



PESQUISA

Caracterização dos hipertensos e fatores dificultadores na adesão do idoso ao tratamento medicamentoso da Hipertensão

Characterization of hypertensive and factors hindering the elderly of adhere to the drug treatment of hypertension

Caracterización de hipertensos y los factores que dificultan en adhesión los ancianos con la adherencia al tratamiento de la hipertensión drogas

Ernandes Gonçalves Dias¹, Ellen Jussara Fagundes Silva², Franciele Nunes Lima³, Élica Cristina Fernandes dos Anjos⁴, Janine Cinara Silveira Alves⁵

RESUMO

Objetivou-se levantar as características e dificuldades dos idosos hipertensos da Unidade Básica de Saúde São Sebastião, Porteirinha-MG, na adesão ao tratamento medicamentoso. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e transversal, desenvolvido numa abordagem quanti-qualitativa. Os dados foram coletados através de uma entrevista, aplicada a 26 idosos no período de março a abril de 2015. Os resultados indicaram que a maioria eram mulheres, tinham 60 a 87 anos, baixa escolaridade, casadas, aposentadas e viviam com até um salário mínimo. Possuem o diagnóstico há mais de 5 anos, são sedentárias, procuram o serviço de saúde somente em caso de intercorrências, e o medicamento mais usado é a hidroclorotiazida. Os determinantes da dificuldade em aderir ao tratamento foram: esquecimento em tomar os remédios, uso de bebidas alcoólicas e a polimedicalização. Conclui-se que há necessidade de investimentos em educação em saúde para conscientizá-los quanto à importância da adesão ao tratamento medicamentoso no controle da hipertensão. **Descritores:** Saúde do Idoso. Hipertensão. Adesão à Medicação.

ABSTRACT

The objective was to raise the characteristics and difficulties of elderly hypertensive patients the Basic Health Unit São Sebastião, Porteirinha-MG, in adherence to drug treatment. It is a descriptive, exploratory and cross-sectional study developed a quantitative and qualitative approach. Data were collected through an interview, applied to 26 elderly in the period March-April 2015. The results indicated that most were women, they had 60 to 87 years, low education, married, retired and they lived with up to the minimum wage. They have the diagnosed more than five years, are sedentary, seek the health service only in case of complications, the most widely used drug is the hydrochlorothiazide. The determinants of difficulty adhering to treatment were forgetting to take the medicines, alcohol use and polimedicalização. It is concluded that there is need for investments in education health to raise awareness about the importance of adherence to therapy in controlling hypertension. **Descriptors:** Health of the Elderly. Hypertension. Medication Adherence

RESUMEN

El objetivo era elevar las características y dificultades de los pacientes hipertensos de edad avanzada de la Unidad Básica de Salud de São Sebastião, Porteirinha-MG, en la adherencia al tratamiento farmacológico. Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio y transversal desarrollado un enfoque cuantitativo y cualitativo. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista, aplicada a 26 personas mayores de marzo a abril de 2015. Los resultados indicaron que la mayoría eran mujeres, tuvieron 60-87 años, el bajo nivel de educación, se casó, se retiró y vivió hasta el salario mínimo. Ellos tienen los diagnosticado más de cinco años, son sedentarios, busca de servicios de salud sólo en caso de complicaciones, la droga más ampliamente utilizada es la hidroclorotiazida. Los determinantes de la dificultad para adherirse al tratamiento estaban olvidando de tomar los medicamentos, consumo de alcohol y polimedicalização. Se concluye que existe la necesidad de inversiones en salud en la educación para crear conciencia sobre la importancia de la adherencia al tratamiento en el control de la hipertensión. **Descritores:** Salud del Anciano. Hipertensión. Cumplimiento de la Medicación

¹ Enfermeiro. Especialista em Enfermagem do Trabalho e Docência na Saúde. Docente na Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha. Porteirinha, Minas Gerais. Rua E-mail: ernandesgdias@yahoo.com.br. ² Graduando em Enfermagem. Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha. Porteirinha, Minas Gerais. ³ Graduando em Enfermagem. Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha. Porteirinha, Minas Gerais. ⁴ Graduando em Enfermagem. Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha. Porteirinha, Minas Gerais. ⁵ Mestre em Ensino de Biologia. Docente na Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha. Porteirinha, Minas Gerais.

Dias, E. G. et al.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônico-degenerativa, associada à multifatores, inicialmente assintomática com evolução lenta e progressiva. O equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores são alterados resultando em aumento da pressão no interior dos vasos, podendo ocasionar lesões em órgãos nobres como o coração, cérebro, rins e olhos (FERREIRA FILHO, 2011).

O processo de envelhecimento pode ser caracterizado por alterações estruturais e funcionais que ocorrem mesmo na ausência de doenças e pode provocar aumento dos níveis de Pressão Arterial (PA). Prevenir esse aumento é a maneira mais eficiente de combater a HAS (OLIVEIRA, 2011).

A elevação da PA é associada à própria idade, e também originam do acúmulo de danos, ao longo da vida, causados, sobretudo pela interação entre fatores genéticos e hábitos não saudáveis, como uma dieta desbalanceada, etilismo, tabagismo e sedentarismo (GOTTLIEB et al., 2011).

Com a transição demográfica e epidemiológica responsável pelo envelhecimento populacional, verifica-se que a predominância da HAS desafia o poder público a instituir políticas de saúde eficientes (LOBATO, 2013).

A HAS tem se acentuado nos últimos anos na população brasileira, atrelando a ela várias doenças cerebrovasculares e cardíacas. A incidência de hipertensão é maior em pessoas idosas, superior a 60%, tornando-se responsável por um grande número de óbitos nesta faixa etária (CONTIERO et al., 2009).

Apesar da HAS ter uma prevalência elevada, seu tratamento continua inadequado. Após o diagnóstico apenas 50% dos pacientes utilizam a medicação de forma regular. Somente

27% dos hipertensos mantêm um controle satisfatório da PA (BOSSAY et al., 2006).

O tratamento da HAS no idoso é feito com mudanças no estilo de vida, através da realização de atividades físicas, modificações dos hábitos alimentares e tratamento medicamentoso, dessa forma exige acompanhamento de uma equipe multiprofissional. Porém, quando o tratamento não medicamentoso não é suficiente para controle da PA é necessário instituir a terapêutica medicamentosa (LONGO; MARTELLI; ZIMMERMANN, 2011, NOBRE et al., 2013).

Para isso é necessário desenvolver estratégias na assistência ao idoso, para que ocorra uma comunicação efetiva entre equipe-idoso-família, com intuito de aumentar o conhecimento da população sobre a HAS, e a conscientização da importância do seu tratamento. A capacitação dos profissionais de saúde para desenvolver ações de educação em saúde deve ser valorizada, permitindo que estes possam melhor assistir os idosos e seus familiares (CONTIERO et al., 2009).

A HAS tem caráter assintomático durante seus 15 a 20 primeiros anos de evolução, por isso, é difícil convencer um paciente do perigo em potencial que corre e da importância de mudar seu estilo de vida e, da necessidade de adesão as medicações (BOSSAY et al., 2006).

Para os que manifestam comportamentos corretos com o tratamento da HAS, é recomendado que os profissionais incentivassem a continuidade desse comportamento. É importante lembrar aos hipertensos os riscos potenciais pelo não uso de medicamentos. Dessa forma, os profissionais estarão contribuindo para reduzir ou evitar as altas taxas de morbimortalidade por doenças decorrentes da HAS, tão presentes e onerosas ao sistema de saúde (ROMERO et al., 2010)

As principais dificuldades associadas a adesão do idoso ao tratamento medicamentoso

Dias, E. G. et al. podem estar relacionadas a falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica, o baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas, adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, baixa autoestima, relacionamento inadequado com a equipe de saúde, dificuldade na marcação de consultas, ocorrência de efeitos indesejáveis e interferência na qualidade de vida após início do tratamento (BRASIL, 2010).

A não adesão ao tratamento é identificada como a causa principal da PA não controlada, representando assim um risco significativo de eventos cardiovasculares. A adesão ao tratamento medicamentoso está estimada em torno de 50%, essa taxa diminui em relação às mudanças no estilo de vida. A ingestão correta de pelo menos 80% dos medicamentos receitados pelo médico é uma forma geral de considerar adequada a adesão ao tratamento medicamentoso (BASTOS-BARBOSA et al., 2012).

Para compreender os fatores dificultadores implícitos na adesão ao tratamento se faz necessário, considerar o contexto histórico, social e cultural dos sujeitos e sua experiência no processo de adoecimento. Diagnosticar a HAS não é suficiente, o essencial é conduzir corretamente o tratamento e convencer o paciente sobre a necessidade da adesão e do controle da doença. Esse é um passo importante para diminuir as consequências do impacto social, dos custos monetários para o indivíduo, família, sociedade, sistemas de saúde e previdenciário (CAVALARI et al., 2012).

Se o idoso não tiver esclarecimentos sobre sua real situação de saúde, causas e consequências do tratamento e importância da adesão ao mesmo, possivelmente o tratamento anti-hipertensivo será interrompido ou até mesmo abandonado. Nesse sentido, cabe ressaltar a importância da equipe multiprofissional de saúde,

especialmente o enfermeiro, peça fundamental no auxílio ao idoso em tratamento, que procura minimizar os riscos do surgimento de complicações e incentiva o idoso a se sentir corresponsável por sua saúde (OLIVEIRA; MOREIRA, 2010).

Em virtude dessas considerações e da gravidade da não adesão do idoso ao tratamento medicamentoso quando prescrito pelo médico e ancorados na realidade encontrada na Unidade Básica de Saúde (UBS) São Sebastião de Porteirinha durante a trajetória vivenciada nos estágios supervisionados, o estudo teve como objetivo investigar as características e dificuldades dos idosos portadores de HAS da UBS São Sebastião da cidade de Porteirinha-MG na adesão ao tratamento medicamentoso.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, exploratória e transversal, desenvolvida numa abordagem quantitativa, realizada com 26 hipertensos, com idade igual ou maior que 60 anos, cadastrados na UBS São Sebastião, município de Porteirinha, Minas Gerais, residentes na zona urbana.

Para definição da amostra foi realizada uma educação em saúde onde foram convidados todos os hipertensos que obedeciam aos critérios supracitados. Nesta ocasião foram questionados sobre a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, aquele que relatou alguma dificuldade de adesão foi convidado a participar da pesquisa.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados uma entrevista estruturada, aplicada aos idosos hipertensos no período de março a abril de 2015 em suas residências e gravadas mediante autorização dos mesmos. Para validação do instrumento da pesquisa foi realizado um pré-teste em dezembro de 2014, com 05 hipertensos com idade igual ou maior a 60 anos da área de

Dias, E. G. et al. abrangência da UBS, que mostrou o instrumento está adequado aos objetivos da pesquisa.

Os dados qualitativos foram organizados por meio de saturação do discurso. Os discursos foram transcritos na íntegra, inter-relacionados, analisados e discutidos mediante revisão de literatura.

Os dados quantitativos foram processados em utilizando uma planilha do *Microsoft Excel 2007*. O método estatístico para análise dos dados foi percentagem. Após análise e interpretação dos dados, foram construídas tabelas, ao final da apresentação de cada uma foi constada uma discussão confrontando o dado coletado com a literatura.

Em relação às questões éticas, os procedimentos metodológicos obedeceram aos padrões estabelecidos pela Resolução 466/2012, que trata das normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido manifestando seu interesse em participar do estudo. O Projeto desse estudo foi analisado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos de Barbacena-MG e aprovado sob o número 1.006.114.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para caracterização do perfil dos idosos foi considerada as variáveis sexo, idade, estado civil, com quem mora, escolaridade, profissão e renda.

Tabela 1. Perfil socioeconômico do hipertenso com dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso da UBS São Sebastião. Porteirinha-MG, 2015.

Variáveis	Va	Vr(%)
Sexo		
Feminino	16	61,54
Masculino	10	38,46
Idade		
60 65	05	19,23
65 70	05	19,23
70 75	06	23,08
75 80	04	15,38
80 85	02	7,70

85 87	04	15,38
Estado Civil		
Casado	15	57,69
Viúvo	06	23,08
Solteiro	03	11,53
Separado	02	7,70
Com quem mora		
Com cônjuge, filhos e netos	08	30,77
Sozinho(a)	07	26,92
Cônjuge / companheiro(a)	06	23,08
Com cônjuge e filhos	05	19,23
Escolaridade		
Analfabeto	16	61,54
Ensino fundamental incompleto	10	38,46
Profissão		
Aposentado	23	88,46
Doméstica	02	7,70
Carroceiro	01	3,84
Renda		
Até 01 salário mínimo	25	96,15
01 a 02 salários mínimos	01	3,85

Fonte: Pesquisa direta. 2015.

Analisando a distribuição por sexo dos idosos hipertensos, na Tabela 1 verifica-se que 16 (61,54%) eram mulheres e 10 (38,46%) eram homens. Em um estudo realizado por Bossay et al. (2006) na UBS do Jardim Macaúbas, em Campo Grande, com 321 indivíduos cadastrados no Programa de Hipertensão Arterial, com idades a partir de 20 anos, verificou-se que a maioria dos hipertensos eram do sexo feminino.

Em relação à faixa etária a Tabela 1 mostra que, 06 (23,08%) se encontravam na faixa etária de 70 a 75 anos; 05 (19,23%) entre 60 a 65 anos; outros 05 (19,23%) entre 65 a 70 anos; 04 (15,38%) entre 75 a 80 anos; outros 04 (15,38%) entre 85 a 87 anos e 02 (7,70%) na faixa etária de 80 a 85 anos de idade.

No estudo realizado por Silva et al. (2013) com 99 idosos hipertensos, residentes em dois distritos rurais do município de Governador Valadares-MG, de ambos os sexos, constantes nos arquivos do Hiperdia, verificou-se que a maioria tinha idade em torno de 60 a 70 anos, perfazendo uma média de 70,5 anos.

Quanto ao estado civil, a Tabela 1 mostra que 12 (57,69%) são casados; 06 (23,08%) viúvos;

Dias, E. G. et al.

03 (11,53%) solteiros e 02 (7,70%) separados. No estudo de Freitas et al. (2013), realizado com uma amostra composta por 124 hipertensos, realizado no município de Ananindeua, Pará, dentre os entrevistados, a maioria declarou ser casados. O autor acrescentou a isso o fato de que, para pessoas em união estável, o envolvimento do cônjuge é componente facilitador para a adesão ao tratamento, contribuindo desta forma para o controle da PA.

Quanto ao quesito com quem o idoso hipertenso reside, os dados da Tabela 1, mostram que, 08 (30,77%) moram com cônjuge, filhos e netos, 07 (26,92%) moram só, 06 (23,08%) moram com cônjuge/companheiro e 05 (19,23%) moram com cônjuge e filhos. Nota-se neste estudo que a maioria dos idosos moram com cônjuge, filhos e netos.

No estudo realizado por Matos Júnior e Oliveira (2014) no município de São Carlos-SP, foi verificado que 60% dos idosos hipertensos viviam com seu esposo/companheiro, seguidos de 56% que viviam com os filhos, 31% com netos e 7% deles viviam sozinhos.

Em relação ao grau de escolaridade, a Tabela 1 mostra que, 16 (61,54%) são analfabetos e 10 (38,46%) idosos possuem ensino fundamental incompleto. Observa-se uma baixa escolaridade entre os idosos estudados. Esse resultado corrobora com o estudo de Alves et al. (2007), em um município do interior do Estado de São Paulo que delineou o perfil de saúde de uma população de idosos hipertensos que moravam em contexto de pobreza e atendidos por uma UBS, em relação à escolaridade, onde houve significativa porcentagem de idosos com ensino fundamental incompleto (44%), seguidos de 30% de idosos analfabetos, 16% de idosos com alfabetização de adultos, 7% com ensino fundamental completo e 2% com ensino superior completo.

Em relação à ocupação, a Tabela 1 revela que 23 (88,46%) são aposentados, 02 (7,70%)

domésticas e 01 (3,84%) carroceiro, prevalecendo que a maioria dos hipertensos é aposentado. Esses dados são coerentes com os encontrados por Teixeira et al. (2006), em um estudo realizado com 220 clientes cadastrados no hiperdia da Policlínica Sérgio Arouca da Fundação Municipal de Saúde de Niterói-RJ, a maioria dos sujeitos era aposentado (39%) pelo o tempo de serviço e em razão de doença incapacitante. Para os autores existe uma relação entre a profissão/ocupação e a elevação da PA, sendo que os índices mais baixos de PA ocorrem no grupo socialmente favorecido.

Quanto à renda familiar, a TAB.1 mostra que, 25 (96,15%) possuem renda familiar de até um salário mínimo, 01 (3,85%) possui renda familiar de um a dois salários mínimos. Freitas et al. (2013) destacam que no estudo realizado a partir da análise de 85 fichas de anamnese de idosos hipertensos praticantes de exercícios físicos do Programa Gerontológico Raízes da Vida do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará, que em relação à classe econômica a que pertenciam, a maioria foi classificado como de baixa renda. E afirmam que se tratando de uma população de baixa renda, a necessidade de comprar os medicamentos pode interferir negativamente no orçamento doméstico e, assim, ser um fator de não adesão ao tratamento.

Tabela 2. Hábitos de vida do hipertenso com dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso da UBS São Sebastião. Porteirinha-MG, 2015.

Variáveis	Va	Vr (%)
Estilo de Vida		
Sedentário	22	84,61
Etilista	04	15,38
Tabagista	03	11,54
Alimentação conforme prescrição médica para o tratamento da HAS		
Sim	16	61,54
Não	06	23,07
Ignorado	04	15,39

Fonte: Pesquisa direta. 2015.

Dias, E. G. et al.

Em se tratando do estilo de vida, a Tabela 2 mostra que, 22 (84,61%) dos idosos são sedentários, 04 (15,38%) são etilistas e 03 (11,54%) tabagistas. Os dados deste estudo apontam que grande parte da amostra não possui hábito de praticar atividade física.

Conforme Reiners et al. (2012) é importante estimular a participação dos usuários em atividades físicas. Nelas, eles podem interagir com outras pessoas que vivem a mesma situação, relatando e superando dificuldades através da reflexão, da troca de experiências e do apoio mútuo.

Segundo Teixeira et al. (2006), nos praticantes de atividade física ocorre uma relação inversa entre o grau de atividade física e a incidência de hipertensão à medida que se intensifica a atividade física, tendo-se como efeito a redução dos níveis pressóricos, entre outros benefícios. Assim, o exercício físico tem importante papel como elemento não medicamentoso para o controle da PA ou como adjuvante ao tratamento farmacológico.

Entre os que praticam atividade física, relataram que realizam essas atividades diariamente, por mais de 30 minutos, sendo a atividade preferida, a caminhada, como mostra os discursos abaixo:

“Sim, Caminhada. 30 minutos” (LBB, 70).

“Sim, Caminhada. Mais de uma hora” (GFRS., 61).

“Sim, Ginástica. Uma hora por semana” (JMS., 68).

De acordo com Silva (2007) para o idoso hipertenso, a atividade física aeróbia tem-se apresentado com grande destaque na redução da PA, com uma diminuição entre 5 a 7 mmHg em média na PA sistólica e diastólica, levando este benefício por dias. A preferência por uma maior frequência semanal e maiores volumes nas

sessões, tem efeitos benéficos constatados a indivíduos com pressão alta.

Quanto ao tabagismo, Freitas et al. (2013) esclarecem que os hipertensos tabagistas apresentaram valores pressóricos mais elevados do que os não tabagistas, havendo associação significativa entre o tabagismo e a elevação da PA.

De acordo Teixeira et al. (2006) o etilismo tem íntima ligação com a HAS. O aumento das taxas de álcool no sangue eleva a PA de modo lento e progressivo, na proporção de 2 mmHg para cada 30 mL de álcool etílico ingeridos diariamente, sendo que, quando este é suspenso, as cifras se reverterem.

No estudo de Carvalho et al. (2013) realizado com 246 pacientes com diagnóstico HAS, assistidos em serviço multiprofissional, e um grupo de controle, a prevalência de fatores de risco no hipertenso, para a predisposição de doenças cardiovasculares foi de 15,15% nos hipertensos que ingerem bebidas alcoólicas, 12% em fumantes e 77,50% nos hipertensos sedentários.

No que diz a respeito à adoção de alimentação conforme a prescrição médica a Tabela 2 mostra que, 16 (61,54%) afirmaram aderir à dieta prescrita, 06 (23,07%) assumiram não se alimentarem conforme orientação médica e 04 (15,39%) ignoraram esse questionamento. Destaca-se neste estudo uma prevalência de idosos que aderem à dieta prescrita para o tratamento da HAS.

No estudo de Reiners et al. (2012) realizado no município de Cuiabá, na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) Dr. Fábio I, foi observado que a adesão à dieta conforme prescrita pelo médico é uma medida não seguida por 33,3% dos usuários.

A Tabela 3 evidencia que em relação ao tempo de diagnóstico da HAS, 24 (92,30%) possuem o diagnóstico a mais de 05 anos e 02 (7,70%) há 05 anos. Prevalece na amostra

Dias, E. G. et al.
hipertensos com mais de 05 anos de diagnóstico da HAS.

Tabela 3. Tempo de diagnóstico da HAS do hipertenso com dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso da UBS São Sebastião. Porteirinha-MG, 2015.

Tempo de diagnóstico da HAS	Va	Vr(%)
05 anos	02	7,70
Mais que 05 anos	24	92,30

Fonte: Pesquisa direta. 2015.

Em um estudo realizado por Pierin et al. (2011) no distrito de Saúde do Butantã, Região oeste da cidade de São Paulo, com 440 hipertensos dentre eles, hipertensos com PA sob controle e descontrolada, foi verificado que entre os idosos com PA controlada, 51,6% possui o diagnóstico entre 1 e 5 anos e 40,6% a mais de 5 anos, naqueles com PA descontrolada, 48,4% possui o diagnóstico entre 1 e 5 anos e 59,4% a mais de 5 anos.

Conforme o tempo passa e a HAS não sendo controlada são provocadas lesões em órgãos alvo, dessa forma sistemas importantes para manutenção da vida sofrem agressões progressivas que podem levar o paciente a sequelas graves e ao óbito (MOREIRA, et al., 2009).

Quanto aos medicamentos usados pelos idosos no tratamento da HAS, a Tabela 4 mostra que, 19 (73,07%) usam hidroclorotiazida, 10 (38,46%) losartana, 10 (38,46%) captopril, 02 (7,70%) enalapril e 01 (3,85%) usa o medicamento furosemida no tratamento da hipertensão. Observou-se que o medicamento mais utilizado pelos idosos para o tratamento da HAS é o hidroclorotiazida, porém vale ressaltar que um mesmo idoso faz associação entre diferentes medicamentos para manter a PA sob controle.

Para Cavalcanti e Olmos (2009) a questão da medicalização deve ser avaliada com cautela, pois existem evidências de outras estratégias populacionais para redução dos níveis pressóricos de toda a população que não levam em conta a prescrição de medicamentos para toda a

população, como intervenções para redução do conteúdo de sal nos alimentos industrializados, estímulo e facilitação de atividade física, moderação no consumo de álcool, etc. Assim, parece apropriado avaliar a questão da pílula combinada de forma mais crítica.

Tabela 4. Medicamentos usados para tratamento da HAS pelo hipertenso com dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso da UBS São Sebastião. Porteirinha-MG, 2015.

Medicamentos em uso para controle da HAS	Va	Vr(%)
Hidroclorotiazida	19	73,07
Losartana	10	38,46
Captopril	10	38,46
Enalapril	02	7,70
Furosemida	01	3,85

Fonte: Pesquisa direta. 2015.

Pluciennik (2013) verificou em um estudo realizado sobre a aquisição de medicamentos anti-hipertensivos no Estado de São Paulo, que os medicamentos mais utilizados para o tratamento da HAS são o propranolol, a hidroclorotiazida, a nifedipina, a prazosina e o captopril.

Em relação à frequência com que o idoso hipertenso procura pelo serviço de saúde na UBS, a Tabela 5 mostra que, 18 (69,22%) procuram somente quando precisam, 05 (19,23%) vai uma vez ao mês à unidade, 02 (7,70%) semanalmente e 01 (3,85%) procura a UBS a cada 15 dias. Observa-se que os idosos hipertensos procuram o serviço da UBS somente quando tem alguma necessidade que os motiva a procurar.

Tabela 5. Frequência de procura pelo serviço de saúde para acompanhamento da HAS pelo hipertenso com dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso da UBS São Sebastião. Porteirinha-MG, 2015.

Frequência que procura o serviço de saúde	Va	Vr(%)
Somente quando precisa	18	69,22
1 vez ao mês	05	19,23
Semanalmente	02	7,70
Quinzenalmente	01	3,85

Fonte: Pesquisa direta. 2015.

Para Faquinello, Carreira e Marcon (2010) a procura pelo serviço na UBS varia de acordo com a

Caracterização dos hipertensos e fatores dificultadores...

Dias, E. G. et al. capacidade física do hipertenso, assim como o vínculo de afetividade que esse paciente tem com a equipe, ou mesmo a falta de envolvimento do hipertenso em algum grupo de apoio. No estudo realizado por estes autores com indivíduos hipertensos, de ambos os sexos, distribuídos na faixa etária de 50 a 80 anos, com diagnóstico prévio de hipertensão, no município de Maringá-PR, constatou-se que quando se analisa o motivo dessas pessoas procurarem a UBS, percebeu-se que essas o hipertensos têm consciência da importância da assistência fornecida por essas unidades, no entanto, a procura ocorre somente quando os hipertensos estão com algum sintoma patológico ou problema físico.

Em relação à percepção do idoso hipertenso quanto à importância da adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, os idosos percebem que a adesão ao tratamento medicamentoso é importante para manter a PA em níveis adequados conforme verificado em seus discursos:

“[...] para controlar cada vez mais a pressão” (GFRS., 61).

“[...] se não tomar só vai me prejudicando cada vez mais” (LBB., 70).

“[...] porque se não tomar na hora certa a minha pressão sobe” (GAJ., 68).

De acordo Oliveira et al. (2013) quando detectado o quadro da HAS, o paciente deve ser orientado a adotar novas posturas, como, por exemplo, a de seguir corretamente o tratamento adequado. No entanto, se percebe que muitos levam a sério o tratamento, por reconhecer a importância de se controlar a pressão, por outro lado, muitos resistem em se tratar, por muitos motivos, tais como ausência de resultados, contrações ou até mesmo falta de interesse. Com essa ausência de aceitação, conhecimento e participação na prescrição médica do tratamento, em muitos casos a real situação do problema é o

desconhecimento, e leva posteriormente ao agravamento da doença e das complicações.

No estudo dos autores supracitados realizado em uma ESF da cidade de Teresina-PI, com 18 idosos hipertensos, observou-se que os depoentes têm clareza sobre a importância do uso dos medicamentos para o controle da PA. A percepção apareceu de maneira positiva, pois atentaram para a valorização do uso correto e disciplinado dos medicamentos.

Segundo Brasil (2012), o uso do remédio deve ser contínuo e não pode haver o esquecimento pelo paciente. Os remédios devem ser tomados todos os dias, na dose e nos horários recomendados, para manter constante a sua atuação no organismo. Geralmente, uma dose ao dia é o suficiente para controlar a pressão, embora algumas pessoas precisem tomar remédios duas a três vezes ao dia. Nesse caso deve-se procurar associar a ingestão dos remédios com atividades cotidianas como no café da manhã, almoço ou jantar, ao deitar, acordar ou escovar os dentes.

Quando questionados a respeito dos fatores que interferem ou dificultam a adesão ao tratamento medicamentoso, observou-se: esquecimento de tomar os remédios conforme a prescrição médica, o uso de bebidas alcoólicas e a polimedicalização como fatores intervenientes e dificultadores da adesão ao tratamento farmacológico como mostra os relatos abaixo:

“Toma o remédio apenas quando precisa, pois eu esqueço” (EA., 74).

“Quando vou tomar uma pinga eu não tomo o remédio” (GBS., 72).

“Só o esquecimento. Só tomo o remédio quando estou ruim, pois eu esqueço” (MGP., 61).

“Porque tomo muitos remédios” (BGB., 79).

No estudo de Reiners et al. (2012) realizado em uma ESF do município de Cuiabá-MT

Dias, E. G. et al. com 54 hipertensos e com objetivo de verificar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, nenhum dos 54 usuários pesquisados aderiu totalmente ao tratamento hipertensivo, 27 (50%) faziam parcialmente e 27 (50%) não aderiram.

Observou-se neste estudo o consumo de bebida alcoólica como fator que interfere na adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, neste sentido, Silveira (2015) relata que o consumo de bebida alcoólica pode tanto trazer prejuízos como o aumento da pressão, aumento do colesterol, dos triglicérides e também aumento do peso.

No estudo de Bonadiman R., Bonadiman S. e Silva (2012) realizado em Itaperuna-RJ, com 108 clientes hipertensos a fim de verificar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, os principais motivos relatados pelos pacientes entrevistados para que houvesse omissão de doses ou não adesão ao tratamento foi à falta de compromisso, a grande quantidade de medicamentos prescritos, caixas de medicamentos parecidas levando à confusão ao tomar e o uso de bebidas alcoólicas.

Para Dantas (2011) os principais fatores que dificultam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo estão na falta de poder aquisitivo para adquirir os medicamentos, efeitos colaterais causados pela medicação, sedentarismo, falta de dieta equilibrada, etilismo, tabagismo, fatores emocionais, deficiências físicas e mentais, abandono familiar. Estes fatores sozinhos ou associados desestimulam ou dificultam o tratamento correto dos idosos hipertensos.

CONCLUSÃO

A investigação literária e a pesquisa realizada em campo colaboraram para afirmar que a adesão ao tratamento da HAS em idosos é

complexa e abrange equipe/paciente/contexto familiar.

Os resultados mostraram uma prevalência de idosos hipertensos do sexo feminino com idade entre 70 e 75 anos, com diagnósticos de HAS a mais de 5 anos, casados, analfabetos e aposentados. Detectou-se que os idosos são sedentários, porém aderem à dieta conforme prescrita pelo médico para o tratamento da HAS associada ao uso do hidroclorotiazida.

Os depoentes têm comportamentos de risco, pois procuram a ESF somente quando tem alguma necessidade, esquecem do horário de tomar o medicamento ou deixam de usar para fazer uso de bebidas alcoólicas, no entanto, reconhecem a importância do tratamento medicamentoso para manter os níveis pressóricos dentro dos limites recomendados. Detectou-se que a polimedicalização na terceira idade como um fator interveniente na adesão ao tratamento medicamentoso.

Dessa forma, destaca-se que, para melhorar a qualidade de vida do paciente, é essencial a mudança do estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis. Assumir um compromisso com a saúde requer disciplina, seguir as orientações medicamentosas, incluir atividades físicas, manter o peso adequado, evitar o uso de bebidas alcoólicas e tabagismo, manter uma dieta balanceada, reduzir o sal e controlar o estresse.

Os resultados reforçam a importância de investimentos nas ações educativas para os idosos e familiares, através da inserção de profissionais de enfermagem nas residências, para que assim eles possam desenvolver programas de orientação sobre HAS, sobre os fatores que dificultam a adesão do idoso ao tratamento medicamentoso e as mudanças de hábitos, para que os idosos e familiares tenham acesso a informações corretas e a adoção de comportamentos preventivos.

Dias, E. G. et al.

REFERÊNCIA

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n.8, p.1924-1930, ago, 2007.

BASTOS-BARBOSA, R. G. et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial. *Arq Bras Cardiol*, v. 99, n.1, p. 636-641, 2012.

BONADIMAN, R. L.; BONADIMAN, S. L.; SILVA, D. A. da. Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de pacientes hipertensos atendidos no PSF Guaritá, Itaperuna-RJ. *Acta Biomedica Brasiliensia*. v. 3, n. 1, p. 73-84, jun. 2012.

BOSSAY, D. et al. Fatores associados à não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, v. 10, n. 3, p. 73-82, dez., 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Revista Brasileira de Hipertensão*. v. 17, n. 1, jan./mar., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Uso racional de medicamentos: temas selecionados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p.

CARVALHO, M. V. et al. A influência da pressão arterial na qualidade de vida. *Arq Bras Cardiol.*, v. 100, n. 2, p. 164-174, 2013.

CAVALARI, E. et al. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. *Revista Enfermagem UERJ*. v. 20, n. 1, p. 67-72. 2012.

CAVALCANTI, E. F. de A.; OLMOS, R. D. Escolha dos anti-hipertensivos na hipertensão arterial: meta-análise. *British Medic Journal*, v. 338, [s. n], p. 1665, 2009. Acesso em: 25 de maio de 2015.

CONTIERO, A. P. et al. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 1, p. 62-70, mar., 2009.

DANTAS, A. O. *Hipertensão arterial no idoso: fatores dificultadores para adesão ao tratamento medicamentoso*. 2011. 31 f. Monografia. [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família]. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Teófilo Otoni, 2011.

R. Interd. v. 8, n. 3, p. 39-49, jul. ago. set. 2015

FAQUINELLO, P.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. A rede básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. *Texto & Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 736-744, out./dez., 2010.

FERREIRA FILHO, C. Hipertensão arterial sistêmica. *Revista Brasileira de Medicina*. v. 68, n. 7/8, p. 215-224, jul./ago., 2011.

FREITAS, J. S. et al. Estudo do perfil farmacológico de idosos hipertensos praticantes de atividades físicas do Programa Raízes da Vida. *RBCEH*, Passo Fundo, v. 10, n. 3, p. 296-306, set./dez., 2013.

GOTTLIEB, M. G. V. et al. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbimortalidade dos idosos. *Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia*; Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 365-380, 2011.

LOBATO, M. S. A. Saúde do Idoso: reflexões sobre o atendimento e o nível de satisfação dos idosos inseridos no Programa Hiperdia. In: *Anais da VI Jornada Internacional de Políticas Públicas*. São Luís, Maranhão, Brasil, ago, 2013.

LONGO, M. A. T.; MARTELLI, A.; ZIMMERMANN, A. Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de Psicogeriatria do Instituto Bairral de Psiquiatria, no Município de Itapira, SP. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2011.

MATOS JÚNIOR, E. M.; OLIVEIRA, L. M. V. Prevalência de hipertensão arterial e qualidade de vida dos idosos. *Estudos*, Goiânia, v. 41, n. especial, p. 255-273, out. 2014.

MOREIRA, R. C. et al. Concepções de cuidado dos familiares cuidadores de pessoas com diabetes mellitus. *Reme - Rev. Min. Enferm.*; v. 13, n. 1, p. 49-56, jan./mar., 2009.

NOBRE, F. et al. Hipertensão arterial sistêmica primária. *Medicina*. Ribeirão Preto, v. 46, n. 3, set., p. 256-72, 2013.

OLIVEIRA, A. *Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial*. São Paulo (SP): Bioquímica da Hipertensão, 2011.

OLIVEIRA, C. J; MOREIRA, T. M. M. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos Portadores de hipertensão arterial. *Rev. Rene*. Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 76-85, jan./mar., 2010.

OLIVEIRA, J. N. et al. O idoso que vive com hipertensão arterial: percepção sobre a terapia

Dias, E. G. et al. medicamentosa. *R. Interd*, v. 6, n. 3, p.132-142, jul./ago./set. 2013.

PIERIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em unidades básicas de saúde localizadas na região oeste da cidade de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. (Supl. 1), p. 1389-1400, 2011.

PLUCIENNIK, A.M.A. **Medicamento anti-hipertensivo: vale a pena prescrever o mais caro?** Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Divisão de Doenças Crônicas não Transmissíveis – CVE, 2013. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/dcnt_hiper.htm. Acessado em: 18 de junho de 2015.

REINERS, A. A. O. et al. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. *Cienc Cuid Saude*, v. 11, n. 3, p. 581-587, jul./set., 2012.

ROMERO, A. D. et al. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa Unidade de Saúde da Família. *Rev. Rene*. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 72-78, abr./jun. 2010.

SILVA, L. O. L. et al. Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 121-128, 2013.

TEIXEIRA, E. R. et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. *Esc Anna Nery*, v.10, n. 3, p. 378-384, dez., 2006.

Submissão: 01/06/2014

Aprovação: 29/06/2015