

Abreu, W. A; Portela, N. L. C.



PESQUISA

Fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica
Factors associated with non-adherence to drug treatment of Hypertension
Los factores asociados con la falta de adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial

Wlyanna Araújo Abreu¹, Nytale Lindsay Cardoso Portela²

RESUMO

Objetivou-se identificar os fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família de Caxias-MA. Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, realizada com 200 hipertensos cadastrados em uma unidade básica de saúde do município. Realizou-se a coleta de dados em janeiro e fevereiro de 2015. Para a análise dos dados, utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences*. Dos hipertensos entrevistados, 63,5% são do sexo feminino, com predominância da faixa etária de 70-79 anos, cor parda e renda maior que um salário. Quanto ao tratamento, constatou-se que 41,0% dos hipertensos já interromperam o tratamento, devido, principalmente, à dificuldade de obter o medicamento (91,5%), por preferirem remédio caseiro (39,0%), pela ausência de sintomas ou por não quererem tomar o medicamento pelo resto da vida (25,6%). Ressalta-se a necessidade de criar estratégias para diminuir os índices de não adesão ao tratamento, tais como: manter a farmácia da unidade sempre abastecida com os medicamentos necessários; orientar os pacientes quanto a doença, tratamento, mudanças no estilo de vida e suas complicações e, realizar acompanhamento terapêutico, sobretudo, daqueles que tendem a não aderir ou a descontinuar o tratamento. **Descritores:** Adesão à medicação. Recusa do paciente ao tratamento. Hipertensão.

ABSTRACT

This study aimed to identify factors associated with non-adherence to drug treatment of hypertension in the Health Strategy Caxias-MA family. It is a survey with a quantitative approach, performed with 200 hypertensive patients enrolled in a basic unit of municipal health. Held data collection in January and February 2015. For data analysis, we used the software *Statistical Package for Social Sciences*. Of hypertensive respondents, 63.5% are female, especially the age group of 70-79 years, brown color and higher income than a wage. As for treatment, it was found that 41.0% of hypertensive patients have discontinued treatment due mainly to the difficulty of obtaining the drug (91.5%), due prefer home remedy (39.0%), lack of symptoms or do not want to take the medicine for life (25.6%). It emphasizes the need to develop strategies to reduce the rates of noncompliance with treatment, such as: maintain the pharmacy unit always stocked with the necessary medicines; educate patients about the disease, treatment, changes in lifestyle and its complications, and perform therapeutic monitoring, especially those who tend not to join or to discontinue treatment. **Descriptors:** Medication adherence. Treatment refusal. Hypertension.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar los factores asociados con la falta de adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión en la familia Estrategia de Salud de Caxias-MA. Es un estudio con un enfoque cuantitativo, realizado con 200 pacientes hipertensos matriculados en una unidad básica de salud municipal. La recopilación de datos detenido en enero y febrero de 2015. Para el análisis de los datos, se utilizó el software Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales. De los encuestados hipertensos, el 63,5% son mujeres, especialmente el grupo de edad de 70-79 años, de color marrón y un mayor ingreso de un salario. En cuanto al tratamiento, se encontró que 41,0% de los pacientes hipertensos han interrumpido el tratamiento debido principalmente a la dificultad de obtener la droga (91,5%), debido prefieren remedio casero (39,0%), la falta de síntomas o no quieren tomar la medicina para la vida (25,6%). Se hace hincapié en la necesidad de desarrollar estrategias para reducir las tasas de abandono del tratamiento, tales como: mantener la unidad de farmacia siempre abastecido con los medicamentos necesarios; educar a los pacientes sobre la enfermedad, el tratamiento, los cambios en el estilo de vida y sus complicaciones, y realizar el seguimiento terapéutico, especialmente aquellos que no tienden a unirse o interrumpir el tratamiento. **Descriptores:** Cumplimiento de la medicación. Negativa del paciente al tratamiento. Hipertensión.

¹Graduanda de Enfermagem pelo Centro de Estudos Superiores de Caxias, da Universidade Estadual do Maranhão (CESC/UEMA). ²Enfermeira. Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família e em Enfermagem do Trabalho. Assistencialista na Unidade de Saúde da Família Santa Maria, São João do Sóter-MA. Preceptora do CESC/UEMA. Caxias, MA. E-mail: nytaletindsay@hotmail.com.

Abreu, W. A; Portela, N. L. C.

INTRODUÇÃO

As doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morbimortalidade na sociedade contemporânea. De acordo com dados da SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), as doenças cardiovasculares (DCV) afetam, anualmente, no Brasil, cerca de 17,1 milhões de pessoas, devido a fatores como o aumento da expectativa de vida e as mudanças nos hábitos de vida.

Dentre as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem uma evidência especial, por ser importante fator de risco para outras doenças (DUARTE et al., 2013). Dentre elas, destacam-se a insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica, insuficiência renal, insuficiência cardíaca congestiva e infarto agudo do miocárdio (PUCCI et al., 2012).

A HAS caracteriza-se pelo aumento da pressão que o sangue faz para movimentar-se na parede das artérias, diagnosticada quando os valores pressóricos se elevam acima de 140 por 90 mmHg. Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e estruturais dos órgãos-alvo como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos e a alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC, 2010).

Um dos maiores desafios apresentados para o controle da pressão arterial (PA) é a adesão ao tratamento que pode ser entendida como a extensão do comportamento do indivíduo, em termos do uso do medicamento, cuidados com a alimentação, realizar mudança no estilo de vida, prática de exercício físico, o comparecimento às consultas médicas e orientação por parte da equipe de saúde.

Para Giroto et al. (2013), são muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão, R. Interd. v. 8, n. 3, p. 50-60, jul. ago. set. 2015

tais como as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, a característica assintomática da doença e a sua cronicidade.

Sendo a HAS uma doença sem manifestações clínicas, pelo menos precocemente, os pacientes também podem apresentar sentimentos naturais de negação frente à doença, com uma consequente não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Tornando-se perfeitamente compreensível que um paciente que não se sente “doente”, evite o uso de medicamentos. Ademais, por se tratar de uma doença crônica, é comum o abandono do tratamento uma vez que a doença passa a ser controlada (MANFROI; OLIVEIRA, 2006). No entanto, a HAS pode ser controlada, mas não curada, requerendo tratamento por toda a vida (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

Tomando como base os diversos eventos antecedentes necessários para a ocorrência da adesão, percebe-se a necessidade de considerar esse conceito como sendo multidimensional, pois envolve diferentes aspectos. Embora se deva considerar o portador de hipertensão como o foco central do processo, a ocorrência da não adesão não depende unicamente dele, mas do conjunto de elementos constituintes do processo.

A atuação da equipe de Saúde da Família é indispensável. Seu papel consiste em favorecer a adesão completa do paciente ao tratamento, orientando e conscientizando o mesmo quanto ao benefício e surgimento de reações adversas ou desconforto, monitorando e certificando-se do uso dos medicamentos corretamente, por meio de seus principais objetivos: a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde (MIRANZI et al., 2008).

Com base no exposto, tem-se como objetivo identificar os fatores associados à não

Abreu, W. A; Portela, N. L. C.
adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Caxias-MA.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa científica cujo desenvolvimento se deu através de uma abordagem quantitativa e caráter descritivo. O cenário de investigação desta pesquisa foi o município de Caxias-MA, que conta com 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS), destas, 21 localizam-se na zona urbana e 11 na zona rural. A pesquisa foi realizada em uma UBS da zona urbana escolhida de forma aleatória por meio de sorteio.

A amostra foi constituída por usuários de uma UBS do município de Caxias-MA, que preencheram os seguintes critérios de inclusão: estar cadastrado na UBS, no mínimo, há seis meses; ser hipertenso com diagnóstico comprovado; morar na área de abrangência da ESF selecionada e; aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles pacientes que apresentaram dificuldade para responder as perguntas e estavam desacompanhados e os que se recusaram a participar do estudo.

Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se a fórmula de Barbetta (2006). A amostra (n=200) permitiu estimar o parâmetro com margem de erro tolerável de 3% e nível de confiança de 97%, na população finita de 244 pacientes hipertensos assistidos pela UBS sorteada.

Para a coleta de dados foi utilizado, como instrumento, um questionário estruturado composto por questões fechadas, desenvolvido pela própria pesquisadora, com base em informações da literatura. O questionário está dividido em características sociodemográficas e

tratamento. Para a aplicação do questionário, foram feitas visitas domiciliares juntamente com os agentes comunitários de saúde da Unidade.

Os dados foram coletados nos meses de janeiro e fevereiro de 2015, nos turnos matutino e vespertino. Depois de preenchidos, os dados foram digitados, revisados e processados pela própria pesquisadora, sendo analisados e interpretados, com a utilização do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 20.0 for Windows).

O estudo foi iniciado mediante o consentimento da Coordenação da Atenção Básica, aprovação da realização da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Estudos Superiores de Caxias, da Universidade Estadual do Maranhão (CESC/UEMA) sob o parecer nº 912.371/2014 e CAAE nº 37796314.7.0000.5554, e aceite dos sujeitos de participar voluntariamente da pesquisa, através da apresentação do TCLE assinado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados apresentados na Tabela 1 buscam caracterizar a população de hipertensos estudados, baseado em suas características sociodemográficas, tais como idade, sexo, raça/cor, estado civil, escolaridade e renda.

Tabela 1. Número e distribuição percentual dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica assistidos por uma Estratégia Saúde da Família, de acordo com suas características sociodemográficas, Caxias, Maranhão, 2015.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
Idade		
30-39 anos	14	7,0
40-49 anos	23	11,5
50-59 anos	46	23,0
60-69 anos	39	19,5
70-79 anos	48	24,0
80-89 anos	21	10,5
90 ou mais anos	09	4,5
Sexo		

Fatores associados à não adesão ao tratamento...

Abreu, W. A; Portela, N. L. C.

Masculino	73	36,5
Feminino	127	63,5
Raça/Cor		
Branca	17	8,5
Parda	128	64,0
Amarela	05	2,5
Negra	50	25,0
Estado Civil		
Solteiro(a)	20	10,0
Casado(a)	90	45,0
União estável	18	9,0
Separado(a)	15	7,5
Viúvo(a)	57	28,5
Escolaridade		
Não sabe ler/escrever	63	31,5
Fundamental Incompleto	74	37,0
Fundamental Completo	28	14,0
Médio Incompleto	03	1,5
Médio Completo	24	12,0
Superior Incompleto	03	1,5
Superior Completo	04	2,0
Especialização/Residência	01	0,5
Renda		
Menor que 1 salário-mínimo	68	34,0
Maior que 1 salário-mínimo	132	66,0
TOTAL	200	100,0

Fonte: Pesquisa direta, 2015.

Dos 200 portadores de HAS que responderam ao questionário, a idade variou de 30 anos ou mais, com prevalência da faixa etária de 70 a 79 anos (24%), seguida da faixa etária de 50 a 59 anos (23%).

Esses resultados se equiparam com os encontrados por Zattar et al. (2013) no município de Florianópolis com predomínio da faixa etária de 70-79 (90,4%). Para este autor, é esperado que a prevalência da hipertensão arterial aumente com a idade, uma vez que alterações próprias do envelhecimento, como o enrijecimento de grandes artérias, tornam os idosos mais propensos ao desenvolvimento de HAS.

Alguns estudos indicam o aumento da prevalência da hipertensão arterial com a idade. Segundo Santos et al. (2005) e Giroto et al. (2013), até os 55 anos, ela é mais elevada no homem, e após essa idade, ela é igual para os dois sexos, sendo mais prevalente em mulheres no período pós menopausa.

Percebe-se, portanto, que a medida que a pessoa envelhece há maior probabilidade de se tornar hipertenso, não considerando outros fatores predisponentes além da idade.

Em relação ao sexo, constatou-se que 63,5% são mulheres. Esse achado é consistente com outros estudos, como o de Romero et al. (2010), que ao estudar 57 idosos de uma Unidade de Saúde da Família de Fortaleza-CE, constataram que 75,5% eram do sexo feminino.

Em pesquisa realizada por Rufino et al. (2012), observou-se que 68% dos sujeitos hipertensos eram do gênero feminino. Segundo o autor, este fato deve-se a origem em mudanças de estilos de vida, como saída de casa para trabalhar, acúmulo de função, incidência de estresse, onde este fator é predominante para o aparecimento dessa patologia.

Brasil (2013) acrescenta, ainda, que estes dados se devem ao predomínio da população feminina em relação a masculina no planeta, o que explica, em parte, a maior proporção de mulheres acometidas, e ainda que são diagnosticadas por procurarem mais frequentemente os serviços de saúde.

Os indivíduos do sexo feminino, normalmente, se expõem menos aos riscos à saúde, como consumo de álcool e o tabagismo, além de uma maior preocupação com o estado de saúde, frequentando mais assiduamente os serviços de saúde.

No que diz respeito a cor, observou-se, neste estudo, que 64% dos entrevistados se auto definiram como pardos e 25% como negros. Este resultado deveu-se, provavelmente, às características regionais da população, pela forte miscigenação racial advinda do cruzamento entre brancos, negros e índios. Esta situação é definida pelo censo demográfico sobre a distribuição dos grupos de cor ou raça pelo território nacional, destacando uma maior concentração de pretos e pardos nas Regiões Norte e Nordeste do país, o

Abreu, W. A; Portela, N. L. C. que obedece, de certo modo, aos padrões históricos de ocupação do Brasil (IBGE, 2010).

Pierin et al. (2001) destaca a raça negra como papel importante na hipertensão arterial. Segundo o autor, os negros tendem a ter níveis tensionais mais elevados do que os brancos, além de maior gravidade da doença, destacando uma relação significativa entre a adesão ao tratamento e variáveis independentes como idade, educação, gênero e hábito de fumar. Percebe-se uma certa escassez de estudos neste sentido, pois a composição do povo brasileiro mostra-se bem heterogênea.

Porém, Zattar et al. (2013) afirmam não existir ainda variantes genéticas que possam ser utilizadas para predizer o risco individual de HAS e, tampouco, temos conhecimento de explicações disponíveis na literatura, no campo biológico sobre as distintas prevalências observadas entre os idosos das regiões brasileiras.

Quanto ao estado civil, constatou-se que a maioria dos investigados são casados (45,0%). Esse resultado tem uma certa relevância neste estudo, pois o cônjuge pode atuar de forma significativa no processo de adesão ao tratamento. Os dados desse estudo corroboram com outros estudos que destacam a importância de um familiar no processo de adesão ao tratamento pelos portadores de doenças crônicas, como pode ser observado a seguir.

Alves e Calixto (2012) relataram que a família exerce um papel fundamental no processo de tratamento do paciente, pois quando demonstra preocupação com o tratamento correto e a saúde do paciente, este, por sua vez, se mostra mais comprometido e envolvido com a sua própria saúde.

Para Barreto e Marcon (2014), a família possui papel importante na terapêutica anti-hipertensiva por incentivar a adoção de práticas de autocuidado, como a realização de exercícios físicos e uso de alimentação apropriada, e por

acompanhar seu itinerário terapêutico. Em contrapartida, Pucci et al. (2012) afirmam em seu estudo que essa variável não expressou resultados significativos para a adesão ao tratamento.

Diante dos achados, nota-se a importância familiar para viabilizar o tratamento anti-hipertensivo, conforme o prescrito e como incentivador de medidas saudáveis, que levem o controle da HAS.

Em relação ao nível de escolaridade, predominou o ensino fundamental incompleto (37%), seguido de não sabe ler/escrever (31,5%). De acordo com os dados do IBGE (2010), a escolaridade dos idosos brasileiros ainda é considerada baixa. Neste censo, observou-se que 30,7% dos senis tinham menos de um ano de instrução.

Segundo Contiero (2009), a baixa escolaridade entre hipertensos tem sido identificada cada vez mais e este pode ser um fator que dificulta um controle eficaz da pressão arterial. Além disso, a adesão ao tratamento tende a ser menor em indivíduos com baixa escolaridade, o que eleva a responsabilidade das Estratégias Saúde da Família em desenvolverem atividades educativas, com ênfase para o controle da doença e promoção da saúde (BRASIL, 2001).

No entanto, Silva et al. (2015) afirmam que indivíduos com menor escolaridade apresentaram maiores índices de PA controlada. Resultado semelhante ao encontrado por Tuesca-Molina et al. (2006) em pacientes hipertensos com 60 anos ou mais.

Neste estudo, ressalta-se que o conhecimento da baixa escolaridade é fundamental para orientar as estratégias de intervenção que serão fornecidas ao cliente, como por exemplo, a dificuldade de entenderem as prescrições médicas que deve ser em linguagem simples e compatível com o grau de entendimento.

Abreu, W. A; Portela, N. L. C.

Com relação à renda familiar, a tabela evidenciou que 66% dos participantes se mantêm com mais de um salário mínimo. Este estudo corrobora com o de Romero et al. (2010), no qual 62% dos entrevistados se mantêm com até dois salários mínimos. A falta de recursos financeiros pode influenciar no cumprimento do tratamento devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Segundo Contiero et al. (2009), a condição socioeconômica é um fator que pode influenciar na gênese e tratamento da hipertensão arterial. Em se tratando de idosos, supõe-se que a maioria vive da aposentadoria e que a necessidade de comprar os medicamentos pode interferir negativamente no orçamento doméstico, sendo, assim, um fator de não adesão ao tratamento. Para o autor, estudos mais recentes têm questionado esta relação, indicando assim a necessidade de ampliar os conceitos inerentes às relações entre o social, econômico e saúde-doença.

Tabela 2. Número e distribuição percentual dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica assistidos por uma Estratégia Saúde da Família, de acordo com os fatores relacionados ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, Caxias, Maranhão, 2015.

FATORES RELACIONADOS AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ANTI-HIPERTENSIVO	N	%
Número total de medicamentos		
1 medicamento	92	46,0
2 medicamentos	75	37,5
3 medicamentos	25	12,5
4 medicamentos	02	1,0
5 ou mais medicamentos	03	1,5
Não faz uso de medicação	03	1,5
Quantidade de doses diárias		
1 dose	92	46,0
2 doses	75	37,5
3 doses	25	12,5
4 doses	02	1,0
5 ou mais doses	03	1,5
Não faz uso de medicação	03	1,5
TOTAL	200	100,0

Fonte: Pesquisa direta, 2015.

A Tabela 2 refere-se aos fatores relacionados ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, na qual observa-se que 46% dos hipertensos avaliados fazem uso de apenas um medicamento, 37,5% fazem uso de dois medicamentos, 12,5% utilizam três medicamentos, 1,5% fazem uso de cinco ou mais medicamentos ou

relatam não utilizar nenhum medicamento e 1,0% utiliza quatro medicações.

Ao analisar a tabela, constata-se, também, que os valores encontrados para o número total de medicamentos equivalem aos encontrados para a quantidade de doses diárias, ou seja, 46,0% utilizam uma dose diária; 37,5%, duas doses; 12,5%, três doses; 1,5%, cinco ou mais doses; e 1,0%, quatro doses.

Resultado semelhante foi encontrado por Palota (2010), que ao estudar 90 portadores de HAS assistidos por um Centro de Saúde de um município do interior paulista, observou que 66,7% dos indivíduos utilizavam 1 a 2 medicamentos anti-hipertensivos. Nesse estudo, não houve relação significativa entre a quantidade de medicamentos e a adesão ao tratamento.

Em uma pesquisa que buscou avaliar a interferência da quantidade das drogas anti-hipertensivas na adesão ao tratamento, também não foi verificada diferença significativa entre os grupos que utilizam mais de três doses (CARVALHO et al., 2013).

Os dados apresentados nesta tabela revelam que a maioria dos participantes da pesquisa utiliza um ou dois medicamentos, sendo as doses diárias de uma vez ou duas vezes, o que permite uma melhor adesão ao tratamento, pois quanto menos medicamentos, maior a chance de seguir o tratamento de forma correta e menor a chance de esquecimento ou uso em horário incorreto.

No entanto, alguns utilizam 3 ou mais medicamentos, tomado em 3 ou mais doses diárias, o que pode ser considerado um fator que compromete a adesão ao tratamento medicamentoso, uma vez que os entrevistados possuem baixa escolaridade, em sua maioria, o que pode dificultar o reconhecimento dos diversos medicamentos utilizados e os números de doses.

Abreu, W. A; Portela, N. L. C.

Tabela 3. Número e distribuição percentual dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica assistidos por uma Estratégia Saúde da Família, de acordo com a classe terapêutica do medicamento prescrito, Caxias, Maranhão, 2015. N=200.

CLASSE TERAPEUTICA*	N	%
Diuréticos	85	42,5
Inibidores da enzima conversora de angiotensina - IECA	83	41,5
Antagonistas do receptor da angiotensina II	48	24,0
Antagonistas B-adrenérgicos	46	23,0
Bloqueadores dos canais de cálcio	13	6,5
Agentes de ação central	03	1,5
Antagonistas adrenérgicos mistos	01	0,5
Vasodilatadores	01	0,5

Nota: *Questão de múltipla escolha. Fonte: Pesquisa direta, 2015.

Em relação à classe terapêutica do medicamento prescrito, observa-se, na Tabela 3, que os principais anti-hipertensivos utilizados foram: diuréticos (42,5%), inibidores da enzima conversora de angiotensina - IECA (41,5%), antagonistas do receptor da angiotensina II (24,0%), e antagonistas B-adrenérgicos (23,0%).

Resultado semelhante foi encontrado no estudo realizado por Palota (2010), no qual os pacientes hipertensos relataram utilizar, principalmente, diuréticos associados com IECA (13,5%) e diuréticos associados com IECA e inibidores adrenérgicos (12,4%). Duarte et al. (2013), em seu estudo, também evidenciaram que os diuréticos (58%) são a droga de primeira escolha para tratamento da hipertensão.

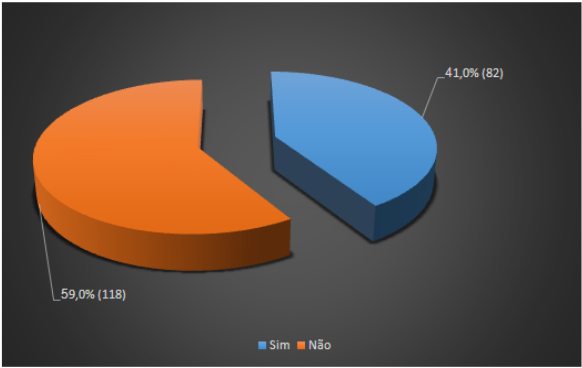
Segundo a SBC (2010), em tratamentos monoterápicos, os diuréticos são utilizados como droga de primeira escolha por ter sido comprovada sua eficácia na redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares e que as associações devem seguir a lógica de não combinar medicamentos com mecanismos de ação semelhantes. Outras classes de anti-hipertensivos que são utilizados são os betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, IECA e antagonistas do receptor da angiotensina II.

Ainda a respeito do tratamento medicamentoso, Silva et al. (2015) afirmam que este, quando necessário, deve ser iniciado com a menor dose possível, com o incremento gradual de doses e, por conseguinte, com a associação de novos medicamentos, quando pertinente. Na visão de Bastos-Barbosa et al. (2012), quanto maior o

R. Interd. v. 8, n. 3, p. 50-60, jul. ago. set. 2015

número de medicamentos prescritos, maior o risco de potenciais interações perigosas e efeitos adversos, resultando em baixa adesão ao tratamento.

Figura 1. Número e distribuição percentual dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica assistidos por uma Estratégia Saúde da Família, de acordo com a interrupção do tratamento medicamentoso, Caxias, Maranhão, 2015.



Fonte: Pesquisa direta, 2015.

Pelos dados da figura 1, constata-se que 59,0% dos portadores de HAS não interromperam o tratamento medicamentoso, enquanto 41,0%, o equivalente a 82 indivíduos, já deixaram em algum momento de tomar os medicamentos.

Esses dados equiparam-se aos dados obtidos no estudo de Alves e Calixto (2012), no qual constatou-se que 70,3% afirmaram não interromper o tratamento. No entanto, tais resultados diferem da pesquisa desenvolvida por Artioli (2010), que ao entrevistar 60 portadores de HAS atendidos pela ESF em um município de São Paulo, identificou que 53% (32) deixaram de tomar o medicamento por algum momento.

Diante desse resultado, ressalta-se a importância da atuação da equipe de saúde na disseminação de informações e estabelecimento de medidas que permitam ao hipertenso compreender adequadamente a hipertensão arterial e a importância da adaptação a uma situação que exige mudanças comportamentais contínuas e que favoreça o cumprimento das medidas terapêuticas indicadas para o controle da HAS e prevenção de lesão em órgãos alvos, posto que, quanto maior o conhecimento sobre o

Fatores associados à não adesão ao tratamento...

Abreu, W. A; Portela, N. L. C.
problema, maior a possibilidade de adesão ao tratamento.

Tabela 4. Número e distribuição percentual dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica assistidos por uma Estratégia Saúde da Família, de acordo com os fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso, Caxias, Maranhão, 2015. N = 82.

FATORES ASSOCIADOS A NAO ADESAO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO*	Resposta Positiva (SIM)	
	N	%
Dificuldade de obter o medicamento	75	91,5
Por preferir remédio caseiro	32	39,0
Não apresentar sintomas	21	25,6
Não querer tomar o medicamento pelo resto da vida	21	25,6
Presença de efeitos adversos/efeitos colaterais	16	19,5
Esquecimento	16	19,5
Achar que a pressão arterial está controlada	09	11,0
Por falta de orientação quanto a forma de tomar o medicamento	03	3,7
Outro(s) ⁽¹⁾	02	2,4

Nota:
*Questão de múltipla escolha.
⁽¹⁾Quantidade de medicamentos.
Fonte: Pesquisa direta, 2015.

Em relação aos fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso, observa-se, na tabela 4, que 91,5% dos entrevistados relataram a dificuldade de obter o medicamento. Para Pinheiro (2009), essa dificuldade deve-se ao custo dos medicamentos indicados pelos médicos, quando este não estão disponíveis pela rede SUS.

O SUS garante o acesso gratuito a medicamentos anti-hipertensivos através de farmácias que aderiram ao programa Farmácia Popular do Brasil. Segundo Brasil (2012), foi criado em fevereiro de 2011 pelo governo federal, o Programa Saúde Não Tem Preço, com o objetivo de garantir acesso gratuito a medicamentos para hipertensão e diabetes. No entanto, mesmo com a existência do programa para facilitar o acesso ao tratamento medicamentoso, ainda existem hipertensos que desconhecem o direito à medicação, sendo necessário maior divulgação na comunidade sobre esse programa.

Conforme avaliação da assistência farmacêutica no Brasil através da Organização Pan-Americana da Saúde (2005), a média nacional de indisponibilidade de produtos essenciais nas unidades de saúde foi de 27,0% e o tempo médio de desabastecimento destes produtos foi de 84 dias por ano.

Diante desses dados, o usuário deverá recorrer a aquisição do medicamento podendo comprometer o orçamento doméstico, o que pode levar, conseqüentemente, a não adesão ao tratamento. Para contornar estas dificuldades, frequentemente, são desenvolvidas estratégias pelos entrevistados como o uso de remédios caseiros em substituição a medicação, como afirmaram 39,0% dos entrevistados neste estudo (Tabela 4).

Segundo Rodrigues et al. (2013), o uso de plantas medicinais é uma prática comum por muitos pacientes que não aderem ao tratamento medicamentoso. No entanto, passa a ser um problema quando o paciente faz uso de plantas não validadas e/ou abandona o tratamento convencional, aliado ao fato de que seu uso é, muitas vezes, associado ao conceito de inocuidade de forma que se não fazem bem, não farão mal.

Como trata-se de uma doença silenciosa e assintomática, 25,6% relataram interromper o tratamento por não apresentar sintomas. Segundo Reza e Nogueira (2008), a inexistência de sintomas nos primeiros anos torna-se um fator importante, pois o indivíduo portador da hipertensão arterial pode ter a pressão arterial alta e não saber e, por esta razão, estes não aderem ao tratamento corretamente.

Na tabela 4, constata-se também que 25,6% afirmam já ter interrompido o tratamento por não querer tomar a medicação pelo resto da vida. Esses dados são de suma importância, pois a HAS trata-se de doença crônica que precisa de controle e completa participação do indivíduo no tratamento. De acordo com Alves e Calixto (2012), esses dados são subjetivos e relevantes, devendo ser abordados em atividades grupais pela equipe de saúde da família.

Outros fatores associados à não adesão ao tratamento foram a presença de efeitos adversos/efeitos colaterais e esquecimento, os quais foram citados por 19,5% dos portadores de

Abreu, W. A; Portela, N. L. C.

HAS. Valores parecidos estão em um estudo desenvolvido por Bastos-Barbosa (2012), no qual verificou-se que 58,0% dos indivíduos mencionaram a interrupção do tratamento devido aos efeitos adversos, sendo que 40,0% apresentava efeitos adversos associados aos medicamentos naquele momento.

Quanto ao fator “achar que a pressão arterial está controlada”, 11,0% afirmaram interromper o tratamento por esse motivo. Esse fato é explicado pela HAS tratar-se de uma doença silenciosa e não alarmante. Ainda, três entrevistados (3,7%) relataram a falta de orientação quanto a forma de tomar o medicamento sendo um dos fatores da não adesão ao tratamento medicamentoso e, 2,4% afirmaram parar de tomar a medicação devido a quantidade de medicamentos.

Conforme Remondi, Cabrera e Souza (2014), existem evidências claras e para múltiplas situações clínicas que a frequência de utilização do medicamento tem impacto negativo sobre a adesão. Pucci et al. (2012) descrevem, ainda, que uma intervenção educativa pode melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e que esse tipo de estratégia deveria ser implementada em todos os serviços ambulatoriais de cuidado ao hipertenso.

Diversos são os fatores que levam o paciente a interromper o tratamento. Por este motivo, é essencial que os profissionais de saúde que atuam diretamente com os pacientes hipertensos os conheçam, o que possibilitará o planejamento e implementação de ações que auxiliem no cumprimento das medidas terapêuticas indicadas e, conseqüentemente, na redução do abandono ao tratamento e ausência de complicações.

CONCLUSÃO

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É, também, o principal fator de risco para as complicações mais comuns como AVE, IAM e doença renal crônica. Por ser na maioria dos casos assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão.

Ao analisar os dados, observou-se que dos hipertensos entrevistados, 63,5% são do sexo feminino, com predominância da faixa etária de 70-79 anos (24,0%), cor parda (64,0) e renda maior que um salário (66,0%). Além disso, 37,0% possuem ensino fundamental incompleto e 31,5% não sabem ler/escrever, o que pode ser um fator importante na não adesão ao tratamento, visto que a baixa escolaridade dificulta a compreensão sobre a doença e o tratamento.

Quanto aos fatores associados à não adesão ao tratamento, 91,5% informaram interromper o tratamento por dificuldades de obter o medicamento. Um dado bastante preocupante, pois o acesso ao medicamento representa um fator de suma importância para um tratamento adequado, além de representar a organização dos serviços de saúde.

Diante disso, é necessário criar estratégias para sanar problemas que foram citados na pesquisa relacionados a dificuldade em obter a medicação, mantendo a farmácia da UBS sempre abastecida com os medicamentos necessários e, quando possível, fazer com que esses medicamentos cheguem até o domicílio dos pacientes, devido as dificuldades impostas pela capacidade funcional e o traslado deles até ao posto de saúde.

Ademais, é importante que haja o acompanhamento terapêutico dos pacientes, principalmente, daqueles que tendem a não aderir ou a descontinuar os tratamentos. Esse

Abreu, W. A; Portela, N. L. C. acompanhamento pode ser realizado por qualquer membro da equipe de saúde. Pode-se, ainda, solicitar a ajuda de algum familiar para estar observando a tomada dos medicamentos e relatar aos profissionais de saúde, quando o paciente se recusar a tomar.

Ressalta-se, também, a necessidade da capacitação de profissionais para acolherem os portadores de HAS, principalmente, aqueles que necessitam de mais orientação quanto a doença, tratamento, mudanças no estilo de vida e suas complicações. Os achados deste estudo podem servir como elementos para o planejamento das ações para uma maior aderência aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso e implementação de medidas intervencionistas no município onde foi realizado o estudo e em outros municípios que apresentam esta mesma problemática.

perspectiva do doente. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 38-46, 2014.

BASTOS-BARBOSA, R.G. et al. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 1, p. 636-641, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Investigação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde. **Informe de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Remédio gratuito**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/remedio-gratuito>>. Acesso em: 01 de agosto de 2015.

CARVALHO, M.V. et al. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 100, n. 2, p. 164-174, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130030>>. Acesso em: 17 de abril de 2015.

CONTIERO, A. P. et al. Idoso com Hipertensão Arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 62-70, 2009.

DUARTE, O. et al. Tratamento Ambulatorial da Hipertensão Arterial Sistêmica - revisão de literatura. **Revista UNINGÁ Review**, v.17, n.2, p.22-29, 2013.

GIROTTTO, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.

GIROTTTO, E. et al. **Síntese de Indicadores Sociais 2010: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F.A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.2, n.7, out /dez, 2006.

MIRANZI, S.S.C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da

REFERÊNCIA

ALVES, B.A; CALIXTO, A.A.T.F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento da hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 30, n. 3, p. 255-260, 2012.

ARAÚJO, G.B.S.; GARCIA, T.R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm>. Acessado em: 30 de junho de 2014.

ARTIOLI, C.A. et al. **Fatores que levam o cliente Hipertenso a não aderir o Tratamento Medicamentoso**. São Paulo (SP): UNIFIA, 2010. Disponível em: <http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2011/saude_em_foco_Cliente%20Hipertenso.pdf>. Acesso em: 04 de junho de 2015.

BARBETTA, P.A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 6. ed. Florianópolis: UFSC, 2006.

BARRETO, M.S.; MARCON, S.S. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na

Abreu, W. A; Portela, N. L. C. família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, 2008.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

PALOTA, L. **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2010.

PIERIN, A. M. G. et al. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.35, n. 1, p. 11-8, mar. 2001.

PINHEIRO, M.B.G. **Dificuldade de Adesão do Idoso ao Tratamento Farmacológico para Hipertensão Arterial**. 2009. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais-MG. UFMG, 2009.

PUCCI, N. et al. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 25, n. 4, p. 322-329, 2012.

REMONDI, F.A.; CABRERA, M.A.S.; SOUZA, R.K.T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 126-136, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00092613>>. Acesso em: 13 de abril de 2015.

REZA, C.G.; NOGUEIRA, M.S. O estilo de vida de pacientes hipertensos de um programa de exercício aeróbio: estudo na cidade de Toluca, México. **Escola Anna Nery**, v. 12, n. 2, p. 265-270, 2008.

RODRIGUES, D.T. et al. Avaliação do uso de plantas medicinais por um grupo de hipertensos em uma unidade ESF de um bairro no Município de Criciúma. **Revista Inova Saúde**, v. 2, n. 1, p. 47-67, 2013.

ROMERO, A.D. et al. Características de uma População de Idosos Hipertensos Atendida numa Unidade de Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 72-78, abr./jun. 2010.

RUFINO, D.B.R. et al. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde. **R. Interd.** v. 8, n. 3, p. 50-60, jul. ago. set. 2015

Journal of the Health Sciences Institute, v. 30, n. 4, p. 336-342, 2012.

SANTOS, Z.M.S.A. et al. Adesão do Cliente Hipertenso ao Tratamento: Análise com Abordagem Interdisciplinar. **Texto & Contexto Enfermagem**; v. 14, n. 3, p. 332-40, 2005.

SBC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.17, n.1, 2010.

SILVA, F.R.S. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo por idosos na atenção primária. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 35, n. 2, p. 271-278, 2015.

TUESCA-MOLINA, R. et al. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 20, n. 3, p. 220-227, 2006.

ZATTAR, L.C. et al. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 507-521, 2013.

Submissão: 14/06/2014

Aprovação: 30/06/2015