

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**GUILHERME MOREIRA DIAS**

**ABORDAGEM DA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO  
MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS**

**2013**

**GUILHERME MOREIRA DIAS**

**ABORDAGEM DA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO  
MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

**Orientadora:** Profa. Dra. Palmira de Fátima Bonolo

**CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS**

**2013**

**GUILHERME MOREIRA DIAS**

**ABORDAGEM DA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO  
MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Palmira de Fátima Bonolo

Banca Examinadora

Profa. Dra. Palmira de Fátima Bonolo – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014

## RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santa Cruz está situada no bairro Santa Terezinha, cidade de Conselheiro Lafaiete-MG. Em relação à hipertensão arterial sistêmica (HAS) observa-se que, as complicações são, na sua grande maioria, decorrentes da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Além disso, cerca de 20% dos atendimentos médicos diários da ESF são voltados a pessoas com níveis pressóricos descontrolados. A terapia anti-hipertensiva tem como objetivo primordial diminuir os riscos associados à elevação da pressão arterial, promovendo a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, sem afetar adversamente a sua qualidade de vida. O objetivo deste trabalho foi proporcionar ao paciente hipertenso uma visão prática sobre sua condição de saúde, informando-lhe sobre os fatores de risco e as complicações da HAS, visando melhorar as taxas de adesão às terapias medicamentosas. Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a não adesão do tratamento pelos portadores de HAS. Foi também realizado durante os atendimentos médicos diários, dos pacientes com pressão arterial acima de 140 x 90 mmHg uma investigação quanto ao uso da medicação para tratamento da HAS. Após a investigação, foram levantados os principais motivos que levam o paciente a não usar corretamente a medicação, apenas o primeiro motivo citado pelo paciente foi considerado: doença assintomática (41%), esquecimento (20%), efeitos colaterais (17%), falta de receita (12%) e outros motivos (10%). Os dados apontaram que as mulheres tinham idade média de 61 anos, sendo 70% afrodescendente. Entre as adultas, a maioria obteve classificação de obesidade (68,8%). Entre as idosas, 35,7% tinham sobrepeso. Cerca de 54% tinha história familiar de hipertensão arterial. Ainda, em relação a HAS, 43,3% estavam no estágio 2, sendo que 33,3% tinham comorbidades com diabetes e dislipidemia e 23,3% estiveram internadas durante o intervalo de um ano. Cerca de 37% eram tabagistas e 53% etilistas. Em relação aos homens, a idade média de 64,6 anos, sendo 80% afrodescendente. Entre os adultos, metade era obeso e metade normal. Entre os idosos, 50% tinham peso normal. Cerca de 70% tinha história familiar de HAS. Em relação a HAS, 50% tinham sistólica isolada, sendo que 50% tinham comorbidades com dislipidemia e 30% estiveram internadas durante o intervalo de um ano. Cerca de 30% eram tabagistas e 60% etilistas. Com o Plano de intervenção pretende-se buscar estratégia para melhorar a adesão à medicação anti-hipertensiva, por meio projeto assistencial às pessoas hipertensas. Os interessados serão cadastrados no projeto para que haja um acompanhamento efetivo. A intervenção poderá ser realizada por meio de oficinas temáticas com os hipertensos cadastrados e acompanhados pelo projeto. As oficinas serão realizadas na ESF Santa Cruz – Conselheiro Lafaiete e contará com a parceria do enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS. A manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente vivendo com hipertensão.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Adesão. Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

The Family Health Strategy (FHS) Santa Cruz is located in Santa Tereza, city of Conselheiro Lafaiete - MG. Regarding hypertension is observed that the complications are mostly arising from non-adherence to anti-hypertensive treatment. In addition, 20% of the daily medical care of the FHS is toward people with uncontrolled blood pressure. Antihypertensive therapy has as main objective to abolish risks associated with high blood pressure, promoting the reduction of cardiovascular morbidity and mortality in hypertensive patients without adversely affecting their quality of life. The aim was to provide the hypertensive patient a practical view about your health condition, informing him about the risk factors and complications of hypertension, to improve rates of adherence therapies. Also, improve health status and reduce the impact of injuries resulting from this disease in this population. A literature review of non-adherence to treatment by patients with SAH was performed. Data collection was conducted through semi structured interviews. Patients with blood pressure above 140 x 90 mmHg were investigated regarding the use of medication for hypertension. After, were raised the main reasons that the patient not properly use the medication, only the first reason cited by patients were considered: asymptomatic disease (41%) , forgetfulness (20%) , side effects (17%) , lack of prescription (12%) and other reasons (10%). The data showed that women had a mean age of 61 years, 70% Afro-American descents. Among adults, the majority was classified as obesity (68.8%). Among the elderly, 35.7% were overweight. About 54% had a family history of hypertension. Regarding hypertension, 43.3% were in stage 2, and 33.3% had comorbid diabetes and dyslipidemia and 23.3% were hospitalized during the interval of one year. About 37% were smokers and 53% consumed alcohol. Regarding men, mean age 64.6 years, 80% Afro-American descents. Among adults half were obese and half had normal weight. Among the elderly, 50% had normal weight. About 70% had a family history of hypertension. Regarding hypertension, 50% had isolated systolic, and 50% had comorbid dyslipidemia, and 30% were hospitalized during the interval of one year. About 30% were smokers, and 60% consumed alcohol. The intervention plan has a strategy to improve adherence to antihypertensive medication, through care project to hypertensive people. Individuals will be registered in the project so that there is effective monitoring. The intervention may be undertaken through thematic workshops with hypertensive registered and monitored by the project. The workshops will be held in the FHS Santa Cruz – Conselheiro Lafaiete and will include the partnership of nurses, nursing assistant and health community agents. Maintaining the patient's motivation not to abandon treatment is perhaps one of the toughest battles that health professionals face in relation to hypertensive patients.

**Key-words:** Hypertension. Adherence. Primary Health Care.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

OMS – Organização Mundial de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ESF - Estratégia de Saúde da Família

BRA – Bloqueador do Receptor de Angiotensina

BCC- Bloqueador de Canal de Cálcio

IECA – Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>10</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
<b>4.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).....</b>	<b>13</b>
<b>4.2 Aspectos gerais da adesão à medicação no tratamento         de doenças crônicas.....</b>	<b>15</b>
<b>4.3 Aspectos gerais da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo         .....</b>	<b>17</b>
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cruz está situada no bairro Santa Terezinha na Rua Hermílio Rodrigues Pereira nº150, cidade de Conselheiro Lafaiete-MG. A UBS funciona no mesmo local do Centro Regional Barreira, sendo a parte da ESF composta por: uma sala de enfermagem, um consultório médico, um consultório odontológico, uma recepção uma sala dos ACS, uma copa, uma dispensa, sala de vacinas e uma sala utilizada como farmácia. Tem ainda sala de curativos, nebulização bem como um hall de entrada e dois banheiros externos que são utilizados em conjunto com o Centro Regional Barreira. A equipe multidisciplinar é composta por um enfermeiro, um médico, um dentista, um técnica de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal e sete ACS.

A UBS Santa Cruz, em sua área de abrangência, atende os bairros Santa Terezinha, Santa Luzia, São Benedito, Lima Dias II, Satélite e Santa Cruz. De acordo com o IBGE a população de Conselheiro Lafaiete é de 116.512 habitantes.

Em relação à taxa de urbanização dos bairros atendidos pelo PSF Santa Cruz, 99,1% são de população urbana. Em relação à população atendida pela ESF Santa Cruz, há um total de 1877 famílias cadastradas com 6111 pessoas.

As principais atividades econômicas da área de abrangência segundo levantamento feito pela equipe durante a confecção do perfil sociodemográfico são: mecânico, Ajudante mecânico, Motorista, Pedreiro, Auxiliar de serviços gerais, Doméstica, Balconista, Servente de pedreiro, Operador de máquinas, Ajudante geral. Em relação à renda estima-se que a renda média da população varie entre 1 e 2 salários mínimos. No quesito escolaridade, a equipe fez um levantamento considerando a população a partir da idade escolar, sendo 99% da população alfabetizada.

No aspecto ambiental, a rede pública totaliza 99,4% da população adscrita. O principal tratamento de água no domicílio é por filtração (99,4%). Sobre o esgoto sanitário, 97,3% tem coleta pública, enquanto que o lixo tem 98,3% de coleta pública. A coleta do lixo contaminado da unidade de saúde é feita quinzenalmente por empresa terceirizada pela Prefeitura Municipal e levado para um local específico da empresa onde é incinerado.



Quanto aos aspectos epidemiológicos, os registros dos ACS, das fichas D e SSA2 obtiveram-se dados em relação à mortalidade e morbidade. Não foram identificados dados sobre mortalidade infantil nem mortalidade materna, houve dois casos de mortalidade neonatal devido a complicações do parto. Segue abaixo as causas e número de casos de óbitos: problemas cardíacos, Infarto agudo do miocárdio e Insuficiência cardíaca congestiva (seis); Acidente vascular encefálico (cinco); Câncer (três); Pneumonia (dois); Apendicite (dois); Complicações do parto e prematuridade (dois).

Os dados de morbidade também foram levantados pelas ACS. Em relação às doenças de notificação compulsória, foram realizadas notificações de dengue e varicela. Na lista abaixo as 10 primeiras causas de atendimento hospitalares/serviços ambulatoriais: Pneumonia (22); Hipertensão arterial (9); Diabetes (8); Insuficiência cardíaca (8); Infecção urinária (7); Dengue (6); Infarto agudo do miocárdio (5); Trombose (5); Diarreia e desidratação (4); Insuficiência renal (3) e Problemas respiratórios – bronquite e asma (3).

Pelos dados levantados da notificação, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais motivos de atendimentos hospitalares/serviços ambulatoriais. Isso se dá em parte, pelas complicações advindas da hipertensão arterial em decorrência da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Além disso, cerca de 20% dos atendimentos médicos diários da UBS são voltados a pessoas com níveis pressóricos descontrolados. Também a maioria dos atendimentos de demanda espontânea é constituída por hipertensos com níveis pressóricos elevados.

Justifica-se, portanto a realização deste projeto de intervenção com a finalidade de aumentar a adesão dos hipertensos ao tratamento.

## 2 JUSTIFICATIVA

A terapia anti-hipertensiva tem como objetivo primordial abolir os riscos associados à elevação da pressão arterial, promovendo a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, sem afetar adversamente a sua qualidade de vida. A implementação de medidas de incentivo à adesão medicamentosa no combate à hipertensão arterial sistêmica representa um grande desafio para os profissionais e os gestores na área da saúde. Considerando a importância de um tratamento anti-hipertensivo adequado, a abordagem profissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, a HAS exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento.

De acordo com a World Health Organization (2003), os pacientes precisam de conselhos, apoio e informação dos profissionais de saúde, para serem capazes de entender a importância de manter o controle da pressão arterial, usar os seus medicamentos de forma racional, aprender a lidar com doses perdidas e como identificar os eventos adversos e o que fazer quando eles ocorrem.

A ampla orientação da população sobre a importância de um bom controle dos níveis pressóricos irá levar a uma melhor qualidade de vida aos hipertensos e também desafogará o trabalho de toda a equipe da UBS, uma vez que a mesma depende grande parte de seus esforços e recursos com pacientes refratários ao tratamento medicamentoso da HAS.

### **3 OBJETIVOS**

Elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de melhorar as taxas de adesão de pacientes hipertensos às terapias medicamentosas usadas no tratamento dessa doença crônica. E

Buscar a melhoria do estado de saúde e a redução do impacto dos agravos resultantes dessa doença na população por meio de uma assistência mais qualificada

#### 4 METODOLOGIA

Utilizou-se dos momentos dos atendimentos médicos diários para anotar todos os pacientes com pressão arterial superior a 140 x 90 mmHg e foram investigados quanto ao uso da medicação para tratamento da HAS. Além dos dados clínicos gerados nas consultas, como medidas antropométricas e o Índice de Massa Corporal (IMC). Foram também perguntados sobre os motivos que os levavam a não usar corretamente a medicação, apenas o primeiro motivo citado pelo paciente foi considerado como o problema principal.

A digitação dos dados foi realizada na planilha do Programa Excel 2013 versão para Windows. A análise descritiva foi efetuada no Programa EpiInfo versão 2006.

Para a análise dos pacientes hipertensos considerou-se IMC de 18,5 e 21,9 kg/m<sup>2</sup> como de baixo peso para o adulto e idoso, respectivamente; maior que 25,0 como sobrepeso para o adulto e 27,1 como sobrepeso para o idoso. Para obesidade tem-se o IMC maior que 30,1 para o adulto e maior que 32,1 para o idoso.

Realizou-se ainda uma revisão bibliográfica a Biblioteca Virtual em Saúde e nos manuais do Ministério da Saúde para buscar as evidências já existentes sobre o tema abordado e ainda a aplicabilidade das mesmas na minha prática.

Para a busca utilizou-se os seguintes descritores:

Hipertensão;

Adesão;

Atenção primária à saúde.

## **5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**

A hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). É considerado um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas e um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. A HAS ocasiona um elevado custo econômico-social em decorrência das suas complicações, além de ocasionar grande impacto na morbimortalidade mundial.

A HAS raramente causa sintomas nas fases iniciais e muitas pessoas não são diagnosticadas. Aqueles que são diagnosticados podem não ter acesso ao tratamento e podem não ser capazes de controlar com êxito a sua doença em longo prazo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Uma vez que essa doença está associada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, ocorre aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (WILLIAMS, 2010). Sendo a responsável por pelo menos 45% das mortes por doença cardíaca e 51% das mortes por acidente vascular cerebral. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A HAS é uma doença crônica com alta prevalência na população brasileira e mundial. A WHO estima que hoje em dia um em cada três adultos no mundo sofre dessa doença. Em 2008, cerca de 40% dos adultos, em todo o mundo, com idades a partir de 25 anos, foram diagnosticados com hipertensão, o número de pessoas com a condição subiu de 600 milhões em 1980 para 1 bilhão em 2008 (OMS, 2011). O aumento da prevalência de hipertensão é atribuído ao crescimento da população, ao envelhecimento e aos fatores de risco comportamentais, como alimentação inadequada, uso nocivo do álcool, falta de atividade física, excesso de peso e a exposição persistente ao estresse (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Embora a hipertensão arterial seja considerada uma doença de origem multifatorial, alguns fatores de risco são mais relevantes. Dentre estes, destacam-se a faixa etária, gênero, cor/etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão excessiva de sal e álcool, por período prolongado de tempo, sedentarismo, tabagismo, fatores socioeconômicos, escolaridade e genética (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A medida da pressão arterial é o elemento chave para o estabelecimento do diagnóstico da HAS. De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, classificamos os níveis de PA para pessoas com mais de 18 anos de conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

(Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão)

Apesar dos conhecidos benefícios da terapia anti-hipertensiva na prevenção das complicações cardiovasculares da HAS, o percentual de pacientes hipertensos que alcançam os alvos-terapêuticos é baixo.

As dificuldades de controle da HAS, na concepção de estudiosos, estão relacionadas às características da doença, como o caráter assintomático, a evolução lenta, a cronicidade, que fazem com que a hipertensão não seja considerada doença ou algo que precise ser cuidado. Assim os portadores não sentem necessidade de modificar hábitos relacionados ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar, até que surjam as primeiras complicações provocadas pela doença. Nesse aspecto para que a doença possa ser controlada é imprescindível a adesão ao tratamento, objetivando a manutenção da pressão arterial em valores considerados normais (PIERIN; STRELEC; MION, 2004).

## **5.2 Aspectos gerais da adesão à medicação no tratamento de doenças crônicas**

Adesão pode ser definida como o grau em que o paciente segue as orientações dos profissionais, ou seja, a conduta de um paciente em relação ao uso do medicamento, ao seguimento de uma dieta ou à modificação de hábitos de vida (HAYNES *et al.*, 1980). A adesão é um fator-chave associado à eficácia de todas as terapias farmacológicas, mas é particularmente crítico para medicamentos prescritos para condições crônicas.

O tratamento de doenças crônicas geralmente inclui o uso da farmacoterapia em longo prazo. Embora estes medicamentos sejam eficazes no combate à doença, seus benefícios muitas vezes não são alcançados porque aproximadamente 50% dos pacientes não tomam os seus medicamentos como prescrito (BROWN e BUSSELL, 2011).

O comportamento relacionado à medicação é extremamente complexo e individual, exigindo inúmeras estratégias multifatoriais para melhorar a adesão. Pesquisas na área farmacêutica têm resultado no desenvolvimento de medicamentos com comprovada eficácia e perfis positivos de risco-benefício. Contudo um aspecto

importante no tratamento de doenças crônica é a adesão à medicação (BROWN e BUSSELL, 2011): Tratamento → Adesão → Resultado.

Existem diversos métodos para medir a adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso e todos os métodos apresentam vantagens e desvantagens. Esses métodos podem ser diretos ou indiretos. Os métodos diretos incluem observar a terapia diretamente, a medição do nível de medicamentos ou metabólito no sangue e a medição de marcador biológico no sangue. Métodos indiretos de avaliação da aderência incluem aplicar questionários aos pacientes, autorrelatos diários dos pacientes, contagem de comprimidos, taxa de recarga da prescrição, avaliação da resposta clínica do paciente, dosador eletrônico, medição de marcadores fisiológicos.

Para Osterberg e Blaschke (2005), os pacientes são considerados aderentes a sua medicação se a sua percentagem de adesão à medicação, definida como o número de comprimidos ausentes num determinado período de tempo ("X") dividido pelo número de comprimidos prescritos pelo médico no mesmo período de tempo, é maior do que 80%:

Nº de comprimidos ausentes em um tempo X

Nº de comprimidos prescritos em um tempo X

Mas de acordo com os autores este método tem limitações, pois se assume que o número de comprimidos ausentes realmente foi tomado pelos pacientes. Além disso, este método pode não ser representativo dos padrões de adesão em longo prazo, porque pacientes podem apresentar aderência do avental branco, ou melhorar o comportamento quanto à medicação tomada nos cinco dias antes e cinco dias depois de um encontro de cuidados de saúde.

Para Pierin; Strelec; Mion (2004) existem diferentes níveis de adesão. No nível mais elevado estão os aderentes propriamente ditos, aqueles que seguem totalmente o tratamento, e no lado oposto classificam-se os desistentes, aqueles que abandonam o tratamento. No grupo dos não aderentes estão os pacientes persistentes, que até comparecem às consultas, porém não seguem o tratamento.



### 5.3 Aspectos gerais da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Embora seja bem conhecido que terapias anti-hipertensivas reduzem significativamente os riscos de eventos isquêmicos, a adesão à medicação é pobre até mesmo entre pessoas que sofreram algum evento cardiovascular (GLADER *et al.*, 2010). Sales e Tamaki (2007) constataram que a experiência de uma complicação da HAS não assegura maior adesão do paciente ao tratamento. E apesar do fato de a terapia farmacológica anti-hipertensiva ter um perfil de segurança e tolerabilidade positivos e reduzir o risco de acidente vascular cerebral em cerca de 30%, e o enfarte do miocárdio em aproximadamente 15%, evidências a partir de uma série de estudos sugere que cerca de 50% a 80% dos pacientes hipertensos tratados não são aderentes ao seu regime de tratamento (revisado por BROWN e BUSSELL, 2011).

A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo constitui um dos maiores problemas na área de hipertensão arterial. As razões para a fraca adesão à medicação são frequentemente multifatoriais. A não aderência à medicação pode ser intencional ou não intencional. A não adesão intencional é um processo ativo em que o paciente escolhe desviar-se do regime de tratamento. Isto pode ser um processo de decisão racional, em que o indivíduo pesa os riscos e benefícios do tratamento contra quaisquer efeitos adversos. A não adesão não intencional é um processo passivo no qual o paciente pode ser descuidado ou esquecido sobre a adesão ao tratamento (HO; BRYSON; RUMSFELD, 2009).

Os pacientes deixam de aderir à terapia anti-hipertensiva prescrita por vários motivos como ausência de sintomas associados à doença, complexidade do esquema de dosagem de medicação ou até mesmo o custo dos medicamentos. Outra questão é a não compreensão da doença por parte dos pacientes que pode ser vista como o resultado do curso assintomático da HAS. Em um estudo realizado por Santos *et al.* (2005), na amostra investigada, somente 12% dos entrevistados revelaram algum conhecimento sobre a hipertensão arterial e (56%) conheciam

parcialmente a suas consequências. Por outro lado, Pucci *et al.* (2012) mostrou que apesar do conhecimento adequado dos hipertensos, as questões sobre conhecimento da doença não foram suficientes para exercer influência sobre a adesão ao tratamento. Amarante *et al.* (2010) constataram que um dos motivos mais importantes para a não adesão foi o esquecimento de administrar o medicamento.

Demoner; Ramos; Pereira (2012) constataram uma prevalência de não adesão à terapia anti-hipertensiva de 64%. Observou-se que a prevalência de pacientes não aderentes foi maior naqueles com faixa etária menor (entre 18 e 40 anos). Em relação à ocupação, os pacientes que trabalhavam tendem a ser não aderentes em relação àqueles que não possuem ocupação laboral. Pacientes com sobrepeso ou obesidade também não foram aderentes.

A WHO tem categorizado potenciais razões para a não aderência a medicação em cinco grandes agrupamentos que incluem paciente, condição da doença, terapia, condição socioeconômica e fatores relacionados ao sistema de saúde. Exemplos para cada uma dessas categorias são mostrados na tabela 2.

Tabela 2 – Razões para a não adesão à medicação

Categorias de não adesão	Exemplos
Sistema de saúde	Má qualidade da relação provedor-paciente; má comunicação, falta de acesso aos cuidados de saúde, a falta de continuidade de cuidados.
Condição	Doença crônica assintomática (ausência de sinais físicos), distúrbios mentais (por exemplo, depressão)
Paciente	Deficiências físicas (por exemplo, problemas de visão ou deficiência de destreza); comprometimento cognitivo, psicológico / comportamental, a idade mais jovem, de raça não branca.
Terapia	Complexidade do esquema, os efeitos colaterais
Socioeconômica	Baixa alfabetização, os custos mais elevados de medicamentos; pobre apoio social.

Fonte: Ho; Bryson; Rumsfeld (2009).

A adesão do paciente ao regime terapêutico é de suma importância para o controle dos sintomas e progressão da doença. Sarquis *et al.* (1998) enfatizaram que a meta primordial das ações das equipes de saúde deve ser a de buscar otimizar a adesão do hipertenso ao tratamento.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Os dados colhidos durante os atendimentos diários o consultório médico foram embasadores para subsidiar uma análise da situação da hipertensão arterial no território da UBS Santa Cruz e ainda possibilitar a busca de estratégias para melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos. Por meio da computação dos dados foi possível fazer uma análise descritiva dos pacientes hipertensos atendidos na UBS, a saber:

Motivos do não uso da medicação

Motivos	Percentual (%)
Paciente assintomático	41
Esquecimento	20
Efeitos colaterais	17
Falta de receita	12
Outros motivos	10

Para a análise dos pacientes hipertensos considerou-se IMC de 18,5 e 21,9 kg/m<sup>2</sup> como de baixo peso para o adulto e idoso, respectivamente; maior que 25,0 como sobrepeso para o adulto e 27,1 como sobrepeso para o idoso. Para obesidade tem-se o IMC maior que 30,1 para o adulto e maior que 32,1 para o idoso.

A Quanto à análise sociodemográfica, em relação ao sexo, a maioria era feminina (n=30, 75%). A idade média foi de 62 anos, a mediana e a moda de 61 anos, sendo a idade mínima de 37 anos e a máxima de 96 anos. Em relação às faixas etárias, 57,5% tinham de 50 a 69 anos. A maioria, 72,5% era afrodescendente.

As características clínicas apontaram que 57,5% tinham história familiar de hipertensão arterial sistêmica. Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), a média e a mediana foram 29,30 Kg/m<sup>2</sup>, a moda de 31,23 Kg/m<sup>2</sup>, mínimo de 18,9 e máximo de 42,27 Kg/m<sup>2</sup>. Dentre 18 adultos avaliados, houve dois com peso normal (11,1%), três com sobrepeso (16,7%) e 13 com obesidade (72,2%). A categoria sobrepeso e obeso foi a grande maioria com 83,3%. Dentre os 22 idosos avaliados, houve dois com baixo peso (9,0%), oito com peso normal (36,4%), oito com sobrepeso (36,4%) e quatro com obesidade (18,2%). Nessa faixa etária existe a preocupação com o baixo peso. Ainda, houve o mesmo número de idosos com peso normal e sobrepeso.

Em relação às características comportamentais, 55% relataram etilismo e 35% tabagistas, sendo que 10 (71,4%) fazem uso concomitante de álcool. Onze pessoas (27,5%) relataram internação no ano anterior, sendo que existe somente uma informação do motivo – AVE. Nove pacientes com hipertensão relataram lesões de órgãos alvo, sendo uma informação de nefropatia. Vinte e um pacientes (52,5%) tem comorbidades associadas: dislipidemia (20%), dislipidemia e diabetes (7,5%), diabetes (12,5%), doença pulmonar obstrutiva crônica (2,5%) e hipertireoidismo (2,5%).

Em relação a classificação da HAS, sete pacientes estavam no estágio 1 (17,5%); 15 no estágio 2 (37,5%); cinco no estágio 3 (12,5%); 13 foram classificados como sistólica isolada (32,5%).

Em relação ao sexo feminino, a idade média foi de 61 anos, a mediana de 58 anos, a moda de 56 anos, sendo a idade mínima de 37 anos e a máxima de 96 anos. Vinte e um pacientes (70%) eram afrodescendentes. As características clínicas apontaram que, em relação ao IMC do adulto, a maioria apresentava obesidade (68,8%), enquanto que o IMC do idoso, 35,7% apresentavam sobrepeso e 14,3% baixo peso.

Dezesseis mulheres (53,3%) relataram etilismo; 36,7% relataram tabagismo e 23,3% informaram tabagismo e etilismo. Sete pacientes (23,3%) tiveram internação no ano anterior. Ainda, sete tiveram lesões de órgãos alvo, sendo uma informação de

nefropatia. Dentre as comorbidades, cinco apresentavam dislipidemia e diabetes (33,3%); cinco tinham dislipidemia; quatro apresentavam diabetes somente (26,7%) e um apresentava doença pulmonar obstrutiva crônica (6,7%). Em relação à HAS, a maioria se encontrava no estágio 2 (43,3%).

Em relação ao sexo masculino, a idade média foi de 64,6 anos, a mediana de 62,5 anos, a moda de 61 anos, sendo a idade mínima de 55 anos e a máxima de 78 anos. Oito pacientes (80%) eram afrodescendentes. As características clínicas apontaram que, em relação ao IMC do adulto, 50% apresentavam obesidade e 50% foram classificados como peso normal, enquanto que o IMC do idoso, 50% apresentavam peso normal e 37,5% sobrepeso.

Seis homens (60%) relataram etilismo; 30% relataram tabagismo e 30% informaram tabagismo e etilismo. Três pacientes (30%) tiveram internação no ano anterior. Ainda, dois tiveram lesões de órgãos alvo, sendo uma informação de nefropatia. Dentre as comorbidades, um apresentava dislipidemia e diabetes (16,6%); três tinham dislipidemia; um apresentava diabetes somente (26,7%) e um apresentava hipertireoidismo. Em relação à HAS, metade se encontrava classificada como sistólica isolada (50%).

A partir da análise dos dados foi possível elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento.

Como estratégia para melhorar a aderência à medicação anti-hipertensiva, a proposta será a formulação de um projeto assistencial aos pacientes hipertensos. Os pacientes interessados serão cadastrados no projeto para que haja um acompanhamento efetivo desses pacientes. A intervenção poderá ser realizada por meio de oficinas temáticas com os hipertensos cadastrados e acompanhados pelo projeto. As oficinas serão realizadas na ESF Santa Cruz – Conselheiro Lafaiete e contará com a parceria do enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS.

O planejamento e a realização das oficinas serão baseados na apresentação de palestras para levar ao público-alvo informações essenciais sobre a HAS, objetivando conscientizar o paciente quanto a sua condição fisiopatológica e

estimular a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a adoção de estilos de vida mais saudáveis. As oficinas serão realizadas mensalmente com os seguintes temas:

- ❖ HAS: conceito, ocorrência e consequências;
- ❖ Tratamento medicamentoso e o uso correto da medicação prescrita;
- ❖ Complicações cardiovasculares;
- ❖ Fatores de influência da HAS;
- ❖ Adoção de hábitos de vida saudável;
- ❖ Prevenção e controle da HAS.

A realização das oficinas terá como objetivo melhorar a educação em saúde e a comunicação com os pacientes hipertensos. Durante as palestras será utilizada linguagem adequada para o melhor entendimento pelos pacientes. Para incentivar e motivar os pacientes, após a palestra será realizada uma discussão da problemática pelos próprios pacientes, com o objetivo de fazê-los pensar e falar sobre seus problemas. Alguns estudos apontam que ações educativas realizadas em grupo fazem com que os integrantes percebam problemas comuns, sendo estimulados a desenvolver o autocuidado, aumentando assim a adesão e a eficácia do tratamento.

Além disso, será apresentado aos pacientes estratégias para evitar o esquecimento de tomar a medicação como embalar os medicamentos em recipientes especiais e/ou colocar lembretes na embalagem de medicação. Com o intuito de promover a permanência no projeto de intervenção e a execução das atividades por parte dos pacientes serão realizadas visitas dos agentes de saúde aos hipertensos para incentivá-los a permanecer no projeto.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso.

Como a continuidade do tratamento é parte fundamental para o controle dos pacientes em uso de anti-hipertensivo, reduzindo as complicações cardiovasculares decorrentes da HAS, tais questões devem ser levadas em conta quando do planejamento de gestão dos recursos de saúde, sejam estes públicos ou privados, pois muitas vezes abordagens consideradas custo-efetivas podem na verdade cobrar no futuro faturas mais altas não só em termos financeiros, mas também em número de vidas.

A fraca adesão aos regimes de medicação é comum, contribuindo para substancial agravamento da doença, morte, além do aumento dos custos de cuidados de saúde. Os profissionais de saúde devem estar sempre atentos à baixa adesão e buscar melhorar a adesão dos pacientes aos tratamentos anti-hipertensivos. Os resultados encontrados na literatura demonstram a dificuldade que pacientes com HAS têm em adotar medidas de controle e a necessidade de desenvolvimento de trabalhos de educação em saúde que permitam a transformação dessa realidade.





AMARANTE, L. C.; SHOJI, L. S.; BEIJO, L. A.; LOURENÇO, E. B.; MARQUES, L. A. M. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas e Aplicada**. V. 31, n. 3, 209-215, 2010.

BROWN, M. T.; BUSSELL, J. K. Medication Adherence: WHO Cares? **Mayo Clinic Proceedings**. V. 86, n.4, p. 304-314, 2011.

DEMONER, M. S.; RAMOS, E. R. P.; PEREIRA, E. R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta Paulista Enferm.** 25 (Número Especial 1), p. 27-34, 2012.

GLADER, E. L.; SJÖLANDER, M.; ERIKSSON, M.; LUNDBERG, M. Persistent use of secondary preventive drugs declines rapidly during the first 2 years after stroke. **Stroke**. V. 41, n. 2, p. 397-401, 2010.

HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L.; GIBSON, E.; BERNHOLZ, C. D.; MUKHERJEE, J. Can simple clinical measurements detect patient noncompliance? **Hypertension**. V. 2, n. 6, p. 757-64, 1980.

HO, P. M.; BRYSON, C. L.; RUMSFELD, J. S. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. **Circulation**. V.119, p. 3028-35, 2009.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **The New England Journal of Medicine**, V.353, n.5, p. 487-497, 2005.

PIERIN, A. M. G.; STRELEC, M. A. A. M.; MION, D. Jr. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: PIERIN, A. M. G. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole, 275-89, 2004.

PUCCI, N.; PEREIRA, M. R.; VINHOLES, D. B.; PUCCI, P.; CAMPOS, N. D. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. **Revista Brasileira de Cardiologia**. V. 25, n. 4, p. 322-329, 2012.

SALES, C. M.; TAMAKI, E. M. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. **Cogitare Enferm**. v. 12, n. 2, p. 157-63, 2007.

SANTOS, Z. M. S. A.; FROTA, M.A.; CRUZ, D.M.; HOLANDA, S. D. O. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm**. v. 14, n.3, p. 332-40, 2005.

SARQUIS, L. M. M.; DELL ACQUA, M. C. Q.; GALLANI, M. C. B. J.; MOREIRA, R. M.; BOCCHI, S. C. M.; TASE, T. H.; PIERIN, A. M. G. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev Escola Enferm USP**. v.32, n. 4, p. 335–353, 1998.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 95, supl.1, p. 1-51, 2010.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**. V. 55, n. 1, p. 65-72, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis. Geneva, Switzerland, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence  
-