



**BARREIRAS E FACILITADORES DA ADESÃO AOS TRATAMENTOS
NA PERCEPÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

***BARRERAS Y FACILITADORES DE ADHESIÓN A TRATAMIENTOS EN
LA PERCEPCIÓN DE LOS AGENTES DE SALUD COMUNITARIOS***

***BARRIERS AND FACILITATORS OF ADHESION TO TREATMENTS IN
THE PERCEPTION OF COMMUNITY HEALTH AGENTS***

Nascimento, Kelly Cristina¹

Borges, Lilian Maria²

Resumo

Adesão é a medida em que o comportamento da pessoa corresponde às prescrições e recomendações dos profissionais de saúde, sem se restringir a mera obediência. Fatores psicossociais podem contribuir ou constituir barreiras que dificultam a adesão. A pesquisa objetivou investigar as percepções de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no que se refere à identificação de aspectos psicossociais que influenciam a adesão aos tratamentos de usuários com diagnóstico de Hipertensão Arterial ou Diabetes Mellitus, conforme suas experiências no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A coleta de dados foi conduzida com dezesseis ACS de três equipes da ESF de um Município do Rio de Janeiro e incluiu questionário para obtenção de dados sociodemográficos e profissionais dos participantes e grupo focal. O material obtido foi categorizado e analisado de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados indicaram dificuldades relacionadas ao uso de medicamentos, seguimento da dieta alimentar e mudanças no estilo de vida, influenciadas por barreiras do serviço de saúde, psicológicas, familiares, sociais e das características do tratamento. Os facilitadores encontrados foram: aceitação do adoecimento, suporte social e cuidado integral. Os participantes mostraram uma percepção ampla e adequada sobre os aspectos psicossociais implicados na adesão.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento; Doença crônica; Atenção primária; Agente comunitário de saúde.

Resumen

La adherencia es la medida en que el comportamiento de una persona se corresponde con las prescripciones y recomendaciones de los profesionales de la salud, sin limitarse a la mera obediencia. Los factores psicossociales pueden contribuir o constituir barreras que dificultan la adherencia. Objetivo: investigar las percepciones de los Agentes Comunitarios de Salud

¹ In memoriam

² Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – (UFRRJ), Seropédica – Rio de Janeiro – Brasil. Professor Adjunto, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia. E-mail: lborgesufrj@gmail.com



(ACS) respecto a la identificación de aspectos psicosociales que influyen en la adherencia a los tratamientos de los usuarios diagnosticados con Hipertensión o Diabetes Mellitus, según sus experiencias en el ámbito de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Datos: dieciséis ACS de tres equipos de la ESF en un municipio de Río de Janeiro e incluyó un cuestionario para obtener datos sociodemográficos y profesionales de los participantes y el grupo focal. Fue categorizado y analizado según el Análisis de Contenido. Resultados: dificultades relacionadas con el uso de medicamentos, seguimiento de la dieta y cambios en el estilo de vida, influenciados por las barreras del servicio de salud, psicológicas, familiares, sociales y características del tratamiento. Los facilitadores encontrados fueron: aceptación de la enfermedad, apoyo social y atención integral. Los participantes mostraron una percepción amplia y adecuada de los aspectos psicosociales involucrados en la adherencia.

Palabras-Clave: Adherencia al tratamiento; Enfermedad crónica; Atención primaria; Agente de salud comunitaria.

Abstract

The adherence is the measure in which the behavior of the person corresponds to the prescriptions and recommendations of the health professional without restricting the mere obedience. Psychosocial factors can contribute and constitute barriers that may make adherence difficult. Objective: to investigate the perceptions of the Community Health Agents (CHA) in which refers to the identification and handling of the psychosocial aspects that influence the adherence to the treatments of the users with diagnostics of Arterial Hypertension or Diabetes Mellitus, as per their experiences within the scope of the Family Health Strategy (FHS). Data collection: sixteen CHA from three FHS teams of a city in Rio de Janeiro and a questionnaire to obtain sociodemographic and professional data from the participants and focus group. The material was categorized and analyzed according to the Content Analysis. The results showed difficulties of adherence related to the use of medications, following the food diet and change in lifestyle, influenced by health service, psychological, familiar, social barriers and the treatment features. The facilitators found were: acceptance of the illness, social support and comprehensive care. The participants showed a wide and suitable perception on the psychosocial aspects implied in the adherence and relevance in the performance.

Keywords: Adherence to treatment; Chronic disease; Primary attention; Community health agent.

1. Introdução

Ao longo das últimas décadas, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vêm definindo seu papel e construindo suas rotinas de trabalho no contexto da atenção primária. Esses profissionais desenvolvem ações diversas como membros das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF),

incluindo ações educativas e acompanhamento a pessoas com doenças crônicas (Brasil, 2011). As orientações acerca do conjunto de cuidados necessários ao controle dessas doenças nem sempre são suficientes para que seus tratamentos sejam realizados adequadamente, o que pode



impactar na eficácia e custos dos serviços de saúde.

A despeito da importância de uma boa adesão, níveis baixos de seguimento de prescrições e orientações das equipes de saúde constituem um problema mundial, o que representa riscos elevados à saúde, com agravamento de sintomas, aparecimento de complicações médicas, resistência a medicamentos e redução da qualidade de vida (WHO, 2003). Esse cenário reforça preocupações e mobiliza estudos na busca

2. Revisão teórica

A adesão ao tratamento é compreendida como a extensão na qual o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações dos profissionais de saúde. Inclui a tomada de medicamentos prescritos, bem como mudanças no estilo de vida (Dal-Fabbro, 2005, WHO, 2003). Trata-se de um processo de grande complexidade, que exige uma visão holística do indivíduo. Para além do diagnóstico, é preciso que os profissionais atentem para os comportamentos e sentimentos dos pacientes relacionados ao processo de adoecer e conviver com uma doença (Silva et al., 2008).

Por conseguinte, aderir ao tratamento configura um processo que sofre influências de um conjunto de fatores, relativos ao paciente em si, à enfermidade e ao seu tratamento, ao sistema de saúde, à relação entre profissional e paciente, bem como ao contexto socioeconômico (Bezerra, Lopes, & Barros, 2014; WHO, 2003). Estes fatores, portanto, podem ser tanto externos quanto diretamente ligados à pessoa, incluindo sua percepção, conhecimentos, atitudes, crenças, expectativas e motivação (Coelho et al., 2005).

por compreender as variáveis implicadas nesse processo (Calvetti, Giovelli, & Gauer, 2012).

A pesquisa aqui relatada objetivou a identificação de fatores psicossociais que afetam a adesão aos tratamentos de pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus conforme a percepção de ACS atuantes no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS) de um município fluminense.

Os fatores subjetivos envolvidos nos adoecimentos crônicos influenciam a forma como os pacientes irão compreender e darão prosseguimento ao tratamento, exigindo dos profissionais maior integração de saberes para intervenções mais eficazes. Conforme Gomes, Silva e Santos (2010), uma das dificuldades principais para que os indivíduos hipertensos tenham aderência ao tratamento reside em entender o porquê devem utilizar diariamente diversos comprimidos e sofrer com seus efeitos colaterais, sobretudo quando assintomáticos.

Em investigação com 595 usuários de unidades básicas de saúde, Santa-Helena, Nemes e Eluf Neto (2010) identificaram, como associadas à não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial, variáveis socioeconômicas, assistenciais e relativas às características da pessoa e do tratamento. Ainda sobre a baixa adesão às recomendações terapêuticas desta enfermidade, Silva et al. (2008) ressaltaram a falta de conhecimento sobre a doença e de motivação para tratá-la, tendo em vista sua cronicidade; baixo nível socioeconômico; aspectos culturais, como crenças inadequadas; baixa autoestima;

relacionamento ineficaz com a equipe de saúde; tempo prolongado de atendimento; dificuldades no acesso aos serviços de saúde, sobretudo às consultas; e custo e efeitos indesejáveis dos medicamentos.

Em outro estudo, com 77 pacientes hipertensos, Bezerra et al. (2014) verificaram que estes, em sua maioria, eram aderentes ao tratamento medicamentoso (87%), mas menos da metade (40%) aceitavam o diagnóstico. Entre aqueles não aderente, 40% referiram total descontrole e 60% afirmaram já ter pensado em abandonar o uso do medicamento em algum momento. A aceitação da doença pela pessoa com hipertensão tem participação importante nas ações de controle e cuidado. A representação da doença, a forma de cuidar-se, reconhecer-se como hipertenso e encarar as limitações determinam o sucesso do tratamento. Muitas vezes, a negação da doença ou a resistência para seguir às recomendações terapêuticas pode ser uma forma de não assumir uma doença crônica (Almeida; Paz; Silva, 2013).

Para Bezerra et al. (2014), a percepção do usuário é guiada por questões subjetivas que podem levá-lo a interpretar que não é necessário o seguimento do tratamento. Fonseca, Oliveira e Del Porto (2012) afirmam que os pacientes, ao pensarem sobre a própria condição de enfermidade ou incapacidade, interpretam essa situação, experimentam emoções e agem de acordo com suas conclusões, muitas vezes sem que suas interpretações correspondam à realidade objetiva.

Carvalho, Leopoldino, Silva e Cunha (2012) conduziram um estudo em que participaram 400 usuários com

hipertensão e/ou diabetes assistidos em dez unidades básicas de saúde do município de Teresina – PI. A maioria dos entrevistados foi considerada não aderente para ambas as doenças. As causas principais para a não adesão foram o esquecimento e a perda do horário de utilização dos medicamentos. Verificou-se que 55,75% deles desconheciam o nome dos remédios usados, 72,75% a dose administrada e 73,25% não sabiam até quando iriam tomá-los.

Duarte, Cyrino, Cerqueira, Nemes e Iyda (2010) buscaram identificar motivos para o abandono do plano terapêutico. Os principais fatores relatados pelos participantes do estudo estavam ligados a dificuldades e insatisfações com a assistência recebida dos profissionais e com a organização e estrutura do serviço, dentre as quais se destacaram o intervalo longo entre as consultas, dificuldade para agendá-las, demora em ser atendido, horário de atendimento incompatível com as ocupações diárias, mudança de médico e impossibilidade de acesso ao especialista.

De fato, a organização do serviço de saúde e a qualidade do cuidado prestado pela equipe multiprofissional exercem uma forte influência quanto à motivação para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo (Mendes, Barros, Batista, & Silva, 2014). Como forma de melhorar a adesão terapêutica, portanto, torna-se imprescindível o estabelecimento de relações confiáveis entre o usuário e os profissionais envolvidos (Martins & Stauffer, 2007).

3. Material e método



3.1. Participantes

Colaboraram com a pesquisa dezesseis ACS de Mangaratiba-RJ, que foram organizados em três grupos focais,

3.2. Instrumento e modo de análise

Na coleta de dados, foram utilizados um questionário para obtenção de dados sociodemográficos e profissionais e um roteiro para condução de grupo focal. Este último é composto por quatro conjuntos de questões: conhecimentos sobre adesão ao tratamento; fatores que dificultam e que favorecem a adesão dos usuários assistidos; intervenções utilizadas para promoção de adesão e capacitação ou atualização profissional recebida ou desejada.

3.3. Procedimento

O projeto de investigação foi submetido à análise da Comissão de Ética na Pesquisa da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, sendo aprovado sob parecer nº 858/2016 por estar de acordo com a Resolução 466/12 que regulamenta procedimentos de pesquisa com seres humanos. Dentre os cuidados éticos mantidos esteve a preparação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado em linguagem clara e acessível, com ênfase na garantia do sigilo das informações e na proteção da identidade dos participantes. A estes foi assegurado que não teriam prejuízos em decorrência de possível recusa ou desistência em integrar a pesquisa.

Em comunicação com as enfermeiras gestoras das equipes da ESF de três regiões do município foi realizado o agendamento de visitas aos locais. Assim, a pesquisadora, em reunião semanal de equipe em cada unidade, apresentou a

relativos a três regiões administrativas do município.

O material reunido nos grupos focais foi submetido à Análise de Conteúdo, conforme o modelo de Bardin (1997), que busca, mediante procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo de mensagens obtidas no processo de investigação. Isso pressupõe a realização de alguns passos sequenciais: pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados.

proposta da pesquisa e efetivou o convite aos ACSs para participação no estudo. A agenda de atividades foi acordada com todos eles, de modo a não atrapalhar o andamento de suas atividades.

Nos encontros destinados ao grupo focal, os participantes primeiramente leram e assinaram o TCLE e foi aplicado o questionário sociodemográfico em abordagem individual. Em seguida, a atividade grupal foi iniciada, com apresentação e discussão de cada uma das questões disparadoras previamente definidas. Todas as falas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra.

Encerrada a coleta de dados, foi dado um retorno aos participantes acerca de conhecimentos e habilidades relevantes para identificar e manejar aspectos psicossociais associadas à adesão aos tratamentos.



4. Resultados

Barreiras para a adesão aos tratamentos

Na visão dos participantes, diferentes são os entraves para a adesão aos tratamentos, que podem ser organizados em fatores tanto externo aos sujeitos (ambientais) como intrapessoais e interpessoais. Os relatos foram agrupados e descritos nas seguintes categorias temáticas: barreiras ao acesso e utilização dos serviços de saúde, psicológicas, sociais e familiares e relacionadas ao tratamento.

As ‘barreiras ao acesso e utilização dos serviços de saúde’ consistiam em dificuldades dos usuários para aderirem aos planos de cuidado em decorrência de problemas estruturais, como ausência de médicos nas unidades de Saúde e nas visitas domiciliares; mudanças de médico entre os atendimentos; escassez de medicamentos e insumos; localização das unidades em regiões de difícil acesso e dificuldades no agendamento das consultas e exames. Tais barreiras geravam desmotivação e frustração nos usuários. Exemplos: *“Pacientes alegam que ficam desmotivados pela falta dos remédios. Pega alguns, dá tem que comprar o resto”*; *“Muitas mudanças não surte a confiança do paciente no médico e nem no serviço”*; *“Eles reclamam muito por causa da distância, aí muitas vezes eles chegam aqui e não tem remédio e eles têm que voltar para casa sem os medicamentos, ou com um ou dois medicamentos”*; *“Na minha área têm muito idosos. A dificuldade que eles têm de vir a unidade marcar e depois voltar é enorme”*; *“Vem marcar a consulta com o médico e não conseguem, pois não tem data para agendamento, dizem se sentir desestimulados e que não irão mais”*.

As ‘barreiras psicológicas’ estão relacionadas a crenças, respostas emocionais e padrões comportamentais dos

usuários frente à doença e/ou tratamento, incluindo as seguintes subcategorias: não aceitação, reações emocionais negativas, crenças disfuncionais, crenças religiosas e dificuldades cognitivas. Foram apontados comportamentos de recusa ou negligência diante de explicações e orientações dos profissionais. Surgiam assim, situações como: ausência do usuário na UBS, recusa ou postergação da tomada de medicamentos, esquiva de contato nas visitas domiciliares, abandono do tratamento medicamentoso, manifestações de desinteresse e manutenção de hábitos de vida inapropriados. Exemplos: *“Esse [paciente] quer comer tudo o que não pode. Resistência da própria pessoa, não aceita a dieta, nem ajuda da família”*; *“Tenho um paciente, garoto novo, não toma o remédio de diabetes dele até hoje. Já tentamos levar ele no endocrinologista, mas ele se recusa”*; *“Certa vez íamos fazer um grupo com a nutricionista, meus pacientes nenhum quis. Falou em mudar o cardápio já começaram a se recusar”*.

As reações emocionais negativas frente a doença/tratamento se traduziam em situações como apresentar sentimento de impotência e tristeza em relação ao diagnóstico, bem como falta de disposição ou vontade para se cuidar, pensamentos negativos, esquiva ou reações de ansiedade diante de procedimentos médicos, falta de razão para viver e falta de priorização dos cuidados pessoais. Exemplos: *“Filhos que não cuidam, alguns moram ao lado, mas não cuidam. Daí quando vou lá, eles choram que não vai ninguém. Mostram tristeza. Abandonam!”*; *“Daí a pessoa não tem vontade de tomar remédio, de melhorar, não tem vontade de fazer nada”*.

‘Crenças disfuncionais acerca do tratamento e das doenças’ se revelaram como dificuldades para compreensão



adequada das orientações recebidas. Conforme observado pelos participantes, a baixa adesão ao tratamento está, muitas vezes, associada a crença de cura da doença crônica a partir do uso de medicamentos e a crença de que o remédio só necessita ser tomado quando há sintomas. Exemplo: *“Há aquele paciente que acha que tomou o remédio que o médico passou naquele tempo e fala que não tem mais hipertensão não”*; *“Eu tenho um paciente que por achar que não está passando mal não precisa tomar o remédio. Ela responde: quando eu me sentir mal, eu tomo!”*. Houve ainda relatos reveladores da crença em cura milagrosa mediante a fé e práticas religiosas. Exemplo: *“Chego na casa e diz que parou de fazer o tratamento porque Deus o curou. O remédio fica todo na cartela, eles não tomam alegando que Deus curou, ou porque não estou sentindo nada, daí eu não tomei”*.

As ‘dificuldades cognitivas’ para seguimento do tratamento incluem problemas de esquecimento ou para compreensão e retenção das informações e orientações passadas pela equipe de saúde, o que aponta para a necessidade de se pensar estratégias favorecedoras da melhor recordação e assimilação da prescrição medicamentosa, como dosagem, horários. Exemplos: *“fora aqueles que esquecem. Eu já fui várias vezes na casa dos pacientes colocar o remédio na mão deles para tomar na minha frente”*; *“Esse paciente tem 93 anos, então, ele esquece de tomar, daí eu peço para pegar para eu dar a ele”*; *“muitos idosos não têm escolaridade para entender as informações sobre os cuidados, sobre a doença”*. Essas barreiras estiveram relacionadas, muitas vezes, a características específicas dos usuários, incluindo idade avançada, dificuldades visuais, baixo nível de escolaridade e déficits de memória. Exemplos: *“Ela é de idade, 74 anos, tem*

que ter acompanhamento, tem que tomar a medicação. Ela é muito difícil de aceitar a doença por ser de idade”; *“Algumas pessoas não têm estudo e não compreendem o tratamento”*.

As ‘barreiras familiares e sociais’ abarcam falta de suporte social, preocupações excessivas com questões familiares, desânimo pela falta de incentivo da família e sentimento de abandono e solidão. Exemplos: *“Por questões familiares, o paciente acaba se descompensando e se desmotivando, abandonando o tratamento”*; *“A pessoa já é difícil, senão tiver suporte é mais complicado ainda. Daí a pessoa não tem vontade de tomar remédio, de melhorar”*; *“O próprio paciente nos diz que está triste pelo fato do abandono da família, está sozinho”*; *“Paciente deixa de tomar o medicamento porque está preocupada com filhos, com netos; aí eu chego lá a pessoa tá passando mal, tremendo, gritando com netos. Eu pergunto: a senhora tomou seu remédio? Ela responde: minha filha, eu nem parei!”*.

As ‘dificuldades relacionadas ao tratamento’ diz respeito aos efeitos colaterais e altos custos dos tratamentos. Alguns pacientes demonstravam incômodo diante dos efeitos causados pelos remédios ou pela falta de recursos financeiros para adquiri-los. Exemplo: *“Tem uma paciente que não toma remédios para diabetes pois diz que está emagrecendo muito”*.

Facilitadores da adesão aos tratamentos

Ao averiguar quais fatores de natureza psicossocial favorecem a adesão aos tratamentos da diabetes e da hipertensão, emergiram as seguintes categorias: aceitação e assimilação da experiência de adoecimento crônico,



suporte social da família e amigos e cuidado integral ao usuário. A ‘aceitação e assimilação do adoecimento’ inclui reconhecimento da importância do tratamento, desejo e esforço no autocuidado e implementação de mudanças no estilo de vida. Exemplos: *“A pessoa também quer cuidados e aceitar o tratamento. A própria vontade de aceitar e querer se cuidar”*; *“A aceitação e conhecimento sobre a doença. Ah, eu não posso comer demais porque minha glicose aumenta, vai subir e acabo tendo hipoglicemia”*.

A categoria ‘suporte social da família e amigos’ mostrou o potencial de facilitação dos grupos sociais, com importância sendo atribuída aos vínculos familiares e ao fortalecimento da rede social mediante manutenção de uma vida próxima a amigos e comunidade. Exemplos: *“Suporte familiar está em primeiro lugar no que favorece a adesão ao tratamento”*; *“Questão de apoio familiar influencia muito”*; *“É um ponto agravante, porque quando a família não está presente fala: Ah! Não tem ninguém se importando comigo, se eu não me cuidar não faz mal, porque não faço falta”*

Na categoria ‘assistência integral ao usuário’, revelou-se importante a equipe de saúde manter relação cordial, acolhimento e atitude empática na relação com os

usuários, de forma a fortalecer vínculos. Nessa perspectiva, o paciente deve ser assistido com atenção e respeito a sua individualidade e história e ao contexto em que está inserido, o que requer escuta ativa, manejo de respostas emocionais, clareza e efetividade na comunicação entre equipe-usuário-família e realização de grupos terapêuticos e psicoeducativos. Exemplos: *“A presença e o acolhimento do médico, trabalhar o vínculo e a confiança do paciente; “O acolhimento tem que vir de todo mundo. O ACS, a enfermeira, o médico, o profissional da farmácia, a recepcionista, a técnica de enfermagem”*; *“Outro fator é o acolhimento da equipe. Senão a minha caminhada na rua, no sol, não valeu de nada, andamos à toa! Chega aqui na unidade e não tem um acolhimento”*.

Além disso, para fortalecimento da adesão ao tratamento, foi afirmada a necessidade de dispositivos munidos eficientemente tanto de recursos humanos quanto de recursos materiais, e de maior comprometimento dos profissionais na esfera da atenção básica e saúde mental, no sentido de fortalecer os princípios do SUS. Exemplos: *“Boa assistência da equipe de saúde [...] ter os medicamentos básicos; “Ter mais dias de médicos, pois tem muitos pacientes”*.

5. Análise de dados

Ao analisar os relatos dos ACS, foi possível construir categorias relativas às barreiras e aos facilitadores do processo de adesão. Em uma revisão de estudos na área, Mendes et al. (2014) sistematizaram os fatores evidenciados na literatura brasileira acerca da não adesão ao tratamento da hipertensão e, como resultados, também apontaram diversas variáveis, como

condição dos serviços e profissionais de saúde, aspectos socioeconômicos e demográficos, fatores psicossociais e culturais e a participação da família no tratamento. Conforme Santa-Helena et al. (2010), os variados fatores associados à não-adesão devem ser analisados conjuntamente. Seria limitante responsabilizar somente os usuários na



condução de um plano terapêutico, uma vez que outros fatores afetam seus comportamentos e condições para seguir o tratamento prescrito.

De modo semelhante ao visto no presente estudo, Duarte et al. (2010) evidenciaram que um dos motivos para a não adesão está relacionado à organização e estrutura do sistema de saúde. Destacam como obstáculos: intervalo longo entre as consultas e dificuldades para agendá-las, horário de atendimento incompatível com o do trabalho, mudança de médico e acesso limitado a especialistas.

A falta de medicamentos também foi destacada por Tavares et al. (2013) como um fator que dificulta a adesão aos tratamentos. Conforme identificado na fala de alguns agentes, vários pacientes apresentavam dificuldades financeiras para comprar a medicação quando esta estava em falta ou não fazia parte da grade de distribuição pública. Considerando todas as problemáticas que envolvem o adoecimento, ainda ter que lidar com os entraves do custo das medicações, sobretudo quando se trata de uma população em sua maioria de baixa renda, gera um complicador a mais para a adesão (Gusmão & Mion Jr., 2006).

Gusmão e Mion Jr. (2006) explicitam outros fatores influentes na adesão que são relacionados à instituição, tais como acesso ao serviço de saúde e tempo de espera versus tempo de atendimento. Haja vista que o usuário busca por um dispositivo que atenda às suas necessidades, quanto maior e melhor for este contato entre usuário-assistência mais vinculado este se torna. Por outro lado, quando o dispositivo não atende à demanda, o usuário sente-se desvalorizado e desmotivado.

No estudo de Bezerra et al. (2014), a distância do centro de saúde foi também referida como um empecilho para prosseguir com o tratamento. Os obstáculos externos e estruturais para acesso ao cuidado integral preconizado pelo SUS inviabilizam, muitas vezes, a efetividade do próprio trabalho do ACS, realizado no território. Pode-se concluir que uma maior adesão dos pacientes ao tratamento depende de uma conjuntura política e administrativa, com melhor organização e efetividade dos serviços de saúde, além de práticas institucionais mais ajustadas às necessidades locais, com efetiva resolução de problemas. Sem essas condições, é difícil colocar a responsabilidade da adesão unicamente nos usuários, que, em meio às adversidades do contexto, podem se tornar cada vez mais desmotivados e desesperançados.

No tocante à categoria ‘barreiras psicológicas’, a rejeição ao uso de medicamentos ou à adoção da dieta foi associada pelos ACS a não aceitação da doença ou a visão desta como de menor gravidade, de modo que os usuários procuram o médico, tomam o remédio ou mudam a dieta “*só quando estão passando mal*”, apenas “*quando veem o perigo*”. De acordo com Bezerra et al. (2014), a negação da doença e o desejo de abandonar o tratamento pode ser um reflexo de não se perceber como portador de uma doença crônica, sobretudo quando assintomático, o que faz o usuário crer que não necessita de cuidados. Tudo isso se relacionada ainda com a percepção que este tem sobre a doença, vendo-a como de maior ou menor severidade.

Nesta categoria, observou-se fatores ligados às ações do sujeito, que parece não se conscientizar da gravidade de sua doença e/ou de suas possíveis complicações e



mantém suas práticas de vida quase inalteradas. Soares et al. (2012) evidenciaram dados semelhantes no que tange a rejeição das prescrições e a negligência dos usuários com a própria saúde. Do mesmo modo, Bossay et al., (2006) verificaram que uma parcela, ainda que pequena, de 158 pacientes hipertensos só tomava as medicações quando sentia alguma coisa ou quando se lembrava, levando a descontinuidade do tratamento de uma doença que requer cuidados contínuos.

Como destaca Coleta (1999), o paciente enfrenta o adoecimento e seu tratamento a partir de seu repertório de crenças e valores sobre a vida. No modelo teórico de crenças em saúde, tais crenças estão relacionadas a percepção do indivíduo acerca da susceptibilidade que acredita ter à doença e da gravidade ou riscos que atribui a ela. Ocorre ainda um balanço entre as barreiras percebidas no processo de tratamento e os benefícios que a pessoa provavelmente teria com a mudança de comportamentos.

Ademais, é importante atentar para as influências da religiosidade do usuário em seu tratamento. De fato, esta pode ser intensificada por ocasião do adoecimento (Freitas, 2014; Gobatto & Araújo, 2013). Em certos casos, pode levar a pessoa a negligenciar os conhecimentos técnico-científicos, desconsiderando o que retratam os exames e as orientações dos profissionais, pois a fé passa a ser vista, por si só, como capaz de promover a cura da enfermidade. Assim, a pessoa recorre a práticas religiosas, como orações e promessas, na busca pela remissão da doença e deixa de colaborar com os cuidados necessários para o bom andamento do tratamento.

A despeito da presença constante do fenômeno religioso/espiritual no contexto

de tratamento de doenças, observa-se que o assunto tem sido silenciado entre os profissionais de saúde, que frequentemente evitam abordar e manejar questões religiosas e espirituais nos atendimentos (Freitas, 2014; Gobatto & Araújo, 2013). Ressalta-se, portanto, a necessidade de maior discussão sobre o assunto e maior investimento educacional na formação dos profissionais quanto às questões religiosas (Pinto & Falcão, 2014).

No que se refere a fatores emocionais, é preciso considerar que o adoecimento prediz a exigência de mudanças no cotidiano, o que implica na necessidade de maior autocuidado e impõe ajustes na dinâmica familiar e no funcionamento social e laboral. Se o sujeito tiver um repertório de autocuidados restrito e uma percepção de si mesmo como ser 'doente' ou 'limitado' isso pode dificultar ainda mais sua adaptação às novas condições de vida impostas pela enfermidade, o que é agravado em caso de estrutura social precária e base familiar fragilizada. Dessa forma, a identificação desses fatores pelos agentes se mostra de grande relevância no sentido de promover ações que minimizem o impacto destas questões e promovam um acolhimento sensível do profissional para com os usuários.

Vale ressaltar que, no atual estudo, aspectos cognitivos e emocionais foram agravados pelo nível de escolaridade da população atendida, na medida em que o perfil dos usuários deste estudo indica, em sua maioria, uma baixa instrução escolar, gerando dificuldades no manejo dos medicamentos e no entendimento da sua posologia. Fatores socioeconômicos, como renda e escolaridade, tem sido foco de outros estudos que vem encontrando associações entre essas variáveis e o grau



de adesão (Santa-Helena et al., 2010; Assunção & Ursine, 2008; Gusmão & Mion, 2006).

Quanto às ‘barreiras familiares e sociais’, Oliveira e Sales (2005) avaliaram a percepção de participantes diabéticos e hipertensos em relação ao apoio familiar recebido, apontando maior ansiedade e/ou depressão entre aqueles com percepção de pouco suporte familiar. Constataram a fragilidade emocional dos pacientes quando esta rede não se sustenta e a consequente dificuldade na colaboração com o tratamento, o que também foi evidenciado no presente estudo.

Por fim, sobre as ‘dificuldades relacionadas ao tratamento’, Assunção e Ursine (2008) lembram que as características do regime terapêutico associadas a cronicidade da doença podem contribuir para a baixa adesão. Assim, Leite e Vasconcellos (2003) salientam a importância de intervenções que visam desenvolver estratégias de enfrentamento de efeitos adversos da medicação.

Quanto aos facilitadores da adesão, destacaram-se fatores ligados às condições do próprio sujeito para lidar com sua situação de saúde. É preciso considerar que o processo de adesão implica na pessoa se tornar consciente de seu adoecimento e limitações associadas, realizando mudanças significativas no seu estilo de vida, em sintonia com as orientações dos profissionais de saúde. Assim, tanto a compreensão da doença/tratamento em termos cognitivos, como sua aceitação em termos emocionais tornam-se essenciais para o manejo da doença, pois ocupam posição importante no desenvolvimento das ações de controle (Bezerra et al., 2014).

Os fatores favoráveis à adesão refletem ainda as relações do usuário com o contexto que o cerca, sendo que a qualidade deste contato influencia o desejo e a motivação para o cuidado. De fato, a motivação do usuário frente ao seu tratamento é facilitada por seus laços afetivos e rede social, na medida em que pessoas do seu entorno podem estimular ações em prol de seu bem-estar.

Barreto e Marcon (2014), abordando a participação da família no tratamento da hipertensão, evidenciaram o importante papel desta como incentivadora das práticas de autocuidado. Além disso, destacaram que a vivência familiar favorece o compartilhamento de experiências e saberes, as expectativas frente a vida e a percepção de valorização e autonomia que impulsionam o paciente a cada vez mais buscar seu bem-estar e priorizar sua saúde. Entretanto, é preciso reconhecer que não somente pessoas consanguíneas favorecem o apoio necessário, sendo útil a formação de uma rede de apoio mais ampla.

Resumindo, a adesão ao tratamento requer bom funcionamento dos serviços de saúde e abarcam compromisso dos usuários e de pessoas próximas. Conforme Santos, Nery e Matumoto (2013), no contexto de cuidado ao paciente hipertenso, a corresponsabilidade de trabalhadores, usuários e suas famílias se apresenta como uma estratégia de superação de práticas fragmentadas em que predominam o modelo biomédico.



6. Considerações finais

A complexidade da adesão aos tratamentos requer medidas de resolutividade singulares e de grandes proporções, pois refletem fatores diversos, como atestam os resultados deste estudo. Diferentes fatores foram relatados pelos ACS, abarcando fatores psicológicos, familiares, sociais e estruturais. Parte destes são alheios aos seus esforços diretos, pois refletem situações de desigualdade social e de má gestão pública, que afetam a motivação e geram sentimento de impotência e desvalorização.

Parte-se do princípio de que todos os profissionais, incluindo os ACS, devem estar preparados, para além de suas atribuições específicas, a manejar, em alguma medida, as variáveis psicossociais que afetam a saúde dos usuários ou, quando for o caso, fazer o encaminhamento ágil e adequado para outros profissionais. Para tanto, é importante definir focos e estratégias de capacitação para auxiliar estes profissionais a proverem cuidados abrangentes e efetivos no sistema público de saúde.

Referências

- Almeida, G. B. S., Paz, E. P. A., & Silva, G. A. (2013). Representações sociais de portadores de hipertensão arterial sobre a doença: o discurso do sujeito coletivo. *REME Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), 46-53. doi:10.5935/1415-2762.20130005
- Assunção, T. S., & Ursine, P. G. S. (2008). Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(supl.2), 2189-2197. doi:10.1590/S1413-81232008000900024
- Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barreto, M. S., & Marcon, S. S. (2014). Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. *Texto Contexto Enfermagem*, 23(1), p.38-46. doi:10.1590/S0104-07072014000100005
- Bezerra, A. S. M., Lopes, J. L., & Barros, A. L. B. L. (2014). Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4), 550-555. doi:10.1590/0034-7167.2014670408
- Bossay, D., Rondon, E. R., Goldoni, F., Oliveira, G. S. M., Vendas, J. P., Cheade, L. M., Mello, R. V., & Ovando, L. (2006). Fatores associados à não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 10(3), 73-82.
- Brasil (2011). Portaria nº 2.488/GM de 21 de outubro de 2011. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde: Brasília, 2011.
- Calvetti, P. U., Giovelli, G. M., & Gauer, G. C. (2012). Contribuições da psicologia da saúde para a adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 20(1-2), 75-80. doi:10.15603/2176-1019/mud.v20n1-2p75-80



- Carvalho, A. L. M., Leopoldino, R. W. D., Silva, J. E. G., & Cunha, C. P. (2012). Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7), 1885-1892. doi:10.1590/S1413-81232012000700028
- Coelho, E. B., Neto, M. M., Palhares, R., Cardoso, M. C. M., Geleilate, T. J. M., & Nobre, S. (2005). Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 85(3), 157-161. doi:10.1590/S0066-782X2005001600002
- Coleta, M. F. D. (1999). O modelo de crenças em saúde (HBM): uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. *Temas em Psicologia*, 7(2), 175-182.
- Dal-Fabbro, A. L. (2005). Adherence to long term therapies: evidence for action. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 1292-1298. doi:10.1590/S0102-311X2005000400037
- Duarte, M. T. C., Cyrino, A. P., Cerqueira, A. T. A. R., Nemes, M. I. B., & Iyda, M. (2010). Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5). doi:10.1590/S1413-81232010000500034
- Fonseca, P. P., Oliveira, M. G., & Del Porto, J. A. (2012). A questionnaire to evaluate the impact of chronic diseases: validated translation and Illness Effects Questionnaire (IEQ) reliability study. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(3), 181-184. doi:10.1590/S0047-20852012000300010
- Freitas, M. H. (2014). Religiosidade e saúde: Experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. *Pistis & Praxis*, 6(1), 89-105. doi:10.7213/revistapistispraxis.06.001.ds05
- Gobatto, C. A., & Araújo, T. C. C. F. (2013). Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. *Psicologia USP*, 24(1), 11-34. doi:10.1590/S0103-65642013000100002
- Gomes, T. J. O, Silva, M. V. R., & Santos, A. A. (2010). Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev. Bras. Hipertens.*, 17(3), 132-139.
- Gusmão, J. L., & Mion, J. D. (2006). Adesão ao tratamento: conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 23-5.
- Leite, S. N., & Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(3), 775-782. doi:10.1590/S1413-81232003000300011
- Martins, C. M., & Stauffer, A. B. (2007). *Educação e Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Mendes, L. M. O., Barros, G. S. T., Loiola, N. N. L. A., & Silva, J. M. O. (2014). Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. *Revista Univap*, 20(35), 56-68. doi:10.18066/revunivap.v20i35.182
- Oliveira, A. R., & Sales, C. A. C. C. (2005). Ansiedade e Depressão em Clientes com Hipertensão e Diabetes atendidos por uma Equipe de Saúde da Família. *Saúde Coletiva*, 2(6), 53-56.



Pinto, A. N., & Falcão, E. B. M. (2014). Religiosidade no contexto médico: entre a receptividade e o silêncio. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(1), 38-46. doi:10.1590/S0100-55022014000100006

Santa-Helena, E. T., Nemes, M. I. B., & Neto, J. E. (2010). Fatores associados à não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cadernos Saúde Pública*, 26(12), p.2389-2398. doi:10.1590/S0102-311X2010001200017

Santos, F. P. A., Nery, A. A., & Matumoto, S. (2013). A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(1), 107-114. doi:10.1590/S0080-62342013000100014

Silva, M. E. D.C. et al. (2008). As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial. *Revista*

Brasileira de Enfermagem, 61(4), 500-507. doi:10.1590/S0034-71672008000400017

Soares, M. M., Silva, L. O. L., Dias, C. A., Rodrigues, S. M., & Machado, C. J. (2012). Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 17(1), 144-150. doi:10.5380/ce.v17i1.26389

Tavares, N. U. L., Bertoldi, A. D., Thumé, E., Faccihini, L. A., França, G. V. A., & Mengue, S. S. (2013). Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 47(6), 1092-1101. doi:10.1590/S0034-8910.2013047004834

WHO (2003). World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO.

Recebido em: 26/11/2021

Aceito em: 23/12/2021

Nome: Lilian Maria Borges

Email: lborgesufrj@gmail.com

Endereço para correspondência: Instituto de Educação, Sala 19, BR 465, Km 07 – Seropédica – RJ.



Esta obra está licenciada sob uma [Licença Creative Commons Attribution 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)