

**FALTA DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO:
CARACTERÍSTICAS DE UMA CLIENTELA DISTINTA ***

**LACK ADHESION TO HYPERTENSION TREATMENT:
CHARACTERISTICS OF DISTICT CLIENTES**

**AUSENCIA DE ADESIÓN AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN:
CARACTERÍSTICAS DE UNA CLIENTELA DISTINTA**

THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA¹

THELMA LEITE DE ARAÚJO²

Objetivou-se buscar as características de pacientes com hipertensão arterial que não seguem o tratamento. A amostra consistiu de 21 pessoas, identificadas em três meses de coleta de dados em um ambulatório de um centro de saúde público de Fortaleza. Relacionado ao sexo, 15 (71,4%) eram mulheres e seis (28,6%) eram homens. Quanto à idade, a faixa etária predominante foi de 42-51 anos, com oito pessoas (38,1%). Quinze pessoas (71,4%) eram casadas. Quanto à religião, 16 (76,2%) eram católicos e cinco (23,8%) eram protestantes. Boa parcela do grupo tinha as ocupações de dona de casa (28,6%) e aposentado ou pensionista (19,0%). Um maior número (19) recebia de nenhum a dois salários mínimos mensais (90,5% dos estudados). Grande parcela da clientela (13 = 63%) era analfabeta, escrevia apenas o nome ou tinha o primeiro grau incompleto. Conclui-se que a maioria dos participantes apresentou as seguintes características: mulher, entre 42-51 anos, casada, católica, dona de casa, com renda máxima de um a dois salários mínimos e com pouca ou nenhuma instrução.

UNITERMOS: Hipertensão; Recusa do paciente ao tratamento.

The aim was to identify the characteristics of patients with arterial hypertension that don't follow the treatment. The sample consisted of 21 people. Related to the sex, 15 (71,4%) were women and six (28,6%) were men. With relationship to the age, the predominant age group was of 42-51 years, with eight people (38,1%). Fifteen people (71,4%) they were married. With relationship to the religion, 16 (76,2%) were catholic and five (23,8%) were Protestant. Good portion of the group had housewife's occupations (28,6%) and retired or pensioner (19,0%). A larger number (19) received from none to two monthly minimum salaries (90,5% of the sample). Great portion of them (13 = 63%) was illiterate, they wrote just the name or they had the first incomplete degree. It is concluded that most of the participants presented the following characteristics: woman, among 42-51 years old, married, catholic, housewife, with maximum income of one to two minimum salaries and with little or any instruction.

KEY WORDS: Hypertension; Treatment refusal.

El objetivo fue buscar las características de pacientes con hipertensión arterial que no siguen el tratamiento. La muestra constó de 21 personas, identificadas en tres meses de colecta de datos en un ambulatorio de un centro de salud pública de Fortaleza. Con relación al sexo, 15 (71,4%) eran mujeres y seis (28,6%) eran hombres. En cuanto a edad, el grupo predominante fue el comprendido entre 42 y 51 años, con ocho personas (38,1%). Quince personas (71,4%) eran casadas. En lo referente a religión, 16 (76,2%) eran católicos y cinco (23,8%) eran protestantes. Buena parte del grupo tenía como ocupación: ama de casa (28,6%) y jubilado o pensionista (19,0%). La mayoría (19) recibía entre ninguno y dos salarios mínimos mensuales (90,5% de los estudiados). Gran parte de los pacientes era analfabeto, escribía sólo su nombre o tenía el primer grado incompleto. Se concluye que la mayoría de los participantes presentó las siguientes características: mujer, entre 42 y 51 años, casada, católica, ama de casa, con renta máxima de uno a dos salarios mínimos y con poca o ninguna instrucción.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión; Pacientes, Terapéutica.

* Desenvolvido no Projeto "Cuidado em Saúde Cardiovascular", financiado pelo CNPq. Parte integrante da dissertação de Moreira (1999).

¹ Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará/UFC. therezamarina@yahoo.com.br

² Doutora em Enfermagem, Adjunto do DENE/UFC, Coordenadora do Projeto. thelma@ufc.br

INTRODUÇÃO

A não adesão ao tratamento da hipertensão é muito observada pelos profissionais de saúde (MOREIRA, 1999). Mion Júnior (1994) refere que a *adesão ao tratamento* é a medida do grau de coincidência entre o comportamento do paciente e a prescrição do profissional de saúde, incluindo medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Sarquis *et al.* (1998) afirmam que, embora não seja um problema exclusivo da hipertensão, por ser também freqüente em outros regimes terapêuticos prolongados, a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo se aprofunda em complexidade.

Esta se dá por envolver aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais. Para Guerra (1998), vários fatores têm sido apontados como intervenientes no processo de adesão, dentre eles: nível sócio-econômico, crenças sobre saúde, complexidade do tratamento, valores culturais, aspectos relativos aos serviços de saúde e o relacionamento paciente-profissional, sendo este último considerado de forte influência na adesão.

A cooperação do paciente é a melhor maneira de mensurar a efetividade na comunicação de mensagens sobre saúde. A adesão é influenciada pela natureza dessa mensagem, pelas habilidades do mensageiro (profissional de saúde), pelas condições na qual a mensagem está sendo passada, pelo receptor da mensagem (paciente) e pela interação complexa entre esses fatores (PITERMAN, 1993). O fato do paciente ser atendido pelo mesmo profissional, esperar pouco tempo pela consulta, mostrar satisfação com o profissional, ser encorajado a auto monitoração da pressão e seguir um regime terapêutico simples, são fatores determinantes na adesão ao tratamento (PITERMAN, 1993). Superar a não adesão exige do profissional paciência, tolerância, boa comunicação, reforço das mensagens sobre estilo de vida saudável e conhecimento dos avanços em farmacoterapia.

O tratamento e controle da hipertensão arterial são uma das intervenções mais custo-efetivas que um profissional de saúde pode prover. A maior adoção de modificações no estilo de vida, associada à farmacoterapia necessária resultaria em dispêndios financeiros mais elevados. Porém, esses seriam compensados através da redução de gastos

hospitalares, produtividade melhorada e aumento da qualidade de vida (SCHUELER, 1994).

Atenção aos determinantes da adesão do paciente ao tratamento é vital (FISHMAN, 1995). Inclui aumento da freqüência de consultas, realização de visitas domiciliares, recrutamento da família para ajudar na supervisão do tratamento do paciente, busca de evidências objetivas de não adesão ao tratamento e maior continuidade do cuidado.

É importante que se atente para a regulamentação pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 1994) da consulta e prescrição da enfermeira a pessoas portadoras desse distúrbio, que necessitam de acompanhamento. Sendo a hipertensão um problema de saúde pública e considerando o preparo da enfermeira, torna-se importante que suas ações sejam desenvolvidas no âmbito do controle dessa doença e que estas sejam registradas.

A importância da enfermeira na aferição da pressão arterial vem sendo reconhecida há várias décadas, sendo que, nos últimos anos, esse papel se ampliou muito além do procedimento de verificação. As enfermeiras estão envolvidas na detecção precoce da hipertensão arterial desconhecida e não controlada, participam de grupos multiprofissionais com ações assistenciais e educativas conjuntas, implantam programas e consultas, desenvolvem e aprofundam seu corpo de conhecimento na área. São particularmente atuantes na educação dos pacientes, reforçando a importância do controle constante e em longo prazo da pressão (ARAÚJO; ARCURI, 1998). A enfermeira também tem sido referida como o profissional que causa menor reação de alerta no paciente por ocasião da verificação da pressão arterial (MANCIA *et al.*, 1987).

Estudos anteriores despertaram questões sobre quem são os pacientes que têm HA e não seguem o tratamento? Assim, estabelecemos como objetivo identificar características de pacientes com hipertensão arterial que não seguem o tratamento.

METODOLOGIA

Estudo de natureza quantitativa, realizado com a clientela participante do programa de controle da hiperten-

são arterial de um centro de tratamento de Fortaleza – Ceará – Brasil, que demonstrou não apresentar adesão ao tratamento durante o ano de 1998.

A não-adesão foi identificada pela presença de uma ou mais das seguintes características: 1) níveis permanentemente elevados de pressão, mesmo com comparecimento às consultas agendadas; 2) descontinuidade no comparecimento às consultas marcadas, sem justificativa, sem estar sendo atendido em outro serviço e com manutenção de níveis elevados da pressão arterial; 3) abandono do tratamento ambulatorial, só retomado após atendimento na emergência do serviço por pico hipertensivo e 4) comparecimento às consultas, mas com desenvolvimento de complicações secundárias à doença, como lesões nos órgãos-alvo (rins, coração, retina e cérebro). Em todas as situações em que os pacientes apresentaram as características um e quatro, isolada ou conjuntamente, procurou-se, junto ao profissional que o atendia, esclarecer se não se tratava de uma resposta terapêutica insatisfatória, pois, na ocorrência disso, tal caso foi considerado de resposta terapêutica ineficaz, não participando do estudo. No item três, consideramos as condições atuais do paciente, e sua necessidade de acompanhamento ambulatorial, do que decorreu sua inserção na pesquisa.

A população do estudo englobou os pacientes que apresentaram o perfil estabelecido de não-adesão e que atenderam aos seguintes critérios: estarem matriculados nesse programa há, no mínimo, seis meses, para que já tivessem estabelecido relacionamento interpessoal. Que não tivessem abandonado o serviço, facilitando a coleta por diminuir gastos com deslocamento, devendo residir em Fortaleza ou região metropolitana. Foram critérios para inclusão na amostra: aceitar voluntariamente a participação no estudo, estar consciente, orientado e não ter diabetes associada.

A amostra constou de 21 pessoas atendidas no período da coleta de dados, de março a maio de 1999. Todas assinaram o termo de consentimento para a pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (BRASIL, 1996). O instrumento utilizado permitiu a investigação dos dados de caracterização da clientela, que foram organizados em tabelas e estão analisados de forma descritiva.

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

TABELA 1: Participantes caracterizados quanto ao sexo e idade. Fortaleza, 1999.

Idade \ Sexo	M		F		Total	
	N	%	N	%	N	%
32 —42	0	0	2	9,5%	2	9,5%
42 —52	2	9,5%	8	38,2%	10	47,7%
52 —62	2	9,5%	3	14,3%	5	23,8%
62 —72	2	9,5%	0	0	2	9,5%
72 —82	0	0	2	9,5%	2	9,5%
Total	6	28,5%	15	71,5%	21	100%

Na tabela 1, pode-se observar que, com relação à característica sexo, 15 (71,5%) dos participantes eram mulheres, enquanto seis (28,5%) eram homens. Quanto à idade, a faixa etária predominante foi a de 42 a 52 anos, no sexo feminino, com oito pessoas (38,2%). Isso pode ser decorrente, não de uma não aderência ao tratamento maior entre as mulheres, mas de uma procura maior destas pelos serviços de saúde, pela padronização de programas de atenção especial a esse grupo. Sabe-se, entretanto, que as mudanças pelas quais têm passado as mulheres nos últimos anos, como o fato de saírem de casa para trabalhar, acumulando funções de profissional, dona de casa, mãe e esposa tem, comprovadamente favorecido o aumento da incidência das doenças cardíacas em mulheres (LOPES; ARAÚJO, 1999; DANTAS; COLOMBO; AGUILLAR, 1999). Resende (1998) estudando os fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial em 23 pacientes com história de internação por crise hipertensiva, encontrou que 69,6% deles (16) eram mulheres.

Outro aspecto interessante identificado é a faixa etária em que se encontram essas mulheres, trinta anos e mais, sendo que oito se encontravam na faixa etária de 42-51 anos. Nos homens, a incidência mostrou-se relativamente constante nos de 40 anos e mais, o que caracteriza bem a hipertensão como uma doença crônica, que evolui ao longo dos anos.

Comumente, a população adulta, com 20 anos ou mais, é a que apresenta maior frequência de pressão alta devido, inclusive, à idade. Em pessoas da terceira idade tal fator é agravado, pois os capilares ficam mais rígidos e estreitos, exigindo maior esforço do coração em bombear o sangue, ocasionando assim a elevação da pressão arterial (RIBEIRO, 1996). Isso associado a outros fatores ambientais acumula-

dos ao longo da idade, aumenta significativamente a possibilidade de desenvolvimento de outras enfermidades decorrentes, pois os estudos têm demonstrado que quanto maior for o número de fatores de risco, maior será a chance de desenvolvimento da doença e de complicações decorrentes dela.

Dantas, Colombo e Aguillar (1999) estudando infarto agudo do miocárdio em mulheres paulistas, encontraram um maior índice em torno dos 60-70 anos (36,7% dos casos). Lopes e Araújo (1999) pesquisando mulheres com angina pectoris em Fortaleza, no Ceará, encontraram 100% dos casos (24) em mulheres com idade acima de 40 anos, estando 15 delas com idade menor que 60 anos. Tais dados tornam a não adesão preocupante, pois possibilita o avançar da doença sem nenhum controle, o que pode trazer sérios danos à pessoa.

30,5% viúvas, sendo que somente 8,4% eram solteiras e 8,3% eram divorciadas.

No estudo de Resende (1998), 47,6% dos pacientes internados por crise hipertensiva eram casados e 36,0% viúvos. Isso pode estar relacionado às maiores preocupações por que passam os casados para sustentar a casa e os filhos, preocupação com escola, saúde, o que condiciona um ritmo de vida mais acelerado, que pode dar origem a essas estatísticas e levar o indivíduo a priorizar outras coisas em detrimento do tratamento. É necessária a abordagem familiar como mecanismo de elevação desses níveis de adesão, pois se sabe que os componentes de uma família partilham entre si não somente genes, mas o ambiente cultural, o que pode ser utilizado a favor do tratamento.

TABELA 2: Relação entre as variáveis sexo e estado civil. Fortaleza, 1999.

Estado civil Sexo	Casado		Divorciado		Solteiro		Viúvo		Total
Feminino	10	47,5%	01	4,8%	02	9,6%	02	9,6%	15
Masculino	05	23,7%	01	4,8%	00	0	00	0	06
Total	15	71,2%	02	9,6%	02	9,6%	02	9,6%	21

Observando a tabela 2, podemos constatar que 15 pessoas (71,2%) eram casadas, sendo dez mulheres e cinco homens, enquanto os indivíduos solteiros, viúvos e divorciados contaram juntos com seis pessoas (28,6%). Percebe-se que mais de 70% dos casos de não aderência foram de pessoas casadas. Dantas, Colombo e Aguillar

Além disso, a hipertensão tem traços muito complexos definidos clinicamente por um fenótipo que é a expressão de múltiplos mecanismos fisiopatológicos (FRANCISCHETTI; FAGUNDES, 1996).

Uma outra característica abordada foi a religião. Conforme relato dos 21 entrevistados, 16 (76,2%) eram

QUADRO 1: Clientela caracterizada quanto à ocupação e nível econômico em salários mínimos. Fortaleza, 1999.

Ocupação	Renda em Salários Mínimos								TOTAL		
	Nenhum		1		2		3			10	
Aposentado/Pensionista	0	0	4	19%	0	0	0	0	0	0	19%
Auxiliar de laboratório/ consultório	0	0	0	0	2	9,5%	0	0	0	0	9,5%
Cabeleireira	0	0	1	4,8%	0	0	0	0	0	0	4,8%
Comerciante	0	0	0	0	0	0	1	4,8%	0	0	4,8%
Despachante imobiliário	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4,8%	4,8%
Doméstica/lavadeira	0	0	0	0	2	9,5%	0	0	0	0	9,5%
Dona de casa	6	28,6%	0	0	0	0	0	0	0	0	28,6%
Motorista	0	0	0	0	2	9,5%	0	0	0	0	9,5%
Sem ocupação/ Desempregado	2	9,5%	0	0	0	0	0	0	0	0	9,5%
Total	8	38,1%	5	23,8%	6	28,5%	1	4,8%	1	4,8%	100%

(1999) estudando infarto agudo do miocárdio (IAM) em mulheres, encontraram que 53% eram mulheres casadas e

católicos e cinco (23,8%) eram protestantes, o que não é de admirar, uma vez que tal característica se estende ao

Brasil, que é um país de maioria católica. Observou-se, no entanto, nesse segundo grupo maior resignação em relação ao tratamento e à doença, o que pode contribuir para a não adesão, pois, para eles, a doença pode ser vista como um castigo de Deus.

No quadro 1, vemos que o maior número do grupo esteve compreendido nas ocupações de dona de casa (28,6%) e aposentado ou pensionista (19,0%).

Dantas, Colombo e Aguillar (1999), no estudo já referido sobre infarto agudo do miocárdio em mulheres, encontraram 63,2% das acometidas com ocupação de dona de casa e 22,3% de aposentadas, sendo que apenas 14,3% delas exerciam atividades fora do lar e remuneradas. Tais estatísticas podem ser decorrentes das enormes sobrecargas de trabalho pelas quais passam as donas de casa, sendo que, em boa parcela dos casos, seu trabalho, embora estafante, não é reconhecido, por não oferecer renda.

Em relação aos aposentados e pensionistas, estuda-se a relação entre o sedentarismo, muitas vezes presente nesse grupo, e a hipertensão. O fato de serem considerados não-aderentes pode obedecer a uma conjuntura sócio-política e econômica atual, pois não são novidade as dificuldades pelas quais passam uma parcela da população brasileira. Especialmente nesses grupos, as dificuldades são várias: desemprego, baixos salários, fome, sistema de saúde deficitário, dentre outros.

Esses fatores podem construir a ideologia de que a doença é um problema menor, se comparado a outros tão maiores, o que pode favorecer a não aderência ao tratamento da hipertensão arterial, que, muitas vezes, *sequer apresenta sintomas*. Tal comportamento tem levado à elevação das doenças decorrentes do não tratamento da hipertensão, como acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), dentre outras. Além disso, o tratamento e controle da hipertensão são uma das intervenções mais custo-efetivas que um profissional de saúde pode providenciar (SCHUELER, 1994). Com a não adesão, temos, além do aumento das complicações nos pacientes, a elevação de custos com saúde.

Quanto ao nível econômico, podemos ver que o maior número de pessoas (19) esteve compreendido nas classes de receber nenhum a dois salários mínimos por mês (90,5% dos pacientes). Diante disso, podemos inferir que tinham um baixo nível econômico, o que pode ter sido influenciado por se tratar de um ambulatório estatal.

Apesar disso, outros estudos têm demonstrado semelhança com os nossos dados. Novamente reportando a Dantas, Colombo e Aguillar (1999), vemos que encontraram 55,1% de mulheres com IAM com renda menor que três salários mínimos em São Paulo, região mais favorecida economicamente. No Nordeste, essa realidade é ainda pior, com mais de 90% dos estudados recebendo de zero a dois salários mínimos, o que dificulta em muito a adesão ao tratamento.

Essa dificuldade decorre da necessidade de dinheiro para que o paciente possa ir ao ambulatório, comprar fármacos não disponíveis neste, ter dinheiro para lanche, pois, na maioria das vezes, o atendimento é demorado. Tais gastos, embora pareçam pequenos representam muito para quem não ganha nenhum salário, ou recebe um ou dois, pois é daí que tem que pagar todas as suas despesas e, muitas vezes, sustentar a família, o que faz com que o tratamento passe a um plano secundário de prioridade.

TABELA 3: Sujeitos caracterizados quanto à escolaridade. Fortaleza, 1999.

Escolaridade	n	
Analfabeto	01	4,8%
Escreve apenas o nome	02	9,5%
1 ^o grau incompleto	10	47,5%
1 ^o grau completo	03	14,3%
2 ^o grau completo	01	4,8%
Superior incompleto	01	4,8%
2 ^o grau incompleto	03	14,3%
Total	21	100%

Na tabela 3, podemos ver que uma grande parcela dos pacientes (13) esteve compreendida nas classes de analfabeto, escrever apenas o nome e primeiro grau incompleto (62%). Assim, é possível inferir que tinham um baixo grau de instrução. Considerando o estudo de Dantas, Colombo e Aguillar (1999), o índice de instrução também se mostrou precário, sendo que 51% dos participantes era de analfabetos e 42,8% tinham o primeiro grau incompleto.

Estes dados são preocupantes, pois, são pacientes com não adesão ao tratamento, com aceitação resignada da doença e, em boa parte dos casos, tendo profissões que pouco lhes oferecem em recursos financeiros.

A nosso ver, o desconhecimento, a desinformação, a ausência de uma formação escolar básica que lhes permita compreender a importância da adesão para o controle da hipertensão arterial e de todos os males dela decorrentes, é o foco principal do problema.

Magro, Silva e Riccio (1999) estudando a percepção do hipertenso não-aderente à terapêutica medicamentosa em relação à doença, encontraram que 40% desses pacientes assumiram não conhecer o processo de sua doença e 66,7% desconheciam seus efeitos colaterais. Assim, é clara a importância do profissional de saúde na facilitação de conhecimento de sua patologia e do tratamento respectivo com vistas ao aumento dos índices de adesão desses pacientes ao tratamento. Especialmente em nosso país, onde é elevado o analfabetismo e no qual muitas são as dificuldades enfrentadas na educação, os profissionais de saúde precisam ser, antes de tudo, educadores, facilitadores das transformações nas mentes humanas e, para isso, é necessário que haja uma porta aberta de comunicação entre os pacientes e esses profissionais.

Em estudo desenvolvido por Rivera *et al.* (1995), foi observado que as variáveis idade, sexo e escolaridade não mostraram influência no cumprimento do tratamento anti-hipertensivo. E também não houve relação entre o cumprimento do tratamento medicamentoso e o controle da pressão arterial, o que, descartada a possibilidade de falsos cumpridores, pode sugerir a incorreta indicação de fármacos. Foram relatadas como principais causas da não adesão ao tratamento da hipertensão: falta de informação ou indisciplina da população na ingestão dos medicamentos indicados e efeitos adversos dos fármacos.

Em contraposição, na pesquisa desenvolvida em Salvador por Fonseca (1995), os pacientes de cor branca aderiram 2,7 vezes mais do que os negros e 1,6 vezes mais que os mulatos. Esses, 1,7 mais que os negros. Os solteiros foram os que mais aderiram ao tratamento, pois apresentaram o menor percentual de não-adesão (15%), ao contrário dos separados com 31,6%. Os pacientes com tempo de diagnóstico de menos de um ano e de um a três anos aderiram mais à consulta e ao tratamento do que aqueles com mais tempo. Os que receberam orientação escrita sobre dieta, aderiram duas vezes mais à consulta e tratamento do que aqueles que não receberam. Cerca de 21,5% do total estudado (n=200) não aderiram ao tratamento. A maior frequência de adesão foi verificada entre 50-59 anos. Os

pacientes que se tratavam apenas com dieta apresentaram 100% de adesão, enquanto que os que estavam sob tratamento medicamentoso, apenas 29,2%.

Em Fortaleza, com a pesquisa desenvolvida por Teixeira (1998) sobre a adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão, encontrou-se: a realização de um pequeno número de consultas no ano (2,7 em média) contribuindo para uma menor adesão, uma maior adesão nos pacientes entre 31-40 anos e menor entre 61-70 anos, não sendo identificada relação entre sexo e adesão. Quanto ao estado civil, o grau de adesão foi maior entre os separados e divorciados, o que contraria os dados de Fonseca (1995) citados anteriormente. A adesão diminuiu na medida em que a classe social foi mais baixa, não sendo constatado um índice uniforme entre o aumento da adesão compatível com o aumento da escolaridade, mas uma melhor adesão nos pacientes com maior renda familiar. Quanto aos fatores ligados à terapêutica, Teixeira constatou relação direta entre a maior adesão e menor complexidade terapêutica (menor número de fármacos).

Resende (1998), utilizando o modelo conceitual de King (1981), identificou que os fatores que dificultam o controle da HA pelos seus portadores estão relacionados, prioritariamente, aos sistemas pessoais (conhecimento, características individuais e cultura) e sociais (meio em que vive, política, cultura e normas), apresentando com maior frequência: dificuldade de acesso ao serviço de saúde, desconhecimento dos fatores de risco da doença, impotência no controle das emoções, insatisfação na relação com os profissionais de saúde e limitação da capacidade física.

CONCLUSÃO

Constata-se que:

- Relacionado ao sexo, 15 (71,4%) dos pacientes estudados eram mulheres, enquanto seis (28,6%) eram homens, o que pode decorrer de uma procura maior destas pelos serviços de saúde, pela padronização de programas de atenção especial a esse grupo.

- Quanto à idade, a faixa etária predominante foi a de 42 a 51 anos, no sexo feminino, com oito pessoas (38,1%), sendo que todos os pacientes tinham 32 anos ou mais. Nos homens, a incidência mostrou-se relativamente constante nos de 40 anos e mais.

• Quinze pessoas (71,4%) eram casadas, sendo dez mulheres e cinco homens, enquanto seis (28,6%) indivíduos eram solteiros, viúvos e divorciados, o que pode ser decorrente da idade em que se encontram, pois, na região do estudo, a maioria das pessoas com 30 anos já é casada.

• No que tange à religião, 16 (76,2%) eram católicos e cinco (23,8%) eram protestantes. Observou-se no segundo grupo maior resignação em relação ao tratamento e à doença, embora não se tenha encontrado estudos que abordem tal relação.

• Quanto à ocupação, boa parcela do grupo esteve compreendido nas ocupações de dona de casa (28,6%) e aposentado ou pensionista (19,0%).

• Podemos ver também que o maior número do grupo (19) esteve compreendido nas classes de receber de nenhum a dois salários mínimos por mês (90,5% dos participantes). Assim, os pacientes tinham um baixo nível econômico, o que pode ter sido influenciado por se tratar de um serviço de saúde ligado ao setor público.

• Vemos ainda que uma grande parcela dos pacientes (13 = 63%) esteve compreendida nas classes de analfabeto, escrever apenas o nome e primeiro grau incompleto, demonstrando ser um grupo de baixo grau de instrução.

• Vê-se, portanto que, mesmo identificando-se um certo perfil comum neste grupo, faz-se necessária a sua ampliação numérica para que se estabeleça um perfil mais fiel do paciente com hipertensão não aderente ao tratamento, podendo para isso, utilizar os mesmos critérios deste estudo. É necessário, ainda, que a mesma pesquisa seja realizada em instituições particulares para confirmar se será encontrado o mesmo perfil de pacientes com hipertensão, que não mantenham adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, T.L.; ARCURI, E.A.M. Influência de fatores anátomo-fisiológicos na medida indireta da pressão arterial: identificação do conhecimento do enfermeiro. *Rev. Latinoam. Enfermagem*, v. 6, n. 4, p.21-29, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96. Decreto nº 93.933 de Janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, v. 4, n. 2, supl., p. 15-25, 1996.

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. 1994. Lei 7.498/86, regulamentada pelo Decreto N.º 94.406/87. Estabelece critérios sobre a prática de enfermagem.

DANTAS, R.A.S.; COLOMBO, R.C.R.; AGUILLAR, O.M. Perfil de mulheres com infarto agudo do miocárdio segundo o modelo de “campo de saúde”. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, v.7, n.3, p.63-68, 1999.

FISHMAN, T. The 90-second intervention: a patient compliance mediated technique to improve and control hypertension. *Public Health Rep.* v. 110, n. 2, p.173-178, 1995.

FONSECA, J.S. **Adesão de pacientes hipertensos à consulta e/ou ao tratamento.** Salvador-BA. 1995. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1995.

FRANCISCHETTI, E.A.; FAGUNDES, V.G.A. A história natural da hipertensão essencial começa na infância e na adolescência? *Hiper Ativo*, v. 3, n. 2, p.77-85, 1996.

GUERRA, E.M.D. **Recusa ao tratamento da hipertensão arterial:** contribuições para o refinamento do diagnóstico. 1998. 142 p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

KING, I.M. **A theory for nursing:** systems, concepts, process. New York: Wiley Medical Publications, 1981. 181 p.

LOPES, M.V.O.; ARAÚJO, T.L. Aspectos epidemiológicos de mulheres com angina pectoris. *In: DAMASCENO, M.M.C.; ARAÚJO, T.L.; FERNANDES, A.F.C. Transtornos vitais no fim do século XX:* diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. pt. 2, cap. 7, p. 55-62.

MAGRO, M.C.S.; SILVA, E.V.; RICCIO, G.M.G. Percepção do hipertenso não-aderente à terapêutica medicamentosa em relação a sua doença. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, v. 9, n. 1, supl. A, p. 1-10, 1999.

MANCIA, G. *et al.* Alerting reaction and rise in blood pressure during measurement by physician and nurse. *Hypertension*, v. 9, p. 200-215, 1987.

MION JÚNIOR, D. Pressão alta, orientação para vencer esse problema. *Rev. Tec. Art.*, n. 1, p.10, 1994.

MOREIRA, T.M.M. **Descrevendo a não adesão ao tratamento a partir de uma compreensão de sistemas.** 1999. 149 p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

PITERMAN, L. Hypertension: are we getting the message? *Aust. Fam. Phys.*, v. 22, n. 5, p. 711-722, 1993.

RESENDE, M.M.C. **Fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial à luz da estrutura conceitual da Teoria de King**. 1998. 116 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998.

RIBEIRO, A.B. **Atualização em hipertensão arterial**. São Paulo: Ateneu, 1996. 231p.

RIVERA, G.V. *et al.* Cumplimiento del tratamiento anti-hipertensivo por pacientes hipertensos dispensarizados en dos municipios de ciudad de la Habana. **Rev. Cubana Med. Gen. Integral**, v. 11, n. 2, p. 150-156, 1995.

SARQUIS, L.M.M. *et al.* A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 32, n. 4, p. 335-53, 1998.

SCHUELER, K. Cost-effectiveness issues in hypertension control. **Can. J. Public Health**, v. 85, suppl. 2, p. S54-S56, 1994.

TEIXEIRA, A.C.A. **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório**. 1998. 113p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

RECEBIDO: 14/11/2001

ACEITO: 30/01/2002