

Gustavo Nogueira Cardoso

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

**Além da prescrição: A má adesão ao tratamento
medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica**

**ALÉM DA PRESCRIÇÃO: A MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Cardoso

Gustavo Nogueira

2011

Governador Valadares - 2011

Gustavo Nogueira Cardoso

**ALÉM DA PRESCRIÇÃO: A MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

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.

Orientador: Professora Denise Terenzi

Nome do aluno
Gustavo Nogueira Cardoso

**ALÉM DA PRESCRIÇÃO: A MÁ ADEÇÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

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.

Orientador: Professora Denise Terenzi

Banca Examinadora

Professora Denise Helena Terenzi Seixas - Orientadora
Professora Daisy Maria Xavier de Abreu

Aprovado em Belo Horizonte: 21/09/2011.

À Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Dr. Wellerson, em Itamarandiba – MG, por dividir comigo as angústias e conquistas no trabalho da Estratégia de Saúde da Família.

Aos meus pais e irmãos pelo apoio incondicional, em especial à minha mãe, exemplo de profissional ética e dedicada e que me apoiou em diversos momentos de minha trajetória profissional.

À Fernanda, principal incentivadora da minha aventura pelos sertões de Minas, pelo amor e carinho.

Aos amigos que me incentivaram e me apoiaram no meu caminho até aqui.

Aos professores, exemplos da busca pelo conhecimento e aprimoramento técnico-científico.

Aos pacientes, alvos de toda a minha dedicação na busca por me tornar um profissional mais humano e melhor.

A Deus, por iluminar meu caminho, ajudar-me nas minhas escolhas e me proteger.

“No meio do meu caminho sempre haverá uma pedra
Plantarei a minha casa numa cidade de pedra
Itamarandiba, pedra corrida, pedra miúda rolando sem vida
Como é miúda e quase sem brilho a vida do povo que mora no vale.”

MILTON NASCIMENTO / FERNANDO BRANT

RESUMO

ALÉM DA PRESCRIÇÃO: A MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, realizada por meio de seleção de estudos científicos, a partir de consulta às bases de dados Bireme, Lilacs, Medline, PubMed e Scielo, com o objetivo de analisar suas contribuições sobre a má adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A HAS é um dos problemas de saúde pública mais importantes no nosso meio, cujas complicações são responsáveis por um grande impacto social. Muitas são as razões que podem influenciar a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, incluindo fatores relacionados ao paciente, à doença, ao tratamento, à acessibilidade ao serviço de saúde e ao relacionamento com a equipe de saúde e com seu cuidador. Vários textos sobre o autocuidado, foco da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem e sobre as intervenções adotadas para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS foram revisados. Concluiu-se que a boa relação médico-paciente deve ser a base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo e a participação de diversos profissionais da área de saúde, com abordagem multidisciplinar ao hipertenso, é imprescindível e promove maior adesão ao tratamento e, conseqüentemente, maior controle da doença. Este trabalho serve como mais uma ferramenta para fomentar e auxiliar a elaboração de estratégias e planos de ação em prol da melhor abordagem e adesão ao tratamento da HAS.

Palavras chaves: Hipertensão, adesão, tratamento, autocuidado, atenção primária em saúde.

ABSTRACT

BEYOND PRESCRIPTION: THE POOR ADHERENCE TO HIGH BLOOD PRESSURE DRUG TREATMENT

This narrative bibliographical review used a selection of scientific studies by consulting Bireme, Lilacs, Medline, PubMed and Scielo database, in order to analyse the contributions about poor adherence to High Blood Pressure (HBP) drug treatment, one of the most important Public Health problems, whose complications are responsible to a big social impact. There are many reasons that may influence adherence to HBP drug treatment, including patient-related factors, disease, treatment, acessibility to health services and the relationship with the health professionals and their care-giver. Several texts about self-care, focus of Orem's Self-care Deficit Theory, and on the interventions taken to improve adherence to HBP drug treatment were presented. We concluded that the good doctor-patient relationship is very important to the success of HBP treatment and the participation of other health professionals, with multidisciplinary approach, is essential and promotes greater adherence to treatment and consequently better control of the disease. This work serves as an instrument to encourage and assist the development of strategies and action plans to promote the best approach and treatment of HBP.

Key words: Hypertension, adherence, treatment, self-care, primary health care.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	7
2 - OBJETIVOS	9
3 - MATERIAIS E MÉTODO	10
4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
5 - CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
6 - REFERÊNCIAS	19

1 – INTRODUÇÃO

Um dos princípios da atenção básica em saúde refere-se à concepção de saúde para além da ausência de doenças. Assim se coloca a perspectiva da promoção de saúde entendida como:

Promoção de saúde é o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre como melhorar a sua saúde. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com os ambientes. Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Portanto, promoção de saúde não é apenas responsabilidade de um setor e vai além dos estilos de vida saudáveis para o bem-estar.

(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE 1986 *apud* FARIA et al., 2008, p.51).

Ao adotar este pensamento político sobre saúde pública, a Estratégia da Atenção Básica à Saúde deve valorizar e priorizar as atividades de promoção da saúde e orientar-se pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social, a acessibilidade, a continuidade, a responsabilização, a humanização, o vínculo, a participação, a resolubilidade, a intersetorialidade e a ética (FARIA, 2008).

A organização das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde responsáveis por um território deve ser orientada pelo conhecimento desse território, das necessidades, dos problemas e demandas da população que habita esse território e pela organização das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (FARIA, 2008).

A efetivação das ações da atenção básica depende, fundamentalmente, de uma sólida política de educação permanente, capaz de formar e manter profissionais com

habilidades e competências que lhes permitam compreender e atuar no SUS, com competência técnica, espírito crítico e compromisso ético e político. Assim como a organização das ações das equipes de saúde, o exercício de uma prática educativa voltada para a solução das necessidades da saúde da população também está diretamente relacionado ao conhecimento do território, como processo e das pessoas que nele habitam (VASCONCELOS, 2009).

Como médico atuante na Estratégia de Saúde da Família desde julho de 2007 e médico plantonista em hospitais de atendimento de urgência e emergência, deparei-me com um problema constante da saúde pública, particularmente a saúde do adulto e do idoso: a Hipertensão Arterial Sistêmica e a má adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo. Na rotina do trabalho, pude perceber que, ainda que o paciente tenha acesso facilitado ao serviço de saúde, em todos os seus níveis, com profissionais capacitados, propedêutica adequada, diagnóstico preciso e acesso aos medicamentos adequados para seu tratamento, boa parte dos pacientes hipertensos não tem um controle otimizado dos níveis pressóricos devido à má-adesão ao tratamento medicamentoso, por diversas razões. Na minha breve experiência profissional vivenciei tanto a dificuldade do profissional atuante na Atenção Básica para mudar este panorama, quanto à insatisfação e desconforto do profissional atuante em serviços de urgência e emergência, ao se deparar com situações onde pacientes eram vítimas de eventos cardiovasculares decorrentes de causas evitáveis.

Como aluno do Curso de Especialização em Saúde da Família (CEABSF), procurei identificar um problema que fosse relevante no cotidiano da Atenção Básica em Saúde e passível de estudo e reflexão. Nesta procura, a HAS emergiu então como um problema grave da saúde pública, de natureza complexa e soluções ainda incipientes, digno do meu foco de estudo.

2 - OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

O presente trabalho tem como objetivo analisar as contribuições científicas de estudos sobre a má adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica.

2.2 Objetivos específicos:

- Identificar as principais causas da má adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Identificar as repercussões da HAS tanto na saúde dos pacientes quanto na saúde pública.
- Identificar as estratégias utilizadas para estimular o uso correto dos medicamentos por parte dos pacientes hipertensos.

3 – MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, realizada por meio de pesquisa de estudos científicos relacionadas ao tema e objetivos propostos, com consulta às bases de dados Bireme, Lilacs, Medline, PubMed, Scielo, consulta às publicações da Sociedade Brasileira de Cardiologia e aos Módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, organizado pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), durante os meses de janeiro e fevereiro de 2011.

A busca pelo material supracitado ocorreu com a utilização das palavras-chave: hipertensão, má adesão, tratamento, autocuidado e atenção primária em saúde. Para a seleção dos estudos a serem analisados foram propostos os seguintes critérios:

- 1) Artigos que tenham como tema central um dos descritores acima descritos.
- 2) Artigos produzidos entre os anos de 1994 a 2010.

Após essa seleção, foi feita a leitura criteriosa dos textos e os mesmos foram julgados quanto à pertinência e relevância frente aos objetivos do estudo. Sendo assim, 26 textos foram efetivamente incluídos no estudo, sendo 16 artigos científicos, 3 diretrizes sobre HAS, 1 consenso sobre HAS, 1 carta da OMS e 5 livros (módulos) do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF – UFMG). Dentre os livros (módulos) do CEABSF selecionados, um foi utilizado como ferramenta para o desenvolvimento deste trabalho de acordo com as normas acadêmicas e, portanto, não contribuiu diretamente para a discussão sobre o tema. Foram feitas, então, síntese das principais informações úteis em relação ao tema, análise e reflexão acerca das questões levantadas, elaboração da redação final e citação correta das fontes bibliográficas, evitando-se o problema de uso indevido do material e violação das normas de direitos autorais.

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Depois de concluída a etapa de seleção e estudo dos textos científicos escolhidos, foram definidos três sub-temas para exposição dos resultados, sendo estes:

4.1 - HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: DEFINIÇÕES E CONTEXTO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), uma condição clínica multifatorial, é conceituada como síndrome caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se, frequentemente, a alterações funcionais e/ ou estruturais dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares (III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1998 / VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Os fatores de risco para HAS são: idade, gênero, etnia, obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores sócio-econômicos e genética.

Inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades do Brasil mostram prevalência de HAS ($\geq 140/90$ mmHg) de 22,3% a 43,9%, como mostrado abaixo.

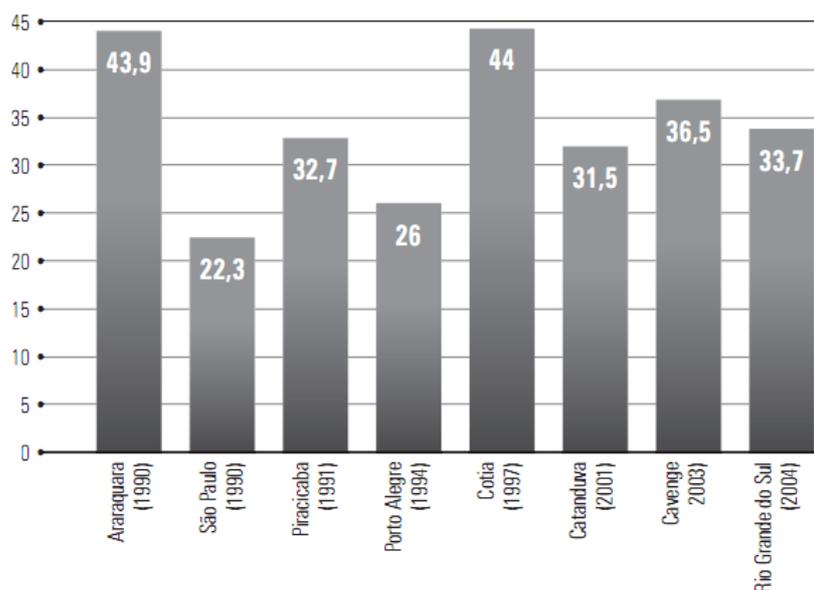


FIGURA 1: Prevalência de HAS em municípios e estados brasileiros.

(V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006)

Devido à sua alta prevalência e baixas taxas de controle, a HAS é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública, apresentando elevados custos médicos e sócio-econômicos, decorrentes principalmente das suas complicações tais como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. A HAS explica 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25% daquelas por doença arterial coronária. (IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2002).

A HAS e as doenças relacionadas à PA são responsáveis por uma alta frequência de internações. Como exemplo, em 2005 ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$1.323.775.008,28 (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2006).

O impacto social indireto das complicações decorrentes da HAS é pouco discutido, mas representa uma parcela importante dos custos sociais da má-adesão ao tratamento medicamentos da HAS. Lessa (2006, p.44) considerava que o cálculo dos custos indiretos é complexo. Vários elementos são imensuráveis. Na relação abaixo, algumas das variáveis são mensuráveis (...) e todas são consequências sócio-econômicas individuais e/ou sociais da HAS.

Na morbidade:

- 1- Aposentadoria precoce por invalidez;
- 2- Absenteísmo ao trabalho;
- 3- Custos com reabilitação
- 4- Dependência total ou parcial para a realização de auto-cuidado, locomoção ou execução de tarefas simples;
- 5- Gastos com assistência médica pós-incapacidade;
- 6- Isolamento social: afastamento do convívio social e lazer;
- 7- Licenças para tratamento (a duração é maior que 365 dias no caso da HAS);
- 8- Perda da qualidade de vida;
- 9- Perda de produtividade para o país;
- 10- Problemas familiares;
- 11- Redução do poder aquisitivo;
- 12- Reinternações;
- 13- Superposição de custos com outras patologias associadas à incapacidade, como depressão, infecções paralelas, desnutrição, etc.;
- 14- Total de Anos Produtivos de Vida Perdidos anualmente pela invalidez.

Na mortalidade, destacam-se os Anos Produtivos de Vida Perdidos por mortes precoces (idades entre 20 e 64 anos) e pelas complicações da HAS, que determinam a concessão de pensão prematura aos familiares.

4.2 - TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM

As teorias resultam das idéias criativas e relações do questionamento dos elementos da realidade. Em sua Teoria do Déficit de Autocuidado (TDAC), Dorothea Orem estuda um modelo conceitual, no qual o foco central é o autocuidado.

Lopes (2008, p.9) considerava que o autocuidado (AC), definido por Orem, se refere à prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem estar. Dupas (1994, p.20) considerava que o autocuidado está diretamente relacionada com habilidades, limitações, valores e regras culturais e científicas do próprio indivíduo ou de seus agentes.

Santos (2008, p.315) considerava que a TDAC proporciona um sistema geral para dirigir as atividades dos profissionais, quando as exigências de AC são maiores do que as capacidades do cliente para desenvolver o AC. Assim, o déficit de AC é a diferença entre necessidades e capacidade de AC e está associado não apenas com as limitações dos indivíduos em desempenhar medidas de cuidado, mas também com a falta de validade ou efetividade do AC.

A HAS, na maioria das vezes, é assintomática e não interfere na realização de atividades da vida diária. Esta característica da doença pode interferir fortemente na realização do AC. Sendo assim, a ausência de informações/orientações sobre as características da hipertensão e desconhecimento sobre suas conseqüências, levam muitos pacientes a não realizarem o AC adequadamente. (LOPES, 2008).

A TDAC de Orem foi aplicada em um estudo com pacientes hipertensos para traçar os requisitos de AC necessários à pessoa hipertensa e levantar a demanda terapêutica de AC. A partir daí, pode-se conhecer a existência ou não de déficit de AC e os aspectos que podiam estar contribuindo negativa ou positivamente para a deficiência encontrada. Estes aspectos são indicadores importantes a serem trabalhados pela equipe de saúde para guiar suas ações assistenciais (CADE, 2001).

Cesarino (2004), em seu estudo, descreveu o programa de conscientização elaborado por uma equipe multidisciplinar com a utilização de aulas participativas, com temas relacionados ao AC e que proporcionou mudanças no modelo assistencial vigente no ambulatório de HAS de um hospital universitário.

4.3 - MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: definições, fatores relacionados e estratégias utilizadas para combate ao problema.

O Projeto Adesão da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota como definição de adesão a tratamento crônico, uma fusão de definições de Haynes e Rand, que conceituam adesão como o grau em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta e as mudanças no estilo de vida, corresponde e concorda com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde (GUSMÃO, 2006). Muitas são as razões que podem influenciar na adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e podem ser divididas em cinco categorias:

1-Fatores relacionados ao paciente:

- Idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico, hábitos de vida, déficit de memória, auto-estima, percepção da HAS como doença, crenças, aceitação e atitude/motivação perante a doença e experiência no contexto familiar

2- Fatores relacionados à doença:

- Cronicidade e curso insidioso assintomático da HAS.

3- Fatores relacionados ao tratamento:

- Custo, efeitos colaterais indesejáveis, esquemas terapêuticos desfavoráveis

4- Fatores relacionados à acessibilidade ao serviço de saúde:

- Localização da Unidade Básica de Saúde, disponibilidade da equipe de saúde para atendimento ao paciente hipertenso, estratégias para abordagem de pacientes acamados ou moradores de áreas remotas.

5- Fatores relacionados à equipe de saúde e ao cuidador:

- Conhecimento técnico, ética e compromisso individual dos profissionais de saúde, capacidade de trabalho em equipe e abordagem multiprofissional do paciente hipertenso, capacitação e preparo emocional do familiar cuidador.

Aliados aos fatores relacionados ao paciente, a cronicidade e o curso insidioso assintomático da HAS também representam um grande desafio na percepção do paciente sobre seu estado de saúde, visto que não há forte relação entre o sucesso terapêutico e o desaparecimento de eventuais sintomas, se estes estiverem presentes (COELHO, 2006).

Ao médico, cabe incentivar e educar o paciente, informando-o sobre o significado clínico e prognóstico da sua doença. O profissional deve ainda manter constante vigilância para o surgimento de reações adversas aos medicamentos anti-hipertensivos, usando, para as decisões terapêuticas, critérios baseados na epidemiologia clínica, nos resultados de estudos clínicos bem delineados para um dado paciente, bem como no contexto sócio-econômico do paciente.

Várias pesquisas no Brasil e no mundo destinam-se a levantar dados para compreender a má-adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. O estudo CoSMO (The Cohort Study of Medication Adherence in Older Adults) procurou identificar fatores de risco para a má-adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, explorando as diferenças específicas entre as diversas idades, gênero e subgrupos étnicos, bem como determinando a relação entre adesão ao tratamento com o controle da PA e a ocorrência de eventos cardiovasculares ao longo dos anos. Este estudo conclui que, até hoje, existe pouca informação sobre fatores específicos para os pacientes, o que influencia na baixa adesão ao tratamento medicamentoso e nas intervenções efetivas para aprimorar a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. Indica, ainda, que os próximos passos, importantes para se mudar este panorama incluem a compreensão de mudanças longitudinais na adesão e o desenvolvimento de intervenções, visando superar os fatores específicos dos pacientes (KROUSSEL-WOOD, 2009).

Um estudo de metanálise, que analisou 38 estudos, que por sua vez, avaliaram 58 intervenções distintas, num total de mais de 15.000 pacientes hipertensos, concluiu que a principal medida de impacto para aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo foi a simplificação do regime do tratamento medicamentoso, através de uma redução do número de tomada de medicamentos. (SCHROEDER, 2004 apud COELHO, 2006).

Outros dois estudos discorrem sobre estratégias para aprimorar a adesão ao tratamento medicamentoso, como o uso de ligações telefônicas programadas para abordar fatores de risco ligados ao próprio paciente. Os fatores alvo da intervenção comportamental individualizada incluíram a percepção do risco da hipertensão e o conhecimento da doença, memória, suporte médico e social, relação do paciente com seus cuidadores, efeitos colaterais do tratamento medicamentoso, controle de peso, prática de atividade física, dieta, estresse, tabagismo e etilismo. As ligações telefônicas foram também uma oportunidade para se responder questionamentos e dúvidas relacionadas (BOSWORTH, 2008; ORTEGA, 2010).

Outra estratégia, que pode ser considerada simples e facilmente aplicável, é o uso de uma linguagem simples pelo médico durante a consulta. Termos técnicos devem ser evitados e as informações transmitidas devem ser limitadas apenas ao essencial para a

compreensão do paciente e apropriadas para o seu cotidiano. Orientações por escrito e clareza da receita médica também são bastante úteis (GIORGI, 2006).

Muitas das informações sobre HAS podem ainda ser reforçadas pelos demais membros da equipe multiprofissional (enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, dentista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social). Como exemplo, a utilização de estratégias de pré e pós consultas com enfermeiros, para abordagem de temas relacionados ao tratamento da HAS aumenta consideravelmente a adesão ao tratamento medicamentoso e o controle da HAS. Já o farmacêutico pode orientar sobre o uso correto dos medicamentos, o acondicionamento das drogas, esclarecer sobre o número de tomadas diárias e a duração do tratamento.

A ação de nutricionistas, com orientações precisas e práticas para uma dieta com conteúdo adequado de sódio, gorduras e calorias, bem como a educação para o uso de alimentos compatíveis com a condição econômica e com o período do ano, são de grande importância para facilitar a adesão do paciente às dietas prescritas pelo médico. (GIORGI, 2006). A alimentação é um item culturalmente valorizado em relação à saúde e pode ser, portanto, mais valorizada e trabalhada junto aos portadores de doenças crônicas. Porém, sua aceção deve ser revista, já que normalmente é tratada como algo proibitivo e não como possibilidade de aumentar o repertório de opções alimentares, as quais, além de saudáveis, devem levar em conta os hábitos culturais de cada povo, tornando-se prazerosas. (WENDHAUSEN, 2004.)

Estudos revelam que sempre que se inclui um profissional paramédico na cadeia de atendimento ao paciente hipertenso, observa-se aumento nos índices de adesão ao tratamento. Dessa forma, o atendimento multiprofissional deve ser iniciado desde o primeiro contato do paciente com o serviço de saúde e prolongado durante toda a duração do tratamento. (GIORGI, 2006).

Vale ainda ressaltar a importância da abordagem precoce de indivíduos com HAS leve em estágio inicial, ainda sem lesões de órgãos-alvo. Desconhecedores da doença, devido ao seu curso muitas vezes assintomático, estes indivíduos devem ser diagnosticados por meio de campanhas ou rotinas de atendimento a indivíduos a princípio hígidos e merecem especial atenção em seu acompanhamento, por serem fortes candidatos à não-continuidade do tratamento instituído. (GIORGI, 2006).

Em dois estudos sobre a família e o familiar cuidador do paciente hipertenso, é feita uma análise do perfil desses agentes e uma sugestão de implementação de políticas públicas para fornecer suportes necessários para a família cuidar efetivamente do seu doente, além do planejamento de estratégias educativas em saúde com vistas a capacitar não somente os usuários hipertensos, mas também os familiares no controle da HAS (SARAIVA, 2007a; 2007b).

Outro estudo propõe ainda um processo educativo que abarque os seguintes aspectos:

- Conhecer preliminarmente as atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas do portador de hipertensão da região em questão.
- Incentivar e permitir uma participação ativa dos pacientes no tratamento.
- Levar em consideração as necessidades da clientela em questão e não apenas as indicações dos profissionais.
- Estabelecer uma adequada comunicação e integração entre pacientes e profissionais de saúde, dando ênfase ao diálogo, à interação e à reflexão. Para isto, saber escutar e buscar compreender o portador de hipertensão arterial e também ter uma fala que seja acessível ao paciente.
- Trabalhar os aspectos cognitivos e psicossociais da clientela atendida.
- Buscar o envolvimento da família no tratamento do portador de hipertensão arterial.

(PÉRES, 2003).

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é um dos problemas de saúde pública mais importantes no nosso meio, cujas complicações são responsáveis por um impacto social muito grande. A má adesão ao tratamento medicamentoso representa um desafio para os profissionais de saúde e deve ser alvo de toda estratégia de combate a este grave problema de saúde pública.

Muitas são as publicações disponíveis em bancos de dados científicos a respeito deste tema e uma amostra representativa foi analisada para a realização deste trabalho. Analisando-se os textos, identificaram-se diversos fatores de risco para a HAS, tais como fatores relacionados ao paciente, à doença (cronicidade e curso insidioso assintomático), ao tratamento (custo, efeitos colaterais indesejáveis, esquemas terapêuticos desfavoráveis), à acessibilidade ao serviço de saúde, além de fatores relacionados à equipe de saúde e ao cuidador, sendo vários deles modificáveis. Sendo assim, em muitos casos, a HAS poderia ser evitável ou passível de controle mais efetivo que o vigente, evitando-se grande parte das complicações e minimizando-se o seu impacto social.

Várias também foram as estratégias encontradas para o enfrentamento do problema da má adesão ao tratamento da HAS, destacando-se a atitude do médico em relação às orientações ao paciente e às decisões terapêuticas, abordagem multiprofissional ao paciente, utilização de ligações telefônicas para orientação e acompanhamento do paciente, além da capacitação e preparo emocional do familiar cuidador.

A boa relação médico-paciente deve ser a base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. O médico deve analisar e identificar em sua clientela quais os fatores relacionados à má-adesão ao tratamento e, individualmente, definir estratégias para otimizar o tratamento e estimular a adesão. A participação de diversos profissionais da área de saúde, com abordagem multidisciplinar ao hipertenso, é imprescindível e promove maior adesão ao tratamento e, conseqüentemente, maior controle da doença.

Vale ainda ressaltar que o treinamento permanente em busca do aperfeiçoamento técnico, motivação e compromisso de todos os profissionais da equipe de saúde é requisito indispensável à melhoria da qualidade da prestação dos serviços em Atenção Básica de Saúde da Família.

A Estratégia de Saúde da Família se vale como a maneira mais efetiva para o combate à má adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e à prevenção da doença,

sendo essencial na redução do impacto sócio-econômico, tanto individual como coletivo da mesma. Este trabalho serve como mais uma ferramenta para fomentar e auxiliar a elaboração de estratégias em prol da melhor abordagem e tratamento da HAS.

6 - REFERÊNCIAS

- BOSWORTH, H.B. *et al.* Take control of your blood pressure (TCYB) study: A multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving pressure control. **Patient Educ. Couns.**, v.70 (3): p.338-347, 2008.
- CADE, N.V. A Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. **Revista Latino-am Enfermagem**, v.9 (3): p.43-50, 2001.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Módulo 3: Planejamento e avaliação das ações de saúde.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 1.ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Editora UFMG, 2009.
- CESARINO, C.B. *et al.* O auto cuidado de clientes portadores de hipertensão arterial em um hospital universitário. **Arq.Ciênc.Saúde**, v.11 (3): p.146-148, 2004.
- COELHO, E.B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13(1): p.51-54, 2006.
- CORREA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M.S.L. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 1.ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2009.
- DUPAS, G. *et al.* Reflexão e Síntese acerca do modelo do Autocuidado de Orem. **Acta Paul. Enf.**, v.7 (1): p.19-26, 1994.
- FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, P.F. **Módulo1: Processo de trabalho em saúde.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 1.ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Editora UFMG, 2008.
- FARIA, H.P.; COELHO, I.B.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, M.A. **Módulo 2: Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 1.ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Editora UFMG, 2008.
- GIORGI, D.M.A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13(1): p.47-50, 2006.
- GUSMAO, J.L.; MION Jr., D. Adesão ao tratamento - conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13(1): p.23-25, 2006.

- KROUSEL-WOOD, M.A. *et al.* Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: Perspective of the Cohort Study of Medication Adherence among Older Adults (CoSMO). **Med. Clin. North Am.**, v.93 (3): p.753-769, 2009.
- LESSA, I. O impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13(1): p.39-46, 2006.
- LOPES, M.C.L. *et al.* O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10(1): p.198-211, 2008. Disponível em: [HTTP://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm). Acesso em: 08/01/2011.
- ORTEGA, K.C. *et al.* How to avoid discontinuation of antihypertensive treatment. The experience in São Paulo, Brazil. **CLINICS**, v.65 (9): p.857-863, 2010.
- PÉRES, D.S.; MAGNA, J.M.; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**, v.37 (5): p.635-642, 2003.
- SANTOS, I.; SARAT, C.N.F. Modalidades de aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem brasileira. **Rev. enferm. UERJ**, v.16 (3): p.313-318, 2008.
- SARAIVA, K.R.O. *et al.* O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto Contexto Enferm.**, v.16 (1): p.63-70, 2007a.
- 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.**, v.16 (2): p.263-270, 2007b.
- WENDHAUSEN, A.L.P.; REBELLO, B.C. As concepções de saúde-doença de portadores de hipertensão arterial. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.3 (3): p.243-251, 2004.
- VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Módulo 4: Práticas educativas em Atenção Básica em Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 1.ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Editora UFMG, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Ottawa Charter of Health Promotion. FIRST INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION. 21 November 1986, Ottawa. WHO/HRP/HEP/95.1.
Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.
Acesso em: 08/01/2011
- **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial.** 1998.
Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/consenso3.asp>
Acesso em: 08/01/2011
- **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** **Rev. Bras. Hipertens.** V 17 (1): 7-10, 2010.
Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/vidiretriz/vidiretriz.asp>

Acesso em: 08/01/2011

- **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** 2006.

Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/vdiretriz.asp>

Acesso em: 08/01/2011

- **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** 2002.

Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/ivdiretriz/ivdiretriz.asp>

Acesso em: 08/01/2011