

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**MARIA RAYANE RODRIGUES DO NASCIMENTO
VALDEILDA PETRONILIO DE SOUSA**

**ADESÃO DOS PACIENTES HIPERTENSOS AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BACURI-MA**

São Luís
2009

**MARIA RAYANE RODRIGUES DO NASCIMENTO
VALDEILDA PETRONILIO DE SOUSA**

**ADESÃO DOS PACIENTES HIPERTENSOS AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BACURI-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção de título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª. Mestre Rosemary Ribeiro Limdholm.

São Luís
2009

Nascimento, Maria Rayane Rodrigues do.

Adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso em uma Unidade Básica de Saúde de Bacuri-MA. Maria Rayane Rodrigues dos Nascimento; Valdeilda Petronilio de Sousa. - São Luís, 2009.

33f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2009.

1. Hipertensão arterial. 2. Tratamento. 3. Adesão. 4. Bacuri/MA. I.

Título.

CDU 616.12-008.331.1

**MARIA RAYANE RODRIGUES DO NASCIMENTO
VALDEILDA PETRONILIO DE SOUSA**

**ADESÃO DOS PACIENTES HIPERTENSOS AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BACURI-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção de título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm (Orientadora)
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo - USP

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Examinadora)
Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo - USP

À Deus, eterna fonte de sabedoria.

AGRADECIMENTOS

À Deus, eterna inspiração para todas as nossas realizações.

Aos nossos pais e irmãos, pelo exemplo de coragem, estímulo e apoio.

Aos nossos filhos, estímulo maior para concretização deste trabalho.

À Profa. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm, nossa orientadora, por toda dedicação, paciência e compreensão, dedicada ao longo da realização deste trabalho.

À Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama, por ter contribuído para o enriquecimento deste trabalho

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para o cumprimento de mais uma etapa em nossas vidas.

"Sabei que o Senhor é Deus, foi ele que nos fez e não nós a nós mesmos; somos povo seu e ovelhas do seu pasto."

Salmo 100:3

RESUMO

Abordagem descritiva prospectiva sobre a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso em uma unidade de saúde do município de Bacuri no Estado do Maranhão, objetivando-se estudar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos 54 pacientes hipertensos assistidos nesta unidade. Discorreu-se sobre suas manifestações clínicas, bem como seus principais aspectos e formas de tratamento. Fez-se uma explanação acerca da abordagem multiprofissional, enfocando a participação do enfermeiro. Os dados foram tabulados através do programa EPI-Info e representados em forma de gráficos e tabelas e discutidos de acordo com a literatura. Observou-se que 51,8% dos pacientes são do sexo feminino, 79,6% estão entre 60 anos ou mais, 59,2% são negros e 66,6%, analfabetos. Deste universo, 52% são aposentados e 9% são pescadores. No que se refere aos hábitos alimentares, 51,8% afirmaram ser normal, sendo que 90,7% não fazem atividades físicas. Em relação ao tratamento medicamentoso, 56% usam irregularmente e 44% fazem uso correto da medicação prescrita. Diante do exposto pode-se concluir que há deficiência no acompanhamento dos pacientes pelos profissionais responsáveis pela área.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Tratamento. Adesão. Bacuri/MA.

ABSTRACT

Descriptive and prospective approach on the adhesion of hypertensive patients to the treatment using medicines in a health unit in Bacuri city, Maranhão state, aiming to study the intervening factors alleged by the 54 hypertensive patients assisted in this unit. We discoursed on their clinical manifestations, as well as on their main aspects and treatment ways. We also explained the multiprofessional approach, focusing on the nurse's participation. The data has been tabulated using the program EPI-Info and represented in graphics and tables, discussed according to the literature. We observed that 51,85% of the patients are female, 79,6% are 60 years old or more, 59,25% are black and 66,6% are illiterate. In this universe, 52% are retired and 9% are fishermen. As for the alimentary habits, 51,8% affirm being normal, and 90,75% do not practice any physical activity. In relation to the treatment, 56% don't use regularly and 44% use the prescript medicine correctly. So, we can conclude that there is a deficiency in the patients' accompaniment by the responsible professionals for the area.

Key words: Hypertension. Treatment. Adhesion. Bacuri/MA.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	- Classe de anti-hipertensivos	15
Tabela 1	- Distribuição numérica e percentual dos 54 pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de acordo com as características sócio-demográficas. Bacuri-MA. 2009	20
Gráfico 1	- Distribuição percentual dos 54 pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de acordo com a renda mensal. Bacuri-MA. 2009	21
Gráfico 2	- Distribuição percentual dos 54 pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de acordo com a ocupação. Bacuri-MA. 2009	22
Tabela 2	- Distribuição percentual dos 54 pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de acordo com os hábitos de vida. Bacuri-MA. 2009	22
Gráfico 3	- Distribuição percentual dos 54 pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de acordo com o tipo de medicação sob prescrição médica. Bacuri-MA. 2009	24
Gráfico 4	- Distribuição percentual dos 54 pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de acordo com o uso diário da medicação prescrita pelo médico. Bacuri-MA. 2009	25
Gráfico 5	- Distribuição percentual dos 54 pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de acordo com a não adesão ao tratamento medicamentoso. Bacuri-MA. 2009	26

SUMÁRIO

		p.
1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral	17
2.2	Específicos	17
3	METODOLOGIA	18
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
5	CONCLUSÃO	27
	REFERÊNCIAS.....	28
	APÊNDICES	30

1 INTRODUÇÃO

A Pressão Arterial (PA) é a força com a qual o coração bombeia o sangue através dos vasos. É determinada pelo débito cardíaco multiplicado pela resistência periférica. O débito cardíaco é produto da frequência cardíaca multiplicada pelo volume sistólico. A pressão arterial alta, conhecida com hipertensão, pode resultar de uma alteração no débito cardíaco, de uma alteração na resistência periférica ou de ambas (SMELTZER; BARE; BRUNNER, 2006).

Para Duncan et al (2004) a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual 140 mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual 90 mmHg, quando encontrado pelo menos duas aferições, realizadas em momentos diferentes, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva, devendo certificar se o equipamento usado para verificação da PA está em boas condições de uso, se o paciente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da medida para registrar o valor real obtido.

A medida da pressão arterial deve ser obrigatoriamente realizada em toda avaliação clínica de pacientes de ambos os sexos, por médicos de todas as especialidades e pelos demais profissionais de saúde, devidamente treinados. Alguns estudos têm mostrado que na prática clínica nem sempre a medida da PA é realizada de forma adequada. Os erros, no entanto podem ser evitados com preparo apropriado do paciente, uso de técnica padronizada de medida da pressão arterial e equipamento calibrado. O método mais utilizado é o indireto com técnica auscultatória, com esfigmomanômetro aneróide ou de coluna de mercúrio e estetoscópio, sendo o esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ainda é o equipamento mais adequado, pois o aneróide deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada seis meses (GOMES; PIERIN; SBISSA, 2002).

Segundo Mion Jr.; Pierin (2001) a “HA é uma doença altamente prevalente, atingindo cerca de 15% a 20% da população adulta, podendo chegar a 50% dos idosos”. Os referidos autores acrescentam ainda que no Brasil, embora não exista um estudo nacional, os estudos regionais realizados em diferentes critérios de definição da doença de medidas da PA, mostram que, “na região nordeste a

prevalências; vai de 7% a 40%, no sudeste, de 5% a 38%, no Sul, de 1% a 27% e no centro Oeste, de 6% a 17%”.

No Brasil, observou-se queda mais expressiva nas regiões Sudeste e Sul e aumento nas regiões Centro-oeste e Nordeste. Na região Norte a tendência foi de estabilidade, com discreta redução em algumas faixas etárias. Dados apresentados, através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, provenientes de atestados de óbito e, portanto, devem ser considerados com limitações (GOMES; PIERIN; SBISSA, 2002).

A Hipertensão Arterial é também definida por Amodeo; Negrão; Ferreira (2002) como “o nível de pressão arterial no qual os benefícios do tratamento, não farmacológicos ou farmacológicos, são maiores que os riscos do não tratamento”. Os mesmos autores acrescentam que “a prevalência na população adulta é de 20% a 44%, dependendo da região estudada, o que significa que há no Brasil 20 a 40 milhões de pacientes hipertensos”.

Para Gomes; Pierin; Sbissa (2002) “a Hipertensão Arterial é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, explicitando que 40% das mortes ocorrem por acidente vascular encefálico e 25% daquelas por doença arterial coronariana”.

Por sua vez, Mion Jr.; Pierin (2001) afirmam que a HAS é um fator de risco para doença cerebrovascular e coronária, insuficiência cardíaca e renal. Ela se associa e interage com outros fatores de risco, como dislipidemias, resistência a insulina, intolerância a glicose, aumento da atividade de fatores de coagulação, alterações trágicas dos vasos, hipertrofia e alteração da função diastólica do ventrículo esquerdo.

De acordo com Duncan et al (2004) a HAS é um dos problemas médico mais comuns da população, considerada uma doença cardiovascular crônica, silenciosa, “responsável direta ou indiretamente, pela maior parte dos eventos cerebrovasculares, cardíacos e renais da população mundial, muitos deles preveníveis pelo precoce e adequado tratamento da doença”. Porém, torna-se indispensável o acompanhamento em reconsultas e visitas domiciliares, para avaliar se os pacientes estão realmente seguindo o tratamento. Uma das principais razões de efetividade a longo prazo de medidas anti-hipertensivas medicamentosas e não medicamentosa é a falta de adesão ao tratamento.

Partindo-se desse entendimento, Feichs apud Duncan (2004) acrescenta que o manejo da Hipertensão Arterial Sistemática não é uma questão médica isolada. E afirma que:

Planejamento, racionalidade de alocação de recursos, detecção ativa de casos, formas criativas de garantir a adesão às prescrições e acompanhamento intenso são objetivos que devem ser considerados para estender o benefício das intenções a maioria dos pacientes e equipes multidisciplinares para atendimento e acompanhamento de pacientes, podem atingir com maior eficiência esses objetivos.

Manifestações clínicas

No entendimento de Gomes; Pierin; Sbissa (2002), a hipertensão é freqüentemente assintomática. Conseqüentemente, a lesão cardiovascular que se instala progressivamente pode passar despercebida por um período de 10 a 20 anos. As pessoas devem ser conscientizadas de que, mesmo sendo assintomática, a hipertensão é danosa; sinais e sintomas são inespecíficos e surgem a partir do comprometimento dos órgãos-alvo. Estes não são patognomônicos da hipertensão, já que sintomas e sinais intensos idênticos podem desenvolverem-se em normotensos, tontura, rubor facial, cefaléia, zumbido, fadiga, epistaxi e nervosismo, podendo estar presentes, principalmente na hipertensão complicada.

Segundo Smeltzer; Bare; Brunner (2006) as pessoas com hipertensão podem estar assintomáticas e permanecer assim durante muitos anos. No entanto, “quando os sinais sintomas específicos sobrevêm, elas geralmente indicam a lesão vascular, com manifestações específicas relacionadas com os órgãos servidos pelos vasos afetados”. A cardiopatia coronariana com angina ou infarto do miocárdio é uma conseqüência comum da hipertensão; quando a lesão cardíaca é extensa, surge insuficiência cardíaca. As alterações patológicas dos rins podem manifestar-se como noctúria. O envolvimento vascular cerebral pode levar a um Acidente Vascular Cerebral ou crise isquêmica transitória (TIA), manifestada por alteração na visão ou fala, tontura, fraqueza, uma queda súbita ou paralisia temporária em um lado (hemiplegia).

Torna-se oportuno esclarecer que a incidência da crise hipertensiva é menor que 1%, sendo a principal causa a hipertensão mal controlada não diagnosticada e/ou não tratada (JARDIM; SOUZA; JARDIM, 2007).

Tratamento não-medicamentoso

Essa forma de tratamento tem como principal objetivo “diminuir a morbidade e mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favorecem a redução da pressão arterial” (GOMES; PIERIN; SBISSA, 2002). Com essa convicção, Smeltzer; Bare; Brunner, (2006) tornam claro que:

As modificações dos hábitos de vida são medidas gerais que incluem alterações na dieta, no consumo de algumas substâncias e na atividade física, importante tanto para reduzir os níveis da pressão arterial médios, quanto para controlar outros fatores de risco para eventos cardiovasculares. As principais medidas são: restrição de sódio, correção da obesidade, exercícios físicos regulares, parar de fumar e reduzir o consumo de bebidas alcoólicas, cafeína ou drogas ilícitas.

Segundo os autores acima citados “os pacientes com risco cardiovascular baixo podem ser tratados apenas com modificações dos hábitos de vida, enquanto pacientes de riscos mais altos, devem receber anti-hipertensivos”.

Em um estudo realizado por Tomhs apud Duncan et al (2004), foi possível comparar, secundariamente, os efeitos do tratamento não medicamentoso com o medicamentoso sobre um conjunto de desfecho cardiovasculares mórbidos fatais, demonstrando-se superioridade dos fármacos. O benefício absoluto aproximado foi de um evento prevenindo a cada 100 pacientes tratados por ano com fármacos em lugar de medidas não medicamentosas.

Gomes; Pierin; Sbissa (2002) consideram pertinente esclarecer que o excesso de peso é um fator predisponente para hipertensão. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso, considerando-se que:

A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência de cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% de peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial, pois a redução da ingestão calórica leva à perda de peso e à diminuição da pressão arterial, mecanismos explicados pela queda da insulinemia, redução da sensibilidade ao sódio e diminuição da atividade do sistema nervoso simpático.

Tratamento medicamentoso

O objetivo primordial do tratamento da Pressão Arterial (PA) é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do paciente hipertenso, aumentando em decorrência dos altos níveis tensoriais e de outros fatores agravantes, utilizando-se tanto medidas não medicamentosas isoladas como associadas a fármacos anti-hipertensivos (KOHLMANN Jr. et al., 2002).

Conforme mostra o Quadro 1, atualmente, existem disponíveis 10 (dez) classes de drogas anti-hipertensivas no mercado e ainda estão sendo testadas e pesquisadas novas classes. Antes de prescrever um anti-hipertensivo é fundamental o médico observar se realmente há indicações e optar por uma droga que melhor se adeque àquele paciente específico (MEDCURSO, 2006).

Quadro 1 - Classe de anti-hipertensivos

Nº.	CLASSES
01	Diuréticos
02	Agentes Adrenérgicos
03	Alfa-agonistas centrais
04	Beta-bloqueadores
05	Bloqueadores alfa
06	Bloqueadores alfa e beta
07	Vasodilatadores
08	Inibidores da Enzima Conservadora de Angiotensina (ECA)
09	Bloqueadores do receptor de Angiotensina II
010	Antagonistas de cálcio

Fonte: SMELTZER; BARE (2006).

Convém lembrar que segundo Smeltzer; Bare; Brunner (2006), a adesão ao programa terapêutico pode ser mais difícil para as pessoas idosas. O regime medicamentoso pode ser difícil de lembrar e o custo pode representar um problema. A monoterapia (tratamento com um agente único) quando apropriada, pode simplificar o regime medicamentoso e torná-lo menos dispendioso.

Abordagem multiprofissional

Como a Hipertensão Arterial é uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetos, seu tratamento poderá, requerer o apoio de outros profissionais de saúde, além do médico. Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens e a formação de uma equipe multiprofissional irá proporcionar essa ação diferenciada (MACHADO et al., 2002).

Ainda de acordo com Machado et al (2002) a equipe multiprofissional deve ser constituída por profissionais que lidem com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde. Entretanto, não há necessidade de todo esse grupo para a formação da equipe.

O regime terapêutico é de responsabilidade do paciente em colaboração com o profissional de saúde. A educação sobre a pressão arterial alta e como tratá-la, incluindo medicamentos, alterações de estilo de vida na dieta, controle de peso e exercício físico, estabelecer as pressões arteriais-alvo e assistência no suporte social, podem ajudar o paciente a alcançar o controle da pressão arterial (SMELTZER; BARE; BRUNNER, 2006). Com muita propriedade os referidos autores acrescentam que a família ou os cuidadores do hipertenso, devem ser incluídos no programa de ensino, de modo que eles possam compreender as necessidades do paciente, encorajar a adesão do plano de tratamento e saber quando e quem contactar se os problemas surgirem ou se a informação for necessária.

Participação do enfermeiro

O objetivo do cuidado de enfermagem para pacientes hipertensos focaliza a diminuição e controle da pressão arterial, seus efeitos adversos e sem custos indevidos. Para alcançar essas metas, “a enfermagem deve apoiar e ensinar o paciente a aderir ao regime de tratamento, implementar as alterações necessárias no estilo de vida, tomar medidas conforme a prescrição e agendar consultas regulares” (SMELTZER; BARE; BRUNNER, 2006). Para Machado et al (2002), a participação do enfermeiro engloba:

- a) Consulta de Enfermagem: medida da pressão arterial; investigação sobre fatores de risco e hábitos de vida; estratificação do risco individual; orientação sobre a doença, o uso de medicamentos e seus efeitos adversos; avaliação de sintomas e orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares;
- b) Encaminhamento ao médico pelo menos anualmente, e com maior frequência nos casos em que a pressão estiver devidamente controlada ou na presença de outras intercorrências;
- c) Administração do serviço (controle de retorno, busca de faltosos e controle de consultas agendadas);
- d) Delegação das atividades do técnico/auxiliar de enfermagem.

Considerando o conhecimento bibliográfico e a prática da dificuldade à adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos pacientes hipertensos assistidos por uma Equipe de Saúde da Família no município de Bacuri-MA, procurou-se investigar os principais relatos desses pacientes à difícil adesão.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos assistidos pela Equipe de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde no município de Bacuri-MA, destacando-se os motivos alegados para não adesão.

2.2 Específicos

Identificar as características demográficas, econômicas e hábitos de vida dos pacientes hipertensos;

Levantar informações sobre tipos de medicações utilizadas pelos pacientes;

Identificar o uso diário de medicação ingerida pelos pacientes de acordo com a prescrição médica;

Investigar os motivos alegados pelos pacientes quanto à não adesão ao tratamento medicamentoso.

3 METODOLOGIA

- **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo prospectivo, com análise quantitativa dos dados, com vistas a observar, registrar analisar e correlacionar fenômenos ou fatos, sem interferir no ambiente analisado, com coletas de dados atuais, permitindo dessa forma, identificar a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso, atendidos em uma Unidade Básica de Saúde.

- **Local do estudo**

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde, localizada no bairro Campinho, com um total de 320 (trezentas e vinte) famílias cadastradas no Programa Saúde da Família do município de Bacuri-MA, no período de janeiro a fevereiro de 2009. Bacurí é um município brasileiro do Estado do Maranhão, pertencente à Mesorregião Norte maranhense do litoral ocidental com área de 788,06Km², cuja população contempla 16.026 habitantes (IBGE, 2007).

- **População**

A população constituiu-se por todos os pacientes hipertensos, acompanhados pela Equipe Saúde da Família da referida área, perfazendo um total de 54 (cinquenta e quatro) pacientes entrevistados.

- **Instrumento de coleta de dados**

Utilizou-se como técnica para coleta de dados o questionário com perguntas fechadas, previamente elaborado pelas pesquisadoras, contemplando variáveis demográficas, econômicas, bem como questões referentes aos hábitos de vida dos pacientes e a forma de tratamento.

- **Coleta de dados**

Os dados foram coletados de acordo com as etapas, a saber:

Levantamento dos pacientes hipertensos atendidos na Unidade de Saúde, após autorização do Diretor da referida unidade;

Realização de palestra aos pacientes para conscientização da importância da pesquisa, de sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assegurando sua participação na pesquisa, bem como de seus objetivos.

Agendamento prévio com os pacientes para aplicação do instrumento de coleta de dados.

Aplicação e recolhimento do referido instrumento aos referidos pacientes para proceder a tabulação e análise dos dados.

- **Análise dos dados**

Os dados obtidos foram submetidos à análise descritiva, através do Programa EPI-Info com o objetivo de organizar as informações representados em forma de Gráficos e Tabelas e discutidos de acordo com a literatura.

- **Considerações éticas**

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê em Ética da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que envolveu seres humanos. Foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando, assim, sua participação na pesquisa. (Apêndice B)

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere à questão sócio-demográfica, a tabela abaixo mostra que 51,85% dos pacientes são do sexo feminino, 79,6% estão na faixa etária de 60 anos ou mais, 59,25% são da raça negra e 66,6%, são analfabetos.

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual dos 54 pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de acordo com as características sócio-demográficas. Bacuri-MA. 2009.

CARACTERÍSTICAS	N	%
SEXO		
Masculino	26	48,1
Feminino	28	51,8
TOTAL	54	100%
FAIXA ETÁRIA		
30 a 39 anos	00	00,0
40 a 45 anos	05	9,2
50 a 59 anos	06	11,2
60 anos ou mais	43	79,6
TOTAL	54	100%
RAÇA		
Branca	08	14,8
Parda	14	25,9
Negra	32	59,2
TOTAL	54	100%
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	36	66,6
1º grau incompleto	12	22,2
1º grau completo	05	9,2
2º grau incompleto	-	-
2º grau completo	01	1,8
3º grau	-	-
TOTAL	54	100%

Engel et al (2007) discorrem que os pacientes com mais de 60 anos de idade constituem, atualmente, a maioria dos hipertensos, devido ao aumento da expectativa de vida mundial. Afirmam também que a Hipertensão Arterial Sistêmica é mais grave no grupo populacional de negros e pardos, estando, portanto, em consonância com os resultados apresentados na Tabela 1. Argumentam ainda que a resposta aos anti-hipertensivos não difere significativamente entre mulheres e homens; porém, o estudo mostrou que mais da metade dos pacientes são do sexo feminino.

Com relação à renda familiar, observa-se uma proporção maior de pacientes que têm renda mensal de apenas 1 (um) salário perfazendo um total de 81%, 6% apresentam renda mensal de 2 (dois) salários e apenas 4% dos entrevistados não apresentam nenhuma renda. (Gráfico 1)

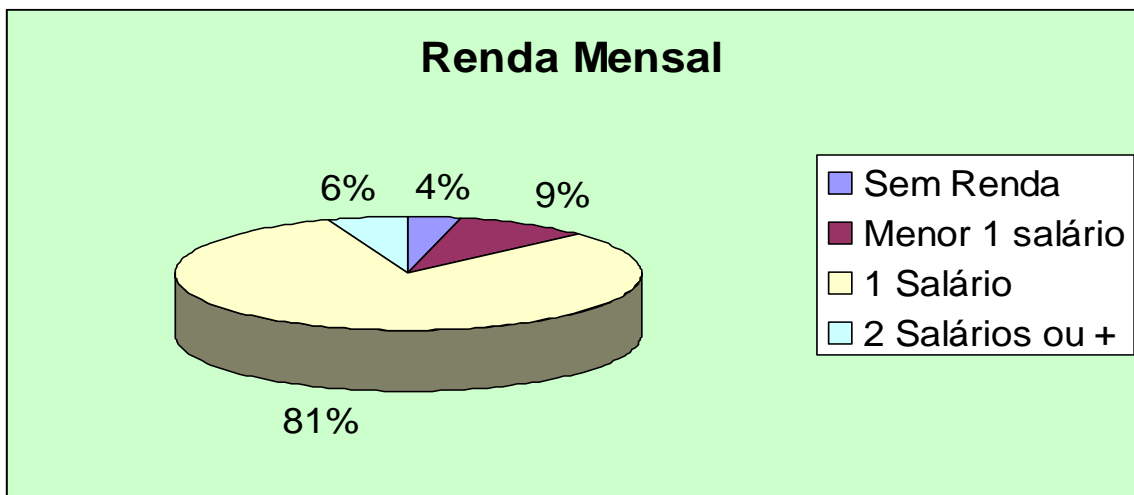


Gráfico 1 - Distribuição percentual dos 54 pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de acordo com a renda mensal. Bacuri-MA. 2009.

Para Magalhães et al (2002) há uma prevalência e gravidade da Hipertensão Arterial em negros e miscigenados, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. O comentário dos autores acima pode ser observado nos pacientes estudados, pois mais da metade são da raça negra (Tabela 1) e a maioria apresentam renda baixa. (Gráfico 1)

Quanto à profissão ou ocupação dos pacientes 52% são aposentados 20% exercem a profissão de lavrador, 19% são apenas donas de casa e 9% são pescadores; vale ressaltar que dos 52% aposentados a maioria responderam que continuam trabalhando como lavradores ou pescadores. (Gráfico 2)

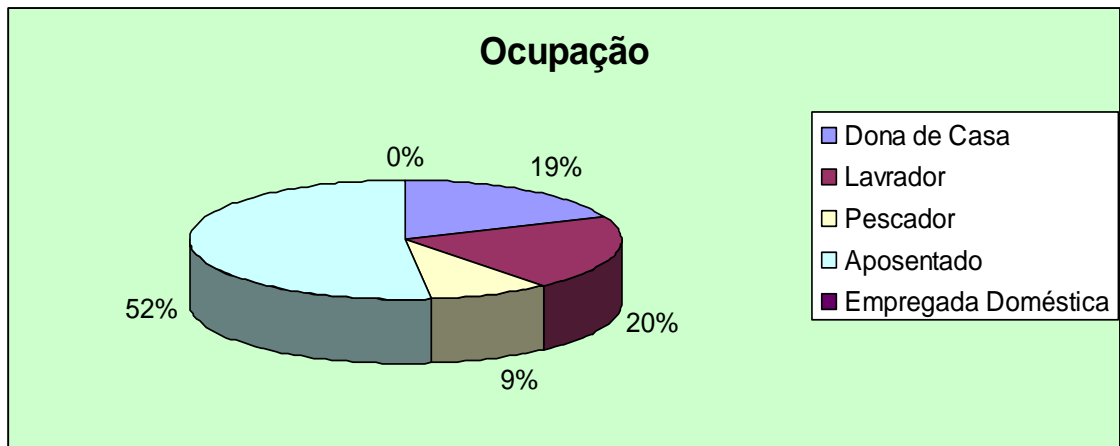


Gráfico 2 - Distribuição percentual dos 54 pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de acordo com a ocupação. Bacuri-MA. 2009.

Em se tratando dos hábitos de vida dos pacientes hipertensos 51,8% responderam que sua alimentação é normal, pois fazem uso de medicação, 85,18% negaram o uso de fumo, 88,9% não usam bebidas alcoólicas e 90,75% não praticam nenhuma atividade física. Dos 9,25% que responderam praticar atividade física 3 (três) vezes ou mais por semana, todos fazem apenas caminhada.

Tabela 2 - Distribuição percentual dos 54 pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de acordo com os hábitos de vida. Bacuri-MA. 2009.

HÁBITOS DE VIDA	N	%
ALIMENTAÇÃO		
Sem sal e sem gordura	01	1,8
Pouco sal, pouca gordura	08	46,2
Normal	28	51,8
Verduras e cereais	-	-
TOTAL	54	100%
TABAGISTA		
Sim	08	73,6
Não	46	26,4
TOTAL	54	100%

ETILISTA		
Sim	06	11,1
Não	48	88,9
TOTAL	54	100%
ATIVIDADE FÍSICA		
Sim	05	9,2
Não	49	90,7
TOTAL	54	100%

Para Engel et al (2007), modificações dos hábitos de vida são medidas gerais que incluem “alterações na dieta, no consumo de algumas substâncias e na atividade física, importantes tanto para reduzir os níveis de pressão arterial médios, quanto para controlar outros fatores de risco para eventos cardiovasculares”. Essas medidas podem ser o único tratamento requisitado para pacientes com HAS leve e com baixo risco cardiovascular total e devem sempre associar, se possível, ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo.

O estudo mostrou que a alimentação e a prática de atividade física constituem resultados incompatíveis com os hábitos de vida, considerados essenciais para uma boa evolução terapêutica, independente do uso de medicamentos.

Por sua vez, Duncan et al (2004) esclarece que a associação entre o hábito de fumar e a PA é controversa, pois agudamente há elevação da PA, mas em um contexto epidemiológico, os fumantes tendem a ter a PA mais baixa, talvez às custas de menor massa corporal. Independente disso, a recomendação de parar de fumar é obrigatória, dado os conhecidos benefícios provindos do controle desse fator de risco, isoladamente.

Fazendo-se referência aos tipos de medicamentos usados pelos pacientes, o Gráfico 3 mostra que com maior proporção de uso com prescrição médica, o Captopril foi contemplado com um percentual de 53%, enquanto que 34% usam o referido medicamento associado ao Ácido Acetil Salicílico (AAS).

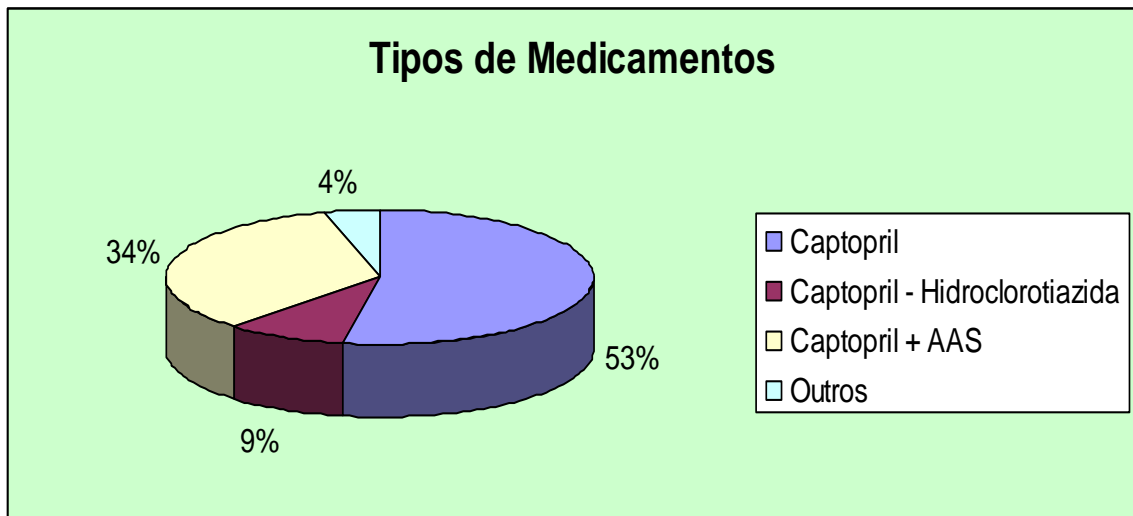


Gráfico 3 - Distribuição percentual dos 54 pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de acordo com o tipo de medicação sob prescrição médica. Bacuri-MA. 2009.

No entendimento de SBH; SBC; SBN (2002) “quando a terapia farmacológica for necessária, a dose inicial deve ser mais baixa e eficaz possível e o incremento de doses ou a associação de novas drogas devem ser feitas com mais cuidado”. Por outro lado, SBH; SBC; SBN (2002) corrobora ao dizer que “os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais, como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não fatais”.

Convém esclarecer que a pesquisa obteve resultados compatíveis com os dados bibliográficos citados, visto que mais da metade dos pacientes usam apenas um tipo de droga e a associação de uma nova droga é realizada de acordo com a necessidade de cada paciente.

Em relação ao uso diário do medicamento prescrito pelo médico, verificou-se que mais da metade dos pacientes não fazem uso (ou usam às vezes) conforme prescrição, perfazendo um total de 56% e, 44%, usam a medicação corretamente. (Gráfico 4)

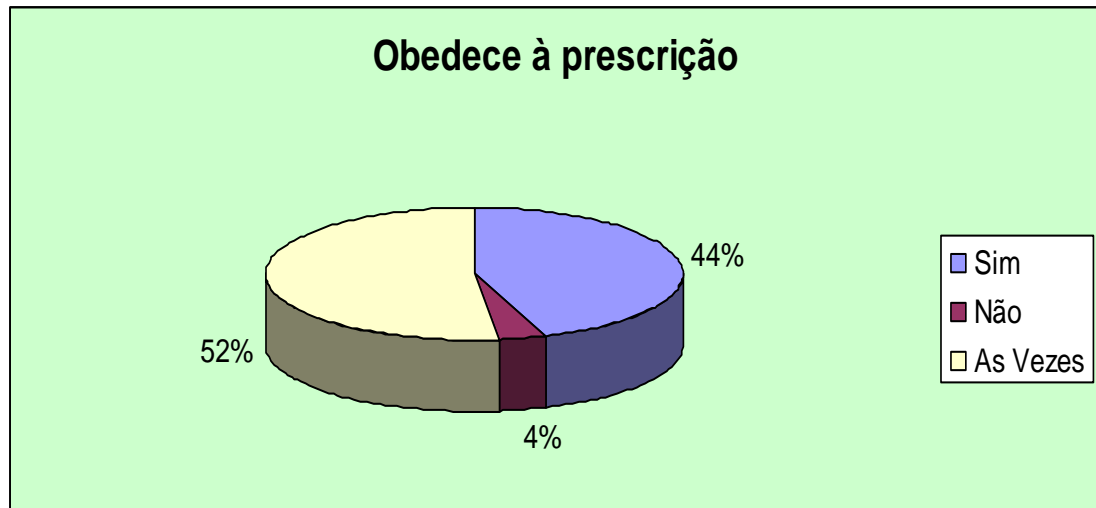


Gráfico 4 - Distribuição percentual dos 54 pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de acordo com o uso diário da medicação prescrita pelo médico. Bacuri-MA. 2009.

Segundo Smeltzer; Bare; Brunner (2006), a adesão ao Programa Terapêutico pode ser mais difícil para as pessoas idosas. O regime terapêutico pode ser mais difícil de lembrar e o custo representa um problema. Por sua vez, a não adesão ao tratamento pela maior parte dos pacientes hipertensos pode estar relacionada à idade dos mesmos, pois a maioria é idosa. Vale enfatizar o incentivo da terapia ao cuidador do paciente, que é realizada pelos profissionais de saúde. Quanto ao custo, a medicação em maior uso é distribuída pela Farmácia Básica de Saúde.

No que diz respeito a não adesão ao tratamento medicamentoso, observou-se que, 50% dos pacientes alegaram como motivo a falta da medicação na Farmácia Básica do Posto de Saúde, 40% responderam que só usam quando apresentam alguns sintomas como cefaléia ou tontura e, 10%, referiram sentirem-se mal com o uso diário da medicação. (Gráfico 5)

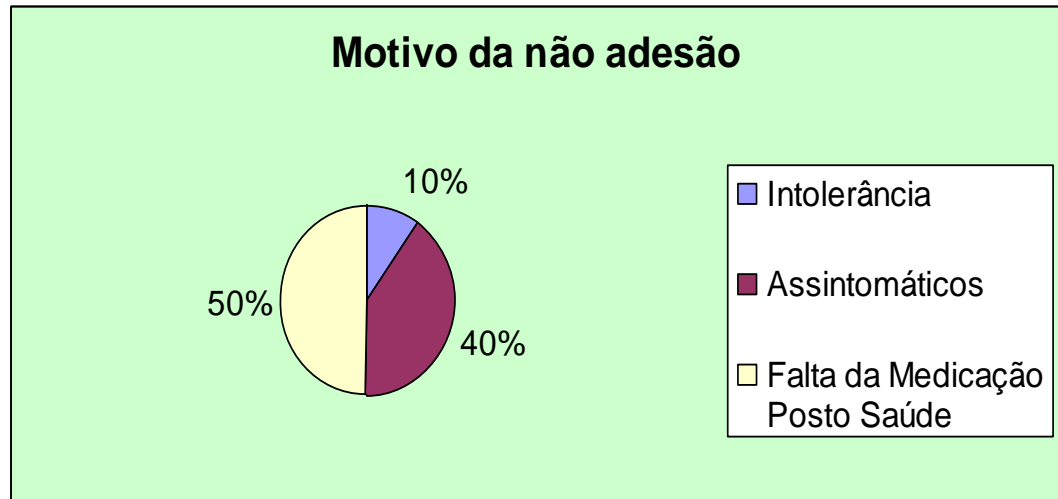


Gráfico 5 - Distribuição percentual dos 30 pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de acordo com a não adesão ao tratamento medicamentoso. Bacuri-MA. 2009.

Duncan et al (2004) discorrem que muitos pacientes com Pressão Arterial elevada tem queixas inespecíficas como cefaléia, epistaxes, dentre outras que, na ausência de síndromes clínicas características, provavelmente são associações causais ou eventos gerados por crenças difundidas entre médicos e pacientes. Afirmam ainda que os fármacos anti-hipertensivos em geral, são bem tolerados. Em estudos controlados por placebo, muitos efeitos adversos corriqueiros tem incidência similar nos grupos tratados com fármacos, como tontura, astenia, dentre outros.

Os motivos alegados pelos paciente deste estudo não condizem com a realidade, uma vez que a medicação em maior uso não falta na Farmácia Básica, além de apresentar baixo custo. Quanto aos sintomas relatados pelos pacientes, são na maioria das vezes, queixas dadas como desculpas à não adesão ao tratamento.

5 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos pode-se concluir que:

- a) Mais da metade dos pacientes é do sexo feminino, a maioria está na faixa etária de 60 anos ou mais, são da raça negra e analfabetos;
- b) Com relação à renda mensal dos pacientes, a maioria recebe apenas 1(um) salário mínimo, considerando-se a opção “Aposentados” como a ocupação de maior representatividade;
- c) Quanto aos hábitos de vida, diz que mais da metade dos entrevistados se alimentam normalmente. A maioria não é fumante, não toma bebida alcóolica e não praticam nenhuma atividade física;
- d) Sobre a adesão ao tratamento medicamentoso mais da metade dos pacientes não fazem uso dos medicamentos, citando como principal motivo a falta da medicação na farmácia no Posto de Saúde.

E finda-se por concordar que há uma deficiência no acompanhamento dos pacientes por parte dos profissionais que desempenham suas atividades no Posto de Saúde do Campinho. Prevenir e tratar a Hipertensão Arterial envolve fundamentalmente, ensinamentos mais específicos. Embora se saiba que essas mudanças educativas ocorrem de maneira lenta, torna-se necessário ter continuidade por meio de ações individualizadas e elaboradas para atender necessidades específicas de cada paciente, de modo a serem mantidas ao longo do tempo. Sugere-se pois, maior comprometimento da equipe formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, no sentido de promover a motivação dos pacientes à adesão ao tratamento medicamentoso e hábitos de vida mais saudáveis, através da realização de palestras, visitas domiciliares e estratégias educativas, com vistas a tornar as ações anti-hipertensivas mais efetivas e permanentes.

REFERÊNCIAS

AMODEO, Celso; NEGRÃO, Carlos Eduardo; FERREIRA, Celso. Tratamento não-medicamentoso. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira**. Brasília, 2002.

DUNCAN, B. Bruce et al. **Medicina ambulatorial**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ENGEL, Cassio L. et al. Hipertensão arterial sistêmica: tratamento. In: MEDCURSO. **Cardiologia**. São Paulo: Ritters, 2007. v. 2.

FIGUEIRA, Norma Arteiro et al. **Condutas em clínica médica**. 2.ed. São Paulo : Medse 2001.

GOMES, Marco Antonio Mota; PIERIN, Angela Maria Geraldo; SBISSA, Antonio Silveira. Diagnóstico e classificação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira**. Brasília, 2002.

HIPERTENSÃO Arterial. 2000. Disponível em: www.abcdasaude.com.br/artigo. Acesso em: 28 dez. 2008.

JARDIM, Paulo César Brandão Veiga; SOUZA, Weimar Kunz Sebba Barroso de; JARDIM, Thiago de Souza Veiga. Hipertensão arterial. In: PORTO, Celmo Celeno. **Valdemecum de clínica médica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. v. 1. p.499-503.

KOHLMANN JR. et al. Tratamento medicamentoso. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira**. Brasília, 2002.

MACHADO et al. Abordagem multiprofissional. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira**. Brasília, 2002.

MION, Jr. Décio, PIERIN, MG. Ângela, **Manual de condutas médicas do programa saúde da família – MS**. São Paulo, 2001.

PRADO, F. Cintra do; RAMOS, Jairo; VALLE, J. Ribeiro do. **Atualização terapêutica**. 21. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

SBH; SBC; SBN. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Campos do Jordão, SP, 2002.

SMELTZER, S.; BARE, B.; BRUNNER, Suddart. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO: ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm
End.: Rua L, Quadra 22, Casa 08, Parque Atenas; CEP: 65.072-510 - São Luís- MA
Fone (98)3246-1194
e-mail: rosemary@institutolaboro.com.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N, Campus do Bacanga; Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7. CEP: 65080-040. Tel:2109-8708.

Pesquisadoras: Maria Rayane Rodrigues dos Nascimentos e Valdeilda Petronilio de Sousa.

**ADESÃO DOS PACIENTES HIPERTENSOS AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO NO MUNICÍPIO DE BACURI- MA**

Prezado(a) Sr(a), estamos realizando uma pesquisa a respeito da adesão ao tratamento medicamentoso pelos pacientes hipertensos cadastrados pela Equipe de Saúde da Família do bairro Campinho. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para os senhores(as). A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se alguém quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. Os senhores poderão deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecido(a) e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre meu tratamento medicamentoso, dados pessoais, entre outros necessários. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal e não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Bacuri, / /

Carimbo e assinatura do pesquisador

Sujeito da Pesquisa

Posto de Saúde da Família do Campinho
Rua Cândida Mafra, S/N, bairro Campinho – Bacuri/MA