

**KELLY MENEZES LOPES**

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-  
HIPERTENSIVO – UMA REVISÃO TEÓRICA**

**Janaúba / Minas Gerais**

**2010**

**KELLY MENEZES LOPES**

# **BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI- HIPERTENSIVO – UMA REVISÃO TEÓRICA**

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: Paula Cambraia de Mendonça Vianna

**Janaúba / Minas Gerais**

**2010**

**KELLY MENEZES LOPES**

# **BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO – UMA REVISÃO TEÓRICA**

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: Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Aprovada em Belo Horizonte, 24 de Junho de 2010

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, pelo dom da vida e por me agraciar com sabedoria e saúde para vencer mais uma etapa e pelas oportunidades de crescimento.

A minha família pelo apoio e incentivo para a realização deste trabalho.

A meu namorado pelo amor e dedicação.

A minha orientadora Paula Cambraia pelo auxílio, incentivo, paciência e dedicação durante este trabalho.

A minha amiga e colega Luciana por sua amizade, ajuda e companheirismo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Janaúba pelo incentivo para o meu aprimoramento profissional.

E a todos que, de alguma maneira contribuíram para a realização deste trabalho.

***"A evolução consciente começa  
assim que tomamos a responsabilidade  
de remover nossas próprias barreiras."  
(Dan Millman )***

## **RESUMO**

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no Brasil e a hipertensão arterial está entre os seus principais fatores de risco. A não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial é um dos mais importantes problemas enfrentados pelos profissionais que atuam na atenção primária. Gera custos substanciais, pelas baixas taxas de controle alcançadas, que acabam aumentando a morbimortalidade conseqüente a essa síndrome. A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associados. Desta maneira acredita-se ser de extrema relevância realizar uma revisão da literatura sobre os fatores associados à resistência para adesão ao tratamento anti-hipertensivo. O presente trabalho foi realizado com o objetivo de se fazer uma revisão da literatura sobre os determinantes associados à resistência para adesão ao tratamento anti-hipertensivo que podem estar contribuindo para o controle da hipertensão arterial sistêmica. A partir do estudo, foi possível observar que os fatores determinantes para a adesão ao tratamento da hipertensão arterial têm mostrado a influência de variáveis estruturais como o caráter crônico e assintomático da doença, a relação médico-paciente, a complexidade dos esquemas de tratamento, os efeitos colaterais dos medicamentos, entre outros. Conclui-se que a adesão ao tratamento é um dos mais importantes desafios para o controle de pacientes com hipertensão arterial.

Palavras-chave: hipertensão arterial sistêmica (HAS), tratamento anti-hipertensivo, adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

## **ABSTRACT**

Cardiovascular diseases are the leading cause of death in Brazil and hypertension are among its main risk factors. Non-adherence to treatment of hypertension is one of the most important problems faced by professionals working in primary care. Generates substantial costs, the poor control rates achieved, which result in increased morbidity and mortality consequent to this syndrome. The issue of adherence to treatment is complex because several factors are associated. Thus it is believed to be extremely important to review the literature on factors associated with resistance to adherence to antihypertensive treatment. This work was carried out in order to make a review of the literature on the determinants associated with resistance to adherence to antihypertensive treatment that may be contributing to the control of hypertension. From the study it was observed that the determinants for the adherence to the treatment of hypertension have shown the influence of structural variables such as chronic and asymptomatic disease, the doctor-patient relationship, the complexity of treatment regimens, the Side effects of medications, among others. We conclude that adherence to treatment is one of the most important challenges for the management of patients with hypertension.

Keywords: hypertension arterial systemic (HAS), antihypertensive treatment, adherence to antihypertensive treatment.

## SUMÁRIO

1. Apresentação.....	7
2. Introdução.....	10
3. Percurso Metodológico.....	12
3.1. Pesquisa.....	12
3.2. Tipo de pesquisa.....	13
3.3. Método de pesquisa e Coleta de dados.....	14
4. Referencial teórico.....	16
4.1. Hipertensão Arterial Sistêmica.....	16
4.2. Situação Atual das Doenças Cardiovasculares No Brasil.....	17
4.3. Políticas de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial.....	19
4.4. Tratamento Anti-Hipertensivo.....	21
4.5. Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo.....	21
4.6. Fatores Relacionados à Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo.....	22
5. Considerações Finais.....	31
6. Referências Bibliográficas.....	33

## 1. APRESENTAÇÃO

A hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente, com custos sociais elevados, que atualmente apresenta dois grandes desafios, a adesão ao tratamento e a colocação dos pacientes, que aderem aos tratamentos, dentro das metas preconizadas pelas diversas diretrizes publicadas pelas sociedades científicas nacionais e internacionais.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no Brasil e a hipertensão arterial está entre os seus principais fatores de risco. De acordo com Bloch *et al* (2008) a não-adesão ao tratamento medicamentoso é uma das principais causas das baixas taxas de controle da hipertensão.

A não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial é um dos mais importantes problemas enfrentados pelos profissionais que atuam na atenção primária. Gera custos substanciais, pelas baixas taxas de controle alcançadas, que acabam aumentando a morbimortalidade conseqüente a essa síndrome.

A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associados: paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível sócio-econômico); doenças (cronicidade, assintomatologia); crenças, hábitos culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, auto-estima); tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida); instituição (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e de atendimento); e relacionamento com equipe de saúde (envolvimento e relacionamento inadequados) (SANTOS *et al.*, 2005). Por conseguinte, a adesão do cliente deve ser apreciada com vista a esses fatores, visto que, pacientes que não aderem às recomendações de mudança de estilo de vida e/ou não seguem as prescrições, dificilmente apresentarão níveis de pressão arterial controlados. A falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial é o maior desafio para todos os que trabalham e investigam esta área, uma vez que, aumenta os custos e os riscos de eventos cardiovasculares em conseqüência do controle inadequado da pressão, provocado por esta prática (JARDIM & JARDIM, 2006).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pode evoluir para complicações nos sistemas cardiovascular, renal e vascular, como: insuficiência renal, acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca (ROBBINS & COTRAN, 2000). Essas complicações ocorrem principalmente pela não utilização ou utilização inadequada da medicação.

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 sensibilizando-o a 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 os profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada.

Para entender o contexto da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e suas conseqüências para a sociedade no aspecto saúde, diversas teorias que procuravam explicar e orientar formas de abordagem, para se obter o comprometimento dos pacientes com doenças crônicas com seu próprio cuidado, passou então a ser investigadas, sem, entretanto, conseguir uma explicação que atendesse à maioria das situações e que justificasse a baixa adesão ao tratamento.

Diante dos fatos citados, acredita-se que nos serviços de saúde brasileiros há necessidade de implantação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial, bem como de melhoria dos serviços de saúde, da educação permanente dos profissionais de saúde, que atuam principalmente na rede básica, da porta de entrada do sistema, desenvolvendo ações de prevenção de doença e promoção de saúde.

Justifica-se esta pesquisa pelo fato de que, a problemática envolvida nessa questão, como também o papel de destaque que ocupa no controle da doença, acredita-se ser de extrema relevância realizar uma revisão da literatura sobre os fatores associados à resistência para adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Nesta perspectiva, este trabalho consistiu em realizar uma revisão teórica sobre os determinantes associados à resistência para adesão ao tratamento anti-hipertensivo, que podem estar contribuindo para o controle da hipertensão arterial sistêmica. O estudo de cada um destes fatores, bem como de suas inter-relações, permite evidenciar variáveis, oferecendo, dessa maneira, subsídios para formulação de estratégias que venham solucionar o problema e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos hipertensos da área de abrangência. No próximo capítulo será apresentada uma breve contextualização dos problemas cardiovasculares, hipertensão arterial. A seguir, no capítulo 3, será descrito o percurso metodológico utilizado pela autora para construção do trabalho.

O capítulo 4 refere-se a uma revisão teórica abordando: hipertensão arterial sistêmica, situação atual das doenças cardiovasculares no Brasil, políticas de reorganização da atenção à hipertensão arterial, tratamento anti-hipertensivo, adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores relacionados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Posteriormente, serão discutidos os achados, fundamentados na literatura científica existente.

## 2. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial vem se destacando como uma das mais importantes mudanças demográficas observadas nas últimas décadas. De acordo com Schroeter *et al* (2007), melhorias nas áreas de saúde pública, saneamento e os avanços médico-tecnológicos podem ser considerados como alguns dos fatores que contribuíram para esta mudança. Uma importante consequência do envelhecimento da população é um significativo aumento da carga de doenças cardiovasculares, que constituem as causas mais frequentes de óbito da população idosa. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica que vem ocorrendo no Brasil a partir da década de 1960 do século passado (ROUQUAYROL, 1994 apud ARAÚJO & GARCIA, 2006).

No Brasil, entre as doenças cardiovasculares, as doenças cerebrovasculares e as isquêmicas do coração são as causas mais frequentes de morte. A hipertensão arterial é o principal fator de risco para doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração, sendo a causa modificável mais importante para a morbidade e a mortalidade cardiovascular. A prevalência da hipertensão aumenta com a idade e sua magnitude depende dos atributos biológicos / demográficos das populações, do estilo de vida predominante em cada uma delas, do ambiente físico e psicossocial, das características da organização dos serviços e das respectivas interações entre esses vários elementos (SCHROETER *et al.*, 2007).

Para o controle da HAS são necessárias medidas farmacológicas e não-farmacológicas, como alimentação e atividade física. Contudo, a adesão ao tratamento é o grande desafio dos profissionais e serviços de saúde, especialmente na atenção básica (GIROTTO, 2007).

Assim, dentre os vários fatores relacionados à ausência de resposta ao tratamento anti-hipertensivo, a não-adesão à terapêutica apresenta-se como um dos maiores desafios, tanto para o diagnóstico da hipertensão arterial resistente quanto para o seu controle. Hipertensos que interromperam o tratamento têm risco de infarto três vezes maior do que os que continuaram. No Brasil, o impacto da não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo pode ser avaliado pela importância dos acidentes vasculares encefálicos como causa de morte. O adequado controle da hipertensão poderia reduzir esta mortalidade como ocorreu em outros países (BLOCH *et al.*, 2008).

É difícil detectar-se a falta de adesão e ainda mais difícil quantificá-la. Cerca de 40% a 60% dos pacientes em tratamento não fazem uso da medicação anti-hipertensiva. A porcentagem é maior quando a falta de adesão relaciona-se a estilo de vida, como dieta, atividade física, tabagismo, etilismo, etc. Existe escassez de dados de índices de adesão no

Brasil e no mundo, sendo que os disponíveis foram obtidos em diferentes tipos de população e com critérios variados (BARBOSA & LIMA, 2006)

A baixa adesão é mais freqüente no nível primário de atenção do que entre pacientes de serviços especializados, sendo importante a distinção entre pressão não-controlada por não-adesão ao tratamento e resistência ao controle da pressão arterial (BLOCH *et al.*, 2008).

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo depende de muitos aspectos como a participação do paciente e de uma equipe multidisciplinar, porém a falta de adesão ao tratamento é um dos maiores problemas no controle da doença. Pela importância do tema, inúmeras teorias que estudam a adesão ao tratamento foram desenvolvidas ao longo do tempo. Foram hipóteses desde as mais complexas até as mais simples, sem, entretanto, terem sido encontrados, até o momento, os fatores que diferenciam o comportamento dos indivíduos, tornando-os mais ou menos fiéis às prescrições, medicamentosas ou não (JARDIM & JARDIM, 2006).

Diante do exposto surge o seguinte questionamento: **QUAIS OS FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO?**

Considerando-se a problemática envolvida nessa questão, como também o papel de destaque que ocupa no controle da doença, acredita-se ser de extrema relevância realizar uma revisão da literatura sobre os fatores associados à resistência para adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

O presente trabalho foi realizado com o objetivo de se fazer uma revisão da literatura sobre os determinantes associados à resistência para adesão ao tratamento anti-hipertensivo, que podem estar contribuindo no processo saúde/doença da hipertensão arterial sistêmica. O estudo de cada um destes fatores, bem como de suas inter-relações, permite evidenciar variáveis, oferecendo, dessa maneira, subsídios para formulação de estratégias que venham solucionar o problema e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos hipertensos da área de abrangência.

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

Segundo Leopardi (2002), a investigação em saúde tem valorizado a ideologia do consumo de serviços de saúde, permanecendo longe das pessoas e de suas experiências. Além de conhecer o que ocorre no corpo dos indivíduos, na sua luta diária pela sobrevivência, a pesquisa em saúde deve preocupar-se com suas reações diante do risco de vida, sejam espontâneas ou condicionadas a seu ambiente social e, também às reações particulares, próprias de cada indivíduo. Desta forma, a pesquisa em saúde é mais que uma incorporação de conteúdos científicos ao saber cotidiano; é um aprender a perceber, a pensar e a sentir. Considera ainda que pensar pesquisa em saúde é pensar sobre as condições em que ela se realiza, sobre os objetivos particulares dos indivíduos, sobre o seu significado para a vida pessoal e coletiva (LEOPARDI, 2002).

O pesquisador, buscando conhecer o seu objeto de pesquisa, deve escolher o método e os instrumentos adequados à busca da resposta para seus questionamentos (LEOPARDI, 2002). O método científico é definido por Gil (1994) apud Leopardi (2002) como conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento.

Minayo (2000) vai além, ao definir metodologia como o caminho e os instrumentos próprios para abordar a realidade, incluindo concepções teóricas de abordagem, técnicas que permitam a apreensão da realidade, além de incluir a criatividade do pesquisador como instrumento a ser utilizado.

#### 3.1. Pesquisa

Minayo (2000) compreende a pesquisa como sendo a atividade básica da ciência, na sua indagação e construção da realidade, que, mesmo sendo uma prática teórica, vincula pensamento e ação. A investigação científica é comumente considerada como pertencente ao “contexto da descoberta” (KAPLAN, 1969 apud DUARTE & FURTADO, 2000).

A pesquisa científica pode ser considerada como uma forma de produção cultural (SALVADOR, 1986 apud DUARTE & FURTADO, 2000). É um procedimento racional e sistemático que tem, como objetivo, proporcionar respostas aos problemas, curiosidades ou desafios que são propostos. A pesquisa científica é necessária quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou, então, quando a informação disponível precisa ser organizada e adequadamente relacionada (GIL, 1989 apud DUARTE & FURTADO, 2000). Nenhuma pesquisa “parte do nada”, mas buscam conhecimentos, registros disponíveis e utiliza métodos, técnicas próprias da atividade racional.

### 3.2. Tipo de pesquisa

Partindo do objetivo da pesquisa – Conhecer os fatores associados à resistência para adesão ao tratamento anti-hipertensivo, institui-se um direcionamento metodológico a ser utilizado na busca da compreensão do objeto. Desta forma, escolheu-se a pesquisa qualitativa. A opção por esta metodologia se deu porque, segundo Minayo (2000), ela é capaz de abranger a questão do significado e da intencionalidade ligada aos atos, às relações e às estruturas sociais. Permite alcançar a realidade social para além do que pode ser observado e quantificado. Complementa ainda que a pesquisa qualitativa compreenda as representações sociais na vivência das relações objetivas pelos atores atribuindo-lhes significado, uma vez que caminham para o universo das significações, motivos, aspirações, crenças e valores.

Os estudos qualitativos têm seu ponto de partida em questões amplas, que vão se definindo à medida em que os trabalhos avançam. Como afirma Godoy (1995) apud Jacob (1996), a pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo.

Segundo Leopardi (2002), quando se deseja compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, considerando seus sentimentos e emoções, atingindo aspectos particulares da realidade como experiência pessoal e não como um simples fato, o objeto da pesquisa é essencialmente qualitativo e requer uma abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa parte também da descrição que procura captar não só a aparência do fenômeno, como também sua essência, busca as causas da existência dele, procurando explicar sua origem, suas relações, suas mudanças e se esforça por intuir as conseqüências que terão para a vida humana (TRIVIÑOS, 1994).

Ela é representada por estudos que buscam compreender questões da realidade que não podem ser quantificadas, ou seja, àquelas que trabalham com universos de significados, motivos, aspirações, atitudes, valores, crenças, dos processos e dos fenômenos (MINAYO & SANCHES, 1993 apud BRÊTAS, 2000). No caso deste estudo espera-se que o mesmo possa contribuir para a atenção daqueles pacientes que não aderem ao tratamento anti-hipertensivo, na busca de uma maior compreensão deste fenômeno para melhor lidar com ele.

Trata-se também de uma pesquisa descritiva, que, de acordo com Duarte e Furtado (2002) descreve um fenômeno ou situação mediante um estudo realizado em determinado contexto espacial e temporal. O presente estudo enquadra-se neste contexto,

uma vez que pretende abordar a questão do significado da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e os fatores associados a resistência ao tratamento, o que não se dissocia de experiências pessoais, inseridas num contexto social.

### **3.3. Método de pesquisa e Coleta de dados**

Trata-se de uma reflexão acerca da temática "adesão ao tratamento anti-hipertensivo". Utilizou-se a revisão bibliográfica narrativa como método para consecução dos objetivos propostos. O recorte temporal adotado foi de 1990 a 2008.

A Revisão Bibliográfica realiza um percurso por várias correntes do pensamento que se ocuparam do estudo das narrativas (MUÑOS, 2008). De acordo com Martins (2001), trata-se da abordagem metodológica mais adequada para a elaboração de um trabalho acadêmico. A pesquisa bibliográfica procura explicar e discutir um tema com base em referências teóricas publicadas em livros, revistas, periódicos, etc. Busca também, conhecer e analisar conteúdos científicos sobre determinado tema (MARTINS, 2001).

Ruiz (2006) define bibliografia como o conjunto dos livros escritos sobre determinado assunto, por autores conhecidos e identificados ou anônimos, pertencentes a correntes de pensamentos diversos entre si, ao longo da evolução da humanidade. O mesmo autor afirma que a pesquisa bibliográfica consiste no exame desse manancial, para levantamento e análise do que já foi produzido sobre determinado assunto que é assumido como tema de pesquisa científica. Podemos somar a este acervo as consultas a bases de dados, periódicos e artigos indexados.

Este tipo de pesquisa tem como finalidade colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto (MARCONI & LAKATOS, 2007).

Para Manzo (1973), a bibliografia pertinente oferece meios para definir, resolver, não somente problemas já conhecidos, como também explorar novas áreas onde os problemas não se cristalizam suficientemente.

A pesquisa bibliográfica, desta forma, não é apenas uma mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre determinado assunto, mas sim, proporciona o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras. Demo (2000), completa dizendo que a idéia da pesquisa é de induzir o contato pessoal do aluno com as teorias, por da leitura, levando à interpretação própria. Corroborando esta afirmação, Ruiz (2006) afirma que as produções humanas foram comemoradas e estão guardadas em livro, artigos e documentos.

A revisão de literatura, tradicionalmente conhecida como revisão narrativa (RN) apresenta um caráter descritivo-discursivo, caracterizando-se pela ampla apresentação e discussão de temas de interesse científico. A RN é elaborada por profissionais de reconhecido saber e experiência, constituindo-se num importante elemento na literatura científica. A RN permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica de maneira concreta em um intervalo de tempo relativamente curto, porém, apresenta as desvantagens de não ser reprodutível, às vezes incompleta e, em alguns casos, inconclusiva (CASTRO, 1997 apud MUÑOS, 2008).

Foram utilizadas, para este estudo, as informações de artigos publicados em revistas científicas nacionais e internacionais indexadas, livros técnicos e publicações de organizações internacionais. Após o levantamento de dados, as principais informações foram compiladas, buscando estabelecer uma compreensão dos dados coletados e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado.

Coletaram-se os dados nas bases LILACS e MEDLINE, utilizando-se os seguintes descritores: hipertensão arterial sistêmica (HAS), tratamento anti-hipertensivo, adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Após a realização da busca, os seguintes periódicos nacionais foram selecionados pela adesão aos objetivos do estudo: Rev. Esc. Enf. USP, Rev Bras Hipertens., Rev. Saúde públ., Rev. Esc. Enf. USP, Cad. Saúde Pública, Rev. Eletr. Enf..

Após busca e seleção dos artigos, realizou-se uma coletânea das descrições, bem como dos fatores relacionados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo, encontradas nos artigos selecionados.



## 4. REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Organização Mundial da Saúde definiu, em 1978, a hipertensão arterial como sendo uma doença caracterizada por uma elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica (LOLIO, 1990).

A hipertensão arterial é uma doença crônica altamente prevalente, de elevado custo econômico e social, principalmente em decorrência das suas complicações, e com grande impacto na morbimortalidade brasileira e do mundo. De acordo com Corrêa et al (2005), a prevalência mundial estimada é da ordem de 1 bilhão de indivíduos hipertensos, sendo que aproximadamente 7,1 milhões de óbitos por ano podem ser atribuídos à hipertensão arterial.

Guyton (2000) afirma que HAS significa a pressão arterial do sangue aumentada, que pode ser causada por diversos distúrbios fisiológicos, como: deficiência do funcionamento renal, distúrbios hormonais e mais freqüentes, a hipertensão essencial ou de causa desconhecida, sendo responsável por 95% dos casos, envolvendo principalmente fatores genéticos e emocionais. Este problema de saúde pode acometer 1 em cada 5 pessoas antes do final de suas vidas ( GUYTON, 2000).

Segundo Robbins & Cotran (2000), a fisiologia da pressão arterial, acontece de acordo com as necessidades do organismo em manter sempre um fluxo sanguíneo adequado às suas demandas, interagindo harmoniosamente o coração, enzimas, íons, vasos e rins, sob o comando e controle do sistema nervoso central (SNC), em sua secção autônoma, Portanto, a regulação da pressão arterial é uma tarefa adaptativa bastante complexa. Detectar nossas necessidades biológicas e situacionais, bem como atuar na regulação da pressão arterial é um dos atributos do Sistema Nervoso Autônomo.

A pessoa é considerada hipertensa quando os valores pressóricos apresentados são iguais ou maiores que 140 x 90mmhg, verificados duas ou três vezes no dia de forma correta (Brasil, 2006). O desenvolvimento de hipertensão depende da interação entre predisposição genética e fatores ambientais, embora ainda não seja completamente conhecido como estas interações ocorrem.

Assim, a HAS é uma doença altamente presente na população adulta, cuja prevalência no Brasil oscila entre 22% e 44%. De acordo com Araújo & Garcia (2006), é uma doença que atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros e cerca de 50% destes não sabem que são hipertensos por ser muitas vezes assintomáticos. Vale ressaltar que a HAS é considerada importante fator de risco para as doenças cardiovasculares

ateroscleróticas, incluindo acidente vascular cerebral, doença coronariana, insuficiência vascular periférica e cardíaca.

A HAS, considerada uma assassina silenciosa, é o maior problema médico-social dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes. Mesmo conhecendo-se a eficácia, a efetividade e a eficiência de várias das medidas preventivas, de controle disponível, sejam ou não farmacológicas, a hipertensão continuará, por décadas, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para o próprio hipertenso e para a sociedade (SANTOS *et al*, 2005). Desta maneira, a HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

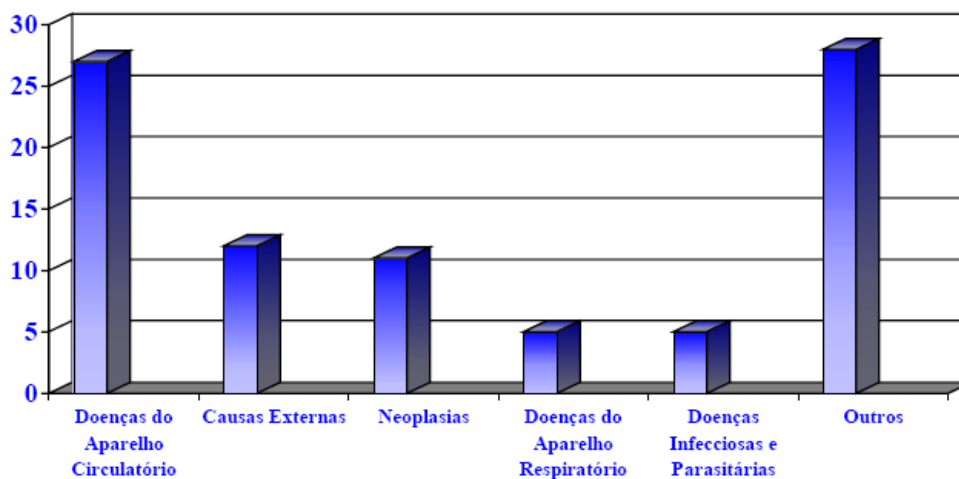
Deve-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas (BRASIL, 2006).

#### **4.2. SITUAÇÃO ATUAL DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO BRASIL**

A HAS ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica e diversos estudos demonstram uma prevalência elevada de hipertensão arterial na sociedade brasileira (ARAÚJO & GARCIA, 2006). Estudos mais recentes demonstram uma prevalência de 26% da população geral adulta, variando conforme o estudo e a localidade pesquisada de 22,3 até 44% conforme dados da última diretriz do caderno de atenção básica de número referente à HAS. Os segmentos sociais mais pobres são os que possuem maior prevalência de hipertensão e também de complicações como acidentes vasculares. As regiões rurais apresentam menor prevalência de hipertensão em relação à metropolitana (BRASIL, 2006).

As doenças do aparelho circulatório representam um importante problema de saúde pública em nosso país. Há algumas décadas, é considerada a primeira causa de morte no Brasil, segundo os registros oficiais (Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM, BRASIL, 2000). Em 2000, corresponderam a mais de 27% do total de óbitos, ou seja, neste ano 255.585 pessoas morreram em consequência de doenças do aparelho circulatório, como mostra o gráfico abaixo (BRASIL, 2001).

### Mortalidade Proporcional por Grupos de Causas



**Fonte: Ministério da Saúde- DATASUS, SIM, 2000.**

Em 2000, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 15,2 % das internações realizadas no SUS, na faixa etária de 30 a 69 anos. Do total de casos, 17,7 % foram relacionados ao Acidente Vascular Encefálico (AVE) e ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Estas doenças são de grande importância epidemiológica, visto o seu caráter crônico e incapacitante, podendo deixar seqüelas para o resto da vida. Dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorreram dessas doenças (BRASIL, 2001).

Entre as complicações mais freqüentes decorrentes desta patologia encontram-se o IAM, AVE, a insuficiência renal crônica, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais.

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 65% do total de óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos, atingindo a população adulta em plena fase produtiva. No SUS as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 das internações/ano com um custo aproximado de R\$ 475 milhões, sendo que nesses números não estão inclusos os gastos com procedimentos de alta complexidade. Deste total, 25,7% foram gastos com internações de pacientes por acidente vascular encefálico (AVE) ou infarto agudo do miocárdio (IAM) (GIROTTI, 2007).

Os hábitos de vida são sem dúvida, um dos fatores mais importantes no adoecer e morrer das doenças cardiovasculares. Dentre eles o sedentarismo ocupa o primeiro lugar e, no Brasil, mais de 70 % da população tem hábitos de vida sedentários.

A tabela abaixo apresenta a distribuição dos principais fatores de risco para esta doença. Acresce-se a estes fatores, o consumo inadequado do sal de cozinha, o aumento da ingestão de gorduras saturadas e a redução de fibras na alimentação. A adesão a alguns deles, certamente, resultará em benefício para o controle de várias doenças, uma vez que, cessada a exposição, a tendência é a gradativa redução dos danos que porventura já tenham sido provocados ao organismo.

**Quadro 1: Prevalência de alguns fatores de risco segundo sexo no grupo etário de 15 a 59 anos**

FATORES DE RISCO	HOMENS	PREVALÊNCIA (%)		TOTAL
		MULHERES		
Sedentarismo	57,3	80,2		69,3
Tabagismo	44,6	31,9		37,9
Hipertensão	31,0	14,4		22,3
Obesidade	14,2	21,4		18,0
Alcoolismo	12,6	3,3		7,7

Fonte: Brasil, 2001.

#### 4.3. POLÍTICAS DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL

O grande impacto da morbimortalidade cardiovascular na população brasileira, que tem a HAS como um dos importantes fatores de risco, traz um desafio para o sistema público de saúde: a garantia de acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desse agravo, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.

O acompanhamento e controle da HAS no âmbito da atenção básica poderão evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares devido a estes agravos, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares.

Apesar da existência de várias experiências municipais bem sucedidas em todo o Brasil quanto à garantia do acompanhamento dos casos de HAS no âmbito da atenção básica, em grande parte do país observa-se a falta de vínculo entre os portadores e as unidades de saúde. Em geral, o atendimento aos pacientes ocorre de modo não sistemático

nos serviços de emergência, sem a garantia da identificação de lesões em órgãos-alvo e do tratamento adequado a cada caso (BRASIL, 2001).

Diante do exposto, o Ministério da Saúde, com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada à HAS, assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados, municípios e sociedade para apoiar a reorganização da rede de saúde, com melhoria da atenção aos portadores dessas patologias.

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial, implementado pelo Ministério da Saúde (MS), tem por objetivo estabelecer as diretrizes e metas para essa reorganização no Sistema Único de Saúde (SUS), investindo na atualização dos profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico e proporcionando a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores (BRASIL, 2001).

O Plano em si contempla o estabelecimento de diretrizes voltadas ao processo de detecção e tratamento dos portadores da HAS, no âmbito do SUS. No que tange ao tratamento dos hipertensos, foram estabelecidos que os medicamentos Captopril 25 mg, Hidroclorotiazida 25 mg e Propranolol comp. 40 mg seriam aqueles que devem estar disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com isto, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde, em parceria com os representantes estaduais e municipais de saúde, traçaram estratégias complementares no tocante ao processo de aquisição e disponibilização desses medicamentos (BRASIL, 2001).

No tocante aos medicamentos para tratamento da hipertensão arterial, o Ministério da Saúde, em estreita sintonia com os gestores estaduais e municipais de saúde, estão definindo uma estratégia que possa disponibilizar os medicamentos à toda a rede de saúde do SUS.

Vale ressaltar que os medicamentos incluídos nessas ações de operacionalização do Plano são medicamentos considerados “essenciais” pela Organização Mundial de Saúde e fazem parte da atual Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME do Brasil.

Conforme estabelecido, o Plano tem na educação e promoção à saúde seus alicerces, mas não pode prescindir das evidências acumuladas de prevenção secundária contra as complicações, as quais necessariamente incluem tratamento farmacológico e exames a serem oferecidos ainda na atenção básica. Assim implementado, o Plano irá melhorar a qualidade de vida dos portadores e diminuir os custos médicos e sociais, inclusive os do financiamento da atenção a esses agravos, principalmente pela diminuição das suas complicações.

O atendimento eficiente e eficaz no sentido de contribuir para a redução da morbimortalidade associada à HAS no país depende, sobretudo, do estabelecimento de bases construídas a partir da pactuação solidária entre a União, estados e municípios, contando com o apoio e a participação das sociedades científicas e das entidades de portadores dessas patologias (SES-MG, 2006).

#### **4.4. TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO**

A hipertensão arterial é uma doença que necessita de tratamento por toda a vida. O tratamento do paciente hipertenso tem como objetivo reduzir o índice de complicações inerentes à doença e evitar descompensações que coloquem o indivíduo em risco de vida, além de aliviar os sintomas. Para tanto, existem medidas não-farmacológicas e o tratamento farmacológico, o qual deverá ser avaliado de acordo com critérios médico. De acordo com Brasil (2001), até 30% dos pacientes com HAS podem ser tratados com medidas não-medicamentosas, ou seja, mudanças de estilo de vida.

O tratamento não-medicamentoso tem por objetivo auxiliar o indivíduo a fazer mudanças em seus hábitos alimentares, favorecendo o melhor controle metabólico, do peso corporal, da pressão arterial e do nível glicêmico. São modificações de estilo de vida de comprovado valor na redução da pressão arterial: a redução do peso, a redução da ingestão de sódio, maior ingestão de potássio, uma dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com pouco teor de gordura, a diminuição ou abolição do álcool e a atividade física. As modificações do estilo de vida são aplicáveis a todos os pacientes que se propõem a diminuição do risco cardiovascular, incluindo os normotensos, e necessárias também quando se impõe o tratamento farmacológico da hipertensão (MANO, 2009).

Para o mesmo autor, o tratamento farmacológico se impõe quando as medidas não farmacológicas não são suficientes para o controle da pressão arterial, nos pacientes com hipertensão. Reforça que, em qualquer caso, o tratamento não farmacológico sempre deve ser mantido.

#### **4.5. ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO**

A hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente, sendo um fator de risco maior para morbidade e mortalidade, exigindo a correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica, como também seu seguimento (BRANDÃO *et al.*, 2002).

A adesão é a principal determinante para a efetividade do tratamento, pois a não-adesão pode causar atenuação dos benefícios clínicos. A baixa adesão é identificada

como a principal causa do controle inadequado da pressão arterial. Dos pacientes que não têm adequado controle da pressão arterial, aproximadamente 50% não adere ao medicamento recomendado pelo médico (BARBOSA & LIMA, 2006).

A preocupação com a adesão às recomendações terapêuticas data de muito tempo. Uma das primeiras descrições na literatura sobre adesão ao tratamento foi citada por Hipócrates, na qual enfatizava a importância de observar as falhas do paciente em relação ao que havia sido prescrito.

De acordo com Barbosa & Lima (2006) é difícil detectar a falta de adesão e, mais ainda, quantificá-la. Apesar de a adesão ser freqüentemente descrita como variável dicotômica (adesão *versus* não-adesão), ela pode variar ao longo de um contínuo de zero a mais de 100% em pacientes que usam mais do que as medicações prescritas pelo médico. Ainda não há consenso acerca do padrão que constitui a taxa de adesão adequada para o tratamento de doenças crônicas. Alguns ensaios, relativos à hipertensão, consideram taxas acima de 80% aceitáveis.

Existe escassez de dados de índices de adesão no Brasil e no mundo, sendo que foram obtidos em diferentes tipos de população e com critérios variados. Estudos no Japão, Noruega, Estados Unidos, China, Alemanha, Gâmbia, Seychelles, Grécia e Eslováquia apresentaram respectivos índices de adesão à medicação de 65%, 58%, 51%, 43%, 32,3%, 27%, 26%, 15% e 7%, mas a meta seria de ao menos 80%. A não-adesão ao tratamento da hipertensão é o principal fator para a falta de controle da pressão arterial em mais de dois terços dos indivíduos hipertensos (BARBOSA & LIMA, 2006).

Reforçando esta colocação, Penaforte (2006) estima que a adesão a farmacoterapia anti-hipertensiva varie entre 50% a 70%. Esta baixa ou não adesão à terapêutica constitui, além de um sério problema de saúde pública, um dos maiores desafios no tratamento da hipertensão arterial.

#### **4.6. FATORES RELACIONADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO**

Uma das dificuldades encontradas no atendimento a pessoas hipertensas é a falta de adesão ao tratamento, pois 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada (ARAÚJO & GARCIA, 2006). Conforme se observa, a adesão ao tratamento é um dos mais importantes desafios de quem trata o grande número de pacientes com hipertensão arterial.

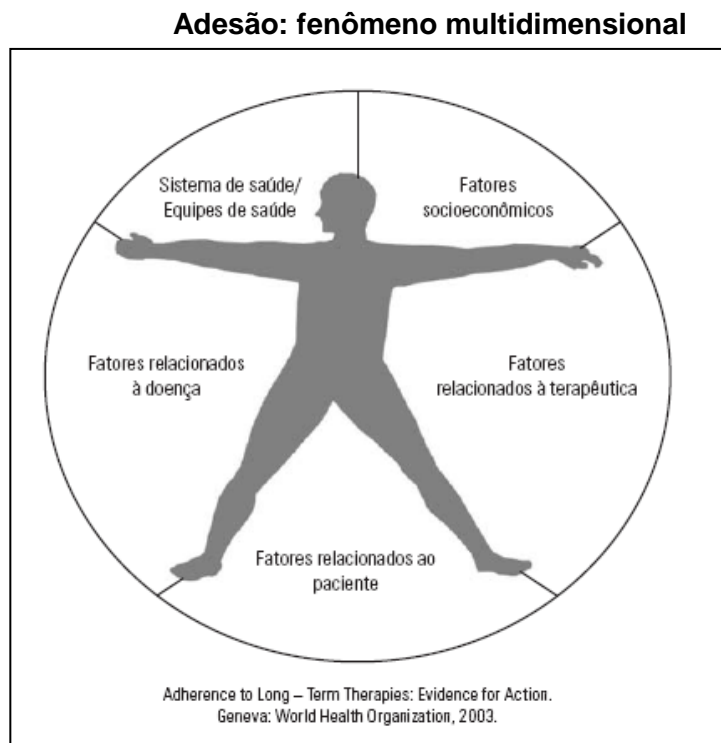
Em um estudo realizado por Amorim (2007) mostrou que os fatores implicados ao não uso da medicação ou ao seu uso incorreto foram: uso de terapias alternativas (12,5%), desconforto com o uso da medicação (20,8%), falta da medicação na UBS (6,9%),

esquecimento (11,1%), normalização da PA (4,2%) e desconhecimento da necessidade de continuação do tratamento (6,9%). Mesmo afirmando fazer uso correto da medicação, mais da metade dos pacientes encontrava-se com níveis pressóricos elevados.

Pacientes que não aderem às recomendações de mudança de estilo de vida e/ou não seguem as prescrições, dificilmente apresentarão níveis de pressão arterial controlados. Pela importância do tema, inúmeras teorias que estudam a adesão ao tratamento foram desenvolvidas ao longo do tempo. Foram hipóteses desde as mais complexas até as mais simples, sem, entretanto, terem sido encontrados, até o momento, os fatores que diferenciam o comportamento dos indivíduos, tornando-os mais ou menos fiéis às prescrições, medicamentosas ou não (CUNHA, 2005).

Modelos iniciais de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo tentaram relacionar a adesão a algumas características pessoais e/ou sociodemográficas dos indivíduos, como sexo, idade, estado civil, nível socioeconômico e religião (JARDIM & JARDIM, 2006).

Como aponta Machado (2008) a adesão ao tratamento é fenômeno multidimensional, em que estão envolvidos pelo menos cinco fatores como mostra a figura abaixo.



**Fonte: Revista Brasileira de Hipertensão, 2008.**



A figura, de maneira resumida, relaciona os mais importantes fatores relacionados com as baixas taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. O estudo dos fatores implicados na adesão ao tratamento da hipertensão arterial tem mostrado a influência de variáveis estruturais, de fatores relacionados ao caráter crônico e assintomático da doença, da relação médico-paciente, da complexidade dos esquemas de tratamento, dos efeitos colaterais dos medicamentos entre outros (GIORGI, 2006).

Dos fatores relacionados com o paciente, o mais significativo é o baixo nível de conhecimento sobre a importância do tratamento da hipertensão, que, apesar de ser doença inicialmente assintomática, é o principal fator de risco para 40% dos casos de mortalidade por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por doença arterial coronariana (MACHADO, 2008). Araújo e Garcia (2006) atribuem algumas variáveis relacionadas ao paciente para adesão ao tratamento, são elas: sociodemográficas, conhecimento, crenças do paciente sobre a HAS, apoio familiar e social.

Com relação ao sexo, segundo alguns autores, as mulheres geralmente aderem mais ao tratamento, quando comparadas aos homens. No estudo de Kyngäs & Lahdenperä (1999) apud Araújo & Garcia (2006), enquanto 83% das mulheres seguiam a dieta hipossódica, apenas 17% dos homens haviam aderido a essa recomendação. Sarquis *et al.* (1998) também enfatizam que os homens tendem a ser menos aderentes que as mulheres, possivelmente porque elas demonstram uma maior preocupação com a saúde.

Os indivíduos de idade mais avançada são mais propensos à adesão. Em pesquisa realizada por Chor (1998), com funcionários de um banco estatal no Rio de Janeiro, verificou que, enquanto 17,1% dos indivíduos mais jovens realizavam tratamento anti-hipertensivo, esse número aumentou para 77,4% em indivíduos de 45 anos ou mais. Car *et al.* (1991) explicam que o jovem não se sente vulnerável à doença, enquanto que o idoso, mais preocupado com a saúde, se apegava ao tratamento como alternativa de prolongamento da vida.

Pesquisas demonstram que, quanto mais elevado o grau de instrução, maior também será o nível de adesão. Chor (1998) constatou que o número de indivíduos com curso superior que se tratava era seis vezes maior que o número de indivíduos que não tinha ingressado na universidade e realizava tratamento anti-hipertensivo. Para Araújo & Garcia (2006), as pessoas com um baixo nível educacional têm menos conhecimento de como prevenir as doenças e, em vista disso, menor nível de adesão.

Alguns autores mencionaram a situação financeira como fator diretamente relacionado à adesão. Os fatores socioeconômicos são demonstrados por várias publicações, ou seja, quanto mais baixos os níveis, menores são as taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, pois é menor o conhecimento da doença e mais difícil o acesso aos serviços de saúde (MACHADO, 2008). De acordo com Araújo & Garcia (2006), o status

econômico influencia na habilidade dos indivíduos em seguir as recomendações. Sarquis *et al.* (1998) ressaltam que a disponibilidade financeira deve ser um ponto importante a ser considerado no processo de adesão. Em trabalho realizado por Trentini *et al.* (1996), os hipertensos relataram problemas decorrentes da dificuldade financeira, principalmente no tocante à compra de medicamentos e à compra de alimentos de acordo com as restrições dietéticas. Segundo Car *et al.* (1991) a situação sócio-econômica é um fator altamente interveniente na adesão, estando não só relacionada à compra de medicamentos, mas também a aspectos educacionais, culturais e sociais.

Marcon *et al.* (1995) afirmam que, para uma decisão específica de saúde ser tomada, é necessário que o indivíduo perceba a doença como ameaça. Em se tratando da HAS, essa questão é bastante problemática, pois, sendo essa doença, na maioria das vezes, assintomática, os pacientes não a encaram como um problema de saúde que necessite de tratamento. Essa questão é abordada por Sarquis *et al.* (1998), para quem a ausência de sintomas contribui de forma marcante para a não adesão, ou para o abandono do tratamento. Chor (1998) ressalta a dificuldade de convencer o paciente, muitas vezes assintomático, de que ele é doente e necessita de tratamento.

Em pesquisa realizada por Castro & Car (2000), comprovou-se que as modificações no estilo de vida relacionaram-se à presença de sintomatologia, à compreensão dos doentes sobre a doença e ao impacto desta em suas vidas. Para as autoras, o enfrentamento da cronicidade da HAS envolve, entre outros aspectos, a compreensão do seu significado, de acordo com as concepções do hipertenso sobre saúde-doença. De acordo com Araújo & Garcia (2006) o entendimento que o paciente tem de sua condição de saúde está diretamente relacionado a sua independência e cooperação com a proposta terapêutica. Portanto, na primeira consulta, deve-se informar ao paciente a importância do tratamento, como tratar, o que ocorre se não for tratado adequadamente e as causas de não-adesão relacionadas com os pacientes.

Reforçando esta colocação, Jardim & Jardim (2006), afirmam que quando conhecem aspectos da doença, os pacientes se tornam elementos ativos no tratamento, ou seja, eles se tornam sujeitos e não simples objetos das ações a eles dirigidas. Para esses autores, os pacientes conscientes da importância do tratamento seguem mais corretamente as recomendações.

A assiduidade dos pacientes aos encontros/consultas também ocupa lugar de destaque entre os preditores da adesão. Jardim & Jardim (2006) verificaram, em um programa de acompanhamento de hipertensos, que indivíduos mais assíduos aos encontros tiveram uma maior redução nos níveis tensionais. Segundo esses autores, a presença do paciente na unidade de saúde é determinante no controle da hipertensão, pois traz motivação individual e esta, por sua vez, leva a atitudes que contribuem para a redução da

pressão arterial. Para Araújo & Garcia (2006), encontros freqüentes propiciam uma melhor monitorização dos níveis pressóricos, assim como a oportunidade de ter mais acesso a informações que podem servir de base para a adesão.

O apoio familiar e social também foi apontado como um evento que contribui para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Na visão de Araújo *et al.* (1998), a HAS provoca limitações no estilo de vida não somente do hipertenso, como também no estilo de vida dos outros elementos do núcleo familiar, pois a alteração na saúde de um dos membros da família acaba por provocar mudanças no todo, devendo-se incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.

Clark *et al.* (2000) apud Araújo & Garcia (2006), enumerando as vantagens do trabalho realizado por um grupo de enfermeiras visitadoras na China, colocam que, ao visitar os pacientes em seu próprio ambiente, elas entram em contato e desenvolvem atividades educativas com a família e outras pessoas significativas, que são o suporte social dos pacientes. Medel (1997) apud Araújo & Garcia (2006), realizou um estudo no Chile e verificou uma maior adesão ao tratamento e controle dos níveis tensionais nos pacientes que percebiam a família como apoio e suporte social. De acordo com a autora, as pessoas sendo melhor compreendidas dentro de seu contexto social são mais aderentes.

Segundo Araújo *et al.* (1998), para muitos hipertensos, um dos aspectos mais importantes da assistência é ter o apoio da família, o que pode ser exemplificado no comportamento do familiar de lembrar o hipertenso do horário das medicações e de orientá-lo na dieta, ou na disposição de algum dos membros da família para acompanhar o hipertenso às consultas. Muitas vezes, em virtude de uma idade já avançada ou de outras limitações, o paciente não tem condições de se deslocar sozinho até o serviço de saúde e a presença da família é fundamental.

Os fatores relacionados com a terapia também são ponto importante, pois não é tarefa muito fácil tratar a doença, na maioria das situações, inicialmente assintomática, com fármacos que, muitas vezes, têm custo e também podem apresentar efeitos adversos (MACHADO, 2008). Para melhor compreensão desta questão podemos considerar o relato de Jardim & Jardim (2006), no qual afirmam que no tratamento propriamente dito, a principal característica avaliada nos estudos de adesão se refere aos efeitos colaterais. Quanto mais freqüentes e incapacitantes, menor a motivação do paciente. Penaforte (2006) afirma que a ocorrência de efeitos indesejáveis constitui-se um dos determinantes da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Segundo Bittar (1995) apud Araújo & Garcia (2006), com a introdução de novos agentes farmacológicos, a qualidade de vida dos hipertensos tem melhorado significativamente e esse ponto parece influencia diretamente na adesão. O autor ainda chama a atenção para a pouca ou nenhuma ocorrência de sintomas ligados à hipertensão,

pois, quando os pacientes sentem intensos efeitos colaterais ao iniciar o uso de medicamentos anti-hipertensivos, podem fazer associação do tratamento com piora da qualidade de vida e, assim, aumenta a tendência a descontinuar o uso do medicamento. Kuncl & Nelson (1997) acrescentam ser preciso reconhecer e responder às reações adversas antes que estas interfiram no tratamento. Nos cuidados com a hipertensão, o abandono da terapêutica por efeitos indesejados de drogas é avaliado de diversas maneiras. Vários estudos mostram que o grau de adesão varia com as diferentes classes de anti-hipertensivos. Desta maneira, a eficácia em relação aos sinais e sintomas também aparece como fator preditor da adesão, assim como a pouca incidência de efeitos colaterais. O tratamento farmacológico deve ser efetivo, ter pouco ou nenhum efeito colateral e não interferir negativamente na qualidade de vida dos pacientes (ARAÚJO & GARCIA, 2006).

Carvalho *et al.* (1998) também ressaltam a importância da prescrição de acordo com a resposta do paciente. Verificaram, também, que o maior nível de adesão estava relacionado à terapia farmacológica, sendo um dos motivos para a ocorrência desse fato os progressos dos medicamentos, a cada dia mais efetivos e com uma incidência cada vez menor de efeitos colaterais. Mas, apesar de todo o progresso relacionado às drogas anti-hipertensivas, a ocorrência de reações adversas muitas vezes é inevitável. O grau de tolerância dos pacientes a essas reações também tem importância na questão da adesão (SARQUIS *et al.*, 1998). Desse modo, os pacientes precisam se esforçar no sentido de identificar e contornar as reações adversas das drogas adverte os autores.

Outro aspecto do tratamento, que é também objeto de preocupação, é a complexidade da prescrição e a simplificação é um dos pontos chave, enfatiza Araújo & Garcia (2006). Quanto maior o número de comprimidos ou drogas anti-hipertensivas, menor a adesão. Eisen *et al.* (1987) apud Jardim & Jardim (2006) mostraram, em população de 105 pacientes hipertensos, que a adesão caiu de 83,6% em tomadas únicas para 53% tomadas três vezes ao dia.

Araújo & Garcia (2006) apontam a diminuição do número de medicamentos utilizados e a diminuição da frequência das dosagens, de preferência uma única dose diária, como fatores que levam à adesão. O horário da tomada dos medicamentos também foi apontado pelos autores como fator que intervém na adesão, pois, correlacionando-se o horário das dosagens com atividades da rotina diária, que sirvam de lembretes, há melhora no nível de adesão. Por isso, alguns autores enfatizam a importância de uma prescrição medicamentosa individualizada, elaborada de acordo com o estilo de vida dos pacientes. Portanto, é de extrema importância levar em conta as necessidades e preferências pessoais por ocasião da realização da prescrição.

Os aspectos do tratamento relacionados ao custo e à eficácia são também bastante investigados nos protocolos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (JARDIM &

JARDIM, 2006). Para Akashi *et al.* (1998) apud Araújo & Garcia (2006), o custo deve ser uma consideração importante na seleção do fármaco pois, sem dúvida, influencia na adesão ao tratamento.

No que se refere à terapêutica não farmacológica, Castro & Car (2000) consideram que o processo de aceitação e adaptação às modificações no estilo de vida relaciona-se diretamente ao seguimento do tratamento para o controle da HAS. Para Cruz *et al.* (1995), a experiência com um problema de saúde crônica exige a ativação de mecanismos de adaptação ao novo estilo de vida. Tal adaptação nem sempre é fácil, pois, muitas vezes, determina mudança de hábitos prazerosos, acrescenta Chor (1998).

Castro & Car (2000) verificaram que os pacientes relacionam o tratamento a mudanças problemáticas no cotidiano, como restrições alimentares, de lazer e trabalho. No estudo de Kyngäs & Lahdenperä (1999) apud Araújo & Garcia (2006), enquanto os mais altos níveis de adesão relacionavam-se à medicação, os piores estavam relacionados justamente ao tratamento não medicamentoso, incluindo a dieta, atividades físicas e ingestão de álcool. Segundo as autoras, os pacientes que utilizam medicamentos tendem a aderir menos às modificações no estilo de vida, pois acreditam que o uso das drogas é suficiente para se obter o controle da pressão arterial.

Este comportamento é de fato preocupante, tendo em vista que os objetivos do tratamento não farmacológico são, além de reduzir as cifras tensionais, reduzir os fatores de risco cardiovasculares. Levando em conta esses aspectos, é recomendável que os profissionais de saúde discutam com os pacientes quais modificações estes consideram possíveis de serem realizadas, para que as práticas terapêuticas possam ser incorporadas efetiva e realisticamente ao seu cotidiano (ARAÚJO & GARCIA, 2006). Para Kjellgren *et al.* (2000) apud Araújo & Garcia (2006) é recomendável os profissionais pesquisem a opinião dos pacientes a respeito do tratamento medicamentoso e das mudanças no estilo de vida, como também de sua prontidão e capacidade de seguir o tratamento.

O “Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis”, realizado em 15 capitais e no Distrito Federal nos anos de 2002 a 2003, publicado pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca) - 2004, mostrou que de 66,0% a 97,6% das pessoas entrevistadas tinham verificado sua pressão nos últimos dois anos, e de 7,4% a 59,0% referiam ser hipertensas. Portanto, o acesso à medida e ao diagnóstico de hipertensão arterial vem melhorando, mas deve-se aperfeiçoar a adesão e o controle nesses indivíduos.

Muitos autores têm descrito que os profissionais de saúde, especialmente os médicos, se relacionam com seus pacientes de forma diretiva e autoritária. Com isso, os pacientes não expressam suas dúvidas e necessidades e acabam não seguindo as orientações médicas relacionadas ao tratamento anti-hipertensivo.

O ponto crucial para o aumento da adesão ao tratamento da hipertensão, que também foi relacionado no estudo do Nhanes (2008) apud Machado (2008), é a facilidade de acesso aos serviços de saúde. Este acesso aos serviços de saúde melhorou muito com a implantação do SUS, que garante universalidade e equidade de atendimento para a população desde 1988, bem como a regulamentação dos serviços de saúde suplementar em 1998, contudo ainda se tem longo caminho a percorrer.

Com relação ao sistema de saúde, inúmeros autores pontuam a extrema relevância do acesso aos serviços. Sarquis *et al.* (1998) colocam que as políticas de saúde vigentes, a facilidade de acesso do paciente aos serviços de saúde e a qualidade do trabalho desenvolvido nesses serviços influenciam diretamente no processo de adesão. Essa questão também é abordada por Costa (2001), para quem a maioria dos hipertensos, além de outros aspectos, não consegue acompanhar um tratamento ao longo do tempo, em virtude da dificuldade de acesso a um sistema público que facilite seu atendimento, a par do fato que a situação financeira da maioria dos doentes os impossibilita de procurar assistência em serviços privados. Levando isso em consideração, a ação integrada dos órgãos governamentais, das sociedades científicas médicas e demais associações da sociedade civil devem se direcionar no sentido de proporcionar um programa de atenção que seja efetivo e de baixo custo (AKASHI *et al.*, 1998 apud ARAÚJO & GARCIA, 2006), e que priorize ações e estratégias mínimas para o controle da hipertensão, tais como diagnóstico de casos, cadastramento dos portadores, busca ativa de casos, tratamento dos casos, diagnóstico precoce de complicações, atendimento de urgências e medidas preventivas (BRASIL, 2001).

A disponibilidade de medicamentos nos serviços para fornecimento aos pacientes também foi apontado como fator importante para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. No estudo realizado por Castro & Car (1999), os hipertensos entrevistados mencionaram, como fatores facilitadores da adesão ao tratamento, o recebimento gratuito de medicamentos, a facilidade de marcar consultas, a proximidade do serviço, como também o recebimento de vale transporte para o comparecimento às consultas. Segundo Marcon *et al.* (1995), a facilidade de acesso ao serviço e o tratamento gratuito, incluindo consultas e exames, são fatores que, de fato, influenciam no seguimento do tratamento. A disponibilidade de serviços de referência para encaminhamento de casos complexos, ou em caso de urgência, como a crise hipertensiva, é enfatizado por Clark *et al.* (2000) apud Araújo & Garcia (2006). Outro fator relacionado à estrutura dos serviços de saúde e mencionado como contribuinte para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo é a disponibilidade de uma equipe multidisciplinar para o atendimento aos hipertensos. Sendo a HAS uma doença multicausal e multifatorial, exige diferentes abordagens, e só uma equipe multidisciplinar pode proporcionar essa ação diferenciada. Jardim & Jardim (2006) ressaltam que o

atendimento dos hipertensos por profissionais de diferentes áreas melhora, em muito, a adesão à terapêutica recomendada.

Neste sentido, Campos (1996) pontua os benefícios da instituição da equipe multidisciplinar nos serviços, pois sua existência permite que os diversos fatores envolvidos na HAS e seu tratamento sejam examinados de modo mais profundo, visto que são abordados conjuntamente. A equipe multidisciplinar propiciará aos pacientes e à comunidade uma gama maior de informações, ajudando na adoção de atitudes efetivas e definitivas para o controle da hipertensão. Poderão fazer parte dessa equipe médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, farmacêuticos, funcionários administrativos, cada serviço adequando a composição da equipe de acordo com suas possibilidades e com a necessidade da clientela atendida. Jardim & Jardim (2006) enfatizam que deve haver harmonia de objetivos e uniformização de linguagem, além de um treinamento adequado dos membros da equipe.

Como aponta Machado (2008), há necessidade de melhoria dos serviços de saúde, da educação permanente dos profissionais de saúde, que atuam principalmente na porta de entrada do sistema, representado pela Unidade Básica de Saúde, ou seja, o “posto de saúde” mais próximo da residência do hipertenso. Este serviço, na verdade, é unidade de tratamento de doenças, não desenvolvendo ações de prevenção de doença e promoção de saúde como está previsto em todo o modelo de atenção.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica altamente prevalente no mundo todo. Seu estudo e conhecimento são fundamentais para uma abordagem efetiva dos pacientes hipertensos, principalmente em relação à prevenção de suas complicações, as quais acarretam em elevado custo econômico ao dinheiro público e principalmente à qualidade de vida da população acometida.

Apesar de haver limitações dos dados disponíveis, os índices de adesão ao tratamento para hipertensão arterial ficam abaixo da recomendação de 80% nas populações de vários países, sendo encontradas taxas mais elevadas em serviços de saúde especializados. A não-adesão à terapia é o principal fator para a falta de controle da pressão arterial que ocorre em mais de dois terços dos indivíduos que têm hipertensão.

A adesão ao tratamento representa um problema de âmbito mundial por piorar os resultados terapêuticos, em especial o surgimento de doenças crônicas, e aumentar os custos dos sistemas de saúde. Pouco se conhece sobre a magnitude da não-adesão ao tratamento com medicamentos anti-hipertensivos, em particular no contexto da atenção primária no Brasil.

O estudo dos fatores determinantes para a adesão ao tratamento da hipertensão arterial tem mostrado a influência de variáveis estruturais, de fatores relacionados ao caráter crônico e assintomático da doença, da relação médico-paciente, da complexidade dos esquemas de tratamento, dos efeitos colaterais dos medicamentos, entre outros. Atualmente, a abordagem multiprofissional do atendimento ao hipertenso tem sido encorajada e a atuação dos diferentes elementos tem caráter complementar, aumentando a possibilidade de sucesso do tratamento anti-hipertensivo, tanto o farmacológico quanto o não-farmacológico.

Para cada paciente ou grupo de pacientes existem estratégias que, quando aplicadas, aumentam consideravelmente a adesão ao tratamento e a sua eficiência. É imprescindível que cada profissional de saúde tente identificar, na sua população-alvo, quais são as variáveis envolvidas e associadas ao abandono do tratamento ou ao não cumprimento das orientações terapêuticas, levando em consideração a estrutura disponível para o atendimento desta população. A estratégia deve ser iniciada no primeiro contato com o paciente e repetida com grande frequência para manter o seu efeito.

Com treinamento e motivação da equipe, a atuação de diversos profissionais de saúde é insubstituível no tratamento da hipertensão arterial, uma vez que a adesão a terapêutica constitui-se num processo dinâmico, o qual deve estar em constante monitorização.



Conforme se observa, a adesão ao tratamento é um dos mais importantes desafios de quem trata o grande número de pacientes com hipertensão arterial. O alcance da meta fundamental da boa adesão ao tratamento está diretamente relacionado ao melhor controle da pressão arterial e a menores taxas de complicações secundárias à hipertensão. Como vimos, a preocupação é antiga, geral e só será atenuada quando conseguirmos um modelo de atuação que torne os pacientes verdadeiros agentes das mudanças tão necessárias, co-responsabilizando-os por seus cuidados. Dessa forma, teremos dado um grande passo para a diminuição da morbimortalidade ocasionada por esse agravo tão prevalente e incapacitante

## 6. REFERÊNCIAS

- AMORIM, P.A. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo entre usuários da Unidade Básica de Saúde Mina União**, 2007. Disponível em:< [http://200.18.15.7/medicina/tcc/2007\\_1/2007\\_01\\_r81.pdf](http://200.18.15.7/medicina/tcc/2007_1/2007_01_r81.pdf) >.
- ARAÚJO, G.B.S & GARCIA, T.R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletr. Enf.** 2006; 8(2): 259-72. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm)>.
- ARAÚJO, T. L. *et al.* Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Rev. Soc. Card. Estado de São Paulo**, v. 8, n.2 (Supl A) p.1–6, 1998.
- BARBOSA, B.G.R & LIMA, C.K.N. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Rev Bras Hipertens** vol.13(1): 35-38, 2006. Disponível em:< <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/09-indices-de-adesao.pdf>>.
- BELO HORIZONTE. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à Saúde do adulto – Hipertensão e diabetes**. 1ª edição: Belo Horizonte, 2006.
- BLOCH, K.V *et al.* Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(12): 2979-2984, dez, 2008.
- BRANDÃO A.P., *et al.* **Hipertensão arterial no idoso**. Tratado de Geriatria e Gerontologia. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Ed Guanabara Koogan. 2002, p. 2-12.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, **Hipertensão arterial sistêmica** - Cadernos de Atenção Básica nº 15. Brasília, D.F., 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas Públicas. Informes Técnicos Institucionais - Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. **Rev Saúde Pública**, 2001; 35(6): 585-8 585. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n6/7073.pdf>>.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade- SIM**, 2000. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/Brasil-2000.htm>>.
- BRÊTAS,A.C.P.. Pesquisa Qualitativa um método da história oral: aspectos conceituais. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 13, n.3, setembro/dezembro, p. 81- 91,2000.
- CAMPOS, E. P. Contribuição da psicologia ao tratamento do hipertenso. **Folha Méd.**, v.113, n.2, p.153–156, 1996.
- CAR, M. R. *et al.* Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enf. USP.**, v.25, n.3, p.259–269, 1991.
- CARVALHO, F.*et al.* Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.3, p.617–621, 1998.
- CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.2, p.145–153, 2000.

CHOR, D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.71, n.5, p.100–119, 1998.

CORRÊA, D.T. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Arq Med ABC**. São Paulo: 31(2):91-101, 2005. Disponível em: <<http://www.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc91.pdf>>.

COSTA, A. Hipertensão arterial sistêmica como fator de risco. **Compacta – Temas em cardiologia**, v.3, n.2, p.5–10, 2001.

CRUZ, I. C. F. *et al.* O cliente/família com hipertensão arterial essencial: considerações sobre o diagnóstico e tratamento de enfermagem na consulta. **Rev. Enf. UERJ**, v.3, n.1, p.71–76, 1995.

CUNHA, V.F. *et al.* **Não adesão ao tratamento anti-hipertensivo**, 2005. Disponível em : <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/1228.htm>>.

DEMO, P. **Pesquisa: Princípios científicos e educativos**. 7ª edição, São Paulo: Cortez, 2000.

DUARTE, S.V. & FURTADO, M.S.V. **Manual para Elaboração de Monografias e Projetos de Pesquisas**. 3. ed. Montes Claros: Unimontes, 2002. p 28.

GIORGI, D.M.A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev. bras. hipertens**;13(1):47-50, jan.-mar. 2006. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/>>

GIROTTI, E. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família**, Londrina, PR, 2007. Disponível em: <http://bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000129935>.

GUYTON, A.C. **Fisiologia Humana**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

Instituto Nacional do Câncer – INCA, **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**, 2004.

JACOB, Joelma. **Mudança Organizacional - um estudo de caso utilizando uma abordagem cognitiva**. Santa Catarina, 1996. Dissertação ( Mestrado). Disponível: < <http://www.eps.ufsc.br/>>.

JARDIM , P.C.B.V. & JARDIM, T. S.V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens** vol.13(1): 26-29, 2006.

KUNCL, N.; NELSON, K. M. Antihypertensive drugs – balancing risks and benefits. **Nursing**, p.46–49, 1997.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na Saúde**. 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002. 290p.

LOLIO, A.C. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, 24 (5): 425 – 32, 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v24n5/12.pdf>.

MACHADO, C.A. Adesão ao tratamento – Tema cada vez mais atual. **Rev Bras Hipertens**, vol.15(4):220-221, 2008. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-4/11-comunicacao-breve%20.pdf>.

MANO, R. Hipertensão arterial sistêmica. **Manuais de cardiologia**, 2009. Disponível em: < [http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has\\_Page357.htm](http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has_Page357.htm)>.

MANZO, A.J. **Manual para la preparación de monografías: um guia para presentar informes u tesis**. 2ª edição, Buenos Aires: Humanitas, 1973.

MARCONI, M.A. & LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6ª edição, São Paulo: Atlas, 2007.

MARCON, S. S. *et al.* Comportamento preventivo de servidores da UEM hipertensos e a aderência ao programa de assistência ao hipertenso do ambulatório. **Ciencia Y Enfermería**, v.1, n.1, p.33–42, 1995.

MARTINS, G.A. & PINTO, R.L. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos**. São Paulo: Atlas, 2001.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269p.

MUÑOS, I.S. *et al.* Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde. **An. 8. Simp. Bras. Comun. Enferm.** May. 2002. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo>.

PENAFORT, R.T. *et al.* **O impacto das reações adversas a medicamentos na redução da adesão ao tratamento anti-hipertensivo**. Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>

ROBBINS, A.K.& COTRAN, K.V: **Patologia: Bases Patológicas das Doenças**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000.

RUIZ, J.A. **Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos**. 6ª edição, São Paulo: Atlas: 2006.

SANTOS, A.S.M.Z. *et al.* Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Enferm.** vol.14 no.3. Florianópolis July/Sept. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br> >.

SARQUIS, L. M. M. *et al.* A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.32, n.4, p.335–353, 1998.

SCHROETER G, *et al.* **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 14-19, jan./mar. 2007.

TRENTINI, M.; TOMASI, N.; POLAK, Y. Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas. **Cogitare Enferm.**, v.1, n.2, p.19–24, 1996.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1994, 175p.