



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

NATALIA KELLY RODRIGUES DE LACERDA

**MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA À
NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

BARBALHA, CEARÁ

2018

NATALIA KELLY RODRIGUES DE LACERDA

**MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA À
NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof^o. Titulação (Dr./Me.),
Nome

BARBALHA, CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L139m Lacerda, Natalia Kelly Rodrigues de.
Má adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica à nível de Atenção Primária
à saúde / Natalia Kelly Rodrigues de Lacerda. –
2018. 30 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará,
Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2018.
Orientação: Prof. Me. Lucas Dias Soares Machado.

1. hipertensão arterial sistêmica. 2. adesão. I. Título.

CDD 362.1

AGRADECIMENTOS

À Deus por permitir mais uma realização.

Aos meus pais, João Luzary e Irinea Maria, pelo amor e todo o apoio.

Ao meu amado irmão, João Victor, pelo carinho e companheirismo incondicional.

Aos meus familiares que assistiram e torcem por mim sempre.

Ao meu noivo e colega de profissão, José Angelo, por ser paciente comigo, compartilhando dúvidas, sugestões e me ajudar nesta conquista.

Aos meus pacientes, que serviram de inspiração para o tema abordado e o aprendizado com eles.

Obrigada a todos, sem vocês nada disso seria possível.

“A persistência é o caminho do êxito”

CHARLES CHAPLIN

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial de elevada prevalência nos adultos. Fatores de risco como idade, sexo, raça, peso e outras comorbidades são importantes na hora da estratificação do paciente. Sua abordagem consiste no diagnóstico da patologia a partir da medida ambulatorial ou não dos níveis pressóricos dos pacientes com posterior implementação de tratamento não-farmacológico e, caso seja necessário, o tratamento farmacológico. Apesar dos esforços da Atenção Primária de Saúde, a má adesão dos pacientes ao tratamento clínico e multidisciplinar compromete não só a saúde deste como também corrobora para a perpetuação do problema. Para evitar que tal evento ocorra, planos de ação e planejamento de forma multidisciplinar, como medidas preventivas de promoção à saúde, por exemplo, devem ser utilizados para conseguir transformar o paciente em agonista direto sobre o desfecho de sua situação.

Palavras-Chave: Hipertensão, Adesão, Atenção Básica de Saúde.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is a multifactor clinical condition of high prevalence in adults. Risk factors such as age, gender, race, weight, and other comorbidities are important at the time of patient stratification. Its approach consists in the diagnosis of the pathology from the ambulatorial measurement or not of the pressure levels of the patients with subsequent implementation of non-pharmacological treatment and, if necessary, pharmacological treatment. Despite the efforts of Primary Health Care, the poor adherence of patients to clinical and multidisciplinary treatment compromises not only their health but also confirms the perpetuation of the problem. To prevent such an event from occurring, multidisciplinary action plans and planning, such as preventive health promotion measures, should be used to transform the patient into a direct agonist on the outcome of his or her situation.

Keywords: Hypertension, Adherence, Basic Health Care.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

AVE - Acidente Vascular Encefálico

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

DCV – Doenças Cardiovasculares

ESC – Sociedade Europeia de Cardiologia

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

ICC – insuficiência Cardíaca Congestiva

MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

MEV – Mudança no Estilo de Vida

MRPA - Monitorização Residencial da Pressão Arterial

PA – Pressão Arterial

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	PROBLEMA	14
3	OBJETIVOS	15
3.1	Objetivo geral	15
3.2	Objetivos específicos	15
4	METODOLOGIA	16
4.1	Delineamento do estudo	16
4.2	Processos de aquisição da literatura	17
4.2.1	Período que compreende o estudo	17
4.2.2	Base de dados	17
5	CRONOGRAMA	18
6	REVISÃO DE LITERATURA	19
6.1.1	Conceito	19
6.1.2	Epidemiologia e Fatores de Risco	19
6.1.3	Diagnóstico e Classificação	20
6.1.4	Tratamento	22
6.2	Má Adesão ao Tratamento Proposto	23
6.2.1	Plano de Ação	25
7	CONCLUSÃO	28
	REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação de níveis pressóricos de forma sustentada, associada, de forma crônica, a distúrbios metabólicos e lesão de órgão-alvo. Estas alterações são mais frequentes quando associadas a outras comorbidades, como, por exemplo, diabetes. (MALTA, SCALA & FUCHS, 2016). Segundo Maciel (2012), das doenças crônicas existentes, a hipertensão arterial sistêmica é uma das que mais ganha destaque, principalmente devido às mudanças sociais, políticas, econômicas e culturais, que se modificaram ao longo do desenvolvimento da humanidade, afetando diretamente os hábitos de vida de toda a população mundial.

No Brasil, a HAS tem uma prevalência de cerca de 32,5% dos adultos, com uma frequência de 50% dos idosos (MALTA, SCALA & FUCHS, 2016), sendo este percentual também elevada a nível mundial (MACIEL, 2012), contribuindo de forma direta ou não para eventos cardiovasculares, como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e acidente vascular encefálico (AVE). (MALTA, SCALA & FUCHS, 2016)

A HAS, segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, se caracteriza por um indivíduo apresentar níveis de Pressão Arterial Sistólica (PAS) igual ou acima de 140 mmHg e/ou 90 mmHg de Pressão Arterial Diastólica (PAD), podendo ser diagnosticada através de aferições no consultório ou fora dele, associado a uma história clínica ou familiar, história de comorbidades anteriores, e exame físico apurado (ALESSI, FEITOSA & COELHO, 2016). A partir de então, pode ser classificada ainda em HAS leve, moderada, grave e sistólica isolada (MACIEL, 2012). Esta classificação é o que vai guiar o tratamento do doente de forma individualizada e em conjunto com a equipe de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), médico, enfermeiro, nutricionista, entre outros. (ALESSI, FEITOSA & COELHO, 2016).

No momento do diagnóstico, a partir dos dados clínicos, anamnese e exame físico, é pesquisado lesão de órgão-alvo através de exames complementares, e, então, estratificando o risco cardiovascular de cada paciente. (MALACHIAS et al., 2016)

O tratamento do paciente hipertenso pode ser feito de forma medicamentos, com utilização de um ou mais fármacos associados, ou não medicamentosa, baseando-se na mudança de estilo de vida com mudança de hábitos alimentares e exercício físico (MACIEL, 2012). Por não ter cura, o tratamento deve ser feito de forma contínua e adequada para toda a vida, em prol do controle adequado dos níveis pressóricos, prevenção e retardo de lesões em órgão-alvo, além de melhorar a qualidade de vida do indivíduo. (FIGUEIREDO & ASAKURA, 2010)

Ao iniciar o tratamento do hipertenso deve ser levado em consideração, para uma melhor adesão, o comportamento do indivíduo, esclarecimento médico e da equipe de saúde a importância e as consequências da não adesão ao tratamento, e a prescrição do médico. (MACIEL, 2012)

A dificuldade ou resistência ao tratamento da HAS, segundo estudo realizado em São Luiz do Maranhão, dos 462 pacientes hipertensos entrevistados, em especial em uso de drogas para controle pressórico, estimou-se que 75% destes apresentaram boa adesão, com 25% que não obtiveram boa adesão declaravam esquecimento medicamentoso, a sensação de cura ou não necessidade de tratamento, efeitos colaterais provocados pela própria medicação (MOCHEL et al., 2007), além do que pôde ser visto em alguns estudos a falta disponibilidade da medicação na Unidade Básica de Saúde (UBS) e na farmácia básica ou falta de condição financeira para arcar com custo da droga. Outra questão da falha do tratamento é a negligência de uma mudança de hábitos de vida, seja dieta, atividade física, cessar tabagismo. (FIGUEIREDO & ASAKURA, 2010)

Assim, o elevado percentual de pessoas com hipertensão e baseando na má adesão ao tratamento desta condição, seja de forma de mudança de estilo de vida (MEV), seja em forma medicamentosa, aumenta, também o risco de doenças crônicas subsequentes a condição inicial, em especial as doenças cardiovasculares (DCV), incluindo aqui o IAM e AVE, que são condições que mais matam tanto no país (MANSUR & FAVARATO, 2012), quanto a nível global (PORTAL BRASIL, 2017). Segundo especialistas, foi visto que 80% destas mortes por DCV são evitáveis com medidas simples com MEV. (PORTAL BRASIL, 2017)

O profissional de saúde, em especial o médico, é de fundamental importância, diante de um diagnóstico de HAS, além da estratificação do risco a longo prazo, enfatizar a importância da adesão ao tratamento, em especial, as mudanças de hábitos, já que mais da metade dos pacientes se beneficiam a nível de redução de morbimortalidade e melhora da qualidade de vida, com medidas à nível de consultório ou fora dele. (MACIEL, 2012)

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica referente à má adesão ao tratamento pelos pacientes na APS, seus principais motivos e quais mecanismos estão disponíveis para serem utilizados no resgate e amparo destes.

2 PROBLEMA

Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição causada pelo aumento da pressão nos vasos sanguíneos, cujas causas podem ser primárias ou decorrente de um fator predisponentes (secundárias). Atinge em média de 32,5% dos adultos, sendo mais de 50% deles idosos, com elevado impacto, juntamente com Diabetes Mellitus, na vida do indivíduo. Além do qual, esta condição, eleva o percentual de mortes por doenças cardiovasculares, chegando a ser a principal causa à nível mundial.

Apesar de apresentar tratamento específico, seja com ou sem medicamentos, a má adesão é um fator agravante para a falha no controle desta patologia, com agravamento de lesões órgão-alvo e qualidade de vida do paciente, podendo ser evitada com algumas medidas à nível de APS, tanto em consultório quanto fora dele.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Realizar um plano de ação baseado em estudo bibliográfico sobre a má adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica à nível de Atenção Primária à Saúde.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Descrever o que é Hipertensão Arterial Sistêmica
- 3.2.2 Avaliar sobre sua epidemiologia e aspectos clínicos através da literatura
- 3.2.3 Manejo do seu tratamento e adesão
- 3.2.4 Discernir sobre plano de ação para adesão ao tratamento

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

O presente estudo consiste um plano de ação baseada em revisão de literatura com inclusão de estudos descritivos relevantes, realizados a partir de artigos que abordam o tema Hipertensão Arterial Sistêmica.

A pesquisa bibliográfica é um procedimento muito utilizado nos estudos de cunho exploratório-descritivo, tal fato reafirma a necessidade de definir claramente a metodologia que envolve a sua execução, bem como o tipo de pesquisa, as fontes, o instrumento de coleta de dados que guiam a elaboração do trabalho (LIMA & MIOTO, 2007).

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos (GIL, 2002), sendo em um conjunto ordenado de processos de busca por soluções, referentes ao objeto a ser estudado, de um modo não aleatório (LIMA & MIOTO, 2007).

No trabalho acadêmico, a revisão de literatura tem um papel importante porque é através dela que há inclusão do trabalho na grande área de pesquisa da qual faz parte, contextualizando-o. Dessa forma, permite-se dar mérito a criação intelectual de outros autores (CERVO & BERVIAN, 2002).

Inicialmente, será feito um estudo bibliográfico, com seleção de artigos cronologia determinada sobre o tema em estudo e posterior análise descritiva e elaboração do referencial teórico para embasamento e comparação de dados e informações, após traçado um plano de ação e aplicação na unidade básica de saúde.

4.2 Processos de aquisição da literatura

4.2.1 Período que compreende o estudo

No presente estudo, as fontes foram obtidas no período entre junho de 2007 a junho de 2018, utilizando artigos publicados nos últimos 10 anos, além de outros artigos que possam ser pertinentes fora desse período.

4.2.2 Base de dados

As fontes consultadas para a elaboração do presente estudo foram livros, revistas, jornais e artigos científicos disponibilizados através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), como também professores e pesquisadores, com acesso as seguintes bases de dados: Scielo, BVS, Lilacs, Medline e Pubmed. Os seguintes descritores foram utilizados: Hipertensão, Epidemiologia, Diagnóstico, Tratamento, Má Adesão.

5 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES									
Atividades	01/18	02/18	03/18	04/18	05/18	06/18	07/18	08/18	09/18
Pesquisa Literária	X	X	X	X	X	X			
Análise Literária	X	X	X	X	X	X	X	X	
Comparação Literária	X	X	X	X	X	X	X	X	
Reavaliação de dados e literatura		X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentação o Monografia									X

A proposta deste trabalho será aplicado após a data da apresentação, como forma de continuidade do proposto.

6 REVISÃO DE LITERATURA

6.1 A Hipertensão Arterial Sistêmica

6.1.1 Conceito

A HAS é uma patologia decorrente de níveis elevados e sustentados da força exercida pelo sangue na parede dos vasos, esta denominada pressão arterial (PA) (MACIEL; 2012), acima dos valores dentro da normalidade, ocasionando, assim, lesões estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo. (ALESSI et al; 2016). Sobre outra perspectiva, o guideline da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) afirma que a hipertensão é definida como o nível de PA em que os benefícios do tratamento, seja com intervenções no estilo de vida ou drogas, superam inequivocamente os riscos do tratamento, conforme documentado por estudos clínicos (WILLIAMS et al.,2018).

6.1.2 Epidemiologia e Fatores de Risco

A doença hipertensiva é uma das doenças crônico degenerativas não transmissível considerada um problema de saúde pública, decorrente de sua alta prevalência, em especial em países desenvolvidos (TORTORELA et al., 2017), estima-se que 6% das mortes em todo mundo seja por causa da hipertensão. (KOTCHEN, 2010). No ano de 2013, foram apontadas que as mortes por causas cardiovasculares foram responsáveis pela morte de 17 milhões de pessoas em todo o planeta, sendo 9,4 milhões a fração atribuída a hipertensão arterial anualmente. (OMS, 2013).

Segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, ela chega a atingir 32,6% da população adulta brasileira, ocorrendo em 60% dos idosos, contribuindo uma elevada taxa de mortes por DCV, chegando, assim, a 50% da mortalidade. (ALESSI et al., 2016)

A HAS apresenta uma epidemiologia importante e pode ser decorrente de fatores de risco associados, uma patologia pré-existente, ou causa não estabelecida (idiopática). Esta dobra o risco de DCV, aumentando a morbidade entre os portadores, em especial aqueles não tratados ou tratados de forma inadequadas. (KOTCHEN, 2010).

Estudos realizados comprovaram que existe uma diferença epidemiológica racial, sendo em população negra mais prevalente, em relação ao gênero, mulheres são mais atingidas do que homens, faixa etária, acima dos 40 anos, baixo nível socioeconômico, dentre outros. (MACIEL, 2012)

Além disso, tanto fatores ambientais quanto genéticos podem contribuir para sua predisposição. A obesidade e o ganho de peso são os principais influenciadores para desenvolvimento da HAS, apesar de outros fatores ambientais, como ingestão dietética de sal, álcool estresse e níveis baixos de atividade física, também contribuírem para a prevalência de doença hipertensiva. (KOTCHEN; 2010)

6.1.3 Diagnóstico e Classificação

O diagnóstico da HAS dar-se a partir da medição da pressão arterial no consultório médico ou fora deste. Quando a aferição ocorre em ambiente ambulatorial, esta deve ser feita pelo médico ou por qualquer profissional de saúde capacitado a efetuar-la, seguindo as normas de preparo e etapas de realização do procedimento (MALACHIAS et al., 2016). O diagnóstico é estabelecido quando valores de PAS encontram-se maiores ou iguais a 140 mmHg e/ou valores da PAD estão maiores ou iguais a 90 mmHg pelo menos 3 dias alternados, com um intervalo mínimo de 1 semana (GUSSO et al., 2012). Entretanto, a ESC (2018) não define um período para a realização deste, a menos em casos de hipertensões de alto grau ou com lesão de órgão alvo, cujo diagnóstico é imediato.

Já quando medida fora do consultório médico, faz-se necessário a utilização de métodos específicos validados, sendo os dois mais utilizados a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) de 24 horas ou a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA). Sua utilização necessita de critérios específicos, não sendo indicado para todos os pacientes (MALACHIAS et al., 2016).

Para o MAPA, os valores modificam-se conforme o estado de sono/vigília do paciente, além da avaliação da média da pressão arterial do paciente em 24 horas, sendo estes:

- a- Sono: PAS \geq 120 mmHg e/ou PAD \geq 70 mmHg;
- b- Vigília: PAS \geq 135mmHg e/ou PAD \geq 85 mmHg;
- c- 24 horas (média): PAS \geq 130 mmHg e/ou PAD \geq 80 mmHg (MALACHIAS et al., 2016).

Com relação a MRPA, tem-se como resultados favoráveis para HAS valores referentes as médias de PAS e PAD maiores que 130 e 80 mmHg, respectivamente (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2011).

A classificação da HAS é obtida após a conclusão diagnóstica da patologia. A partir dos valores de PAS e PAD obtidos pelos métodos validados de aferição, a HAS pode ser enquadrada conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Classificação da Pressão Arterial em consultório e Definição de grau de Hipertensão

CATEGORIA	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
Ótimo	<120	e	<80
Normal	120-129	e/ou	80-84
Normal Elevada	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão Grau I	140-159	e/ou	90-99
Hipertensão Grau II	160-179	e/ou	100-109
Hipertensão Grau III	≥180	e/ou	≥110
Hipertensão Sistólica isolada	≥140	e	<90

Adaptado de: WILLIAMS B., MANCIA G., SPIERING W., et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, Vol. 39, Ed. 33, Pag. 3021–3104, Set 2018.

6.1.4 Tratamento

O tratamento definido para a HAS depende da classificação atribuída no momento da avaliação clínica, associada ao risco cardiovascular do paciente e existência de outras comorbidades (MALACHIAS et al., 2016). Como pilares para o seu sucesso, faz – se necessária a avaliação para aplicação das duas linhas de tratamento: a não-farmacológica e a farmacológica.

A mudança de hábitos de vida, segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade (2012), se faz presente em todos os pacientes portadores de HAS, sendo ela baseada na adoção de hábitos de vida saudáveis, como diminuição no consumo de sódio e de bebidas alcoólicas, aumento do consumo de frutas e verduras, prática de atividade física regular, controle do peso e abandono do tabagismo. A abordagem interdisciplinar, com atuação direta de toda a equipe de saúde do serviço recorrido pelo paciente, pode trazer grande contribuição nesse processo de mudança de hábitos, conforme as necessidades da pessoa e a disponibilidade dos recursos locais.

Além disso, modificações como diminuição da ingesta de sal (menos de 5g diárias), diminuição da ingesta alcoólica, alterações de dieta, perda de peso, realização de atividade física regular e cessar o tabagismo também apresentam comprovação científica comprovada, com recomendação classe 1.

A abordagem farmacológica está intrinsecamente associada a mudança de hábitos de vida. Os pacientes que não necessitam dessa abordagem para o seu tratamento precisam ser hipertensos de grau I com risco cardiovascular leve a moderado, sendo nos demais casos será necessária a abordagem medicamentosa em concomitância ao manejo não-farmacológico (WILLIAMS et al., 2018).

O tratamento farmacológico deve ser adequado conforme os fatores de risco de cada indivíduo, principalmente levando-se em consideração idade, raça e comorbidades associadas (GUSSO et al., 2012). Deve-se levar em consideração que, na abordagem terapêutica farmacológica, deve-se sempre optar por terapias medicamentosas combinadas em dose e pílula única diária, devido a maior facilidade de adesão ao tratamento (WILLIAMS et al., 2018).

6.2 Má Adesão ao Tratamento Proposto

A adesão e sucesso do tratamento para pacientes hipertensos engloba a concordância entre a prescrição e orientações médicas e comportamento do indivíduo, sendo caracterizado, assim, como causa multidimensional o inadequado controle pressórico (MOURA, et al; 2016). O insucesso da adesão ocasiona elevação de custos substanciais, aumento de internamentos por cronificação da patologia e, assim, aumento da morbimortalidade. (MACIEL, 2012)

Os principais fatores relacionados à doença são: início, cronicidade, ausência de sintomas e disfunções orgânicas tardias. (MACIEL, 2012). Estudo realizado por Moura et al. (2016), foram comparados a falta de adesão entre idades diferentes e sexo. Constatou-se, assim como na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão

(2016), que a prevalência da doença é maior na população idosa, chegando a 60% dos investigados, permanecendo alta na população feminina.

Devido ser uma doença silenciosa, o diagnóstico acaba sendo tardio, o paciente não procura a unidade de saúde para diagnóstico, ou ainda, inicia-se um tratamento correto, porém pela obscuridade dos sintomas e cronicidade da doença, pode abandonar o tratamento por acreditar na “cura” com níveis pressóricos controlados. Contudo, poderá retornar agora com disfunções orgânicas por mal controle da pressão arterial. (MOURA et al., 2016)

Os fatores do paciente abrem um leque de possibilidades de mal-controle, desde crenças, estado civil, hábitos de vida, idade do paciente e fatores socioeconômicos (MACIEL, 2012). Idosos e trabalhadores apresentam índice de falha terapêutica mais baixa (MACIEL, 2012).

A terapêutica proposta pode ser uma das causadoras a má adesão decorrente ao custo das drogas, efeitos colaterais e a poli farmácia, de acordo com o esquema implantado ao paciente (MACIEL, 2012).

Algumas pesquisas realizadas constataram que pacientes que recebem a medicação de forma gratuita tem maior facilidade de controle hipertensivo, assim como aqueles que não desenvolveram efeitos adversos, como náuseas, cefaleia, tosse, entre outros, também obtiveram melhor resultado pela facilidade de adesão. (MACIEL, 2012)

Aos que não se beneficiam com uma única droga, ficando com uma prescrição um pouco mais complexa, com várias medicações e horários pré-estabelecidos, apresentam uma maior falha no controle da PA, por esquecimento e sem sintomatologia. (MACIEL, 2012)

A política de saúde, envolvimento com a equipe, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera da consulta e de atendimento, distância da instituição, todos são fatores relacionados à adesão com falha no Sistema Único de Saúde (SUS). (MACIEL, 2012)

Estudos mostraram que a relação médico-paciente é a principal causa de abandono ao tratamento, decorrente de insuficiente ou inadequada informações quanto à doença e ao tratamento. (MACIEL, 2012)

Por fim, são apontadas também como causas de má adesão o esquecimento da data ou outro compromisso no dia da consulta, dificuldade de marcação das mesmas e datas das consultas muito antecedentes. (MACIEL, 2012)

6.2.1 Plano de Ação

A adesão se baseia no grau de comprometimento de uma a pessoa em relação ao seu tratamento, tanto farmacológico, quanto as recomendações dietéticas ou mudança de estilo de vida em prol do controle de uma determinada patologia (FREITAS et al., 2015), sendo um fenômeno multidimensional, em associação equipe de saúde e paciente. (PEREIRA et al., 2015)

Baseado na elevada prevalência e cronicidade, levando em consideração as comorbidades e mortalidade, vem sendo implementadas no Brasil estratégias para prevenção e diagnóstico precoce, adesão ao tratamento e controle das doenças crônicas (DIAS et al., 2016). O principal meio de ação está nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), com um envolvimento multidisciplinar, longitudinal e relação paciente-equipe de saúde (MACIEL, 2012) de forma variada, sem senso comum pré-estabelecido (PEREIRA et al., 2015).

As estratégias para facilitar a adesão são voltadas de acordo com o paciente, tratamento e equipe multidisciplinar. Em relação ao paciente, o foco está

de acordo com a identificação dos grupos de risco, estando inserido de acordo com idade, hábitos de vida, educação, autocuidado, medida da pressão arterial em casa; ao tratamento, monoterapia é visto com bons olhos, além do baixo custo e drogas com menos efeitos colaterais, posologia, informações sobre medicações e horários; já a equipe multidisciplinar envolve desde o técnico de enfermagem, enfermeiro, psicólogo, médico, nutricionista, assistente social, entre outros, focando em convocar os pacientes faltosos e desistentes, reuniões em grupo, visitas domiciliares, atendimento local, estabelecimento de objetivos para o paciente, comprometimento da equipe com paciente, estabelecer vínculo equipe-assistido, flexibilidade estratégica. (MACIEL, 2012)

As ações promovidas têm por objetivo o estímulo da mudança de vida do paciente e familiares, com impacto na melhor qualidade de vida do paciente, diminuindo as comorbidades. (MACIEL, 2012)

As práticas de ação são pautadas, em especial, em:

- Promoção à saúde: pautados na educação a população e ao paciente, com ações educativas com temas diversificados e campanhas, orientações durante as consultas médicas do tratamento e efeitos das drogas (MACIEL, 2012), sendo instruído sobre seu tratamento e efeitos adversos, estímulo as medidas não medicamentosas, elogios ao paciente. (PEREIRA et al., 2015)

- Interdisciplinaridade: para um sucesso ao tratamento, é necessário o envolvimento multidisciplinar, envolvendo paciente, familiares e a comunidade. (MACIEL, 2012)

- Illness: tratar o paciente como um todo, não somente a questão patológica, mas também sua experiência com a doença e expectativas. (MACIEL, 2012)

- Longitudinalidade: acompanhamento de forma longitudinal, com consultas pré-agendadas e acompanhamento do paciente de forma individualizada. (MACIEL, 2012)

- Distribuição gratuita medicamentosas: melhorar a adesão ao medicamento (MACIEL, 2012)

- Reuniões em grupos associado como medida promotiva à saúde entre a própria equipe para planejamento de estratégias e estabelecer riscos.

Em 2000, o governo brasileiro lançou o Plano de Reorganização da Atenção à HAS e ao Diabetes Mellitus e posteriormente, em 2002, o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) sendo implementada nas UBS, tornando, assim, possível explorar e agregar ferramentas de controle, promoção e prevenção da saúde pelos gestores de saúde e as próprias UBS, conhecendo melhor o perfil epidemiológico e as necessidades de uma população, possibilitando, assim, diminuição do impacto causado por estas doenças (BOING & BOING, 2007), além de garantir recebimento de medicamentos prescritos (MACIEL, 2012).

Dessa forma, a abordagem multidisciplinar associada as estratégias de adesão mostram-se como ferramentas viáveis para auxiliar na permanência e persistência do paciente em seu planejamento de saúde, favorecendo o conhecimento do paciente sobre sua própria situação e empoderando-o para que possa ser um agonista direto sobre o desfecho de sua condição.

7 CONCLUSÃO

A HAS é uma patologia de alta prevalência a nível global, sendo grande responsável por desfechos negativos cardiovasculares em todo planeta. Seu tratamento e condução se fazem necessários para melhorar a qualidade de vida e saúde destes pacientes, porém a dificuldade da adesão ao tratamento anti-hipertensivo decorrente de diversos fatores, desde a cronicidade da patologia até a ausência de sintomas, sexo, idade, etnia, hábitos de vida e culturais, atrapalha no processo de cuidado. Estes aumentam a importância da educação continuada médica e busca ativa aos que apresentem problemas e dificuldades na adesão.

Cabe, então, aos profissionais de saúde na atenção primária acolher a esse paciente, utilizando-se das estratégias de adesão e programas governamentais para favorecer uma melhor condução e gerar um melhor desfecho para os mesmos.

REFERÊNCIAS

- ALESSI, A., et al. *7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, supl. 3, p. 1-83 2016
- BOING, A.C., BOING, A.F. *Hipertensão Arterial Sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde*. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, Vol. 14, N. 2, p. 84-88, 2007
- CERVO, A. L., BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002
- Doenças Cardiovasculares são principal causa de morte no mundo*. **Portal Brasil**. Setembro, 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/09/doencas-cardiovasculares-sao-principal-caoa-de-morte-no-mundo>>
- DIAS, E.G., et al. *Avaliação de uma Estratégia Saúde da Família quanto à promoção de adesão ao tratamento e o controle da hipertensão sob a ótica do idoso*. **J Health Sci Inst**. v. 34, n.2, p. 88-92, 2016
- FIGUEIREDO, N.N., ASAKURA, L. *Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos*. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 6, p 782-787, 2010
- GIL, A.C. *Como delinear uma pesquisa bibliográfica? Como elaborar Projetos de pesquisa*. 4ª edição, São Paulo, Editora Atlas SA, volume único, p. 59-85, 2002
- GUSSO G., LOPES J., et al. *Hipertensão Arterial Sistêmica*. Em: ARTMED (Ed.), **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**, v. 2, p. 128-1288, 2012
- FREITAS J.G.A., NIELSON S.E.O., PORTO C.C. *Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura*. **Rev Soc Bras Clin Med.**, v.13, n.1, p. 75-84, 2015.
- KOTCHEN, T. A. *Doença Vascular Hipertensiva*. **Harrison: Medicina Interna**. 17ª edição, vol. 1, p. 1549-1562, 2010
- LIMA, T. C. S. de; MIOTO, R. C. T. *Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica*. **Revista Katalysis**, v. 10, p. 35-45, 2007.
- MACIEL, E. A. M. *A não adesão ao tratamento da hipertensão por pacientes trabalhadores*. **Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela UFMG**. 2012
- MALACHIAS, M. V. B. et al., *7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, supl. 3, p. 1-83, 2016
- MOURA, A. A., et al. *Factores de no adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial*. **Enferm. glob. Murcia**, v. 15, n. 43, p. 1-13, jul. 2016
- MALTA, D., SCALA, L. C. N., FUCHS, S. *7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, supl. 3, p. 1-83, 2016

MANSUR, A. P., FAVARATO, D. *Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: Atualização 2011*. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2012

MOCHEL, E. G. et al. *Avaliação do tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes da rede pública em São Luis (MA)*. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 90-101, Janeiro-Junho, 2007

O'Brien E, Parati G, Stergiou G, Asmar R, Beilin L, Bilo G, et al. *European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring. European Society of Hypertension position paper on ambulatory blood pressure monitoring*. **J Hypertens.** v. 31, n.9, p.1731-1768, 2013. Erratum in: **J Hypertens.**, v.31, n.12, p.2467, 2013

PARATI G., STERGIOU G.S., ASMAR R et al. *ESH Working Group on Blood Pressure Monitoring. European Society of Hypertension practice guidelines for home blood pressure monitoring*. **J Hum Hypertens.**, v. 24, n.12, p.779-785, 2010

PEREIRA, I. *Proposta de intervenção interdisciplinar para a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica*. **Liph Science**, v. 2, p. 21-40. Abr/Jun, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. *Parte 3: III Diretrizes Brasileiras de Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA)*. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 17-24, Set. 2011

TORTORELA, C. C. da S., et al. *Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em adultos cadastrados no Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2004-2011*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.26, n.3, p. 469-480, Julho-Setembro, 2017.

WILLIAMS B., et al. *2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension*. **European Heart Journal**, v. 39, ed. 33, p. 3021–3104, Set, 2018.

WHO. *A global brief on hypertension*. **World Health Organization Publications**. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO_DCO_WHD_2013.2_en_g.pdf;jsessionid=0E09CC87034C648940C25C1C2DD40F7F?sequence=1