

ADESÃO DO USUÁRIO HIPERTENSO AO TRATAMENTO E A INTERFACE COM O SABER SOBRE O AGRAVO

HYPERTENSIVE USER'S ADHERENCE TO TREATMENT AND THE INTERFACE WITH KNOWLEDGE ABOUT THE DISEASE

ADHESIÓN DEL USUARIO HIPERTENSO AL TRATAMIENTO Y LA INTERFAZ CON EL SABER SOBRE EL MAL

HELDER DE PÁDUA LIMA¹
ZÉLIA MARIA DE SOUSA ARAÚJO SANTOS²
JENNARA CÂNDIDO DO NASCIMENTO³
JOSELANY ÁFIO CAETANO⁴

Objetivou-se analisar a interface do saber sobre hipertensão e adoção das condutas terapêuticas de controle da doença pelo hipertenso, com a adesão ao tratamento. Estudo exploratório-descritivo desenvolvido com 400 usuários hipertensos, inscritos na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana (LHAHM), em Fortaleza-CE. Os dados foram coletados durante os meses de julho a outubro de 2006, mediante entrevista, utilizando-se um roteiro estruturado. Conforme os resultados mostraram, a maioria dos entrevistados era do sexo feminino (67,2%), de cor parda (54,7%), encontrava-se na faixa entre 50 e 79 anos de idade (81,8%) e eram negros (13,5%). O saber dos usuários sobre a hipertensão arterial sistêmica baseava-se em noções relacionadas à sua concepção e gravidade, e grande parte desconhecia a cronicidade e assintomatologia. Todavia, constatou-se associação significativa do saber sobre as condutas terapêuticas importantes para a adesão do portador de hipertensão ao tratamento da doença.

DESCRITORES: Hipertensão; Adesão à Medicação; Educação em Saúde; Cooperação do Paciente.

The aim of this work was to analyze the interface between hypertensive patients' knowledge about hypertension and the adoption of therapeutic conducts to control the disease. It was a descriptive and exploratory study developed with 400 hypertensive users registered in the Arterial Hypertension League of the Hospital of Messejana – LHAHM in Fortaleza-CE, Brazil. The data were collected from July to October 2006, through interviews, using a structured script. The results show that most users were female (67.2%), mulatto (54.7%), between 50 and 79 years old (81.8%), and 54 (13.5%) were black. The users' knowledge on systemic arterial hypertension was based on concepts related to their design and seriousness and most did not know about the chronic and asymptomatic nature. A significant association was found between knowledge on important therapeutic conducts and hypertensive patients' adherence to treatment.

DESCRIPTORS: Hypertension; Medication Adherence; Health Education; Patient Compliance.

Estudio cuyo objetivo fue analizar la interfaz del saber sobre hipertensión y adopción de conductas terapéuticas de control de la enfermedad por parte del hipertenso. El enfoque metodológico del estudio fue de tipo exploratorio- descriptivo desarrollado con 400 usuarios hipertensos, inscritos en la Liga de Hipertensión Arterial del Hospital de Messejana (LHAHM) en Fortaleza-CE. Los datos se recogieron entre los meses de julio a octubre del 2006, a través de entrevista, utilizando un plan estructurado. Los resultados mostraron que la mayoría de los entrevistados era del sexo femenino (67,2%), de color pardo (54,7%) en el rango de edad entre 50 y 79 años (81,8%), y eran negros (13,5%). El conocimiento de los usuarios sobre la hipertensión arterial sistémica se basaba en nociones relacionadas a su concepción y gravedad, y la mayoría no conocía la cronicidad y sintomatología. Constatamos asociación significativa del saber sobre las conductas terapéuticas importantes para la adhesión del portador de hipertensión al tratamiento de la enfermedad.

DESCRIPTORES: Hipertensión; Cumplimiento de la Medicación; Educación para la Salud; Cooperación del Paciente.

¹ Enfermeiro. Mestre pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa na Promoção da Saúde de Pessoas com Hipertensão Arterial-NUESPHA. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: helder_padua@yahoo.com.br.

² PhD em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Líder do NUESPHA. Fortaleza-CE, Brasil. Av. Washington Soares 1.321, Edson Queiroz. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: zeliasantos@unifor.br.

³ Enfermeira. Aluna do Mestrado em Enfermagem da UFC. Bolsista da CAPES. Fortaleza-CE, Brasil. Membro do NUESPHA. E-mail: jennaracandido@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Fortaleza-CE, Brasil. Vice-Líder do NUESPHA. E-mail: joselany@ufc.br

INTRODUÇÃO

Atualmente a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos fatores de risco mais importantes de morbidade e mortalidade cardiovascular, atingindo cerca de 20% a 25% de toda a população mundial⁽¹⁾.

No Brasil, a HAS representa sério problema de saúde pública, pela sua elevada prevalência, entre 15% e 20% na população adulta, e mais de 50% nos idosos; e por acometer indivíduos em plena fase produtiva. Quando associada ao tabagismo, *diabetes mellitus* e dislipidemia constitui-se decisivo fator de risco para as doenças cardiovasculares, as quais são responsáveis aproximadamente por 30% das mortes⁽²⁻³⁾.

Caso não seja controlada, a HAS pode produzir complicações clínicas como acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e problemas visuais e, ainda, aumentar os custos para as entidades governamentais de saúde e para a família, em virtude dos encargos sociais e dos gastos com medicamentos, tratamentos e cuidados pertinentes⁽³⁾.

No Brasil, onde existe uma população de hipertensos superior a 15 milhões de pessoas, menos de 10% destas têm controle efetivo da HAS. Além disso, somam-se a tal problemática, a desinformação sobre o assunto, distorções conceituais, problemas socioeconômicos, carência de recursos para implementação terapêutica, entre outros⁽⁴⁾. Como mostra a literatura, de 16% a 50% dos novos hipertensos descontinuam a medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso e um número substancial daqueles que permanecem em uso da medicação o fazem de modo inadequado⁽⁵⁾.

Portanto, a não adesão da pessoa hipertensa ao tratamento é alta, e tem sido indicada como uma das principais responsáveis pela falta de controle da pressão arterial (PA), com suas implicações deletérias já conhecidas⁽⁶⁾.

Quanto à forma de tratamento, podem ser adotadas medidas medicamentosas ou não, com o obje-

tivo de reduzir a morbi-mortalidade cardiovascular. Embora esse seja eficaz, a não adesão dos usuários hipertensos contribui de forma significativa para o descontrole da HAS. Representa, assim, um desafio para os profissionais de saúde⁽⁷⁾.

De modo geral, a não adesão ao tratamento acontece não só com a suspensão ou irregularidade no tratamento farmacológico, mas, também, com a adoção de estilo de vida inadequado. Por estilo de vida inadequado entende-se a não observância das medidas higieno-dietéticas, tais como alimentação saudável, prática regular de exercício físico, manutenção do peso saudável, abstinência do álcool e do tabaco, gerenciamento do estresse e uso adequado de bebidas que contêm cafeína⁽⁸⁾.

Uma série de fatores colabora para a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, entre estes, os associados ao usuário (sexo, idade, estado civil, etnia, escolaridade, nível socioeconômico, etc.), à instituição (políticas de saúde, dificuldades de acesso ao serviço de saúde, tempo de espera pela consulta, dispensação de medicamentos, entre outros) e ao relacionamento com a equipe de saúde⁽⁶⁻⁹⁾. Desse modo, a identificação de fatores determinantes da não adesão do usuário hipertenso ao tratamento é importante na seleção de condutas terapêuticas e na obtenção de resultados satisfatórios, pois o conhecimento dos mesmos pode permitir a implementação de estratégias que possibilitem uma análise crítica e reflexiva para fins de enfrentamento. Desta forma, favorecer-se-á a adesão ao tratamento.

Ao se refletir sobre a problemática da adesão, questiona-se: será que o saber do usuário hipertenso sobre o agravo influencia na adesão às condutas terapêuticas? Com base neste questionamento, optou-se pela realização deste estudo com o objetivo de analisar a interface do saber sobre HAS e adoção das condutas terapêuticas de controle deste agravo pela pessoa hipertensa, mediante adesão ao tratamento.

MÉTODO

Estudo exploratório-descritivo, desenvolvido na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana (LHAHM), pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), situada em Fortaleza-CE. A LHAHM era composta por uma equipe multiprofissional, responsável pela atenção à saúde dos usuários hipertensos, com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares associadas à HAS, integrando-os e/ou reintegrando-os à sociedade.

A população do estudo foi representada por 1.600 usuários hipertensos inscritos na LHAHM, e a amostra foi composta por 400 destes, independentemente de idade, sexo, estado civil, cor, escolaridade, que apresentaram condições psicoemocionais para responder aos questionamentos e que aceitaram participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. O cálculo amostral foi baseado na prevalência da HAS no Brasil, que era em torno de 25%.

Os dados foram coletados por meio de entrevista, durante os meses de julho a outubro de 2006, e registrados manualmente, via utilização de um roteiro estruturado, contendo os dados sociodemográficos (idade, sexo, cor, religião, escolaridade, estado civil, renda familiar, naturalidade, procedência, ocupação, condições de moradia e pessoas com quem mora); saber sobre a HAS (concepção, cronicidade, gravidade, assintomatologia, diagnóstico e condutas terapêuticas); e adesão às condutas terapêuticas de controle da HAS (uso adequado de sal e de gordura vegetal, abstenção do álcool e do tabaco, uso de adoçante dietético, manutenção do peso controlado, exercício físico regular, ingestão adequada de café, preferência por vegetais e carnes brancas, gerenciamento do estresse, e uso regular do medicamento); conforme recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBHA), também preconizadas uni-

versalmente. Estas informações contidas no roteiro da entrevista constituíram as variáveis do estudo. Posteriormente, os dados foram organizados no Programa *Statistical Package for Social Science* -SPSS (versão 13), representados em quadros, e analisados com base na literatura selecionada. Para verificar a associação entre as variáveis aplicou-se o Teste do Qui-Quadrado.

Em atendimento ao exigido, esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e se obteve a emissão do parecer favorável do Comitê de Ética do Hospital de Messejana/MS/SUS/SESA, sob o nº 194/04.

RESULTADOS

Para o processamento da análise, organizaram-se os dados em: caracterização sociodemográfica dos usuários, e saber sobre a HAS e a interface com adesão ao tratamento.

Caracterização sociodemográfica dos usuários

De acordo com a Tabela 1, a maioria dos entrevistados era do sexo feminino, 269 (67,2%), de cor parda, 219 (54,7%) e tinha idade entre 40 – 79 anos, 390 (97,5 %). Além disso, entre eles havia 54 (13,5%) negros e 229 (57,2%) com história familiar de HAS. Dos entrevistados, 10 (2,5%) encontravam-se na faixa etária entre 20 e 39 anos, com predomínio entre as mulheres.

Cerca de 255 (63,7%) eram alfabetizados ou haviam cursado o ensino fundamental; contudo, 79 (19,7%) eram analfabetos. Cerca de 199 (49,7%) informaram renda mensal de um a dois salários mínimos, enquanto 142 (35,5%) tinham renda inferior a 1 salário mínimo. Quanto à ocupação, 194 (48,5%) eram aposentados, 99 (24,7%) ocupavam-se de prendas do lar e os demais 107 (26,8%) informaram outras atividades laborativas, tais como

costura, construção civil, carpintaria, trabalho doméstico e artesanato.

Tabela 1 — Distribuição dos usuários segundo a idade, cor, renda, escolaridade e ocupação. Fortaleza-CE, 2006
n = 400

Características sociodemográficas	N	%
Idade (em anos)		
20-39	10	2,5
40-59	173	43,2
≥60	22	5,5
Cor		
Parda	219	54,7
Branca	127	31,7
Negra	54	13,5
Renda ¹		
<1	142	35,5
1-2	199	49,7
≥3	59	14,8
Escolaridade		
Analfabeto	79	19,7
Alfabetizado	148	37,0
Ensino fundamental	107	26,7
Ensino médio	54	13,0
Ensino superior	12	3,0
Ocupação		
Aposentado	194	48,5
Prendas do lar	99	24,7
Outras ²	107	26,8

¹Em salários mínimos no valor de 350 reais. ²Trabalho doméstico, construção civil, carpintaria, costura, artesanato.

Na Tabela 2, evidencia-se que 289 (72,2%) entrevistados procediam de Fortaleza-CE. Destes, 97 (24,2%) nasceram neste município e 192 (48,0%) eram naturais de municípios da região interiorana. Entre os 111 (72,2%) residentes nesta região, 97 (24,2%) eram naturais do interior desta e 14 (3,5%) tinham naturalidade fortalezense. Sobre a religião, predominou o catolicismo (77,7%). Identificou-se 216 (54%) casados, 331 (82,7%) residiam em casa própria e 150 (37,5%) coabitavam com cônjuge e/ou filhos.

Tabela 2 — Distribuição dos usuários segundo a naturalidade, procedência, religião, condição de moradia, estado civil e com quem mora. Fortaleza-CE, 2006 n = 400

Características sociodemográficas	N	%
Naturalidade		
Capital	111	27,8
OM ¹	289	72,2
Procedência		
Capital	289	72,2
OM ¹	111	27,8
Religião		
Catolicismo	311	77,7
Protestantismo	67	16,7
Não informou	22	5,5
Condições de moradia		
Alugada	45	11,5
Própria	331	82,5
Outras ²	24	6,0
Estado civil		
Casado	216	54,0
Solteiro	42	10,5
Separado	45	11,2
Viúvo	74	18,5
União estável	23	5,7
Com quem mora		
Filho	67	16,7
Cônjuge	39	9,7
Cônjuge e filho	150	37,5
Outros ³	144	36,0

¹Outros municípios do Estado do Ceará. ²Instituição asilar, local de trabalho, residência de familiares e de conhecidos. ³Residentes de Instituição asilar, empregadores domésticos e conhecidos.

Saber do usuário sobre a HAS e a relação com a adesão ao tratamento

Como mostra o Quadro 1, a adesão dos usuários hipertensos às condutas terapêuticas para o controle da HAS não era uniforme, uma vez que 345 (86,7%) ingeriam a quantidade adequada de sal, 326 (81,0%)

faziam uso regular do medicamento, 316 (79,0%) consumiam gordura vegetal, 274 (68,5%) não eram tabagistas, 267 (66,7%) não usavam bebidas alcoólicas, 216 (54,0%) preferiam vegetais, 209 (52,2%) optavam freqüentemente por carnes brancas, 209 (52,2%) gerenciavam o estresse, 201 (50,2%) faziam uso da quantidade diária (100ml) de café, 160 (40,0%) optavam pelo adoçante dietético, e 123 (30,7%) praticavam regularmente o exercício físico.

Quadro 1 — Distribuição dos usuários hipertensos segundo a adesão às condutas terapêuticas. Fortaleza — CE, 2006 n = 400

Condutas Terapêuticas					
	f	%		f	%
Uso adequado de sal	345	86,7	Exercício físico regular	123	30,7
Uso de gordura vegetal	316	79,0	Ingesta adequada de café	201	50,2
Abstenção do álcool	267	66,7	Preferência por vegetais	216	54,0
Abstenção do tabaco	274	68,5	Preferência por carnes brancas	209	52,2
Uso de adoçante dietético	160	40,0	Gerenciamento do estresse	209	52,2
			Uso regular do medicamento	326	81,0

Segundo a Tabela 3, na maioria dos usuários hipertensos aderentes às condutas terapêuticas, não havia associação destas com o saber inerente à HAS (concepção, possibilidade de cura, risco/gravidade e assintomatologia), comprovada pelo $p \geq 0,05$, estatisticamente considerado insignificante. Todavia, constatou-se essa associação ($p \leq 0,05$ significativa) do saber sobre alguns aspectos inerentes à HAS, em sete condutas, a saber: concepção e uso adequado do sal; assintomatologia e uso de gordura vegetal; abstenção do álcool e concepção, possibilidade de cura e assintomatologia; abstenção do tabaco com possibilidade de cura e assintomatologia; possibilidade de cura com ingestão adequada de café (100ml/dia), preferência por carnes brancas e concepção e uso regular do medicamento.

Entre as condutas terapêuticas aderidas, listadas na Tabela 3, sobressaíram as seguintes: ingestão adequada de café, gerenciamento do estresse, preferência por carnes brancas e por vegetais, abstenção

do álcool e do tabaco, uso de gordura vegetal, uso regular do medicamento, uso adequado de sal. Houve variação de 50,2% a 86,2%, respectivamente.

De acordo com o identificado, entre os usuários aderentes às condutas, predominaram aqueles que tinham alguma noção sobre o conceito de HAS, numa variação de 50,4% a 57,6%, enquanto sobre o risco de vida/gravidade, variou de 85,0% a 89,4%. O contrário, porém, foi constatado em relação à assintomatologia, pois aqueles que a ignoravam eram os que mais seguiam as condutas.

Tabela 3 — Distribuição dos usuários hipertensos em percentuais segundo a adesão às condutas terapêuticas, o saber correto sobre a HAS e medida de associação (p). Fortaleza — CE, 2006 n = 400

Condutas terapêuticas	Saber sobre a doença		Possibilidade de cura		Risco de vida/gravidade		Assintomatologia	
	%	p	%	p	%	p	%	p
Uso adequado de sal	56,5	0,04	77,1	0,63	87,5	0,13	13,3	0,80
Uso de gordura vegetal	55,0	0,66	76,5	0,39	89,2	0,36	13,2	0,81
Abstenção do álcool	53,1	0,45	73,4	0,00	86,5	0,07	13,4	0,98
Abstenção do tabaco	54,5	0,56	74,8	0,05	86,8	0,13	13,5	0,99
Uso de adoçante dietético	56,8	0,43	73,7	0,14	89,3	0,65	13,1	0,85
Exercício físico regular	56,0	0,66	73,9	0,26	86,9	0,52	11,3	0,40
Ingesta adequada de café	51,7	0,26	71,6	0,00	88,5	0,97	12,4	0,53
Preferência por vegetais	50,4	0,79	74,0	0,07	89,3	0,56	11,1	0,13
Preferência por carnes brancas	55,9	0,53	26,3	0,05	89,4	0,52	9,5	0,16
Gerenciamento do estresse	57,6	0,18	25,9	0,08	87,5	0,51	12,0	0,36
Uso regular do medicamento	56,7	0,05	22,3	0,91	89,2	0,31	13,1	0,70

$p \leq 0,05$ (Significante); $p \geq 0,05$ (Não Significante).

A HAS era concebida como “pressão alta” e “circulação difícil” pela maioria; e pelos demais, como “sal no sangue” e “gordura nas veias”. Já o risco de vida/gravidade era relacionado às complicações, e entre estas, as mais relatadas foram o acidente vascular cerebral e a miocardiopatia dilatada. Aqueles que admitiam a presença de sintomatologia na HAS citaram cefaléia, ansiedade e astenia como as principais manifestações clínicas.

Entre os usuários que sabiam da cronicidade da HAS, destacaram-se aqueles aderentes às condutas: preferência por carnes brancas, gerenciamento do estresse e uso regular do medicamento.

Ainda como identificado, a maioria dos usuários com adesão às condutas terapêuticas descobriu a HAS casualmente, ou seja, pelo surgimento de complicações ou de consultas de rotina; e tinha entre cinco anos a mais de dez anos de diagnóstico e de tratamento.

Ademais, entre aqueles que aderiam ao tratamento anti-hipertensivo, havia determinados usuários com outros problemas de saúde, tais como diabetes mellitus, cardiopatia e dislipidemia.

DISCUSSÃO

No caso da HAS, a caracterização sociodemográfica dos usuários é relevante, pois vários são os fatores que influenciam os comportamentos e as atitudes diante da doença. Entre esses, estão: os individuais (idade, gênero, cor), os educacionais (escolaridade, educação religiosa, etc.), os sócio-econômicos (profissão/ocupação e renda, entre outros) e os ambientais (tipo de infra-estrutura disponível, como moradia, serviços de saúde)⁽¹⁰⁾.

De acordo com os dados obtidos, a maioria dos entrevistados encontrava-se na faixa etária de maior prevalência da HAS, uma vez que esse agravo aumenta de forma significativa com a ascensão da idade⁽¹¹⁾.

Cerca de 60 (15%) usuários eram do sexo masculino e informaram idade igual ou inferior a 59 anos, 226 (56,5 %) eram mulheres e tinham idade superior ou igual a 50 anos. Embora até os 55 anos a prevalência da HAS seja mais elevada no homem, após esta idade, ela é igual para os dois sexos. Na mulher, porém, a prevalência aumenta com a instalação da menopausa⁽¹²⁾. Com a chegada da menopausa, as mulheres tornam-se mais tensas, ganham mais peso, têm depressões, ansiedade e há deficiência hormonal. Isto é desfavorável pois os hormônios protegem o co-

ração e evitam a arteriosclerose, que afeta os vasos sanguíneos. Desta forma, todos estes fatores contribuem para uma maior suscetibilidade à gênese da HAS nas mulheres menopausadas.

Em estudo realizado na Finlândia com 138 hipertensos, 60% pertenciam ao sexo feminino e 40% ao sexo masculino, e a média de idade situou-se em 48 anos (variação 20-62 anos). Do total, 64% moravam na cidade. Além disso, 76% eram casados, 30% viviam sozinhos; 25%, com uma pessoa; e 39% com mais de duas pessoas. Ainda conforme o estudo, 44% eram hipertensos há menos de cinco anos, e 13% há mais de quinze anos (variação 1-30 anos)⁽¹³⁾.

Dos entrevistados, 68,2% eram pardos ou negros. Em relação à raça/cor, a HAS é quase duas vezes mais prevalente e mais grave nos negros e miscigenados do que nos brancos. Talvez essa diferença esteja associada a fatores genéticos e socioeconômicos⁽¹¹⁾.

A escolaridade e a renda familiar relatadas corroboram a maior prevalência de HAS, assim como fatores de risco para a elevação da PA⁽⁷⁾. Há uma tendência na queda da média da PA e da proporção da HAS, conforme o grau de educação aumenta, mas deve haver influência de outros fatores de risco, como a ocupação e fatores de ordem social⁽¹⁴⁾.

Como mencionado, a maioria dos entrevistados era natural de outros municípios de região interiorana, porém residia na capital cearense. Tal fato comprova o êxodo rural, ainda bastante presente nesta região, e geralmente responsável pela busca da sobrevivência em centros desenvolvidos, quando as condições na zona rural são precárias, incluindo, também, a oferta de emprego⁽⁸⁾. A migração de populações rurais para as grandes cidades facilita a adoção de um estilo de vida inadequado que, por sua vez, contribui para um aumento considerável de indivíduos diabéticos e hipertensos e, conseqüentemente, para um aumento ainda maior na incidência de eventos cardiovasculares⁽¹⁵⁾.

Quanto à adesão terapêutica, um dos seus fatores determinantes é o grau de instrução. Portanto, a escolaridade deve ser considerada na escolha das es-

estratégias para orientação e abordagem das consultas. Deficiências na formação escolar podem trazer dificuldades para a assimilação das orientações dispensadas pelos profissionais e influenciar na percepção da gravidade da doença, levando à aquisição de informações incompletas sobre os aspectos necessários para manter ou melhorar seu bem-estar⁽¹⁶⁾.

O saber da maioria dos usuários aderentes às condutas terapêuticas sobre HAS restringia-se a noções inerentes ao conceito e à gravidade. Todavia, não se constatou a relação desse fato com a adesão, pois esses aderiram a nove das doze condutas terapêuticas indicadas para o controle desse agravamento.

Quanto aos padrões dietéticos, em determinado estudo⁽¹³⁾, 30% mostraram o pleno cumprimento da sua dieta, e os pacientes que melhor respeitaram as mudanças dietéticas observaram, sobretudo, a qualidade de gordura: 50% tinham começado a utilizar preferencialmente as gorduras vegetais. Também houve redução no consumo do sódio. Entretanto, a utilização de gordura e o consumo do sódio ainda estão longe do recomendado para os pacientes hipertensos. De acordo com as autoras, o cumprimento dietético masculino foi inferior ao do sexo feminino.

Outros fatores associados à adesão do paciente hipertenso ao tratamento também foram estudados, tais como sexo, idade, estado civil, educação básica, situação financeira, dimensão familiar, medida da pressão arterial, peso, duração da doença e os sintomas e as complicações da hipertensão. Como elementos que tinham ligações estatisticamente significativas com a adesão ao tratamento, incluíram-se tabagismo e cumprimento de regimes dietéticos; presença de sintomas da doença e redução do sódio; redução do consumo de álcool e nível de escolaridade; tabagismo e número de comparecimento às consultas; peso e escolaridade⁽¹³⁾.

No referido estudo, não houve, porém, diferença estatística significativa entre adesão e controle da HAS (pressão arterial e peso). Consoante os autores justificam, pode existir várias razões para isso. Por

exemplo, mesmo que o paciente faça uso da medicação, a pressão arterial pode estar elevada em virtude da dosagem inadequada ou de uma combinação de medicamentos inapropriada⁽¹³⁾.

Às vezes, no entanto, o usuário não tem vontade de mudar o estilo de vida. Esta é uma barreira para a gestão de doentes com hipertensão, assim como maiores dificuldades ocorrem na adesão ao regime dietético em comparação com a tomada de medicamentos. Apesar de comprometedoras, as consequências da negligência em seguir o regime dietético não mostram resultado imediato, diferentemente do verificado quando as medicações não são tomadas.

Diante destas evidências, questões referentes ao tratamento não-medicamento são menos seguidas comparativamente ao medicamentoso. Conforme a literatura, as mudanças de estilo de vida mais adotadas pelos participantes do estudo foram redução do consumo do sal, maior consumo de carne branca e abstenção do álcool e do fumo. Mas a adesão ao tratamento em relação aos alimentos gordurosos e à carne vermelha nem sempre era respeitada. Entretanto, a prática de exercícios físicos foi a conduta terapêutica menos observada⁽¹⁶⁾.

Em um estudo sobre o comportamento adotado por pessoas hipertensas, o uso regular da medicação anti-hipertensiva predominou entre as demais condutas. A alimentação adequada, a prática regular de exercício físico e a abstenção de fumo e bebida alcoólica, situaram-se em patamares próximos, com variação de 27,8% a 36,4%. Desses, o menor percentual foi restrito ao regime alimentar (11,1%)⁽¹⁷⁾.

Diante destes achados, pode-se inferir que o uso de medicamentos não exige mudanças radicais no estilo de vida, nem requer alocação considerável de tempo. Além disso, de modo geral, os medicamentos disponíveis na rede do SUS atendem à necessidade dos usuários hipertensos.

No referente à não adesão ao tratamento, as duas causas mais frequentes são a impossibilidade de cura e a assintomatologia. Nesse estudo, porém, constatou-

-se o contrário. No entanto, é primária a necessidade de informação para conscientizar o usuário hipertenso acerca do seguimento do tratamento e do desenvolvimento do autocuidado, o que resultaria no aumento da adesão, e eliminaria ou reduziria internações nos serviços de saúde. Portanto, é indispensável o indivíduo obter conhecimento da sua condição clínica, ou seja, sua patologia, complicações e condutas terapêuticas, com vistas à sua efetiva adesão ao tratamento⁽¹⁸⁾.

A educação em saúde surge, então, como mediadora na adesão às condutas terapêuticas da HAS, pois essa constitui-se em uma opção política centrada na participação como forma de garantir aos sujeitos a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos (individuais/coletivos), mediante reflexão/ação/reflexão, na qual sujeito e comunidade constroem a própria trajetória histórica em busca de uma vida melhor. Ao se romperem as barreiras da não informação, um indivíduo poderá experimentar, processualmente, um poder de decisão sobre seu corpo com base nos conhecimentos cada vez mais aprimorados sobre sua saúde. Desse modo, poderá optar por adotar ou não hábitos e atitudes saudáveis, respaldado em informações técnicas corretas⁽¹⁹⁾.

Logo, a relação profissional/usuário deve ser permeada pela educação em saúde, que possibilita o empoderamento dos indivíduos para a tomada de decisões concernentes à sua saúde e ao seu bem-estar, com base no pressuposto de que todo profissional de saúde deve ser um educador e, sobretudo, libertador, emancipador e transformador.

A educação não é apenas uma exigência da vida em sociedade. É, também, o processo para prover os sujeitos do conhecimento e das experiências culturais, científicas, morais e adaptativas que os tornam aptos no meio social, mundial e planetário, ou seja, ela depende da união de saberes. Apesar de depender da união dos saberes, hoje dominante a fragmentação total da educação. Observou-se a separação em duas linhas: de um lado, a escola, dividida em partes; de outro lado, a vida, na qual se desenvolve o sujeito e os

problemas são cada vez mais multidisciplinares, globais e planetários⁽²⁰⁾.

CONCLUSÕES

Entre as condutas aderidas, as mais destacadas foram as seguintes: consumo adequado de sal e de café, abstenção do álcool e do tabaco, ingestão de gordura vegetal, preferência por vegetais e carnes brancas, gerenciamento do estresse e uso regular do medicamento.

O saber dos usuários sobre a HAS baseava-se em noções relacionadas ao conceito e à gravidade, mas a maioria desconhecia a cronicidade e assintomatologia.

Também, conforme constatou-se, na adesão ao tratamento, não havia relação entre saber ou não acerca da HAS. Este achado poderia ser resultante da relação profissional/usuário, observada na prática diária, na qual o profissional impõe as condutas a serem seguidas pelo usuário. Esta atitude configura-se com os postulados da pedagogia conservadora, que se manifesta mediante uma relação verticalizada, em que o saber é propriedade exclusiva do educador, e o educando, mero depositário. Então, o profissional ignora a importância do diálogo para a tomada de decisões a partir da conscientização do usuário, com vistas à promoção da sua saúde e bem-estar. Contudo, acredita-se num processo de educação permanente, capaz de conduzir a pessoa hipertenso à adesão às condutas de controle da HAS, ou de qualquer outro problema de saúde, quer seja agudo ou crônico.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcellos EM. Hipertensão arterial sistêmica: uma experiência de 34 anos. Rio de Janeiro: RUBIO; 2004.
2. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Jr D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente

- a tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2003; 4(81): 343-8.
3. Osawa FH, Caromano FA. Avaliação da adesão a um programa de atividade física por portadores de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial. *Arq Ciênc Saúde Unípar.* 2002; 6(3):127-30.
 4. Lelo AC, Döring EC, Silva EM, Toretta LIM, Lopes LC, Puentes RV. Adesão do hipertenso ao tratamento farmacológico: desafio de médicos e outros profissionais de saúde. *Pharmacia Bras.* 2003; 3:73-7.
 5. Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas HA. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Arq Bras Cardiol.* 2002; 79(4): 375-9.
 6. Santos ZMSA, Lima HP. Ações educativas na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores. *Rev Rene.* 2008; 9(5):60-8.
 7. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão; 2006.
 8. Santos ZMSA, Lima HP. Atitudes e práticas adotadas por trabalhadores hipertensos no controle da doença. *RBPS.* 2005; 18(5):145-51.
 9. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2003; 8(3):775-82.
 10. Helman CG. *Cultura, saúde e doença.* 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
 11. Feijão MM, Gadelha FV, Bezerra AA, Oliveira AM, Silva MSS, Lima JWO. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial em população de baixa renda. *Arq Bras Cardiol.* 2005; 84(1): 29-33.
 12. Ferreira Sobrinha MF, Souza MF. Educação em saúde: uma estratégia para o autocuidado de clientes com hipertensão. In: Fraga MNO, Braga VAB, Souza AMA. Políticas de saúde, saúde mental e interdisciplinaridade: avaliação e métodos. Fortaleza: Pós-graduação — DENE/UFC/FFOE/FCPC; 2001. p. 32-41.
 13. Lahdenperä TS, Wright CC, Kyngäs HA. Development of a scale to assess the compliance of hypertensive patients. *Nurs Studies.* 2003; 40(7):677-84.
 14. Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. *Rev Latino-am Enferm.* 2002; 10(3):415-22.
 15. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.* São Paulo: Paz e Terra; 1996.
 16. Guedes NG, Costa FBC, Moreira RP, Moreira TE, Chaves ES, Araujo TL. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39(2):181-8.
 17. Sales CM, Tamaki EM. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. *Cogitare Enferm.* 2007; 12(2):157-63.
 18. Riccio GMG, Gengo E, Silva RC. O diagnóstico de enfermagem “déficit de conhecimento” é indicador da presença de má adesão ao tratamento por hipertensos? *Cad Centro Universitário São Camilo* 2001; 7:37-43.
 19. Wendhausen A. Educação em saúde e controle da hipertensão arterial. *Alcance.* 2001; 8(2):19-22.
 20. Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(3):478-84.

RECEBIDO: 24/06/2009

ACEITO: 20/04/2010