



Artigo Original

ADESÃO DO USUÁRIO HIPERTENSO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

USER'S ADHERENCE TO HYPERTENSIVE DRUG THERAPY

ADHESIÓN DEL USUARIO HIPERTENSO A LA TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos¹, Helder de Pádua Lima², Flávia Braga de Oliveira³, Jamilly Silva Vieira⁴, Natasha Marques Frota⁵, Jennara Candido do Nascimento⁶

A baixa adesão ao tratamento constitui um dos principais fatores do descontrole da pressão arterial, e de risco para as doenças cardiovasculares. Objetivou-se analisar a adesão do usuário hipertenso ao tratamento medicamentoso. Estudo descritivo realizado com 400 hipertensos, durante os meses de maio a agosto de 2010, através de entrevista. A maioria dos entrevistados era mulher (67,2%), idade acima dos 60 anos (54,3%), e pardos (54,7%). Cerca de 326 (81,5%) faziam uso regular do medicamento com predomínio dos entrevistados com mais de dez anos de diagnóstico (33,5%), até 05 anos de tratamento (31,0%), e que recebiam a medicação completa do Sistema Único de Saúde (39,2%). O saber sobre os tipos de drogas anti-hipertensivas e o número de tomadas diárias predominou independentemente da regularidade da medicação, o mesmo fato aconteceu em relação ao desconhecimento dos efeitos colaterais, aos desconfortos causados, e à complexidade do esquema medicamentoso. A adesão ao tratamento prevalecia na maioria dos usuários.

Descritores: Hipertensão; Adesão à medicação; Terapêutica.

The low treatment adherence is one of the major factors for the lack of blood pressure control and risk for cardiovascular diseases. We aimed to analyze the hypertensive user's adherence to drug therapy. A descriptive study carried out with 400 hypertensive users, from May to August 2010, through interviews. Most interviewees were female (67.2%), aged over 60 (54.3%) and with brown skin (57.4%). 326 (81.5%) users were making regular use of medicine with a predominance of those with over 10 years of diagnosis (33.5%), those with up to 5 years of treatment (31.0%), and those who received the complete medication provided by SUS (39.2%). The knowledge on the types of antihypertensive drugs and the daily frequency of medication prevailed regardless the regularity of medication, the same happened regarding the lack of knowledge on side effects, to the discomforts caused and the complexity of drug therapy. We concluded that the treatment adherence prevailed in most users.

Descriptors: Hypertension; Medication Adherence; Therapeutics.

La baja adherencia al tratamiento es uno de los factores de descontrol de la presión arterial y del riesgo para enfermedades cardiovasculares. El objetivo fue analizar la adherencia del usuario hipertenso al tratamiento medicamentoso. Estudio descriptivo, con 400 hipertensos, de mayo a agosto/2010, mediante entrevista. La mayoría era mujer (67,2%), edad mayor de 60 años (54,3%) y pardas (54,7%). Alrededor de 326 (81,5%) estaban tomando el medicamento con predominio de los usuarios con más de diez años después de diagnóstico (33,5%), hasta cinco años de tratamiento (31,0%), y que recibieron medicación completa del Sistema Único de Salud (39,2%). El conocimiento acerca de los tipos de fármacos antihipertensivos y el número de dosis diarias prevaleció independientemente de la medicación regular, lo que realmente sucedió según la ausencia de efectos secundarios, a las molestias causadas, y complejidad del esquema medicamentoso. Parece ser que la adherencia al tratamiento prevaleció en la mayoría de los usuarios.

Descriptores: Hipertensión; Cumplimiento de la Medicación; Terapéutica.

¹Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Brasil. E-mail: zeliasantos@unifor.br

²Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará-UFC. NUESPHA. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: helder_padua@yahoo.com.br

³Enfermeira. Graduada pela UNIFOR. Brasil. flavia1996@yahoo.com.br

⁴Enfermeira. Graduada pela UNIFOR. Brasil. jamillyvieira@hotmail.com

⁵Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFC. Membro do NUESPHA. Brasil. E-mail: natashafrota_@hotmail.com

⁶Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFC. Membro do NUESPHA. Bolsista CAPES. Brasil E-mail: jennaracandido@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos fatores de risco mais importantes de morbidade e mortalidade no mundo atual, atingindo cerca de 20% a 25% de toda a população mundial, sendo a causa mais importante de morte em adultos portadores de doença cardiovascular⁽¹⁾. No Brasil, a HAS representa sério problema de Saúde Pública, pela sua elevada prevalência, entre 15% e 20% na população adulta, e mais de 50% nos idosos, e por acometer indivíduos em plena fase produtiva. Quando associada a fatores de risco como tabagismo, diabetes e dislipidemia constituem-se em importante fator de risco para as doenças cardiovasculares responsáveis por cerca de 30% das mortes⁽²⁾.

O seu tratamento, feito através de medidas higienodietéticas e/ou medicamentosas, tem como objetivo primordial a redução da morbimortalidade cardiovascular do hipertenso, aumentada em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. Embora o tratamento anti-hipertensivo seja eficaz, a não adesão dos usuários hipertensos a este, contribui de forma significativa para o descontrole da HAS, ocorrendo em até 40% dos usuários, por diferentes motivos, constituindo um desafio para os profissionais de saúde⁽³⁾. No Brasil, que possui uma população de hipertensos maior do que 15 milhões, menos de 10% destes têm controle efetivo da hipertensão. Além disso, somam-se a esta problemática a desinformação em relação ao assunto, distorções conceituais, problemas sociais, econômicos, carência de recursos para implementação terapêutica entre outros⁽³⁾.

A falta de adesão ao tratamento da HAS é justificada não só com a suspensão ou irregularidade no tratamento farmacológico, mas também, com a adoção de estilo de vida inadequado. Esse último define-se

como sendo a não observância das medidas higienodietéticas, como alimentação saudável, prática regular de exercício físico, manutenção do peso saudável, abstinência do álcool e do tabaco, gerenciamento do estresse e uso adequado de bebidas que contêm cafeína⁽⁴⁾.

O tratamento medicamentoso é indicado para hipertensos moderados e graves, e para aqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou lesão importante de órgãos alvo. No entanto, poucos hipertensos conseguem o controle ideal da pressão arterial (PA) com um único agente terapêutico e, muitas vezes, faz-se necessário a terapia combinada, principalmente em indivíduos idosos e com comorbidades relevantes⁽⁵⁾.

Cerca de 16% a 50% dos novos pacientes com HAS descontinuam a medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso e um número substancial daqueles que permanecem em uso da medicação o fazem de modo inadequado⁽⁶⁾. Portanto, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo é baixa, e tem sido apontada como um dos principais fatores responsáveis pela falta de controle da PA com suas implicações deletérias já conhecidas. As possíveis causas desta falta de adesão, que frequentemente tem-se observado no acompanhamento ambulatorial do usuário hipertenso, incluem a dispensação parcial e irregular da medicação anti-hipertensiva pelo Sistema Único de Saúde (SUS); baixo poder de compra do usuário; falta ou déficit de conhecimento sobre o tratamento em geral dentre eles: regularidade; nome, efeito terapêutico e adverso, guarda e conservação das drogas etc., além de desconfortos e complexidade do esquema medicamentoso.

A não adesão ao tratamento medicamentoso está

relacionada não somente a tomar ou não remédios, mas como a pessoa hipertensa "administra" seu tratamento: comportamento em relação à dose, horário, frequência e duração. Conceitualmente, a não adesão deve ser assumida como um construto de múltiplas dimensões.

A não adesão constitui, portanto, um sério obstáculo para o sucesso do tratamento da HAS. Desse modo, a identificação de fatores determinantes da não adesão do usuário hipertenso ao tratamento é de vital importância na aplicação da estratégia terapêutica e na obtenção de resultados satisfatórios. Além disso, a identificação destes fatores e o seu melhor conhecimento poderiam permitir a implementação de medidas que possibilitem a sua correção, favorecendo a aderência e propiciando o controle adequado dos níveis pressóricos⁽⁵⁾.

A definição tradicional de adesão refere-se à situação na qual o comportamento do indivíduo corresponde às orientações dos profissionais da saúde, avaliada pelo comparecimento às consultas marcadas, às tomadas de medicações prescritas e pelas mudanças no estilo de vida⁽⁷⁾. Fatores como as variáveis sociodemográficas, o conhecimento e crenças do paciente sobre a HAS, a ausência de sintomatologia, a cronicidade, a compreensão sobre a concepção de saúde e doença, o apoio familiar e social influenciam na adesão do hipertenso no controle do seu agravo⁽⁸⁾.

O Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos realizou a pesquisa sobre os prováveis fatores que impediam o efetivo tratamento anti-hipertensivo, sendo as barreiras mais frequentes para o fracasso terapêutico: dificuldade em mudanças no estilo de vida (por exemplo, redução de peso), falha na tomada da medicação como prescrita, falta de compreensão sobre o problema de saúde, custo de medicamento, tempo de espera na consulta, hora da consulta inapropriada e efeitos colaterais⁽⁷⁾.

Em um estudo transversal, foi analisado as razões que levavam os pacientes a interrupção do tratamento para hipertensão arterial, sendo entrevistados 401 pacientes em diferentes centros do estado da Bahia e as maiores razões observadas, que levaram à não-adesão, foram: a normalização da pressão arterial, efeitos colaterais da medicação, esquecimento de tomar as medicações, custo das medicações, medo de misturar medicamento e bebidas alcoólicas, desconhecimento da necessidade de continuidade do tratamento, uso de tratamentos alternativos, medo de intoxicação, medo de hipotensão e medo de misturar a medicação anti-hipertensiva com outras drogas⁽⁹⁾.

O tratamento medicamentoso da HAS é muito eficaz na redução dos níveis pressóricos, contudo, o percentual de pacientes que alcança os alvos terapêuticos são baixo. A não adesão ao tratamento é um dos mais importantes problemas enfrentados em todo o mundo, pois gera custos substanciais pelas baixas taxas alcançadas, o que acaba aumentando a morbimortalidade decorrente dessa síndrome⁽¹⁰⁾.

A não adesão do cliente ao tratamento tem constituído um grande desafio para os profissionais que o acompanha, e possivelmente tem sido responsável pelo aumento dos custos sociais como o absenteísmo no trabalho, licenças para tratamento de saúde, e aposentadorias por invalidez⁽¹¹⁾.

Nos países em desenvolvimento é grande o desperdício de recursos destinados a medicamentos, podendo chegar até a 40% das verbas da saúde, enquanto em países desenvolvidos essa margem é de 8%. O grau de adesão dos pacientes deve ser sempre examinado, assim como o comportamento prescritivo dos profissionais de saúde, como parte das avaliações da qualidade do atendimento⁽¹²⁾.

A magnitude e o impacto da baixa adesão em países em desenvolvimento também é consequência

tanto da escassez como da desigualdade de acesso aos serviços de saúde, como ocorre na China, na Gâmbia e Seychelles, que apresentam índices de adesão à medicação de apenas 43%, 27% e 26%, respectivamente⁽¹²⁾. A representação dessa não adesão pode ser avaliada pelo número de morte pelos acidentes vasculares encefálicos, que vem aumentando nos últimos anos nesses países⁽¹³⁾.

Considerando-se a problemática envolvida nessa questão, como também o papel de destaque que ocupa o controle da HAS, acredita-se ser de extrema relevância o entendimento sobre a adesão no contexto do tratamento anti-hipertensivo, uma vez que permitirá uma compreensão mais abrangente do fenômeno, fornecendo a base para que se possa intervir de modo mais eficaz na tentativa de ajudar os usuários hipertensos a controlar ou a evitar danos causados por uma HAS não controlada⁽⁸⁾.

Frente a esta realidade de não adesão do usuário hipertenso ao tratamento, surge o seguinte questionamento: quais as atitudes desses usuários frente ao uso da medicação especificamente? Sendo assim o objetivo desta investigação foi analisar a adesão do usuário hipertenso a terapêutica medicamentosa.

Os achados do estudo irão contribuir para uma melhor compreensão sobre os fatores que estão interferindo na adesão ao tratamento medicamentoso do hipertenso, uma vez que pode fornecer uma reflexão crítica por parte dos profissionais e gestores, fazendo com que estes desenvolvam ações de promoção da saúde que muitas vezes são negligenciadas.

MÉTODOS

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em um Centro de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional VI (SER VI), em Fortaleza-CE.

A população foi constituída por 1600 usuários hipertensos inscritos nas UBASF, independentemente de cor, escolaridade, renda familiar e estado civil. A amostra foi calculada com base na prevalência da HAS, que era de 25% na área estudada, com fórmula para estudos transversais totalizando um valor de 400 usuários. Como critérios de inclusão do estudo têm-se os usuários da UBASF cadastrados no *Hiperdia*, com diagnóstico prévio de HAS e em acompanhamento ambulatorial no serviço de saúde, sendo excluídos aqueles que não apresentavam condições física e emocional para participar do estudo. O *Hiperdia* é um sistema informatizado que permite cadastrar e acompanhar os portadores de HAS e/ou diabetes mellitus captados e vinculados às unidades de saúde gerando informações para profissionais e gestores das secretarias municipais, estaduais e ministério da saúde⁽¹⁾.

Os dados foram coletados durante os meses de maio a agosto de 2010, através de entrevista com o usuário, utilizando-se um formulário estruturado, previamente validado, que continha questões relativas aos dados sociodemográficos e relacionados à adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. Optou-se pela entrevista devido a dificuldade dos sujeitos em responder o formulário auto-explicativo. Organizou-se os dados quantitativos no programa *Statistic Package for Social Science* (SPSS, versão 18.0), representando-os em quadro e tabelas. Foram utilizados trechos dos relatos dos participantes que foram identificados pela ordem de entrevista para a manutenção do anonimato. Os dados foram fundamentados em literatura que abordava a temática em estudo.

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP⁽¹⁴⁾, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Aos participantes foram assegurados o

anonimato, a utilização dos dados obtidos somente para a realização deste estudo, e o direito de retirar o consentimento na ocasião que desejassem. Os dados foram coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a emissão do parecer favorável da Comissão de Ética do Hospital de Messejana/SESA/SUS/MS, sob protocolo de nº 194/04.

entrevistados era do sexo feminino (67,2%), tinha idade acima dos 60 anos (54,3%), e era parda (54,7%). Ressalta-se ainda que entre os mesmos, identificou-se 54 (13,5%) negros; 255 (63,7%) eram alfabetizados ou haviam cursado até o ensino fundamental e 79 (19,7%) analfabetos; 199 (49,7%) informaram renda mensal de um a dois salários mínimos, e em 194 (48,5%) esta era oriunda de aposentadoria pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Evidencia-se assim que a renda mensal relacionava-se com a escolaridade dos mesmos.

RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, a maioria dos

Tabela 1 – Distribuição dos usuários hipertensos segundo idade, sexo, cor, renda, escolaridade e ocupação. Fortaleza, CE, Brasil, 2010 n=400

Características sociodemográficas	N	%
Idade (em anos)		
20-39	10	2,5
40-59	173	43,2
≥60	217	54,3
Sexo		
Masculino	131	32,8
Feminino	269	67,2
Cor		
Parda	219	54,7
Branca	127	31,7
Negra	54	13,5
Renda ¹		
<1	142	35,5
1-2	199	49,7
≥3	59	14,8
Escolaridade		
Analfabeto	79	19,7
Alfabetizado	148	37,0
Ensino fundamental	107	26,7
Ensino médio	54	13,0
Ensino superior	12	3,0
Ocupação		
Aposentado	194	48,5
Prendas do lar	99	24,7
Outras ²	107	26,8

¹Em salários mínimos vigentes (R\$ 510,00). ²Comerciário, Motorista, Doméstica, Costureira, Pedreiro, Agricultor, Estudante.

Na Tabela 2, constata-se ainda que 290 (72,5%) entrevistados nasceram no interior do Ceará, e 289 (72,2%) procediam da capital deste estado. Ressalta-se que 111 (27,7%) usuários moravam em outros municípios cearenses, necessitando deslocar-se para a capital para realizar o acompanhamento do seu

problema de saúde. Quanto à prática religiosa, 311 (77,7%) informaram o catolicismo. Na amostra, 216 (54,0%) estavam casados, 331 (82,8%) residiam em imóvel próprio e 150 (37,5%) moravam com o cônjuge e filhos.

Tabela 2 – Distribuição dos usuários hipertensos segundo naturalidade, procedência, religião, condições de moradia, estado civil, com quem mora. Fortaleza, CE, Brasil, 2010 n=400

Características sociodemográficas	N	%
Naturalidade		
Capital	110	27,5
Interior	289	72,2
Procedência		
Capital	289	72,2
Interior	110	27,5
Religião		
Catolicismo	311	77,7
Protestantismo	67	16,7
Não informou	22	5,5
Condições de moradia		
Alugada	45	11,2
Própria	331	82,8
Outras ¹	24	6,0
Estado civil		
Casado	216	54,0
Solteiro	42	10,5
Separado	45	11,2
Viúvo	74	18,5
União estável	23	5,7
Com quem mora		
Filho	67	16,7
Cônjuge	39	9,7
Cônjuge e filho	150	37,5
Outros ²	144	36,0

¹Instituição asilar, local de trabalho, residência de familiares e de conhecidos. ²Pais, Noras, Tios, Avós e Sobrinhos.

Segundo a Tabela 3, 326 (81,5%) usuários hipertensos faziam uso regular do medicamento, destes, predominaram aqueles com mais de 10 anos de diagnóstico (33,5%); que iniciaram o tratamento até 5

anos (31,0%); que tinham acesso à medicação prescrita disponibilizada pelo SUS (39,2%). Dentre os entrevistados, 42,2% adquiriam os medicamentos que estavam em falta no CSF e/ou não eram padronizados

pelo SUS através de recursos próprios e/ou da família, e foi facilitada a partir da instituição de farmácias populares. Para 83 (20,7%) usuários a medicação em falta, era doada pela Secretaria de Saúde do município de origem.

Trechos dos relatos dos entrevistados denotam que a adesão ao tratamento medicamentoso associava-se ao controle da PA, cura da HAS, receio de intercorrências, fixação de horários para o uso das drogas, disponibilidade total e contínua da medicação, condição financeira para a compra mediante a falta total ou parcial no SUS, e capacidade de compra mediante o Programa da Farmácia Popular. ... *o remédio é muito importante para controlar a pressão, por isso quando falta no posto, eu dou um jeito e compro ... e agora com a farmácia popular, ficou mais fácil comprar, porque é mais barato que nas outras farmácias ...* (E123). ... *tomo sempre na mesma hora, para não esquecer, porque*

eu não quero ter aquelas consequências da pressão alta – trombose, infarto, derrame ... (E 345).

Dentre os 74 (18,5%) usuários que não faziam uso regular do medicamento, na maioria (19,6%) a HAS foi diagnosticada entre 6-10 anos; o tratamento foi indicado há mais de 10 (dez) anos; o esquema medicamentoso era acessível total para 7,7% e parcialmente para outros 7,7%; e adquiriam os medicamentos (9,7%).

A não adesão estava relacionada com falta de aporte financeiro para a compra da medicação mediante a falta no SUS, inadaptação do estilo de vida ao esquema medicamentoso, e cronicidade da HAS. ... *quando o remédio falta no posto, eu deixo de tomar, porque não tenho dinheiro para comprar ...* (E87). ... *às vezes deixo de tomar, quando tenho que sair, estou muito ocupada ... eu durmo e passa da hora de tomar ...* (E45).

Tabela 3 – Distribuição dos usuários hipertensos segundo uso regular do medicamento e dados sobre tratamento. Fortaleza, CE, Brasil, 2010 n=400

Tratamento medicamentoso	Uso Regular do Medicamento				Total	
	Sim		Não			
	f	%	f	%	f	%
Tempo de HAS (em anos)						
≤5	110	27,5	26	6,5	136	27,5
6-10	82	20,5	20	4,9	102	25,5
≥11	134	33,5	28	7,0	162	40,5
Tempo de tratamento (em anos)						
≤5	124	31,0	26	6,4	150	37,5
6-10	86	21,7	20	4,9	106	26,5
≥11	116	29,0	28	7,0	144	36,0
Dispensação pelo SUS						
Total	157	39,2	31	7,7	110	27,5
Parcial	120	30,2	31	7,7	82	20,5
Total	49	12,2	12	3,0	134	33,5
Aquisição do medicamento						
Sim	169	42,2	39	9,7	208	27,5
Não	83	20,7	19	4,7	102	25,5
Às vezes	74	18,7	16	4,0	90	22,5

Na Tabela 4, dentre os usuários hipertensos que faziam uso regular da medicação anti-hipertensiva, 304 (76,0%) informaram o nome das drogas de uso, 168 (42,0%) sabiam o número de tomadas diárias, e somente 10 (0,2%) conheciam a concentração diária dos medicamentos prescritos.

O esquema medicamentoso da maioria (61,3%) dos usuários hipertensos constituía de duas a três drogas anti-hipertensivas prescritas. Sendo que, para 161 (40,2%) este era considerado complexo, pois dificultava o uso regular, em decorrência da quantidade diária, horários diferentes, e dedicação de tempo diário para o uso da medicação. ... *são muitos remédios para tomar ... é estressante, pois, além disso, são vários horários diferentes, e muitas vezes já tomei errado ...* (E34). ... *a gente almoça e janta remédio, é um bocado ruim ... e se não fosse minha filha me dar o remédio direitinho, não sei o que seria de mim ...* (E97).

Trinta e sete (9,2%) sabiam de efeitos colaterais de algumas drogas que usavam, por exemplo: aumento

no volume e na frequência de diurese no uso das drogas diuréticas; rubor facial e edema nos pés em relação aos inibidores de canais de cálcio (nifedipina), e no caso da impotência sexual, não souberam associá-la ao tipo de droga. ... *o C... dá muito tosse, por isso o médico mudou para outro remédio ...* (E341). ... *como H... aumenta muito a urina, e o doutor disse que é assim mesmo ...* (E123). ... *quando comecei a tomar o N... meu rosto ficava vermelho e meus pés inchavam ...* (E213).

Setenta e sete (19,2%) entrevistados queixavam-se de desconfortos causados pelos medicamentos anti-hipertensivos, tais como: tosse persistente, diurese frequente, sonolência, amargor no paladar, insônia, secura na boca, adnamia, dor nas pernas, náuseas, epigastralgia, anorexia, e disfunção sexual. Alguns destes desconfortos estavam associados aos efeitos colaterais dos medicamentos, uns decorriam do uso prolongado e outros com origem desconhecida. ... *a gente toma esses remédios porque é o jeito ... dá dor no estômago, boca seca, urina demais que a gente não pode nem sair de casa ...* (E118). ... *depois que comecei o tratamento da pressão com estes remédios, não sinto mais o gosto das comidas ...* (E45).

Tabela 4 – Distribuição dos usuários hipertensos segundo uso regular do medicamento e conhecimento sobre tratamento medicamentoso. Fortaleza, CE, Brasil, 2010 n=400

Conhecimento sobre o tratamento medicamentoso	Uso Regular do medicamento							
	Sim				Não			
	Sim		Não		Sim		Não	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Tratamento medicamentoso								
Nome das drogas	304	76,0	22	5,5	14	3,5	60	15,0
Número de tomadas diárias	168	42,0	158	39,5	41	10,2	33	8,2
Complexidade	161	40,2	165	41,2	18	4,5	56	14,0
Desconfortos	77	19,2	249	62,2	19	4,7	55	13,7
Efeitos colaterais	37	9,2	289	72,2	09	2,2	65	16,2
Concentração das drogas	10	0,2	316	79,0	18	4,5	56	14,5

Tempo de tratamento - até 05 anos, p > 0,05 (houve associação); 06 a 10 anos, p < 0,05 (não houve associação); acima de 10 anos, p > 0,05 (houve associação).

Evidencia-se que o saber sobre os tipos de drogas anti-hipertensivas e o número de tomadas diárias, predominou independentemente da regularidade da medicação, e o mesmo fato acontece em relação ao

DISCUSSÃO

As mulheres apresentam maior prevalência de HAS do que os homens. Elas geralmente têm maior percepção das doenças, apresentam maior tendência para o autocuidado e buscam mais assistência médica do que os homens, o que tenderia a aumentar a probabilidade de ter a HAS diagnosticada⁽¹⁵⁾.

A PA aumenta linearmente com a idade. Em indivíduos jovens, a HAS decorre mais frequentemente apenas da elevação na pressão diastólica, enquanto a partir da sexta década o principal componente é a elevação da pressão sistólica. Estimativas globais sugerem taxas de HAS mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década⁽¹⁶⁾. Fato que foi evidenciado neste estudo, em que a faixa etária dos entrevistados era acima dos 60 anos de idade.

Sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades. Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema. Torna-se assim "perversa" por sua invisibilidade, e acaba por comprometer a qualidade de vida. Traz, ainda, como consequências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias

desconhecimento dos efeitos colaterais, aos desconfortos causados, e à complexidade do esquema medicamentoso.

precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis⁽¹⁷⁾. E há maior prevalência de HAS no estrato inferior de escolaridade⁽¹⁵⁾.

A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo consiste num evento causado por diversos fatores que, por sua vez, estão relacionados ao usuário (sexo, idade, estado civil, etnia, escolaridade, renda etc), à Instituição (políticas de saúde, dificuldades de acesso ao serviço de saúde, tempo de espera pela consulta, dispensação de medicamentos entre outros), e ao relacionamento com a equipe de saúde, ou seja, envolvimento e relacionamento inadequados. Em países como o Brasil, no entanto, é um problema crucial e deve ser o primeiro fator analisado: se o paciente tem acesso ao medicamento, então ele está em condições para aderir ou não ao tratamento⁽¹⁸⁾.

Há evidências de que um tratamento de duas doses diárias é mais facilmente aderido que de três doses. Além disso, também é importante citar que a percepção de efeitos colaterais causados pela terapia é um entrave para a adesão, o que pode ser chamado de efeito protetor da não adesão. Observa-se que esses fatores, normalmente identificados ao medicamento, na verdade estão relacionados à decisão do paciente de mudar seu ritmo de vida ou aceitar certos efeitos adversos⁽¹⁹⁾.

A literatura relata que o tipo de enfermidade tratada tem relação com a adesão ou não ao tratamento, o que pode ser lido como a forma como o paciente vê seu estado e compreende sua

enfermidade⁽¹⁸⁾.

Deve ser considerado, ainda, o custo da aquisição da medicação quando esta não é disponibilizada pelo SUS que, assim como os efeitos colaterais, influenciam de forma expressiva na adesão à terapêutica proposta. Como a continuidade do tratamento é parte fundamental do tratamento anti-hipertensivo, reduzindo as complicações cardiovasculares decorrentes da HAS, tais questões devem ser levadas em conta quando do planejamento de gestão dos recursos de saúde, sejam estes públicos ou privados, pois muitas vezes abordagens consideradas custo-efetivas podem na verdade cobrar no futuro faturas mais altas não só em termos financeiros, mas também em número de vidas⁽²⁰⁾.

Entre os diversos fatores já citados na literatura, pode-se pensar primeiramente na falta de acesso ao medicamento. O mercado farmacêutico está concentrado nos países economicamente mais ricos e voltado às classes sociais mais abastadas. Sabe-se que os maiores investimentos estão no desenvolvimento de tratamento para problemas que atingem essas populações, em detrimento dos medicamentos demandados pelas necessidades mais comuns nos países mais pobres⁽²¹⁾. Apesar da despesa com medicamentos representar grande parte do investimento em saúde pública, em países como o Brasil a dispensação gratuita de medicamentos não cobre as necessidades correntes, apesar dos grandes avanços nesse sentido⁽¹⁸⁾.

Os dados revelam que o conhecimento acerca da HAS, o fato de não considerar o esquema medicamentoso complexo e não sentir desconforto com a medicação utilizada constituíram fatores que favoreciam a adesão ao tratamento medicamentoso. Vale ressaltar que a não disponibilização da medicação pode prejudicar seriamente na adesão dos usuários.

Desta maneira, considerando a HAS, a não adesão ao tratamento pode ser decorrente dos efeitos indesejáveis dos anti-hipertensivos, barreiras financeiras, falta de motivação do paciente em tratar uma doença assintomática, tratamento para toda vida, relacionamento inadequado com a equipe de saúde, dentre outros fatores.

A assistência às pessoas com HAS requer por parte da equipe de saúde, atenção especial no tocante à problemática do controle, que por sua vez apresenta estreita relação com o processo de adesão ao tratamento. Particularmente médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem estar devidamente orientados sobre as especificidades da doença e tratamentos para que se obtenham melhor controle da doença⁽¹⁹⁾.

A importância do profissional da saúde junto aos indivíduos hipertensos está atrelada ao seu papel como educador atuando na motivação destes, quanto à adesão ao tratamento e autocuidado, propondo estratégias que favoreçam seu envolvimento no tratamento da HAS. A equipe de enfermagem desempenha papel importante em contribuir para a prevenção da doença, o diagnóstico precoce da mesma por meio da medida rotineira da pressão arterial e o aumento dos índices de adesão às práticas de saúde estabelecidas para os hipertensos. Uma vez instalada a doença, a atuação recai em orientar sobre os benefícios do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, manejo da doença e suas complicações quando não controlada, bem como adesão a estilos de vida saudáveis⁽²⁰⁾.

O profissional da saúde, inserido na dinâmica das relações sociais, pode atuar ampliando a consciência crítica dos grupos sociais quanto aos seus potenciais de fortalecimento/desgaste a que se expõem em suas formas de trabalhar e viver. Para tal, é imprescindível

que sua prática esteja vinculada e pautada a uma proposta educacional de transformação social⁽²¹⁾.

É importante ressaltar que os usuários de saúde não são consumidores apenas, por exemplo, das orientações, dos grupos educativos, são, além disso, agentes/co-produtores de um processo educativo. Possuem uma dupla dimensão no processo: sujeitos de atenção dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação. A construção de um cuidado aderente às necessidades dos grupos sociais incorpora essa dimensão educativa emancipatória⁽²²⁾.

Prevenir os fatores de risco e controlar a HAS implica em considerar a educação em saúde uma estratégia para o cuidar/cuidado. No processo de educação em saúde, os pressupostos para o cuidar/cuidado assentam-se na consideração de que a escuta e o acolhimento devem ser valorizados, a fim de conduzir o indivíduo à adesão, às condutas preventivas e de controle dos problemas de saúde⁽²³⁾.

CONCLUSÕES

Constata-se, portanto, que a adesão ao tratamento medicamentoso prevalecia dentre a maioria dos usuários. Além disso, foram identificados vários fatores relacionados com este evento, alguns exercendo maior influência na adesão dos usuários à terapêutica

REFERÊNCIAS

1. Vasconcellos EM. Hipertensão arterial sistêmica: uma experiência de 34 anos. Rio de Janeiro: Rubio; 2004.
2. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Junior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2003; 81(4):343-54.
3. Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. *Rev Latino-am Enferm.* 2002; 10(4):415-22.

medicamentosa da HAS.

Embora os usuários hipertensos tenham referido atitudes positivas em relação ao tratamento medicamentoso, além do conhecimento razoável sobre a HAS e o tratamento, ainda há necessidade de incorporar ações que visem um melhor controle da pressão arterial, principalmente quando os medicamentos não são dispensados de forma adequada, contribuindo para a não adesão.

É de extrema importância que tais fatores sejam levantados e estudados de forma mais aprofundada para que sejam esclarecidas relações com o evento da adesão ao tratamento. Nessa perspectiva, amplia-se a visão do profissional da saúde que lida com esta clientela a fim de melhorar o nível de adesão destes à terapêutica, fato que contribuirá de forma significativa para a redução da morbimortalidade por eventos cardiovasculares, advindos da falta de controle dos níveis pressóricos.

O estudo tem como limitação o fato de ter sido realizado em apenas um Centro de Saúde da Família, propõe-se que um maior número de pesquisas sejam desenvolvidas, com vistas à conhecer a realidade de outras unidades de saúde e contribuir com conhecimento científico dos profissionais que atuam direta e indiretamente com essa população.

4. Lima HP, Santos ZMSA, Nascimento JC, Caetano JA. Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo. *Rev Rene.* 2010; 11(2):170-8.
5. Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas HA. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Arq Bras Cardiol.* 2002; 79(2):375-89.
6. Opari LS. Hipertensão arterial. In: Goldman L, Bannet

JC. Tratado de medicina interna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 289-92.

7. Oigman W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens.* 2006; 13(1):30-4.

8. Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev Eletr Enf [periódico na internet]*. 2006 [citado 2012 mar 24]; 8(2):259-272. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm.

9. Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. *Arq Bras Cardiol.* 2002; 79(4):375-84.

10. Jardim PCBV. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens.* 2006; 13(1):26-9.

11. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14(3):332-40.

12. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genebra: World Health Organization; 2003.

13. Bloch KV, Melo AN, Nogueira AR. Prevalência e avaliação de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(12):2979-84.

14. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996; 4(2 supl.):15-25.

15. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos:

prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(3):377-90.

16. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet.* 2005; 38(10):217-23.

17. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(2):233-8.

18. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2003; 8(3):775-82.

19. Silvestre CB, Gómara EG, Arnaéz GR, Serrano AF, Fernandez JG, Ramil PH, et al. Estudio multicêntrico sobre adhesión al tratamiento antibiótico em población infantil em atención primaria. *Atenc Prim.* 2001; 27(8):554-8.

20. Décio JM, Silva GV, Ortega KC, Nobre F. A importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. *Rev Bras Hipertens.* 2006; 13(4):78-82.

21. Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. O que é uso racional de medicamentos. São Paulo: Sobravime; 2001.

22. Silva SSBE, Colósimo FC, Pierin AMG. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(2):488-96.

23. Diógenes MAR, Carvalho ARFA, Silva HHR. Desvio de saúde em portadores de condiloma vulvar. *Rev Rene.* 2009; 10(2):58-66.

Recebido: 04/08/2011
Aceito: 29/05/2012