas poderia favorecer o esclarecimento de tais dúvidas e, assim, aumentar a adesão dessa clientela ao tratamento, prevenindo novas complicações.

Sugere-se, portanto, o repensar da implementação do acompanhamento de enfermagem a esses pacientes, cujo seguimento atual é desenvolvido quase exclusivamente por médicos, excetuando-se os atendimentos no leito-dia.

6. CONCLUSÕES

6. Conclusões

Em nossa pesquisa obtivemos um perfil diferenciado da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, ao direcionarmos o estudo para uma população portadora de complicações associadas à HA, o que é um dado importante para os programas de prevenção secundária da doença. No tocante aos objetivos do estudo, temos que:

Sobre as **características sócio-demográficas** dos 79 participantes do estudo, os resultados demonstraram predominância do sexo masculino (67,1%); idade igual ou superior a 60 anos (64,1%); de cor branca (77,2%) e 69,2% eram aposentados ou pensionistas; 57,3% das pessoas cursaram até o ensino fundamental; a maioria (67,7%) recebia <1|-2 salários mínimos; 81% eram católicos; 67,1% eram formalmente casados ou viviam em união consensual; 48,1% tiveram de 3 a 5 filhos; 78,5% dos participantes residiam com 3 a 6 pessoas e, 86,1% das pessoas moravam na capital. Assim, percebemos que algumas dessas características não favorecem a adesão terapêutica anti-hipertensiva como é o caso da baixa escolaridade e baixa renda familiar apresentada.

No que diz respeito às **características clínicas**, constatamos cerca de 55,7% pessoas que referiram tempo de diagnóstico da hipertensão entre 1|-10 anos; esse diagnóstico se deu em 46,8% dos casos por ocasião das complicações da HA ou devido a presença de sintomatologia, ou seja, não se evidenciou comportamento preventivo em relação à doença. Encontramos também que as pessoas apresentavam outras doenças, além da HA e suas complicações; 87,3% já haviam se submetido a internações hospitalares anteriores e, grande parte dos participantes, referiu ter ao menos um parente portador de hipertensão arterial ou de doenças a ela relacionadas. Destacamos que, mesmo em acompanhamento em unidade de referência secundária, a falta de controle adequado da pressão arterial foi encontrada em 57 (75,1%) dos participantes.

Quanto à **adesão ao tratamento não medicamentoso**, observamos que muitas pessoas ainda não conseguiram incorporar medidas adequadas, uma vez que, 53 (78%) dos participantes encontravam-se em sobrepeso ou obesidade; 43 (61,4%) apresentavam a CA muito aumentada; 15 (19%) afirmaram consumo de fontes industrializadas de sal e, 75% faziam uso de café. Vale destacar que a prática de exercícios físicos regulares não era efetuada pela maioria (57%) dos participantes; 51,3% julgaram se estressar com facilidade;

além de 6,4% das pessoas que declararam o uso atual de fumo e, 17,7% afirmaram uso atual de bebidas alcoólicas.

Ao avaliarmos se o **desenvolvimento de complicações interferiu nos hábitos de vida** dos participantes do estudo, percebemos que embora houvessem ocorrido mudanças favoráveis como a diminuição do consumo de alimentos fontes de colesterol e/ou gorduras, aumento do consumo de frutas, aumento no número de pessoas que realizavam exercícios na atualidade e principalmente interrupção no hábito de ingerir bebidas alcoólicas, muitos participantes, mesmo já tendo desenvolvido complicações associadas à HA, apresentaram dificuldades na mudança desses hábitos.

O **tratamento medicamentoso** foi indicado para todos os participantes, a análise dos resultados referente à adesão a essa modalidade do tratamento mostrou que em 40 (58,8%) pessoas a tomada medicamentosa atual era convergente com a prescrição médica, enquanto 28 (41,3%) deles, relataram número de comprimidos tomados diferente do que foi prescrito. Outro aspecto a ser ressaltado em relação a adesão ao tratamento medicamentoso é que 58,2% dos 79 participantes entrevistados já haviam interrompido a tomada medicamentosa alguma vez. Considerando que os participantes do presente são portadores de complicações associadas à HA e necessitam de tomada medicamentosa regular, os dados apontam a necessidade de esclarecimento a essas pessoas quanto a adesão a proposta terapêutica recomendada como forma de controlar a doença.

Os resultados apontaram **elementos dificultadores** no seguimento do tratamento da hipertensão arterial relacionadas ao paciente (19=24,1%), ao tratamento medicamentoso (28=35,4%), ao tratamento não medicamentoso (25=31,6%) e institucionais (35=44,3%). A participação da família foi considerada **elemento facilitador** do tratamento, pois 65 (82,3%) recebiam ajuda familiar no seguimento do tratamento da doença hipertensiva e suas complicações.

A análise dos dados permitiu ainda inferir que os participantes sentiam o desejo de conhecer mais sobre suas condições de saúde, haja vista os vários questionamentos apresentados.

Por fim, resta-nos comentar que ao vermos as pessoas em cadeiras de rodas e com dificuldade para falar devido seqüela de AVC, além da perda de emprego e da dependência

de outras pessoas, percebemos que o desenvolvimento de complicações em pessoas com HA repercute negativamente na vida dos acometidos e em todo o sistema de saúde, fazendo-nos perguntar: o que poderia ter sido feito para evitar tudo isso?

Ao final do estudo, diante de todos os dados apresentados nesta pesquisa, nos quais fica constatado um baixo índice de adesão à terapêutica por pessoas com hipertensão que já têm complicações decorrentes da doença, surge um novo questionamento: o que pode ser feito para melhorar a adesão ao tratamento dessas pessoas e a sua qualidade de vida? Como prevenir que novas complicações e até a morte aconteçam em decorrência desses comportamentos não salutares?

A nós, torna-se clara a necessidade de políticas de saúde que invistam na detecção precoce e acompanhamento adequado da hipertensão arterial, além de ações educativas que possibilitem a participação ativa dessas pessoas na discussão da necessidade de adesão ao tratamento e na adequabilidade de tal prática a seu cotidiano.

Para tais ações, é fundamental a participação das equipes multiprofissionais que atuam nos serviços de saúde. Nesse aspecto, conforme já relatado, a instituição em estudo é composta por equipe multiprofissional, porém a atuação de alguns integrantes da equipe, especificamente da enfermagem, é restrita as pessoas portadoras de diabetes, indo de encontro ao recomendado pelas diretrizes brasileiras de hipertensão arterial e dos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento da doença.

Considerando a importância da atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional frente ao cuidado do portador de hipertensão arterial, esperamos que o estudo redirecione a visão dos profissionais para valorização do trabalho em equipe no atendimento a essa clientela, visto que muitos já apresentam complicações sérias, que, se não tratadas e acompanhadas adequadamente, poderão culminar com a ocorrência de outras complicações, por vezes mais incapacitantes e até fatais. Ao propormos a atuação da equipe consideramos a lógica do trabalho integrado, em detrimento da atuação isolada de “cada profissional em sua sala”.

É válido acrescentar que durante o período de coleta dos dados encontramos algumas dificuldades, tais como: ausência de monitoramento contínuo dos pacientes atendidos no serviço; diagnósticos não claros ou disseminados em locais diversos no

prontuário; anotações incompletas, imprecisas ou incompreensíveis, dentre outros. Percebemos, ainda, que muitas informações importantes não são registradas pelos profissionais de saúde, dificultando o acompanhamento da adesão ao tratamento dos pacientes.

Para ter acesso aos pacientes a pesquisadora permaneceu continuamente todos os dias da semana e turnos de atendimento na unidade, consultando cada um dos prontuários a serem atendidos em consultório, identificando se o paciente era portador de hipertensão e complicações associadas (critério de inclusão no estudo), e se tinha diabetes associada (critério de exclusão).

Mas, ante tantas dificuldades apresentadas, é importante destacar que os profissionais do serviço contribuíram muito para a realização do estudo. Ressaltamos ainda que a nossa interação com os profissionais da instituição em estudo, especialmente com os enfermeiros, resultou no convite para participarmos das reuniões do grupo de educação e estudo do referido serviço. Além disso, temos elaborado e apresentado pesquisas em eventos científicos locais em co-autoria com os profissionais de saúde que lá atuam. Esses profissionais também terão acesso aos dados da pesquisa, pois será entregue cópia desse estudo à direção da instituição e os resultados deverão ser publicados para maior conhecimento de outros profissionais que cuidam das pessoas com complicações associadas à hipertensão arterial.

Mais uma vez enfatizamos a necessidade de um cuidar holístico pela equipe multiprofissional em ações interdisciplinares para alcançar a tão almejada adesão ao tratamento anti-hipertensivo das pessoas com hipertensão e complicações associadas.

7. REFERÊNCIAS

7. Referências

1. ABREU, R.N.D.C.; LIRA, S.V.G.; ARAÚJO, L.M.; MOREIRA, T.M.M. Sistematização da Assistência de enfermagem a uma cliente portadora de hipertensão arterial e diabetes mellitus. V Encontro de Pós-Graduação e Pesquisa da UNIFOR: **resumos**, Fortaleza, 03 a 07 de outubro de 2005 - Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2005.
2. ABREU, R.N.D.C.; SILVA, M.R.F.; OLIVEIRA, C.J.; ROCHA, L.A.; MOREIRA, T.M.M. Educação Popular: Relato de experiência junto a um grupo de pacientes portadores de hipertensão e diabetes. VI Encontro de Pós-Graduação e Pesquisa da UNIFOR: **resumos**, Fortaleza, 16 a 21 de outubro de 2006- Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2006. 41 p.
3. ABREU, R.N.D.C.; ROCHA, L.A.; ALBUQUERQUE, A.L.P.; FIALHO, A.V.M.; MOREIRA, T.M.M. Análise da produção do conhecimento em enfermagem acerca da temática hipertensão arterial, 1995 a 2005. **Online Braz J Nurs**. v. 5 n. 3. 2006.
4. ABREU, R.N.D.C.; MOREIRA, T.M.M. Pós-graduação em enfermagem no Brasil: Análise das dissertações e teses sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus de 1972 a 2004. **Rev. RENE**. 60-68, vol.8,n.2. 2007.
5. ABREU, R.N.D.C.; MOREIRA, T.M.M. Fatores intervenientes na adesão ao tratamento anti-hipertensivo: avaliação dos periódicos de enfermagem de 1995 a 2005. Semana Universitária da Universidade Estadual do Ceará (UECE). 2007.
6. ABREU, R.N.D.C.; LANDIM, M.P.; OLIVEIRA, C.J.; PATROCÍNIO, S.M.M.V.; MOREIRA, T.M.M. Adesão ao tratamento farmacológico em pacientes em uso de dois ou mais anti-hipertensivos: estudo em uma unidade do Programa de Saúde da Família. XV Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. 16 a 18 de agosto de 2007. Recife. 2007.
7. ALMEIDA, G.P.L; LOPES, H.F. Fatores de risco para hipertensão arterial. In: PÓVOA, R. **Hipertensão arterial na prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 2007.
8. ANDRADE, J.P.; VILAS-BOAS, F.; CHAGAS, H.; ANDRADE, M. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Arq Bras Cardiol**, v. 79, n. 4, 375-9, 2002.
9. ARAÚJO, G.B. da S. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo**: análise conceitual. Mestrado em Enfermagem. CCS/UFPB, Dissertação. 2002, 85p.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

11. BRASIL, Conselho Nacional de Saúde (BR). **Resolução n. 196/96**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília(DF): Conselho Nacional de Saúde; 1996.
12. BRASIL, Ministério da Saúde, 2004. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal 2002/2003**. 185p.
13. CASTRO, V.D.; CAR, M.R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 34, n.2, p.145-53. 2000
14. CASTRO, V.D.; CAR, M.R. Dificuldades e facilidades dos doentes no segmento do tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enf. USP**. v.33, n.3, p. 294-304. 1999
15. CARVALHO, D.F.; FONSECA, G.C.; NOVAES, V.M.; LUCCA, M.; CORRÊA, C.R.; LIMA, J.P.; NOVO JÚNIOR, J.M.; MANSUR,H.N. Intervenção multidisciplinar: um modelo eficaz no combate a hipertensão. XV Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. 16 a 18 de agosto de 2007. Recife. 2007. p.44.
16. CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Manual das equipes de saúde da família**. 2.ed. Fortaleza: SESA, 2004.
17. COELHO NETO, A.; ARAÚJO, A.L.C. **Vida longa com qualidade**. Fortaleza: ABC Editora, 2003. 244p.
18. FALCÃO, L.M. **Cuidado à pessoas com hipertensão arterial: fundamentação no sistema interpessoal de King**. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Área de concentração: enfermagem. 2007. 115f.
19. FEITOSA, G.S.; FEITOSA FILHO, G.S.; CARVALHO, E.N. Alterações cardiovasculares da hipertensão arterial: hipertrofia ventricular esquerda, doença arterial coronária e insuficiência cardíaca. **Rev Bras Hipertens** 9(3): julho/setembro de 2002, p. 280-287.
20. FUCHS, S.C. Fatores de risco para hipertensão arterial. BRANDÃO, A.A.; AMODEO, C.; NOBRE, F.; FUCHS, F.D. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
21. GOMES, M.A.B.; OLINDA, Q.B. Perfil epidemiológico de um grupo de idosos hipertensos em uma unidade básica de saúde de Quixeramobim-CE. In: ALMEIDA, M.I. de.; NÓBREGA-THERRIN, S.M. Temas em Saúde da Família: práticas e pesquisas. Fortaleza: EdUECE, 2005.
22. GUEDES, N.G.; COSTA, F.B.C.; MOREIRA, R.P.; MOREIRA, T.F.; CHAVES, E.S.; ARAÚJO, T.L. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. **Rev Esc Enf USP**, v.39, n.2, 2005.

23. GUIMARÃES, A.C. Tratamento não-medicamentoso: princípios gerais. In: BRANDÃO, A.A.; AMODEO, C.; NOBRE, F.; FUCHS, F.D. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006
24. GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
25. IBGE **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Brasília. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> . Acesso em: 28 de agosto de 2007.
26. KATZUNG, B. G. **Farmacologia**: Básica e Clínica. Rio de Janeiro, 9ª ed: Guanabara Koogan, 2006. 1008p.
27. JARDIM, P.C.B.V.; GONDIM, M.R.P.; MONEGO, E.T.; MOREIRA, H. G.; VITORINO, P.V.O.; SOUZA, W.K.S.B.; SCALA, L.C. N. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol** v.88 n.4 São Paulo Apr. 2007.
28. LESSA, I. Não-adesão ao tratamento da hipertensão: conseqüências socioeconômicas para o indivíduo e para a sociedade. In: NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.
29. LIMA, F.E.T.; ARAÚJO, T.L.; MOREIRA, T.M.M.; Conhecimento dos auxiliares e técnicos de enfermagem quanto aos fatores relacionados à pressão arterial. **Revista Nursing**. Ano 3, n.24, p. 18-23, mai. 2000.
30. LIMA, F.E.T. **A prática do autocuidado após a revascularização do miocárdio**. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2002.
31. LIPP, M.N.; ROCHA, J.C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida**: um guia de tratamento para o hipertenso. Campinas, SP: Papyrus, 1994.
32. LOPES, H.F.; BARRETO FILHO, J.A.S. Hipertensão arterial e a Síndrome Metabólica. In: BRANDÃO, A.A.; AMODEO, C.; NOBRE, F.; FUCHS, F.D. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
33. MACHADO SC, STIPP MAC, LEITE JL. Clientes com Hipertensão Arterial: Perspectiva da gerência do cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery R Enferm** 2005 abr; 9(1):64-71
34. MANCILHA-CARVALHO JJ.; SOUZA-SILVA NA. The Yanomami indians in the Intersalt Study. **Arq Bras Cardiol**, v. 80, n.3, p.295-300. 2003.
35. MOREIRA TMM. Cuidando de pessoas com hipertensão arterial. In: Kalinowski CE (Org.). PROENF- **Programas de Atualização em Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2007, v. C2 MÓD 2, p. 77-108.

36. MOREIRA, TMM, ARAÚJO, TL. Sistema interpessoal de Imogene King: as relações entre pacientes com hipertensão não aderentes ao tratamento e profissionais de saúde. **Acta Paul Enferm** 2002; 15 (3): 35-43.
37. MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L. de.; PAGLIUCA, L. M. F. Alcance da teoria de King junto a famílias de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n.1, p. 74-89, jan. 2001.
38. MOREIRA, T.M.M. **Descrivendo a não adesão ao tratamento da hipertensão a partir de uma compreensão de sistemas**. 154f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 1999.
39. MOREIRA, T.M.M. **Tecnologia de Cuidado na Busca da Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial**: desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza-Ceará. Fortaleza, 2003. 260 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2003.
40. MUNIZ FILHA, M.J.M. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes com complicações da hipertensão arterial internados em Unidades de Terapia Intensiva Coronariana**. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Área de concentração: enfermagem. 2007. 91f.
41. NOBLAT, A. C. B.; LOPES, M.B.; LOPES, G.B.; LOPES, A.A. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência **Arq Bras Cardiol** v.83 n.4 São Paulo out. 2004.
42. OIGMAN, W. Redução do risco cardiovascular = pressão arterial + proteção cardiovascular. **Rev Bras Hipertens**. v.13, n.3, p. 221-222, 2006.
43. OLIVEIRA JÚNIOR, W.; Estresse mental como fator de risco para a hipertensão arterial. **Revista Hipertensão**, v.3, n.3. 2000.
44. PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A.; Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n.5, p. 635-642. 2003.
45. PIERIN, A.M.G.; MION JR, D.; FUKUSHIMA, J.; PINTO, A.R.; KAMINAGA, M. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e gravidade da doença. **Rev Esc Enf USP**. v. 35, p 11-18. 2001
46. PIERIN, A.M.G.; STRELEC, M.A.A.M.; MION JÚNIOR, D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: PIERIN, A.M.G. **Hipertensão Arterial**: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole, 2004.

47. POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
48. PLANETA.; SOUZA.; DeLUCIA. Ansiolíticos e hipnóticos. In: De-LUCIA.; OLIVEIRA-FILHO. **Farmacologia Integrada**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
49. RABELLO, CCP.; PIERIN, AMG.; MION JÚNIOR D. O conhecimento de profissionais da área da saúde sobre a medida da pressão arterial. **Rev. Esc. Enferm. USP** 2004; 38(2):127-34.
50. RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M.; MOORE, P.K. **Farmacologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
51. ROBBINS, R. S.; COTRAN, R. S.; KUMAR, V. et al. **Patologia – Bases patológicas das doenças**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
52. RIBEIRO, R. C.; LOTUFO, P. A. **Hipertensão Arterial: Diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Ed. Sarvier, 2005. 117p.
53. SANCHES, C.G.; PIERIN, A.M.G.; MION JÚNIOR, D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em pronto-socorro e em tratamento ambulatorial. **Rev Esc Enferm USP**. v. 38, n.1, p. 90-8. 2004
54. SANTOS, Z.M.S.A; FROTA, M.A; CRUZ, D.M; HOLANDA S.D.O. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm** 2005; 14(3):332-40.
55. SANTOS, Z.M.S.A; SILVA, R.M. **Hipertensão arterial: abordagem para a promoção do cuidado humano**. Fortaleza: UNIFOR, 2002.
56. SANTOS, Z.M.S.A; SILVA, R.M. Prática do autocuidado vivenciada pela mulher hipertensa: uma análise no âmbito da educação em saúde. **Rev Bras Enferm**, mar-abr, v.59, n.2, p.206-11, 2006.
57. SARQUIS LMM.; DELL'ÁQUA, MCQ.; GALLANI MCBJ.; MOREIRA RM.; BOCCHI, SCM.; TASE, TH.; PIERIN, AMG. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev Esc Enf USP** 1998; 32 (4): 335-53.
58. SILVEIRA, L.M.C.; RIBEIRO,V.M.B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais e pacientes. **Interface-comunic, Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.91-104, set.2004/fev.2005.
59. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**. 2006.

60. SOUSA, A.L.L. Educando a pessoa hipertensa. In: PIERIN, A.M.G. **Hipertensão Arterial**: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole, 2004.
61. SOUZA, A.C.C. **Crise hipertensiva**: Análise dos casos atendidos na emergência de um hospital municipal de Fortaleza-Caerá, 2006. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Área de concentração: enfermagem. 2006.
62. SOUZA, A.L.L.; JARDIM, P.C.B.V. A enfermagem e o paciente hipertenso em uma abordagem multiprofissional – relato de experiência. Ver. Latino-Am. Enfermagem v.2, n.1. Ribeirão Preto Jan. 1994.
63. SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
64. STRELEC, M.A.A.M.; PIERIN, A.M.G.; MION JÚNIOR, D.; A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 81, n. 4, p.343-348. 2003.
65. IV DIRETRIZ BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DE ATEROSCLEROSE. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol** vol.88, Sup.I, abril. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data do preenchimento do formulário: / /2007

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Prontuário: _____

Endereço: _____ Fone: _____

1 Data adm. no CIDH:

2 Procedência:

3 Data de Nascimento:

4 Sexo: 1 () F 2 () M

5 Escolaridade:

6 Religião:

7 Cor: 1 () Branca 2 () Não-branca

8 Ocupação:

9 Renda Familiar:

10 E.Civil:

1 () solteiro(a) 2 () casado (a) 3 () união consensual 4 () viúvo (a) 5 () divorciado

11 N° filhos:

12 Número de pessoas no domicílio:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

13 Tempo de descoberta da hipertensão arterial:

14 Como descobriu ser hipertenso:

15 Doenças associadas: 1 () AVC 2 () ICC 3 () DAC 4 () IAM 5 () HVE 6 () Revasc. 7 () HVE

8 () outra Qual: _____

16 Tempo de descoberta das complicações:

17 N° de internações:

18 Motivo das internações:

19 Valores da Pressão Arterial

PA: 1 PAS _____ 2 PAD _____ mmHg

Existe casos na família de:

20 Hipertensão arterial sistêmica

1 () sim 2 () não 3 () não sabe referir

21 Quem? _____

22 Diabetes mellitus

1 () sim 2 () não 3 () não sabe referir

23 Quem? _____

24 Infarto agudo do miocárdio

1 () sim 2 () não 3 () não sabe referir

25 Quem?

26 Acidente vascular cerebral

1 () sim 2 () não 3 () não sabe referir

27 Quem?

**ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO ANTES E APÓS A OCORRÊNCIA DAS
COMPLICAÇÕES**

CONTROLE DE PESO

Altura: _____ A²: _____

Peso:

28 IMC

29 CA:

PADRÃO ALIMENTAR

30 Como era a sua alimentação antes e após a ocorrência das complicações?

Alimentação antes da ocorrência de complicações associadas	Alimentação após a ocorrência de complicações associadas
Café da manhã Lanche: Almoço: Lanche da tarde: Jantar:	Café da manhã Lanche: Almoço: Lanche da tarde: Jantar:

31 Uso de saleiro na mesa?

1 () sim 2 () não

32 Adiciona sal aos alimentos no momento da ingestão?

1 () sim 2 () não 3 () às vezes

33 Consome fontes industrializadas de sal como: molhos prontos, sopas em pó, embutidos, conservas, enlatados, congelados, defumados e salgados de pacote tipo snacks?

1 () sim 2 () não 3 () às vezes

34 Consome frituras?

1 () sim 2 () não 3 () às vezes

35 Uso de Café

1 () sim Frequência do uso de café .: _____

2 () não

PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS

36 Prática de exercício físico:

1 () sim

2 () não

37 Motivo para não realização de atividade física:

	Antes das complicações	Após das complicações
38 Frequência	1 () 1-3 vezes/sem 2 () 4 -7 vezes/sem	1 () 1-3 vezes/sem 2 () 4-7 vezes/sem
39 Tempo exercício	1 () < 30 min 2 () > 30min	1 () < 30 min 2 () > 30min
40 Tipo de exercício	1 () Caminhada 2 () Natação 3 () Ciclismo 4 () Dança () 5 () Outras	1 () Caminhada 2 () Natação 3 () Ciclismo 4 () Dança 5 () Outras ()

CONTROLE DO ESTRESSE

41 Estresse com facilidade

1 () sim 2 () não

42 Realiza atividades de lazer: 1 () sim 2 () não

43 Interrupção do sono: 1 () sim 2 () não

44 Quantas horas de sono: 1 () < 8 horas 2 () 8 horas 3 () > 8 horas

45 Satisfação ao acordar: 1 () cansado 2 () descansado

46 uso de medicamento para dormir: 1 () não 2 () sim

47 qual é o medicamento? _____

ABANDONO DO TABAGISMO

48 Uso de fumo:

1 () Nunca

2 () sim quant. _____

3 () Ex-fumante quant. _____ parou há: _____ anos Tempo de tabagismo _____ anos

MODERAÇÃO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

49 Uso de álcool:

1 () Nunca

2 () sim volume: _____ Tipo de bebida _____

3 Uso anterior de álcool parou há: _____ Tempo de consumo: _____ anos

Tipo de bebida: _____

ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

50 Última prescrição médica

MEDICAMENTO PRESCRITO	TURNO		
	MANHÃ	TARDE	NOITE

51 Quais são os medicamentos que usa para PA e como o sr(a) está tomando? Em que horários?

MEDICAMENTO RELATADO	TURNO		
	MANHÃ	TARDE	NOITE

52 Já parou de tomar os comprimidos alguma vez? 1 () sim 2 () não

53 Quantos dias o senhor(a) ficou sem tomar os comprimidos? _____

54 Qual o motivo? _____

55 Qual foi o medicamento? _____

FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO^a

56 Qual(is) os fatores que podem dificultar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo?

Fatores relacionados ao paciente

1 () Estruturais-idade

2 () educacionais

3 () Aspectos culturais, crença, hábitos de vida

4 () Desconhecimento sobre a doença

5 () Esquecimento

6 () Suporte familiar

7 () Outros Quais: _____

Fatores relacionados ao tratamento medicamentoso

1 () dose

2 () número de medicamentos

3 () efeitos colaterais

4 () tratamento prolongado

5 () custo

6 () mudança de medicamento/descontinuidade

7 () eficácia das drogas

8 () horários da medicação

9 () melhoria dos sintomas após a terapia

10 () outros Quais: _____

^a Baseado no instrumento de Sarquis et al (1998).

Fatores relacionados ao tratamento não medicamentoso

- 1 () Controle de peso corpóreo
- 2 () Fazer dieta
- 3 () Diminuir o sal da dieta
- 4 () Abandono do fumo
- 5 () Realização de atividade física
- 6 () Redução ou abandono do consumo de álcool
- 7 () Controle da ansiedade-estresse
- 8 () Baixo recurso financeiro
- 9 () Outros Quais: _____

Fatores institucionais

- 1 () relacionamento com a equipe de saúde
- 2 () Marcar consulta médica
- 3 () Distância até o serviço de saúde
- 4 () Horário do atendimento do serviço de saúde
- 5 () Demora no atendimento do serviço de saúde
- 6 () custo social do tratamento
- 7 () Falta de alguns medicamentos na farmácia da unid. de saúde
- 8 () Outros Quais: _____

ENVOLVIMENTO FAMILIAR NO TRATAMENTO

57 Recebe ajuda da família no seguimento ao tratamento?

- 1 () não 2 () sim

58 Cuidado recebido:

CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA

59 O (a) senhor(a) tem alguma dúvida sobre a hipertensão arterial?

- 1 () sim 2 () não

60 Qual? _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Meu nome é Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu, aluna do Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: Análise da adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas: espaço para o cuidado clínico de enfermagem. Com a mesma pretendo: Identificar as características sócio-demográficas e clínicas das pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas; Averiguar a adesão dessas pessoas ao tratamento não medicamentoso recomendado pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006); Verificar se o desenvolvimento de complicações associadas à HA interferiu na adesão ao tratamento não medicamentoso pelos participantes do estudo; Averiguar a adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo indicado para essas pessoas; Identificar os elementos dificultadores/facilitadores na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Assim, gostaria de contar com a sua participação, permitindo que lhe entreviste. Informamos que a pesquisa não traz riscos à sua saúde e que você tem o direito e a liberdade de negar-se a participar do estudo ou desistir de participar, mesmo após a aplicação do formulário, se assim o desejar, sem nenhum prejuízo moral, físico ou social e sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo financeiro e/ou em seu tratamento e acompanhamento. Os dados coletados serão divulgados. No entanto, é garantido o sigilo sobre sua identidade ou sobre qualquer informação que possa identificá-lo. Para maiores esclarecimentos estarei disponível no seguinte endereço: Avenida Paranjana, 1700. Bairro Itapery; telefone: (85) 96246423

Certa de contar com sua colaboração, agradeço antecipadamente.

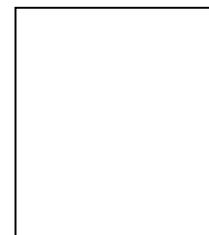
Assinatura da pesquisadora

Tendo sido informado sobre a pesquisa: Análise da adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas: espaço para o cuidado clínico de enfermagem, concordo em participar da mesma.

Fortaleza-Ceará, _____ de _____ de 200 ____.

Nome _____

Assinatura _____ ou polegar direito



APÊNDICE C

OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS NA INSTITUIÇÃO

Eu, Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu, RG 99010337554, discente do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará, responsável pela pesquisa Análise da adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas, e tendo como orientadora a Professora Dr^a. Thereza Maria Magalhães Moreira, solicito a esta instituição de saúde a permissão para realizar a minha coleta de dados nos meses de abril a julho de 2007.

Fortaleza, _____ de _____ de 2007

Assinatura da discente

ANEXOS