

Avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes atendidos na Unidade de Saúde de Cocalzinho de Goiás

Assessment of adherence to antihypertensive therapy in patients from the Health Unit of Cocalzinho Goiás

Evaluación de la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la Unidad de Salud Cocalzinho Goiás

Ludmilla Costa Lindolfo de Araújo
Emília Vitória da Silva

Resumo

A prevalência estimada de hipertensão, no Brasil, atualmente é de 35% da população acima de 40 anos. Em 2003, no Brasil, 37% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, e a principal causa de morte foi o AVC. A hipertensão arterial não controlada é responsável por um grande ônus social e econômico à população. No SUS, as doenças cardiovasculares provocou 1.150.000 das internações/ano, com um custo aproximado de 475 milhões de reais. O presente estudo tem o objetivo de verificar o nível de adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo e fazer uma análise situacional dos pacientes hipertensos do município de Cocalzinho de Goiás. É um estudo do tipo transversal com levantamento de dados e aplicação de questionário. O levantamento foi realizado nos meses de junho e julho de 2010, com os pacientes hipertensos cadastrados no programa Hiperdia no município de Cocalzinho de Goiás. O estudo mostrou uma

prevalência do sexo feminino (69,32%), com predomínio do grupo de idade entre 61 a 70 anos (34,97%), com baixa escolaridade (67,18%), e com 56,14% de não adesão ao tratamento farmacológico. A baixa adesão está relacionada à baixa escolaridade. Existe uma carência de atendimento mais efetivo e individualizado de pacientes hipertensos, de responsabilidade da ESF.

Palavras-chave: Hipertensão. Farmacoterapia. Medicamentos.

Abstract

The estimated prevalence of hypertension in Brazil is currently 35% of the population over 40 years. Brazil is among the few countries whose first cause of death is cerebrovascular accident (CVA) and not of ischemic heart disease (CHD). In 2003, Brazil, 37% of deaths were due to cardiovascular diseases. In the SUS, cardiovascular diseases account for 1.15 million hospitalizations per year, with an approximate cost of 475 million reais. The uncontrolled hypertension is responsible for a great social and economic

burden to the population. This study intends to conduct a situational analysis of hypertensive patients in the city of Cocalzinho to verify the level of medication adherence. This is a cross-sectional study with data collection and questionnaire. The survey was conducted during June 2010 and July 2010, with hypertensive patients enrolled in the program Hiperdia in the municipality of Cocalzinho. The study showed a predominantly female population (69.32%), aged 61 to 70 (34.97%), low education (67.18%), which increased the illiterate totaled 91.11%, with 56.14% of non-medication adherence. The work performed allowed to relate to non-adherence to low education.

Keywords: Hypertension. Pharmacotherapy. Drugs.

Resumen

La prevalencia estimada de la hipertensión en Brasil es actualmente el 35% de la población mayor de 40 años. Brasil es uno de los pocos países cuya primera causa de muerte es un accidente cerebrovascular (ACV) y no de la enfermedad isquémica del corazón (CHD). En 2003, Brasil, 37% de las muertes se debieron a enfermedades cardiovasculares. En el SUS, las enfermedades cardiovasculares representan 1,15 millones de hospitalizaciones por año, con un costo aproximado de 475 millones de reales. La hipertensión no controlada es responsable de una gran carga social y económica a la población. Este estudio pretende realizar un análisis de la situación de los pacientes hipertensos en la ciudad de Cocalzinho para verificar el nivel de cumplimiento de la medicación. Este es un estudio transversal con datos de la encuesta y el cuestionario. La encuesta se realizó durante junio de 2010 y julio de 2010, con los pacientes hipertensos inscritos en el programa Hiperdia en el municipio de Cocalzinho. El estudio mostró una población predominantemente del sexo femenino (69,32%), edad entre 61 y 70 (34,97%), la baja escolaridad (67,18%), lo que aumentó los analfabetos ascendió a 91,11%, con 56,14% de no cumplimiento de la medicación. El trabajo realizado permitió relacionar a la no adhesión a la educación bajo.

Palabras clave: Hipertensión. La farmacoterapia. Las drogas.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Seu diagnóstico e controle se justificam pela redução de suas complicações como, por exemplo, o acidente vascular cerebral (AVC) (responsável por aproximadamente 40% das mortes), infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica. O diagnóstico pode se tornar difícil devido à assintomatologia presente em alguns pacientes¹.

A HAS é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg¹. A prevalência estimada de hipertensão no Brasil atualmente é de 35% da população acima de 40 anos. Isso representa, em números absolutos, um total de 17 milhões de portadores da doença².

Fatores comportamentais, como estresse, obesidade, tabagismo, sedentarismo e consumo excessivo de sal, podem contribuir para o aumento da pressão arterial³.

O Brasil está entre a minoria de países cuja primeira causa de morte é o AVC e não a doença isquêmica do coração (DAC)⁴. Em 2003, no Brasil, 37% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares. Estudo realizado com pessoas adultas no Brasil evidenciou que 50,8% sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e 10,4% tinham sua pressão arterial controlada. Sugere-se que fatores como idade avançada, baixo nível educacional e obesidade estejam associados a baixas taxas de controle⁵.

No Brasil, a hipertensão arterial e o diabetes melito tipo 2, representam 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. Grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos

do tratamento da doença e, sobretudo das complicações de morbidade⁶.

A hipertensão arterial não controlada é responsável por um grande ônus social e econômico à população, considerando morbidade e mortalidade, repercutindo fortemente sobre a previdência social⁴.

No SUS, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 das internações/ano, com um custo aproximado de 475 milhões de reais, sendo que nestes números não estão inclusos os gastos com procedimentos de alta complexidade⁶.

As V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial preconizam que, para todos os pacientes, independente do risco cardiovascular, o tratamento não-medicamentoso, ou seja, mudanças dos hábitos alimentares e do estilo de vida, deve estar presente como estratégia já que influencia diretamente a enfermidade. Nota-se que a hipertensão é uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos⁵.

O objetivo do tratamento medicamentoso, aliado ao não medicamentoso, é, além da diminuição da morbidade e mortalidade cardiovasculares, reduzir a pressão arterial para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica⁵.

Adesão ao tratamento é um termo que expressa a medida que o comportamento do paciente coincide com a orientação médica, farmacológica ou comportamental. Atualmente o termo é mais utilizado por expressar compreensão e cooperação, o que indica um posicionamento mais ativo por parte do paciente, ou seja, ele assume sua posição frente ao tratamento sugerido⁷, influenciando dessa forma na eficácia do tratamento. A adesão ao tratamento da hipertensão arterial, como de outras doenças crônicas, é fundamental para o controle dos níveis de pressão arterial e para a regressão de lesões degenerativas em órgãos-alvo (coração, rins e pulmão)⁸. Estima-se que o grau de adesão mundial nos tratamentos

crônicos seja de 50% a 70%¹⁸.

Adesão ao tratamento é uma questão complexa por envolver diversas variáveis, como sexo, idade, escolaridade, assintomatologia, efeitos indesejáveis, esquemas de administração complexos que dificultam o entendimento por parte do paciente, o não reconhecimento do agravo, a relação paciente – profissional de saúde, dentre outros⁹.

O município de Cocalzinho de Goiás possui 15.296 habitantes de acordo com dados do IBGE em 2009 e está localizado a leste goiano, às margens da BR-414, a 125 km de Goiânia e a 90 km de Brasília.

Considerando o cenário exposto acima, o objetivo deste trabalho é verificar o nível de adesão ao tratamento medicamentoso e fazer uma análise situacional dos pacientes hipertensos do município na Unidade de Saúde do município do Cocalzinho de Goiás; os dados obtidos serão utilizados para justificar meios de intervenção junto ao gestor e à equipe de saúde da família.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo transversal com levantamento de dados e aplicação de questionário.

O levantamento foi realizado nos meses de junho e julho de 2010, com os pacientes hipertensos cadastrados no Programa Nacional de Atenção a Hipertensão arterial e Diabetes Melito (Hiperdia), no município de Cocalzinho de Goiás.

Este programa, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, compreende um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da hipertensão. O objetivo é reduzir o número de internações, a procura por pronto-atendimento, os gastos com tratamentos de complicações, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, com a conseqüente melhoria da qualidade de vida dos portadores².

O Hiperdia possui uma lista padronizada de medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial, sendo eles o captopril 25mg, propranolol 40mg e hidroclorotiazida 25mg⁶. Além destes medicamentos, o município de Cocalzinho disponibiliza à população outros anti-hipertensivos, como besilato de anlodipino 5mg, atenolol 50mg, maleato de enalapril 20mg, espironolactona 25mg, furosemida 40mg, metildopa 250mg, nifedipino retard 20mg e nifedipino 20mg.

Aos pacientes selecionados, foi aplicado um questionário (Quadro 1), obtido pela junção de dois outros previamente validados^{10, 11}. A primeira etapa do questionário é referente à adesão ao tratamento medicamentoso, por meio do teste de Morisky, o qual é composto por quatro perguntas relativas ao comportamento do paciente em relação ao uso do medicamento¹¹. A segunda parte do questionário, adaptada do MINICHAL¹⁰, avalia a qualidade de vida em hipertensão arterial.

Quadro 1. Questionário aplicado aos pacientes para verificar adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Nome: _____		
1. Sexo		
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	
2. Idade completa no ano de 2010:		
<input type="checkbox"/> Menor ou igual a 29 anos	<input type="checkbox"/> 30 a 40 anos	<input type="checkbox"/> 41 a 50 anos
<input type="checkbox"/> 51 a 60 anos	<input type="checkbox"/> 61 a 70 anos	<input type="checkbox"/> Maior que 71 anos
3. Grau de escolaridade		
<input type="checkbox"/> analfabeto	<input type="checkbox"/> apenas assina o nome	<input type="checkbox"/> primeiro grau
<input type="checkbox"/> segundo grau	<input type="checkbox"/> superior	
4. Reside com quem?		
<input type="checkbox"/> companheiro(a)	<input type="checkbox"/> sozinho(a)	<input type="checkbox"/> filho/sobrinho/neto
<input type="checkbox"/> outro _____		
5. Última PA aferida (mmHg) : _____		
6. O senhor, alguma vez, esqueceu de tomar seu remédio?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
7. O senhor, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
8. Quando o senhor se sente bem, algumas vezes, deixa de tomar seu remédio?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
9. Quando o senhor se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
10. O senhor tem sentido a boca seca?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
11. O senhor tem sentido dor no peito sem esforço físico?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
12. O senhor tem notado adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

A amostra foi calculada a partir do total de pacientes inscritos no programa, 1497, dado este obtido pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Para o cálculo da amostra, o intervalo de confiança utilizado foi de 95% e a probabilidade foi de 0,5. A amostra calculada foi de 326 pacientes hipertensos, os quais foram selecionados de modo aleatório por ordem de atendimento.

A frequência simples dos parâmetros avaliados foi transcrita em uma planilha Excel, e depois conferidos. Após a transcrição os dados foram tabulados com o objetivo de realizar a análise descritiva.

A aplicação do questionário foi realizada em conjunto com a equipe de enfermagem e farmacêutica pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde, previamente orientados.

Em relação aos critérios éticos, o trabalho proposto foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Brasília (Protocolo número 075/10), conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 1996.

Resultados

Do total de 326 questionários aplicados, 226 (69,32%) dos pacientes pertencem ao sexo feminino. A faixa etária com maior número de pacientes foi entre 61 a 70 anos, conforme tabela abaixo.

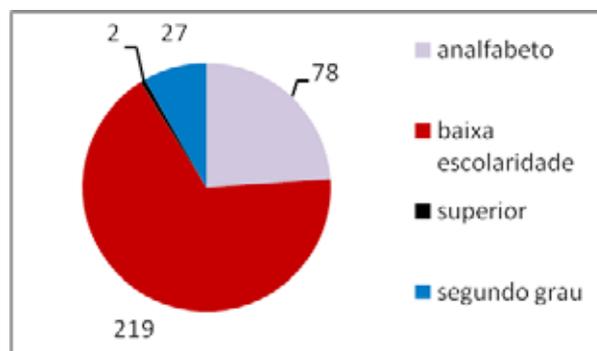
Tabela 1. Faixa etária dos pacientes que responderam ao questionário sobre adesão

Faixa etária	Nº pacientes	%
≥ 29 anos	1	0,31
30 a 40 anos	16	4,91
41 a 50 anos	44	13,50
51 a 60 anos	92	28,22
61 a 70 anos	114	34,97
< 71 anos	59	18,10
Total	326	100

Em relação ao grau de escolaridade, consideraram-se como baixa escolaridade os indivíduos que apenas assinam o nome e os que relataram possuir o primeiro grau, já que o questionário não especificou a conclusão ou não de tal etapa do ensino, limitação do

estudo. Sendo assim, 219 indivíduos possuem baixa escolaridade (67,18%), 78 são analfabetos (23,93%) e 27 cursaram o segundo grau (8,28%), como demonstrado na Figura 1.

Figura 1. Grau de escolaridade dos pacientes que responderam ao questionário sobre adesão

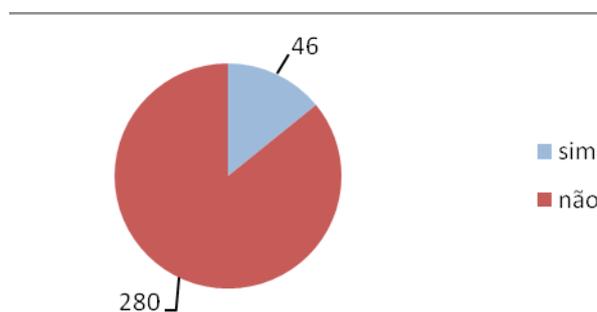


Do total de pacientes, 57,67% deles residem com companheiro, 25,77% residem com filho/enteado, 14,42% residem sozinhos e apenas 2,15% se enquadram em outra categoria.

Em relação ao valor da última pressão arterial (PA) aferida, 239 (73,31%) pacientes evidenciaram PA < 140:90 mmHg, enquanto que 87 (26,69%) deles apresentaram PA ≥ 140:90 mmHg, considerados hipertensos.

Quando questionados sobre o fato de deixarem de tomar a medicação quando se sentiam bem, 85,89% dos indivíduos responderam sim e apenas 14,11% responderam não, como pode ser observado pela Figura 2.

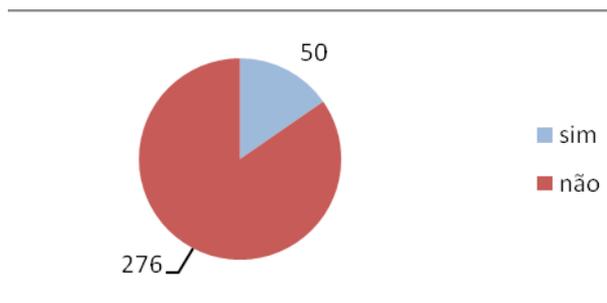
Figura 2. Questionamento aos pacientes sobre o fato de deixarem de tomar medicação antihipertensiva quando se sentem bem.



Em contraposição à pergunta anterior, foi questionado se os indivíduos deixavam de tomar a medicação prescrita caso se sentissem mal. Em relação a esse questionamento, apenas 15,34% dos indivíduos responderam sim, enquanto que 84,66% deles responderam que

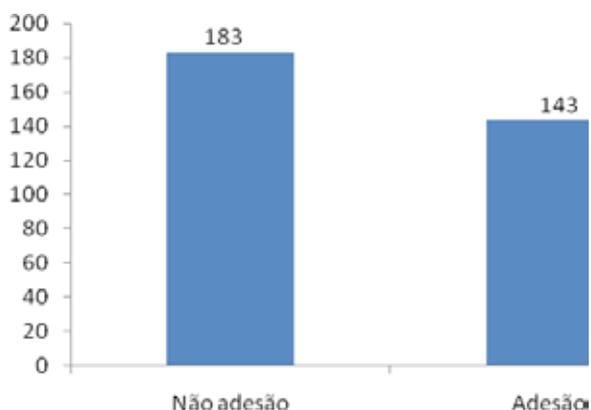
não (Figura 3).

Figura 3. Questionamento aos pacientes sobre o fato de deixarem de tomar a medicação prescrita caso se sintam mal.



O teste de Morisky permitiu a identificação de 183 (56,14%) pacientes que não aderem ao tratamento farmacológico proposto (Figura 4).

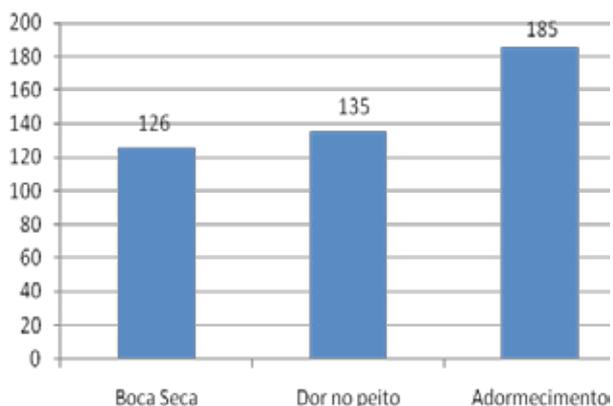
Figura 4. Avaliação da adesão à terapêutica anti-hipertensiva: teste de Morisky



Na amostra em questão, dos 297 indivíduos com baixo grau de escolaridade, incluindo os analfabetos, 165 (55,55%) não aderem ao tratamento, de acordo com o teste de Morisky. Lembrando que o total de indivíduos não aderentes ao tratamento farmacológico foi de 183, isso evidencia que 90,16% da amostra que não adere ao tratamento farmacológico possuem baixa escolaridade.

Em relação à segunda etapa do questionário, avaliação da qualidade de vida dos pacientes em relação a reações adversas ao medicamento (RAM), notou-se que 126 pacientes queixaram-se de boca seca (38,65%), 135 pacientes queixaram-se de dor no peito (41,41%) e 185 de adormecimento ou formigamento (56,75%), conforme Figura 05.

Figura 5. Queixas de RAM levantadas pelo questionário sobre adesão



Discussão

Os resultados verificados a partir dos valores da pressão arterial (PA) e os obtidos por meio do teste de Morisky se mostram contraditórios, uma vez que a não adesão é uma fator que contribui para o não controle da PA. Tal informação aponta uma provável falha ou falta de padronização na aferição da pressão arterial.

A medida da pressão arterial ainda é o elemento-chave para estabelecer o diagnóstico da hipertensão arterial, tendo ainda intuito de guiar e monitorar condutas terapêuticas individuais. O método mais utilizado é o indireto, com técnica auscultatória, com esfigmomanômetro aneróide, ou de coluna de mercúrio, e estetoscópio. Apesar disso, esta técnica vem sendo questionada, já que vários fatores podem influenciá-la, gerando erros de medida relacionados com o equipamento, o paciente, o observador, a técnica e o local. Os erros podem ser evitados com preparo apropriado do paciente, uso de técnica de mensuração padronizada e equipamento calibrado^{8,12}.

Os aparelhos utilizados para aferição da pressão arterial na Unidade de Saúde em questão são do tipo aneróide, os quais são facilmente danificados, se descalibrando facilmente, devido a choques cotidianos e mudanças ambientais relacionadas ao uso diário, o que pode ocasionar sub ou superestimação dos valores medidos¹³.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia⁵ (SBC) orienta sobre a forma correta de se preparar o paciente para a aferição e o procedimento propriamente dito. Inicialmente, deve-se orientar o paciente sobre o procedimento; em seguida, este deve ficar em repouso por, no mínimo, cinco minutos em ambiente calmo, deve estar preferencialmente com a bexiga vazia, não ter praticado exercícios físicos nos noventa minutos antecedentes à técnica, não ter ingerido bebidas alcoólicas, café ou alimentos nos trinta minutos que antecedem o procedimento; com relação à posição, os pacientes devem manter as pernas descruzadas, com os pés apoiados no chão e dorso recostado na cadeira; o braço que será colocado o manguito deverá estar livre de roupas e posicionado na altura do coração, apoiado e com a palma da mão voltada para cima, com o cotovelo levemente fletido; e o profissional deverá solicitar que o paciente não fale durante a técnica de aferição.

Para o procedimento de medida da pressão arterial, de acordo com a SBC, o profissional deverá medir a circunferência do braço do paciente para escolha adequada do manguito, o qual deverá ser colocado sem folgas acima dois a três centímetros da fossa cubital, centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial, estimar o nível da pressão sistólica palpando o pulso radial e inflando o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes da medida. Logo após, o profissional deverá palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar o campânula do estetoscópio sem compressão excessiva, inflar rapidamente até ultrapassar 20 (vinte) a 30 (trinta) mmHg, nível estimado da pressão sistólica, proceder à deflação de forma lenta, determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som, que se caracteriza por ser um som fraco seguido de batidas regulares, e após a determinação, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação. A pressão diastólica deverá ser determinada no desaparecimento do som. Sugere-se ainda, a ausculta por cerca de 20 (vinte) a 30 (trinta) mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Caso os batimentos persistam até o nível zero,

o profissional deverá determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons e anotar os valores da sistólica/diastólica/zero. Caso haja novas medidas, deverá esperar de um a dois minutos para fazê-la. O próximo passo é informar os valores da pressão arterial ao paciente e anotar em livro de registro o membro e os valores.

Caso se observe erros na aferição, é importante sugerir à equipe de enfermagem da Estratégia Saúde da Família (ESF) local a organização de mini cursos para os técnicos e auxiliares de enfermagem para que se capacite e padronize a aferição.

O grau de escolaridade afeta diretamente o grau de adesão¹⁴ já que possibilita ou impede um completo entendimento sobre a posologia proposta dos medicamentos prescritos. Estudos relacionam a baixa escolaridade com baixa adesão à terapêutica^{15, 16}. A população estudada apresenta elevado índice de baixa escolaridade, 67,18%, que acrescido dos analfabetos, somam um total de 91,11% da amostra. Essa característica se agrava quando o paciente utiliza politerapia, uma vez que a dificuldade em identificar cada medicamento é diretamente agravada.

O resultado desta análise se contrapõe a resultado apresentado por Farias (2004) sobre fatores de adesão medicamentosa em idosos em Campina Grande, no qual os pacientes se mostraram comprometidos com o tratamento medicamentoso, administrando medicamento diariamente apesar da baixa escolaridade observada. A autora evidenciou ainda que tal resultado demonstra conhecimento dos riscos da não adesão ao tratamento farmacológico ao tratamento da HAS, obtida provavelmente por meios de ações educativas promovidas pela ESF local²⁰.

Esse fato ainda pode ser agravado pelo padrão de embalagem dos laboratórios oficiais, que não permitem a identificação diferenciada de seus medicamentos em relação à embalagem primária. De acordo com a Resolução RDC n° 168 de 10/06/2002¹⁷, a identidade visual para embalagens de todos os medicamentos adquiridos e distribuídos pelo Ministério da

Saúde, para os programas de saúde pública, será personalizada, com um padrão de rotulagem que permita uma imediata identificação da origem do medicamento.

Esse fato faz com que medicamentos distintos possuam a mesma coloração (ausência de corante na fórmula, por exemplo) e compartilhem da mesma embalagem primária, além do fato da nomenclatura ser disposta da mesma forma e evidenciada com as mesmas cores, ainda na embalagem primária. Essa característica foi levantada devido ao fato de que em instituições públicas, a aquisição de medicamentos também ocorre por meio de laboratórios oficiais.

Adesão ao tratamento é fundamental para o bem-estar dos pacientes idosos, sendo, portanto um componente decisivo do cuidado. Fatores como a prevalência de danos cognitivos e funcionais, diversas comorbidades com esquemas terapêuticos complexos fazem aumentar as dificuldades para aderir às recomendações médicas relativas ao tratamento farmacológicas e não-farmacológicas, bem como a probabilidade de falha terapêutica, levando a complicações desnecessárias, maiores gastos na atenção à saúde, incapacitação e morte precoce⁸. O fator idade tem influência na função cognitiva do idoso e a dificuldade em lembrar-se de ingerir medicamentos em horário e dosagem correta é um fato comum na população de idosos¹⁴.

A baixa adesão é a principal razão de resultados clínicos subótimos, ocasionando complicações médicas e psicossociais da doença, reduzindo a qualidade de vida do paciente, além de aumentando os gastos com recursos de saúde¹⁸.

Na literatura encontram-se vários estudos a respeito da não adesão ao tratamento, sendo evidenciado que esta ocorrência pode levar à prescrição desnecessária de medicamentos ou alguma alteração na terapêutica¹⁹. Tal acontecimento pode ser justificado pela omissão de informação durante consulta médica, o que faz com que o profissional adote uma nova terapêutica, que inclui troca de medicamentos, aumento de

dose, inclusão de novo fármaco.

Em relação a esta problemática sobre o grau de escolaridade, propõem-se à ESF a elaboração de programas de educação em saúde que permitam aos usuários do programa Hiperdia do município o reconhecimento da HAS e de seus agravos, bem como as possíveis conseqüências do abandono ou não adesão ao tratamento farmacológico. Além disso, pode ser organizado um cronograma interdisciplinar com atividades físicas voltadas a estes usuários e oficinas para as mulheres, que é o grande grupo da amostra, com nutricionistas para se intensificar os cuidados não farmacológicos indicados para a HAS.

A educação em saúde é um componente da promoção de saúde, sendo mais específica, tendo como meta formar indivíduos mais conscientes dos fatores que podem ajudá-los a manter uma boa saúde e prevenir doenças. A conscientização da comunidade é um pré-requisito quando se pretende alcançar elevado nível de saúde²¹. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002), entre as intervenções fundamentais para a promoção do uso racional de medicamentos está a educação da população a respeito dos medicamentos, sendo desejável que os profissionais mais diretamente envolvidos com o medicamento participem de forma mais efetiva e compromissada com esses usuários¹⁴.

Os benefícios da terapêutica anti-hipertensiva na redução das complicações cardiovasculares da hipertensão arterial já foram demonstrados por meio de pesquisas, prevenindo a hipertrofia ventricular esquerda e a insuficiência cardíaca congestiva mesmo em idosos⁸.

A OMS²² define reação adversa a medicamento (RAM) como sendo “Qualquer resposta a medicamento que seja nociva, não intencional e que ocorra nas doses habitualmente usadas no homem, para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma doença, ou, ainda, para modificação de uma função fisiológica”.

Em relação às RAM, constatou-se que

a maior queixa dos pacientes que não aderem à terapêutica foi em relação ao formigamento ou adormecimento, seguido da sensação de boca seca. Esses resultados evidenciam que provavelmente tais reações adversas influenciam a não adesão ao tratamento farmacológico.

As reações adversas em questão estão previstas no formulário Terapêutico Nacional (FTN)²³. A sensação de boca seca foi descrita na literatura da metildopa, a dor no peito na literatura do maleato de enalapril e a parestesia (formigamento ou adormecimento) na literatura do besilato de anlodipino. Pode ser, também, que estes sintomas tenham provocado o abandono do tratamento.

Um trabalho realizado em uma instituição pública de grande porte, na cidade de São Paulo, teve como objetivo levantar o cotidiano da vida de hipertensos evidenciou algumas justificativas para tomada irregular dos medicamentos. As mais importantes foram as dificuldades na adaptação na tomada dos medicamentos, como dose, quantidade e horários, além do surgimento de efeitos colaterais indesejáveis. O mesmo estudo ainda evidencia que a alteração do cotidiano do paciente hipertenso está diretamente relacionada com a presença de sintomas, à compreensão sobre a doença e ao impacto da enfermidade em suas vidas²⁴.

Estudo realizado em Porto Alegre obteve como variáveis que interferem na adesão ao tratamento medicamento, primeiramente o uso de vários medicamentos (polifarmácia), logo após efeitos colaterais intensos, o fato de não terem leitura (baixa escolaridade), não entenderem a prescrição médica nem entenderam a explicação realizada pela equipe de enfermagem, problemas auditivos e visuais, sentem-se bem e consideram desnecessário fazer uso da medicação¹⁴.

Conclusão

A realização deste trabalho se deu pela necessidade de levantamento de dados a respeito do tratamento anti-hipertensivo

realizado no município de Cocalzinho de Goiás, uma vez que diversos pacientes utilizam politerapia e não obtém resposta adequada de controle da pressão arterial. Este trabalho possibilitou a concretização de suspeitas por parte dos profissionais a respeito da não adesão ao tratamento antihipertensivo, uma vez que se concluiu que tal ação está relacionada com baixo grau de escolaridade. Atribuem-se estes valores a falta de conhecimento da comunidade a respeito da HAS, prevenção, evolução e seu tratamento; suas conseqüências e, principalmente, pelo surgimento de reações adversas.

A partir destes resultados, pode-se inferir que existe uma carência de atendimento mais efetivo e individualizado por parte da ESF de Cocalzinho de Goiás. Necessita-se dar uma atenção especial a estes usuários, valendo-se de um dos princípios do SUS, a equidade, para assim aumentar os índices de adesão ao tratamento antihipertensivo. Além disso, o trabalho permitiu inferir a necessidade de padronização por parte da equipe de enfermagem local para a correta aferição de pressão arterial para que se minimizem erros. Os esfigmomanômetros tipo aneróides devem ser continuamente calibrados para correta aferição de PA, que juntamente a adequada conduta profissional de aferição permite o acompanhamento e diagnóstico eficazes da hipertensão arterial.

Esses compromissos baseados no entendimento de que a realidade de saúde das pessoas é dinâmica, pode ser mudada e melhorada, são reforçados quando se descobre o potencial da comunidade e se acredita no desenvolvimento desse potencial, para a transformação da realidade que se pretende melhorar.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica; 15).
2. Ministério da Saúde (Brasil). Pratique saúde contra a hipertensão arterial [Internet].

- Brasília: Ministério da Saúde. [citado 2010 Mar 24]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23616&janela=1.
3. Oshiro ML. Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS: um estudo de caso e controle [tese de doutorado]. Brasília; 2007.
 4. Lessa I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Rev Bras Hipertens [Internet]. 2006 [citado 2010 Abr 14];13(1):39-46. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/10-impacto-social.pdf>.
 5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial; 2007.
 6. Coordenação Nacional de Hipertensão Arterial e Diabetes, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema de gestão clínica de hipertensão arterial e diabetes mellitus da atenção básica [Internet]. 2010 [citado 2010 Abr 10]. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>.
 7. Castro LLC, Moscati IV, Persano S. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica: fundamentos de farmacoepidemiologia: uma introdução ao estudo de farmacoepidemiologia. Campo Grande: Grupo de Pesquisa em Uso Racional de Medicamentos (GRUPURAM); 2001. p. 171-80.
 8. Oshiro ML. Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS: um estudo de caso e controle [tese de doutorado]. Brasília; 2007.
 9. Santos ZMSA, et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2005 [citado 2010 Jan 14];14(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072005000300003&lng=en&nrm=iso.
 10. Schulz RB, et al. Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). Arq Bras Cardiol [Internet]. 2008 Fev [citado 2010 Mar 30];90(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008000200010.
 11. Dewulf NLS, et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. Rev Bras Cienc Farm [Internet]. 2006 Dez [citado 2010 Mar 30];42(4). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-93322006000400013&script=sci_arttext.
 12. Faersteins E, et al. Aferição da pressão arterial: experiência de treinamento de pessoal e controle de qualidade no Estudo Pró-Saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 Set [citado 2010 Jul 15];22(9). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900031&lng=en&nrm=iso.
 13. Pierin AMG, et al. Condições dos esfigmomanômetros usados por um serviço de atendimento móvel de urgência da cidade de São Paulo. Rev Bras Hiperten. 2009;12(2):57-64.
 14. Blanski CRK, Lenardt MH. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2005 Ago [citado 2010 Jul 20];26(2):180-8. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4552/2482>.
 15. Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion Jr. D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. Rev Bras Hipertens [Internet]. 2009 [citado 2010 Jul 20];16(1):38-43. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/11-adesao.pdf>.
 16. Nemes MIB, Castanheira ERL, Helena ETS, Melchior R, Caraciolo JM, Basso CR, et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil.

Rev Assoc Med Bras. [Internet]. 2009 [citado 2010 Jul 20];55(2):207-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302009000200028&script=sci_arttext.

Jun [citado 2010 Jul 22];34(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000200004&lng=en&nrm=iso.

17. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução RDC nº 168, de 10 de junho de 2002 [Internet] [citado 2010 Jul 15]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/168_02rdc.htm.

18. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. WHO; 2003 [citado 2010 Jul 19]. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.

19. Reiners AAO. Interação profissional de saúde e usuário hipertenso: contribuição para a não-adesão ao regime terapêutico [tese de doutorado] [Internet]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005 [citado 2009 Set 10]. 156 f. Disponível em: www.portaltieses.com.br.

20. Farias NNMB. Fatores de adesão medicamentosa em idosos hipertensos [Internet]. Campina Grande; 2004 [citado 2010 Jul 19]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/eventos/2a_mostra/fatores_adesao_medicamentosa_idosos_has_nilda_maria.pdf.

21. Vinholes ER, Alano GM, Galato D. A percepção da comunidade sobre a atuação do serviço de atenção farmacêutica em ações de educação em saúde relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos [Internet] [citado 2010 Jul 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/12.pdf>.

22. World Health Organization. International Drug Monitoring: the role of national centers. Report of a WHO Meeting. Geneva: WHO; 1972.

23. Ministério da Saúde (Brasil). Formulário Terapêutico Nacional. Brasília; 2006.

24. Castro VD, CAR, Marcia Regina. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2000