

**Curso de Especialização em Saúde da  
Família**

***As principais causas da falta de adesão ao  
tratamento farmacológico e não  
farmacológico na população atendida pela  
USF Salerno***

**Omar Abou Ezzeddine**

**Orientadora: Claudia Leticia Vendrame dos Santos**

**Sumaré**

**Janeiro 2015**

## Introdução

### **Conceito e epidemiologia**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, silenciosa, de baixa taxa de controle e de grande prevalência no mundo todo, sendo um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil.

Conforme a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010)<sup>1</sup>, esta doença é definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Estando relacionada frequentemente com alterações funcionais, estruturais e metabólicas do coração, rins, encéfalo e vasos sanguíneos, além do aumento do risco de eventos cardiovasculares.

A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. ( Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2006<sup>2</sup>).

Segundo dados do DATASUS<sup>3</sup> a taxa de prevalência em adultos acima de 18 anos no Brasil em 2008 chega a 23,9%. A Hipertensão Arterial quando não controlada compõe como um dos principais fatores predisponentes para as doenças do aparelho circulatório, provocando lesões em órgãos alvos como coração, cérebro, rins e olhos.

Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e que 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada (Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, 2004<sup>4</sup>).

Por ser uma doença assintomática, muitas pessoas desconhecem seu estado clínico, dificultando o controle e aumentando ainda mais os riscos.

Considerando-se tal quadro, torna-se urgente implementar ações básicas de diagnóstico e controle destas condições, especialmente no nível primário de atenção (Ministério da Saúde, Manual de Hipertensão arterial e Diabetes *mellitus*, 2002).<sup>8</sup>

## Diagnóstico

Para realizar o diagnóstico de Hipertensão Arterial é fundamental a medida da pressão arterial por um profissional de saúde capacitado. A técnica é simples, porém requer atenção especial para evitar erros. O preparo do paciente, o uso de técnica padronizada e material calibrado e do tamanho apropriado para o membro que será utilizado para aferição são fundamentais para uma mensuração correta.

Os valores que permitem classificar os indivíduos adultos acima de 18 anos de acordo com seus níveis tensionais estão relacionados na tabela1 (IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2002<sup>5</sup>).

<b>Tabela 1 Classificação da pressão arterial (&gt; 18 anos)</b>		
<b>Classificação</b>	<b>Pressão sistólica (mmHg)</b>	<b>Pressão diastólica (mmHg)</b>
<b>Ótima</b>	< 120	< 80
<b>Normal</b>	< 130	< 85
<b>Limítrofe</b>	130–139	85–89
<b>Hipertensão</b>		
<b>Estágio 1 (leve)</b>	140–159	90–99
<b>Estágio 2 (moderada)</b>	160–179	100–109
<b>Estágio 3 (grave)</b>	> 180	> 110

*O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo.*

*Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.*

**Fonte: IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2002**

É importante ressaltar que além dos níveis tensionais o médico também deverá levar em consideração a história clínica, o exame físico e exames laboratoriais, já que os fatores de risco, lesão de órgãos-alvo e as comorbidades associadas são primordiais para o diagnóstico da doença (IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2002<sup>5</sup>).

## **Fatores de Risco**

Dell'Acqua et al (1997)<sup>6</sup> identifica que alguns fatores, denominados fatores de risco, que podem influenciar no aparecimento da hipertensão arterial, sendo divididos em: *congênitos*- hereditariedade, idade, raça e sexo e *adquiridos*- obesidade, alimentação rica em sal e gorduras, álcool, tabaco, drogas, anticoncepcionais, estresse.

Alguns desses fatores podem ser melhores detalhados, levando em consideração sua individualidade e importância para as complicações desta patologia.

### **Idade**

O aumento da pressão arterial em indivíduos com mais idade é normalmente associado ao desenvolvimento de arteriosclerose e consequente mau funcionamento das artérias, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos (Pimenta et al, 2008<sup>7</sup>, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010)<sup>1</sup>.

Uma grande característica que também deve ser levada em consideração é o estilo de vida escolhido pela população ao longo da vida, que muitas vezes refletem como doença com o progresso da idade.

O risco relativo de desenvolver doença cardiovascular associado ao aumento da pressão arterial não diminui com o avanço da idade e o risco absoluto aumenta marcadamente (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2006).<sup>2</sup>

### **Obesidade e sedentarismo**

O excesso de peso está associado a várias patologias. Relacionado à HAS ela aumenta de duas a seis vezes o risco de adquirir a doença (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010)<sup>1</sup>.

A obesidade, geralmente, não é difícil de ser reconhecida. Existem na atualidade, diversas formas de avaliar a massa gordurosa corporal e sua distribuição (Diretrizes Brasileiras de Obesidade)<sup>10</sup>. Uma das formas de

avaliação do peso é através do cálculo do índice de massa corporal (IMC), dividindo-se o peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (Ministério da Saúde, Manual de Hipertensão arterial e Diabetes *mellitus*, 2002)<sup>8</sup>.

A classificação adaptada pela Organização Mundial de Saúde, mostrada na tabela 2, é baseada em padrões internacionais desenvolvidos para pessoas adultas descendentes de europeus (Diretrizes Brasileiras de Obesidade, 2009)<sup>10</sup>.

**Tabela 2 – Classificação de peso pelo IMC**

<b>Classificação</b>	<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Risco de Comorbidades</b>
<b>Baixo peso</b>	< 18,5	Baixo
<b>Peso normal</b>	18,5 – 24,9	Médio
<b>Sobrepeso</b>	≥ 25	
<b>Pré-obeso</b>	25,0 a 29,9	Aumentado
<b>Obeso I</b>	30,0 a 34,9	Moderado
<b>Obeso II</b>	35,0 a 39,9	Grave
<b>Obeso III</b>	≥ 40	Muito grave

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Obesidade, 2009.

Alguns estudos sugerem que o acúmulo de tecido adiposo na região abdominal é um fator de risco mais significativo para doenças cardiovasculares do que a massa total de gordura, podendo ser usado como indicador de pacientes de maior risco (Pimenta et al, 2008<sup>7</sup>).

A relação circunferência abdominal/quadril (RCQ) era bastante utilizada para avaliar obesidade central. Porém, a partir de 1990, reconheceu-se que a RCQ pode ser menos válida como uma medida relativa, após perda de peso, com diminuição da medida do quadril. A partir de então utilizando-se medida da circunferência abdominal, já que a mesma reflete melhor o conteúdo de gordura visceral .

A OMS considera a RCQ um dos critérios para caracterizar a síndrome metabólica, com valores de corte de 0,90 para homens e 0,85 para mulheres, e estabelece como ponto de corte para risco cardiovascular aumentado medida de circunferência abdominal igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres (Diretrizes Brasileiras de Obesidade,2009)<sup>10</sup>.

Afonso e Sichieri (2002 *apud* SELBY, 1989)<sup>11</sup> ressaltam que medidas de depósito de gordura abdominal aumentados mostram uma associação positiva com níveis de pressão arterial sistólica e diastólica.

A modernidade e as tecnologias vêm para facilitar o ganho de peso, pois demandam menor gasto energético.

O aumento da ingestão calórica e o pouco gasto de energia desfavorecem a balança, acarretando um acúmulo de gorduras que resulta muitas vezes em sobrepeso e/ou obesidade.

O sedentarismo e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) têm sido relacionados como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares . A vida sedentária aumenta isoladamente o risco relativo de morte em torno de 25%, enquanto que a HAS pode elevá-lo em cerca de 70%. Outros fatores de risco seriam as dislipidemias (30%), obesidade (31%) e tabagismo (76%). (Waib e Burini, 1995).<sup>12</sup>

## **Álcool e Tabagismo**

O tabagismo ativo é a principal causa isolada de doença e morte prevenível no mundo, também considerada como um único fator de risco totalmente evitável de doença e morte cardiovasculares (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010, Correa, 2003)<sup>14,15</sup>.

Correa ( 2003 *apud* ROSEMBERG, 2001)<sup>13</sup> afirma que atualmente existem em torno de 1 bilhão e 260 milhões de fumantes no mundo.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005)<sup>16</sup>, a cada ano, pelo menos 4,9 milhões de pessoas morrem em decorrência do consumo de tabaco.

De acordo com SMELTZER e BARE (2002)<sup>17</sup>, a nicotina causa a diminuição do volume interno das artérias, provocando endurecimento das

artérias ou arteriosclerose além da aceleração da frequência cardíaca e consequentemente a hipertensão.

Outro hábito prevalente na população é o consumo de álcool. A ingestão de bebida alcoólica por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. (IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010)<sup>18</sup>

O consumo de bebida alcoólica deve-se limitar a, no máximo, 30 ml/dia de etanol para homens e 15 ml/dia para mulheres ou indivíduos de baixo peso (tabela 3). Seu uso não deve ser incentivado e para aqueles em que o uso excede o estabelecido deve ser sensibilizado quanto ao abandono. (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2006 ).<sup>19</sup>

**Tabela 3. Características das principais bebidas alcoólicas e teor de etanol por quantidade definida**

<b>Bebida</b>	<b>% de etanol (oGL Gay Lussac)</b>	<b>Quantidade de etanol (g)</b>	<b>Volume para 30 g de etanol</b>	<b>Volume aproximado</b>
<b>Cerveja</b>	~ 6% (3–8)	6 g/100 ml x 0,8* = 4,8 g	625 ml	~ 2 latas (350 x 2 = 700 ml) ou 1 garrafa (650 ml)
<b>Vinho</b>	~ 12% (5–13)	12 g/100 ml x 0,8* = 9,6 g	312,5 ml	~ 2 taças de 150 ml ou 1 taça de 300 ml
<b>Uísque, vodka, aguardente</b>	~ 40% (30–50)	40 g/100 ml x 0,8* = 32 g	93,7 ml	~ 2 doses de 50 ml ou 3 doses de 30 ml

\* Densidade do etanol.

Fonte: VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão, 2010

Estudos comprovam que a redução e consequentemente a cessação do uso de drogas licitas como álcool e tabaco traz benefícios inestimáveis à

população, favorecendo a redução de agravos a pacientes portadores de doenças crônicas como hipertensão.

## **Sal**

O aumento da Ingestão de sódio tem sido correlacionada com elevação da pressão arterial. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. (IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).<sup>18</sup>

Segundo Organização Mundial de Saúde, em 5 g de cloreto de sódio ou sal de cozinha (que corresponde a 2 g de sódio) a quantidade considerada máxima saudável para ingestão alimentar diária. O consumo médio do brasileiro corresponde ao dobro do recomendado. (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).<sup>20</sup>

O desconhecimento da população em relação a quantidade de sódio adequada acrescido ao hábito desenvolvido desde o início as alimentação salgada dificultam a mudança do estilo de vida da população.

## **Tratamento / Adesão**

É fundamental que a hipertensão tenha um diagnóstico precoce, além de uma avaliação clínica e laboratorial efetivas, visando classificar o risco do portador da doença, para tomada da decisão terapêutica necessária.

Modificações de estilo de vida podem se refletir no retardo do desenvolvimento da HAS em indivíduos com pressão limítrofe. Para pacientes com baixo risco cardiovascular recomenda-se o período de 6 meses para modificações do hábito de vida, caso não haja resposta positiva em 3 meses uma nova avaliação deve ser feita em até 6 meses, sendo indicada a instituição do tratamento medicamentoso em associação. (VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão).<sup>22</sup>

O tratamento medicamentoso para ser efetivo deve ser realizado rigorosamente conforme orientação médica, seguindo sempre os horários,



dosagem e a continuidade do mesmo, ressaltando que o mesmo deve ser sempre em conjunto com a mudança do estilo de vida.

Peres (2003, apud JARDIM, 1996)<sup>21</sup> ressalta que modificar hábitos de vida envolvem mudanças na forma de agir e viver além de mudança da concepção de saúde que o indivíduo construiu ao longo da vida, incluindo experiências pessoais, crenças, valores, pensamentos e sentimentos.

O controle da hipertensão está relacionado, em grande parte, no componente estilo de vida, pois sua adoção envolve mudança de hábitos, o que depende principalmente do indivíduo. Estas alterações incluem abolição do álcool e do tabaco, realização de atividade física, perda do excesso de peso e mudanças nos hábitos alimentares (Sales e Tamaki, 2007).

É sabido que a dificuldade em aderir o tratamento é real e constitui um dos maiores problemas na área da hipertensão arterial.

Embora não seja um problema exclusivo do tratamento da hipertensão, por ser também muito freqüente em outros regimes de caráter prolongado, a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo se aprofunda em complexidade, parecendo ser determinada por vários fatores, interrelacionados ou não entre si (Sarquis, 1998)<sup>24</sup>.

Vários são os determinantes para a não-adesão ao tratamento, dentre eles destacam-se a falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica; o baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, e baixa auto-estima; além do relacionamento inadequado com a equipe de saúde; o tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço; o custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis e interferência na qualidade de vida após início do tratamento (VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão).<sup>25</sup>

Segundo Sales (2006 apud SILVA, 2006)<sup>26</sup> a educação em saúde é primordial para a efetividade do tratamento, deve ser realizada em todos os níveis de atenção à saúde, pois possibilita a organização de estratégias individuais e coletivas para o enfrentamento de problemas no processo saúde-doença.

O Programa Saúde da Família (PSF) criou condições para a construção de um novo modelo assistencial em que a atenção à saúde está focalizada na família e na comunidade, utilizando práticas que visam estabelecer novas relações entre profissionais de saúde, indivíduos, suas famílias e comunidade (Silva, 2006).

### **Objetivos**

Este projeto tem como objetivo principal apontar e abordar as principais causas da falta de adesão ao tratamento da HAS na população atendida pela USF Salerno em Sumaré – SP.

### **Métodos**

Para descobrir as principais causas de falta de adesão ao tratamento da HAS aplicarei um questionário aos hipertensos da área coberta pela USF Salerno.

### **Identificação**

**Sexo:** ( ) F ( ) M

**Idade:** ( ) < 20 anos ( ) 21 a 30 anos ( ) 31 a 40 anos

( ) 41 a 50 anos ( ) 51 a 60 anos ( ) > 61 anos

**Cor:** ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra ( ) Amarela

**Você acredita que pressão alta traz algum risco para a saúde?**

- ( ) Sim  
( ) Não

**Hipertensão tem cura?**

- ( ) Sim  
( ) Não

**Você acha que pressão alta é uma doença grave ?**

- ( ) Sim  
( ) Não

**Qual a principal dificuldade encontrada para aderir ao tratamento da Hipertensão?**

- ( ) Falta de medicamentos na rede pública  
( ) Dificuldade em cumprir horários  
( ) Efeitos colaterais  
( ) Medo de dependência  
( ) Muitos comprimidos por dia  
( ) Não-prática de exercícios físicos gerados pelo cansaço e estresse no trabalho e em casa  
( ) Ausência de sintomas  
( ) Dificuldade de acesso ao sistema de saúde  
( ) Não acredita haver necessidade de tratamento  
( ) Não houve melhora com o tratamento imposto

Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Resultados Esperados:**

Com a experiência vivida no dia a dia como médico da unidade e realizando o grupo de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus acredito que os motivos mais citados pelos pacientes como motivo de falta de adesão serão os seguintes –

1. Ausência de sintomas
2. Efeitos colaterais
3. Muitos comprimidos por dia
4. Dificuldade em cumprir horários

Por mais que os pacientes sejam orientados no grupo a tomar corretamente as medicações todos os dias nos horários certos, muitos admitiam durante o grupo não o estarem fazendo devido principalmente aos motivos mencionados acima.

### **Cronograma**

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Elaboração do projeto	X			
Aplicação dos questionários		X	X	
Avaliação dos resultados				X
Revisão da Literatura	X	X	X	X
Elaboração de proposta de intervenção				X