

ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO DE IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Laryssa Laiane Morais da Silva⁴
 Alinne Cassemiro Inacio⁵
 Kay Francis Leal Vieira⁶
 Rossana de Roci Alves Barbosa
 Costa⁷
 Adriana Lira Rufino de Lucena⁸

RESUMO

Entre as doenças crônicas, apresentadas pelos idosos, uma das mais frequentes na prática clínica é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Acomete qualquer faixa etária e fatores relacionados ao estilo de vida, em como, hereditariedade contribuem para essa demanda, refletindo na redução da qualidade de vida das pessoas afetadas, tornando assim, maior a possibilidade de morte prematura.

O estudo objetivou avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de idosos hipertensos, participantes de um grupo de convivência. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizada no Projeto “Envelhecimento Saudável”, vinculado à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. A amostra foi composta por 48 idosos. A pesquisa foi aprovada sob CAEE: 30768214.1.0000.5179, protocolo nº 68/2014. Foram respeitados os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/12 e a Resolução COFEN 311/2007. Os resultados apontam que 33,3% encontravam-se na faixa etária entre 70 a 74 anos; 91,7% eram do sexo feminino, sendo 43,8% viúvas, 52,1% com ensino fundamental incompleto e 75% sobrevive com renda mensal de 1 salário mínimo. Verificou-se uma prevalência de 47,9% de idosos hipertensos, dos quais 77,1% faziam uso de anti-hipertensivo. Em relação à terapia não medicamentosa como dieta e prática de atividade física, 56,3% dos entrevistados afirmaram realizar rotineiramente essa conduta, verificando que uma significativa parcela dos hipertensos, 43,7% não realizavam esses hábitos de vida saudável, elementos necessários para o controle da doença. Os resultados demonstraram maior dificuldade de adesão ao tratamento não medicamentoso. É necessário que essas barreiras sejam vencidas para que se possa proporcionar uma atenção integral ao idoso. Assim, a educação para o autocuidado é imprescindível para pessoas acometidas por doenças crônicas, estimulando mudanças dos hábitos e

⁴ Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança; Extensionista do Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável. João Pessoa, Paraíba. E-mail: laryssamorais18@hotmail.com.

⁵ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem. Nova Esperança. E-mail: alinnecassemiro@hotmail.com.

⁶ Psicóloga. Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Docente das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE. Colaboradora do Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável, João Pessoa, Paraíba. Rua Comerciante José Miranda de Araújo, nº130, apto 1001. Jardim Oceania. CEP: 58.037-428. (83) 9951-9984 E-mail: kayvieira@yahoo.com.br.

⁷ Psicóloga. Especialista em Avaliação Psicológica (IPOG) e Medicina Psicossomática (ABMP). Mestranda em Saúde da Família pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE rossanaderoci@facene.com.br.

⁸ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Docente das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE. Coordenadora do Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável. João Pessoa, Paraíba. adriana.lira.rufino@hotmail.com.

melhoria da qualidade de vida, exaltando sempre, a participação efetiva, reflexiva e crítica do indivíduo.

Palavras-Chave: Idoso. Hipertensão. Estilo de vida.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis estão se tornando prioridade no setor da saúde pelo seu impacto na morbidade, mortalidade e custos advindos da necessidade de acompanhamento médico. A prevalência chega a aproximadamente 72%, sendo responsável por 63% do percentual de mortes no Brasil. Acomete qualquer faixa etária e fatores relacionados ao estilo de vida e hereditariedade contribuem para essa demanda, refletindo na redução da qualidade de vida das pessoas afetadas, tornando assim, maior a possibilidade de morte prematura¹.

Entre as doenças crônicas apresentadas pelos idosos, uma das mais frequentes na prática clínica é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com prevalência superior a 60% em países desenvolvidos, assim como na América Latina e Caribe². É caracterizada como uma doença multifatorial, de detecção quase tardia, devido a seu curso assintomático,

sendo considerada o principal fator de risco para morbimortalidade cardiovascular³.

A HAS é responsável por aproximadamente 7,6 milhões de mortes ao ano no mundo, sendo maior entre os idosos, por ser uma patologia de evolução silenciosa, com diagnóstico tardio, muitas vezes seguido de complicações⁴. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), no Brasil a prevalência da hipertensão varia em média de 32%, chegando a mais de 50% para pessoas com 60 a 69 anos e 70% em indivíduos com mais de 70 anos⁵.

É uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA). Agrega-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvo como: coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e às alterações metabólicas⁵.

Por sua alta morbimortalidade, requer diagnóstico precoce, o qual consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90 mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas. A Hipertensão Arterial pode ser classificada da seguinte forma:

Hipertensão estágio 1: Pressão sistólica (mmHg) 140–159 e Pressão diastólica (mmHg) 90–99; Hipertensão estágio 2: Pressão sistólica (mmHg) 160–179 e Pressão diastólica (mmHg) 100 – 109; Hipertensão estágio 3: Pressão sistólica (mmHg) \geq 180 e Pressão diastólica (mmHg) \geq 110⁵.

O tratamento objetiva o controle dos níveis pressóricos e se dá de forma medicamentosa e não medicamentosa. A segunda inclui mudanças no estilo de vida (MEV) como: redução de álcool e tabaco, alimentação saudável e a prática de exercício físico regular. O tratamento medicamentoso necessita do uso de fármacos, que devem ser sugeridos de acordo com a necessidade de cada pessoa, avaliando a presença de comorbidades, história familiar e a idade⁶.

A adesão ao tratamento constitui um problema frequente e é o maior desafio que os profissionais de saúde enfrentam para se conseguir ter o controle adequado da doença. No início do tratamento e nos ajustes de dose, pode-se conseguir melhor domínio e aceitação, com a realização de retornos frequentes a cada 3 a 4 semanas quando necessário. Porém, quando estabilizados, os acometidos começam a não comparecer ao

serviço, dificultando o acesso às informações necessárias para a estabilidade da enfermidade⁵.

Estudos referem que uma das principais causas apontadas para o fracasso no tratamento da HAS é a baixa adesão medicamentosa, identificada em aproximadamente 50,0 % dos pacientes hipertensos como também, a ausência de uma dieta adequada e a prática de atividade física regular⁷.

Sendo assim, compreender a frequência medicamentosa e os hábitos de vida relacionados ao controle da doença, é essencial para programar intervenções que garantam a estabilidade, evitem o surgimento de complicações e, conseqüentemente, a garantia de melhores condições de saúde e de vida desse grupo populacional. Frente ao exposto, o presente estudo objetiva avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de idosos hipertensos, participantes de um grupo de convivência.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizada no Projeto Envelhecimento Saudável, vinculado à Faculdade de Enfermagem Nova

Esperança–FACENE. A amostra foi composta por 48 idosos, de ambos os sexos. Os dados foram coletados através do cadastramento dos idosos, pelo qual se fez uso de entrevista, seguido de exame físico. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, sob CAEE: 30768214.1.0000.5179, protocolo nº 68. Foram respeitados os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/12 que implica no respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁸ e a Resolução COFEN 311/2007, que trata do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem⁹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 48 idosos. Destes, 33,3% encontravam-se na faixa etária entre 70 a 74 anos; 91,7% eram do sexo feminino, sendo 43,8% viúvas, 52,1% com ensino fundamental incompleto e 75% sobrevive com renda mensal de 1 salário mínimo.

Tabela 1- Dados sobre a Hipertensão Arterial.

VARIÁVEL	N	%
Hipertensos		
Sim	23	47,9
Não	25	52,1
Tratamento medicamentoso		
Sim	37	77,1
Não	11	22,9
Tratamento não medicamentoso		
Sim	27	56,3
Não	21	43,7

Fonte: Pesquisa direta.

Verificou-se uma prevalência de 47,9% de idosos hipertensos e destes 77,1% faziam uso de anti-hipertensivo. Em relação à terapia não medicamentosa como dieta e prática de atividade física, 56,3% dos entrevistados afirmaram realizar rotineiramente essa conduta, verificando que uma significativa parcela dos hipertensos 43,7% não realizavam esses hábitos de vida saudável, elementos necessários para o controle da doença.

Durante o envelhecimento, o idoso passa por diversas transformações que implicam em mudanças de ordem física,

comportamental, como também no estilo e hábitos de vida, levando esse grupo etário a ficar resistente e não aderente às orientações e tratamentos médicos¹¹. Esses fatores dificultam o tratamento da HAS, podendo ocasionar riscos às condições de saúde dos portadores, por favorecer o surgimento de complicações clínicas e psicossociais que reduzem a qualidade de vida do paciente⁸. Estudos demonstram que a não adesão ocorre em pacientes de todas as idades, em vários tipos de tratamento terapêutico independentemente da doença e acessibilidade aos recursos de saúde¹².

Pesquisa realizada em São Luiz no Maranhão, objetivando avaliar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial, com uma amostra de 462 pacientes, revelou que dos entrevistados, 75% aderiam ao tratamento medicamentoso. Entre os pacientes que não seguiam o tratamento foram apresentados, como motivos principais: esquecimento, sensação de não necessidade do uso da medicação e efeitos colaterais provocados pela medicação. Neste estudo, foi visto que a adesão ao tratamento não medicamentoso é mais difícil, pois sofre influência de fatores

que envolvem a determinação e interação do paciente com os profissionais de saúde, seu contexto econômico, social e de vida¹³.

Outro estudo realizado em 2008 na cidade de João Pessoa-PB, com 25 pacientes hipertensos, atendidos na atenção básica, verificou que em relação à adesão medicamentosa, 12 pacientes faziam uso correto da medicação prescrita, enquanto 13 deixaram de usá-la. Avaliando as variáveis não medicamentosas, apenas quatro idosos foram considerados aderentes; 19 parcialmente aderentes e 8% revelaram-se não aderentes. As dificuldades relatadas para seguir o tratamento não medicamentoso foram as mudanças no estilo de vida e o uso da dieta alimentar¹⁴.

Devido aos efeitos provocados pela doença, sabe-se que a HAS precisa de monitoramento e tratamento adequados, com o uso de medicamento anti-hipertensivo. Já o paciente precisa conhecer a patologia e compreender as orientações ofertadas pelo profissional de saúde perante o regime terapêutico, para assim, manter os níveis pressóricos estáveis, diminuindo a chance de ter problemas cardiovasculares e, conseqüentemente, ter melhor

condição de vida¹⁵. Destaca-se que, para se ter maior adesão e controle da patologia, é necessário comprometimento do hipertenso para com a terapia, boa interação entre o paciente e a equipe de saúde e o apoio familiar¹⁶.

A adesão não terapêutica é mais complexa, compreende o envolvimento total do paciente, aliado as orientações primárias oriundas do profissional de saúde para com a reeducação alimentar e a prática de exercício físico. O cuidado alimentar envolve o controle do peso que condiciona a pessoa a adotar uma alimentação balanceada rica em frutas, verduras legumes, redução de alimentação hipersódica, manter seu IMC nos parâmetros normais (entre 18,5 e 24,9 kg/m)¹⁷.

Estudos evidenciam que a pessoa, portadora de Hipertensão Arterial, para obter melhor qualidade de vida, necessita realizar exercícios físicos no mínimo duas a três vezes por semana, com duas ou três séries de cada exercício desempenhado. Essa rotina, além de controlar problemas patológicos, minimiza o processo degenerativo provocado pelo envelhecimento, favorece o desempenho motor, estimula a capacidade funcional, tornando o

indivíduo cada vez mais independente e autônomo¹⁸.

A não adesão é um impedimento para o alcance dos objetivos terapêuticos. Neste sentido, é importante aperfeiçoar estratégias, para estimular o processo de mudança de hábitos e transformação no modo de viver do paciente, com participação ativa do hipertenso¹⁸.

Diante disso, ressalta-se a importância do enfermeiro no tratamento da hipertensão arterial, uma vez que este profissional, durante a consulta de enfermagem, precisa construir uma boa relação paciente/profissional, ter bom relacionamento interpessoal para detectar, de forma precoce, os portadores e assim poder implementar intervenções necessárias para a adesão ao tratamento e o controle da doença e dos fatores de risco. A consulta de enfermagem está acoplada ao processo educativo, devendo estimular o hipertenso para os cuidados necessários a manutenção de sua saúde, pactuando com ele metas e planos de como seguir o tratamento e as ações de autocuidado¹³.

Sendo assim, é imprescindível que a enfermagem desenvolva um trabalho pautado em orientações de

modo a sensibilizar os usuários para uma rigorosa adesão ao tratamento, cujo objetivo é prevenir ou minimizar o aparecimento das manifestações clínicas e das complicações da doença, possibilitando assim uma melhor qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento sobre os fatores de adesão e não adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo, contribui para a construção de novas estratégias que busquem conhecer melhor os fatores que influenciam na terapêutica, objetivando-se a implementação de uma assistência integral, baseando a consulta de enfermagem em uma educação continuada, com novas estratégias voltadas para a prevenção da HAS.

Os resultados obtidos demonstraram maior dificuldade de adesão dos idosos ao tratamento não medicamentoso, ou seja, ao desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis, a exemplo da dieta e da atividade física. É necessário que essas barreiras sejam vencidas para que se possa proporcionar uma atenção integral ao idoso.

Assim, a educação para o autocuidado é imprescindível para pessoas acometidas por doenças

crônicas, estimulando mudanças dos hábitos e melhoria da qualidade de vida, exaltando sempre, a participação efetiva, reflexiva e crítica do indivíduo.

ADHERENCE TO MEDICATION AND NON-MEDICATION OF ELDERLY PATIENTS WITH HYPERTENSION

ABSTRACT

Among the chronic diseases presented by the elderly people, one of the most frequent in clinical practice is systemic arterial hypertension (SAH). It affects all age groups and factors related to lifestyle and heredity contribute to this demand, reflecting the reduced quality of life of those affected, thus making greater the possibilities of a premature death. The study aimed to evaluate the adherence to medication and non-medication of elderly hypertensive patients participating in a support group. This is a descriptive study with a quantitative approach, performed in Envelhecimento Saudável Project, linked to the Nova Esperança College-FACENE. The sample consisted of 48 elderly people who answered a questionnaire. The results show that 33.3% are aged between 70-74 years; 91.7% were female, and 43.8% widowed, 52.1% with incomplete primary education and 75% survive on

a monthly income of a minimum wage. There was a prevalence of 47.9% of hypertensives, where 77.1% of them were using hypertensive. Regarding the non-drug therapy such as diet and physical activity, 56.3% of respondents said they routinely perform this conduct, noting that a significant portion of hypertensive 43.7% did not practice these healthy lifestyle habits, necessary elements for control this disease. The results showed greater difficulty in adherence to non-pharmacological treatment. It is necessary that these barriers be overcome so that we can provide comprehensive care to the elderly. Thus, education for self-care is indispensable for people suffering from chronic diseases, encouraging changes in habits and improving quality of life, exalting always, effective participation, reflective and critical individual.

Keywords: Elderly people. Hypertension. Lifestyle.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. 2013; 55 [acesso em 27 Jan 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/global-coordination-mechanism/publications/global-action-plan-ncds-eng.pdf?ua=1>
2. Cunha PRMS, Branco DRC, Bernardes ACF, Aguiar MIF, Rolim ILTP, Linard AG. Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. *Rev Pesq Saúde.* 2012;13(3):11-6.
3. Lessa I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. *Cad. Saúde publica.* 2010;26(8): 470-471.
4. Grezzana GB, Stein AT, Pellanda LC. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial por Meio da Monitoração Ambulatorial de 24 Horas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2013; 100(4): 355-61.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2010; 95(1):1-51
6. Brasil. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename 2010.

2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
7. Dias, F. V. A. *et al.* Benefícios da Fisioterapia na Melhoria da Qualidade de Vida na Terceira Idade. *Revista Eletrônica Inspirar*, Centro de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde, Bimestral, 2009; 1:1.
 8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12, 2012. [acesso em 25 Ago 2015]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
 9. Cofen. Resolução COFEN-311/2007. [acesso em 25 Ago 2015]. Disponível em: <http://www.corensc.org.br/documentacao2/Res31107.pdf>.
 10. Elizabete IWM, Vilma MP, Carla BCG. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. *RBCEH*, Passo Fundo. 2010; 7(2):267-279.
 11. Santos MVR, Oliveira DC, Arraes LB, Oliveira DAGC, Medeiros L, Novaes MA. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Bras Clin Med*, São Paulo. 2013; 11(1):55-61.
 12. Figueiredo NN, Asakura L. Adesão ao tratamento antihipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paul Enferm*, 2010; 23(6): 782-87.
 13. Dourado CS, Costa KNFM, Oliveira JS, Leadebal ODCP, Silva GRF. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. *Acta Scientiarum Health Sciences*, 2011; 33(1): 9-17.
 14. Bastos-Barbosa RG, Ferriolli E, Mariguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Ueta J. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2012; 99(1): 636-41.
 15. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Neto JE. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Caderno Saúde Pública*. 2010; 26(12): 2389-98.
 16. Guedes MVC, Araújo TL, Lopes MVO, Silva LF, Freitas MC, Almeida PC. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista Brasileira Enfermagem*. 2011; 64(6): 1038-42.
 17. Viviane R, Hugo TF, Maria MM. Perfil do nível de atividade física de idosos hipertensos e diabéticos. *RBCEH*, Passo Fundo. 2012; 9(3):395-404.
 18. Medeiros ARC, Vianna RPT. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade de saúde da família de João Pessoa, Paraíba. *Temas em Saúde*. 2006; 6(30-41):5-13.

19. BRASIL. Ministério da Saúde.
Secretária de Atenção à Saúde.
Departamento de Atenção
básica. Diabetes Mellitus.
Brasília, 2012.

20. Feldman J. Complicações
agudas do diabetes. 2008.
[acesso em 27 Abr 2013].
Disponível em:
[http://www.saudevidaonline.com
.br/artigo71.htm](http://www.saudevidaonline.com.br/artigo71.htm).