

HIPERTENSÃO ARTERIAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA ADESÃO DO TRATAMENTO

HIGH BLOOD PRESSURE: CHALLENGES AND POSSIBILITIES ON TREATMENT ADHERENCE

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: RETOS Y POSIBILIDADES EN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

Amanda Bonamichi Franceli¹
Aretuza Silva de Figueiredo²
Silvana Maria Coelho Leite Fava³

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo, realizado em 359 portadores de hipertensão arterial, pertencentes à área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) Santos Reis, em Alfenas-MG, com o objetivo de conhecer os fatores dificultadores que levam os portadores de hipertensão arterial à não-aderência ao tratamento anti-hipertensivo. Os dados foram coletados por meio de um formulário validado, constituído por 26 questões estruturadas e semi-estruturadas, aplicado em visita domiciliária. Os resultados foram analisados, discutidos e interpretados pelo teste qui-quadrado de significância de 5%. Verificou-se o predomínio das portadoras de hipertensão arterial do gênero feminino, casadas, com renda familiar de até três salários mínimos, baixo grau de escolaridade, do lar, portadoras de obesidades centrípeta e submetidas ao tratamento predominantemente farmacológico. Demonstraram desconhecimento em relação à patologia e às complicações decorrentes da hipertensão arterial. Conclui-se que os desafios apontados referem-se à necessidade de mudança de comportamento dos sujeitos incorporando as medidas não farmacológicas no cotidiano de vida. Sugerimos, como possibilidades para melhoria da adesão, o comprometimento dos profissionais de saúde na implementação e no acompanhamento dos processos educativos que propiciem maior conscientização e interesse pelo autocuidado, o acompanhamento dos sujeitos quanto ao uso correto da medicação e o envolvimento da família para mudanças dos hábitos de vida.

Palavras-chave: Hipertensão/terapia; Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde; Programa Saúde da Família; Educação de Pacientes como Assunto; Educação em Saúde.

ABSTRACT

This is a descriptive and quantitative study that aims to assess the hampering factors that lead to treatment nonadherence among high-blood-pressure patients. The study included 359 hypertensive patients enrolled in the 'Santos Reis Family Health Program', in the city of Alfenas, Minas Gerais. Data was obtained through a validated questionnaire containing 26 structured and semi-structured questions, answered during home visits. The results were analyzed, discussed and interpreted using Chi-Square Test at 5%. Results showed that patients were mostly married housewives with a maximum monthly income of 3 minimum salaries, with low education level, waist fat and undergoing hypertension treatment, especially pharmacologic treatment. Patients showed lack of knowledge regarding the pathology and complications associated to high blood pressure. Conclusions point to challenges concerning the need of changing patients' behavior as to adding non-pharmacological measures to their life-style. The authors suggest the following approaches as possible ways to enhance adhesion: commitment of health professionals to implement educational processes and their follow up as to increase awareness and interest on self-care; control of patients regarding correct use of medication and family concern regarding life-style changes.

Key words: Hypertension/therapy; Patient Acceptance of Health Care; Family Health Program; Patient Education as Topic; Health Education.

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio descriptivo cuantitativo realizado con 359 portadores de hipertensión arterial del área de alcance del PSF Santos Reis, Alfenas – MG. Su objetivo fue conocer los factores que llevan a dichas personas a no adherir al tratamiento antihipertensivo. Los datos fueron recogidos por medio de un formulario con 26 preguntas estructuradas y semiestructuradas aplicados en visita domiciliaria. Los resultados fueron analizados, discutidos e interpretados por el test Chi cuadrado de 5% de significancia. Se comprobó predominancia de portadoras de hipertensión arterial de género femenino, casadas, con ingreso familiar de hasta tres salarios mínimos, bajo nivel de escolaridad, amas de casa, portadoras de obesidad centrípeta sometidas básicamente a tratamiento farmacológico. Estas pacientes demostraron desconocer la patología y complicaciones resultantes de la hipertensión arterial. Se concluye que los retos señalados se refieren a la necesidad de cambiar el comportamiento de los sujetos incorporando medidas no farmacológicas en el día a día. Para aumentar la adhesión al tratamiento sugerimos que los profesionales de salud se involucren en la implementación y seguimiento de los procesos educativos, que propicien más concienciación e interés por el auto cuidado, se controle el uso correcto de la medicación y que la familia participe para ayudar a cambiar las costumbres cotidianas.

Palabras clave: Hipertensión/terapia; Aceptación de la Atención de Salud; Programa de Salud Familiar; Educación del Paciente como Asunto; Educación en Salud.

¹ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG).

² Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG).

³ Enfermeira Mestre. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG).

Endereço para correspondência: Rua Tiradentes, 2325, Jardim São Carlos – CEP: 37130-000 Alfenas-MG. E-mail: amandafranceli@oi.com.br.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é considerada, atualmente, um sério problema de saúde pública no Brasil, dada sua expressiva prevalência, por ser assintomática e pelas suas graves complicações, levando a incapacidades permanentes. Em decorrência disso, a detecção desse problema, normalmente, é tardia, o que dificulta aos portadores a aderência ao tratamento e ao controle dela.¹

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada uma doença crônica de diversas etiologias e fisiopatogenia multifatorial, acompanhada por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, do sistema renina-angiotensina, alterações renais, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial, que podem ser seguidas de lesões em seus órgãos-alvo como vasos, coração, retina e rins.²

Ao longo de nossa atuação no projeto de extensão *Diabetes e Hipertensão Arterial: em busca de melhor qualidade de vida* e nos campos de estágios, identificamos que os portadores de hipertensão arterial apresentam problemas que não se restringem apenas à esfera física e à terapia farmacológica. Existem outras dificuldades para a adesão ao tratamento, dentre as quais a aceitação de ser portador de problema crônico, o desconhecimento em relação à patologia e suas conseqüências e a necessidade de apoio para mudanças de hábitos de vida.

As transformações expressivas na vida dos indivíduos portadores dessa patologia são evidenciadas não apenas na esfera biológica, mas também na psicológica, na familiar, social ou na econômica, pela possibilidade de agravamento em longo prazo, o que compromete a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência das pessoas.^{3,4}

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo pode ser definida como a relação existente entre a prescrição medicamentosa, após diagnóstico médico, e a mudança de comportamento do portador de hipertensão arterial. A taxa de abandono do tratamento é crescente, conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica, dadas as dificuldades de aderência ao novo estilo de vida, o que contribui para o aumento de complicações cardiovasculares e da taxa de morbimortalidade.⁵

Exercem influência no processo de adesão a cronicidade da doença, a ausência de sintomatologia específica, o surgimento das complicações em longo prazo e a falta de percepção de que o tratamento será por toda a vida.⁶ Esses fatores estão relacionados ao paciente, à doença, à religião, aos hábitos culturais e de vida, ao tratamento, às políticas de saúde, ao acesso e à distância da rede básica de saúde, bem como ao apoio oferecido pela equipe multidisciplinar de saúde.⁷ Além disso, há necessidade de adoção de medidas higiênico-dietéticas e comportamentais que implicam mudanças no estilo de vida.⁴

A não-adesão do cliente ao tratamento anti-hipertensivo tem constituído um grande obstáculo para os profissionais da área de saúde.⁴ Um dos maiores desafios

com relação ao tratamento da hipertensão arterial tem sido o controle ineficaz da pressão arterial e a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, a falta de apoio familiar e multiprofissional, as questões socioeconômicas e as dificuldades de acesso ao serviço de saúde.⁸

Em face do conhecimento desses fatores, os profissionais de saúde devem proporcionar conhecimentos não apenas ao portador de hipertensão arterial, mas também à família, sobre questões relativas à doença, dieta, prática de exercícios físicos e lazer como medida de relaxamento para diminuir o estresse diário, controle da obesidade, sedentarismo, deslipidemias, abandono do tabagismo e redução da ingestão de bebida alcoólica.³ Deve-se considerar o passado cultural, a experiência de vida, o conhecimento sobre o corpo e a patologia do cliente, pois todos apresentam uma história de vida, valores, crenças e práticas familiares que contradizem a visão do profissional de saúde.⁹

Dentre os principais facilitadores para a melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo, destaca-se a educação em saúde abordando a hipertensão arterial e suas características, orientações sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso, cuidados e atenções individualizadas de acordo com as necessidades e o atendimento médico facilitado.⁵

No entanto, a motivação pela aprendizagem é fundamental para o devido esclarecimento sobre os problemas de saúde, exames, procedimentos e possível mudança do estilo de vida e hábitos familiares do indivíduo.¹⁰

Merece destaque o engajamento do cliente quanto ao autocuidado no contexto de vida dele, com o objetivo de aprender sobre a doença, sobre o tratamento em seu cotidiano, tendo como rede de apoio social os familiares e os profissionais de saúde. Portanto, não depende somente do esforço do profissional de saúde.⁸ A participação do enfermeiro na assistência ao paciente hipertenso tem contribuído para melhorar a adesão ao tratamento e o controle da pressão arterial.^{9,11}

Diante do exposto, nosso objetivo com este estudo foi conhecer os fatores dificultadores que levam os portadores de hipertensão arterial da área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) Santos Reis a não aderirem ao tratamento anti-hipertensivo, para que o enfermeiro possa atuar na comunidade em busca de soluções para os problemas de saúde.

METODOLOGIA

A abordagem metodológica adotada para esta pesquisa foi quantitativa, descritiva e os dados foram registrados, classificados e analisados percentualmente. Ainda, para análise, aplicou-se o teste qui-quadrado, com nível de significância de 5% com base nas respostas fornecidas pelos sujeitos. No estudo descritivo, um dos objetivos importantes é a identificação de problemas utilizando métodos analíticos, seguindo áreas de

interesse para investigação. Tem como característica a técnica padronizada de coleta de dados, realizada, principalmente, por meio de questionários e da observação sistemática.¹²

A pesquisa descritiva tem como objetivo descrever as características de determinada população mediante a distribuição por idade, gênero, nível de escolaridade e de renda, estado de saúde física e mental, dentre outros fenômenos, e o estabelecimento de relações entre variáveis. Propomos, também, estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade e as condições de moradia de seus habitantes.¹³

O teste qui-quadrado é utilizado para testar dados relacionados ao número de sujeitos, objetos ou de respostas que se relacionam a diversas categorias, bem como para testar se há diferença significativa entre os dados analisados em cada categoria e um número esperado baseado na hipótese nula.¹⁴

A pesquisa foi realizada nos bairros da cidade de Alfenas-MG, atendidos pelo PSF Santos Reis, no período de abril a outubro de 2007. A população dos bairros da área de abrangência do PSF é constituída por 4 228 sujeitos, dos quais 476 eram cadastrados como portadores de hipertensão arterial. No entanto, 359 sujeitos cadastrados no PSF aceitaram participar voluntariamente deste estudo. Os demais, constituídos por 133 sujeitos, não fizeram parte porque 10 faleceram; 44 mudaram de endereço; 31 optaram por não participar após terem sido esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa; 34 foram excluídos por não terem sido encontrados após a terceira visita domiciliar; 9 relataram que não possuíam o diagnóstico de hipertensão arterial, mesmo constando nos registros; 2 não possuíam condições cognitivas que possibilitassem a participação deles na pesquisa; e 1, por motivo de internação hospitalar em decorrência de aneurisma cerebral.

Durante as visitas domiciliares, constatamos 16 portadores de hipertensão arterial que não estavam cadastrados no PSF, mas que foram incluídos como sujeitos desta pesquisa. Portanto, a amostra em estudo foi constituída por 359 sujeitos, dos quais 108 eram do gênero masculino e 251 do gênero feminino.

O instrumento para coleta dos dados foi validado em portadores de hipertensão arterial do PSF São Carlos, do município de Alfenas-MG, numa amostra constituída por 30 sujeitos para a identificação de problemas que poderiam interferir na aplicação do instrumento na população-alvo. Desse modo, foi possível identificar falhas na compreensão das questões e realizadas correções para adequações dos termos à população em estudo por parte das pessoas entrevistadas.

Os dados foram coletados em visita domiciliar pré-agendada por meio de um formulário, abordando os seguintes aspectos: gênero, idade, raça, estado civil, ocupação, escolaridade, crença religiosa, renda familiar, conhecimento sobre hipertensão arterial, tratamento medicamentoso e não medicamentoso, frequência de consultas médicas, tempo de convivência com a

patologia, prática de atividades físicas e de lazer, outros problemas de saúde, circunferência abdominal e orientações obtidas pelos profissionais de saúde sobre sua patologia e tratamento. Após a entrevista, foi aferida a pressão arterial em uma única vez no braço direito com o uso de um esfigmomanômetro do tipo aneróide da marca BD, posicionado cerca de 2 a 3 centímetros acima da fossa cubital, no braço direito, estando este apoiado na altura do coração, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. O paciente estava sentado com as pernas descruzadas, os pés apoiados no chão, o dorso recostado na cadeira e relaxado, com a bexiga vazia e repouso de pelo menos cinco minutos em ambiente calmo, sem comunicar-se verbalmente durante a aferição.

O estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG) com número do Processo nº 334/2007. Teve como participantes, os sujeitos que concordaram em participar do estudo e que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram tabulados manualmente em números absolutos. Para análise, foram calculados os percentuais e aplicado o teste do qui-quadrado no nível de significância de 5%. Utilizou-se a planilha eletrônica do programa Excel, versão 2003, para o cálculo. Os dados estão apresentados sob forma de gráficos e tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se o predomínio da hipertensão arterial no gênero feminino, correspondendo a 251 sujeitos (69,92%) em relação ao gênero masculino, 108 sujeitos (30,08%). No que se refere à faixa etária, a partir dos 51 anos de idade, constatou-se que a HA é predominante no sexo feminino, com 196 sujeitos (54,60%) em relação ao sexo masculino com 93 sujeitos (25,90%). Isso pode ser atribuído à maior demanda, por parte das mulheres, em procurar o serviço de saúde em todas as faixas etárias e, principalmente, à falta de ação estrogênica, ou à ação androgênica na pós-menopausa ou à maior prevalência de obesidade ou sobrepeso.^{1,15}

Com base no vínculo familiar, 77 homens (71,30%) e 141 mulheres (56,17%) eram casados. Em relação à crença, 306 (85,24%) eram católicos.

Quanto à raça, foi predominante a parda, representada por 187 (52,09%) e 106 (29,53%) a branca conforme classificação da coloração da pele realizada pelo IBGE.¹⁶

Quanto ao perfil social, verificou-se baixo nível de escolarização: 267 (74,4%) dos entrevistados relataram que tinham o ensino fundamental incompleto e 51 (14,20%) que eram analfabetos (TAB. 1). Segundo a literatura, o baixo nível educacional pode ser um fator que dificulta a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, uma vez que esse fator dificulta a compreensão das informações.^{17,18}

TABELA 1 – Grau de escolaridade dos portadores de HA do PSF Santos Reis do município de Alfenas-MG, em 2007

Escolaridade	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Analfabeto	14	12,96	37	14,74
Fundamental incompleto	84	77,78	183	72,91
Fundamental completo	3	2,78	8	3,19
Ensino Médio incompleto	3	2,78	4	1,59
Ensino Médio completo	3	2,78	13	5,18
Superior incompleto	1	0,92	0	0
Superior completo	0	0	6	2,39
Total	108	100	251	100

Quanto à renda familiar constatou-se uma amostra de baixo poder aquisitivo: 314 sujeitos (87,47%) possuíam renda familiar inferior a um salário mínimo. Em relação às ocupações, verificou-se o predomínio entre os homens de 65 (60,18%) “aposentados” e entre as mulheres, 101 (40,24%) “do lar” e 85 (33,86%) “aposentadas”. Esses dados merecem destaque, pois a inatividade relatada pela maioria dos homens, associada ao baixo poder aquisitivo, pode contribuir para a baixa auto-estima, diferentemente das mulheres, que não desvincularam sua ocupação das atividades do lar.

A prevalência de hipertensão arterial é inversamente proporcional à escolaridade e à renda, isto é, quanto maior o grau de instrução e capacidade econômica, menor a incidência, dado o maior nível de cuidados com a saúde.⁵

Quanto ao tempo de diagnóstico da HA, constatou-se que em 225 sujeitos (62,67%) a descoberta da patologia foi há menos de 11 anos. De modo geral, pode-se considerar recente a convivência desses sujeitos com a hipertensão arterial sistêmica. A taxa de abandono e a falta de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso é proporcional ao tempo de convívio com a patologia e o tempo decorrido após o início da terapêutica.⁵

Ao serem interrogados sobre a presença de sinais ou sintomas antes do diagnóstico da patologia, 50 homens (46,30%) declararam que tinham apresentado sinais ou sintomas. Essas manifestações motivaram 40 deles (80%) a procurar assistência médica e 10 (20%) buscaram assistência em algum serviço de saúde. Enquanto 144 mulheres (57,37%) apresentaram sinais ou sintomas, 112 das quais (77,78%) procuraram assistência médica. À análise pelo teste de qui-quadrado, no nível de significância de 5% ($X^2 = 3,73$), constatou-se que não ocorreu discrepância entre os sexos em relação à presença; de sintomatologia. Dentre os sintomas mencionados, os mais citados foram dor de cabeça e tontura. Por outro lado, 165 sujeitos (45,96%) da amostra não apresentaram sinais ou sintomas antes

do diagnóstico da hipertensão arterial. Isso pode ser justificado pela característica assintomática da doença.¹⁹

Quanto aos dados antropométricos relacionados à circunferência abdominal, certificou-se que, em 207 mulheres (82,8%) e em 45 homens (41,67%), as medidas superaram as referências preconizadas para ambos os sexos. De acordo com a literatura, os níveis para a circunferência da cintura devem ser inferiores a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres. O ganho de peso e o aumento da circunferência abdominal são índices prognósticos importantes de hipertensão arterial, na qual a obesidade central é considerada imprescindível indicador de risco cardiovascular aumentado, ao contrário da análise da adiposidade total apenas. Indivíduos normotensos que, no decorrer do tempo, apresentam obesidade central tendem a ter maior incidência de hipertensão arterial.⁵

Em relação às conseqüências decorrentes da hipertensão arterial, 205 (57,10%) desconheciam as complicações advindas dos níveis pressóricos elevados, o que pode ser comprovado ao avaliar as doenças informadas sem correlação com a hipertensão arterial. Das complicações mais conhecidas entre os sujeitos, 79 (22%) foram o derrame cerebral e o infarto e apenas uma pequena parcela – 7 (1,95%) – mencionou as complicações renais.

Detectar e tratar da hipertensão arterial precocemente e aderir ao tratamento são fundamentais para prevenir às complicações advindas da falta de controle dos fatores de risco.²⁰ Ao avaliar o conhecimento dos participantes sobre o significado da hipertensão arterial, verificou-se o desconhecimento dos sujeitos sobre o problema. Um (0,92%) do sexo masculino com ensino fundamental incompleto e nove (3,59%) do sexo feminino, cinco (55,56%) com ensino médio completo e quatro (44,44%) com ensino fundamental incompleto relataram que a hipertensão arterial “seria a força que o sangue exerce sobre a parede dos vasos sanguíneos”. Os demais, representados por 349 sujeitos (97,21%), afirmaram conceitos vagos e errados.

Ao serem investigados sobre as orientações recebidas pelos profissionais de saúde, verificou-se que 176 sujeitos (49,03%) relataram que não tinham recebido orientação e 183 (50,97%) disseram ter recebido. Desses, 160 (87,43%) informaram que tiveram orientações médicas; 18 (9,84%), de enfermagem; e 5 (2,73%), de outros profissionais. As orientações mencionadas com maior frequência foram “reduzir o sal”, “fazer atividade física”, “não consumir alimentos gordurosos”, “tomar medicação conforme prescrição médica”.

Quando interrogados sobre o que gostariam de saber sobre a temática, verificou-se: “se tem pressão por causa do coração”, “explicar mais sobre a pressão”, “o que faz dar a pressão”, “falar sobre os medicamentos e hipertensão arterial”, “até quando vai tomar o remédio”, “se bebida influencia o remédio”, “se quando se bebe deve tomar a medicação”, sobre alimentação, e “se atividade forçada prejudica ou não”.

A discrepância entre ter informações e conseguir controlar os níveis pressóricos elevados traduz a diferença entre ter conhecimento e aderir. O conhecimento é racional, enquanto a adesão é um processo complexo que envolve questões psicossociais e econômicas.²¹

Em relação ao acompanhamento desses sujeitos por meio de programa de saúde, 49 (13,35%) afirmaram que participam e 310 (86,35%), não. Ao analisar esse acompanhamento entre os gêneros, verificou-se que não houve diferença ($X^2=0,18$) no nível de significância de 5% entre eles. Dentre as atividades desenvolvidas pelo programa, destacaram-se: 12 (24,49%) – caminhada de hipertensos pelo PSF; 24 (48,98%) – reuniões de hipertensos no PSF; 11 (22,45%) – caminhadas e reuniões no PSF; e 2 (4,08%) – outros programas não relatados. Os dados revelaram que uma pequena parcela dos portadores de hipertensão arterial é acompanhada pelos profissionais de saúde.

A educação em saúde não deve ser apenas informativa, e, sim, levar os usuários a refletir sobre as condições de vida deles, para que possam perceber a saúde como um direito social.²² Constatou-se, neste estudo, a necessidade de maior envolvimento dos enfermeiros no processo educativo e a necessidade de definir as estratégias educativas de forma a integrar o portador de hipertensão arterial ao conhecimento da HA e às complicações decorrentes da não-adesão.

A assiduidade dos portadores de hipertensão arterial aos encontros e às consultas desenvolvidos por uma unidade de saúde é um fator relevante na adesão ao tratamento e na redução dos níveis tensionais. Isso proporciona motivação individual, propiciando melhor monitoração dos níveis pressóricos, além de estabelecer maior acesso a informações que auxiliam na adesão.²³

Essas constatações demonstraram maior relevância, ao considerar que o percentual de utilização do Sistema

Único de Saúde (SUS) equivale a 299 (83,29%) em oposição, 27 (7,52%) das consultas realizadas por meio de convênios; 21 (5,85%) particulares; 4 (1,11%) por convênio e SUS; 5 (1,39%) por particular e SUS; 1 (0,28%) por particular e convênio; e 2 (0,56%) não fazem consultas. Observou-se maior prevalência entre os intervalos das consultas médicas para o controle da hipertensão arterial entre dois a sete meses.

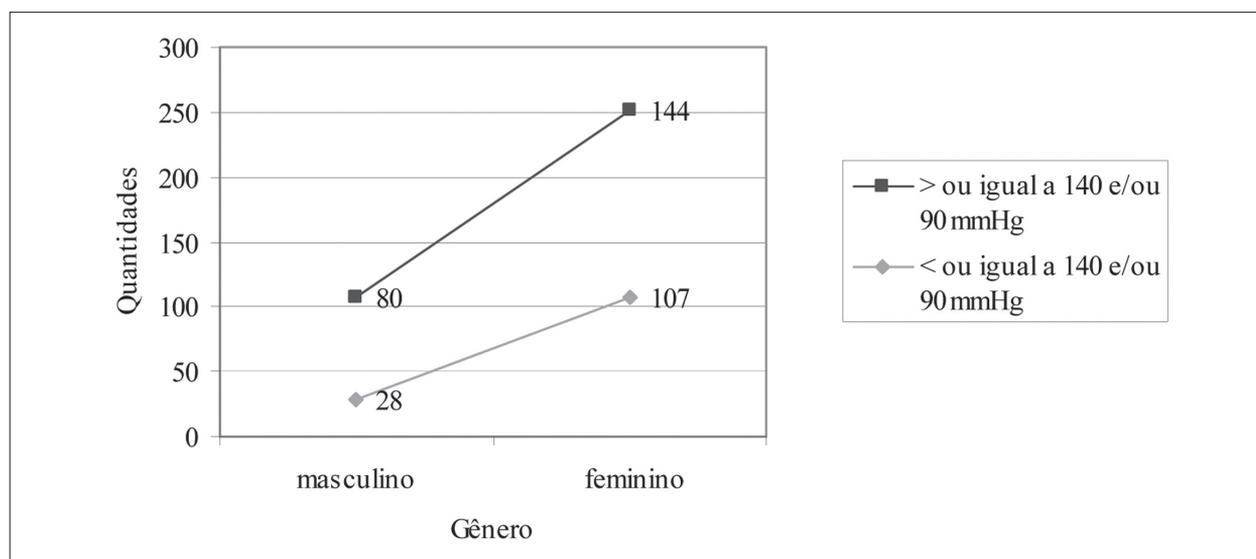
Associa-se, ainda, o fato de que, entre os que referiram utilizar o SUS, 166 (55,52%) afirmaram que o tempo de espera nas unidades básicas de saúde para a marcação de consultas foi menor do que sete dias a um mês, 131 (43,81%) de dois a sete meses e 2 (0,67%) não souberam informar. Dos que realizaram consultas por convênio, 20 sujeitos (74,07%) relataram que o tempo seria inferior ou igual a sete dias, o que também condiz para as particulares; 20 (95,24%), convênio e SUS; 2 (50%) utilizaram o atendimento particular e o SUS; 1 (20%) particular; e 1, convênio (100%).

Em relação à qualidade do atendimento apontado pelos portadores de hipertensão arterial que utilizam o SUS, 38 (12,71%) disseram que era ótimo; 208 (69,56%), bom; 38 (12,71%), regular; e 15 (5,02%), um péssimo atendimento oferecido pelo sistema público de saúde.

Esses dados despertaram nossa atenção, pois constatamos, pelo baixo poder aquisitivo da amostra em estudo, a dependência do SUS para o atendimento, tratamento e acompanhamento do problema.

No que se refere às cifras pressóricas, verificou-se que 224 (62,40%) apresentaram níveis pressóricos elevados; desses, 80 (35,71%) compreendidos pelo sexo masculino e 144 (64,29%) pelo feminino (GRAF 1). Pelo teste de qui-quadrado, foi significativa a diferença entre os sexos ($X^2= 8,98$), com o predomínio dos níveis pressóricos elevados para o sexo feminino.

GRÁFICO 1 – Distribuição dos níveis pressóricos obtidos em visita domiciliária dos sujeitos participantes do estudo do PSF Santos Reis do município de Alfenas-MG, 2007



Para clientes não aderentes, ao detectarem elevação na pressão arterial pode ocorrer estímulo que aumente a motivação individual no intuito de conduzir ou propiciar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Faz-se necessário, ainda, o treinamento após o monitoramento do paciente para verificar a forma adequada de estar aferindo a pressão arterial e orientá-lo a buscar freqüentemente o serviço de saúde para o mesmo objetivo.²³

Em relação ao tratamento medicamentoso, 349 (97,21%) faziam uso da medicação; desses, 283 (81,08%) informaram que tomavam a medicação diariamente, em 224 (62,40%), porém, os níveis pressóricos apresentaram-se elevados. Os demais, representados por 15 (4,30%), tomavam medicação quando a pressão estava alta; 6 (1,72%) tomavam quando tinham sintomas; 39 (11,18%) às vezes esqueciam de tomar os remédios; 5 (1,43%) tomavam em dias alternados; 1 (0,29%) relatou que só tomava quando morria alguém de hipertensão arterial; 1 disse que tomava a medicação diariamente, mas não sabia o nome do remédio; 10 (2,79%) mencionaram não fazer o uso da medicação prescrita pelo médico, sendo que as justificativas mais citadas pelas mulheres foram: "Parei por conta própria"; "Não tomo o remédio porque acho que minha pressão não é alta"; "Não faço tratamento medicamentoso, só controlo com a alimentação"; "Não gosto de tomar remédio, não me considero hipertensa".

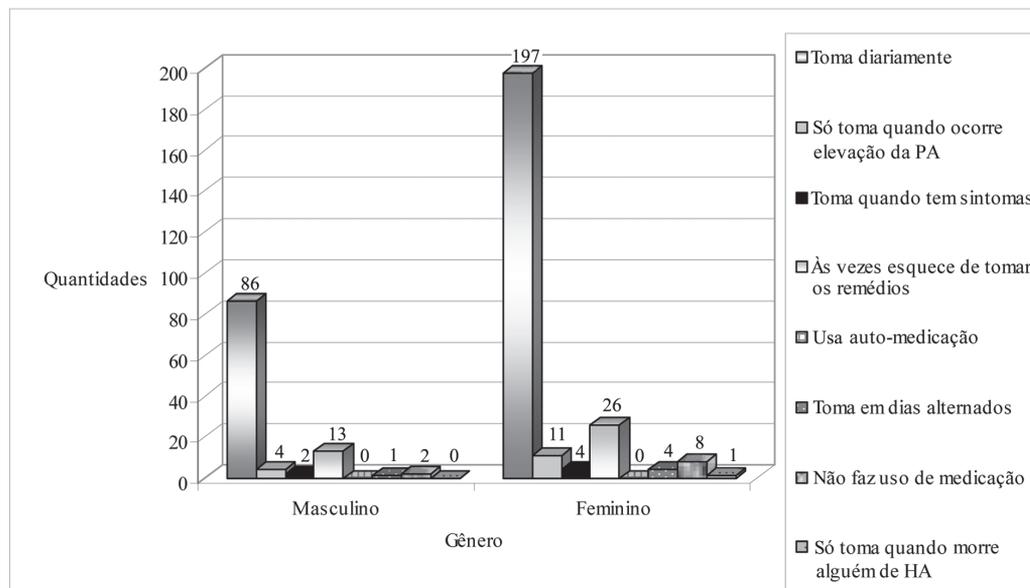
As medicações mais utilizadas entre as mulheres foram: 132 (52,59%) diuréticos tiazídicos; 120 (47,80%) inibidores da ECA; 77 (30,68%) inibidores adrenérgicos betabloqueadores; e 49 (19,52%) bloqueadores dos canais de cálcio. Entre os homens, 63 (58,33%) inibidores da ECA; 50 (46,30%) diuréticos tiazídicos; 34 (31,48%) bloqueadores do canal de cálcio; e 28 (25,92%) inibidores adrenérgicos betabloqueadores. Dentre as medicações mais utilizadas em ambos os gêneros estão o captopril, propranolol e hidroclorotiazida, por serem distribuídos pelo SUS, por intermédio do programa *Hiperdia*.

Quanto à aquisição da medicação, 226 (64,76%) adquiria pelo SUS; 79 (22,64%) compravam porque os fármacos prescritos não eram fornecidos pelo SUS; 43 (12,32%) pelo SUS e compravam quando não havia disponibilidade nos serviços de saúde; e 1 (0,28%) não soube informar. É importante observar que uma parcela dos sujeitos adquiria a medicação por conta própria. Esse fato, associado às condições econômicas relatadas, pode corroborar para a não-adesão ao tratamento. A dificuldade de acesso ao serviço, às orientações, ao conhecimento e ao tratamento não gratuito são fatores que influenciam na continuidade do tratamento.²³

Após a descoberta do diagnóstico hipertensivo, é importante que ocorra a mudança de comportamento. Para isso, é necessário que haja orientação de forma a conscientizar a população sobre a importância do uso contínuo da medicação e de que esta será por toda a vida.³

Conforme representado no GRAF 2, 349 (97,21%) faziam uso da medicação; desses, 283 (81,08%) informaram que tomavam a medicação diariamente. Esses dados merecem destaque, pois 224 (62,40%) apresentaram níveis pressóricos elevados. Portanto, não se sabe se realmente era usada a medicação ou se o fármaco prescrito não estava produzindo os efeitos necessários. Os demais, representados por 15 (4,30%); tomavam quando a pressão estava alta; 6 (1,72%) tomavam quando tinham sintomas; 39 (11,18%) às vezes esqueciam de tomar os remédios; 5 (1,43%) tomavam em dias alternados, 1 (0,29%) relatou que só tomava quando morria alguém de hipertensão arterial; e 10 (2,79%) indivíduos mencionaram que não faziam uso da medicação prescrita pelo médico, sendo que as justificativas mais reveladas pelas mulheres foram: "Parei por conta própria"; "Não tomo o remédio porque acho que minha pressão não é alta"; "Não faço tratamento medicamentoso, só controlo com a alimentação"; "Não gosto de tomar remédio, não me considero hipertensa". Um dos participantes disse que tomava a medicação diariamente, mas não sabia o nome dos remédios.

GRÁFICO 2 – Distribuição do gênero masculino e feminino em relação ao uso do tratamento medicamentoso entre os portadores de hipertensão arterial do PSF Santos Reis do município de Alfenas-MG, em 2007



Ao serem questionados sobre a presença de efeitos colaterais, apenas 43 (12,32%) responderam sobre a presença de efeitos, a saber: "dor de cabeça", "tontura", "dor de estômago", "fraqueza", "cãibra", "tosse", "aumento da diurese". Os intensos efeitos colaterais, quando existentes, fazem com que os portadores de hipertensão arterial associem o tratamento medicamentoso à piora da qualidade de vida, o que pode ocasionar a descontinuidade da adesão. É necessário que os sujeitos recebam orientações com o objetivo de detectar e controlar as reações adversas muitas vezes inevitáveis.²³

A dificuldade em adaptar-se ao horário da medicação não foi significativa entre homens e mulheres ($X^2=2,68$); apenas 75 (21,49%) disseram ter tido alguma dificuldade. As mais citadas foram: "Não consigo tomar no horário certo"; "Os agentes de saúde separam os remédios fazendo desenhos de sol e lua para separar os horários"; "Tenho dificuldade de tomar no horário que o médico falou"; "Embalagens iguais confundem"; "Às vezes me esqueço de que já tomei os remédios e tomo de novo"; "Esqueço de tomar porque são muitos remédios"; "Não tomo o dá noite, pois urino muito"; "Esqueço de tomar um remédio, pois tenho que tomar duas vezes ao dia"; "Quando vou sair não tomo o diurético".

Dos pacientes que faziam uso da medicação anti-hipertensiva representados por 349 sujeitos (97,21%), 11 (3,15%) recebiam a medicação de cuidadores e 1 (0,29%), durante a entrevista, relatou ser analfabeta e não ter recebido qualquer tipo de orientação pela equipe do PSF.

No que se refere ao tratamento não medicamentoso, é imprescindível que ocorra um processo de aceitação e adaptação a um novo estilo de vida. Os pacientes, na sua maioria, associam o tratamento a alterações problemáticas no cotidiano, como restrições alimentares, atividades físicas, lazer e trabalho.²³

Quanto aos hábitos alimentares, 268 (74,65%) relataram que consumiam frutas; 331 (92,20%), verduras; 202 (56,27%), legumes; 358 (99,72%), leguminosas; 270 (75,21%), açúcar; 98 (27,30%), adoçante; 3 (0,84%) não consumiam adoçante e açúcar; e 355 (98,88%), carne. É possível um padrão de alimentação mencionado com renda familiar de um salário mínimo? Ao analisar a frequência alimentar, 36 (10,03%) disseram que faziam duas refeições por dia; 163 (45,40%), três refeições; e 160 (44,57%), quatro ou mais refeições ao dia.

Em relação ao consumo de sal diário, esse dado foi obtido pela quantidade de sal utilizada e o número de familiares residentes no domicílio. Constatamos que 203 (56,55%) consumiam mais de seis gramas de sal/dia/pessoa e 48 (13,36%) não souberam informar.

O hábito alimentar dos portadores de hipertensão arterial deve estar baseado no uso moderado de sal, dando preferência a temperos naturais; na redução de alimentos hipercalóricos, substituindo-os por carboidratos complexos, frutas e alimentos ricos em fibras; bebidas não cafeinadas e adoçantes não calóricos.

Deve-se optar por alimentos com baixo teor de gordura como os assados, crus e grelhados, tendo como base um plano alimentar que considere uma alimentação saudável, o controle do peso corporal, as preferências pessoais e o poder aquisitivo do indivíduo/família.⁵

Quanto ao consumo de bebida alcoólica, 26 homens (24,07%) consumiam bebida alcoólica e 82 (75,93%) não faziam uso dela, sendo que, desses, 21 (25,60%) pararam de beber. Para o sexo feminino, 32 (12,75%) consumiam bebida alcoólica, 219 (87,25%) não faziam uso dela, sendo que, destas, duas (0,91%) haviam parado de beber. Pelo teste de qui-quadrado, ($X^2=7,15$) no nível de significância de 5%, verificou-se o predomínio dos homens para o consumo de bebida alcoólica.

Ainda com relação aos hábitos etílicos, cinco homens (19,23%) relataram: "Não tomo a medicação quando tomo a bebida nos finais de semana".

Recomenda-se o consumo máximo de até 30g/dia de etanol para homens, o que equivale a, aproximadamente, duas latas ou uma garrafa de cerveja, uma taça de 300 ml de vinho e duas doses de 50 ml de aguardente e 15g/dia para mulheres ou indivíduos de baixo peso.⁵

O hábito de fumar foi evidenciado em 21 homens (19,44%) e 33 mulheres (13,15%) do total de participantes, o que revela uma diferença significativa entre os sexos ($X^2=42,32$), preponderante para o sexo feminino. Entre os fumantes, 33 (61,11%) tentaram parar, mas não conseguiram e 12 (22,22%) disseram que nunca tentaram parar.

Ao verificar a prática de atividade física, 149 sujeitos (41,50%) praticavam algum tipo de exercício, sendo que 57 (52,78%) eram do gênero masculino e 92 (36,65%) do feminino. Mesmo havendo o predomínio das mulheres que não praticavam exercício, a maioria desenvolvia atividades no lar, não podendo ser, portanto, consideradas sedentárias. Constatou-se que os homens praticavam mais atividades físicas pela análise do teste de qui-quadrado ($X^2=8,09$).

Os efeitos fisiológicos do exercício físico, advindos da prática regular, recomendada aos portadores de hipertensão arterial, são responsáveis pela redução da pressão arterial sistólica/diastólica em 6,9/4,9 mmHg, mesmo em associação ao uso do tratamento medicamentoso.⁵

Quanto ao controle do estresse psicoemocional no dia-a-dia, 101 mulheres (40,24%) afirmaram que ficavam nervosas com facilidade, enquanto 38 homens (35,18%) às vezes ficavam nervosos.

Constatou-se pelo teste do qui-quadrado uma diferença significativa entre as atividades de lazer e os gêneros ($X^2=48,56$), com predomínio das mulheres que realizavam alguma atividade de lazer. Essas práticas concorrem para reduzir o estresse, o que colabora para a diminuição dos níveis pressóricos.

Diante da percepção dos indivíduos sobre os benefícios esperados com o tratamento medicamentoso e não medicamentoso da hipertensão arterial, constatou-se

que 67 (18,66%) dos pacientes esperavam a cura e 90 (25,07%) a melhora. Verificou-se que 157 (43,76%) dos sujeitos desconheciam que a HA é uma doença crônica e que não é possível obter a cura, enquanto 137 (38,16%) relataram que controlavam a pressão arterial e 88 (24,51%), prolongação da vida. Já a maioria afirmou o devido controle da HA, minimizando o aparecimento das complicações e concorrendo para a melhor qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Este estudo nos permitiu concluir que a hipertensão arterial é predominante no gênero feminino, em mulheres casadas, católicas, com ocupação do lar, baixo nível de escolaridade, com renda familiar de até três salários mínimos, portadoras de obesidade centrípeta e submetidas ao tratamento predominantemente farmacológico. No que se refere à aquisição das medicações, estas eram adquiridas pela maioria dos sujeitos pelo SUS. Demonstraram desconhecimento em relação à patologia e as complicações decorrentes da hipertensão arterial. Quanto aos hábitos de vida, constatou-se o consumo de bebida alcoólica, o hábito tabáquico e a realização de atividade física

foi predominante no gênero masculino, enquanto as atividades de lazer foi comum no gênero feminino.

Os grandes desafios referem-se ao cumprimento adequado das medicações, às necessidades de mudanças de comportamento dos sujeitos, incorporando as medidas não farmacológicas no cotidiano de vida, principalmente no tocante ao consumo de sal, a realização de atividades físicas e de lazer.

Sugerimos como possibilidades para melhoria no processo de adesão ao tratamento à implementação de processos educativos que atendam às necessidades dos sujeitos, as orientações para uso de temperos alternativos visando à redução do sal, a inserção do sujeito em programas para a redução do consumo de bebida alcoólica e o abandono do hábito tabáquico, o acompanhamento pela família e pelos profissionais de saúde quanto ao tratamento farmacológico, visando maior conscientização e interesse pelo autocuidado. Faz-se necessário, também, acompanhar os sujeitos para o uso correto da medicação; propiciar o atendimento do portador de hipertensão arterial no SUS, principalmente no tocante a aquisição de medicações hipotensoras; e o comprometimento dos profissionais de saúde no acompanhamento e na implementação dos processos educativos.

REFERÊNCIAS

1. Fortes AN, Lopes MVO. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa unidade básica de atenção à saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2004 jan./mar; 13(1):26-34.
2. Rosa EC, Kohlmann OJR. Terapêutica na hipertensão resistente. *Rev Bras Hipertens.* 2005; 8(2):67-71.
3. Bastos DS, Borenstein MS. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um centro municipal de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2004 jan./mar; 13 (1):92-5.
4. Rocha LA, Silva LF. Viver com hipertensão arterial: modo adaptativo fisiológico e necessidade de educação em saúde. *Rev Paul Enferm.* 2004 abr./jun; 23 (2): 144-52.
5. Sociedade Brasileira de Hipertensão. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: SBH; 2006.
6. Pierin AMG, Strelac MAAM, Júnior DM. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole; 2004. p. 275-89.
7. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Olanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm.* 2005 jul./set;14 (3): 332-40.
8. Faé AB, Oliveira ERA, Silva, LT, Cadé, NV, Mezadri, VA. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Enferm UERJ.* 2006 jan./mar; 14(2): 32-6.
9. Giorgi DMA. Estudo sobre algumas variáveis que influenciam a aderência ao tratamento em hipertensão. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1989.
10. Dilly CML, Jesus MCP. Processo educativo em Enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional. São Paulo: Robe Editorial; 1995. 101p.
11. Pierin AMG. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório: estudo sobre problemas, dificuldades e modificações decorrentes da doença e tratamento. *Rev Esc Enferm USP.* 1988; 22:274-83.
12. Estrela C, Andrade MM. Metodologia científica. São Paulo: Artmed; 2001.
13. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas; 1999.
14. Siegel S, Castellan Júnior NJ. Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
15. Plavnik FL, Rosa EC, Júnior OK. Hipertensão arterial sistêmica na mulher. *Rev Bras Med.* 2007 mar; 64 (3):88-94.
16. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. IBGE divulga estudo especial da PME sobre cor ou raça, 2006 set [Citado em 2008 out 27]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=737.
17. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2007 abr./jun;16 (2):263-70.
18. Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta Paul Enferm.* 2005 jul./set; 18(3):269-75.

19. Peres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev Saude Publica. 2003 out; 37(5):635-42.
20. Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. Rev Latino-am Enferm. 2002 maio/jun; 10(3):415-22.
21. Fuchs SC, Castro MS, Fuchs FC. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise das evidências. Rev Bras Hipertens. Porto Alegre 2004; 7(3): 90-3.
22. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde: no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. Texto Contexto Enferm. 2007 abr./jun; 16(2):233-8.
23. Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Rev Eletr Enferm. 2006 ago. 8(2) [Citado em 2008 fev 12]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm.

ANEXO A – FORMULÁRIO

Identificação: Nome: _____

Gênero: () masculino () feminino

Idade: _____ Raça: _____ Estado civil: _____ Ocupação: _____ Crença religiosa: _____

Escolaridade:

() analfabeto () fundamental incompleto () fundamental completo () ensino médio incompleto () ensino médio completo
() superior incompleto () superior completo

Renda familiar:

() < 1 salário mínimo () 1 a 3 salários mínimos () 4 a 6 salários mínimos () 7 a 9 salários mínimos () acima de 9 salários mínimos

1) Há quanto tempo você convive com a hipertensão arterial?

() ≤ 5 anos () 6 a 11 anos () 12 a 17 anos () 18 a 23 anos () 24 a 29 anos () 30 a 35 anos () ≥ 36 anos.

Apresentou algum sinal ou sintoma? () sim () não

2) O que fez após apresentar os sintomas?

() Procurou assistência médica () Tomou alguma medicação () Procurou algum serviço de saúde () Outros

3) Você sabe o que é hipertensão arterial?

() Sim () Não

4) Qual as conseqüências da hipertensão arterial?

() Derrame () Infarto agudo do miocárdio () Insuficiência renal () Outros () Não sabe

5) Qual é o intervalo das consultas médicas para o controle da hipertensão arterial?

() 15 dias a 1 mês () 2 a 4 meses () 5 a 7 meses () 8 a 10 meses () ≥ 11 meses

() Consulta particular () Convênio () SUS

6) Qual é o tempo de espera nas unidades básicas de saúde para a marcação de consultas?

() ≤ 7 dias () 8 a 15 dias () 16 a 1 mês () 2 a 6 meses () ≥ 7 meses

Atendimento: () péssimo () regular () bom () ótimo

7) Qual é a freqüência da aferição da pressão arterial?

() ≤ 7 dias () 8 a 15 dias () 16 dias a 1 mês () 2 a 6 meses () ≥ 7 meses

8) Tem aparelho em casa para aferir a pressão arterial? () Não () Sim. Se tiver, qual é o tipo?

() Digital () Analógico. De quanto em quanto tempo promove a aferição? () 1 a 7 dias () 8 a 14 dias () 15 a 21 dias () ≥ 22 dias

9) Você tem outro problema de saúde?

() Problemas cardíacos () Distúrbios pulmonares () Distúrbios gastrintestinais
() Distúrbios visuais () Distúrbios endócrinos () Alterações osteomusculares
() Alterações psíquicas () Alterações neurológicas () Outros

10) Uso de medicamentos:

– Quais?

– Possui efeitos colaterais? Quais?

– Tem alguma dificuldade em relação a adaptar-se ao horário da medicação?

– Onde os adquire?

() Toma diariamente () Só toma quando ocorre elevação da pressão arterial () Toma quando tem sintomas

() Às vezes se esquece de tomar os remédios () Usa de automedicação. Qual?

11) Como é a sua dieta/alimentação?

() frutas () verduras () legumes () carnes () leguminosas () açúcar () adoçante

12) Qual o tipo de carne que consome?

() Aves () Peixes () Carne suína () Carne bovina () Gordas () Magras

- 13) Frequência: () uma refeição () duas refeições () três refeições () \geq quatro refeições
- 14) Sua alimentação é preparada separadamente? () Sim () Não
- 15) Quantas pessoas fazem refeições em casa?
- 16) Qual é o consumo mensal de sal na sua casa?
- 17) Qual é a frequência diária com que consome produtos contendo cafeína? Exemplo: café e Coca-Cola
() Baixo consumo; até 3 xícaras de 50ml () Consumo médio; de 4 a 10 xícaras de 50 ml
() Autoconsumo; mais que 10 xícaras de 50 ml.
Se Coca-Cola, quantos copos de 250 ml por semana? () 1 a 3 copos () 4 a 6 copos () 7 a 9 copos () \geq 10 copos
- 18) Ingere bebida alcoólica? Há quanto tempo? Qual a quantidade e tipo de bebida ingerida? Tentou alguma medida para parar?
- 19) Tem o hábito de fumar? Quantos cigarros por dia? Há quanto tempo é tabagista? Tentou alguma medida para abandonar o tabagismo?
- 20) Pratica algum tipo de atividade física?
() Não () Sim () Caminhada () Futebol () Hidroginástica () Outros
Frequência semanal:
- 21) Pratica atividade de lazer? Qual a frequência semanal e o tipo?
- 22) Recebeu orientações sobre a hipertensão arterial?
() Não () Sim. Quem o(a) orientou? () Médico () Enfermeiro(a) () Outros
Quais foram às orientações que recebeu?
- 23) Quem o(a) orientou diz tudo o que você gostaria de saber? () Sim () Não
Se a resposta for negativa, o que você gostaria de saber?
- 24) Fez ou faz algum acompanhamento por meio de algum programa de saúde?
() Não () Sim. Qual?
- 25) Quais os benefícios que espera ter com o tratamento?
() Controle da PA () Cura () Melhora () Prolongar a vida () Outros
- 26) Como é o seu dia-a-dia?
() Fica nervoso(a) com facilidade () Às vezes fica nervoso(a) () Fica nervoso(a) com facilidade, mas quer modificar o comportamento
() Fica nervoso(a) com muita facilidade, mas diz saber que faz mal para a saúde () Afirma ter cuidado extremo com o nervosismo

Medida da circunferência abdominal:

Valor pressórico obtido na visita domiciliar:

Data de submissão: 6/8/2008

Data de aprovação: 11/11/2008