

Método de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos

Method of treatment adherence in hypertensive patients

Método de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos

Thais de Carvalho **da Silva**^{1*}
Allana Baleeiro **Dantas**¹
Bruna Dias **Menezes**¹
Emilene Valim dos Santos **Silveira**¹
Helen Gonçalves **Reis**¹
Jéssica de Paula **Silveira**¹
Samara Menali Pereira **Caproni**¹
Ciderleia Castro de **Lima**²

¹Acadêmica, Curso de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS 37132-440 Alfenas – MG, Brasil

²Profª.Msc., Curso de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS 37132-440 Alfenas – MG, Brasil

Resumo

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das maiores causas de morbidade e mortalidade no mundo. Níveis de pressão arterial elevados estão relacionados a uma maior incidência de eventos mórbidos, associados principalmente à aterosclerose e manifestados por cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral e doenças vasculares renal e periférica. O controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico. O objetivo do estudo é identificar as causas da não adesão ao tratamento medicamentoso e comportamental de indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica e caracterizar o perfil epidemiológico dessa clientela. Trata-se de uma pesquisa de campo de abordagem quantitativa e qualitativa. O estudo foi realizado em Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Alfenas-MG, o período para a coleta de dados foi no segundo semestre de 2014, tendo como instrumento para a coleta um questionário elaborado sob o auxílio de profissionais da área de psicologia o que permitiu uma abordagem de avaliação global na adesão ao tratamento para classificar o nível de adesão em cinco graus.

Descritores: Terapêutica; Hipertensão; Saúde Pública; Medicina Preventiva.

Abstract

Systemic hypertension arterial (SHA) is the major cause of morbidity and mortality the world. High blood pressure levels are related to a higher incidence of morbid events, mainly associated with atherosclerosis and manifested by ischemic heart disease, stroke and renal and peripheral vascular disease. The control of SHA is directly related to the degree of patient adherence to therapeutic rules. The objective of the study is to investigate the causes of non-adherence to medication and behavioral treatment of individuals with chronic hypertension and how to characterize the epidemiological profile of this clientele. It is a quantitative and qualitative approach to fieldwork. The study was conducted at the Family Health Strategy (FHS) in the city of Alfenas-MG, the period for collecting data was the second half of 2014, and as a tool for collecting a questionnaire prepared under the assistance of professionals in the field of Psychology allowing an overall assessment approach in adherence to classify the membership level in five degrees.

Descriptors: Therapy; Hypertension; Public Health; Preventive Medicine.

Resumen

Hipertensión arterial sistémica (HAS) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Niveles de presión arterial alta están relacionados con una mayor incidencia de eventos mórbidos, principalmente asociados con la aterosclerosis y que se manifiesten por enfermedad isquémica del corazón, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal y enfermedad vascular periférica. El control de la hipertensión está directamente relacionado con el grado de adhesión del paciente al régimen de tratamiento. El objetivo del estudio es identificar las causas de la falta de adherencia a la medicación y el tratamiento conductual de los pacientes con hipertensión y caracterizar el perfil epidemiológico de esta clientela. Se trata de un estudio con enfoque cuantitativo y cualitativo de la investigación de campo. El estudio se realizó en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en la ciudad de Alfenas-MG, el período de recogida de datos sucedió en la segunda mitad de 2014, tomando como una herramienta para la recogida de un cuestionario elaborado con la asistencia de profesionales en el campo de la psicología que permite un enfoque de evaluación integral en la adherencia al tratamiento para clasificar el nivel de adherencia en cinco grados.

Descriptores: Terapia; Hipertensión; Salud Pública; Medicina Preventiva.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública, uma vez que apresenta elevada prevalência e está associada a 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença coronariana aguda e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal. No Brasil, estudos de base populacional estimam que essa morbidade afete entre 20% e 30% da população adulta¹.

Sabe-se que a doença é, em geral, assintomática, pelo menos no início; na maioria dos casos não há tratamento que induza a cura completa, exigindo que este se prolongue por

toda a vida; as medicações utilizadas muitas vezes provocam efeitos colaterais indesejáveis. Ressalta-se ainda a importância de ser o paciente aderente ao tratamento para se evitar complicações e outras patologias que possam advir por meio da hipertensão arterial, tais como diabetes, obesidade, hiperlipidemias e hiperuricemia².

Apesar do Brasil não dispor de estatísticas sobre a magnitude dessa doença em todo território nacional, estimativas realizadas baseadas em estudos populacionais nas regiões Sul e Sudeste, indicam que, aproximadamente 20% da população adulta brasileira têm HA³.

Nos últimos anos, a adesão terapêutica tornou-se um dos maiores problemas enfrentados na prática médica pela sua complexidade. Cerca de 40% a 60% dos pacientes não fazem uso da medicação prescrita. Essa porcentagem aumenta quando a falta de adesão relaciona-se ao estilo de vida, incluindo hábitos como a dieta, o sedentarismo, o tabagismo, o etilismo, entre outros fatores⁴.

A mudança do estilo de vida é uma atitude que deve ser estimulada em todos os pacientes hipertensos, durante toda a vida, independente dos níveis de pressão arterial⁵.

Uma das grandes dificuldades dos indivíduos com hipertensão em aderir ao tratamento é entender por que devem utilizar diariamente diversos comprimidos e sofrer com efeitos colaterais para controlar um problema que não apresentou sintomas. A regularidade e a qualidade de comunicação clínica são determinantes na obtenção de resultados esperados, uma vez que pacientes bem informados sobre prognóstico e opções de tratamento – incluindo benefícios e efeitos adversos – estão mais dispostos em aderir às recomendações. A educação em saúde é, então, imprescindível, pois não é possível o controle adequado da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamenta o tratamento⁶.

A hipertensão arterial, quando não tratada de forma adequada, pode acarretar graves consequências a alguns órgãos alvos vitais⁷. A HA é ao mesmo tempo uma doença e um fator de risco independente para as doenças cardiovasculares, principal causa de morte no mundo⁸, como infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca congestiva e acidente vascular cerebral (AVC). Globalmente, a HA é responsável por 62% dos AVC e 49% dos IAM⁹. As principais complicações da hipertensão arterial são consequências de lesões vasculares, tais como o espessamento arterial, a diminuição do lúmen e vasoconstrição aumentada. As grandes artérias que apresentam capacidade de condução e de amortecimento respondem ao aumento de pressão com aumento da rigidez da parede vascular e diminuição da distensibilidade^{7,10}.

Importante destacar que tais alterações decorrentes da hipertensão arterial estão associadas ao aumento do risco cardiovascular, assim como o remodelamento inadequado das pequenas artérias. As principais manifestações clínicas das lesões vasculares da hipertensão arterial incluem a hipertensão maligna, a doença arterial periférica, o aneurisma e a dissecação da aorta¹⁰.

Sabe-se que a pressão alta requer condutas pautadas em nível de evidências científicas, uma vez que com a aplicação de um tratamento adequado pode contribuir para a reversão das lesões vasculares e consequentemente melhorar o prognóstico cardiovascular do paciente hipertenso¹⁰.

Para sucesso na terapêutica, o paciente hipertenso deve assumir sua parcela de responsabilidade no tratamento. Contudo, a falta de adesão ao tratamento pode ser resultado de vários fatores como os sintomas tardarem em aparecer, a medicação não ter efeito imediato de forma aparente, o fato de as medicações a princípio desencadearem efeitos colaterais e a orientação superficial dos pacientes baseada em um estereótipo de tratamento que não se enquadra as suas possibilidades enquanto sujeito hipertenso.

O presente estudo tem como objetivo identificar as causas que levam a não adesão ao tratamento e propor um método de avaliação global de adesão ao tratamento.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal realizado no município de Alfenas, sul de Minas Gerais, no

período entre agosto e dezembro de 2014, cuja amostra foi composta de 150 participantes na faixa etária acima de 18 anos de ambos os sexos em tratamento para HAS, assistidos pela Estratégia Saúde da Família. Os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida foi aplicado um instrumento de avaliação, elaborado por profissionais da área de psicologia, composto por 06 perguntas estruturadas, cujas alternativas avaliadas de 1 a 7 pontos e, por meio da soma total, os participantes hipertensos foram classificados em 5 níveis: o Grau I (aderente medicamentoso/nutricional/físico/psicossocial); Grau II (aderente medicamentoso/nutricional/físico); Grau III (aderente medicamentoso e nutricional); Grau IV (aderente medicamentoso); Grau V (Não aderente global, com provável conduta contrária - sedentarismo e dieta inadequada - com grande possibilidade de descompensação futura e manifestação de sinais e sintomas crônicos da doença referida).

RESULTADOS

Com a aplicação do instrumento de avaliação entre os participantes hipertensos, observa-se que o instrumento proposto contemplou todas as possíveis faces da terapêutica, na qual 13(7%) se enquadra no Grau I, 87(58%) no Grau II, 41(28%) no Grau III, 6(4%) no Grau IV e 3(2%) no Grau V.

No que se refere ao gênero, a hipertensão arterial atingiu um número muito maior de mulheres (67%) em relação aos homens (33%). Já em relação à idade, atingiu os idosos com mais de 61 anos em uma taxa de 64% e os participantes abaixo de 30 anos apresentaram uma incidência de apenas 5%.

Em relação ao consumo de sal, gordura, açúcar e/ou produtos industrializados, observou-se que uma porcentagem expressiva (35%) consome esses produtos enquanto que 65% não o fazem. Também foi observado que a maioria não se enquadra na prática regular de exercícios físicos (considera-se regular pelo menos 3 vezes por semana com 30 minutos por vez), 14% não possuem apoio familiar em relação à mudanças de hábitos alimentares e físicos e 34% não mostrou interesse em participar de projetos que envolvessem a orientação pelos profissionais da área da saúde, tais como nutricionistas, médicos, psicólogos, enfermeiros e educadores físicos.

DISCUSSÃO

O tratamento da HA consiste basicamente na terapia medicamentosa e tratamento não farmacológico anti-hipertensivo, também chamado de não medicamentoso ou mudança no estilo de vida.

De acordo com o estudo, a incidência da hipertensão arterial aumenta com a idade uma vez que alterações próprias do envelhecimento, como o enrijecimento de grandes artérias, tornam os idosos mais propensos ao desenvolvimento de HAS¹¹.

Como verificado nesse estudo em relação ao predomínio feminino para HAS, a literatura corrobora e revela que esse agravo atinge principalmente a população feminina o que pode ter relação com as mudanças de hábitos, bem como a alteração hormonal pós-menopausa, bem como mulheres acima de 30 anos que fumam e fazem uso de anticoncepcional. Vale ressaltar que a frequência da hipertensão arterial cresce com o aumento da idade, sendo que os homens jovens têm pressão arterial mais elevada que as mulheres, porém após a meia idade este quadro se inverte¹².

Acredita-se que com mudanças no estilo de vida, pode-se talvez, interferir no processo de aparecimento e mesmo na estagnação da evolução da doença. De modo geral, as dificuldades em mudar o estilo de vida e seguir a prescrição medicamentosa são as duas maiores razões para a baixa adesão ao tratamento e controle da HA, apontando para fatores ligados ao paciente, ao provedor de cuidados e ao ambiente terapêutico¹³.

No presente trabalho, a maior dificuldade foi observada na prática de exercícios físicos (67%), seguido da não adesão ao tratamento nutricional (35%), não adesão ao tratamento medicamentoso (15%) e falta de apoio familiar quanto às mudanças de estilo de vida (14%).

A prática de atividade física com o treinamento aeróbico tem um efeito hipotensor aos hipertensos, com redução atingindo -5 mmHg e -7 mmHg para as pressões arteriais sistólica e diastólica, respectivamente. E ainda mais recente, com a inclusão de 72 estudos randomizados, foi verificado que a PA apresentou redução nos níveis pressóricos de -6,9 mmHg e -4,9 mmHg referente a sistólica e a diastólica após o treinamento aeróbico de pessoas hipertensas¹⁴.

Os exercícios físicos praticados regularmente entram como um elemento eficaz no controle da hipertensão arterial, sendo considerados como tratamento não medicamentoso, associado à reeducação alimentar. Além dos benefícios relacionados ao sistema cardiovascular, inclui-se também o melhor funcionamento do organismo¹⁵.

Na questão alimentar, a redução no consumo de sal auxilia no controle da pressão arterial (PA). Sabe-se que a HAS associada ao consumo excessivo de sal também pode ter relação genética, uma vez que havendo um defeito genético das células tubulares renais, há a retenção de sódio e de água, elevando concomitantemente o débito cardíaco e, associado a esse aumento, a elevação da PA. Sabe-se ainda que não apenas o consumo excessivo do sal, mas também de café e de bebidas que contenham cafeína podem promover a elevação da PA¹⁶.

E o fato de necessitar da interferência, orientando para mudanças nos hábitos alimentares das pessoas é por considerar que dentre outros fatores, os alimentos ricos em gordura saturada e/ou hipercalóricos, associados ao sedentarismo, são considerados fatores causadores de sobrepeso e obesidade e, conseqüentemente, de comorbidades das doenças cardiovasculares tais como a HAS e DM¹⁷.

Para controlar a HAS, a dieta adequada deve ser baseada em uma alimentação saudável, rica em frutas, vegetais, fibras, leite e derivados com baixo teor de gorduras, com restrição de alimentos hipercalóricos e os que contenham gorduras saturadas e colesterol¹⁸.

Em relação ao tratamento medicamentoso, a combinação medicamentosa de agentes com mecanismos de ação diferente é um tratamento recomendado, pois em alguns pacientes resulta em melhor resposta ao controle da HAS, sendo mais frequente o uso combinado de anti-hipertensivos com diuréticos¹⁹. Utiliza-se essa combinação medicamentosa por auxiliar na redução da retenção persistente do volume intravascular⁶. Porém, a polimedicação pode ser um obstáculo à adesão ao tratamento medicamentoso, visto que os pacientes queixam-se da quantidade de medicamentos, bem como do esquecimento em tomar os remédios. Assim, discutir a terapia e as dificuldades de adesão pode constituir numa ferramenta importante para entender e mesmo estabelecer, a partir da individualidade do paciente hipertenso, a monoterapia.

A monoterapia se constitui uma estratégia ideal para iniciar o tratamento da hipertensão arterial e, como tal, uma facilitadora do processo de adesão ao tratamento. Tal fato encontra respaldo na literatura que a considera ideal se a droga for prescrita em dose única²⁰.

Apesar da falta de apoio familiar ter mostrado baixo percentual entre os resultados encontrados no presente trabalho (14%), mostra-se como um grande empecilho para a adesão ao tratamento. Embora a maioria dos pacientes mostrarem conhecimento da sua morbidade, é necessário mais do que o conhecimento para atingir o controle adequado da pressão arterial. A colaboração dos familiares, uma melhor comunicação entre os profissionais e os pacientes e orientações mais fáceis de serem compreendidas, entre outras ações, favorecem a adesão ao tratamento²¹ e, possivelmente, o controle da hipertensão.

Na realização do tratamento de uma doença crônica, a família e o suporte social contribuem para a continuidade regular do tratamento, incentivando, acompanhando ao serviço de saúde, ajudando nas atividades físicas e na tomada de medicamentos. Ressalta-se ainda que pensar em estratégias efetivas como facilitadoras para a adesão ao tratamento, implica em profissionais de saúde que trabalham com a educação em saúde, de forma ativa e relevante para o êxito no controle da pressão arterial^{22,23}.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a adoção de uma dieta hipossódica e a realização regular de atividade física se mostraram os principais empecilhos para a adesão ao tratamento. O seguimento contínuo da prescrição medicamentosa é realizado pela maioria dos pesquisados, sendo inadequado apenas nos pesquisados enquadrados no grau V (2%).

Dessa forma, acredita-se que a educação dos indivíduos portadores de hipertensão arterial seja o melhor caminho para o alcance dos objetivos terapêuticos, não sendo apenas uma transmissão de conteúdos, mas sim uma adaptação do paciente ao tratamento da hipertensão arterial.

Espera-se que os resultados alcançados neste estudo contribuam para a compreensão da complexidade do problema da adesão, sendo este um problema multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. Motter FR, Olinto MTA, Paniz VMV. Evaluation of knowledge on blood pressure levels and chronicity of hypertension among users of a public pharmacy in Southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 2015; 31(2):395-404.
2. Higgins N, Regan C. A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes. *Age Ageing*. 2004; 33(3):224-9.
3. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15(1):35-45.
4. Boing AC, Boing AF. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. *Rev bras hipertens*. 2007; 14(2): 84-9
5. Amodeo C, Lima NKC. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Medicina*, Ribeirao Preto. 1996; 29(2/3):239-43.
6. Gomes TJO, Silva MVR, Santos AA. Controle de pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa

- hipertensão em uma unidade de saúde da família. Rev Bras Hipertens. 2010; 17(3):132-9.
7. Car MR, Pierin AMG, Aquino VLA. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. Rev esc enferm USP. 1991; 25(3):259-69.
 8. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet. 2006; 367(9524):1747-57.
 9. World Health Organization. The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002. Available from: <http://www.who.int/whr/2002/en/>.
 10. Bortolotto LA, Macêdo TA. Alterações vasculares da hipertensão arterial. 2008; 18(2):150-61.
 11. Zattar LC, Boing AF, Giehl MWC; d'Orsi E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. Cad Saude Publica. 2013; 29(3): 507-21
 12. Pessuto J, Carvalho EC de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. Rev Latino-Am Enfermagem. 1998; 6(1):33-9.
 13. Guedes MVC, Araujo TL, Lopes MVO, Silva LF, Freitas MC, Almeida PC. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. Rev bras enferm. 2011; 64(6):1038-42.
 14. Alves LL, Forjaz C. Influência da Intensidade e do Volume do Treinamento Aeróbico na Redução da Pressão Arterial de Hipertensos. R bras Ci e Mov. 2007; 15(3):115-22.
 15. Suto CSS, Costa LEL, Rodrigues ES. Saúde do homem: efeitos do exercício físico sobre o controle da pressão arterial. Rev baiana enferm. 2013; 27(3): 249-57.
 16. Santos ZMSA, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. Texto Contexto - enferm. 2008; 17(1):90-7.
 17. Ribeiro RQC, Lotufo PA, Lamounier JA, Oliveira RG, Soares JF, Botter DA. Fatores adicionais de risco cardiovascular associados ao excesso de peso em crianças e adolescentes. O estudo do coração de Belo Horizonte. Arq Bras Cardiol. 2006; 80(6):408-18.
 18. Gravina CF, Borges JL, Grespan SM. Tratamento não medicamentoso da hipertensão no idoso. Rev bras hipertens. 2007; 14(1):33-6.
 19. Kohlmann Jr O, Oigman W, Mion Jr D, Rocha JC, Saraiva JFK, Franco RJS, et al. Estudo multicêntrico da eficácia, tolerabilidade e efeito sobre a caemia da combinação fixa de clortalidona e amilorida no tratamento da hipertensão arterial primária. Rev bras hipertens. 2006; 13(3):177-85.
 20. Borzecki AM, Oliveria SA, Berlowitz DR. Barriers to hypertension control. Am Heart J. 2005;149(5):785-94.
 21. Coelho EB, Nobre F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. Rev bras hipertens. 2006; 13(1):51-4.
 22. Faé AB, Oliveira ERA, Silva LT, Cadê NV, Mezadri VA. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Rev Enferm UERJ 2006; 14(1):32-6.
 23. Strelec MA, Pierin AM, Mion D Jr. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. Arq Bras Cardiol. 2003; 81(4):349-54.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Thaís de Carvalho da Silva

thais_carvalho@live.com

Submetido em 01/02/2017

Aceito em 08/03/2017