
Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde

Adherence to treatment: study among people with hypertension registered on a Basic Health Unit

Daniel Bartarim Rodrigues Rufino¹, Rosana Aparecida Teixeira Drummond²,
Weverton Leandro Dimartini de Moraes³

¹Curso de Especialização em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva e em Unidade Coronariana da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP, Brasil; ²Pós-Graduação em Docência em Enfermagem da Telos Educacional, Grupo Uniasselvi, Campinas-SP, Brasil; ³Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP, Brasil.

Resumo

Objetivo – Identificar as causas da não adesão do paciente portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS) ao tratamento. A hipertensão arterial é uma das doenças cardiovasculares mais comum, silenciosa e assintomática onde exerce grande influência nas complicações de patologias importantes como o acidente vascular cerebral (AVC) e o infarto agudo do miocárdio (IAM). É o maior problema de saúde pública no país. Os familiares são de grande importância para o sucesso do tratamento, atuam no auxílio direto ao controle dos níveis pressóricos, incentivando o usuário à adesão, promovendo assim a prevenção de possíveis complicações. **Métodos** – Foi utilizado um questionário estruturado e adaptado de Morisky-Green, e aplicado a pacientes hipertensos atendidos em uma cidade do interior do Estado de São Paulo na Rede Pública de Saúde. **Resultados** – Fatores como baixo nível de escolaridade, problemas socioeconômicos, sobrecarga de trabalho, raça, alimentação, predisposição genética, as dificuldades que os pacientes encontram com o não conhecimento da doença e suas complicações, o acesso a medicamentos, são considerados como determinantes para o aparecimento da HAS ou suas complicações. **Conclusão** – Evidencia-se maior necessidade de orientação quanto o que pode ocasionar em médio prazo o esquecimento ou o descuido ao utilizar os medicamentos prescritos, tendo um equilíbrio entre saber e não saber, consciência, conhecimento e satisfação sobre a HAS. Deste modo, o Ministério da Saúde vem constantemente atualizando os processos de educação em saúde, com cartilhas, programas educativos, comprometimento de uma equipe multiprofissional, com o objetivo de reduzir o número de letalidade com referência a essa patologia.

Descritores: Adesão à medicação; Hipertensão; Educação em saúde

Abstract

Objective – To identify causes of non-adherence of patients with systemic arterial hypertension (SAH). Hypertension is the most common cardiovascular disease and asymptomatic silent which exerts great influence on complications of important pathologies such as stroke and myocardial infarction. It is biggest public health problem in the country, considered one of the greatest challenges of the professionals working in this area. The family are very important for the success of treatment, act in direct aid to the control of blood pressure levels, encouraging the user membership, thus promoting the prevention of possible complications. **Methods** – We used a structured questionnaire adapted from Morisky-Green, and applied to hypertensive patients treated in an inland city of São Paulo State, in Public Health System. **Results** – Factors such as low educational level, socioeconomic problems, work overload, race, diet, genetic predisposition, the difficulties that patients are not aware of the disease and its complications, access to medicines, are considered crucial to the emergence hypertension or its complications. **Conclusion** – This study highlights a need for greater guidance on what can cause medium-term forgetfulness or carelessness when using prescribed medications, having a balance between knowing and not knowing, awareness, knowledge and satisfaction of the system arterial hypertension. Thus the Ministry of Health is constantly upgrading processes of health education with brochures, educational programs, involvement of a multidisciplinary team, with the goal of reducing the number of lethality with reference to this condition.

Descriptors: Medication adherence; Hypertension; Health education.

Introdução

Por ser a mais comum das doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para as complicações mais comuns, entre elas, o desenvolvimento de doença arterial coronariana (DAC), acidente vascular cerebral (AVC), doença vascular periférica, insuficiência renal (IRC), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), e infarto agudo do miocárdio (IAM), que podem ser atribuídas à falta de controle adequado dos níveis pressóricos e a ocorrência de morte prematura¹⁻³.

A HAS é o maior problema de saúde pública dos países desenvolvidos, e já afeta muito dos emergentes, elevando a taxa de morbimortalidade, configurando a doença, um problema grave de saúde pública, também no Brasil. É a doença cardiovascular mais comum, silenciosa e assintomática⁴.

Buscando reduzir as mortes e elevar a qualidade de vida das pessoas hipertensas, estes alcançam o proposto sempre ao receber tratamento eficiente e apoio constante, no sentido de acompanhamento e monitorização, inclusive a realização inclusive de buscas ativas quando necessárias. O tratamento é longo, em alguns casos contínuos⁵.

A falta de controle da pressão arterial (PA) é um desafio para os profissionais de saúde. Vários fatores interferem na adesão ao tratamento, entretanto colocam que a falta de adesão pode estar relacionada à falta de conhecimento do paciente sobre a doença e o seu comportamento frente à tomada dos remédios, inadequação do uso da droga, dificuldade do acesso ao sistema de saúde, indisponibilidade de medicação na rede básica de saúde, quantidade de drogas e número de doses diárias da me-

dicação prescrita, efeitos adversos, resistência ao tratamento e presença de morbidades⁶⁻⁷.

Considerando-se a problemática envolvida nessa questão, como também o papel de destaque que ocupa no controle da doença, acredita-se ser de extrema relevância a análise do conceito “Adesão ao tratamento anti-hipertensivo”, uma vez que permitirá uma compreensão mais abrangente do problema, fornecendo a base para que se possa intervir de modo mais eficaz na tentativa de ajudar pacientes hipertensos a controlar ou a evitar danos causados por uma HAS não controlada⁸.

O controle da HAS se faz com participação ativa dos hipertensos e coparticipação da família, dos profissionais da saúde. É importante que exista processos de educação em saúde, o comprometimento de uma equipe multiprofissional, com o objetivo de reduzir o índice de letalidade da patologia, estando sempre em pauta na educação continuada a conscientização da população, desempenho dos programas de saúde na prática clínica, especialmente do SUS, a porta de entrada do maior número de hipertensos do país⁷.

A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associados. Por conseguinte, a adesão do cliente deve ser apreciada com vistas também a esses fatores⁹.

O tratamento não farmacológico, por outro lado, tem falhado freqüentemente no seguimento de longo prazo pela falta de constância e persistência dos pacientes. Considerando estes aspectos, a escolha do tratamento anti-hipertensivo, incluindo as medidas farmacológicas e não farmacológicas, deve merecer atenção especial por parte dos membros da equipe de saúde, que eles acreditam que os pacientes seguem mais frequentemente¹⁰.

No caso específico da HAS, as medidas para normalização dos níveis de PA, que constituem o objetivo do tratamento, envolvem mudança no estilo de vida, e está voltado a minimizar e diminuir a influência dos fatores que põe em risco a vida do paciente. Desse modo, o objetivo da ação do serviço de saúde, que era o de remediar a doença, ganha um novo direcionamento, a prevenção e o controle dos fatores de risco¹¹.

A família é um suporte a qual seus membros recorrem para resolução de problemas. Ela pode estar presente desde a simples preparação da refeição, passando pela modalidade de lazer, até a rotina do uso de medicamentos para um melhor acompanhamento da melhora da qualidade de vida, se envolvendo no auxílio ao cuidado, ajudando assim a adesão do portador de HAS ao tratamento. Os cuidados feitos pelo familiar têm a finalidade de preservar a vida de seus membros, com a vantagem de serem realizados de maneira adequada às suas próprias possibilidades, às necessidades individuais de cada um, às condições do meio onde vive¹².

As políticas públicas de saúde devem viabilizar o acesso do usuário às unidades básicas, promovendo a acessibilidade aos serviços propostos a este usuário, 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 saúde¹².

Pacientes que não aderem às recomendações de mu-

dança de estilo de vida e/ou não seguem as prescrições, dificilmente apresentarão níveis de pressão arterial controlada¹³.

“A adesão ao tratamento é definida e caracterizada quando o conselho de saúde coincide com o comportamento do indivíduo, em relação ao hábito de usar medicamentos, isso é, seguir as mudanças no estilo de vida preconizadas e comparecer às consultas médicas. Essa definição expressa o sentido de compliance, em língua inglesa, o que implica concordância do paciente com as recomendações, pressupondo-se que o paciente conheça as alternativas terapêuticas e participe das decisões sobre seu tratamento”¹⁴.

Processos de educação em saúde, o comprometimento de uma equipe multiprofissional, tem o objetivo de reduzir o índice de letalidade da patologia, estando sempre em pauta na educação continuada a conscientização da população. A não adesão, associada à análise da adequação do regime terapêutico, e à investigação de interações medicamentosas e de condições do doente após essa intervenção vem para compor os fatores de adesão¹⁵. Pacientes que têm a sua PA bem controlada são aqueles que, presumidamente, mantêm uma boa aderência ao tratamento? E aqueles que não têm a sua PA sob controle, são os que têm uma aderência ao tratamento passível de questionamento?

Neste estudo os clientes que aderem ao tratamento, ou seja, fazem um bom controle da doença e uso dos medicamentos prescritos, o fazem por ocorrência das complicações da patologia e não por terem conhecimento sobre a mesma.

Métodos

A pesquisa quantitativa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde do interior do Estado de São Paulo onde a população deste estudo, de ambos os sexos, foi constituída de usuários da rede básica de saúde do município, portadores de HAS constatado em prontuário médico. A amostra utilizada para o presente estudo foram usuários da rede pública, que consentiram em participar da pesquisa, através da assinatura do TCLE. Cinquenta usuários da rede básica de saúde da UBS que consentiram com a pesquisa e estiveram dentro do perfil etário de 18 a 60 anos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos usuários fora da faixa etária estabelecida para pesquisa, que não eram cadastrados no programa Hipertensão do município ou que ainda não tinham caracterizado que eram pacientes hipertensos e, indivíduos dependentes de ajuda para tomar a medicação de controle da PA.

Foi utilizado um instrumento de Morisky-Green, referido por Ben *et al.*¹⁶ (2007) para a medida de adesão e um instrumento adaptado de Calixto¹⁷ (2010) para coleta de dados sociodemográficos. Este instrumento é um questionário composto por 20 perguntas fechadas.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNIP, após aprovação iniciou-se a coleta de dados pelos próprios pesquisadores. Após a leitura e assinatura do TCLE, os pesquisadores orientaram os participantes

quanto aos objetivos da pesquisa e a forma correta de preenchimento do questionário. O questionário foi preenchido pelo próprio usuário da rede básica durante o seu período de permanência na UBS.

Os dados obtidos foram compilados e tabulados em planilha de Excel de acordo com a sequência das questões. Posteriormente foram submetidos ao cálculo de porcentagem simples para quantificação de variáveis e outras análises estatísticas.

O tipo de estudo ora proposto não implicou risco aos sujeitos, dada sua natureza e seus benefícios foram traduzidos indiretamente, em acréscimo de conhecimentos aos pesquisadores, à escola e à população estudada por meio de divulgação dos resultados para a coordenação da instituição de ensino que deverá contemplá-las em suas propostas educativas.

Dados que os sujeitos do estudo são seres humanos obedeceu-se ao previsto na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, submetendo tal projeto à análise e julgamento do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Paulista de Campinas que é reconhecido pelo Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos (CONEP), sendo apresentado por meio do envio à presidência juntamente com a folha de rosto padronizada para tal e a solicitação para coleta de dados foi feita ao responsável pela instituição e campo de pesquisa, assim como a autorização para divulgação dos dados.

Resultados

Dos 50 (100%) dos portadores de HAS que responderam ao questionário, a idade variou de 18 a 60 anos, com prevalência de a grande maioria ser de idade acima de 50 anos (86%) e do gênero feminino 68%, constatou-se que a maioria 58% mantém uma união estável com cônjuge, com nível de escolaridade de ensino fundamental completo 34%, seguido por ensino médio 22% (Tabela 1).

Em relação ao tratamento aderido para o controle da HAS, a maioria já convive com a doença em até 10 anos (58%), fazendo uso de uma terapêutica medicamentosa associada a dieta alimentar 40%. Com esses dados pode-se notar que o paciente considera que faz um bom controle dos níveis pressóricos de momento 76%, considerando que seu acompanhamento está tendo resultado, fazendo com que a HAS se mantenha sob controle 74% (Tabela 2).

Os dados obtidos demonstram que 58% referiram ter recebido informações sobre a HAS através do médico que os assiste com 86% também referindo confiança no mesmo. Um dado relevante e surpreendente foi a segunda opção de fonte de informação, 24% definiram como outros (outras fontes) a origem dos seus conhecimentos sobre a patologia, não sendo nenhum outro profissional da saúde além do médico. Pouco mais da metade 53% se mostrou satisfeito com as informações recebidas, mantendo quase um equilíbrio com os que não se sentiram satisfeito 43%, quanto a informação ao uso do medicamento e as complicações geradas por não tomá-lo 72% consideraram satisfatórias as informações recebidas, ressaltando que nas respostas foi referido que tem mais ciência das complicações do que realmente com o conhecimento empírico da HAS. Esses dados relacionados ao paciente, sua interação com a equipe da saúde, as informações sobre as complicações e a doença são de grande importância para a adesão do paciente à terapia medicamentosa e controle da HAS (Tabela 3).

Analisando a atitude dos pacientes frente a decisão de tomar os remédios, obteve-se uma clara preocupação dos mesmos quanto às complicações da doença caso não tomassem os medicamentos 72%, ressaltando que a maioria não teve dificuldade de acesso ao medicamento prescrito 72%, havendo um equilíbrio entre ser aceitável 34% e indiferente 38% a disposição para tomar os remédios todos os dias. Os pacientes responderam

Tabela 1. Distribuição dos portadores de HAS, segundo as variáveis sócio-demográficas. Campinas-SP, 2011

Questão	Nº respostas	% respostas	Média
Idade			
18 a 30 anos	1	2	0,02
31 a 40 anos	1	2	0,02
41 a 50 anos	5	10	0,1
51 a 60 anos	43	86	0,86
Gênero			
Masculino	16	32	0,32
Feminino	34	68	0,68
Estado Civil			
Solteiro sem companheiro	3	6	0,06
Solteiro com companheiro	2	4	0,04
Casado vivendo com cônjuge	29	58	0,58
Viúvo	13	26	0,26
Desquitado/Divorciado	3	6	0,06
Escolaridade			
Sem Escolaridade/Analfabeto	7	14	0,14
Sem Escolaridade/Alfabetizado	2	4	0,04
Ensino Fundamental Incompleto	7	14	0,14
Ensino Fundamental Completo	17	34	0,34
Ensino Médio Incompleto	3	6	0,06
Ensino Médio Completo	11	22	0,22
Superior Completo	2	6	0,06

Tabela 2. Distribuição dos pacientes portadores de HAS segundo o tempo de incidência da doença, qual o tipo de tratamento, como considera o controle da HAS e se a considera controlada. Campinas-SP, 2011

Questão	Nº respostas	% respostas	Média
Há quanto tempo é hipertenso?			
0 – 10 anos	29	58	0,56
11 – 20 anos	14	28	0,28
21 – 30 anos	4	8	0,08
31 – 40 anos	3	6	0,06
Qual o tratamento que faz para HAS?			
Anti-hipertensivo	18	36	0,36
Dieta e anti-hipertensivo	20	40	0,4
Exercício e anti-hipertensivo	1	2	0,02
Dieta, exercício e anti-hipertensivo	11	22	0,22
Como considera o controle que faz da HAS?			
Bom	38	76	0,76
Aceitável	6	12	0,12
Ruim	6	12	0,12
Na sua opinião a sua HAS está controlada?			
Sim	37	74	0,74
Não	10	20	0,2
Talvez	3	6	0,06

Tabela 3. Distribuição dos portadores de HAS, segundo seu grau de confiança no profissional de saúde e as informações recebidas sobre a HAS e suas complicações. Campinas-SP, 2011

Questão	Nº respostas	% respostas	Média
Recebeu informações sobre HAS?			
Sim	29	58	0,58
Não	21	42	0,42
Ficou satisfeito com a explicação que recebeu sobre a doença?			
Sim	27	53	0,54
Não	22	43	0,44
Não sabe	1	2	0,02
Qual foi o profissional de saúde que forneceu informações sobre a doença?			
Médico	31	62	0,62
Enfermeiro	7	14	0,14
Outros	12	24	0,24
Sente confiança no médico que a acompanha?			
Sim	43	86	0,86
Não	4	8	0,08
Não sabe	3	6	0,06
Recebeu informação sobre as complicações que podem aparecer quando não toma o remédio prescrito?			
Sim	36	72	0,72
Não	14	28	0,28

Tabela 4. Distribuição dos pacientes de acordo com as facilidades e/ou dificuldades encontradas na acessibilidade e utilização dos medicamentos prescritos para controle da HAS. Campinas-SP, 2011

Questão	Nº respostas	% respostas	Média
Alguma vez teve dificuldade para obter o(s) remédio(s) para a HAS?			
Sim	14	28	0,28
Não	36	72	0,72
Como é tomar remédio(s) todos os dias?			
Bom	5	10	0,1
Indiferente	19	38	0,38
Aceitável	17	34	0,34
Ruim	4	8	0,06
Péssimo	5	10	0,1
Alguma vez já sentiu efeito colateral, ou seja, desagradável que julgou ser referente ao remédio para HAS?			
Sim	17	34	0,34
Não	32	64	0,64
Não sabe	1	2	0,02

Tabela 5. Distribuição dos pacientes de acordo com o grau de esquecimento, com o grau de descuido em tomar o medicamento no horário, se deixa de tomar quando está se sentindo bem, ou se deixa de tomar quando se sente mal. Campinas-SP, 2011

Questão	Nº respostas	% respostas	Média
Alguma vez esqueceu de tomar o seu remédio?			
Sim	26	52	0,52
Não	24	48	0,48
Às vezes é descuidado quanto ao horário de tomar o remédio?			
Sim	20	40	0,4
Não	30	60	0,6
Quando se sente bem, alguma vez, deixa de tomar o remédio?			
Sim	8	16	0,16
Não	42	84	0,84
Quando se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?			
Sim	6	12	0,12
Não	44	86	0,86

Tabela 6. Distribuição dos pacientes em aderentes ou não aderentes ao tratamento. De acordo com o protocolo do teste, considerou-se como aderente ao tratamento o paciente que obteve pontuação máxima de 4 pontos e não aderente aquele que obteve 3 pontos ou menos. Campinas-SP, 2011

Questão	Nº respostas	% respostas	Média
Pacientes divididos quanto à adesão ao tratamento			
Sim aderem	17	34	0,34
Não aderem	33	66	0,66

não ter sentido nenhum efeito colateral dos medicamentos de uso diário no tratamento de controle da HAS, 64% (Tabela 4).

Apesar de terem admitido no questionário que esquecem de tomar o medicamento 48%, pode-se notar uma preocupação em tomá-lo mesmo fora de horário 40%. Predominou-se a característica de não deixar de tomar o medicamento independente da situação em que se encontram, ou estando em um sentimento de bem estar geral 84%, ou quando se encontram em uma situação fisiológica ruim 88%. Olhando por esse ponto pode-se avaliar que a preocupação com as possíveis complicações e a preocupação de não deixar de tomar o remédio seja qual situação estiver, demonstram uma adesão ao tratamento baseando-se que esta ocorra não por ter-se uma consciência da doença, mas o receio de que o ato de não tomar os remédios possa trazer a médio prazo complicações irreversíveis ou a letalidade (Tabela 5).

De acordo com o teste de Morisky-Green aplicado junto aos pacientes, ficou claro que mesmo com todas as atitudes dos pacientes mediante as reações aos medicamentos, ao conhecimento da patologia ou suas complicações, ao suposto controle dos níveis pressóricos, foi definido que para ser considerado paciente aderente ao tratamento, o mesmo tem de responder positivamente as 4 questões estratégicas, e abaixo desse valor é considerado não aderente (Tabela 6).

Discussão

A HAS não tem idade para se manifestar³. Na maioria dos casos a doença aparece de forma gradativa e silenciosa ou seja, não se observa qualquer sintoma pela pessoa. Prevaleceu nos questionários a incidência de HAS em pessoas do gênero feminino, 68%, onde se confirmou essa prevalência, com origem em mudanças de estilos de vida como saída de casa para trabalhar, acúmulo de fun-

ção, incidência de estresse onde esse fator é predominante para o aparecimento dessa patologia^{3,5,14}. O núcleo familiar é hoje um grande auxiliador na conscientização do paciente à adesão e manutenção dos níveis pressóricos e aderência ao tratamento, com 58% dos entrevistados vivendo em um âmbito familiar estável, tendo o apoio da família como também, tornam os familiares alvos de estudo e atenção junto aos profissionais de saúde^{2,8,16}.

Nesta pesquisa o nível de escolaridade não influencia na adesão ao tratamento, pois 34% apresentam nível fundamental completo e 32% apresentam nível médio completo, mas pode ser um fator relevante ao se notar uma dificuldade em entender a prescrição dos medicamentos e seus efeitos, aumentando assim o risco de complicações, releva-se aqui a necessidade do nível de escolaridade, sendo visto como nível cultural, com a finalidade de maior compreensão e conscientização da população em projetos facilitando o entendimento e a inserção do mesmo em grupos educativos. O desenvolvimento da HAS pode acometer pessoas de várias faixas etárias e níveis de escolaridade independente de seu nível socioeconômico⁴.

A maioria dos entrevistados, 58%, já convivem com a doença e tratamento por no mínimo 10 anos, fazendo uso de anti-hipertensivo ou concomitantemente aderido a uma dieta alimentar 40%, onde no III Consenso Brasileiro de Hipertensão⁶, recomenda-se que o tratamento de paciente hipertenso deva ser de acordo com os níveis pressóricos aferidos, ou seja, anti-hipertensivo associado ou não a dieta alimentar e a um programa de exercícios.

Baseando-se na premissa de que a conscientização é feita através do conhecimento das complicações e não do saber empírico da doença, e que esse é um grande desafio aos profissionais de saúde, tanto no sentido de mudanças educacionais próprias, pois se eximem da responsabilidade na adesão ao tratamento por parte do cliente, quanto na educação do mesmo.

O controle da HAS ainda não pode se considerar adequado pois a redução dos índices de morbimortalidade ainda não chegaram aos níveis desejados pelo Ministério da Saúde, que faz referência em sua cartilha de educação em saúde, Caderno de Saúde de Hipertensão Arterial¹ (2006), preconizados em no mínimo de 80% dos hipertensos cadastrados nos programas. Ainda assim, a maioria dos pacientes, 76%, respondeu que consideram fazer um bom controle dos níveis pressóricos e que a mesma está se mantendo estável e satisfatória baseados em seus conceitos próprios e não em informações fornecidas pelos profissionais de saúde 74%, tomado assim essa posição como uma atitude positiva na visão dos próprios pacientes no controle da patologia 4, onde o estudo salientou que o entendimento dos pacientes em relação a adesão ao tratamento baseia-se nos que têm uma pressão arterial bem controlada.

Os 58% que referiram ter recebido informações sobre a HAS responderam que receberam na sua maioria informações sobre as complicações e não referente a conscientização da doença⁵, caracterizando que 43% não consideraram satisfatórias as informações, e alguns obtiveram os conhecimentos quanto a doença através de meios alternativos e não da equipe de saúde. Isso gera nos pacientes uma posição de receio das complicações, submissão ao profissional de saúde, pois aderem ao tratamento mediante as informações recebidas das complicações a médio prazo decorrentes do não tratamento, tornando essa deficiência de relação com a equipe de saúde uma das dificuldades no controle a adesão efetiva ao tratamento⁷. Mesmo assim ficou evidente a confiança que o paciente tem no médico que o assiste¹³, fazendo menção a adesão, mediante as informações que o mesmo repassa, mesmo que insuficientes para o paciente. Evidenciou-se que em sua grande maioria, os pacientes relataram que não tem dificuldade com a falta de medicamentos na rede pública, relataram não sentir efeito colateral com o uso da medicação.

Seja qual for o motivo, conscientização da doença ou das complicações 52%, metade dos entrevistados, referiram esquecer de tomar os medicamentos, mas que mesmo tendo o descuido tomaram o remédio fora de hora, 40% nunca deixaram de tomar a dose diária⁸. Os pacientes não deixam de tomar os medicamentos mesmo estando com a sensação de “estar bem e não estar sentindo nada ou não estar se sentindo bem e estando com algum mal estar”⁵ contudo essas correlações de estar bem ou estar se sentindo mal pode ser uma situação convidativa ao abandono de um tratamento que já é de aderência deficiente e falha^{7,10}. Ficou evidenciado que dessa maneira, com 34% de aderentes, que os pacientes não aderem ao tratamento corretamente.

Conclusão

Conclui-se neste estudo que quantificar ou identificar os índices se torna difícil pois a adesão é tida como uma variável dicotômica (adesão versus não adesão) pois os estudos muitas vezes não são comparáveis por usarem variáveis diferentes de perfís e métodos de adesão ao tratamento. Contudo pode-se verificar que há uma certa

adesão ao tratamento mediante as informações colhidas nos questionários, na visão dos pacientes, mas não deixando claro em alguns momentos o real entendimento e conscientização da população em relação à doença e suas complicações, sendo que a educação em saúde constitui área do conhecimento político-didático, como uma prática intrínseca ao conhecimento e o comportamento em relação à doença e à saúde requerendo que profissionais de saúde assumam a função de educadores e não meros fornecedores de receitas e remédios, fornecendo assistência adequada e orientação para viabilizar as mudanças de estilo de vida e conseqüentemente o controle da hipertensão arterial, visto isso que o Ministério da Saúde constantemente investe em políticas de educação em saúde, em programas e em cartilhas de acesso e entendimento facilitado a população no intuito de combater, reduzir e através do conhecimento educar.

Entretanto mediante as questões técnicas de Morisky-Green, ficou notório que não há adesão dos pacientes, e essa visão dos mesmos em achar que controlam e estão fazendo um bom controle dos níveis pressóricos, está equivocada em ser considerada como uma adesão ao tratamento. As respostas são tidas como parâmetros dessa avaliação onde infelizmente confirmou-se os dados coletados pelo Ministério da Saúde, onde ainda a adesão é deficiente, falha e evidencia uma falsa sensação de adesão, demonstra também a falta de comprometimento dos pacientes por motivos que variam desde a falta de conhecimento da doença, passando pela falta de informação dos efeitos dos medicamentos e a falta de acreditação nas complicações da patologia caso não haja uma adesão evidente por parte dos mesmos.

Ressalta-se a importância da Enfermagem nesse processo educativo e social junto a família, a comunidade e a sociedade como um todo, devido sua inserção no sistema de saúde, seu grau de conhecimento e convivência com os clientes, onde sua ação poderá inserir um planejamento de intervenção adequada a cada cliente.

Visando uma mudança de padrão de resposta perante a doença, pois quanto mais for presente a participação da enfermagem na assistência ao paciente na prevenção, ou seja, na atenção básica, mais gerar confiança mútua entre as partes, maior será a redução do tempo de investimento, do custo, e das morbimortalidades decorrentes da doença em relação ao paciente.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília; 2006 (Cadernos de Atenção Básica, 16 - Série A. Normas e Manuais Técnicos).
2. Saraiva KRO, Santos ZMS, Landim FLP, Lima HP, Sena VL. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. *Texto & Contexto Enferm.* 2007;16(1):63-70.
3. Santos ZM, Frota MA, Cruz DM, Holanda SD. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto & Contexto Enferm.* 2005;14(3):332-40.
4. Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Arq Bras Cardiol.* 2002;79(4):375-84.

5. Santos AJ, Rosa C, Oliveira EL, Almeida JR, Schneider RM, Rocha SS *et al.* A não adesão de pacientes hipertensos ao tratamento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2009;27(4):330-7.
6. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Júnior D. A influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2003;81(4):343-54.
7. Lessa I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens.* 2006;13(1):39-46.
8. Araújo GB, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev Eletrônica Enferm.* 2006;8(2):259-72.
9. Barbosa RGB, Lima NK. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. *Rev Bras Hipertens.* 2006;13(1):35-8.
10. Mion Júnior D, Pierin AM, Guimarães A. Tratamento da hipertensão arterial - respostas de médicos brasileiros a um inquérito. *Rev Assoc Méd Bras.* 2001;47(3):249-54.
11. Sales CM, Tamaki EM. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. *Cogitare Enferm.* 2007;12(2):157-63.
12. Gusmão RB, Melchior R, Faccin C. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. *Arq Bras Cardiol.* 2001;76(5):349-54.
13. Jardim PCBV, Jardim TSV. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens.* 2006;13(1):26-9.
14. Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Rev Latinoam Enferm.* 2009;17(2):201-6.
15. Castro MS, Fuchs FD. Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. *Rev Bras Hipertens.* 2008;15(1):25-7.
16. Ben HJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública* [periódico on line]. 2011 [acesso 28 fev 2011];46(2):279-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102012000200010&lng=en
17. Calixto AATF, Nogueira MS. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado do interior paulista [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2010.

Endereço para correspondência:

Rosana Aparecida Teixeira Drummond
Rua Germânia, 365 - Bonfim
Campinas-SP, CEP 13070-770
Brasil

E-mail: danielbartarin@hotmail.com

Recebido em 22 de novembro de 2011
Aceito em 3 de agosto de 2012