

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NO PSF GUARITÁ, ITAPERUNA-RJ.

Raphael Laiber BONADIMAN¹; Samuel Laiber BONADIMAN² & Denise Aparecida da SILVA³

¹ Farmacêutico graduado pela Universidade Iguazu, Campus V – Itaperuna/RJ, endereço eletrônico para correspondência: rbonadiman@hotmail.com

² Farmacêutico graduado pela Universidade Iguazu, Campus V – Itaperuna/RJ, endereço eletrônico para correspondência: samucabonadi@hotmail.com

³ Professora de Farmacodinâmica e farmacocinética I e II do Curso de Farmácia, UNIG-Campus V, Itaperuna/RJ, endereço eletrônico para correspondência: dearasp@yahoo.com.br

RESUMO

Foi realizada uma pesquisa durante os meses de agosto e setembro de 2010, com 108 pacientes hipertensos atendidos no PSF (Programa Saúde da Família) Guaritá, localizado no bairro Vinhosa, no município de Itaperuna, estado do Rio de Janeiro. O objetivo do estudo foi verificar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso nos quadros de hipertensão arterial bem como avaliar os níveis pressóricos dos pacientes. Os resultados indicaram que 63,9% dos pacientes não seguem dieta alimentar específica para hipertensão arterial e 75% dos pacientes não praticam exercícios físicos. Em relação ao tratamento medicamentoso, o anti-hipertensivo mais utilizado foi a hidroclorotiazida, presente no tratamento de 63,9% dos pacientes avaliados, seguido do captopril (61,1% dos pacientes), propranolol (27,8%), dentre outros prescritos para menos de 25% dos pacientes. A avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso indicou que 69,4% dos pacientes apresentam adesão plena, 17,6% relataram omissão de doses e apenas 13% relataram não adesão ao tratamento. Um total de 87,9% dos pacientes apresentou níveis pressóricos acima dos limites de normalidade. De acordo com os resultados pode-se concluir que os pacientes possuem alta adesão ao tratamento farmacológico e baixa adesão ao tratamento não farmacológico, o que pode ser responsável pela dificuldade de controle dos níveis da pressão arterial.

Palavras chave: hipertensão arterial, anti-hipertensivos, adesão ao tratamento.

ABSTRACT

A research was carried out during the months of August and September of 2010 with 108 hypertensive patients in the Guaritá HPF (Family Program Health) in the Vinhosa quarter, in the Itaperuna City, Rio de Janeiro State. The objective of the study was to verify adherence degree of the treatment with medicines and through complementary measures in cases of hypertensive patients as well as evaluating their arterial pressure. The results had indicated that 63.9% of the patients do not follow specific alimentary diet for arterial hypertension and 75% of the patients do not practice physical exercises. In relation to the medicine treatment, hydrochlorothiazide was the antihypertensive more used, present in the treatment of 63.9% of the evaluated patients, followed of the captopril (61.1% of the patients), propranolol (27.8%), amongst others prescribed for less than 25% of the patients. The evaluation of the adherence to the medicine treatment indicated that 69.4% of the patients present full adherence, 17.6% affirmed omission of doses and only 13% not adherence to the treatment. A total of 87.9% of the patients presented arterial pressure levels above of the normality limits. In accordance with the results can be concluded that the patients possess

high adhesion to the pharmacological treatment and low adhesion to the not pharmacological treatment, what can be responsible for the difficulty of the arterial pressure control levels.

Keywords: arterial hypertension, antihypertensive, adhesion to the treatment.

1 - Introdução

A hipertensão arterial (HA) é um problema de saúde comum que pode ter consequências devastadoras, sendo frequentemente assintomática e designada por diversos autores como uma doença silenciosa, permanecendo assim até uma fase tardia de sua evolução, associando-se ao aumento dos riscos de eventos cardiológicos patológicos (Kumar et al., 2005). Caracteriza-se como uma doença crônica com elevada prevalência apresentando elevado custo econômico-social devido às suas complicações, o que gera grande impacto na morbimortalidade mundial (Corrêa et al., 2006). A doença atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros, sendo que metade deste percentual desconhece sua patologia por serem assintomáticos, constituindo um grupo importante de risco para patologias como doenças coronarianas, acidentes vasculares e cerebrais, insuficiência cardíaca e vascular periférica e insuficiência renal (Ferrais; Buglia, 2001; Almeida; Lopes, 2003). De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010) o hipertenso é todo indivíduo que possui valores pressóricos ≥ 140 mmHg para a pressão arterial sistólica e/ou ≥ 90 mmHg para a pressão arterial diastólica em medidas de consultório, sendo o diagnóstico validado por medidas repetidas da pressão arterial em condições favoráveis, pelo menos em três ocasiões. Uma revisão sistemática quantitativa para detecção de casos de HA, considerando valores pressóricos $\geq 140/90$ mmHg, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres. Com uma alta prevalência, a HA constitui um dos maiores problemas de saúde pública em países desenvolvidos e em muitos países emergentes. A adoção de hábitos de vida saudáveis pela população em geral é essencial para a prevenção do desenvolvimento de hipertensão arterial sendo indispensável como parte do tratamento. Dentre as mudanças que devem ocorrer na vida de um hipertenso, estão a redução do peso corporal, a dieta hipossódica e balanceada, o aumento da ingestão de frutas e verduras, a redução de bebidas alcoólicas, a realização de exercícios físicos, a cessação ou atenuação do tabagismo e a substituição da gordura saturada por poliinsaturados e monoinsaturados. Com a implementação desses hábitos pode ser dispensada a terapia farmacológica ou haver redução da dose ou da quantidade de drogas (Castro et al., 2005; Brasil, Ministério da Saúde, 2006). O excesso de peso é um fator predisponente para hipertensão e a associação entre índice de massa corpórea e hipertensão arterial já foi relatada em diversos estudos (Carneiro et al., 2003). A dieta desempenha um importante papel no controle da hipertensão arterial uma vez que o consumo de determinados alimentos leva à ingestão de nutrientes que podem induzir respostas indesejáveis na pressão arterial e no sistema cardiovascular. Estudos recentes demonstram o impacto do consumo de sal sobre a pressão arterial, sendo que uma redução média na excreção urinária de sódio de 1,8 g/dia resultou na redução de 2,0 mmHg na pressão arterial sistólica e 1,0 mmHg na pressão arterial diastólica em indivíduos normotensos e 5,0 mmHg na pressão sistólica e 2,7 mmHg na pressão diastólica de pacientes hipertensos. A ingestão de 100 mEq/dia (2,3 g/dia) de sódio é considerada segura e pode ser alcançada através da adoção de dietas que enfatizam o consumo de alimentos naturais (Lopes; Gil, 2008). O tabagismo é responsável por cerca de 45% das mortes de homens com menos de 65 anos e por mais de 20% de todos os óbitos por doença coronariana de homens com idade superior à essa faixa etária. Considera-se que a nicotina presente no cigarro aumenta a pressão arterial e leva a uma maior deposição de colesterol nos

vasos sanguíneos. A ação hipertensiva no caso do tabagismo deve-se ao aumento agudo da pressão arterial e da frequência cardíaca, efeitos mediados pela nicotina que promove a liberação de catecolaminas (Castro et al., 2005; Gravina et al., 2007). A atividade física de carga moderada apresenta benefícios no controle da pressão arterial incluindo tanto mecanismos diretos (redução da atividade simpática/incremento da atividade vagal e melhora da função endotelial) quanto mecanismos indiretos como a redução da obesidade e melhora do perfil metabólico (Maiorana et al., 2001).

Primeiramente, recomendava-se para hipertensos leves, caracterizados pela pressão sistólica entre 140 a 159 e diastólica entre 90 a 99 mmHg, o tratamento não medicamentoso isolado durante 12 meses quando não houvesse fatores de risco associados e nem lesão em órgãos-alvo e, durante seis meses para pacientes que apresentassem fatores de risco, mas não lesões em órgãos-alvo. Não havendo o controle da pressão ao final do período, associava-se um tratamento medicamentoso (Mion Jr et al., 2001). Atualmente, as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010) preconizam o tratamento não medicamentoso indiscriminadamente, tendo em vista seus benefícios para o controle da pressão arterial e melhora de comorbidades dos pacientes. Em pacientes com hipertensão moderada ou grave, associada ou não a fatores de risco, com ou sem lesão em órgãos-alvo, deve-se iniciar tratamento medicamentoso imediato, juntamente com o tratamento não medicamentoso. Existem atualmente diversas opções para o tratamento medicamentoso da hipertensão arterial. Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010), as classes de anti-hipertensivos disponíveis para uso clínico incluem os diuréticos, os inibidores adrenérgicos (neles compreendidos os de ação central, betabloqueadores e alfa bloqueadores), os vasodilatadores diretos, os bloqueadores de canais de cálcio, os inibidores da enzima conversora de angiotensina, os bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II e os inibidores diretos da renina.

Apesar dos vários tratamentos disponíveis, uma das principais dificuldades citadas no atendimento a pacientes hipertensos é a falta de adesão ao tratamento, resultando em falha do controle da pressão arterial e conseqüente aumento no risco de desenvolvimento de patologias relacionadas à doença. Cerca de 50% dos hipertensos não realiza nenhum tipo de tratamento e, dentre os que estão em tratamento, muitos não possuem sua pressão arterial controlada, justamente devido à falta de adesão (Peres et al, 2003; Osterberg; Blaschke, 2005). A falta de adesão ao tratamento atinge, aproximadamente, 40% dos pacientes com hipertensão e pode ser atribuída a diversos fatores tais como o custo da medicação, informação inadequada do paciente, uso de mais de uma droga, efeitos adversos, cronicidade da doença e ausência de sintomas específicos. A problemática relacionada à adesão ao tratamento é de extrema complexidade e também está relacionada a fatores associados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico) além de fatores relacionados à doença (cronicidade, ausência de sintomas e de complicações), os concernentes às crenças de saúde (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e auto-estima) e os ligados ao tratamento, que englobam a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), os relacionados à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento) e ao relacionamento com a equipe de saúde (Pierin, 2001; Sanchez et al., 2004; Araújo; Garcia, 2006; LIMA et al., 2010).

Considerando-se a dificuldade no controle da pressão arterial e as colocações referentes à adesão ao tratamento esta pesquisa apresentou como objetivos a avaliação do grau de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso nos casos de hipertensão arterial bem como das causas de uma potencial baixa adesão e o perfil dos pacientes.

2 – Materiais e Métodos

Foi realizada uma pesquisa de natureza exploratória, descritiva e de caráter quantitativo com pacientes hipertensos atendidos no PSF (Posto da Saúde da Família) Guaritá, localizado no bairro Vinhosa, no município de Itaperuna-RJ, mediante disponibilização de um termo de autorização por parte do responsável pelo serviço de saúde em questão. A pesquisa foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2010.

O estudo foi desenvolvido a partir da elaboração de uma entrevista semi-estruturada composta por perguntas simples, diretas e de fácil compreensão, envolvendo três aspectos: variáveis sociodemográficas (sexo, idade e renda salarial), perguntas norteadoras versando sobre a patologia em questão (hábitos alimentares, exercícios físicos, terapia medicamentosa) e avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Também foi realizada a aferição da pressão arterial dos mesmos pacientes, utilizando-se o esfigmomanômetro e estetoscópio BD, sendo os níveis pressóricos verificados no membro superior direito, com o paciente sentado e o braço apoiado. Os níveis pressóricos foram aferidos três vezes com intervalo de um minuto, contando-se com descanso inicial de dois minutos para cada paciente. Para fins de resultados foram computados os valores médios referentes às duas últimas aferições. Para mensurar a prevalência da não-adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão, foi empregado o método do auto-relato conforme utilizado por Moreira et al. (2008), justificando-se o uso deste por ser gratuito e de fácil utilização.

Estabeleceram-se três categorias de adesão ao tratamento: adesão plena, quando não houve relato de qualquer omissão de dose; omissão de dose, quando houve relato de omissão de até 20% das doses prescritas de pelo menos um medicamento; e não-adesão, quando o paciente relatou ter ingerido menos de 80% dos comprimidos prescritos de pelo menos um medicamento. Todos os pacientes participantes da pesquisa tomaram conhecimento prévio da metodologia que seria aplicada e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados obtidos a partir da amostra receberam tratamento estatístico do tipo descritivo.

3 - Resultados

Participaram da pesquisa um total de 108 pacientes hipertensos atendidos no PSF Guaritá, no município de Itaperuna-RJ. Ao avaliar o sexo dos pacientes entrevistados constatou-se que 51 (47,2%) eram do sexo masculino e 57 (52,8%) do sexo feminino (Figura 1).

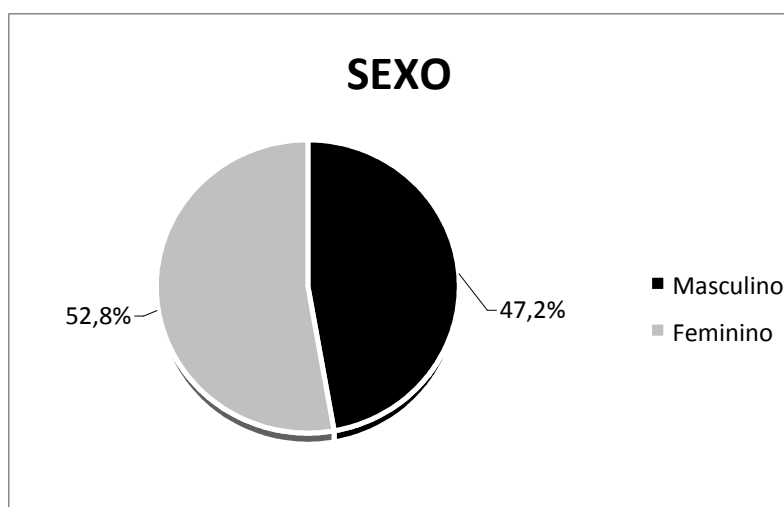


Figura 1. Sexo dos pacientes hipertensos avaliados no PSF Guaritá, Itaperuna, RJ.

A idade dos pacientes avaliados variou entre 31 (idade mínima) e 82 anos (idade máxima), com média de idade de 56,5 anos. Entre 20 a 30 anos não havia pacientes que atendessem ao critério de inclusão, na faixa etária entre 31 e 40 anos havia 15 pacientes (13,9%), com idade entre 41 e 50 anos havia um total de 12 pacientes (11,1%), na faixa etária entre 61 a 60 anos havia 24 pacientes (22,2%) e 57 pacientes (52,8%) com idade acima de 60 anos, conforme tabela 1.

Tabela 1. Faixa etária dos pacientes hipertensos atendidos no PSF Guaritá, Itaperuna, RJ.

Faixa etária dos pacientes	Número de pacientes
31 a 40 anos	15 (13,9%)
41 a 50 anos	12 (11,1%)
51 a 60 anos	24 (22,2%)
Acima de 60 anos	57 (52,8%)

O índice de massa corpórea (IMC) dos pacientes entrevistados apresentou os seguintes resultados: três pacientes com IMC < 18,5 (2,8%), sendo estes considerados abaixo do peso; 23 pacientes com IMC entre 18,5 a 25 (21,3%), estando estes no peso ideal; 63 pacientes com IMC entre 25 a 30 (58,3%), integrando o grupo de sobrepeso e 19 pacientes com IMC > 30 (17,6%), integrando o grupo de obesidade, conforme demonstrado na figura 2.

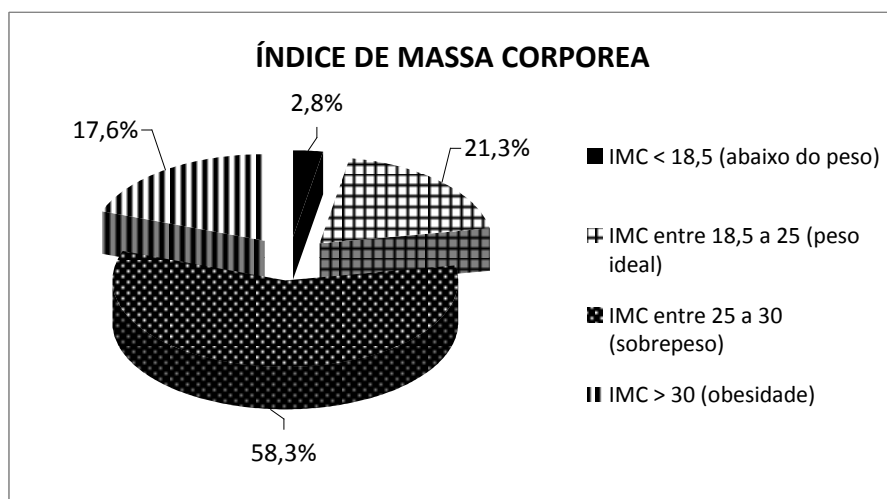


Figura 2: Índice de massa corpórea (IMC) dos pacientes atendidos no PSF Guaritá, Itaperuna, RJ.

Quanto à renda dos pacientes entrevistados, 69 pacientes apresentaram renda salarial menor ou igual a um salário mínimo (63,9%) e 39 pacientes apresentaram renda salarial entre dois a três salários mínimos (36,1%), conforme figura 3.

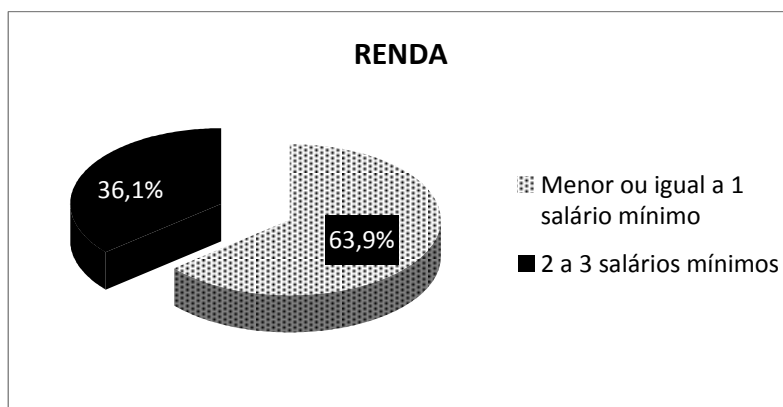


Figura 3. Renda salarial dos pacientes hipertensos atendidos no PSF Guaritá, Itaperuna, RJ.

Os hábitos alimentares dos pacientes que se submeteram à pesquisa demonstram que 39 pacientes (36,1%) seguem dieta específica para pacientes hipertensos enquanto 69 pacientes (63,9%) não seguem nenhuma dieta específica (Figura 4).

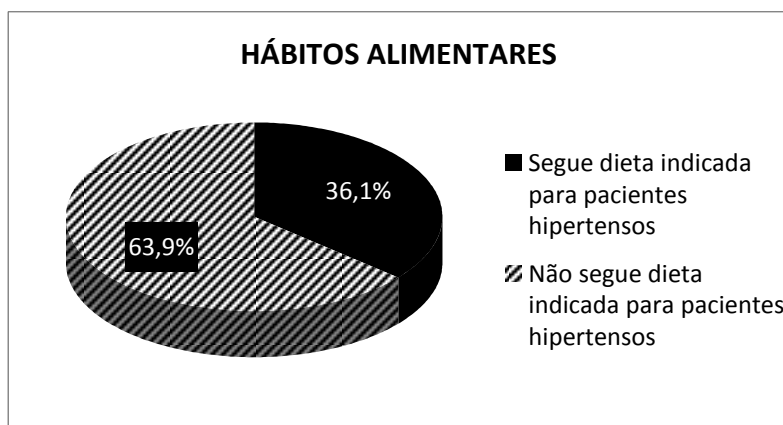


Figura 4. Hábitos alimentares dos pacientes hipertensos atendidos no PSF Guaritá, Itaperuna, RJ.

Em se tratando da prática de exercícios físicos, 81 pacientes (75%) não praticam, seis pacientes (5,6%) praticam três vezes por semana e 21 pacientes (19,4%) praticam cinco vezes ou mais por semana (Figura 5).

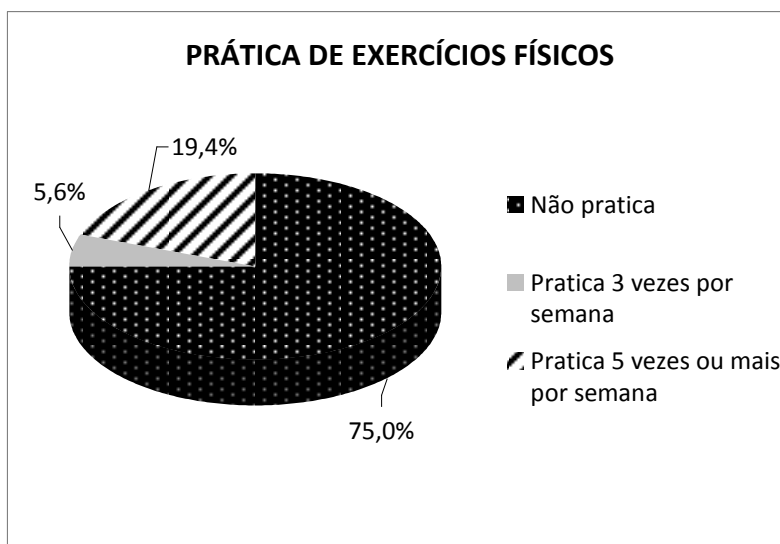


Figura 5. Prática de exercícios físicos dos pacientes atendidos no PSF Guaritá, Itaperuna, RJ.

Ao se avaliar os anti-hipertensivos mais utilizados no ambiente da pesquisa, verificou-se em primeiro lugar a hidroclorotiazida, presente no tratamento de um total de 69 pacientes, perfazendo 63,9% do total de pacientes avaliado, seguido do captopril no tratamento de 66 pacientes (61,1%), do propranolol utilizado por 30 pacientes (27,8%) e outras drogas com menos de 25% de prescrição (Figura 6).

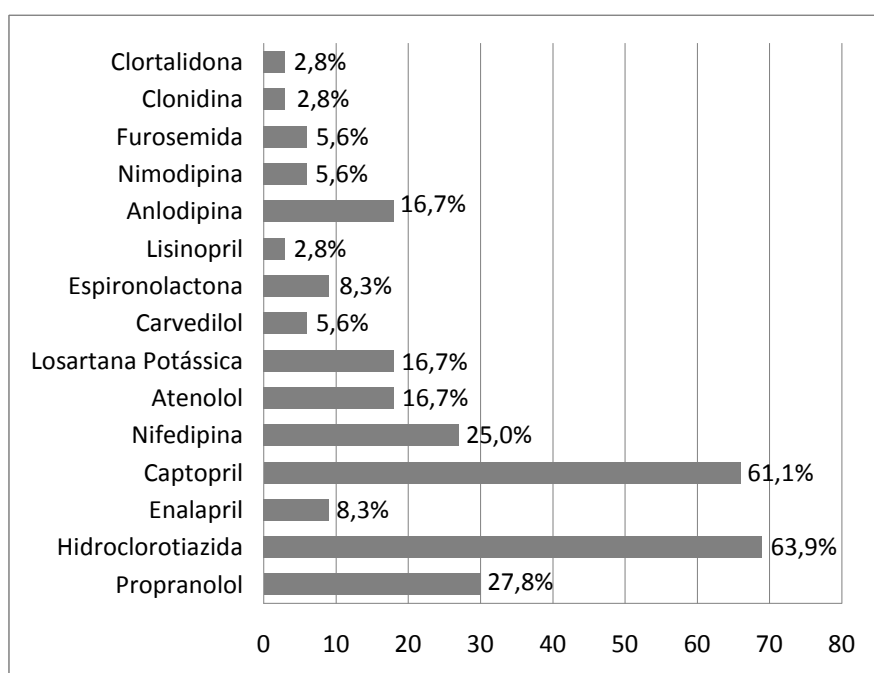


Figura 6. Anti-hipertensivos utilizados pelos pacientes atendidos no PSF Guaritá, Itaperuna, RJ.

A aferição da pressão arterial dos pacientes mostra um total de cinco pacientes (4,6%) com pressão sistólica ≤ 120 e diastólica ≤ 80 ; oito pacientes (7,4%) com pressão sistólica < 130 e diastólica < 85 ; 13 pacientes (12,0%) com pressão sistólica entre 140 a 159 e diastólica entre 90 a 99; sete pacientes (6,5%) com pressão sistólica entre 160 a 179 e

diastólica entre 100 a 109; 20 pacientes (18,5%) com pressão sistólica ≥ 180 e diastólica ≥ 110 e 55 pacientes (50,9%) com pressão sistólica ≥ 140 e diastólica < 90 (Tabela 2).

Tabela 2. Pressão arterial dos pacientes sob tratamento anti-hipertensivo atendidos no PSF Guaritá, Itaperuna, RJ.

NÍVEIS PRESSÓRICOS		NÚMERO DE PACIENTES
Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)	
≤ 120	≤ 80	05 (4,6%)
< 130	< 85	08 (7,4%)
130 a 139	85 a 89	-
140 a 159	90 a 99	13 (12,0%)
160 a 179	100 a 109	07 (6,5%)
≥ 180	≥ 110	20 (18,5%)
≥ 140	< 90	55 (50,9%)

Os níveis de adesão avaliados demonstram que 75 pacientes (69,4%) relataram adesão plena, 19 pacientes (17,6%) relataram omissão de doses e apenas 14 pacientes (13%) relataram não adesão ao tratamento (Figura 7).

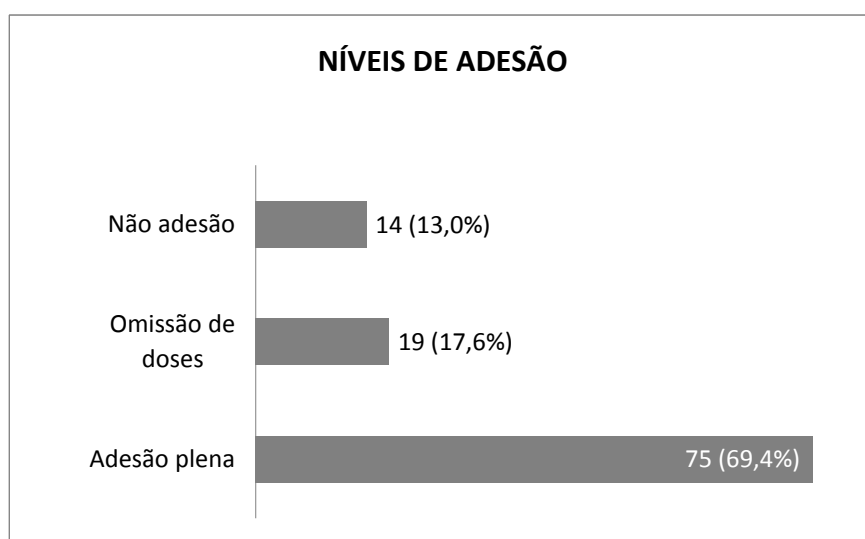


Figura 7. Nível de adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos atendidos no PSF Guaritá, Itaperuna, RJ.

Os principais motivos relatados pelos pacientes entrevistados para que houvesse omissão de doses ou não adesão ao tratamento foi à falta de compromisso (o termo utilizado por parte dos pacientes foi relaxamento), o grande número de medicamentos prescritos, caixas de medicamentos iguais levando à confusão ao tomar e o uso de álcool, ou seja, deixam de tomar o medicamento para que possam consumir álcool.

4 - Discussão

Durante a avaliação dos sexos dos pacientes hipertensos, constatou-se que a maioria era do sexo feminino, contrastando com pesquisas como a de Passos et al. (2006), que relata a maior incidência da hipertensão no sexo masculino. Vários outros autores também afirmam a maior prevalência de casos de hipertensão em pacientes do sexo masculino. No entanto, a revisão de dados relativos à prevalência da hipertensão é dificultada devido às diferentes metodologias utilizadas nas pesquisas. Além disso, vale salientar que a pesquisa foi realizada junto aos pacientes atendidos no PSF, os quais seguem um acompanhamento mais criterioso sendo que o sexo feminino apresenta maior preocupação de modo geral no que se refere às doenças. A maioria dos pacientes entrevistados possuía idade superior a 60 anos, ressaltando estudos como o de Longo et al. (2009) que inferem um aumento da pressão sistólica com o passar da idade, independente do sexo do paciente. Estima-se, segundo o mesmo autor, que a hipertensão esteja presente em 71% da população com mais de 85 anos, devendo estes ter um cuidado especial no seu controle em decorrência do alto risco de morte por acidente vascular encefálico e por doença arterial coronariana. Apesar de não possuir um mecanismo bem específico, a obesidade é um dos principais preditores para o desenvolvimento da hipertensão arterial, gerando grandes preocupações frente à alta prevalência de pacientes com sobrepeso e obesidade encontrados na pesquisa, podendo este fator estar relacionado à refratariedade ao tratamento anti-hipertensivo e conseqüente falha no controle da pressão arterial. Pesquisas como a de Ferreira e Sarno (2009) evidenciam alta prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes hipertensos, revelando que a preocupação mundial com a epidemiologia da obesidade deve estar presente também no Brasil. Quanto às características socioeconômicas, a renda da população não foi superior a três salários mínimos, tendo a maior parte da população uma renda igual ou inferior a um salário mínimo. Em se tratando de uma população de baixo nível sócio-econômico, pode haver dificuldades na obtenção dos medicamentos, visto que nem todos estão disponíveis nas farmácias básicas, e os pacientes hipertensos de difícil controle necessitam de outros anti-hipertensivos que não estão disponíveis na Rede Pública de Saúde. Os baixos salários podem também dificultar a ida dos pacientes as consultas bem como uma alimentação mais saudável.

Segundo os resultados encontrados, 63,9% dos pacientes entrevistados não seguem nenhuma dieta alimentar específica, assim como a grande maioria dos pacientes afirmou que não pratica atividade física regular, tendo muitos deles apresentado razões deturpadas de que o exercício físico aumenta a pressão arterial. As atividades físicas em geral, praticadas de maneira regular, com duração de 30 a 45 minutos, com frequência de três a cinco sessões por semana, entre 50% e 70% do consumo máximo de oxigênio, possuem excelente eficácia como coadjuvante do tratamento anti-hipertensivo (Chobanian et al., 2003). Tendo em vista o ocorrido, faz-se necessária a realização de intervenções educacionais através da equipe de saúde para melhor esclarecer a importância da atividade física no tratamento anti-hipertensivo. Dentre as condutas não-farmacológicas podem-se colocar como primordiais a modificação dos hábitos alimentares inadequados, principalmente reduzindo a ingestão de sal e aumentando o consumo de vegetais, instituição de uma prática regular de exercícios físicos, redução do peso corporal e redução no consumo de álcool, o que não foi verificado junto à população estudada. Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010), o objetivo primordial do tratamento medicamentoso é reduzir a morbimortalidade que decorre do aumento da pressão arterial. Nesse sentido, os principais medicamentos prescritos para os pacientes participantes da pesquisa foram a hidroclorotiazida e o captopril. Já se esperava esses dados, levando em consideração que as questões econômicas são um fator adicional para a escolha do medicamento e os mesmos são distribuídos gratuitamente. Conforme Taler et al. (2002), deve ser realizada uma simplificação

dos esquemas terapêuticos, evitando a utilização de anti-hipertensivos de curta duração, uma vez que estes necessitam de doses frequentes, levando a não-adesão ou omissão de dose ao tratamento. A escolha deve ser baseada em medicamentos de liberação prolongada ou de maior meia-vida, uma vez que estes permanecem efetivos por um longo período, tornando o esquema terapêutico mais confortável e mantendo a pressão arterial controlada em casos de omissão de dose.

Na presente pesquisa a maioria dos pacientes relatou sua adesão ao tratamento, embora a pressão arterial não estivesse controlada, tendo como principal motivo para essa razão, provavelmente, a não adesão ao tratamento não farmacológico. Dentre os fatores que comprometem o controle da pressão arterial acredita-se que o mais importante seja a não aceitação pelos pacientes das medidas não-farmacológicas e/ou do tratamento farmacológico. Pelo fato da hipertensão arterial ser uma doença assintomática, os pacientes interrompem o tratamento por não sentirem nada e só retornam a fazer uso do medicamento quando algum sintoma reaparece. Estudos demonstram que a taxa de abandono é crescente conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica. O que se percebe é que mesmo com esse vasto arsenal de medicamentos disponíveis para o tratamento da hipertensão arterial e com as várias modificações no estilo de vida que podem ser inseridas com o objetivo de reduzir a pressão arterial e conseqüentemente a morbimortalidade, sem a adesão do paciente ao tratamento, os resultados continuarão sendo insatisfatórios.

Dentre os pacientes que relataram não adesão e/ou omissão de dose, um dos motivos citados foi o relaxamento, o que pode ser interpretado como uma falta de compromisso com seu próprio tratamento, provavelmente, pela falta de orientação quanto aos riscos provocados pela doença e necessidade de tratamento contínuo. Também houve o relato de muitos medicamentos prescritos, caixas de medicamentos iguais e uso de álcool. Tais dados estão de acordo com os motivos relatados por pacientes em pesquisas similares. Também se acredita que uma melhor orientação fornecida pelos profissionais possa minimizar estes problemas verificados na falta de adesão ou omissão de doses.

No decorrer da presente pesquisa foi dada orientação aos pacientes entrevistados a fim de melhorar a adesão ao tratamento farmacológico, não farmacológico e o controle da pressão arterial. As recomendações aos pacientes incluíram: anotar o horário da medicação, tomar no mesmo horário, associar com as atividades do dia-a-dia, providenciar outro medicamento antes de acabar, levar o medicamento quando viajar, tomar mesmo sabendo que a pressão está controlada, não deixar de tomar quando ingerir bebidas alcoólicas, não faltar às consultas e realizar dietas específicas para pacientes hipertensos, bem como a importância da atividade física no controle da pressão arterial.

5 - Conclusões

Considerando-se a metodologia utilizada pode-se concluir que a hipertensão arterial é um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, tendo uma elevada prevalência na população adulta brasileira; constatou-se que a maior prevalência da hipertensão foi no sexo feminino, contrastando com pesquisas relacionadas; os principais medicamentos prescritos para o controle da pressão arterial foram a hidroclorotiazida e o captopril; a alta adesão ao tratamento farmacológico não garantiu um controle eficaz da pressão arterial, tendo como possível causa a falta de adesão ao tratamento não farmacológico.

6 - Referências

ALMEIDA, G.P.L.; LOPES, H.F. Impacto da hipertensão arterial sistêmica sobre o risco cardiovascular. **Rev SBC**, v. 6, n. 4, p. 135-41, 2003.

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. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 58 p. (Caderno de atenção Básica; 16), 2006.

CARNEIRO, G.; FARIA, A.N.; FILHO, R.F.F. et al. Influência da gordura corporal sobre a prevalência da hipertensão arterial e outros fatores de riscos cardiovasculares em indivíduos obesos. **Rev Assoc Med Bras**, v. 49, n. 3, p. 306-311, 2003.

CASTRO, M.E., ROLIM, M.O., MAURICIO, T.F. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paul Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 184-189, 2005.

CHOBANIAN, A.V.; BAKRIS, G.L.; BLACK, H.R. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **JAMA**, v. 289, n. 19, p. 2560-2572, 2003.

CORRÊA, T.D.; NAMURA, J.J.; SILVA, C.A.P. et al. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Arq Med ABC**, v. 31, n. 2, p. 91-101, 2006.

FERRAIS, A.S.; BUGLIA, S. Condutas práticas no paciente hipertenso que será submetido ao teste ergométrico. **Rev Bras Hipertens**, v. 8, n. 3, p. 344-346, 2001.

FERREIRA, S. R.; SARNO, F. Hipertensão arterial e obesidade: aspectos epidemiológicos. **Revista Hipertensão**, v. 12, n. 1, p. 7-21, 2009.

GRAVINA, C. F.; GRESPAN, S. M.; BORGES, J. L. Tratamento não medicamentoso da hipertensão no idoso. **Rev Bras Hipertens**, vol. 14, n. 1, p. 33-36, 2007.

KUMAR, V.; ABBAS, A.K.; FAUSTO, N. et al. **Patologia - Bases Patológicas das Doenças**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005, 1592 p.

LIMA, T.M.; SOLER, O.; MEINERS, M.M.M.A. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na unidade municipal de saúde Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde**, v. 1, n. 2, p. 113-120, 2010.

LONGO, M.G; KATZ, N.; FUCHS, F.D. Tratamento da hipertensão arterial no paciente idoso e muito idoso: hora de agir. **Revista Hipertensão**, v. 12, n. 2, p. 54-56, 2009.

LOPES, H.F.; GIL, J.S. O papel do sal no controle da pressão arterial: qual a quantidade ideal? **Revista Hipertensão**, v. 11, n. 2, p. 71-73, 2008.

MAIORANA, A.; O'DRISCOLL, G.; DEMBO, L. et al. Exercise training, vascular function, and functional capacity in middle-aged subjects. **Med Sci Sports Exerc**, v. **33**, n. 12, p. 2022-2028, 2001.

MION JR, D.; PIERIN, A.M.G.; GUIMARÃES, A. Tratamento da hipertensão arterial – respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Rev Assoc Med Bras.**, vol. **47**, n.3, p. 249-254, 2001.

MOREIRA, L.B.; FERNANDES, P.F.C.B.C.; MONTE, F.S. et al. Adesão ao tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. **30**, n. 2, p. 113-199, 2008.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **N. Engl. J. Med.**, v. **353**, p. 487-97, 2005.

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. **15**, n. 1, p. 35-45, 2006.

PERES, S.D.; MAGNA, J.M.; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial - atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública**, v. **37**, n. 5, p. 635-642, 2003.

PIERIN, A.M.G. Adesão ao tratamento - conceitos. *In*: Nobre F, Pierin, A.M.G., Mion Jr, D. **Adesão ao tratamento - o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos, 2001, p. 21-34.

SANCHEZ, C.G.; PIERIN, A.M.G.; MION, D. Comparação dos pacientes atendidos em pronto-socorro e em tratamento ambulatorial. **Rev Esc Enferm USP**, v. **38**, n. 1, p. 90-98, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Card.**, 2010, 95 (1 supl. 1), 1-51.

TALER, S.J.; TEXTOR, S.T.; AUGUSTINE, J.E. Resistant hypertension: Comparing hemodynamic management to specialist care. **Hypertens**, v. **39**, n. 5, p. 982-988, 2002.