



CLÍNICA

Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial

Factores de no adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial.

Factors determining non-adherence to hypertension treatment

***Moura, André Almeida **Godoy, Simone de ***Cesarino, Cláudia Bernardi
****Mendes, Isabel Amélia Costa**

*Mestre pelo Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pela Universidade de São Paulo E-mail: andalmo@usp.br ** Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem ***Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto ****Professora Livre-docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Brasil.

Palavras chave: Hipertensão; Atenção Primária à Saúde; Cooperação do paciente.

Palabras clave: Hipertensión; Atención primaria a la salud; Cooperación del paciente

Keywords: Hypertension; Primary Health Care; Patient compliance.

RESUMO

O presente estudo foi desenvolvido com o **objetivo** de identificar fatores determinantes da não adesão ao tratamento dos hipertensos em município brasileiro. Estudo de corte transversal, descritivo e de abordagem quantitativa, no período de novembro de 2012 a abril de 2013. Participaram 138 pacientes hipertensos, sendo 65,9% do sexo feminino, com média de idade de 60,5 anos (DP=11,32), 71% com a escolaridade primeiro grau incompleto e renda individual de 1 a 2 salários mínimos. Em relação à ocupação, 39,9% eram aposentados e 21,7% eram do lar. Entre os fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento 70,3% dos pacientes referiram aspectos pessoais. A adesão foi de 15,9% para o tratamento não farmacológico e 21% para tratamento farmacológico. Percebemos a necessidade de novas pesquisas na atenção primária com pacientes hipertensos e desenvolver ações multiprofissionais que busquem estimular a adesão ao tratamento dos hipertensos assistidos no município estudado.

RESUMEN

El presente estudio tiene como **objetivo** identificar factores determinantes de la no adhesión al tratamiento de los hipertensos en municipio brasileño. Estudio de corte transversal, descriptivo y de enfoque cuantitativo, en el periodo de noviembre de 2012 a abril de 2013. Participaron 138 pacientes

hipertensos, siendo 65,9% de sexo femenino, con media de edad de 60,5 años (DP=11,32), 71% con la escolaridad primer grado incompleto y renta individual de 1 a 2 salarios mínimos. En relación a la ocupación, 39,9% eran jubilados y 21,7% estaban en casa. Entre los factores que contribuyen a la no adhesión al tratamiento 70,3% dos pacientes refirieron aspectos personales. La adhesión fue de 15,9% para el tratamiento no farmacológico y 21% para tratamiento farmacológico. Percibimos la necesidad de nuevas investigaciones en la atención primaria con pacientes hipertensos y desarrollar acciones multiprofesionales que busquen estimular la adhesión al tratamiento de los hipertensos asistidos en el municipio estudiado.

ABSTRACT

This study was developed to identify determinant factors of non-adherence in the treatment of hypertensive individuals in a Brazilian municipality. This cross-sectional and descriptive study with a quantitative approach was conducted from November 2012 to April 2013. A total of 138 hypertensive patients participated, 65.9% were female, aged 60.5 years old (SD=11.32) on average, 71% had incomplete primary/middle school and an individual income of 1 to 2 times the minimum wage. In regard to occupation, 39.9% were retired and 21.7% were homemakers. Among the factors contributing to non-adherence to treatment, 70.3% reported personal reasons. Adherence was at 15.9% for non-pharmacological treatment and 21% for pharmacological treatment. We verified the need for new studies within the primary health care sphere conducted with hypertensive patients and also the need for multidisciplinary actions intended to encourage treatment adherence among hypertensive patients cared for in the municipality under study.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) configura-se como uma doença de grande magnitude, no Brasil, estima-se que cerca de 30 milhões de indivíduos sejam portadores de hipertensão arterial, o que corresponde a 36% da população masculina adulta e a 30% das mulheres adultas. Em consonância com essa elevada prevalência, destacam-se os altos custos gerados pelas hospitalizações de pacientes com complicações da HAS, além de ser fator de risco para várias doenças como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal crônica ⁽¹⁾

Define-se HAS como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), com uma linha demarcatória que considera valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou de Pressão arterial Diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg validados por medidas repetidas, em condições corretas, em ao menos três ocasiões ⁽¹⁾.

O tratamento medicamentoso da HAS é composto por grupos de medicamentos de ações diversas cujo objetivo maior é a redução da morbimortalidade cardiovascular. Esse benefício é observado, independente da classe de medicamento utilizado. Ressalta-se que o tratamento não envolve apenas a utilização de medicamentos, é preciso também investir na modificação do estilo de vida. Sendo assim, são necessárias mudanças em alguns hábitos e costumes, em relação à alimentação, ao uso de tabaco e de bebida alcoólica, bem como a prática de exercícios físicos. Mudar o hábito de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria ideia de saúde que o indivíduo possui ⁽²⁻³⁾.

A adesão é definida e caracterizada pelo grau de concordância entre o que foi prescrito pelo médico e o comportamento do indivíduo, em termos medicamentosos, nutricionais e mudanças no estilo de vida ⁽¹⁾.

A problemática da adesão ao tratamento da hipertensão arterial é causada por múltiplas razões, sendo um desafio para os que a vivenciam: pacientes e profissionais de saúde, principalmente no contexto da atenção básica. Assim, é importante ao profissional o desenvolvimento de estudos para que possa conhecer a realidade onde atua e traçar estratégias de intervenção que tenham êxito, para que possam ser reproduzidas a um maior número de hipertensos, visto que o número de artigos sobre adesão de hipertensos na atenção primária ainda é escasso ⁽⁴⁾.

Portanto, é imprescindível que cada profissional de saúde tente identificar, na sua população de trabalho, quais são as variáveis envolvidas e associadas ao abandono do tratamento ou ao não cumprimento das orientações terapêuticas, considerando a estrutura disponível para o atendimento daquela população e a necessidade do desenvolvimento de estudos que avaliem a implementação de estratégias de lidar com o problema da não-adesão ao tratamento ⁽⁵⁾.

O objetivo deste trabalho foi identificar fatores determinantes da não adesão ao tratamento dos hipertensos em município brasileiro.

MATERIAIS E MÉTODOS

Caracteriza-se enquanto um estudo de corte transversal, descritivo, desenvolvido no município de Santa Helena de Goiás, Brasil. A coleta de dados compreendeu o período de novembro de 2012 a abril de 2013 e foi dividida em duas fases.

No período de novembro de 2012 a janeiro de 2013, buscamos os pacientes hipertensos cadastrados no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (SISHIPERDIA) de cada Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Santa Helena de Goiás.

Para a identificação e inclusão dos participantes no estudo, foram avaliados os prontuários dos pacientes tendo como referência os seguintes critérios: ter idade superior a 18 anos, ambos os sexos, ter o diagnóstico de hipertensão arterial há pelo menos um ano até a data da coleta de dados; estar cadastrado no SISHIPERDIA, não apresentar outra doença crônica não transmissível e ter algum registro no prontuário de valores de pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em qualquer consulta dos anos de 2011 e 2012.

Em seguida, os dados do SISHIPERDIA foram confrontados com as fichas B-HA do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que são utilizadas pelos agentes comunitários de saúde de cada unidade. Este procedimento foi feito para identificarmos se os pacientes permaneciam na área de abrangência de cada USF.

Do total de pacientes identificados em cada USF, foram listados apenas os que possuíam cadastro tanto no SISHIPERDIA como no SIAB.

Assim, no período de fevereiro a abril de 2013, por meio de uma visita domiciliar os pacientes listados foram convidados, pelo próprio pesquisador, a participarem da pesquisa. Nesta visita, eram esclarecidos os objetivos da investigação e caso o paciente aceitasse participar, assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, quando possível, a entrevista era realizada. Nas situações em que o paciente referia não ter disponibilidade para a entrevista naquele momento, era

agendado um horário para retorno do pesquisador ou para que o paciente fosse até a USF mais acessível.

Para as entrevistas foi utilizado um formulário adaptado do utilizado por Dosse et al. (2009), onde a primeira parte é relativa à caracterização sociodemográfica e socioeconômica (sexo, idade, escolaridade, ocupação, renda individual e familiar, tipo de moradia, número de indivíduos que usam a renda familiar) ⁽⁶⁾. A segunda parte do instrumento é composta de seis questões fechadas, onde as duas primeiras questões são relativas ao tratamento não-medicamentoso e classificam os participantes em 5 grupos: Grupo 0 - aqueles que mantêm hábitos saudáveis; Grupo 1 – aqueles que mantêm, pelo menos, um hábito não saudável; Grupo 2 – aqueles que mantêm dois hábitos não saudáveis; Grupo 3 – aqueles que mantêm três hábitos não saudáveis e; Grupo 4 – aqueles que não tem hábitos saudáveis. Considera-se não aderente ao tratamento não farmacológico aqueles que possuem pelo menos um hábito de vida não saudável. As quatro últimas questões classificam a adesão ao tratamento medicamentoso pelo Teste de Morisky-Green (TMG), onde é considerado aderente o participante que atinge quatro pontos e não aderente aquele com pontuação igual ou inferior a 3 pontos, as perguntas do teste são: 1) Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação? 2) Você às vezes se descuida de tomar seu medicamento? 3) Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seu medicamento? 4) Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?.

As entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador que assinalava as opções indicadas como resposta pelo paciente. Ao final, os dados foram duplamente digitados em uma planilha do programa Excel, e as análises descritivas com cálculo de frequências absolutas e porcentagens foram processadas com o auxílio do programa estatístico SSPS (Statistical Package for the Social Science), versão 16.0. Cabe ressaltar que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto sob nº 131.710 conforme determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e também não há conflitos de interesse entre envolvidos na pesquisa.

RESULTADOS

Durante o período de coleta dos dados, foram localizados 254 pacientes e entrevistados 138. Destes, a maioria 91 (65,9%) foi do sexo feminino e 47 (34,1%) do sexo masculino. A média de idade entre os participantes foi de 60,5 anos (DP=11,32), sendo que a menor idade encontrada foi de 26 anos e a maior de 82 anos.

A seguir apresentamos a caracterização dos participantes em relação aos dados socioeconômicos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes hipertensos (n=138) em relação às características socioeconômicas. Santa Helena de Goiás, Brasil, 2013.

Características	n	%
Escolaridade		
1º grau completo	8	5,8
1º grau incompleto	98	71,0
2º grau completo	12	8,7
2º grau incompleto	2	1,4
3º grau completo	1	0,7
3º grau incompleto	1	0,7
Especialização	1	0,7
Sem alfabetização	15	10,9
Ocupação		
Aposentado	55	39,9
Pensionista	7	5,1
Do lar	30	21,7
Servente/pedreiro	2	1,4
Auxiliar de coordenação escolar	2	1,4
Motorista	4	2,9
Comerciante	5	3,6
Autônomo	9	6,5
Operador de máquinas	3	2,2
Auxiliar de serviços gerais	3	2,2
Auxiliar de produção	2	1,4
Desempregado	3	2,2
Diarista e doméstica	4	2,9
Outros (reciclagem, cabelereiro, carpinteiro, professor, frentista, vigilante, porteiro, costureira, vaqueiro)	9	6,5
Renda Individual		
< 1 salário mínimo	35	25,4
1 a 2 salários mínimos	98	71,0
3 a 4 salários mínimos	5	3,6
Renda Familiar		
< 1 salário mínimo	7	5,1
1 a 2 salários mínimos	101	73,2
3 a 4 salários mínimos	28	20,3
5 a 6 salários mínimos	2	1,4
Número de indivíduos que vivem da renda familiar		
1	19	13,8
2	54	39,1
3	35	25,4
4	17	12,3
5	11	8,0
6	1	0,7
8	1	0,7
Moradia		
Própria	123	89,1
Cedida	4	2,9
Alugada	8	5,8
Outra (financiada)	3	2,2

A maioria dos pacientes n=98 (71%) referiu a escolaridade “primeiro grau incompleto” e renda individual de 1 a 2 salários mínimos. Em relação à ocupação 55 (39,9%) eram aposentados e 30 (21,7%) eram do lar. Quanto à renda familiar, 101 (73,2%) hipertensos referiram 1 a 2 salários mínimos, sendo que vivem com essa renda de duas 54 (39,1%) a três pessoas 35 (25,4%). Quanto ao tipo de moradia 123 (89,1%) referiram viver em casa própria.

Os dados relacionados à adesão ao tratamento não-medicamentoso e medicamentoso estão presentes nas Tabelas 2, 3 e 4.

Tabela 2 – Distribuição das respostas em relação à opinião dos pacientes quanto aos fatores que interferem no descontrole da pressão arterial. Santa Helena de Goiás, Brasil, 2013.

Fatores	n	%
Socioeconômicos		
Baixa condição socioeconômica	10	7,2
Desemprego	3	2,2
Alto custo do medicamento	1	0,7
Fornecimento dos medicamentos	2	1,4
Pessoais		
Idade	13	9,4
Conhecimento inadequado sobre tratamento	2	1,4
Desconhecer custos/benefícios do tratamento	3	2,2
Questões culturais	4	2,9
Pouco apoio familiar	19	13,8
Outros (estresse/ ansiedade, alterações no padrão de sono, genética, síndrome do avental branco etc.)	97	70,3
Relacionados à equipe e sistema de saúde		
Demora no atendimento	1	0,7
Outros	1	0,7
Relacionados ao tratamento e terapêutica		
Eventos adversos causados pela medicação	6	4,3
Horário de tomar os medicamentos	3	2,2
Frequência e número de fármacos a serem tomados	3	2,2
Dificuldades na aceitação e adaptação às modificações no estilo de vida	58	42
Outros	16	11,6
Fatores relacionados à doença		
Ausência dos sinais e sintomas	3	2,2
Cronicidade da doença	11	8
Outros	1	0,7

A baixa renda configura-se como fator importante na adesão ao tratamento e foi referida por 10 pacientes (7,2 %), já a idade foi referida por 13 (9,4%) pacientes.

Uma parte dos pacientes do município de Santa Helena de Goiás que referiram desconhecer os benefícios ou tinham conhecimento inadequado sobre o tratamento (n=5; 3,6%). Pouco apoio familiar foi indicado por 19 (13,8 %) dos hipertensos participantes no presente estudo.

Entre os fatores pessoais que interferem no descontrole da pressão arterial mencionados pelos pacientes deste estudo estão os fatores psicológicos/estresse/alterações no padrão de sono e também dificuldades de adaptação às modificações no estilo de vida n= 97 (70,3%).

As alterações no padrão do sono e a genética também foram relatadas pelos participantes desta pesquisa como fatores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão.

O efeito do avental branco, referido por alguns entrevistados em nossa pesquisa, é uma síndrome que não tem os determinantes conhecidos e é definido pela diferença de pressão obtida entre a medida no consultório e fora dele, desde que essa diferença seja igual ou superior a 20 mmHg na pressão sistólica e/ou de 10 mmHg na pressão diastólica ⁽¹⁾.

O tempo de espera foi relatado por um paciente no presente estudo como fator que interfere na adesão.

A presença de efeitos adversos foi relatado por 6 (4,3%) dos hipertensos desta pesquisa. Ainda sobre a terapêutica, três pacientes (2,2%) referiram o horário como fator para não adesão ao tratamento. Outros três hipertensos relataram a frequência/número de fármacos a serem tomados como fator que interfere na adesão.

Outro ponto de destaque relatado pelos pacientes entrevistados em nossa pesquisa foi a dificuldade em aceitação e adaptação do estilo de vida n=58 (42%). Assim como a assintomatologia e cronicidade da doença, condições essas, referidas por 14 (10,2%) pacientes na presente pesquisa.

Quanto à adesão dos pacientes hipertensos aos hábitos de vida relacionados ao tratamento não medicamentoso, encontramos que 22 (15,9%) pacientes hipertensos relataram ter hábitos saudáveis e 116 (84,1%) relataram não mantê-los (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das respostas dos hipertensos (n=138) em relação à manutenção de hábitos de vida saudáveis. Santa Helena de Goiás, Brasil, 2013.

Hábitos de vida relacionados ao tratamento não farmacológico	n	%
Aderentes	22	15,9
Não aderentes	116	84,1
Fumo		
Fumante	21	15,2
Não fumante	117	84,8
Ingestão de bebida alcoólica		
Sim	30	21,7
Não	108	78,3
Prática de exercícios regularmente		
Sim	50	36,2
Não	88	63,8
Segue dieta hipossódica		
Sim	93	67,4
Não	45	32,6

A porcentagem da não adesão ao tratamento não farmacológico foi de 84,1%, dado esse que quando analisado conjuntamente com fatores que influenciam na PA, como a dificuldade na aceitação e adaptação às modificações no estilo de vida n=58 (42%) da Tabela 2 mostram que os pacientes encontram barreiras na mudança dos hábitos de vida.

A adesão dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico de acordo com o TMG, mostrou que 40 pacientes (29%) são aderentes ao tratamento medicamentoso, enquanto 98 (71%) tiveram pontuação menor ou igual a 3, caracterizando-os como não aderentes (Tabela 4).

Tabela 4– Distribuição das respostas dos hipertensos (n=138) em relação à adesão ao tratamento farmacológico. Santa Helena de Goiás, Brasil, 2013.

Adesão ao tratamento farmacológico	n	%
Aderentes	40	29
Não aderentes	98	71
Total	138	100

DISCUSSÃO

Em relação ao gênero e a idade, os dados encontrados no presente estudo coincidem com o que é apresentado na literatura. A HAS é a condição crônica mais comum entre a população idosa. Estudos apontam que sua prevalência nessa população é superior a 60% e que, portanto, o diagnóstico correto e a persistência dos pacientes no acompanhamento se faz necessário para obter as metas ideais do tratamento e reduzir a morbimortalidade cardiovascular ⁽⁷⁻⁹⁾.

Quanto ao gênero, encontramos estudo sobre adesão em que 82% dos participantes eram mulheres hipertensas ⁽¹⁰⁾. Entretanto, um estudo que investigou a adesão ao tratamento entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado no interior paulista encontrou 79,2% dos pacientes do sexo masculino ⁽¹¹⁾.

Alguns dados encontrados na presente pesquisa assemelham-se aos de estudos sobre adesão ao tratamento de hipertensão, realizados no Ceará e no interior de Pernambuco, onde 90% da amostra das populações estudadas residiam em casa própria e mais de 60% possuíam ensino fundamental completo ou incompleto ^(10, 12).

Nesse sentido, a HAS independe de acometer os indivíduos em níveis socioeconômicos e escolaridades diferentes. Entretanto, a baixa condição socioeconômica tem papel fundamental e interfere sobre outras condições de saúde como no acesso aos serviços de saúde, grau de informação, compreensão sobre a doença e adesão ao tratamento ⁽¹³⁾.

Em relação à ocupação, a aposentadoria é a ocupação mais frequentemente encontrada nos estudos sobre adesão ao tratamento da hipertensão ^(4, 8, 11).

Em um levantamento bibliográfico constatou-se que, dentre vários fatores relacionados ao paciente, a baixa condição econômica é bastante crucial na adesão ao tratamento da hipertensão, assim como fatores culturais, o acesso aos serviços de saúde e grau de conhecimento sobre a doença ⁽¹⁴⁾.

Com relação à idade, destaca-se que a abordagem da adesão deve ser diferente em cada faixa etária, valorizando de forma atenta as necessidades e dificuldades apresentadas por esses pacientes hipertensos. Além disso, os idosos hipertensos podem auxiliar na difusão do conhecimento sobre a HAS para gerações mais novas da sua família, disseminando as informações para melhora do autocuidado, lembrando-se os aspectos estruturais e familiares ⁽¹⁵⁾.

As crenças comportamentais, os costumes sobre as práticas de saúde, os valores e as percepções do paciente em relação à sua doença e ao tratamento diferem dos pensados pelos profissionais, tendo em vista que são dois grupos socioculturais, linguísticos e psicológicos distintos ⁽¹⁴⁾.

Em trabalho desenvolvido em Teresina, capital do estado do Piauí, também no Brasil, os resultados obtidos demonstraram que houve a falta de informação para a maioria dos entrevistados acerca de sua doença e de seu tratamento e conseqüentemente, a não adesão ao tratamento ⁽¹⁶⁾.

Quanto ao pouco apoio familiar, cabe ressaltar o papel das famílias que devem ser envolvidas diretamente na atenção aos pacientes hipertensos, pois a mudança de hábito requer um engajamento muito grande por parte de todos os envolvidos ⁽¹²⁾.

Os resultados deste estudo assemelham-se com outros dois trabalhos que apontaram os fatores emocionais, psicológicos e alterações no controle da HAS como os mais citados e que dificultam na adesão ao tratamento ^(6, 17).

Há cinco décadas, a relação entre estresse e hipertensão vem sendo estudada e assumiu papel importante enquanto fator de risco para o desenvolvimento da doença arterial coronariana. Atualmente, defende-se que o composto de emoções e afetos de modulações negativas possa desencadear o estresse, que não só a raiva e a hostilidade, assim como medo, vergonha e culpa ⁽¹⁸⁾.

Sabe-se que algumas disfunções no sono podem contribuir para o descontrole e ou o surgimento da HAS, como foi relatado por alguns pacientes da pesquisa ⁽¹⁹⁾.

A contribuição da genética para o surgimento da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que, sejam utilizadas para predizer o risco de cada indivíduo de se desenvolver HAS ⁽¹⁾.

O tempo despendido para as consultas, a duração da terapêutica e o regime terapêutico têm influência no comportamento dos pacientes ⁽²⁰⁾. Assim como os efeitos adversos, visto que um estudo desenvolvido no interior paulista que investigou a relação entre os efeitos adversos e a adesão ao tratamento obteve que todos os pacientes que referiram presença de efeitos adversos da medicação não eram aderentes ao tratamento da HAS ⁽²¹⁾.

Em relação aos aspectos: horário, frequência e quantidade de medicamentos aponta-se que um estudo bibliográfico descreve como ferramenta de adesão ao tratamento a comodidade farmacológica que é baseada na estratégia de simplificação de doses ⁽¹⁴⁾. Em estudo sobre os motivos do abandono do seguimento médico, apenas um terço dos pacientes relataram mudanças no estilo de vida tendo em vista o controle da

HAS. As modificações no estilo de vida envolvem mudanças comportamentais que não devem ser consideradas como escolhas livres e descontextualizadas ⁽²²⁾.

A assintomatologia e cronicidade das doenças foram dificuldades apontadas como causas para as falhas terapêuticas e o abandono do uso de medicamentos em estudo desenvolvido no Brasil ⁽¹⁶⁾.

Com relação ao tratamento não farmacológico, é importante orientar sobre a adoção de estilos de vida saudáveis como a não ingestão de bebida alcoólica, abolir o consumo de tabaco, realizar planejamento alimentar com a dieta hipossódica e hipocalórica, manejo de situações de estresse e atividade física regular, devem fazer parte da assistência direcionada aos hipertensos. À medida que se adota um estilo de vida saudável proporciona uma melhoria da qualidade de vida e interfere de forma positiva no controle da hipertensão arterial ⁽⁴⁾.

O documento VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial traz uma relação dos benefícios nas cifras tensionais frente às mudanças de hábitos de vida, como por exemplo: as mudanças no padrão alimentar como adoção da dieta Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH), que pode reduzir de 8 a 14 mmHg na pressão arterial Sistólica; já a redução do consumo de sal de no máximo 2 gramas diários reduz de 2 a 8 mmHg na PAS; moderação do consumo do álcool no valor de 2 a 4 mmHg e a prática de 30 minutos de exercício físico por dia durante 3x na semana, abaixa 4 a 9 mmHg ⁽¹⁾.

Seguir a dieta hipossódica foi condição referida por, aproximadamente, 64% dos hipertensos pesquisados, porcentagem muito próxima a de pesquisa desenvolvida no interior paulista, em que 60% dos pacientes entrevistados relataram restrição de sal na alimentação ⁽²²⁾.

O número de hipertensos fumantes na pesquisa foi de 21 indivíduos (15,2%) – diferentemente de estudo que apresentou porcentagem menor: 7,4% dos pacientes referiram serem fumantes na pesquisa desenvolvida na cidade de Januária, Minas Gerais, Brasil ⁽³⁾.

Foi encontrado que 63,8% dos indivíduos não praticam exercício físico regularmente, o que vai ao encontro de um estudo desenvolvido no município de Ribeirão Preto, onde as taxas de não adesão às atividades físicas regulares estão acima da metade dos indivíduos pesquisados, mesmo recebendo aconselhamento para tal ⁽⁷⁾.

Já em relação ao tratamento farmacológico, discute-se que devido à baixa adesão ao tratamento, os percentuais de controle da pressão arterial são baixos, mesmo com evidências de que o tratamento anti-hipertensivo seja eficaz em diminuir a morbidade e mortalidade cardiovascular ⁽¹⁾.

Trabalhos que utilizaram o TMG encontraram na população valores entre 72 a 86% de pacientes não aderentes ao tratamento medicamentoso proposto ^(6, 8, 23).

Com relação à adesão a terapia farmacológica do tratamento da HAS, estudos que incluem pacientes, que ingerem medicamento de forma regular, podem ocasionalmente perder algumas doses, causando impacto sobre o efeito anti-hipertensivo e risco de doença cardiovascular. Portanto, os anti-hipertensivos com

eficácia sustentada além de um período de 24 horas podem minimizar as doses omitidas durante o tratamento ⁽²⁾.

Diante dos resultados apresentados, ressaltamos que a falta de adesão é multifatorial e conseqüentemente diversas medidas devem ser adotadas para mantê-la. Essas medidas devem estar baseadas em evidências clínicas e associadas à mobilização multiprofissional, com intuito de promover maior engajamento do paciente ao seu tratamento ⁽²⁰⁾.

Uma prática amplamente utilizada é a educação em saúde com engajamento voltado para o autocuidado, estimulando a autopercepção da doença e corresponsabilização do indivíduo com seu próprio cuidado, de maneira que atinja o melhor nível de saúde e qualidade de vida possível. Através de uma revisão na literatura nacional, sobre ações de educação em saúde com pacientes hipertensos desenvolvidas pela enfermagem entre os anos de 1990 a 2010, cerca de quase 50% dos artigos abordaram a educação em saúde como ferramenta na adesão ao tratamento. Aliado a isso, os artigos apontam sempre para prática multiprofissional da educação em saúde, constituindo uma parte integrante não somente da prática profissional da enfermagem, mas de todos que prestam cuidados ao paciente hipertenso ^(12, 24).

Além disso, é preciso o desenvolvimento de políticas públicas e institucionais que envolvam os profissionais que cuidam dos pacientes com a finalidade de melhora da adesão, tendo como consequência, melhor prognóstico para os pacientes ⁽²⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é uma doença cardiovascular de grande repercussão na Atenção primária à saúde, de causas multifatoriais e principal fator de risco para infarto, acidente vascular cerebral e doença renal crônica.

Diante dos resultados encontrados, observamos que ainda é preciso desenvolver novas pesquisas, com vistas a conhecer os fatores da não adesão ao tratamento da HAS.

A população estudada apresenta como características: ser em sua maioria do sexo feminino, com idade média de 60,5 anos de idade, baixa escolaridade, apresentando baixos índices de adesão ao tratamento e, referindo como causa dessa não adesão ao tratamento os fatores de origem psicossociais ou estresse e a dificuldade em mudanças no estilo de vida.

Destacamos a elaboração e execução de projetos para essa população com ações multiprofissionais que busquem estimular a adesão ao tratamento dos hipertensos. Aprimorar tecnologias existentes e/ou conceber o uso de novas promovendo a adesão dos pacientes com relação ao tratamento e proporcionar capacitações para os profissionais do Núcleo de Apoio da Saúde da Família do município investigado, gerando melhorias na assistência prestada a esse grupo específico.

Portanto, são relevantes os esforços a serem despendidos na atenção primária, com ações de promoção, e prevenção dos agravos da HAS, contribuindo para redução dos gastos públicos, internações hospitalares por complicações clínicas e permitindo melhora da qualidade de vida para essa população.

REFERÊNCIAS

- (1) Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Hipertensão. 2010; 17 (1): 1-65.
- (2) Mion Jr. D, Ortega KC. Adesão ao tratamento de acordo com os medicamentos utilizados. In: Nobre F, Mion Jr., D (Org.). Adesão ao tratamento – o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial. São Paulo: Leitura Médica, 2013.
- (3) Oliveira TL, Miranda LP, Fernandes OS, Caldeira AP. Eficácia da educação em saúde no tratamento da hipertensão arterial. Acta Paulista de Enfermagem. 2013; 26(2): 179-84.
- (4) Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em unidades básicas de saúde localizadas na região oeste da cidade de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16 Suppl 1: S1389-400.
- (5) Reineirs AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13 Suppl 2: S2299-306.
- (6) Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV, Castedo MCA. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2009; 17 (2): 201-6.
- (7) Bastos-Barbosa RG, Ferriolli E, Moriguti JC, Nogueira CB; Nobre F; Ueta J; Lima NKC. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 99 (1): 636-41.
- (8) Cavallari E, Nogueira MS, Fava SMCL, Cesarino CB, Martin JFV. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. Revista de Enfermagem da UERJ. 2012; 20(1): 67-72.
- (9) Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18 (6): 1763-72.
- (10) Bezerra DS, Silva AS, Carvalho ALM. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, BRASIL. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada. 2009; 30 (1): 69-73.
- (11) Calixto AATF. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado no interior paulista [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2010. 109 p.
- (12) Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem multidisciplinar. Texto & Contexto Enfermagem. 2005; 14 (3): 332-40.
- (13) Faria HTG. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2008. 127 p.
- (14) Santos MVR, Oliveira DC, Arraes LB, Oliveira DAGC, Medeiros L, Novaes MA. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagens. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica. 2013; 11 (1):55-61.
- (15) Lima NKCL. Adesão ao tratamento nas diversas faixas etárias. In: Nobre F, Mion Jr D (Org.). Adesão ao tratamento – o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial. São Paulo: Leitura Médica, 2013.

- (16) Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17 (7): 1885- 92.
- (17) Fonseca FCA, Coelho RZ, Nicolato R, Malloy-Diniz LF, Silva Filho HC. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2009; 58 (2): 128-34.
- (18) Pereira AAM. Aspectos psicológicos envolvidos na não adesão. In: Nobre F, Mion Jr D (Org.). *Adesão ao tratamento – o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial*. São Paulo: Leitura Médica, 2013.
- (19) Duarte RLM, Silva RZM, Silveira FJM. Ronco: diagnóstico, consequências e tratamento. *Pulmão RJ*. 2010; 19 (3-4): 63-67.
- (20) Giorgi DMA. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 2006; 13 (1): 47-50.
- (21) Palota L. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2010. 96 p.
- (22) Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira ATAR, Nemes MIB, Lyda M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): 2603-10.
- (23) Eid LP, Nogueira MS, Veiga EV, Cesarino EJ, Marchi Alves LM. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de Morisky-Green. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [Internet]. 2013 [acesso em: 29 abril 2014]; 15(2): 362-7. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/15599/14787>
- (24) Moura AA, Nogueira MS. Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura. *Journal of Management and Primary Health Care*. 2013; 4 (1): 36-41.
- (25) NOBRE F. Fatores envolvidos e consequências da não adesão ao tratamento. In: NOBRE, F.; MION Jr., D (Org.). *Adesão ao tratamento – o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial*. São Paulo: Leitura Médica, 2013.

Recebido: 04 de fevereiro de 2015; Aceito: 18 abril de 2015

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia