



Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de pessoas com hipertensão arterial e diabetes *mellitus*

Adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment of people with hypertension and diabetes mellitus

Adhesión al tratamiento medicamentoso y no medicamentoso de personas con hipertensión arterial y diabetes mellitus

Marinara Fonseca Freire 

Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) - Fortaleza (CE) – Brasil

Cibelly Melo Ferreira 

Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza (SMS) - Fortaleza (CE) - Brasil

RESUMO

Objetivo: Compreender os determinantes e condicionantes associados à adesão ao tratamento de acordo com a perspectiva de pacientes hipertensos e diabéticos. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, com dez usuários atendidos em um centro especializado de atenção ao diabético e hipertenso, na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. Foram realizadas entrevistas estruturadas com os usuários, entre junho e agosto de 2022, analisadas por meio do método de Análise de Conteúdo. **Resultados:** Dentre os principais resultados para facilitar a adesão, apresentam-se o desenvolvimento de um hábito para o tratamento, possuir um sentimento de bem-estar ao praticar medidas não farmacológicas, buscar conhecimento sobre as doenças, ter apoio familiar, possuir medo de agravamento da doença, e conviver com pessoas próximas com a mesma condição clínica. Por outro lado, o desconhecimento de medidas de controle das doenças, as falhas de comunicação entre profissional de saúde e paciente, condições financeiras precárias, negacionismo quanto ao diagnóstico, e limitações físicas e cognitivas dificultaram a adesão. **Conclusão:** Por fim, o tratamento da hipertensão e da diabetes pode acarretar mudanças na dinâmica do serviço de saúde e da rotina diária do paciente, sendo fundamental o desenvolvimento de estratégias que motivem o autocuidado do paciente, com o auxílio da abordagem interdisciplinar.

Descritores: Adesão ao Tratamento; Hipertensão; Diabetes; Determinantes de saúde.

ABSTRACT

Objective: This study aims to understand the determinants and conditions associated with adherence to treatment from the perspective of hypertensive and diabetic patients. **Method:** This is a descriptive study with a qualitative approach, with ten users attending at a Specialized Care Center for Diabetics and Hypertensives, in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil. Structured interviews were conducted with users between June and August 2022, analyzed using the Content Analysis method. **Results:** Among the main results to facilitate adherence were developing a habit for treatment, having a feeling of well-being when practicing non-pharmacological measures, seeking knowledge about the diseases, having family support, fearing the worsening of the disease, and living with close people with the same clinical condition. On the other hand, lack of knowledge about disease control measures, failures in communication between health professionals and patients, precarious financial conditions, denial regarding the diagnosis, and physical and cognitive limitations hindered adherence. **Conclusion:** Finally, the treatment of hypertension and diabetes can lead to changes in the dynamics of the health service and the patient's daily routine, and it is fundamental to develop strategies that motivate the patient's self-care, with the help of an interdisciplinary approach.

Descriptors: Treatment Adherence; Hypertension; Diabetes; Determinants of Health..

RESUMEN

Objetivo: Comprender los determinantes y condicionantes asociados a la adhesión al tratamiento de acuerdo con la perspectiva de pacientes hipertensos y diabéticos. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, con diez usuarios



Este artigo está publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

Recebido em: 22/02/2023

Aceito em: 06/05/2024

atendidos em um centro especializado de atenção ao diabético e hipertenso, na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. Foram realizadas entrevistas estruturadas com os usuários, entre junho e agosto de 2022, analisadas por meio do método de Análise de Conteúdo. **Resultados:** Entre os principais resultados para facilitar a adesão, se apresentam o desenvolvimento de um hábito para o tratamento, possuir um sentimento de bem-estar ao praticar medidas não farmacológicas, buscar conhecimento sobre a enfermidade, ter apoio familiar, possuir medo do agravamento da enfermidade, e conviver com pessoas próximas com a mesma condição clínica. Por outro lado, o desconhecimento de medidas de controle das enfermidades, os falhos de comunicação entre profissional de saúde e paciente, condições financeiras precárias, negacionismo em relação ao diagnóstico, e limitações físicas e cognitivas dificultam a adesão. **Conclusão:** Por fim, o tratamento da hipertensão e da diabetes pode trazer mudanças na dinâmica do serviço de saúde e da rotina diária do paciente, sendo fundamental o desenvolvimento de estratégias que motivem o autocuidado do paciente, com o auxílio do enfoque interdisciplinar.

Descritores: Adherência ao tratamento; Hipertensão; Diabetes; Determinantes da saúde.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de óbitos no mundo e têm gerado perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, sobrecarga no sistema de saúde, além de impactos econômicos para famílias, comunidades e sociedade em geral. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que todo ano 41 milhões de pessoas morrem em decorrência de DCNT, mais de 70% de todas as causas de morte no mundo. Enquanto no Brasil, em 2016, o número de óbitos causados por DCNT chegou a 975.400, o que equivale a 74% da mortalidade naquele ano no país⁽¹⁾.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) são classificadas como DCNT. A HAS é caracterizada por elevação da pressão arterial sustentada, medida com a técnica adequada, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência do uso de medicamento anti-hipertensivo. Associa-se, frequentemente, a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e dos distúrbios metabólicos que aumentam o risco de eventos cardiovasculares, desenvolvimento de acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência renal, invalidez e morte prematura⁽²⁾.

A DM ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou o corpo não consegue usar com eficácia a insulina. Essa é uma das DCNT prioritárias para a ação de gestores em saúde. Se não for bem controlada, pode causar cegueira, insuficiência renal, amputação de membro inferior, neuropatia, distúrbios microvasculares e macrovasculares, doença cerebrovascular e várias outras consequências de longo prazo que impactam significativamente na qualidade de vida⁽³⁾.

Os agravamentos clínicos dessas duas doenças podem contribuir para maiores custos públicos associados ao aumento do uso de serviços de saúde, diminuição da produtividade, menor qualidade de vida, complicações crônicas do tratamento de longo prazo e maior taxa de mortalidade. Um dos principais motivos que levam ao agravamento dessas doenças é a baixa adesão terapêutica. Entende-se como adesão terapêutica o grau em que o paciente segue o tratamento prescrito, tanto o farmacológico como o não farmacológico. Isso implica responsabilidade ativa compartilhada pelo paciente e os prestadores de cuidados de saúde para o controle da HAS e da DM⁽⁴⁾.

Os medicamentos podem constituir importantes ferramentas terapêuticas para esse controle. No entanto, se utilizado de forma incorreta, o tratamento também pode acarretar riscos para a saúde. Além disso, a adesão ao tratamento também inclui a mudança do estilo de vida a partir do cumprimento de orientações a hábitos de dieta e atividade física, além de uma abordagem multidisciplinar como ferramenta para redução dos fatores de riscos para as complicações⁽⁵⁾.

Portanto, diante da crescente prevalência da hipertensão e diabetes e dos desafios associados à adesão ao tratamento, necessita-se de maior compreensão sobre os cuidados de saúde oferecidos aos pacientes para que haja a otimização dos resultados em saúde e base para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes na saúde pública.

Este estudo visa apontar as problemáticas existentes na oferta de informações sobre o tratamento e a doença, com o objetivo de compreender os determinantes e condicionantes associados à adesão ao tratamento a partir da perspectiva de pacientes portadores de hipertensão e diabetes.

MÉTODO

A proposta do estudo abrange uma abordagem qualitativa descritiva, visando compreender o pensar e agir de usuários atendidos em um equipamento público quanto à própria terapia medicamentosa e não medicamentosa, identificando possíveis problemáticas que dificultam o acompanhamento terapêutico.

Os Centros Especializados de Atenção à Diabetes e Hipertensão (CEADH) foram criados para garantir o atendimento de atenção especializada para pacientes portadores de hipertensão e diabetes de alto e muito alto risco no município de Fortaleza, Ceará. Disponibiliza atendimentos em endocrinologia, cardiologia, oftalmologia, enfermagem, nutrição, entre outros, conforme à necessidade dos pacientes. Também contam com ambulatório de estomaterapia, visando atender casos de pré-diabético, cuja complexidade não possa ser resolvida na Atenção Primária⁽⁶⁾.

Os sete Centros estão inseridos em três Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e em quatro Policlínicas Municipais de Fortaleza. Cada um atende às UAPS que estão incluídas em seu território e adjacências. Dentre tais Centros, o local escolhido para este estudo foi motivado por ser uma unidade de grande fluxo de usuários, o qual abrange pacientes de quarenta UAPS em quatro Regionais distintas do município. Dispõe de acesso facilitado devido à proximidade de terminais de ônibus e avenidas, além de horário de atendimento viável para a realização da pesquisa⁽⁷⁾.

Foram selecionados, pelo critério de amostra por conveniência, 10 usuários, maiores de 18 anos, diagnosticados com HAS e/ou DM e atendidos no CEADH. Os usuários foram abordados na sala de espera do CEADH e convidados a participar da pesquisa. A amostragem foi finalizada quando os dados coletados se tornaram repetitivos e redundantes, o que demonstrou a saturação da amostra. O critério de exclusão foi a presença de limitação que impossibilitasse a comunicação adequada com a pesquisadora.

Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada e foi usado um formulário para a coleta de dados. O formulário abordou aspectos pessoais, socioeconômicos e clínicos, a saber: sexo; data de nascimento; raça/cor; religião; nível de escolaridade; profissão; renda familiar; e tipo de doença crônica presente. Para a entrevista, adaptou-se um roteiro a partir de Edward et al.⁽⁸⁾, o qual abordou questões sobre: compreensão atual da doença; compreensão do papel dos medicamentos; razões para não tomar medicamentos; mudanças no estilo de vida; e atendimento profissional.

As entrevistas foram realizadas de junho a agosto de 2022, durante um turno por semana. Tiveram duração média de 15 minutos, foram gravadas em gravador digital, após a anuência dos entrevistados, e posteriormente transcritas pela pesquisadora.

Os dados coletados foram analisados pela técnica da Análise de Conteúdo. Trata-se de uma análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos de descrição, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos a essas mensagens. Foi utilizado o tema como unidade de registro, entendida por Bardin⁽⁹⁾ como “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serviram de guia à leitura.

O processo foi dividido em quatro etapas. A primeira, chamada de pré-análise, teve como finalidade a exploração do material por via de sua leitura, na qual o pesquisador se permite obter impressões e o surgimento de hipóteses com o suporte do referencial teórico. Na segunda fase foi constituída a definição de hipóteses provisórias sobre o texto analisado, reunindo ideias para a separação dos temas. Na fase seguinte foram determinados os temas identificados e suas marcações em cada transcrição. Por fim, foram elaboradas as categorias, entendidas como a reunião de um grupo de temas em razão de características em comum⁽⁹⁾.

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos principais da pesquisa. As entrevistas individuais foram obtidas com consentimento de todos os indivíduos através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando-se os preceitos da ética segundo a Resolução do CNS 466/2012 do Ministério da Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), pelo parecer número 5.445.362.

RESULTADOS

Dentre os entrevistados, seis eram do sexo masculino e quatro do feminino, com média de idade de 66,5 anos, variando entre 55 e 80 anos. Cinco declararam-se pardos, dois como brancos e dois como pretos. A maioria possuía escolaridade até o nível fundamental e renda familiar de até um salário mínimo. Quanto à situação conjugal, sete dos entrevistados afirmaram ser casados.

Todos os entrevistados eram autodeclarados hipertensos, e quatro deles autodeclararam-se também portadores de diabetes. A maioria afirmou que toma seus medicamentos todos os dias, no horário prescrito, apesar de todos afirmarem que já deixaram de tomar seus medicamentos pelo menos uma vez, por esquecimento ou por falta da medicação.

Quanto às mudanças no estilo de vida após o diagnóstico da condição crônica, três dos entrevistados não fizeram nenhum tipo de mudança, enquanto sete realizaram. Todos afirmaram que mudaram algum hábito alimentar e apenas dois começaram a praticar exercícios físicos como parte do tratamento.

A partir dos relatos dos usuários do serviço, foram identificadas duas categorias: fatores que mantêm a adesão ao tratamento; e barreiras para realizar o tratamento adequado. Tais categorias emergiram como relevantes para a compreensão sobre a adesão terapêutica.

Fatores que mantêm a adesão ao tratamento

Dentre as maneiras que ajudam os usuários a se lembrarem de tomar os medicamentos, há a percepção sobre o incentivo por estímulos visuais, como o armazenamento dos medicamentos em locais estratégicos. Segundo alguns usuários, isso facilita o lembrete quanto ao seu uso no horário correto. A assistência de familiares também é um importante fator, principalmente para pacientes com idade mais avançada, em que o esquecimento e a mobilidade reduzida dificultam o processo terapêutico.

“Minha mãe sempre ajuda ele de manhã. Ele toma antes de colocar a merenda. Ela já põe a caixinha dele separado. É sempre no mesmo local da casa, né? E quem lembra é ela.” (E3)

“Meu medicamento é perto da cama, toda hora que eu levanto na cama eu tô vendo ele, quando eu vou dormir eu tô vendo ele.” (E4)

O conhecimento prévio sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso também demonstra ser um fator relevante na relação positiva do usuário do serviço com os recursos terapêuticos. Alguns usuários relataram que buscam a solução de problemas por motivação própria, como por exemplo melhorar a alimentação e deixar hábitos nocivos, como a ingestão de bebida alcoólica em excesso.

“Não fiz muitas mudanças de hábito. Mas eu tenho um pouco de cuidado na alimentação, eu sei que a má alimentação vai piorar a minha saúde. Não vou dizer que eu não como alguns alimentos não saudáveis, mas é uma vez ou outra.” (E2)

“Eu era ignorante e sofrendo da situação. Cabe mais a mim do que o médico resolver, porque era um problema de bebida. Graças a Deus eu resolvi sair desse hábito.” (E8)

A prática de exercícios físicos e a alimentação adequada vinculada a uma sensação de bem-estar pode contribuir para a disposição em seguir as medidas não farmacológicas. O hábito contínuo pode facilitar a evolução do tratamento, a depender do nível de aderência às medidas farmacológicas.

“Desde novo eu gosto de andar de bicicleta, e eu me sinto bem. Até para respirar. Quando eu fico uma hora andando de bicicleta, quando chego em casa e tomo banho, até para respirar é outra coisa. Se eu não andar num dia, eu acordo todo doente.” (E1)

“Sigo a alimentação adequada porque me sinto bem. Quando eu não tinha esse controle eu sentia alguns sintomas. Eu ia pro médico e ele chegou a falar que eu não tinha nada, foi quando me dei conta que era por causa da alimentação descontrolada.” (E8)

Foram comuns relatos que faziam referência a uma situação vivida por algum familiar acerca da adesão ao tratamento de doença crônica, similar à própria condição de saúde. Esses casos possibilitam demonstrar a importância de conhecer pessoas na mesma situação para uma melhor compreensão de eventuais problemas.

“Minha filha no ano passado descobriu que era diabética. E o médico a orientou a fazer dieta, atividade física... mas ela não faz. Ela gosta de comer frituras e é sedentária. Ela acha que os médicos pegam no pé.” (E6)

“O meu sobrinho tem essa doença lá do açúcar, diabetes. Aí eu falei pra ele que tem que tomar o remédio, se o médico disse que é contínuo é um perigo não tomar. Aí a pressão dele chegou a 22 por 9, agora tá tomando remédio.” (E10)

A adesão terapêutica também pode estar atrelada a uma condição relacionada ao quadro clínico, no intuito de evitar o agravamento da doença, como a possibilidade de uma cirurgia ou o resultado de um exame. Isso demonstra consciência sobre o que pode agravar a doença, mas sem o entendimento de que é preciso cuidado contínuo para não agravar a condição. Esse relato foi comum em pacientes portadores de diabetes.

“Eu estou com um problema na visão. Tá muito agravado, e eles falaram que eu vou fazer uma cirurgia, e enquanto eu não controlar a diabetes eu não posso fazer. Então eu tenho que fazer de tudo para controlar a diabetes.” (E5)

“Quando eu esqueço de tomar o anti-hipertensivo eu me sinto mal o dia todo, aí me lembro que é por causa da falta do remédio. O diabetes já não tem algo específico pra lembrar de tomar, mas às vezes eu tomo quando sai exame, para não piorar e não aumentar muito.” (E6)

Barreiras que dificultam a adesão ao tratamento

A análise de algumas entrevistas revela uma baixa compreensão entre usuários sobre a importância de medidas não farmacológicas no tratamento para hipertensão e diabetes, com o entendimento equivocado de que os medicamentos são suficientes para o controle das doenças.

“Eu já estou com três anos que eu tenho hipertensão e não tem outra coisa como tratamento, não. Só os comprimidos mesmo. Que eu saiba, né.” (E1)

Foram relatados fatores socioeconômicos na dificuldade de manter a adesão ao tratamento, principalmente o não farmacológico, demonstrando uma adesão parcial a essas medidas e sugerindo uma adaptação do próprio usuário de acordo com as condições financeiras existentes.

“O médico me indicou hidroginástica, mas eu não tenho acesso financeiro fácil.” (E2)

“Se alimentar adequadamente, a gente que é mais pobre, não tem aquela adequação suficiente, né? Mas dá pra se manter, evitar sal, essas coisas.” (E10)

O esquecimento é um importante fator para a baixa adesão, podendo estar atrelado à idade avançada, à falta de apoio de familiares e à falta de métodos para lembrete, como alarmes nos horários correspondentes.

“Às vezes eu começo a fazer alguma coisa, aí a hora passa e eu não tomo o medicamento. Sempre antes do café da manhã, eu tenho que tomar. À noite às vezes não tomo, mas de manhã sempre tomo. É mais à noite que esqueço.” (E5)

“Eu estou um pouco esquecido, aí preciso de ajuda para lembrar.” (E9)

Foram relatados, dentre usuários portadores de diabetes., a dificuldade de aceitação do diagnóstico de diabetes, o que acarreta maior relutância no tratamento e conseqüentemente baixa adesão, muito atrelada à falta de conhecimento sobre a doença e sobre a importância de manter o tratamento adequado.

“A diabetes no meu pensamento, para mim, nem existia, eu não tinha diabetes. Foi mais dura para aceitar... Na minha mente, eu não tinha diabetes, porque a diabetes é mais cruel, porque ela machuca muito você...” (E7)

Os usuários muitas vezes relataram obstáculos para a realização de medidas não medicamentosas, mais precisamente exercícios físicos, relacionados com a idade avançada e limitações físicas. Para a maioria dos casos não houve conduta médica que trouxesse alguma medida alternativa.

“Caminhada o médico passou. Mas aí depois que surgiu essa hérnia de disco aí o médico achou melhor parar.” (E2)

“Até porque pessoas da minha idade... eu já tenho 83, quase. E fica difícil uma pessoa dessa idade dizer que não tem problema.” (E8)

A qualidade da consulta com os profissionais de saúde envolvidos no tratamento da hipertensão e diabetes pode influenciar diretamente na adesão. Foram relatados diversos casos de insatisfação com atendimentos de profissionais médicos, em relação à comunicação escassa sobre a situação clínica e a conduta terapêutica. Todos os usuários declararam a necessidade de um diálogo mais próximo com os profissionais.

“Desde que comecei a me tratar aqui eu já estou no terceiro médico. O primeiro e o segundo sempre conversavam comigo, já esse não. Eu chego, ele pega os exames que eu fiz, olha tudinho e me entrega. Ele é bem rápido. Se eu não perguntar, ele não fala. Outra vez eu perguntei ‘doutor, como é que tá aí?’ ele só falou ‘tá bom.’” (E4)

“Fui atendido por um médico uma vez, aí quando ele perguntou os problemas que eu tinha, ele só falou ‘faça isso aqui’. Aí ele não se expressou para mim da maneira como uma pessoa que trabalha na área de saúde.” (E8)

Quando questionados sobre o tratamento farmacológico, foi bastante comum entre os entrevistados a falta de explicação detalhada por parte dos profissionais sobre possíveis eventos adversos e riscos de uso irracional de medicamentos.

“Não falaram que o medicamento poderia ocasionar alguma coisa, só disseram que ele estava com hipertensão e era pra tomar no horário e pronto.” (E3)

“Eu fiquei mais de 30 anos tomando prednisona e o médico só dizia ‘Você não pode tomar esse comprimido’ mas não dizia o porquê, o que ele era capaz de fazer, o que eu podia sofrer com isso. Então eu pensava ‘se era ruim com ele, pior sem ele’”. (E4)

Sobre as medidas não farmacológicas também há relatos de pouco detalhamento proveniente de profissionais de saúde, principalmente em relação à dieta. A ingestão de sal tem bastante enfoque, porém ausenta-se a orientação profissional sobre outros malefícios, como a ingestão de gordura, alimentos processados e ingestão de bebida alcoólica, por exemplo.

“O médico só orientou a não comer sal. Só isso. O negócio é o sal.” (E1)

“Aqui acolá eles fazem uma orientação, mas não é em toda consulta, não. Na primeira consulta foi apenas passado o medicamento, e enquanto eu tomava eu ingeria bebida alcoólica.” (E9)

DISCUSSÃO

O manuseio da diabetes e da hipertensão é complexo e difícil de ser realizado, tanto na visão do profissional de saúde quanto na visão do paciente, o que muitas vezes ocasiona níveis de controle inadequados. A adesão ao tratamento dessas doenças exige alterações da rotina e comprometimento do paciente e do profissional de saúde, por isso requer diversas estratégias para o sucesso da terapêutica⁽¹⁰⁾.

Os usuários entrevistados no presente estudo, assim como em outro estudo⁽¹¹⁾ com pacientes portadores de diabetes idosos, reconheceram que o tratamento medicamentoso e o não medicamentoso são importantes para o controle da doença, porém a sua gestão encontrou-se comprometida devido a fatores intrínsecos tais como idade e esquecimento; e extrínsecos tais como apoio social, complexidade do regime terapêutico e qualidade do atendimento em saúde. Portanto, a adesão ao tratamento deve ser abordada como um fenômeno multifatorial e multidimensional⁽¹²⁾.

Um dos principais fatores relatados que inviabilizaram um tratamento adequado foram as limitações cognitivas e físicas relacionadas à idade. O esquecimento foi uma das barreiras mais citadas para justificar a falta de adesão regular aos medicamentos. De acordo com um estudo quantitativo⁽¹³⁾ realizado na Austrália, o esquecimento foi responsável por cerca de 30% da não aderência ao tratamento de medicamentos antidiabéticos. Apesar de ser uma razão comum, muitos profissionais de saúde atribuem a não aderência exclusivamente a essa barreira, subestimando outros problemas subjacentes. Isso pode levar o paciente a sentir que os profissionais não estão compreendendo seus desafios reais, gerando falta de confiança no tratamento e na relação médico-paciente.

Quanto às limitações físicas, vários entrevistados se referiram à impossibilidade de realização de medidas não farmacológicas, especificamente exercícios físicos regulares, devido à idade avançada. Esses relatos são comuns a um estudo realizado no Equador, com idosos de um centro de gerontologia, em que muitos atribuem o sedentarismo à percepção de não conseguir acompanhar os outros, ao agravamento de doenças e dores, ao medo de lesões, entre outros⁽¹⁴⁾.

Muitas dessas dificuldades podem ser amenizadas com uma rede de apoio familiar e social, como foi demonstrado no estudo de Shahin et al.⁽¹⁵⁾, no qual observou-se um impacto positivo na aderência medicamentosa e na qualidade de vida dos pacientes portadores de hipertensão e diabetes. Membros da família demonstraram apoio monitorando sua saúde, compartilhando informações, ajudando em momentos de crise, e incentivando o cuidado com a dieta, exercícios físicos e uso adequado de medicamentos. Além disso, familiares, amigos e colegas podem transmitir segurança e conforto aos pacientes, fazendo com que se sintam valorizados e otimistas quanto ao tratamento.

Tal apoio também pode vir de pessoas próximas ou conhecidas que estão em uma situação semelhante, ou seja, com uma condição clínica de doença cardiovascular crônica. Na pesquisa de Eriksson e Gustafsson⁽¹⁶⁾, familiares e amigos portadores de diabetes possibilitaram aos pacientes uma melhor assimilação do diagnóstico, em função da ausência de barreiras como estigmatização e preconceito. O apoio é importante principalmente no início do tratamento, onde as incertezas estão mais presentes.

Há recursos que podem auxiliar na memória e apoio social insuficiente, como o uso de tecnologias digitais. Pesquisadores⁽¹⁷⁾ avaliaram o efeito do uso de tecnologias móveis no controle da pressão arterial sistêmica, em que mostraram resultados positivos no aumento da adesão terapêutica com a utilização de *smartphone*, sites eletrônicos, telefone, telemedicina, aplicativos eletrônicos, entre outros. Porém, seria preciso superar obstáculos, como

analfabetismo tecnológico, baixo grau de instrução, menor capacidade de manusear os dispositivos tecnológicos, e fatores socioeconômicos⁽¹⁸⁾. A disponibilização de treinamento digital voltado a estratégias de promoção à saúde poderia ser uma das soluções a esses obstáculos.

Neste estudo também houve relatos de pessoas que acreditavam que os medicamentos eram a única maneira de controlar a doença, sendo uma fala encontrada em outras pesquisas semelhantes. Isso mostra um fraco entendimento sobre o próprio tratamento e evidencia o nível de medicalização presente na população, que pode ser justificada pela baixa oferta de informações e condições precisas por parte de serviços de saúde que são baseados, em grande parte, no modelo biomédico, o qual negligencia a promoção da saúde⁽¹⁹⁾.

A inércia terapêutica também tem sido estudada atualmente como forma de se justificar o difícil controle ou não controle de doenças como a HAS e a DM. Ocorre quando há conduta clínica insatisfatória realizada pela equipe de saúde, frente à falta de orientação adequada ao paciente, podendo causar a diminuição da qualidade de vida do usuário e a perda de confiança na equipe de saúde. Isso propõe que seja adotada uma visão mais ampla em torno da adesão terapêutica, considerando possíveis falhas, como a inadequação do fármaco e sua dosagem, os eventos adversos, a dificuldade do acesso ao sistema de saúde, a resistência ao tratamento e a presença de comorbidades. Portanto, é crucial que os profissionais adotem abordagens proativas para a garantia do controle eficaz das condições clínicas de seus pacientes⁽²⁰⁾.

Além disso, houve relatos de dificuldade de aceitação do diagnóstico dentre os entrevistados. A literatura demonstra que o fator emocional interfere na assimilação de informações durante as consultas, principalmente no início, gerando dificuldade de entender a doença. O pouco conhecimento, as preocupações sobre o impacto da doença na vida diária e as expectativas podem influenciar. Portanto, profissionais de saúde devem considerar o estado emocional do paciente durante as consultas e promover um diálogo adequado⁽²¹⁾.

Diversos fatores relacionados à falta de aderência ao tratamento se devem principalmente à falha de comunicação entre profissional de saúde e usuário, como indicado em vários relatos neste estudo. Na pesquisa de Bian et al.⁽¹⁹⁾, conclui-se que fatores relacionados à abordagem do diálogo e ao nível de confiança no profissional podem impactar de forma profunda na aderência ao tratamento. Em grande parte, atendimentos insatisfatórios em saúde se deram pelo tempo insuficiente para acolher os pacientes e oferecer orientações sobre medicamentos, dieta e exercícios físicos, resultando em consultas rápidas e pouco proveitosas. No contexto da saúde pública, essa falha pode estar atrelada a problemas de infraestrutura e organização do fluxo de atendimento de unidades de saúde.

Uma das consequências da má comunicação entre profissional e usuário e o baixo nível de confiança envolvido é a falsa aderência aos medicamentos, relatada em duas entrevistas deste estudo, com melhora da adesão apenas antes de consultas e exames, por exemplo. Isso mascara a real situação terapêutica, criando uma falsa impressão de controle e dificultando a prática clínica. Vários fatores podem interferir nessa questão, como a ausência do envolvimento do paciente no processo de tomada de decisão e a escassez de uma comunicação aberta e empática⁽²²⁾.

No que diz respeito à relação entre profissional de saúde e paciente, em outro estudo realizado em Fortaleza, cerca de um terço dos usuários hipertensos entrevistados responderam que sempre discutiam como cumprir o tratamento, uma quantidade abaixo da esperada. Isso reforça o entendimento de que é necessário fortalecer a autonomia e o protagonismo do paciente em seu próprio processo terapêutico⁽²³⁾.

Uma das principais estratégias para se desenvolver a autonomia e o protagonismo do usuário é por meio de projetos de educação em saúde centrados na autogestão, que inclui a capacidade de construir habilidades de controle da doença. Isso pode aprimorar a habilidade de buscar informações baseadas em evidências sobre medicamentos, monitorar parâmetros fisiológicos, ajustar a dieta e regular atividades físicas. O estudo de Foroumandi et al.⁽²⁴⁾ mostrou que intervenções educativas de autogestão, empregando métodos variados como discussões em grupos focais e *workshops*, aumentaram significativamente a autoeficácia de pacientes hipertensos.

Quanto ao atendimento profissional, a reivindicação de pacientes por consultas médicas mais longas, nas quais se possa abordar a situação clínica de forma ampliada, clara e objetiva está bastante presente neste estudo. Isso demonstra não necessariamente uma falha individualizada do profissional, mas um exemplo de que o papel da equipe de saúde no tratamento de enfermidades ainda está historicamente centrado e responsabilizado no médico.

Por essa razão, o atendimento envolvendo uma equipe interdisciplinar, com enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, entre outros, tem o objetivo de evitar problemas comumente presentes em serviços de saúde voltados aos pacientes com hipertensão e diabetes. Esses profissionais podem preencher lacunas ocasionadas pela pouca duração de consultas médicas, tendo a oportunidade de realizar revisões completas sobre as terapias medicamentosa e não medicamentosa, avaliando o seu nível de adesão⁽²⁵⁾.

Em um estudo realizado no Canadá, a atuação ativa do profissional farmacêutico contribuiu para a diminuição da complexidade do regime medicamentoso, no que diz respeito às intervenções e recomendações farmacêuticas

perante às prescrições médicas e aos eventuais problemas relacionados aos medicamentos, principalmente voltados à polifarmácia⁽²⁶⁾. Segundo pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília⁽²⁷⁾, resultados significativos para a adesão do tratamento podem ser alcançados por estratégias como a realização de um programa de cuidado farmacêutico, ações combinadas para gestão do uso dos medicamentos e sessões de acompanhamento.

Quanto à alimentação saudável, o profissional nutricionista tem o dever de compreender a multiplicidade de fatores determinantes do consumo alimentar de um paciente, como os biológicos, os econômicos e os sociais. Um atendimento detalhado e objetivo, compreendendo as particularidades de cada um e explicando a importância de um hábito alimentar equilibrado de forma clara, é essencial, no intuito de melhorar os parâmetros clínicos e de promover o bem-estar e a qualidade de vida⁽²⁸⁾.

Quanto à realização de exercícios físicos, a literatura destaca o sedentarismo como um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e seu agravamento. Em um estudo realizado com hipertensos no Rio de Janeiro, o estilo de vida sedentário foi identificado em mais de 50% dos participantes⁽²⁰⁾. Em outro estudo semelhante, realizado no Rio Grande do Sul, dentre 40 pacientes portadores de diabetes entrevistados, apenas oito praticavam alguma atividade física⁽¹⁰⁾.

No presente estudo, a maioria dos entrevistados sedentários mencionaram limitações físicas. A presença do profissional de Educação Física junto à equipe pode auxiliar na avaliação dessas limitações e indicação de exercícios adaptados para cada condição. Em um estudo realizado pelo Instituto de Educação Física e Esporte da Universidade Federal de Alagoas foi desenvolvido um protocolo de exercícios físicos voltados a idosos, capazes de melhorar a resistência cardiorrespiratória, força muscular, equilíbrio, autoestima, socialização e diminuir o estresse⁽²⁹⁾.

Assim, compreende-se que a presença de diversos profissionais é fundamental para o cuidado, controle e monitoramento adequado da diabetes e hipertensão. O CEADH possui uma equipe multiprofissional diversificada voltada aos cuidados de seus usuários, no entanto, ainda é preciso fortalecer a integração, focando na interdisciplinaridade para suprir as necessidades e coordenar os cuidados de forma mais eficaz, garantindo que cada aspecto do tratamento seja abordado de maneira integrada⁽¹²⁾.

Por fim, vale ressaltar que a presente pesquisa teve como limitação os participantes estarem em apenas um cenário. Assim, a complexidade das vivências e contextos socioculturais podem ter sido retratados de forma parcial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aprimorar os múltiplos componentes do cuidado em saúde portadores de hipertensão e diabetes, como os que foram demonstrados neste estudo, pode melhorar a adesão desses pacientes ao tratamento e, conseqüentemente, melhorar os resultados clínicos de saúde. Avanços positivos no processo terapêutico podem ser uma fonte de motivação para que os usuários desses serviços mantenham o autocuidado, o que diminui o risco do agravamento dessas doenças e promove a qualidade de vida.

Os dados obtidos enfatizam a necessidade do fortalecimento da assistência em saúde interdisciplinar, melhorando a eficácia e a eficiência dos cuidados no acompanhamento clínico dessa população, de modo que os estabelecimentos que ofertam os serviços dos CEADH possam desenvolver estratégias a partir do conhecimento de suas fragilidades e potencialidades.

É preciso ter o respaldo de novos estudos envolvendo o serviço, considerando outros estabelecimentos de saúde e a percepção de outros agentes envolvidos, como os profissionais de saúde e gestores. Atividades em grupo com a presença de usuários, profissionais e familiares ou acompanhantes são exemplos de estratégias que podem promover a interação social, construir relações e fortalecer a confiança no tratamento, potencializando o incentivo ao autocuidado.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não houve qualquer tipo de conflito de interesse junto aos participantes ou a qualquer outro colaborador, direto ou indireto, para o desenvolvimento desta pesquisa.

CONTRIBUIÇÕES

Marinara Fonseca Freire contribuiu com a elaboração, o delineamento do estudo, a coleta de dados, análise, interpretação e a redação do manuscrito, e **Cibelly Melo Ferreira** contribuiu com o delineamento do estudo, a redação e a revisão do manuscrito.

FINANCIAMENTO

Não houve financiamento.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases: progress monitor 2020. [Local desconhecido]: WHO; 2020 [acesso em 2021 set 30]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/ncd-progress-monitor-2020>.
2. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020. Arq Bras Cardiol [internet]. 2021 [acesso em 2023 ja 09]. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>
3. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Editora Clannad; 2019.
4. Sartori AC, Lucena TFR, Lopes CT, Bernuci MP, Yamaguchi MU. Educational Intervention Using WhatsApp on Medication Adherence in Hypertension and Diabetes Patients: A Randomized Clinical Trial. Telemed J E Health. 2020; 26(12):1526–32.
5. Carvalho AN. A Importância da Redução dos Fatores de Risco para Complicações da Hipertensão e do Diabetes na Qualidade de Vida de Usuário da Unidade de Saúde Candidés, em Divinópolis [Trabalho de Conclusão de Curso]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2018.
6. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Centro Especializado de Atenção ao Diabético e Hipertenso - CEADH. Canal Saúde. 2021[acesso em 2021 set 30]. Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/ceadh>.
7. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Policlínicas. Canal Saúde. 2021 [acesso em 2021 set 30]. Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/policlinicas>.
8. Edward A, Campbell B, Manase F, Appel LJ. Patient and healthcare provider perspectives on adherence with antihypertensive medications: an exploratory qualitative study in Tanzania. BMC Health Services Research. 2021;21(1).
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
10. Wtodarski L, Fernandes DA, Brandalise M. Avaliação do autocuidado na adesão do tratamento em pacientes usuários de insulinas. Aletheia. 2020;53(1):121–32.
11. Oliveira CJ, José HM. Pessoa idosa com diabetes mellitus tipo 2: Contributos para a compreensão da gestão do regime medicamentoso. Revista de Enfermagem Referência [internet]. 2022 [acesso em 2024 mai 10]; serVI(1 Suppl 1): e21029. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1387129>
12. Miranda PRO, Sacramento DDO, Diaz FBBS, Toledo LV, Pereira RSF, Alves KR. Percepção de pessoas com hipertensão arterial sobre aspectos que influenciam a adesão ao tratamento. Revista de Enfermagem da UFSM [internet]. 2021 [acesso 2024 maio 01];11:1-22. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/42403/pdf>
13. Aminde LN, Tindong M, Ngwasiri CA, Aminde JA, Njim T, Fondong AA, et al. Adherence to antidiabetic medication and factors associated with non-adherence among patients with type-2 diabetes mellitus in two regional hospitals in Cameroon. BMC Endocrine Disorders. 2019;19(1):35.
14. Catute VJV, Alejandro FAC. Motivación hacia la práctica de actividades físicas en asistentes del centro gerontológico las Piñas del Cantón Milagro. PODIUM - Revista de Ciencia y Tecnología en la Cultura Física. 2022;17(3):961–73.
15. Shahin W, Kennedy GA, Stupans I. The association between social support and medication adherence in patients with hypertension: A systematic review. Pharmacy Practice. 2021;19(2):2300.
16. Eriksson S, Gustafsson LK. Gaining reconciliation when living with insulin treated diabetes: a qualitative study using content analysis. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being [internet]. 2022 [acesso em 2024 maio 1];17(1):2090659. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9225693/>

17. Almasi S, Hosseini A, Emami H, Sabahi A. Mobile Health Technology for Hypertension Management: A Systematic Review. *Acta Med Iran*. 2020;58(6):249–259.
18. Silva LALB, Melo RC, Araújo BC, Luquine CD Júnior, Milhomens LM, Bortoli MC, et al. Barreiras e facilitadores na APS para adesão ao tratamento em adultos com hipertensão arterial ou diabetes mellitus tipo 2. *Fiocruz*. 2021; 23–3.
19. Bian W, Wang Z, Wan J, Zhang F, Wu X, Li X, et al. Exploring challenges to nutrition intervention adherence using COM-B model among patients with wet age-related macular degeneration: a qualitative study. *BMJ Open* [internet]. 2022 [2024 mai 1];12(11):e064892. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36446464/>.
20. Silva ACM, Mello SS, Vital PC, Araujo IA, Soares RS, Oliveira SV Júnior, et al. Controle Pressórico e Inércia Terapêutica no Ambulatório Escola da Universidade Iguazu. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 2020;27(2):59–63.
21. Hashim MJ. The art of diabetes care: guidelines for a holistic approach to human and social factors. *Journal of Yeungnam Medical Science*. 2022;40(2):218–222.
22. Hamrahian SM, Maarouf OH, Fülöp T. A Critical Review of Medication Adherence in Hypertension: Barriers and Facilitators Clinicians Should Consider. *Patient Prefer Adherence*. 2022;16:2749–57.
23. Silva GF, Magalhães FSP, Silva RV, Moreira TMM. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e ocorrência de Síndrome Metabólica. *Escola Anna Nery* [internet]. 2021 [acesso em 2024 maio 1];25(2):e20200213. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0213.
24. Foroumandi E, Kheirouri S, Alizadeh M. The potency of education programs for management of blood pressure through increasing self-efficacy of hypertensive patients: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*. 2020;103(3):451–61.
25. Yoon J, Wu F, Chang E. Impact of Primary Care Intensive Management on Medication Adherence and Adjustments. *The American Journal of Managed Care* [internet]. 2020 [acesso em 2024 maio 1];26(8):e239–e245. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32835465/>.
26. Abdin SM, Grenier-Gosselin L, Guénette L. Impact of pharmacists' interventions on the pharmacotherapy of patients with complex needs monitored in multidisciplinary primary care teams. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2019;28(1):75–83.
27. Silva LALB, Melo RC, Araújo BC, Luquine CD Júnior, Milhomens LM, Bortoli MC, et al. Estratégias de adesão ao tratamento de longo prazo para pessoas adultas com hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde (APS). *Fiocruz*. 2020;23–3.
28. Bricarello LP, Retondario A, Poltronieri F, Souza AM, Vasconcelos FAG. Abordagem dietética para controle da hipertensão: reflexões sobre adesão e possíveis impactos para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(4):1421–32.
29. Cassiano AN, Silva TS, Nascimento CQ, Wanderley EM, Prado ES, Santos TMM, et al. Efeitos do exercício físico sobre o risco cardiovascular e qualidade de vida em idosos hipertensos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(6):2203–12.

Primeiro autor e endereço para correspondência

Marinara Fonseca Freire
Avenida Antônio Justa, 3161.
Bairro: Meireles.
CEP: 60.165-090 / Fortaleza (CE) - Brasil
E-mail: marinarafreire@hotmail.com

Como citar: Freire MF, Ferreira CM. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2024;37:14290.
