

ADESÃO DO CLIENTE HIPERTENSO AO TRATAMENTO: ANÁLISE COM ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR

HYPERTENSIVE CLIENT ADHESION TO THEIR TREATMENT: AN ANALYSIS WITH AN INTERDISCIPLINARY APPROACH

LA ADHESIÓN DEL CLIENTE HIPERTENSO AL TRATAMIENTO: UN ANÁLISIS CON ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos¹, Mirna Albuquerque Frota², Daniele Morais Cruz³, Samanta Daisy O. Holanda⁴

¹ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora titular do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Enfermeira da Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana (HM/SESA/SUS/MS).

² Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Educação em Saúde da UNIFOR.

³ Enfermeira graduada pela UNIFOR.

⁴ Enfermeira graduada pela UNIFOR.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão. Enfermagem. Educação em saúde.

RESUMO: Estudo exploratório-descritivo, cujo objetivo foi analisar a adesão do cliente hipertenso ao tratamento com abordagem interdisciplinar. Foi desenvolvido com 50 clientes acompanhados na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana, em Fortaleza-Ceará. Os dados foram coletados através da entrevista. Na amostra investigada, somente 6 (12%) entrevistados revelaram algum conhecimento sobre a hipertensão arterial e 28 (56%) conheciam parcialmente a suas conseqüências. A adesão ao tratamento foi considerada insatisfatória, principalmente em relação às condutas higiêno-dietéticas. A irregularidade no esquema medicamentoso esteve associada ao custo e aos efeitos colaterais. Os resultados demonstram a necessidade de atuação interdisciplinar da equipe de saúde, junto à clientela hipertensa, contribuindo para a adesão às condutas de manutenção e promoção da saúde.

KEYWORDS: Hypertension. Nursing. Health education

ABSTRACT: This is an exploratory-descriptive study, whose aim was to analyze the hypertensive client's adherence to their treatment with an interdisciplinary approach. It was developed with 50 clients accompanied by the League of Arterial Hypertension of Messejana Hospital, in Fortaleza-Ceará. The data was collected through interviews. In the investigated sample only 6 (12%) revealed some knowledge about arterial hypertension and 28 (56%) knew partially of its consequences. Their adherence to the treatment was considered unsatisfactory, principally in relation to their hygiene-dietetic conduct. The irregularity in following the medicinal treatment was associated to its cost and to its collateral effects. The results show the necessity for interdisciplinary action on the part of the health team towards hypertensive clientele, contributing to their adherence to maintaining and promoting their health behavior.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión. Enfermería. Educación en la salud.

RESUMEN: Estudio exploratorio-descriptivo, cuyo objetivo fue analizar la adhesión del cliente hipertenso al tratamiento con un abordaje interdisciplinario. Fue desarrollado con 50 clientes en seguimiento inscritos en la Liga de Hipertensión Arterial del Hospital de Messejana, en Fortaleza-Ceará. Los datos fueron recolectados mediante la entrevista. En la muestra investigada, solamente 6 (12%) entrevistados revelaron tener algún conocimiento sobre la hipertensión arterial y 28 (56%) conocían parcialmente sus consecuencias. La adhesión al tratamiento fue considerado como insatisfactorio, principalmente, con respecto a las conductas higiénico-dietéticas. La irregularidad en el esquema medicamentoso estaba asociado al costo y a los efectos colaterales. Los resultados demuestran la necesidad de una actuación interdisciplinaria del equipo de la salud junto a la clientela hipertensa, contribuyendo para su adhesión frente a las conductas de mantención y promoción de la salud.

Endereço:
Zélia Maria de Sousa Araújo Santos
R. Gonçalves Ledo, 1635
60110-261 - Aldeota, Fortaleza, CE.
E-mail: zeliasantos@unifor.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 15 de fevereiro de 2005
Aprovação final: 01 de abril de 2005

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença altamente presente na população adulta, cuja prevalência no Brasil oscila entre 22% e 44%.¹ A HAS é uma doença que atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros e cerca de 50% destes não sabem que são hipertensos por serem muitas vezes assintomáticos, sendo considerada importante fator de risco para as doenças cardiovasculares ateroscleróticas, incluindo acidente vascular cerebral, doença coronariana, insuficiência vascular periférica e cardíaca. Mesmo a população portadora de hipertensão leve está sob o jugo do risco aumentado.^{2,3}

A HAS considerada assassina silenciosa, é o maior problema médico-social dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes. Mesmo conhecendo-se a eficácia, a efetividade e a eficiência de várias das medidas preventivas, de controle disponíveis, sejam ou não farmacológicas, a hipertensão continuará, por décadas, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para o próprio hipertenso e para a sociedade.⁴

O hipertenso é todo indivíduo adulto, maior de 18 anos, com valores de pressão arterial sistólica igual ou maior do que 130 mmHg ou com pressão arterial diastólica igual ou superior a 85 mmHg, em pelo menos duas medidas realizadas em ocasiões diferentes.⁵ De acordo com a campanha de detecção de casos de HAS realizada no período de janeiro a abril de 2002 com a população alvo maior de 40 anos, através de uma única medida de pressão arterial, foi constatado que: em Fortaleza, das 137.363 pessoas atendidas, 38% apresentaram pressão arterial elevada, sendo uma incidência maior no sexo feminino. No Estado do Ceará, foram realizadas 586.041 medidas, onde 35% apresentaram pressão alta, prevalecendo o sexo feminino; e no Brasil, nesse mesmo período foram realizadas 8.327.235 medidas onde 30% apresentaram pressão arterial elevada, 21% eram mulheres e 15% homens.⁶

Uma das dificuldades encontradas no atendimento a pessoas hipertensas é a falta de adesão ao tratamento, pois 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada.⁷

A não-adesão do cliente ao tratamento tem constituído um grande desafio para os profissionais que o acompanha, e possivelmente tem sido responsável pelo aumento dos custos sociais com absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde, e aposentadorias por invalidez, haja vista que a hipertensão arterial tem

sido responsável pelo aumento destes custos.

A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associados: paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível sócio-econômico); doenças (cronicidade, assintomatologia); crenças, hábitos culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, auto-estima); tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida); instituição (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e de atendimento); e relacionamento com equipe de saúde (envolvimento e relacionamento inadequados).⁸ Por conseguinte, a adesão do cliente deve ser apreciada com vista a esses fatores.

Portanto, mediante a problemática citada, optou-se por esta pesquisa, com o objetivo de analisar a adesão do cliente hipertenso com abordagem interdisciplinar.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Para atender ao objetivo proposto, esta pesquisa se constituiu de um estudo exploratório-descritivo, que permite ao pesquisador aumentar sua experiência em torno de determinado problema, descrevendo com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade.⁹

Esta pesquisa foi desenvolvida na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana (LHAHM). A liga é composta por uma equipe multiprofissional, e desenvolve um programa de hipertensão arterial, que tem como meta reduzir a taxa de morbimortalidade por doenças associadas à hipertensão arterial, integrando e/ou reintegrando a clientela hipertensa ao seu convívio social. A liga funciona no Hospital de Messejana - Instituição pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), situada em Fortaleza - Ceará.

A população foi constituída de clientes portadores de hipertensão arterial, e a amostra constou de 50 clientes acompanhados pela Liga, independentemente da raça, sexo, estado civil, idade, fator sócio-econômico, que tiveram condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos, e que aceitaram participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada através da entrevista semi-estruturada, durante dois meses. Os dados foram organizados em categorias posteriormente determinadas e analisadas com base nas experiências dos entrevistados frente à doença e ao tratamento. As ca-

tegorias levantadas foram: caracterização dos entrevistados, apreciação do conhecimento do cliente sobre hipertensão arterial e descrição da adesão do cliente ao tratamento.

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética

em Pesquisa (CONEP),¹⁰ que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Aos participantes foi assegurado o anonimato e o direito de retirar o consentimento no momento que desejarem. Os dados foram coletados após emissão do parecer da comissão de ética da Universidade.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização dos entrevistados

Tabela 1 - Distribuição dos entrevistados segundo a idade, sexo e escolaridade. Fortaleza-Ceará, 2004.

Sexo Escolaridade* Idade (anos)	Masculino			Feminino			Total	
	1	2	3	1	2	3	F	%
20 – 29	-	-	-	-	01	-	01	2
30 – 39	-	-	-	-	01	-	01	2
40 – 49	-	-	02	01	-	03	06	12
50 – 59	01	02	-	04	06	02	15	30
60 ou +	04	02	-	11	10	-	27	54
Total	05	04	02	16	18	05	50	100

* 1 - Analfabeto/Alfabetizado; 2 - Ensino fundamental incompleto; 3 - Ensino médio incompleto

De acordo com a tabela 1, 42 (84%) entrevistados tinham idade igual ou superior a 50 anos, desses, 33 (66%) eram mulheres. Esses achados indicam o aumento da prevalência da hipertensão arterial com a idade,¹¹ pois até os 55 anos, ela é mais elevada no homem, e após essa idade, ela é igual para os dois sexos. Todavia, na faixa etária de 20 a 49 anos, identifica-se 8 (16%) entrevistados, sendo a maioria (12%) constituída por mulheres. Portanto, essas estão se tornando hipertensas antes da menopausa, uma vez que essa fase é indicativa de maior prevalência dessa doença.

Na pós-menopausa, "há diminuição nos níveis do hormônio peptídico natriurético atrial, provocando aumento da pressão arterial. Estudos relatam que mulheres nessa fase portadoras de hipertensão arterial, quando submetidas à reposição com estrogênios, apresentam melhora no quadro hipertensivo. A elevação da pressão sistólica se relaciona à aterosclerose, principalmente das grandes artérias, e também à carência estrogênica que ocorre desde o início da falência gonadal".^{12,31}

Em estudo realizado anteriormente,¹³ constatou-se que as mulheres estavam se tornando hipertensas antes da menopausa, ou seja, 43% das 200 mulheres pesquisadas tiveram a hipertensão diagnosticada entre 30 e 40 anos de idade. Outro dado observado foi o predomínio (78%) de mulheres na amostra investigada. Isso se deve ao fato de que as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens, mediante queixas ou não.

Entre os entrevistados, 21 (42%) encontravam-se entre analfabetos e alfabetizados, 22 (44%) cursaram as primeiras séries do ensino fundamental, e os demais (14%) iniciaram o ensino médio. O analfabetismo é gerado e consolidado pela marginalidade social e econômica em que vive grande parte da população brasileira. Segundo os dados do IBGE, para o ano de 1997, o número de pessoas analfabetas no País, na faixa etária de 15 anos e mais, era de 15.883.37, equivalente a 14,7%, desta faixa populacional.¹⁴

Cerca de 24 (48%) entrevistados informaram uma renda mensal inferior a dois salários mínimos, e

nos demais (52%), essa variou de dois a quatro salários mínimos. Quanto à ocupação, 22 (44%) eram aposentados, 07 (14%) eram domésticas, 10 (20%) ocupavam-se de prendas do lar, e as demais eram costureiras e faxineiras. A maioria (90%) morava em casa própria e 10% em casa alugada. Então, constata-se que as ocupações, escolaridade e renda mensal eram compatíveis entre si.

A prevalência da hipertensão é inversamente proporcional à escolaridade e renda, isto é, quanto maior o grau de instrução e capacidade econômica, menor a incidência devido a maior nível de cuidados com a saúde.¹⁵

Apreciação do conhecimento do cliente sobre hipertensão arterial

Os entrevistados tiveram conhecimento do seu diagnóstico em uma consulta de rotina (26%), na procura do serviço de saúde devido complicações da doença (26%) e mediante queixas diversas (48%).

A hipertensão é uma doença que evolui de maneira assintomática, o seu diagnóstico depende, portanto, de o paciente procurar medir sua pressão espontaneamente ou fazer exames periódicos e, em alguns casos, ela será diagnosticada tardiamente quando o paciente já apresentar complicações.¹⁶

Observa-se no cotidiano dos serviços de saúde, que o diagnóstico da hipertensão, é feito freqüentemente de forma casual. Fato constatado neste estudo, como no de outro autor.¹³ Essa atitude está relacionada com a falta de práticas adequadas de promoção da saúde da clientela, ou seja, essa procura habitualmente os serviços de saúde mediante queixas, e raramente como medida de prevenção. Para que a clientela incorpore essa conduta em seu cotidiano, é imprescindível a atuação integralizada e interdisciplinar da equipe de saúde, em particular do enfermeiro, por ser um educador em saúde de formação; através do desenvolvimento de estratégias de educação em saúde, objetivando a conscientização sobre a busca e manutenção da saúde.

A educação em saúde constitui área do conhecimento político-didático, porque seu saber e seu fazer têm sido historicamente determinado pelas condições sociais e econômicas que produzem as políticas. O conhecimento e o comportamento em relação à doença e à saúde requerem profissionais que assumam a função de educadores.¹⁷

Todavia, o conhecimento dos educadores sobre HAS e outras condições crônicas de saúde¹⁸ deve

ser o grande aliado dos mesmos no desafio de encorajar as pessoas, temporariamente sob seus cuidados, a assumirem a responsabilidade de proteção à própria saúde, por meio da participação efetiva na sua terapia antihipertensiva e na adoção de estilos de vida saudáveis.

Ressalta-se que o diagnóstico desta doença é feito exclusivamente através da medida de pressão arterial. Logo, para a detecção precoce, é necessário que a clientela tenha uma prática eficaz de autocuidado e que seja rotina na consulta médica e de enfermagem, a medição da pressão arterial.

O cliente é considerado hipertenso quando confirmado, em pelo menos três determinações consecutivas em um período de duas a três semanas, os níveis tensionais elevados. Porém, estas três determinações são dispensáveis quando os níveis pressóricos estão muito elevados ou há fortes evidências de lesões nos órgãos-alvo. Nestas condições, o diagnóstico e o conseqüente tratamento já se impõem na primeira consulta.¹¹

Com relação ao conhecimento sobre HAS, 06 (12%) entrevistados admitiram a cronicidade, assintomatologia, gravidade e as condutas terapêuticas inerentes a essa doença, como se pode visualizar a seguir: [...] *a hipertensão é uma doença que não tem cura e que precisa ser controlada (C1)*. [...] *Sei que a doença não tem sintomas, mas pode matar (C10)*. [...] *A pessoa que tem pressão alta não pode comer salgado, gorduroso e tem que fazer caminhada (C15)*.

No entanto, a maioria (88%) tinha suas próprias percepções sobre a HAS, pois a relacionava com problema circulatório e com desconfortos físicos que vivenciava, conforme está evidenciado nos depoimentos: [...] *sei mais ou menos. É uma veia entupida (C12)*. [...] *É um mal estar, tontura, dor no pescoço (C4)*. [...] *Não sei, mas queria saber. Sempre pergunto ao médico, mas a consulta é rápida e não dá tempo para explicação (C11)*. Então, constata-se o desconhecimento sobre a HAS e a busca de informações no momento da consulta. Portanto, é no momento da consulta, 19 que a enfermeira poderá atuar junto aos clientes, clareando os aspectos referentes a doença propriamente dita, ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso) e as complicações decorrentes da hipertensão, de forma clara e simples.

A consulta, independentemente da categoria profissional, é o momento propício de fazer educação em saúde, com vista a capacitar o cliente para o autocuidado. Logo, a consulta de enfermagem além de constituir um espaço favorável para exposição de

queixas do cliente, para a identificação das necessidades de autocuidado e às capacidades do cliente para o exercício das atividades de autocuidado, também envolve um momento educativo, que visa a preparar tanto o indivíduo, como a família para o autocuidado, contribuindo para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.²⁰

Cerca de 27 (54%) não tiveram complicações da doença e 28 (56%) eram orientados sobre estas complicações. No entanto, este conhecimento era parcial, pois referiram as conseqüências da HAS ao plano do coração e do cérebro, e desconheciam aquelas inerentes aos demais órgãos-alvo. Também, evidencia-se que este conhecimento estava associado a experiência que alguns tiveram com as complicações da doença hipertensiva, como se visualiza no discurso: [...] *pode acontecer AVC como aconteceu comigo há 7 anos (C8). [...] Sou transplantado do coração, pois este ficou grande devido à pressão alta (C10). [...] Se não cuidar, posso ter infarto, trombose e derrame (C41).*

Entre os entrevistados, 34 (68%) informaram como desconfortos causados pela doença: cefaléia, tontura, palpitação, insônia, dispnéia e precordialgia,

conforme se evidencia nas falas: [...] *quando ela ataca, eu fico doente, e tenho que ir para o hospital, porque se ficar em casa, o mundo fica rodando e eu vomitando (C32). [...] De vez em quando sinto dor de cabeça, quando a pressão está alta (C28).*

A HAS raramente manifesta algum sintoma ou desconforto físico, e isso constitui uma das razões do portador desta não se comprometer com as condutas necessárias ao seu controle, pois as pessoas se percebem doentes, quando qualquer alteração na qualidade de vida as impeça de trabalhar, comer, dormir ou executar atividades rotineiras.

Esses fatos nos indicam que não é mais possível buscar respostas para os problemas do homem de forma isolada, individualizada.²¹ É imprescindível que entendamos essa situação de forma mais ampla, na sua totalidade. Sendo assim, uma maneira como atingir essa totalidade é através da interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade é antes de tudo uma perspectiva e uma exigência que se coloca no âmbito de um determinado tipo de processo, e tem basicamente a ver com a procura de um equilíbrio entre a análise fragmentada e a síntese simplificadora.²²

Descrição da adesão do cliente ao tratamento

Tabela 2 - Distribuição dos entrevistados segundo tempo, tipo de tratamento e tempo de diagnóstico. Fortaleza-Ceará, 2004.

Tempo Tratamento (anos)	≤ 5		6 – 15		> 15		TOTAL	
	B	BM	B	BM	B	BM	f	%
Tempo Diagnóstico (anos)								
≤ 5	01	22	-	-	-	-	23	46,0
6 – 15	-	05	-	08	-	-	13	26,0
> 15	-	01	-	05	01	07	14	28,0
TOTAL	01	28	-	13	01	07	50	100,0

*B - Básico (condutas higieno-dietéticas); M - Medicamentoso

De acordo com a tabela 2, a maioria (78%) iniciou o tratamento logo que soube que era hipertensa. No entanto, 11 (22%) entrevistados optaram pelo tratamento após algum tempo do seu diagnóstico. Este fato é rotineiramente observado em clientes hipertensos, e também foi constatado em estudo anterior,¹³ quando 20 (10%) entrevistados adotaram a mesma conduta. Possivelmente, esta atitude poderá ser

atribuída à ausência de sintomas da doença, associada ao desconhecimento das condutas de controle dessa, e/ou à prática ineficaz do autocuidado.

Quanto ao tipo de tratamento seguido pela clientela, 02 (4%) entrevistados realizavam o básico (condutas higieno-dietéticas), conforme fora indicado pelo médico. Mas para os demais (96%), foram indicados os dois tipos - básico e medicamentoso. No entanto,

9 (18%) tentavam controlar a pressão arterial somente com o uso da medicação anti-hipertensiva, ou seja, ignoravam as condutas higieno-dietéticas, que são inerentes ao tratamento básico.

Entre as modalidades de tratamento da HAS, as condutas higieno-dietéticas constituem um grande desafio para a clientela, como para os profissionais de saúde. Essas condutas implicam mudanças de hábitos ou no estilo de vida, e isso pode significar perda de prazer em um contexto de vida, no qual as oportunidades de satisfação pessoal são mínimas.

“A mudança de hábito requer um engajamento muito grande por parte de todos os envolvidos, que no caso desta reflexão, são as pessoas em condição crônica de saúde, seus familiares e/ou pessoas de seu convívio mais próximo e os profissionais de saúde do processo ensino-aprendizagem na promoção e manutenção da saúde”.^{23,161}

Os entrevistados aderiam parcialmente ao tratamento básico, pois não incorporavam as condutas integralmente. Portanto, de acordo com a frequência, existem três grupos de entrevistados quanto ao seguimento às condutas: aqueles com frequência de 84 a 94%, que incluem a preferência por vegetais, ausência de tabagismo, redução de sal e abstenção de drogas hipertensoras; outro grupo com frequência entre 60 e 78%, que inserem, controle do peso, gerenciamento do estresse, preferência por carnes brancas, redução de bebidas contendo caféina e abolição de bebidas alcoólicas; e por fim, aqueles com frequência entre 36% e 42%, que envolvem o uso de gordura vegetal, exercício físico regular e uso de adoçantes dietéticos.

A adesão do cliente é possibilitada mediante a conscientização deste, e através da educação em saúde desenvolvida de forma articulada pela equipe multiprofissional. A educação é,²⁴ na sua totalidade, prática interdisciplinar por ser mediação do todo da existência; a interdisciplinaridade constitui o processo educativo, e seus fundamentos epistemológicos e axiológicos baseiam-se em uma pluridisciplinaridade.

Uma das contribuições da promoção da saúde é a educação que visa o entendimento sobre saúde, concorrendo para o processo em que a comunidade aumente a sua habilidade de resolver seus próprios problemas com competência e intensifique sua própria participação.²⁵

Entre os 48 (96%) entrevistados com indicação médica do tratamento medicamentoso, 36 (72%) faziam uso regular da medicação anti-hipertensiva. Essa atitude era influenciada pelo tempo de tratamento, ou

seja, quanto menor era esse tempo, maior a frequência de entrevistados que usavam sistematicamente o esquema medicamentoso.

O problema da adesão começa no momento em que o médico prescreve a medicação. A chance de o paciente não cumprir nada do que lhe é recomendado é baixa. Contudo, a taxa de abandono medida seis meses após a primeira prescrição é elevada: é possível, sem qualquer exagero, encontrar-se mais de 50% dos pacientes não ingerindo qualquer medicamento.²⁶

Cerca de 50% das pessoas hipertensas que estão cientes, metade não faz tratamento, e dentre os que fazem algum, 55% controla adequadamente as cifras de pressão arterial.¹⁵

Cerca de 36 (72%) entrevistados não relataram desconforto com o tratamento medicamentoso. Porém, os demais se queixaram de náuseas, cefaléia, tosse, edema e micções frequentes, que contribuíram para o seguimento irregular do esquema medicamentoso, como se evidenciar no discurso: [...] *o captopril me dá tosse e náuseas, então tomo só uma vez por dia...* (C44). ...*Tem um remédio que faz eu urinar muito, portanto quando tenho que sair de casa, não tomo* (C30). [...] *A nifedipina causa inchaço nos pés e como é para tomar 2 comprimidos, eu tomo 1 por conta própria* (C29).

Paralelamente aos benefícios proporcionados aos pacientes hipertensos tratados adequadamente, sabe-se hoje que as drogas anti-hipertensivas podem provocar diminuição do prazer de viver em consequência de efeitos colaterais, tanto do ponto de vista físico quanto psíquico, tornando-se fundamental a avaliação da influência dos medicamentos utilizados na qualidade de vida dos pacientes.²⁷

Os entrevistados recebiam a medicação prescrita pelo médico na própria instituição. Entretanto, quando esta medicação estava em falta, 41 (82%) a adquiriam na farmácia privada e 07 (14%) ficavam sem esta, por falta de recursos financeiros para sua aquisição. Foi frequente a tentativa de substituição do efeito terapêutico do medicamento pelo uso de chás, conforme se visualiza nos depoimentos: [...] *quando preciso comprar o medicamento, às vezes é tão difícil, que fico sem tomá-lo* (C46). [...] *Quando falta, eu tomo chá de colônia, pois dizem que é bom para a pressão* (C48).

É rotineiro no acompanhamento à clientela a irregularidade do tratamento medicamentoso, relacionada à falta de recursos financeiros para adquirir o medicamento, quando esse está em falta na instituição. Apesar de a despesa com medicamentos representar grande parte do investimento em saúde pública, em

países como o Brasil, a dispensação gratuita de medicamentos não cobre as necessidades correntes, mesmo diante dos grandes avanços nesse sentido, como no caso da terapia antihipertensiva.²⁸

Os entrevistados compareciam freqüentemente às consultas médicas, exceto 02 (4%) que eram faltosos, em decorrência da indicação exclusiva do tratamento básico para o controle da doença, pois para esses, não se fazia tão necessária a freqüência à consulta, uma vez que não faziam uso de medicamentos.

O recebimento da receita foi um dos motivos freqüentemente responsáveis pelo comparecimento dos entrevistados à consulta médica. Esse fato pode ser justificado, considerando que²⁹ o medicamento é a forma de cura mais difundida e freqüente.

Entre aqueles que não faltavam às consultas, 30 (60%) atribuíram o seu comparecimento a necessidade do controle da pressão e o medo de complicações, como se percebe nas falas: [...] *nunca falto, porque necessito controlar minha pressão (C27)*. [...] *eu não falto, porque o médico disse que eu poderia piorar, aí fiquei com medo (C35)*.

Quanto maior o grau de conhecimento do indivíduo sobre seu problema, independentemente de sua idade ou do risco, maior a possibilidade de seu comprometimento efetivo no autocuidado e, portanto, maior sua chance de sucesso.³⁰

Quanto ao comparecimento à consulta com os demais profissionais da equipe, 09 (18%) freqüentavam sistematicamente a consulta de enfermagem, e 02 (4%) tiveram somente a primeira consulta com o nutricionista. Para o atendimento às necessidades do cliente, é imprescindível que esse seja acompanhado por uma equipe multiprofissional, com atitude interdisciplinar, conduzindo o cliente, família e comunidade a atingir o melhor nível de saúde, através de estratégias implementadas por meio do diálogo e da interação efetiva. A equipe constituída por vários profissionais de saúde com saberes específicos e independentes, mas que os integram, mantendo suas peculiaridades no atendimento às necessidades do cliente.³¹ Somente o trabalho em equipe multi ou interdisciplinar é capaz de permitir uma divisão racional desse, aumentando assim sua eficácia e sua produtividade.³²

As sessões educativas acontecem bimestralmente, e eram implementadas pela equipe de saúde, a partir de um planejamento anual com base nas sugestões da clientela, que incluía uma diversidade de temáticas a serem abordadas. Todavia, somente 08 (16%) freqüentavam sistematicamente e 12 (24%) esporadicamente, como se evidencia nos depoimentos:

[...] *gosto de ficar informada sobre a minha doença (C49)*. [...] *Foi nessas atividades que encontrei a saúde (C24)*.

As sessões educativas em grupo possibilitam a construção de novos conhecimentos a partir da socialização das experiências de cada um, acrescida dos conhecimentos transmitidos pelos facilitadores. Portanto,³⁰ educar em grupo é crescer e contribuir para o crescimento. Para tal, há necessidade de que todos os participantes envolvidos no processo educativo se posicionem de maneira receptiva, sem atitudes que denotem falta de compromisso, buscando uma comunicação cada vez mais acessível e assimilando a cada encontro as necessidades dos clientes como cidadãos.

As sessões educativas devem ser permeadas pela educação em saúde, visto que essa³¹ enquanto prática interdisciplinar possibilita a mudança de comportamento para o exercício da cidadania. Esta mudança é viabilizada quando o profissional de saúde reconhece e valoriza o saber socialmente construído pela clientela em seu ambiente. A partir desse reconhecimento, ocorrerá a produção efetiva de novos conhecimentos, modificando o comportamento de saúde da clientela, objetivando atingir o melhor nível de bem-estar.

A experiência tem demonstrado que a atuação de equipes multiprofissionais é facilitadora da educação em saúde e, como conseqüência, da melhor adesão, por ser composta de indivíduos com formações diferentes, que proporcionam, na ação educativa, maior gama de informações com diversas visões do problema, e esse fato contribui para facilitar o aprendizado.²⁷

O não comparecimento foi justificado pela falta de divulgação, recursos financeiros escassos para custear a passagem de ônibus, acomodação e desmotivação.

Assim como as políticas públicas de saúde devem viabilizar o acesso do usuário às instituições, essas por sua vez, devem promover a acessibilidade aos serviços propostos a este usuário, através de divulgação desses, mobilização de recursos financeiros para as pessoas carentes, e estratégias que motivam a participação do usuário. Portanto, dessa forma a instituição estará contribuindo para a adesão do cliente às condutas de prevenção e/ou de controle dos problemas de saúde.

Cerca de 78% a 84% dos entrevistados, vislumbravam como benefícios do tratamento, o controle da pressão arterial, bem estar geral e qualidade de vida. Observa-se que estes estão intimamente relacionados. Mas, o comportamento de baixa adesão conflita com

os benefícios relatados.

A adesão do cliente ao tratamento integra o comparecimento às consultas, o uso regular do esquema terapêutico, a adoção de estilo de vida saudável, sobretudo o compromisso deste com a própria saúde, atuando como sujeito da ação, e não como objeto. Enfim, a adesão do cliente é resultante do seu engajamento efetivo nas atividades de autocuidado, tornando-se agente de autocuidado e multiplicador destas atividades na família e na comunidade.

CONCLUSÕES

Os resultados do estudo comprovam que os entrevistados tinham adesão insatisfatória ao tratamento da hipertensão arterial, e este fato estava associado ao déficit de conhecimento sobre a doença e as condutas terapêuticas, ausência de sintomatologia da HAS, prática inadequada das atividades de autocuidado, custo e efeitos colaterais da medicação, e participação inefetiva nas atividades educativas planejadas pela equipe da Liga. Portanto, pode-se constatar que a não adesão do cliente hipertenso ao tratamento, ainda constitui um grande desafio para os profissionais que o acompanha, entre estes o enfermeiro que tem como meta engajá-lo no autocuidado.

Todavia, este desafio poderá ser vencido mediante estratégias de educação em saúde, enquanto prática interdisciplinar, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é uma combinação de ações e experiências de aprendizagem planejadas com a finalidade de habilitar as pessoas a obterem controle sobre determinantes e comportamentos da saúde, das condições sociais que afetam seu estado de saúde, assim como o estado de saúde das demais pessoas. A educação em saúde tem como foco central, a promoção da saúde. A educação do cliente tem como objetivo maior o seu engajamento para o autocuidado, aderindo ao esquema terapêutico e preventivo, a fim de que ele atinja o melhor nível de saúde, conseqüentemente, a melhor qualidade de vida possível.²⁰

Então, mediante essas considerações, destaca-se as sugestões: os clientes sejam acompanhados pela equipe de saúde, numa perspectiva interdisciplinar, tendo em vista que,²⁴ a educação como uma prática deve ser equacionada não em relação ao ser do homem, mas às modalidades de sua prática; a consulta de enfermagem envolva um processo educativo, visando a modificação do comportamento da clientela em relação ao controle dos seus problemas de saúde e às medidas de promoção da saúde; os clientes sejam es-

timulados a participar das atividades educativas, inclusive envolvendo os familiares e pessoas de sua comunidade; e os gestores da instituição implementem estratégias que possibilitem a acessibilidade do cliente às ações desenvolvidas, contribuindo para adesão desse às condutas de manutenção e promoção da saúde e prevenção de doença.

REFERÊNCIAS

- 1 Pinheiro LAF, Couto AA, Silva EN. Sobrevida e morbidade na hipertensão arterial tratada - um estudo clínico. *Rev SBC* 2003; 1 (2): 16-26.
- 2 Ferrais AS, Buglia S. Condutas práticas no paciente hipertenso que será submetido ao teste ergométrico. *Rev Bras Hipertens* 2001; 8 (3): 344-6.
- 3 Almeida GPL, Lopes HF. Impacto da hipertensão arterial sistêmica sobre o risco cardiovascular. *Rev SBC* 2003; 6 (4): 135-41.
- 4 Lessa I. Não adesão ao tratamento da hipertensão arterial - conseqüências econômicas para o indivíduo e para a sociedade. In: Nobre F, Pierin AMG, Mion Jr D. *Adesão ao tratamento - o grande desafio da hipertensão*. São Paulo: Lemos; 2001. p. 86-106.
- 5 Sociedade Brasileira de Hipertensão. *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. São Paulo: SBH; 2002.
- 6 Campanha de detecção de casos suspeitos de hipertensão arterial e hábitos saudáveis de vida. [citado 2002 Maio 15]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/cnhd/dados/home.htm>.
- 7 Peres SD, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial - atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37 (5): 635-642.
- 8 Pierin AMG. Adesão ao tratamento - conceitos. In: Nobre F, Pierin AMG, Mion Jr D. *Adesão ao tratamento - o grande desafio da hipertensão*. São Paulo: Lemos; 2001. p. 21-34.
- 9 Trivinos ANS. *Introdução à pesquisa em ciências agrárias - a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1994.
- 10 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.
- 11 Ribeiro AB. *Atualização em hipertensão arterial: diagnóstico e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 1996.
- 12 Lima SMRR, Aldrighi JM, Colombo FC, Georgi DMA. Hipertensão arterial e climatério. *Hipertensão*. 2001; 4 (2): 51-4.
- 13 Santos ZMSA. *Estilo de vida da mulher hipertensa e a relação com o autocuidado - [dissertação]*. Fortaleza (CE): Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFC; 1998.

- 14 Vasconcelos MS. Alfabetização numa perspectiva libertadora. *Rev Humanid.* 2002 Ago-Dez; 17 (2): 145-51.
- 15 Riera ARP. Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2000.
- 16 Barreto ACP, Santello JL. Manual de hipertensão - entre a evidência e a prática clínica. São Paulo: Lemos Editorial; 2002.
- 17 Catrib AMF, Pordeus MBCA, Albuquerque VLM, Vieira NFC. Promoção da saúde: saber fazer em construção. In: Barroso MTB, Vieira NFC, Varela ZMV. Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2003. p.31-8
- 18 Reiners AAO, Costa ALRC, Arruda ALG, Costa LMFC, Nogueira MS. Hipertensão arterial: perfil da saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Texto Contexto Enferm* 2004 Jan-Mar; 13 (1): 41-9.
- 19 Bastos DS, Borenstein MS. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um centro municipal de saúde. *Texto Contexto Enferm* 2004 Jan-Mar; 13(1): 92-9.
- 20 Santos ZMSA, Silva RM. Hipertensão arterial - modelo de educação em saúde para autocuidado. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2002.
- 21 Farias FLR, Barroso MGT. Abordagem interdisciplinar. In: Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV. Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2003. p. 61-7.
- 22 Jantsch AP, Bianchetti. organizadores. Interdisciplinaridade para além da filosofia do sujeito. In: Jantsch AP. Interdisciplinaridade. Universidade de Petrópolis: Vozes; 1995. p. 195-204.
- 23 Francioni FF, Coelho MS. A superação do déficit de conhecimento no convívio com uma condição crônica de saúde: a percepção da necessidade da ação educativa. *Texto Contexto Enferm.* 2004 Jan-Mar; 13 (1): 156-62.
- 24 Severino AJ. O conhecimento pedagógico e a interdisciplinaridade: o saber como intencionalização da prática. In: Fazenda ICA, organizador. Didática e interdisciplinaridade. São Paulo: Papirus; 2000. p. 31-44.
- 25 Flores EMTL, Drehmer TM. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Ciênc Saúde Colet.* 2003; 8 (3): 743-52.
- 26 Rudd P. Compliance with antihypertensive therapy: raising the bar of expectations. *Am J Manag Care.* 1998; 4 (2): 957-66.
- 27 Nobre F, Pierin AMG, Mion Jr. D. Adesão ao tratamento - O grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos; 2001.
- 28 Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão a terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Colet.* 2003; 8 (3): 775-82.
- 29 Pinkus L. Psicologia do doente. São Paulo: Paulinas; 1988.
- 30 Jardim PCBV. Adesão ao tratamento antihipertensivo: modelos de estudo. In: Nobre F, Pierin AMG, Mion Jr D. Adesão ao tratamento - o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos; 2001. p. 59-68.
- 31 Santos ZMSA, Barroso MGT. A interdisciplinaridade na fundamentação da promoção da saúde. In: Barroso MTB, Vieira NFC, Varela ZMV. Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2003. p.55-67.
- 32 Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1997.