

PERFIL DE SAÚDE E ADESÃO AO TRATAMENTO DE PESSOAS HIPERTENSAS

AUTORES

Maria Carolina D. DELBO

Discente do curso de Nutrição da União das Faculdades dos Grandes Lagos - UNILAGO

Carla Somaio TEIXEIRA

Docente do curso de Nutrição da União das Faculdades dos Grandes Lagos - UNILAGO

RESUMO

Com o aumento da expectativa de vida, ocorreu o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, sendo uma delas a Hipertensão arterial, atingindo cerca de 60% das pessoas idosas. Se tratando de uma doença assintomática, que se não tratada adequadamente pode ocasionar alguns transtornos como levar a morte através de eventos cardiovasculares. Caracterizada pela elevação dos níveis pressóricos da pressão arterial. O tratamento pode ser o medicamentoso, que tem a prescrição do médico, é por meio da mudança do estilo de vida. O presente estudo tem como objetivo avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas hipertensas, identificando os riscos que são associados à hipertensão, aferindo peso e altura para identificar o risco de sobrepeso ou obesidade através do IMC e verificar o risco cardiovascular por meio da medida da circunferência abdominal, mediante apresentação do questionário, QATHAS. Verificou-se que predominância do sexo feminino 62%, faixa etária de 60 anos maior índice de união estável ou casados (as) 68,1%, com renda familiar de até dois salários mínimos 87,9%, obesidade 58%, não são praticantes de atividade física 65,1%, adesão ao tratamento de 90% é de 39 pessoas e a maioria possui a pressão controlada sendo 74%. Conclui-se que apesar dos participantes apresentarem PA controlada, a baixa escolaridade pode justificar a baixa adesão ao tratamento da hipertensão, e o aumento do risco cardiovascular pela inatividade física.

PALAVRAS - CHAVE

Hipertensão. Doenças crônicas não transmissíveis. Adesão ao tratamento.

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma condição multifatorial, caracterizada pela elevação dos níveis prosódicos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, sendo um problema que junto com aparecimento de outras doenças crônicas, atingem cerca de 32,5% de indivíduos adultos e 60% dos idosos, contribuindo para cerca de 50% das mortes por doenças cardiovasculares (7ª DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL).

Doenças cardiovasculares são as principais causas de mortalidade no Brasil, sendo a hipertensão arterial seu principal fator de risco (BLOCH, 2008), mas o controle requer adesão ao tratamento medicamentoso, que visa reduzir os níveis da pressão arterial sistêmica (PAS), que consequentemente diminui a morbidade e mortalidade ocasionada por eventos cardiovasculares (NAKASHINA et al; 2015).

O tratamento medicamentoso e o não medicamentoso juntos se tornam muito importante para o controle da pressão arterial, pois são estratégias para mudança do estilo de vida, no qual ocasionam a diminuição de dosagem de medicamentos, ocorrendo a diminuição da morbidade e mortalidade pelas doenças cardiovasculares (LOPES et al. ; 2003). Segundo Lessa (1998), cerca da metade de portadores de hipertensão não fazem nenhum tipo de terapia com medicação, e os que tratam a minoria não têm a pressão controlada. As estatísticas mostram que 30 a 50% dos portadores interrompem o tratamento no primeiro ano, e mais da metade depois de 5 anos (PERÉS, 2003).

Alguns medicamentos para controle da hipertensão arterial são distribuídos gratuitamente na rede pública, sendo que cerca de 97,9% das pessoas tem acesso a medicamentos para hipertensão indicados pelo médico. Em se tratando de percentuais por regiões, temos Norte com 97,1%, Nordeste 96,1%, Sudeste 98,7%, Sul 99,2%, Centro-Oeste 95,7% (MENGUE et al; 2015).

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento do que estão inclusos: hereditariedade, idade, álcool, obesidade, sexo, raça/cor, estresse, e um alto consumo de sal. Através da identificação desses fatores acima deve haver modificações, hábitos mais saudáveis, como mudanças do estilo de vida por meio da restrição alimentos ricos em sódio, carboidratos simples, renúncia do tabagismo, diminuição do consumo de álcool, aumento de potássio, prática de alguma atividade física e controle das dislipidemias (ARAUJO, 2014).

Estudos mostram que a dieta DASH pode reduzir os níveis de pressão, por ser uma dieta rica em frutas e legumes, com leite desnatado e seus derivados, com quantidades reduzidas de gorduras totais e colesterol, contendo grandes quantidades de fibras e proteína e ainda contendo potássio, cálcio e magnésio (OLMOS et al. , 2001).

A obesidade é um dos fatores de risco para desenvolver a hipertensão arterial, havendo necessidade de emagrecimento de 5 a 10% do peso e diminuir a gordura visceral, localizada na região abdominal sendo os valores de circunferência de até 102 cm para homens e de 88 cm para mulheres consideramos o suficiente para reduzir a pressão arterial (MORENO , 2015; FAVA et al. , 2016).

Objetivo caracterizar o perfil de saúde e adesão ao tratamento de portadores de hipertensão arterial do município de Ubarana.

2. METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada na Unidade básica de saúde no município de Ubarana, sendo uma pesquisa em campo, quantitativo e transversal, abrangeu 66 indivíduos portadores de hipertensão arterial de ambos os sexos, com mais de 18 anos. O questionário foi aplicado após os participantes terem lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de inclusão são: pessoas portadoras de hipertensão arterial e maiores de 18 anos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética CAAE: 92633118.0.0000.5489.

O questionário foi feito através de estudo metodológico fundamentado na psicometria moderna (TRI) e que seguiu os três procedimentos para a construção de instrumentos de avaliação: teórico, empírico e analítico. Uma revisão integrativa foi construída na etapa teórica, buscando conhecer os fatores condicionantes específicos da adesão ao tratamento dessa síndrome (RODRIGUES, et al, 2014).

Foi realizada a aferição da pressão arterial, peso e altura pelo enfermeiro da unidade básica de saúde, posteriormente calculado índice de massa corporal e classificado de acordo com OMS (1997), é a medida da cintura (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Níveis de adesão QATHAS	%
60%	Os hipertensos não tomam o anti-hipertensivo, ao menos uma vez por semana, e também não o tomam na dose prescrita, ao menos uma vez por semana.
70%	Os hipertensos posicionados neste nível deixam de tomar a medicação para hipertensão nos horários estabelecidos, ao menos uma vez por semana, e comparecem às consultas agendadas.
80%	Ao atingirem este nível, os hipertensos deixam de tomar a medicação conforme a dose prescrita ao menos uma vez por mês e fazem uso da medicação independentemente de apresentar algum sintoma, seguem o tratamento medicamentoso rotineiramente e reduzem a terça parte do sal, da gordura, e de doces e bebidas com açúcar.
90%	Os hipertensos localizados neste nível deixam de tomar a medicação, nos horários estabelecidos, ao menos uma vez por mês; reduzem à metade o sal, gordura e doces, e bebidas com açúcar.
100%	Neste nível, os hipertensos deixam de tomar a medicação para hipertensão, ao menos uma vez por ano, e praticamente não consomem gordura, doces e bebidas com açúcar.

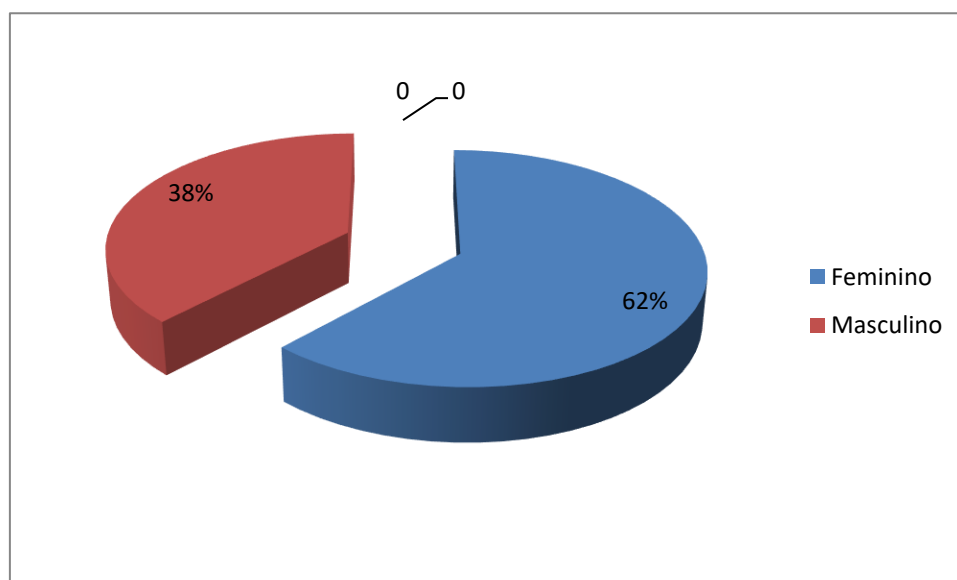
110%

A partir deste nível, os hipertensos não deixam de tomar a medicação para hipertensão, comem praticamente sem sal e seguem o tratamento não medicamentoso rotineiramente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída de 66 praticantes portadores de Hipertensão arterial, dos quais 62% (n=41) eram do sexo feminino e 38% (n=25) do sexo masculino demonstrada na figura 1, o alto índice de mulheres pode ser explicado pelo fato delas procurarem mais os serviços de saúde em qualquer idade em relação a os homens (FRANCIELI, 2008).

Figura 1. Classificação do número participante.



A população estuda tem faixa etária maior que 60 anos em média, que vai o encontro do qual sendo que a Hipertensão tem taxa altas em pessoa acima de 50 anos. Em relação as características sociodemográficas disposta na Figura 2, foi observado que 87,9% (n= 58) pessoas recebem de um salário mínimo até dois salários mínimos, sendo a maior parte composta por mulheres, analfabetos, idoso e casado (a) ou união consensual em outro estudo mostrou-se similar sendo população com faixa etária de 60 anos, 75 % eram mulheres é 54,3% possuíam companheiros, e renda familiar inferior a dois salários mínimos (GOIS et al ,2016). Os indivíduos hipertensos com renda menor de dois salários mínimos merecem atenção para a promoção e prevenção da saúde, por isso o diagnostico entre mulheres e maior.

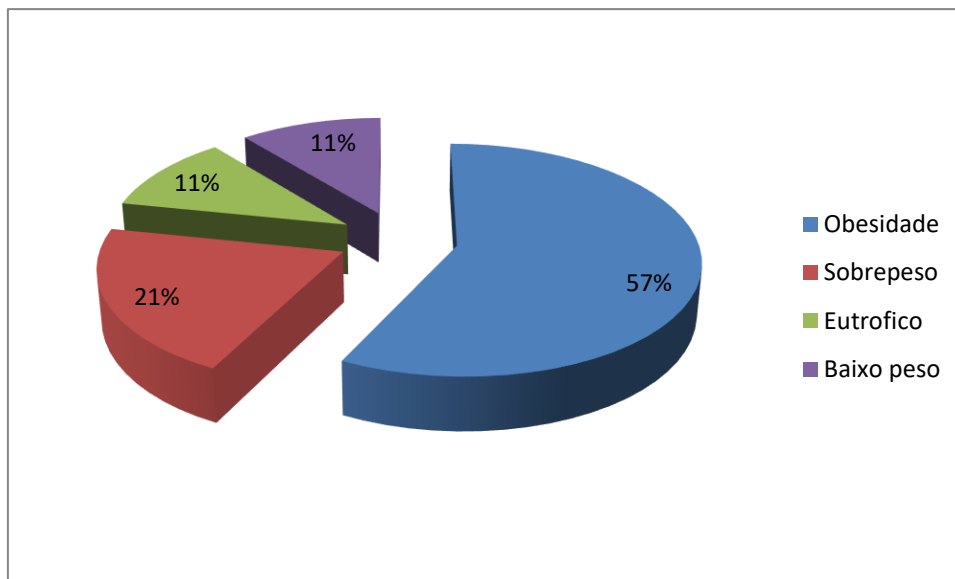
Constatou-se que a maioria dos participantes eram aposentados (a), sendo 41% (n=27) seguidos de donas de casa 30,3%(n=20), outras ocupações 19,7%(n=13) e do lar 9%(n=6), em outro estudo também constatou-se que a maioria dos participantes eram aposentados 75,4% (VIEIRA et al., 2016).

A prática de atividade física demonstrou que apenas 34,9% (n=23) fazem pelo menos 30 min, é 65,1% (n=43) não fazem nenhum tipo de atividade, a prática regular de alguma atividade durante o processo de envelhecimento traz vários benefícios, sendo que a média de idade dos participantes dos estudos foram de 60 anos, em outro estudo notou-se que 68,3% não fazem nenhuma atividade (VIEIRA et al, 2016).

Características	N	%
*Atividade física		
Sim	23	34,9
Não	43	65,1
*Salário Mínimo		
< 2 salários	58	87,90
> 2 salários	8	12,10
Estado civil		
Solteiro (a)	3	4,60
*Casado (a)	45	68,10
Divorciado (a)	5	7,60
Viúvo (a)	13	19,70
Ocupação		
Dona de casa	20	30,30
Do lar	6	9
*Aposentado (A)	27	41
Outros	13	19,70

Identificou-se que 58% (n=38) estão com obesidade, seguindo com 21%(n=15) sobrepeso, eutrófico 115(n=7) e baixo peso com 11%(n=7) ambos, estando 79% fora do peso recomendado, representado na Figura 3. Em um estudo verificou-se que 44% estavam com sobrepeso seguidos de 31,2% obesidade, mostra que 75% não tinham o peso recomendado (RIBEIRO,2015).

Figura 3. Classificação do índice de massa corporal.



A escolaridade é um dos principais fatores que se relacionam a adesão ao tratamento medicamentoso, no estudo mostra a baixa escolaridade, que pode interferir negativamente pois interfere na renda e condição de vida do indivíduo contribuindo para essa falta de adesão (SILVA, 2014).

Os dados foram que, a porcentagem de pessoas aderentes a tratamento foram os seguintes, sendo que o maior resultado foi 39 pessoas (59,0%) aderem à 90% do tratamento, seguido de 12 pessoas (18,1%) 80% e 100%, demonstrado na Figura 4 sendo similar a este outro estudo que teve 44% de aderem em 90% (ARAÚJO, 2015).

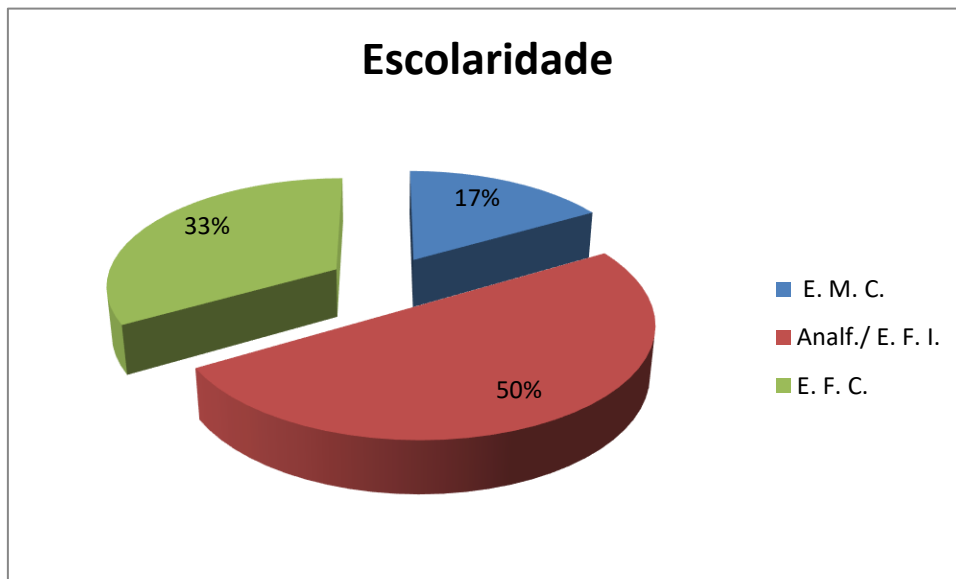
A maioria alcançou o nível 90 onde deixa de tomar a medicação nos horários estabelecidos ao menos uma vez por mês e reduz apenas a metade o sal, gordura, e doces e bebidas com açúcar.

Figura 4. Adesão ao tratamento.

QATHAS	N	%
60-70%	0	0
80%	12	18,2
90%	39	59,1
100%	12	18,2
110%	3	4,5

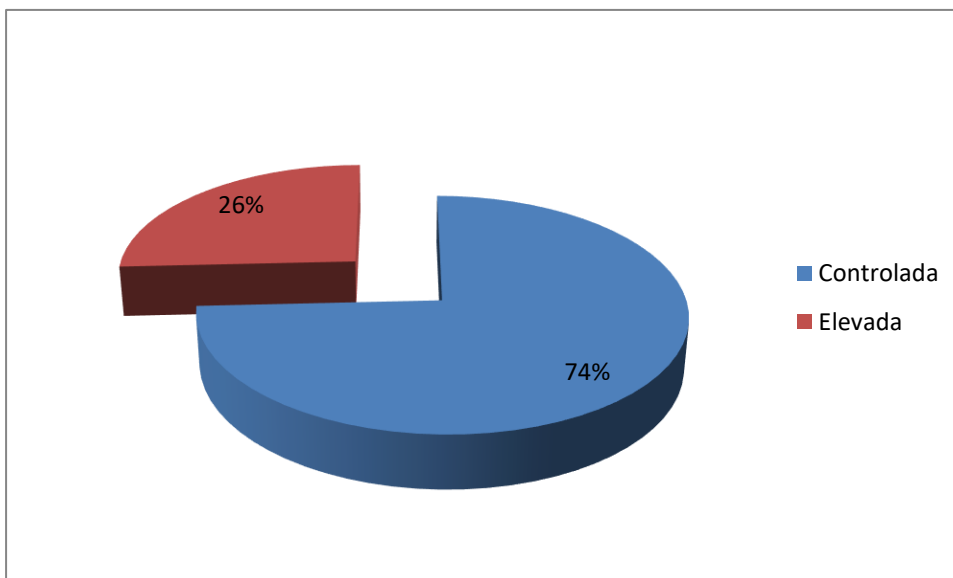
Nota-se que a maioria dos participantes são analfabetos ou ensino fundamental incompleto sendo 50%(N=33), seguido por ensino fundamental completo com 33% (N=22) e por último ensino médio completo 17%(N=11), demonstrado na Figura 5. Já em outro estudo mostrou que nível de escolaridade, predominou o ensino fundamental incompleto (37%), seguido de não sabe ler/escrever (31,5%), a baixa escolaridade entre hipertensos tem sido identificada cada vez mais e este pode ser um fator que dificulta um controle eficaz da pressão arterial (ABREU, et al., 2015).

Figura 5. Nível da escolaridade dos participantes.



A pressão arterial, mostrou-se controlada em 74,2% (n=49) sendo os níveis de 110/70 á 130/80 e apenas 25,7% (n=19) os níveis sendo superior a 140/90 mostrou-se elevada, demonstrado na Figura 6. Em outro estudo mostrou que a pressão estava controlada em 47,8% das pessoas (RIBEIRO , 2015).

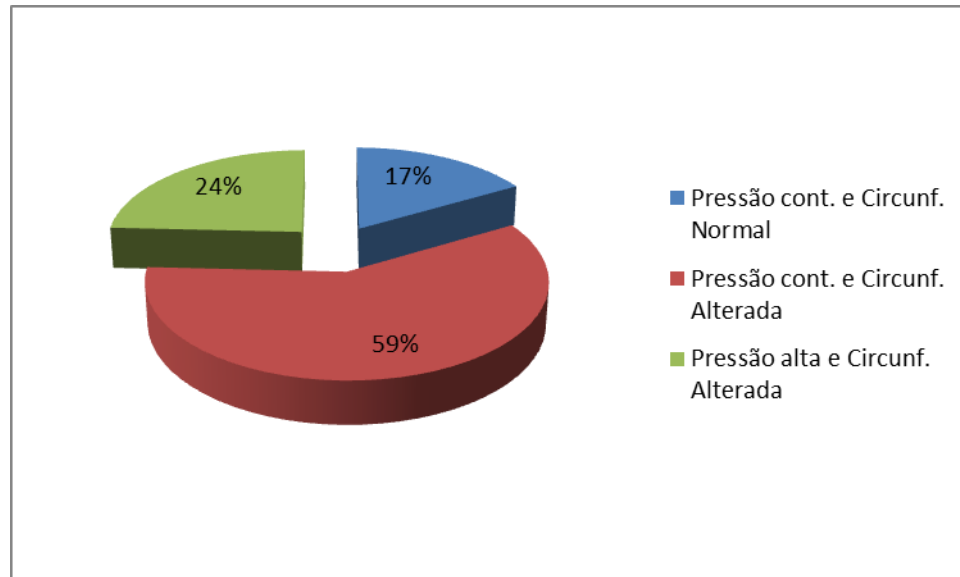
Figura 6. Pressão arterial, controlada ou elevada.



Observa-se que a pressão arterial apresenta-se em maior número com 59% (n=39) controlada enquanto a circunferência abdominal esta alterada, em seguida vem 24% (n=16), com a pressão alta e a circunferência também alterada, com 17% (n=11) esta a pressão controlada e circunferência controlada, esta

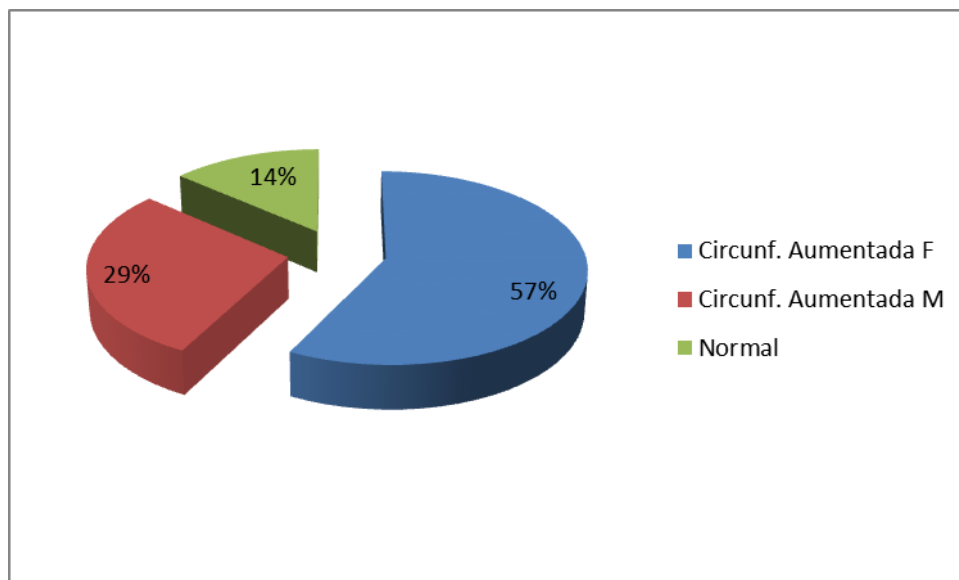
demonstrada na Figura 7. Em outro estudo mostrou com a circunferência abdominal estava alterada em 34,1% nos homens e 77,7% nas mulheres, sendo que 62,6% m tinham a pressão arterial sistólica alterada 28,7% a diastólica alterada (LIMA et al ., 2014).

Figura 7. Circunferência da cintura e pressão alterada ou não.



Verificou-se que em 66 mulheres , 57% (n=38) delas apresentam , a circunferência aumentada , e 27% (n=19) homens dos 38 que participaram apresentam esta aumentada e apenas 14% (n=9) estão como cintura adequada, os níveis para a circunferência da abdominal devem ser inferiores a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, representado na Figura 8. O ganho de peso e o aumento da circunferência abdominal são índices prognósticos importantes de hipertensão arterial, junto com o risco do aumento de doenças cardiovascular sendo similar á este outro estudo que mostrou que 207 mulheres e 45 homens apresentam a circunferência da cintura aumentada (FRANCIELI et al ., 2008).

Figura 8. Circunferência da cintura.



4. CONCLUSÃO

Este estudo nos sugere que a hipertensão arterial é predominante no gênero feminino, maior índice em pessoas de casados (as) ou união estável, baixo nível de escolaridade, com renda familiar de até dois salários mínimos, o que pode ser um fator importante na não adesão ao tratamento, visto que a baixa escolaridade dificulta a compreensão sobre a doença e o tratamento, englobam portadores com obesidade, a maioria não são praticantes de atividade física. Porém foi constatado que a maioria possui a pressão controlada.

Os grandes desafios referem-se ao cumprimento adequado das medicações sendo percebido no estudo que maioria alcançou o nível 90 onde deixa de tomar a medicação nos horários estabelecidos ao menos uma vez por mês e reduz apenas a metade o sal, gordura, e doces e bebidas com açúcar, às necessidades de mudanças de comportamento dos sujeitos, incorporando as medidas não farmacológicas no cotidiano de vida, principalmente na realização de atividades físicas, controle de sal, açúcar.

Diante disso, é necessário criar estratégias para sanar problemas que foram visto na adesão ao tratamento que se mostrou baixa, é importante que haja o acompanhamento terapêutico dos pacientes, principalmente, daqueles que tendem a não aderir o tratamento, com profissionais da saúde adequados.

5. REFERÊNCIAS

- ABREU W. A. et al. **Fatores associados á não adesão ao tratamento medicamentoso de Hipertensão Arterial Sistêmica.** R. Interd. , n. 3 v. 8, p. 50-60, 2015.
- ARAÚJO P. V. F. C. et al. **Análise de adesão ao tratamento da Hipertensão arterial na Atenção básica.** Teresinha , PI, 2015.
- ARAUJO, J. M. **Hipertensão arterial sistêmica e a atenção básica de saúde: Uma revisão bibliográfica** , Florianópolis- SC , 2014.
- DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSAO. **Sociedade brasileira de cardiologia.** v. 103, n. 3, setembro 2016.

FAVA, S. M. L., et al. **Associação entre pressão arterial, circunferência braquial e abdominal de pessoas com hipertensão arterial.** Revista de enfermagem UERJ. v. 24, n. 2, 2016.

FRANCIELI A. B. et al. **Hipertensão arterial: Defasios e possibilidades na adesão do tratamento.** Rev Min Enferm. n. 12, v. 3, p. 303-308, 2008.

GOIS C. F. L. et al. **Perfil sociodemográfico e clínico de hipertensos atendidos por equipe da saúde da família.** Rev Min Enferm., 2016.

GRECCO M. S. M. **Validação do índice de massa corporal (IMC) ajustado pela massa gorda obtida por impedância bioelétrica.** Ribeirão preto, 2012.

LIMA E. P. et al. **Pressão arterial sistêmica X circunferência abdominal de pacientes do programhiperdia- vale do Açpo/MG.** n. 2, v. 6, p. 24-29, 2014.

LIMA L. M. et al. **Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil.** Rev Gaúcha Enferm. n. 32, v.2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a16v32n2.pdf>.

LOPES H. F. et al. **Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial.** Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. n. 13, v. 1, p. 148-55, 2003.

MENGUE, S. S.; et al. **Acesso e uso de medicamentos para hipertensão no Brasil.** Revista de Saúde Pública, v. 50, n. 2, p. 1s-9s, 2016.

MORENO, M. V. **Intervenção educativa para melhorar a qualidade de vida de pacientes com hipertensão arterial sistêmica na UBS Bom Pastor, Município de Cariacica, Espírito Santo, Brasil.** Universidade do estado do rio de janeiro universidade aberta ao SUS: Especialização em saúde da família, Rio de janeiro, 2015.

NASKASHIMA, L.; et al. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica em adultos do município de Tubarão- SC.** Revista da Amrigrs, n. 59, v. 1 p. 4-9, jan-mar 2015.

OLMOS, R. D.; BENSENOR, I. M. **Dietas e hipertensão arterial: Intersalt e estudo da Dash.** Rev Bras Hipertenses. n. 8, v. 2, abril-junho, 2001.

PERES, D.S; MAGNA J.M; VIANA. L.A. **Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e praticas.** Rev de Saúde Pública n. 59, v. 5, 2003.

RIBEIRO, I. J. S. et al. **Qualidade de vida de hipertensos atendido na Atenção Primária a Saúde.,** 2015.

RODRIGUES, M. T.; MOREIRA, T. M.; ANDRADE, D. F. **Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão.** Rev Saúde Pública n. 48, v. 2, n 232-239, 2014.

SILVA M. J, **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial e seus determinantes.** Universidade federa de Santa Catarina, 2014.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Sociedade Brasileira de Hipertensão.** São Paulo: SBH; 2006.

VIEIRA C.P.B.et al. **Prevalência referida, fatores de risco e controle da pressão arterial em idosos.** Teresinha PI, 2016.