



Esta obra está sob o direito de Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

INVESTIGAR OS FATORES QUE INFLUENCIAM NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO: REVISÃO DE LITERATURA

Maria Ruth Carolynne Apolinário¹

Lúcia Valéria da Silva Teixeira²

Amara Maria de Lima Buarque³

Carla Waleska Gomes de Araujo⁴

RESUMO

O presente artigo tem por intuito analisar os fatores que interferem na adesão dos portadores de hipertensão arterial sistêmica ao tratamento farmacológico e não farmacológico necessário para controle dessa patologia. Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, descritiva e exploratória considerando literaturas publicadas no período de 2001 a 2015 que versam a temática. Percebe-se que, existe inúmeros fatores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS). Para haver um tratamento adequado e uma evolução desejável da doença, é necessário que sejam desenvolvidas ações multiprofissionais e intersetoriais para assim poder ajudar o paciente e sua família em diversas dimensões, ou seja, em sua integralidade.

Palavras-chave:

Hipertensão arterial sistêmica, adesão, análise, tratamento e indivíduos.

¹ E-mail: ruthy_carolynne20@hotmail.com

² E-mail: lteixeira@usp.br

³ E-mail: amarabuarque@hotmail.com

⁴ E-mail: Carla Waleska Gomes

INTRODUÇÃO

Atualmente, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos maiores desafios para a saúde pública brasileira e mundial, pois estudos indicam que a incidência da HAS no mundo seja de um bilhão de pessoas, sendo a mesma responsável por aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo. No Brasil a prevalência da HAS em adultos variam de 22% à 44%, sendo acima de 50% em pessoas com idade entre 60 à 69 anos e de 75% em pessoas com idade superior a 70 anos. Segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2011) a incidência da HAS é de 22,7% na população acima de 18 anos, sendo 25,4% em mulheres e 19,5% em homens. Dados do Ministério da Saúde revelam que mais de 30 milhões de brasileiros sofrem de Hipertensão arterial (BRASIL, 2015).

A HAS é considerada uma “assassina silenciosa” por muitas vezes haver uma ausência de sinais e sintomas clínicos quando a mesma encontra-se elevada, deixando os pacientes a mercê de um diagnóstico dificultoso por conta da ausência dos mesmos, e em alguns casos um tratamento atrasado que pode levar a um comprometimento de órgãos vitais para funcionamento do organismo (SMELTZER et al, 2009).

Por ser uma patologia silenciosa e ao mesmo tempo bastante agressiva, o modelo terapêutico estabelecido pelos profissionais de saúde deve ser seguido para não se agravar o quadro da HAS e possivelmente reduzir suas consequências. O profissional da saúde deve estar apto a trazer estratégias para melhorar a adesão do usuário, tanto no tratamento terapêutico e especialmente no tratamento não terapêutico para melhorar as suas condições de saúde (OLIVEIRA et al, 2008).

Conforme as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial “prevenir e tratar a HAS envolve ensinamentos e conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações, e implica muitas vezes na mudança do estilo de vida das pessoas”. É visto que a aquisição de conhecimentos em relação à patologia é fundamental para o paciente poder identificar a relação existente entre a HAS e o desenvolvimento de outras possíveis patologias quando a mesma não é controlada adequadamente (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

A não adesão do paciente hipertenso ao tratamento anti-hipertensivo ainda é um grande desafio que a saúde pública vem enfrentando atualmente (GIROTTI et al, 2013).

Atualmente, há um grande avanço científico e tecnológico em prol do tratamento correto da HAS, e um enorme empecilho é a adesão inadequada dos usuários a estes tratamentos que são propostos. Entende-se por adesão do tratamento o seguimento da junção entre a prescrição médica (farmacológica) e orientações não-farmacológicas (MENDES et al, 2014).

Isso quer dizer que, a humanização acima de tudo incentiva a transferência de conhecimentos entre os profissionais, usuários e seus familiares, sendo que a equipe de profissionais devem discutir o modo de trabalhar em conjunto, entendendo que não é necessário comparar discussão de problemas com a resolução dos mesmos e sim edificação de uma coletividade que juntos possam elaborar condições que possam ser melhoradas (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2004).

A quantidade de fatores que se relacionam com a aderência ao tratamento anti-hipertensivo permite identificar que o acompanhamento contínuo dos pacientes hipertensos para propor tratamento adequado ainda é uma barreira enfrentada por muitos profissionais de saúde, principalmente a enfermagem (FAVA et al, 2014).

Entende-se que, a consulta de enfermagem é uma ferramenta

imprescindível para favorecer a adesão adequada ao tratamento anti-hipertensivo, pois através da escuta qualificada o profissional abre caminhos para tirar dúvidas, dialogar, exporem suas preocupações e motivos pelos quais não aderem ao tratamento. A partir dessa escuta qualificada o profissional poderá propor metas e possibilidades que ajudem o paciente no tratamento de acordo com o entendimento e de acordo com seu estilo de vida (FAVA et al, 2014).

Para aderir o tratamento é necessário que o paciente esteja de acordo com a prescrição estabelecida pelo médico e a atitude do próprio paciente, apesar de que, existe uma lista de fatores que contribuem para o não seguimento do tratamento tal como dificuldades financeiras, maior número de medicamentos, os efeitos adversos dos medicamentos, obstáculos no acesso aos sistemas de saúde, a ineficaz relação entre profissional de saúde e paciente, as peculiaridades da doença assim como, sua cronicidade (GIROTTO et al, 2011).

A alteração das atitudes dos hipertensos frente a terapêutica medicamentosa e a não medicamentosa como no caso da dieta, práticas de exercícios físicos são desafiadoras tanto para os serviços de saúde quanto para os pacientes, cabendo aos profissionais de saúde observar os grupos mais vulneráveis

na baixa aderência ao tratamento e prôpor estratégias individuais ou coletivas de acordo com a necessidade do cliente (GIROTTO et al,2011).

O manejo da HAS na população ainda esta distante do modelo ideal onde o não seguimento do tratamento medicamentoso está fortemente relacionado com uma baixa efetividade no tratamento (COELHO, NOBRE 2006).

Um fator de extrema relevância para adesão do tratamento anti-hipertensivo é o apoio da equipe multiprofissional que pode dar suporte suficiente aos pacientes hipertensos para que os mesmos consigam vencer as barreiras de incluir atitudes que favoreçam a efetividade da terapêutica objetivando o crescimento de pacientes assistidos adequadamente, e aderência a estilos de vida que favoreçam o tratamento (QUARESMA et al, 2011).

A PNH (política nacional de humanização) refere que para atingir a saúde como principal fator de uso é necessário ter como princípio; a interação com usuários, assegurar os direitos dos pacientes e seus familiares, assim como, incentivar os mesmos a serem protagonistas do sistema de saúde através do seu poder coletivo, mas é também dar melhores condições de trabalho aos profissionais de saúde para que eles possam criar novas ações quando julgarem

necessário (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2004).

Sendo assim, este estudo tem por intuito analisar os fatores que interferem na adesão de usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica do tratamento farmacológico e não farmacológico necessário para controle dessa patologia.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, descritiva e exploratória a fim de analisar os fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo considerando os artigos científicos, dissertações e literaturas publicadas no período de 2001 a 2015, o banco de dados utilizados para a busca do material da pesquisa foram Scientific Electronic Library Online (SciELO), Portal Saúde (Ministério da Saúde), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), dados bibliográficos entre outros.

A pesquisa foi realizada no período de agosto a dezembro de 2015, onde os descritores utilizados para executá-la foram: hipertensão arterial sistêmica, adesão, análise, tratamento e indivíduos. A inserção da literatura no trabalho seguiu a regra de ter a presença de um ou mais destes descritores já acima citados. Foram analisados 50 trabalhos de acordo com publicação, temática, objetivos, conteúdo e

idioma, sendo que no primeiro momento foi analisado os objetivos, o idioma e o ano de publicação para reconhecer se estava de acordo com o que queria retratar na pesquisa. No segundo momento foi explorado o conteúdo cuja temática relacionava-se com fatores que podem influenciar na adesão do tratamento anti-hipertensivo.

Considerando que a pesquisa envolve indiretamente seres humanos e incluindo o manejo de informações já publicadas, o manuscrito científico foi feito em conformidade com todas as recomendações da Portaria 196\ 96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil que regulamentam estudos envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a seleção e análise dos artigos e dissertações, foram estabelecidas algumas variáveis relevantes para apreciação das produções científicas da temática pesquisada. Após levantamentos bibliográficos, incluindo manuais, produções científicas e livros que versam a temática de fatores que podem influenciar na adesão do tratamento anti-hipertensivo foi possível verificar que os estudos apresentam semelhanças e diferenças nos contextos dos objetivos, resultados e discussões. As categorias utilizadas para interpretar os dados foram: HAS:

epidemiologia, definição, fatores de risco, diagnóstico e tratamento, fatores que influenciam à não adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

HAS: ESPIDEMIOLOGIA, DEFINIÇÃO, FATORES DE RISCO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Verificou-se que o impacto das doenças crônicas não-transmissíveis na saúde da população é crescente e que a HAS possui estimativa de 22,7% configurando-se como um dos agravos crônicos mais comuns e com repercussões clínicas mais graves. Deslocando agora a exposição para a incidência da HAS estima-se que mais de 30 milhões de brasileiros são atingidos pela doença e apenas um terço desta população mantém sua pressão arterial controlada (PERES et al, 2011).

Em vista essa prevalência observa-se na literatura dos artigos que, a HAS intensa e não controlada evolui para alterações ou disfunções nos órgãos alvos como cérebro, rins, e coração ocasionando possíveis danos como o acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, e Insuficiência Renal Crônica (SMELTZER et al, 2009).

Atualmente as mortes por doenças cardiovasculares (DCV) vem aumentando progressivamente, e tem sido considerada a principal causa de morte no Brasil (VI

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial). A HAS é observada como principal fator de risco para DCV (MIRANDA, 2002).

É notório que além de ser considerado o principal fator de risco para (DCV), ganha destaque por ser uma patologia crônica e que vem acometendo cada vez mais as pessoas, tornando-se um dos principais problemas de saúde pública que quando diagnosticada tardiamente ou quando o hipertenso não adere ao tratamento anti-hipertensivo corretamente pode acarretar em complicações, isto é, aumentando o número de internações, e elevando os custos médico-hospitalares e socio-econômicos (MIRANZI, 2008).

Percebe-se que, a HAS vem aumentando progressivamente apresentando-se muitas vezes com evolução desfavorável quando não se tem o manejo adequado da mesma, o tratamento é de custo alto, e muitas vezes é subdiagnosticada e subtratada o que ocasiona a limitação de possíveis estratégias que poderiam retardar a evolução clínica da patologia e diminuir possíveis consequências como o comprometimento de algum dos órgãos-alvos.

Conforme a VI Diretrizes Brasileiras de HA caracteriza a HAS como “condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados da PA”. O

diagnóstico da HAS em adultos é dado através da medida da PA (pressão arterial) em duas ou mais aferições em períodos diferentes, em que os valores da PAD (pressão arterial diastólica) se encontram maior ou igual a 90 mmHg e a PAS (pressão arterial sistólica) maior ou igual a 140 mmHg (OPARIL et al, 2001). É primordial que quando for identificada seja monitorizada regularmente, pois se trata de uma condição crônica (SMELTZER et al, 2009).

Diante dos estudos analisados nota-se que, uma vez diagnosticado como hipertenso o indivíduo deve ser avaliado rotineiramente como um todo e não só sua PA, ou seja, suas condições clínicas, seus órgãos vitais visto que a HAS é uma patologia de evolução crônica e que a mesma pode evoluir desfavoravelmente causando consequências.

Estudos evidenciam que os fatores de risco para a hipertensão são idade onde acomete mais de 60% da faixa etária acima de 65 anos, o gênero onde a prevalência é maior em homens até os 50 anos, a etnia predominando nos afros descendentes, alto índice de massa corporal, ingestão descontrolada de sal (cloreto de sódio) e bebidas alcoólicas, o sedentarismo, níveis socioeconômicos e genéticos (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010). Dentre esses fatores de risco podem ser

classificados em três classes: hereditário, socio econômicos e ambientais, e comportamentais. Estes últimos são os que apresentam alto índice e os quais a intervenção seria mais eficaz como no caso do sedentarismo, obesidade, tabagismo e alcoolismo (BRASIL,2001).

Observamos que, os fatores de risco modificáveis ou seja aqueles que podem ser mudados ou adequados para se evitar a HAS ou tornar o tratamento mais propício são os que se apresentam mais frequentes.

Muitos pesquisadores afirmam que o reconhecimento da HAS antecipadamente, e o estabelecimento de um vínculo entre os portadores da doença com as instituições de saúde primárias, mostram-se relevantes para que ocorra um manejo adequado e um bom êxito no domínio deste agravo (ROTTA et al, 2004).

Os estudos analisados a cerca da temática mostra que o tratamento da HAS exige do indivíduo mudanças no seu comportamento referente à alimentação, a ingestão medicamentosa e seu estilo de vida. Se não existir uma orientação correta em relação ao tratamento e sua importância, estas alterações podem causar o comprometimento da qualidade de vida do hipertenso e ocasionalmente o abandono do tratamento (MIRANZE,2008).

Desde os últimos anos, a Estratégia de Saúde da Família tem se destacado por

ser um programa facilitador para intervenções em saúde, pois permite o conhecimento da realidade dos indivíduos hipertensos e as barreiras que muitas vezes interferem na adesão ao tratamento, o que facilita as intervenções da equipe de saúde quando é construído um vínculo entre o indivíduo, família e equipe de saúde. Sem falar nas propostas que são dadas pelo programa hiperdia que busca prevenir futuras complicações que venham a ocorrer da não aceitação da terapia anti-hipertensiva prescrita pelo profissional médico (MIRANZE,2008).

Com isso percebeu-se que as instituições de saúde assim como, os profissionais de saúde são de grande valia para evolução favorável, para evolução adequada da HAS e que há programas voltados para o cuidado do paciente hipertenso como o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), e que há uma procura por atendimento na atenção primária.

Isso demonstra que os programas criados pelo Ministério da Saúde estão presentes nas ESF e estão em funcionamento, mesmo que haja falhas. Mas para que se evitem essas falhas é fundamental que haja uma reorganização e conhecimentos na oferta dos cuidados primários e uma maior integração da equipe multidisciplinar para que o

atendimento prestado ao paciente resulte em menos danos a sua saúde.

FATORES QUE INFLUENCIAM À NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO

O segmento do tratamento anti-hipertensivo é definido como a junção entre a prescrição terapêutica, e a alteração do estilo de vida do indivíduo. O abandono do tratamento hipertensivo aumenta a cada dia referente as dificuldades que o cliente se depara na adaptação de um novo estilo de vida que lhes é estabelecido contribuindo assim, para desenvolver complicações (FRANCELI et al, 2008).

Observa-se na literatura que falha na terapêutica das doenças crônicas é resultante da insuficiência de adesão, o que provoca interesse por parte das equipes de saúde no seguimento da terapia proposta ao paciente, pois a ausência da aderência ao tratamento pode interferir na assistência de saúde prestada e na sua qualidade de vida (MALDANER et al, 2008).

O não segmento do tratamento da HAS tem sido uma grande barreira enfrentada pela assistência em saúde onde a maior dificuldade está relacionada a ineficiência do controle da pressão arterial, baixo índice de aderência à medicação, pouco interesse pelo tratamento não medicamentoso, pequeno incentivo da família, baixa condições socioeconômicas,

assim como dificuldades que são enfrentadas para ter acesso aos serviços de saúde (FRANCELI et al, 2008).

Notamos que, um dos grandes desafios do controle das doenças crônicas, é a maneira como os portadores das patologias procedem o seu tratamento. Pois as doenças crônicas requerem um cuidado especial por longos períodos ou por uma vida inteira e não se restringe apenas em uma terapia medicamentosa mas também, a mudança no estilo de vida, comportamento e dietas.

As consequências da HAS não tratada corretamente interfere na qualidade de vida e sobrevida das pessoas (FAVA, 2010). Por se tratar de uma patologia crônica, é fundamental para seu devido controle as alterações do estilo de vida, o que muitas vezes pode haver mudanças psicológicas, familiares e sociais. Há diversos fatores que podem interferir negativamente no manejo adequado da HAS um dos principais é o conhecimento deficiente sobre a doença, suas consequências e seu tratamento, o que isso pode influenciar para não adesão ao tratamento (FAVA,2010).

É imprescindível destacar que, diversos fatores podem interferir tanto positivamente quanto negativamente no tratamento anti-hipertensivo, e o portador de HAS está sujeito a enfrentar inúmeras barreiras desfavoráveis quando a terapia

anti-hipertensiva não é seguida da maneira corretamente.

A dificuldade de adaptação ao tratamento acabam sendo o principal alvo de resistência que os profissionais de saúde encontram. Mostra-se que, o grande obstáculo para controlar essa doença é a má adesão ao tratamento da pessoa com HAS (SARAIVA, 2007).

A aceitação da cronicidade da HAS por parte do paciente é uma dificuldade a ser enfrentada, e se associa a sentimentos negativos como: raiva, tristeza entre outros, sendo necessária a conscientização em relação ao seguimento do tratamento proposto, só que para que isso ocorra é necessário o conhecimento da doença, seus sintomas, e o principal, o indivíduo querer se adequar e realizar o tratamento (OLIVEIRA;2011).

Outros estudos apontam que o obstáculo da terapêutica anti-hipertensiva pode ser proveniente das equipes de saúde serem impróprias e da organização das mesmas e das culturas dos próprios pacientes, que muitas vezes se tornam dificuldades para atender ou mudar conceitos já existentes (MEDEIROS, 2006).

Diante destas observações foi possível perceber que a estrutura e a organização dos serviços de saúde assim como, a interação da equipe

multiprofissional com o paciente e sua família influencia na adesão ao tratamento.

Oliveira (2011) relata que a dificuldade do portador em aderir ao tratamento está na falta de informações adequadas sobre o tratamento anti-hipertensivo.

Por existir uma falta de sintomas específicos, ausência assimilativa que o tratamento será contínuo, além do aparecimento de possíveis complicações secundárias, tudo isso em conjunto atuará fortemente na piora da doença quando o cliente não aceita o tratamento (FRANCELI et al, 2008).

Notamos com a literatura analisada que a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo é um problema multifatorial ou seja inclui uma série de fatores como foi exposto.

Estudo sobre a adesão e não adesão ao tratamento de saúde refere que o ser essencial para o sucesso ou insucesso do tratamento é o portador da patologia, pois ele será o responsável em obedecer, seguir ou executar as orientações dos profissionais de saúde adequados a sua patologia (REINERS et al, 2008).

Apesar das eficácias e da necessidade do tratamento anti-hipertensivo, ainda existe pouca adesão a ele. O ato de reconhecer os pontos que levam a carência ou a deficiência na adesão do tratamento anti-hipertensivo é

importante, por que só assim as equipes de saúde podem promover estratégias que visem contornar estes pontos agindo diretamente nas necessidades desses indivíduos.

É notório que quando é adotado a mudança na vida do indivíduo portador da HAS, haverá uma transformação não só na área biológica do mesmo mas também, psicológica, convívio familiar, social ou econômico, com chance de agravo ao final podendo comprometer a qualidade de sobrevivência da pessoa doente (FRANCELI et al, 2008).

Relata-se que, indivíduos com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo estão mais propensos a não aderirem corretamente o tratamento (OLIVEIRA, 2011).

É visto que, deve existir uma ligação na terapia anti-hipertensiva entre os profissionais e o paciente, pois os dois direta ou indiretamente estão envolvidos no tratamento.

Diversos autores mostram que existem diversas formas e intervenções para incentivar o tratamento anti-hipertensivo. As medidas mais usadas são a boa relação entre a equipe de saúde não só com o portador da patologia mas também com sua família, ações educativas e de motivação, redes de apoio onde possam ser garantidos o acesso a medicamentos e orientações sobre a

terapêutica medicamentosa e não medicamentosa (FARIAS 2008, RAMOS 2008, UNGARI 2007, VIEIRA 2006).

Outros autores como Medeiros 2006 aponta que para se ter uma adequada adesão terapêutica anti-hipertensiva é necessário concordância do paciente com o profissional de saúde, fora o seguimento do tratamento proposto e sua participação na busca de estratégias que visem sua melhora assim como a execução das mesmas.

A OMS (organização mundial de saúde) diz que para haver evolução na aderência o portador da HAS necessita de incentivo e não repreensão, esse incentivo requer uma abordagem multiprofissional. Já Ungari (2007) aponta que é imprescindível a abordagem multiprofissional com diferentes profissionais que lidam com os pacientes hipertensos como médicos, enfermeiros, farmacêuticos entre outros usando a educação em saúde para atender o paciente integralmente assim como, identificar os fatores que interferem na adesão do tratamento.

A junção da equipe multiprofissional é capaz de despertar no indivíduo atividades que possam fazer com que a atuação anti-hipertensiva torne-se eficaz e sucessiva (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO 2006).

Mostra-se que, grande parte dos estudos não colocam a cargo dos profissionais de saúde as responsabilidades de possíveis consequências no tratamento, visto que o paciente pode escolher ou não em seguir o tratamento prescrito pelo profissional.

Entretanto, para uma adesão significativa do tratamento medicamentoso e não medicamentoso como: tomada de medicamentos, mudança na dieta, entre outras exige algumas alterações no cotidiano do indivíduo e de sua família, onde nessa parte os profissionais da saúde poderão propor medidas educativas.

Apenas orientações não é o suficiente para que os pacientes adotem a mudança dos seus comportamentos, é necessário que haja métodos que considerem a compreensão dos mesmos em relação a inserção de novos hábitos na sua vida para melhoria das condições de saúde, dando ênfase nas medidas educacionais em saúde que devem ser contínuas e de direção única a cada indivíduo com sua história de vida diferente e com seus problemas para que assim as causas da não adesão ao tratamento sejam alcançadas (FRANCELI et al., 2008).

Destaca-se que, para se influenciar na melhora das condições de saúde do cliente hipertenso é necessário tornar favorável e acessível a educação em saúde. Sendo que, para que isso ocorra é

necessário o planejamento das ações educativas e o conhecimento das atitudes, crenças, pensamentos, e ações executadas pelo hipertenso no seu dia-a-dia, para assim poder haver uma troca de saberes entre a família, cliente, e profissionais da saúde para incentivar a terapêutica correta (FAVA, 2010).

Alguns autores explicitam que a educação em saúde abrange uma certa complexidade na saúde, pois não se trata de apenas transmitir conhecimentos de saúde ao indivíduo, a equipe de saúde deve saber lidar com as características próprias de cada pessoa, sendo um ponto de apoio para melhorar sua qualidade de vida, obter autonomia e dominar as dificuldades referentes ao tratamento (SANTOS, 2008).

É importante destacar esses dados pois eles justificam que os profissionais de saúde devem estar aptos a alertar e propor medidas orientando o portador de HAS a alterar os hábitos maléficos a sua vida, a fim de controlar seus níveis pressóricos e refletir sobre a gravidade das consequências desta patologia.

Com isso percebe-se que, o tratamento anti-hipertensivo deve ser motivador e não fiscalizador, sendo fundamental conhecer as necessidades dos clientes propondo medidas adequadas.

CONCLUSÃO

Por fim com a literatura analisada percebe-se que a HAS ainda é um grave problema de saúde pública, podendo ocasionar diversas consequências quando não se tem o manejo adequado.

Percebe-se existe inúmeros fatores como dificuldade de aceitação da cronicidade da doença, mudança do estilo de vida, relação insuficiente entre as equipes de saúde, paciente e família, estrutura e organização das equipes, falta de informações entre outros podem interferir no tratamento anti-hipertensivo, tornando-se uma barreira no tratamento anti-hipertensivo correto.

O cliente hipertenso é considerado o principal ator para que haja uma terapêutica anti hipertensiva adequada, sendo necessário que haja um conjunto de ações das equipes de saúde para introduzir não só o indivíduo hipertenso mas também sua família, para que juntos equipe, família e cliente possam trocar saberes a respeito do manejo adequado da HAS. Existe programas de saúde que dão atenção aos hipertensos, mesmo muitas vezes sendo falhos.

Diante do exposto percebemos que pra haver um tratamento adequado e uma evolução menos prejudicial da doença para o paciente, é necessário que sejam desenvolvidas ações multiprofissionais e

intersectoriais para assim poder ajudar o paciente e sua família em diversas dimensões.

REFERÊNCIAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica, n. 37, p. 01-130, 2013. Disponível: bvsms.saude.gov.br/bvs/.../estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica... Acesso: 02 de agosto de 2015.

COELHO, E B. NOBRE, F. *Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo*, revista brasileira de hipertensão, vol. 13(0): 51-54. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.br>>. Acesso: 25 de Julho de 2015.

FARIA, H. T. G. *Fatores relacionados à adesão do paciente diabéticos à terapêutica medicamentosa*. 2008. Escola de enfermagem USP. Ribeirao Preto-SP, 146f.

FAVA, S M C L, et al. *Diagnóstico de enfermagem e proposta de intervenções para clientes com hipertensão arterial*. Revista enfermagem UERJ. 2010 out/dez 18(4): 536-540. Disponível:

<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a06.pdf>. Acesso: 12 de agosto de 2015.

FRANCELI AB, et al. *Hipertensão arterial: desafios e possibilidades na adesão ao tratamento*. Rev Min Enferm. 2008; 12:308-13. Disponível: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/16511/pdf> Acesso: 23 de setembro de 2015.

GIROTTO E, Et al. *Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial*, Ciências e saúde coletiva 18(6) : 1763-1772, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.br>>. Acesso: 22 de outubro de 2015.

MALDANER C.R, et al. *Fatores que influenciam a adesão ao tratamento da doença crônica: doente em terapia hemodialítica*. Revista Gaúcha de Enfermagem, v.29, n.4, p.647-53, 2008. Disponível: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7638>Acesso: 12 de Agosto de 2015.

MENDES L.M.O, et al. *Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa*. Revista Univap –

revista.univap.br. São José dos Campos-SP-Brasil, v. 20, n. 35, jul.2014. ISSN 2237-1753

Disponível:<http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/182> Acesso: 12 de novembro de 2015

MEDEIROS, A.R.C. *Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade de saúde da família de João Pessoa-PB*. João Pessoa, 2006, 181f. Dissertação (mestrado). Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós graduação de enfermagem.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA). Disponível: <http://hiperdia.datasus.gov.br>. 21 Acesso: 27 de outubro de 2015.

MIRANZI S.S.C, et al. *Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 672-9. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400007&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso: 09 de julho de 2015.

MIRANDA R.D, Et al. *Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na*

fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. Rev Bras Hipertens 9: 293-300, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.br>>. Acesso: 05 de agosto de 2015.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de hipertensão, e sociedade brasileira de nefrologia. 2010. Disponível:http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. Acesso: 22 de agosto de 2015

OLIVEIRA C. J, Et al. *Avaliação do risco coronariano em idosos portadores de HAS em tratamento 2008.* UFCE arquivos brasileiros de ciência da saúde, v. 33, n.3, p. 162. Disponível: <files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2008/v33n3/a162-167.pdf> Aceso: 03 de outubro de 2015.

OLIVEIRA CJ, et al. *Revisão dos diagnósticos de enfermagem “falta de adesão” em pessoas com hipertensão* 2011. Dissertação.

OPARIL S. *Hipertensão Arterial.* In: Goldman L, Bennet JC, editors. Tratado de Medicina Interna. 21ª ed. Vol 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.289 - 90.

OLIVEIRA, T.F.M. et al. *Perfil sociodemográfico, eventos de vida e características afetivas de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento por hemodiálise e diálise peritoneal: um estudo descritivo.* Psicólogo Informação, v.12, n.12, 2008.

Disponível:<https://www.metodista.br/revistas/revistasmetodista/index.php/PINFOR/article/viewFile/1655/1648> Acesso: 12 de junho de 2015.

PERES, L.A.B et al. *Identificação de filtração glomerular reduzida e hipertensão arterial na comunidade.* Revista brasileira de clínica médica, v.09, n.06, p.403-407, 2011. Disponível: <files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n6/a2558> Acesso: 17 de agosto de 2015.

Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus: MANUAL DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.35-36.

PORTAL BRASIL. Hipertensão atinge mais de 30 milhões de pessoas no País.. Disponível: [http://www.brasil.gov.br/saude/2015/04/hipertensao-atinge-mais-de-30-milhoes-de-](http://www.brasil.gov.br/saude/2015/04/hipertensao-atinge-mais-de-30-milhoes-de)

peessoas-no-pais Acesso: 16 de novembro de 2015.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO 2004. Disponível: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_2004.pdf Acesso: 05 de julho de 2015.

QUARESMA T, et al. *A valiação da qualidade das ações do programa hiperdia em um grupo de adultos e idosos hipertensos no bairro maracanã – santarém. Perspectiva Amazônica-Santarém-PA.* Ano I. Vol.2 p.68-79 agos.2011. Disponível: http://www.fit.br/revista/doc/2_33.pdf Acesso: 27 de agosto de 2015.

RAMOS, A.L.S.L. *Prevalência de fatores de risco cardiovasculares e adesão ao tratamento em pacientes cadastrados no HIPERDIA em unidade de referência de Fortaleza-CE 2002-2005.* 2008. Dissertação (mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fortaleza, 73f.

REINERS, A.A.O. et al. *Produção Bibliográfica sobre Adesão/não Adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Ciência e Saúde Coletiva.* 2008; 13 (sup 2): 2299-306. Disponível:

<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a34.pdf> Acesso: 25 Julho de 2015.

ROTTA L.A. *O Conhecimento sobre Tecnologias de Informação dos Médicos e Enfermeiros no Programa Saúde da Família em Sobral – CE* [dissertação]. Ceará: Universidade Estadual Vale do Acaraú; 2004. 33p.

SANTOS Z.M.S.A, LIMA H.P. *Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida.* Texto & contexto enferm. 2008; 17: 90-7. Disponível: www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/10.pdf Acesso: 12 de setembro de 2015.

SARAIVA K.R.O. et al. *Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde.* Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 263-70.

SMELTZER S.C, et al. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.* 11ª ad. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; cap.32 p. 862-874; cap. 44 p.1290-1299, 2009.

UNGARI, A.Q. *Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos núcleos de saúde da família*

do município de Ribeirão Preto, SP. 2007.
Dissertação (mestrado em ciências
médicas) Faculdade de Medicina. USP.
95f.

VIEIRA, A.C.B. *Adesão do paciente
portador de diabetes melitus tipo 2 ao
tratamento.* 2006. Dissertação (mestrado

de enfermagem). Universidade Federal de
Goiás-Goiânia, 84f.