



Acta Scientiarum. Health Sciences

ISSN: 1679-9291

eduem@uem.br

Universidade Estadual de Maringá
Brasil

Souto Dourado, Cinthia; de Freitas Macêdo-Costa, Kátia Nêyla; dos Santos Oliveira, Jacira; Correia
Paiva Leadebal, Oriana Deyze; Freitas da Silva, Grazielle Roberta
Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa,
Estado da Paraíba
Acta Scientiarum. Health Sciences, vol. 33, núm. 1, 2011, pp. 9-18
Universidade Estadual de Maringá
Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307226628005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba

Cinthia Souto Dourado¹, Kátia Nêyla de Freitas Macêdo-Costa¹, Jacira dos Santos Oliveira¹, Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal¹ e Grazielle Roberta Freitas da Silva^{2*}

¹Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. ²Universidade Federal do Piauí, Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, 64049-550, Teresina, Piauí, Brasil. *Autor para correspondência. E-mail: grazielle_roberta@yahoo.com.br

RESUMO. A principal estratégia para evitar as complicações da hipertensão baseia-se no tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Porém o êxito ou fracasso terapêutico depende da adesão que, por sua vez, consiste no principal desafio. Por este motivo objetivou-se analisar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso por idosos hipertensos. Trata-se de um estudo descritivo, com 25 pacientes acima de 60 anos de idade, atendidos por uma unidade de básica de saúde em 2008, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba. Com relação à adesão medicamentosa, 12 pacientes referem fazer uso correto da medicação prescrita, enquanto 13 deixaram de usá-la. Dentre os principais motivos para a não adesão ao tratamento medicamentoso, estavam o esquecimento (10), a ausência de sintomas (8) e a desmotivação (7), dentre outros. Considerando as variáveis não-medicamentosas, obteve-se o resultado de que apenas quatro foram considerados aderentes; 19 mostraram-se parcialmente aderentes e apenas 8% revelaram-se não aderentes. Quanto às dificuldades para seguir o tratamento, 12 dos entrevistados relataram seguir a dieta e as mudanças no estilo de vida. Os resultados obtidos indicam baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo e sugerem a implantação de estratégias que facilitem uma melhor adesão às medidas de controle da hipertensão.

Palavras-chave: hipertensão, idoso, recusa do paciente ao tratamento.

ABSTRACT. The adhesion to the treatment for old with arterial high blood pressure in basic unit of health of João Pessoa, Paraíba State. The principal strategy to avoid the complications of the high blood pressure is based on the medicamental treatment and not medicamentally. However the result or therapeutic failure depends on the adhesion that for his time consists of the principal challenge. Aimed analyze the adhesion to the medicamental treatment and not medicamentally for old with arterial high blood pressure. Study of the descriptive, where 25 patients above 60 years in the unity of health, in 2008, in João Pessoa, Paraíba State. Regarding medicamental adhesion, 12 tells to do correct use of the medication whereas 13 stops taking the medication, among the principal reasons for not adhesion to the medicamental treatment told by the informants they were the oblivion (10); the absence of symptoms (8); and the desmotivação (7); between others. Considering the non-medicamental variables, it was obtained that you punish four were considered totally followers to the therapeutics, followers 19 partially and only not followers revealed 2. As for the difficulties to follow the treatment, 12 of the users reported how being the continuation of the diet and the changes in the way of life. The obtained results indicate a low adhesion to the treatment anti-hypertensive and suggest strategies that make easy a better adhesion to the measures of control of the hypertension.

Keywords: hypertension, aged, treatment refusal.

Introdução

Ao cuidar do indivíduo com hipertensão arterial sistêmica (HAS), algumas metas devem ser almejadas, principalmente pelo enfermeiro. As principais delas, a saber, são a compreensão do processo patológico, do tratamento e o incentivo à participação de programas de autocuidado, bem como a certificação de ausência de complicações para controlar a hipertensão com mudanças

no estilo de vida e o uso de medicamento (PIERIN, 2004).

A falta de adesão ao tratamento da hipertensão é um grande desafio para os que trabalham e investigam esta área. Segundo Mascarenhas et al. (2006), para que a adesão ocorra, o paciente deve ter conhecimento sobre o seu estado de saúde, ser consciente quanto à importância do controle da pressão arterial e ter acesso aos serviços, que

devem ser capazes de manter o tratamento por toda a vida do paciente.

A não-adesão é um impedimento para o alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se em uma fonte de frustração para os profissionais. Cabe enfatizar que essa situação é um problema a ser enfrentado por todos os envolvidos na situação: o paciente hipertenso, sua família, a comunidade, as instituições e as equipes de saúde. Neste sentido vê-se a importância de reunir esforços para aperfeiçoar recursos e estratégias, com participação ativa do hipertenso e manutenção da qualidade de vida, visando a minimizar ou evitar essa problemática tão frequente (MEDEIROS; VIANNA, 2006; PIERIN, 2004).

Diante disso, destacam-se como fatores relevantes para o controle da doença a relação entre paciente/profissional, para que seja alcançado o comprometimento dos portadores de hipertensão com seu próprio cuidado; e o interesse do profissional na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudança de hábitos e transformação no modo de viver do paciente.

Considerando a importância do tema e o destaque da HAS em termos epidemiológicos, assim como suas conseqüências sobre o quadro de morbidade-mortalidade cardiovasculares da população, já foram desenvolvidos diversos estudos sobre a adesão ao seu tratamento, demonstrando que a maior parte dos pacientes apresenta seu controle inadequado (LOPES et al., 2008; DESSE et al., 2009).

Devido a esta realidade, observa-se a necessidade emergente de estratégias que busquem a identificação de indivíduos hipertensos a fim de auxiliá-los no início e no prosseguimento do tratamento. A adesão ao tratamento é uma meta primordial no direcionamento das ações da equipe de saúde, principalmente do enfermeiro. Assim, torna-se necessária a realização de estudos que analisem de maneira aprofundada os aspectos intrínsecos, contribuindo para uma melhor qualidade de assistência dessa clientela. Neste estudo, objetiva-se analisar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de idosos com hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde.

Material e métodos

Estudo do tipo descritivo, desenvolvido em uma unidade básica de saúde localizada no município de João Pessoa, no Estado da Paraíba, onde se encontra em funcionamento o Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Hiperdia. A escolha do local deu-se por ele ter sido o campo de estágio teórico-prático da primeira autora,

o que motivou a sua realização. Essa unidade, agrupada com mais três unidades, foi instalada no ano de 2006, oferecendo serviços de saúde básicos para aproximadamente 8.500 famílias. Para compor o estudo foram abordados hipertensos de ambos os sexos, com idade superior a 60 anos, cadastrado na referida unidade, os quais totalizaram 73 pessoas. Participaram do estudo 1/3 do total dos cadastrados, ou seja, 25 pacientes acompanhados nos dias de consulta e nos grupos desenvolvidos pelo enfermeiro da unidade pelo programa do Hiperdia no período da coleta de dados e que concordaram em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Foi utilizado um formulário contendo questionamentos pertinentes ao tema, sob forma de questões fechadas que contemplaram as informações necessárias para atingir os objetivos propostos, tais como dados para caracterização sócio-demográficas dos idosos hipertensos da amostra e dados referentes a HAS e à adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Ressalta-se que para a identificação da etnia foi adotada a classificação utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os hipertensos foram identificados na notificação utilizada pela instituição, em que foi possível obter a lista completa de todos os hipertensos cadastrados. A coleta de dados foi realizada em dias úteis, na própria instituição e em horários acordados com os participantes, durante os meses de outubro e novembro de 2008. O hipertenso era abordado individualmente e a aplicação do formulário era realizada em um lugar mais reservado da instituição, sem interrupções. As informações coletadas eram preenchidas no formulário a próprio punho pela pesquisadora.

Após a coleta, os dados foram apresentados em números absolutos, demonstrados em tabelas, quadros e gráficos, sendo corroborados com os discursos fundamentados na literatura pertinente para comparações.

Consideraram-se as observâncias éticas preconizadas pelas resoluções 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, e a Resolução nº 311/2007 COFEN em vigor no país, que disciplina o código de ética dos profissionais de enfermagem. Ambas direcionam o princípio ético de autonomia, do respeito e da dignidade e defendem a vulnerabilidade do participante. Assim, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de

Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - CEP/CCS, sob o nº 0401-08.

Resultados

A aplicação do formulário, realizada com os 25 usuários, permitiu levantar questões importantes e resultou no delineamento do perfil desses hipertensos, assim como em ações desempenhadas no tratamento anti-hipertensivo e em suas relações com os motivos da falta de adesão ao tratamento adequado. A seguir serão apresentadas tabelas e figuras que facilitarão a apresentação e compreensão dos dados.

Caracterização sócio-econômica e demográfica

Tabela 1. Caracterização dos participantes do estudo de acordo com as condições sócio-econômicas e demográficas, João Pessoa, 2008.

Variável	n
Idade	
60 – 69	16
70 – 79	8
Acima de 79	1
Sexo	
Masculino	9
Feminino	16
Etnia	
Branca	10
Parda	12
Negra	3
Grau de escolaridade	
Até 3ª série	16
4 a 7ª série	6
8ª a médio incompleto	2
Médio completo ou mais	1
Nível sócio-econômico	
1 a 3 salários mínimos	21
3 a 5 salários mínimos	4

A faixa etária predominante variou entre 60 e 69 anos, com 16 participantes. A média de idade acima de 60 anos deve-se ao fato de serem essas as pessoas que mais procuram o serviço de saúde. Do total, o sexo predominante foi o feminino, embora existam muitos homens acometidos pela hipertensão. Observou-se que as mulheres procuram mais os serviços no Hiperdia e solicitam medicação tanto para si quanto para seus companheiros.

Em relação à etnia, a maioria foi parda (12), seguida de brancas (10) e a minoria negra com (3), segundo a classificação do IBGE. A maioria dos participantes apresentava grau de escolaridade incompleto: 16 participantes concluíram até a 3ª série; 6 participantes estudaram da 4 a 7ª série; 2 deles chegaram até a 8ª série ou tinham o ensino médio incompleto; e apenas um entrevistado tinha o ensino médio completo. Com relação à renda, 21 dos participantes apresentavam renda mensal entre 1 e 3 salários, e 4 de 3 a 5 salários.

Variáveis relacionadas à história familiar e tempo de diagnóstico

Dos 25 pacientes hipertensos pesquisados, 15 apresentaram antecedentes familiares para a HAS, seguidos de 8 referentes a diabetes, 7 desconheciam alguma história familiar, 4 tinham histórico de acidente vascular cerebral e 2 relataram outras doenças coronarianas entre seus familiares. Além disso, 20 dos pacientes referiram ter o diagnóstico da doença há mais de cinco anos.

Tratamento não-medicamentoso e estilo de vida

A seguir será apresentado o tratamento não-medicamentoso dos hipertensos pelo uso de cigarro, álcool, realização de atividade física, índice de massa corporal e hábitos alimentares.

Tabela 2. Distribuição dos hipertensos segundo uso de cigarro, álcool e realização de atividade física, João Pessoa, 2008.

Variáveis	Sexo		
	Feminino	Masculino	Total
	(n=16)	(n=9)	(n=25)
	n	n	n
Tabagismo			
Fumante	-	3	3
Ex-Fumante	2	4	6
Nunca fumou	14	2	16
Ingestão de Bebidas Alcoólicas			
Sim	-	2	2
Não	16	7	23
Realização de atividade física			
Sim	6	4	10
Não	10	5	15

Dois dos pesquisados referiram fazer uso de bebidas alcoólicas, todos do sexo masculino. Com relação ao tabagismo, 16 não fumam, 6 já fumaram e três fumam, sendo a maioria dos fumantes ou ex-fumantes também do sexo masculino.

Pela maioria dos entrevistados não ser tabagista e nem etilista, percebe-se que esta amostra revela um estilo de vida tendencioso a ser mais saudável, o que é um ponto importante. No que tange ao sedentarismo, 15 dos pesquisados não praticavam nenhuma atividade física.

Quando questionados quanto aos cuidados necessários para manter a pressão arterial (PA) controlada, a grande maioria, 23 dos hipertensos referiu saber da importância em abandonar o tabagismo, reduzir a ingestão de bebidas alcoólicas e realizar atividades físicas, porém questionavam a desmotivação, principalmente para a prática de exercícios.

Os usuários relataram dificuldades em realizar atividades físicas devido à falta de motivação advinda da idade, considerada por eles como avançada. A

questão do sedentarismo não está apenas na falta de incentivo, mas também se relaciona à educação das pessoas em seguir e/ou mudar hábitos saudáveis de vida.

Com referência ao Índice de Massa Corporal (IMC), pode-se avaliar com mais detalhes o estilo de vida, bem como a adesão ao tratamento dos usuários pesquisados. Abaixo, apresenta-se a Figura 1, com os valores encontrados do IMC de cada hipertenso.

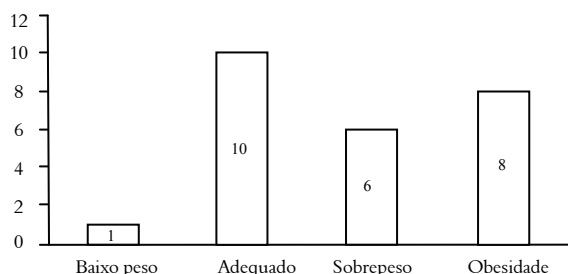


Figura 1. Distribuição dos hipertensos de acordo com IMC, João Pessoa, 2008.

A partir do cálculo do IMC atual, os indivíduos foram classificados em baixo peso (IMC < 18,5), peso normal (IMC de 18,5 a 24,9), sobrepeso (IMC de 25 a 29,9), obesidade grau I (IMC de 30 a 34,9), obesidade grau II (IMC de 35 a 39,9) e obesidade grau III (IMC > 40) (PIERIN, 2004).

A maioria, 14 dos hipertensos, tinha IMC > 25 kg m⁻², ou seja, apresentou peso acima do normal, com IMC médio do grupo de 26,62 kg m⁻². Um deles encontrava-se abaixo do peso ideal, 10 com peso adequado, 6 com sobrepeso e 8 obesos.

Quanto ao número de refeições, grande parte do grupo informou que faziam mais de três refeições ao dia. O mais importante sobre a alimentação não é o quantitativo, mas sim a qualidade do que é ingerido. Sal, refrigerantes, doces e frituras estão presentes no cardápio dos usuários. A seguir a Figura 2, com a discriminação detalhada da alimentação por parte dos hipertensos envolvidos no estudo:

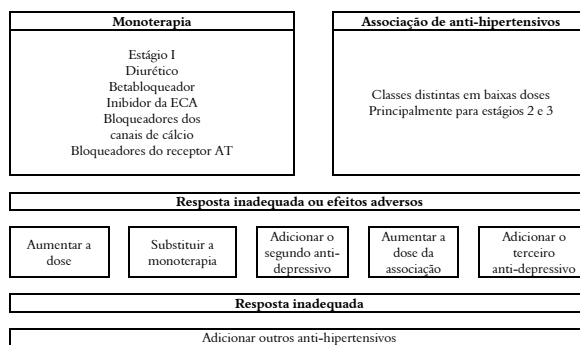


Figura 2. Distribuição dos hipertensos de acordo com os hábitos alimentares, João Pessoa, 2008.

O consumo de massas, leite e derivados, assim como frutas, verduras e legumes, foi relatado por todos os hipertensos como consumidos frequentemente. Enquanto 8 pacientes relataram a presença de frituras, 9 admitiram consumir doces, mesmo que esporadicamente, 8 relataram o consumo de refrigerante e apenas um ressaltou uso de alimentação hipersódica, o que implica dizer que, apesar da maioria diminuir o uso de sal, frutas e verduras, indicações importantes na dieta do hipertenso, existem aqueles que não tinham alimentação saudável, mesmo recebendo informações sobre o risco para sua saúde.

Tratamento medicamentoso

O tratamento anti-hipertensivo deve ser individualizado e procurar conservar a qualidade de vida do paciente. Qualquer grupo de fármacos anti-hipertensivos, com exceção dos vasodilatadores de ação direta e alfa-bloqueadores, é apropriado para o controle da pressão arterial em monoterapia inicial, como se pode visualizar na Figura 3.



Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (MION JÚNIOR et al., 2006, p. 27).

Figura 3. Fluxograma para o tratamento da hipertensão arterial.

Em relação ao tratamento medicamentoso, houve predomínio do Captopril (15 dos usuários referiram uso contínuo de tal medicação), seguida da Hidroclorotiazida (14).

Adesão ao tratamento

Adesão à terapêutica não medicamentosa

No presente estudo, o aumento da ingestão de frutas, verduras e legumes com seguimento de todos os hipertensos foi a orientação que obteve a melhor taxa de adesão, seguido da redução de alimentação hipersódica, da redução do consumo de bebidas alcoólicas (24), do abandono ao tabagismo (22), do controle de peso (11) e da prática de exercícios (10). A seguir encontra-se a Tabela 3, com a relação entre as variáveis não-medicamentosas e a adesão ao tratamento não-medicamentoso.

Tabela 3. Níveis de adesão ao tratamento anti-hipertensivo com as variáveis não medicamentosas, João Pessoa, 2008.

Variável não Medicamentosa	Ausência de Adesão	Adesão ao Tratamento
Redução do peso Corporal	Paciente com IMC acima de 25	Paciente apresenta IMC abaixo de 25
Redução da ingestão de sal	Paciente não muda a dieta em relação ao consumo de sal	Paciente não utiliza saleiro à mesa e evita alimentos ricos em sal
Aumento da ingestão de frutas, verduras e legumes (ricos em potássio)	Paciente não se alimenta de frutas, verduras e/ou legumes	Paciente ingere porções de frutas, verduras e/ou legumes ao dia
Exercícios físicos Regulares	Paciente não realiza atividades Físicas	Paciente realiza atividades físicas regularmente, pelo menos de 2 a 5 vezes na semana
Abandono do Tabagismo	Paciente permanece tabagista, e mantém o número de cigarros fumados dia ⁻¹	Paciente não fuma ou abandonou o fumo quando orientado
Redução do consumo de bebidas alcoólicas	Paciente ingere bebidas alcoólicas acima dos níveis recomendados	Paciente não ingere bebidas alcoólicas ou apresenta ingestão de álcool inferior a 30 mL dia ⁻¹ de etanol (uma taça de vinho ou 2 cervejas)

As autoras elaboraram uma classificação para os hipertensos baseada nas recomendações para controle da doença, a saber: aderente, parcialmente aderente e não aderente. Quando analisada a adesão ao conjunto de recomendações, consideraram-se aderentes aqueles que seguiam todas as orientações, parcialmente aderentes os que seguiam mais de 50% das orientações e não aderentes os que realizavam um valor menor ou igual a 50% das orientações. Para tanto, foram utilizados com indicadores as seguintes variáveis não-medicamentosas: o controle do peso avaliado através do IMC, a redução de sal da dieta, o aumento da ingestão de frutas e verduras, a realização de exercícios físicos regulares, o abandono ao tabagismo e a redução do consumo de álcool.

Considerando as variáveis não-medicamentosas a base para a classificação da adesão ao tratamento não-medicamentoso, obtiveram-se quatro hipertensos considerados aderentes à terapêutica, 19 mostraram-se parcialmente aderentes e apenas dois não aderentes.

Adesão à terapêutica medicamentosa

Dos participantes, 12 referiram uso correto da medicação prescrita, enquanto 13 deixaram de usar a medicação para o controle da PA. Muitos desses pacientes relataram que fazem apenas uso da medicação sem nenhum outro tipo de cuidado com a saúde, mesmo sabendo da importância de outras medidas.

Dentre os principais motivos para a não adesão ao tratamento medicamentoso referido pelos informantes, apresentaram-se: 10 por esquecimento; 8 por ausência de sintomas; 7 por desmotivação; 2 por falta de recursos financeiros; 2 por quantidade excessiva e 1 por conta dos efeitos colaterais.

Diante das não adesões ao tratamento foram relatadas como dificuldades seguir a dieta e as

mudanças no estilo de vida, em que 12 usuários relataram como principal dificuldade a falta de instrução quanto ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso; outros cinco citaram a falta de tempo disponível para seguimento, o fato de se atrapalharem com as medicações e a persistência dos sintomas quando a pressão encontrava-se descontrolada. As baixas taxas de adesão à terapêutica não medicamentosa encontradas neste estudo refletem as dificuldades na mudança do estilo de vida.

Com relação à adesão das recomendações dietéticas e a mudanças no estilo de vida, citadas como principais dificuldades, o estudo constatou a que a perda de peso e a realização de atividades físicas são as situações mais difíceis de serem seguidas, com taxas de não adesão muito elevadas, 14 e 15 respectivamente. As orientações dietéticas, por sua vez, apresentaram elevados índices de adesão parcial, como pode ser demonstrado na adesão à redução do sal e no aumento da ingestão de frutas, legumes e verduras.

Além do tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, três hipertensos encontraram como alternativa para o tratamento anti-hipertensivo o uso de receitas caseiras e chás. Vale ressaltar que essas medidas nunca foram utilizadas isoladamente, e sim associadas à medicação em uso e/ou medidas não farmacológicas.

Discussão

Mascarenhas et al. (2006) referem, em estudo realizado na cidade de Jequié, Estado da Bahia, que dos 35 pacientes hipertensos analisados, a média de idade era de 58,9 anos, o que demonstra a presença de altas prevalências de HAS nas faixas etárias mais avançadas, como o encontrado no presente estudo.

Estudo realizado por meio de um levantamento bibliográfico de artigos científicos da área médica e de enfermagem pertinentes à temática demonstra que 77,4% dos hipertensos idosos estão mais disponíveis para adesão do que os jovens. Isso mostra que portadores de hipertensão com idade avançada se preocupam mais com a saúde, no sentido de colaborar para sua longevidade (ARAÚJO; GARCIA, 2006). O predomínio de amostras femininas nos estudos de adesão também foi descrito por Medeiros e Vianna (2006) com 74,2% de uma amostra de 120 hipertensos de uma unidade de saúde em João Pessoa, Estado da Paraíba.

O sexo feminino apresenta maior conhecimento sobre HAS, tem mais preocupação em aderir ao tratamento e tempo disponível para cuidar da saúde. Por isso consegue tratar a hipertensão e controlá-la de forma eficaz em comparação aos homens. Este fato demonstra a necessidade em desenvolver estratégias de acompanhamento direcionadas aos homens hipertensos (GIORGI, 2006; PEREIRA et al., 2007).

A maioria dos participantes do estudo foi classificada como da raça parda. Estes dados corroboram com a literatura que afirma haver uma incidência de HAS maior em indivíduos da etnia negra e o risco de complicações hipertensivas serem mais frequentes nessa etnia, podendo estar relacionados ao baixo nível sócio-econômico e à alta demanda psicológica, assim como também uma predisposição genética de acordo com o estudo de Lessa et al. (2006).

O nível de escolaridade, assim como o fator socioeconômico, apresenta relação direta com a temática. A doença é mais prevalente em indivíduos com menor escolaridade e menor poder sócio-econômico. Portanto, a hipertensão é inversamente proporcional à escolaridade e à renda, isto é, quanto menor o grau de instrução e a condição econômica, maior a incidência devido ao menor nível de cuidados com a saúde (PIERIN, 2004).

A história familiar foi uma variável marcante, a qual é um fator importante, pois orienta o diagnóstico etiológico da HAS (PEREIRA et al., 2007). De acordo com Soares et. al. (2007), dos 110 pacientes entrevistados, cerca de 60% dos pacientes que têm infarto do miocárdio têm hipertensão, e 70% dos pacientes idosos que têm AVC também são hipertensos.

Outra questão relevante é o tempo da doença, que constitui um fator de risco não modificável. Na população estudada, a maioria (20 dos participantes) referira saber ser hipertenso há mais de cinco anos. Pierin (2004) afirma que as alterações estruturais e

funcionais no sistema vascular periférico são responsáveis pelas alterações da PA que ocorrem com a idade.

O termo adesão é utilizado para referir-se ao seguimento das recomendações terapêuticas. As taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo são muito variáveis na literatura. Estima-se que no Brasil a adesão esteja em torno de 60% (PIERIN, 2004). Strelec et al. (2003) encontrou 23% de adesão ao tratamento em São Paulo. Já Medeiros e Vianna (2006) encontrou 53,5% de adesão em amostra de hipertensos em João Pessoa, Estado da Paraíba.

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (MION JÚNIOR et al., 2006), o consumo de álcool é causa ou fator de risco para várias doenças, entre elas a HAS, chamando a atenção o fato de a causa mais comum de morte entre os alcoolistas ser a de origem cardiovascular. Três hipertensos ainda eram fumantes, e seis já fumaram. É evidente que os efeitos do tabagismo são maléficos em curto ou longo prazo. Geralmente, o fumante busca o famoso “cafezinho” nas situações estressantes e também condicionam o cigarro ao consumo de cafeína. Pierin (2004) afirma que a cafeína e a nicotina elevam agudamente a PA. Em pesquisa realizada por Soares Júnior e Lopes (2003) com hipertensos no município de Penhalva, Maramhão, dos 141 hipertensos, 119 (equivalente a 84,3%) apresentaram algum fator de risco associado e dos 119 hipertensos, 40% eram obesos, 21% tinham dislipidemias, 15% eram fumantes e 10% etilistas. A ausência de atividades física foi encontrada em 15 hipertensos, dado também encontrado na investigação de Giroto et al. (2009).

Segundo Knuth et al. (2009), a vida sedentária provoca, literalmente, o desuso dos sistemas funcionais. O aparelho locomotor e os demais órgãos e sistemas solicitados durante as diferentes formas de atividade entram em um processo de regressão funcional, caracterizando, no caso dos músculos esqueléticos, um fenômeno associado à atrofia das fibras musculares, à perda da flexibilidade articular, além do comprometimento funcional de vários órgãos. O sedentarismo é a principal causa do aumento da incidência de várias doenças, como a HAS, diabetes, obesidade, ansiedade, aumento do colesterol e infarto do miocárdio.

O IMC encontrado é o de um grupo com alto índice de sobrepeso e obesidade, semelhante ao estudo realizado por Medeiros e Vianna (2006) com IMC médio do grupo de 29,9 e Giroto et al (2009) com IMC médio de 28,7. Esses resultados mostraram que as pessoas hipertensas estavam acima do peso ideal, facilitando, assim, o aumento

progressivo da PA, pois o sobrepeso é uma variável muito sensível nos hipertensos. Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (MION JÚNIOR et al., 2006), o excesso de peso aumenta de duas a seis vezes o risco e complicações para HAS.

Em estudo realizado em um ambulatório médico e de enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Estado do Paraná, utilizando a hipertensão associada à obesidade, constatou-se que dos 45 entrevistados, 42,2% apresentavam sobrepeso e 24,6% eram obesos, comprovando que o IMC acima do valor normal está diretamente relacionado com a HAS, pois se sabe, pela fisiopatologia da doença, que indivíduos obesos, por apresentarem um aumento no volume plasmático na avaliação hemodinâmica geral, determinam um aumento no débito cardíaco acompanhado de aumento inapropriado da resistência vascular periférica, levando à hipertensão (VIER et. al., 2006).

A intervenção nutricional vem assumindo um papel decisivo no tratamento da hipertensão. As mudanças no estilo de vida, incluindo o processo de reeducação alimentar, são procedimentos indispensáveis para que se alcance um melhor resultado no controle da PA e outros fatores de risco cardiovascular (PIERIN, 2004). Segundo os dados encontrados, a maioria disse ter alimentação adequada para o controle da doença.

Quanto aos medicamentos, houve predomínio do Captopril (15 participantes) seguido da Hidroclorodiazida (14). Esse dado confirma o resultado da pesquisa realizada por Mochel et al. (2007) em São Luiz, Estado do Maranhão, com 462 hipertensos, a qual aponta que a droga mais utilizada fora o Captopril, prescrito para 65% dos pacientes, seguido da Hidroclorotiazida 12,3% e do Propranolol 11%.

O Captopril, medicamento mais utilizado entre os usuários, é classificado como inibidor da Enzima Convertora de Angiotensina (ECA) e age bloqueando a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos. É eficaz no tratamento da hipertensão arterial, reduzindo a morbidade e a mortalidade cardiovasculares em hipertensos, pacientes com insuficiência cardíaca, pacientes com infarto agudo do miocárdio (em especial quando apresentam baixa fração de ejeção), pacientes de alto risco para doença aterosclerótica, sendo também útil na prevenção secundária do acidente vascular cerebral (SILVA, 2010).

De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (MION JÚNIOR et al., 2006), o tratamento medicamentoso deve seguir os seguintes

critérios: o medicamento deve ser eficaz por via oral; bem tolerado; deve permitir a administração do menor número possível de tomadas diárias, com preferência para aqueles com posologia de dose única diária; o tratamento deve ser iniciado com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente e/ou associarem-se a outro hipotensor de classe farmacológica diferente (deve-se levar em conta que quanto maior a dose, maiores são as probabilidades de surgirem efeitos indesejáveis); deve-se respeitar um período mínimo de quatro semanas para o aumento da dose e ou a associação de drogas; e, salvo em situações especiais, considerar as condições socioeconômicas.

A alimentação correta, com ingestão de frutas, legumes e redução de alimentação hipersódica foi a orientação mais aderida pelos hipertensos investigados. Segundo Medeiros e Vianna (2006), em estudo realizado em João Pessoa, Estado da Paraíba, com 120 hipertensos, a adesão às recomendações não medicamentosas foi de 30,8%, sendo que o abandono do tabagismo obteve a melhor taxa de adesão (72,8%), seguido pela dieta hipossódica (47,5%), pelo aumento na ingestão de frutas e verduras (36,7%), pela atividade física (20,5%) e pelo controle do peso (4,6%).

Observa-se que ainda existe falha no seguimento correto das várias medidas não-medicamentosas, pois o tratamento não se resume apenas à alimentação. O sucesso do tratamento anti-hipertensivo, apesar de exigir um grande esforço individual para que se possam alcançar resultados satisfatórios, vai depender do grau de envolvimento existente entre o paciente e os profissionais que o assistem.

O enfermeiro, como membro da equipe, desempenha um papel fundamental no tratamento. De acordo com Pierin (2004) este profissional atua na detecção precoce da doença, através da aferição periódica da PA, estimula o processo de adoção de hábitos de vida saudáveis e o controle de fatores de risco por meio de ações educativas, atuando ainda na administração do serviço (controle de retornos, busca de faltosos e controle de consultas agendadas). Sentindo-se valorizado, o paciente será muito mais responsável, tornando-se, então, verdadeiro instrumento de seu tratamento.

A consulta de enfermagem é uma importante estratégia para o seguimento dos hipertensos, principalmente no que diz respeito à medicação. Neste sentido, possibilita o estabelecimento de vínculo interpessoal, podendo facilitar a implementação de ações necessárias para a adesão ao tratamento e controle da doença, evitando possíveis complicações.

Percebe-se que o esquecimento, a usual inexistência de sintomas e a desmotivação constituíram os principais fatores para a não adesão ao tratamento medicamentoso.

Visto que a maioria faz uso de medicações de fácil acesso por serem fornecidas pela instituição, a dificuldade referente ao ônus das medicações não foi questão de destaque, assim como a quantidade excessiva e os efeitos colaterais dos medicamentos foram pouco relatados.

Em um estudo realizado em Londrina, Estado do Paraná, entre os 146 (41,0%) pacientes que se mostraram não aderentes e parcialmente aderentes ao tratamento, o motivo mais alegado para justificar a não adesão também foi o esquecimento, seguido de “achar que a pressão está controlada” e a presença de efeitos adversos que foram referidos por 32,2; 21,2 e 13,7% dos hipertensos não-aderentes, respectivamente (GIROTO et al., 2009). O “esquecimento de tomar a medicação” também foi referido por 58,3% dos 120 hipertensos, sendo que o “descuido quanto ao horário da medicação” foi o critério mais freqüentemente relatado, citado por 80,0% dos entrevistados (MEDEIROS; VIANNA, 2006).

Ainda em relação aos motivos para a não adesão ao tratamento medicamentoso, Mascarenhas et al. (2006) relatam que os principais motivos para o abandono do tratamento referido pelos informantes foram ausência de sintomas (37,0%); falta de medicamentos (25,4%); dificuldade de acesso ao sistema de saúde (15,3%); efeitos adversos dos medicamentos (8,1%); orientação médica (6,5%) e outros motivos (7,7%).

Diante destas informações, os supracitados autores ressaltam que a usual inexistência de sintomas nos primeiros 15 a 20 anos e a cronicidade da doença constituem um dos principais fatores para o abandono do tratamento, o que leva estes pacientes a algum tipo de lesão, como cardiopatias e acidentes vasculares cerebrais, entre outros, o que somente contribuirá para o aumento da prevalência no país no que se refere às complicações, internações e mortes relacionadas à hipertensão.

Segundo Pierin (2004), vários recursos podem ser adotados para minimizar o controle insatisfatório da hipertensão e promover a adesão ao tratamento. Por isso a importância da individualização da atenção para a detecção dos hipertensos mais resistentes ao tratamento e do direcionamento para a eliminação de dificultadores, visando à motivação, educação e direcionamento para o autocuidado pelo enfermeiro.

Apesar do conhecimento de 23 usuários das questões sobre a necessidade de uma dieta equilibrada, hipossódica e hipolipídica, controle do

peso, importância da atividade física, controle do nervosismo, necessidade do uso correto da medicação, diminuição ou abandono do fumo e álcool e regularidade nas consultas, o processo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo é complexo e demorado, mesmo o paciente relatando ser capaz de ajudar no controle da pressão alta, como foi referido por 22 hipertensos. Trata-se de adentrar na vida de uma pessoa e fazê-la adquirir novos hábitos, mudar a forma de viver e diminuir, segundo muitos, o “prazer de viver” do hipertenso, uma vez que a qualidade de vida acaba sendo atingida pelos efeitos da terapêutica.

A enfermagem pode atuar neste contexto tendo como finalidade não apenas influenciar o comportamento do paciente para a obtenção de mudanças, e sim na manutenção destas. É preciso usar a informação dentro de um processo educativo que leve a transformações, inclusive comportamentais. Vários instrumentos podem ser usados para incentivar o hipertenso: caminhadas, feiras de saúde, jogos educativos, formação de grupos, utilização de materiais educativos, entre outros.

Diante disso, fica evidente o apoio que os hipertensos necessitam tanto da família quanto dos profissionais para que estejam motivados na busca de estratégias que facilitem a adesão, tornando-os cooperativos e conscientes da importância em seguir com o tratamento.

Apenas três usuários referiram fazer uso de medidas caseiras, enquanto 22 não utilizaram alternativas para o tratamento anti-hipertensivo. Em estudo realizado com 462 hipertensos na cidade de São Luís, Estado do Maranhão, quando indagados sobre medidas caseiras para o controle da PA, 272 hipertensos (58,9%) afirmavam tomar medicação caseira e destes, 203 pacientes (74,5%) faziam uso de chás de ervas diversas; 52 pacientes (19%) usavam alho sob a forma crua, de chá ou de suco; e 17 pacientes (6,5%) utilizavam outras formas caseiras, como sucos e frutas frescas (MOCHEL et al., 2007).

Em relação às alterações da PA, segundo Oliveira e Araujo (2007), o tratamento não farmacológico ou as ações de mudanças no estilo de vida devem ser as primeiras medidas adotadas por portadores de HAS, exceto nos casos de hipertensão grave e na presença de comprometimento de órgãos-alvo. Neste contexto, a utilização de plantas, tanto na prevenção da elevação da pressão arterial, quanto na tentativa de redução dos valores pressóricos, deve ser utilizada como medida alternativa no tratamento da HAS e encarada como opção na busca de soluções terapêuticas, utilizada principalmente pela população de baixa renda, já que se

trata de uma alternativa eficiente, barata e culturalmente difundida.

Conclusão

Apenas 12 hipertensos se mostraram aderentes ao tratamento farmacológico, e quatro ao não farmacológico. Teve-se como fatores para não adesão: esquecimento da medicação, assintomatologia, desmotivação pelo tratamento e numerosos medicamentos. E como dificuldades: mudanças no estilo de vida e a falta de instrução quanto ao tratamento.

São pessoas que têm muitos fatores de risco e pouca motivação para a adesão por já serem idosos, com pouca perspectiva de vida, segundo o relato de muitos, e por fazerem apenas terapia medicamentosa, sem terem nenhum outro tipo de cuidado com a saúde, o que remete atenção especial por parte dos profissionais.

Referências

- ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- DESSE, C.; CESARINO, C. B.; MARTIN, J. F. V.; CASTEDO, M. C. A. Factors associated to patients' noncompliance with hypertension treatment. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 201-206, 2009.
- GIORGI, D. M. A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 47-50, 2006.
- GIROTTI, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S.; RIDÃO, E. G. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 31, n. 1, p. 77-82, 2009.
- LESSA, I.; MAGALHÃES, L.; ARAÚJO, M. J.; ALMEIDA-FILHO, N.; AQUINO, E.; OLIVEIRA, M. M. C. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador, Bahia, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87 n. 6, p. 747-756, 2006.
- LOPES, M. C. L.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S.; SOUZA, A. C.; WAIDMAN, M. A. P. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 198-211, 2008.
- KNUTH, A. G.; BIELEMANN, R. M.; SILVA, S. G.; BORGES, T. T.; DUCA, G. D.; KREMER, M. A. M.; PEDRO, C.; HALLAL, P. C.; AIRTON, J.; ROMBALDI, A. J.; AZEVEDO, M. R. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 513-520, 2009.
- MASCARENHAS, C. H. M.; OLIVEIRA, M. M. L.; SOUZA, M. S. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do bairro Joaquim Romão, Jequié, Bahia. **Revista Saúde.com**, v. 2, n. 1, p. 30-38, 2006.
- MEDEIROS, A. R. C.; VIANNA, R. P. T. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade de saúde da família de João Pessoa, Paraíba. **Temas em Saúde**, v. 6, n. 30-41, p. 5-13, 2006.
- MION JÚNIOR, D.; KOHLMANN JÚNIOR, O.; MACHADO, C. A.; AMODEO, C.; GOMES, M. A. M.; PRAXEDES, J. N. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 89, n. 3, p. 24-79, 2006.
- MOCHEL, E. G.; ANDRADE, C. F.; ALMEIDA, D. S.; TOBIAS, A. F.; CABRAL, R.; COSSETTI, R. D. Avaliação do tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes da rede pública em São Luis, Maranhão. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 90-101, 2007.
- OLIVEIRA, C. J.; ARAÚJO, T. L. Plantas medicinais: usos e crenças de portadores de hipertensão arterial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 93-105, 2007.
- PEREIRA M. R.; COUTINHO, M. S. S. A.; FREITAS, P. F.; D'ORSI, E.; BERNARDI, A.; HASS, R. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil em 2003. **Caderno Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2363-2374, 2007.
- PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. 1. ed. Barueri: Manole Ltda., 2004.
- SILVA, P. **Farmacologia**. Porto Alegre: Guanabara-Koogan, 2010.
- SOARES JÚNIOR, E. C. B.; LOPES, M. L. H. **Perfil clínico dos pacientes inscritos no programa de hipertensão do município de Penalba, Maranhão**. Maranhão, 2003. Disponível em: <<http://200.222.60.171/PDF/perfil%20clinico%20dos%20pacientes.pdf>>. Acesso em: 2 dez. 2008.
- SOARES, A. M.; MION JÚNIOR, D.; PIERIN, A.; JACOB FILHO, W. A importância de um programa de assistência multidisciplinar no controle de pressão arterial no idoso hipertenso. **Revista Einstein**, v. 5, n. 2, p. 137-142, 2007.
- STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 81, n. 4, p. 343-8, 2003.
- VIER, B. P.; CAMPOS, E.; SARTORELLI, M. S.; TEIXEIRA, J. R.; MANTOVAN, H. F.; CHAGAS, S. C. I.; GARCIA, G. C. M.; OLIVEIRA, P. B. Hipertensão arterial Maringá, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011

associada à obesidade em servidores da Universidade Estadual de Maringá. **Arquivo Mudi**. 2006. Disponível em: <http://www.pec.uem.br/pec_uem/Forum_extensao/IV_Forum/trabalhos/artigos/saude/VIER-BP.pdf> Acesso em: 10 jan. 2009.

Received on July 17, 2009.

Accepted on March 2, 2010.

License information: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.