



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

GABRIEL CASTRO TAUMATURGO

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
EM IDOSOS ACOMPANHADOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. LUCAS
BENJAMIM NA CIDADE DE MOSSORÓ - RN**

MOSSORÓ
2020

GABRIEL CASTRO TAUMATURGO

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
EM IDOSOS ACOMPANHADOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. LUCAS
BENJAMIM NA CIDADE DE MOSSORÓ - RN**

Monografia apresentada a Universidade
Federal Rural do Semi-Árido como
requisito para obtenção do título de
Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof^ª. Dra. Maria dos
Milagres Fernandes Diniz Chaves

MOSSORÓ

2020

©Todos os direitos estão reservados à Universidade Federal Rural do Semi-Árido. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do (a) autor (a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996, e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. O conteúdo desta obra tornar-se-á de domínio público após a data de defesa e homologação da sua respectiva ata, exceto as pesquisas que estejam vinculadas ao processo de patenteamento. Esta investigação será base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu (a) respectivo (a) autor (a) seja devidamente citado e mencionado os seus créditos bibliográficos.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central Orlando Teixeira (BCOT)
Setor de Informação e Referência (SIR)

T222 Taumaturgo, Gabriel Castro.
AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS ACOMPANHADOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. LUCAS BENJAMIM NA
CIDADE DE MOSSORÓ - RN / Gabriel Castro
Taumaturgo. - 2020.
40 f. : il.

Orientadora: Maria dos Milagres Fernandes
Diniz Chaves.
Monografia (graduação) - Universidade Federal
Rural do Semi-árido, Curso de Medicina, 2020.

1. Adesão terapêutica. 2. Hipertensão
Arterial. 3. Idosos. I. Chaves, Maria dos
Milagres Fernandes Diniz , orient. II. Título.

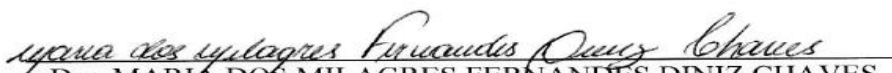
GABRIEL CASTRO TAUMATURGO

**AVALIAÇÃO DA ADEÇÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
EM IDOSOS ACOMPANHADOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. LUCAS
BENJAMIM NA CIDADE DE MOSSORÓ - RN**

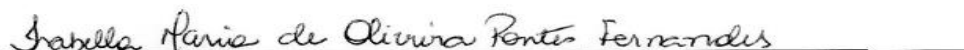
Monografia apresentada a Universidade
Federal Rural do Semi-Árido como
requisito para obtenção do título de
Bacharel em Medicina.

Defendida em: 05/ 02 / 2020

BANCA EXAMINADORA


Dra. MARIA DOS MILAGRES FERNANDES DINIZ CHAVES
UFERSA


Prof. DR. REMERSON RUSSEL MARTINS
UFERSA


Profa. Dra. ISABELLA MARIA DE OLIVEIRA PONTES FERNANDES
UFERSA

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por ter sido uma efetiva fortaleza que propiciou um suporte necessário ao longo desta árdua jornada do período pré-internato, que se encerra com a realização deste trabalho.

Agradeço aos meus pais, pelo incentivo, pelo acompanhamento e pelo apoio incondicional em todos os aspectos.

Agradeço, também, a minha orientadora prof^a. dr^a. Milagres, que demonstrou ao longo desse período de desenvolvimento dessa pesquisa muita disponibilidade e solicitude.

Faço um agradecimento, por fim, a todos que, de alguma forma, contribuíram direta ou indiretamente para que houvesse um crescimento estudantil significativo nessa etapa que antecede o estágio obrigatório e que finaliza com a devida estruturação desse estudo.

É uma disciplina que promove, com visão integrada, o gerenciamento e o compartilhamento de todo o ativo de informação possuído pela empresa. Esta informação pode estar em um banco de dados, documentos, procedimentos, bem como em pessoas, através de suas experiências e habilidades.

Gartner Group

RESUMO

O presente estudo desenvolveu-se a partir da percepção de que é necessária uma mensuração da adesão ao tratamento da doença crônica mais prevalente no Brasil, hipertensão arterial sistêmica, que pode levar a complicações de saúde significativas, caso não seja adequadamente tratada, em idosos componentes da população adscrita pela equipe de saúde de família Dr. Lucas Benjamim, em Mossoró – RN. Tal pesquisa propõe avaliar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial em idosos da área adscrita pela equipe de saúde da família da UBS Dr. Lucas Benjamim e trata-se de um estudo transversal que utilizou um questionário validado contendo 24 questões acerca da adesão terapêutica da hipertensão. Demonstrou-se que 67,5% dos participantes estão dentro da faixa adequada para adesão terapêutica, 20% estão sob risco de não adesão e 12,5% estão em uma faixa que indica adesão inadequada, de modo que alguns pontos específicos podem ser mais bem trabalhados pelos profissionais. Portanto, atestamos a necessidade de que a equipe lance mão de mecanismos para otimizar o perfil de cumprimento das orientações médicas quanto a medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Palavras-chave: Adesão terapêutica. Hipertensão Arterial. Idosos.

ABSTRACT

The present study was developed from the perception that it is necessary to measure adherence to the treatment of the most prevalent chronic disease in Brazil, systemic arterial hypertension, which can lead to significant health complications, if not properly treated, in elderly components of the population enrolled by the family health team Dr. Lucas Benjamim, in Mossoró - RN. This research proposes to evaluate adherence to the treatment of arterial hypertension in the elderly enrolled by the family health team of UBS Dr. Lucas Benjamim and it is a cross-sectional study that used a validated questionnaire containing 24 questions about the therapeutic adherence of hypertension. It was shown that 67.5% of the participants are within the appropriate range for therapeutic adherence, 20% are at risk of non-adherence and 12.5% are in a range that indicates inadequate adherence, so that some specific points may be more well worked by professionals. Therefore, we attest to the need for the team to use mechanisms to optimize the profile of compliance with medical guidelines regarding pharmacological and non-pharmacological measures.

Keywords: Therapeutic adherence; Arterial hypertension; elderly.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	–	Resultados.....	27
Gráfico 2	–	24 Questões.....	28
Gráfico 3	–	Sistemas e Profissionais de Saúde	29
Gráfico 4	–	Condições de Saúde.....	30
Gráfico 5	–	Terapia	31
Gráfico 6	–	Paciente	32

“A necessidade de procurar a verdadeira felicidade é o fundamento da nossa liberdade.”

Jonh Locke

SUMÁRIO

SUMÁRIO	11
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 JUSTIFICATIVA.....	15
2 HIPERTENSÃO	16
2.2 Aspectos conceituais.....	16
2.3 Aspectos sociais	18
2.3.1 Cenário Global	19
2.3.2 Cenário Brasileiro	19
2.3.2.1 Desafios	20
2.3.2.2 Perspectivas.....	21
2.3.2.3 Práticas	22
3. METODOLOGIA	24
4 RESULTADOS.....	26
5. DISCUSSÃO	31
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS.....	34
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	37

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HAS) se constitui de condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Comumente está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais ou estruturais de órgãos-alvo e é agravada pela presença de fatores de risco como obesidade abdominal, dislipidemia, intolerância à glicose e diabetes (CARDIOLOGIA, 2016), sendo que, no Brasil, atinge 32,5% de indivíduos adultos e está presente em mais de 60% dos idosos, sendo decisiva, direta ou indiretamente, para metade das mortes por doença cardiovascular (SCALA & MACHADO, 2015). Desse modo, percebe-se o grau de relevância, em termos epidemiológicos dessa patologia, tão comumente manejada nos mais diversos contextos médicos e em todos os níveis de atenção à saúde, constituindo um desafio para os profissionais no que tange a fornecimento de orientações quanto ao seguimento correto, à imprescindibilidade do tratamento farmacológico e não farmacológico e ao controle dos fatores de risco, com o fito de evitar desenvolvimento de HAS e oneração do sistema de saúde.

Tais fatores de risco para essa prevalente afecção dizem respeito a idade, já que existe uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HAS, ligada a relacionada ao aumento da expectativa de vida da população brasileira e ao aumento na população de idosos ≥ 60 anos na última década, de 6,7% para 10,8%; outros fatores: sexo, etnia, ingestão de sal, ingestão de álcool, obesidade, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética, que acabam sendo bastante frequentes na população que procura auxílio do serviço médico. (CARDIOLOGIA, 2016).

Sob essa ótica, a HAS geralmente se associa a distúrbios metabólicos, alterações estruturais ou funcionais de órgãos-alvo, de modo a ser piorada pela presença de fatores de risco supracitados (CARDIOLOGIA, 2016). Portanto, com base nessas informações, atesta-se a essencialidade do seguimento correto do tratamento, de forma a evitar tais complicações.

Nessa perspectiva, o tratamento da HAS vai depender inicialmente da classificação quanto ao estágio da doença, sendo considerado hipertensão estágio

1, ou seja, primeiro estágio, a pressão arterial sistólica aferida com o valor no intervalo de 140-159 mmHG ou diastólica no intervalo de 90-99 mmHg, com aferições em ao menos duas ocasiões. Desse modo, o tratamento consiste em: terapia não farmacológica com mudança de estilo de vida para todos os estágios de HAS e também para os portadores de PA de 135-139/85-89 mmHg. Para hipertensos estágio 1 com risco cardiovascular moderado ou baixo, pode-se iniciar com tais mudanças de estilo de vida e aguardar 3 a 6 meses antes da decisão de começar a terapia medicamentosa. Nos outros estágios, recomenda-se iniciar a medicação hipertensiva assim que houver o diagnóstico. (CARDIOLOGIA, 2016).

Sob esse enfoque, nota-se que há um tratamento bem segmentado para essa condição, devendo ser respeitado para a correta prevenção das complicações já referidas dessa doença silenciosa, especialmente em idosos, componentes de um grupo bastante afetado pelas HAS, com cerca de 60% de prevalência nesse segmento (CARDIOLOGIA, 2016), além de que uma parcela considerável de idosos possui outras comorbidades que, em associação à HAS, pioram a sobrevida e tendem a gerar complicações de saúde mais significativas.

Então, os idosos compõem um grupo constituído por indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos para países em desenvolvimento como o Brasil segundo a OMS, sendo o processo de envelhecimento um causador de alterações orgânicas naturais que levam a maior vulnerabilidade quanto ao desenvolvimento de doenças crônicas como a HAS, doença crônica que apresenta maior prevalência entre os idosos no Brasil (MENEZES et al, 2016). Baseado no exposto, torna-se plausível dar um enfoque na adesão ao tratamento de HAS para esse grupo, que é o escopo deste trabalho.

Assim, a adesão terapêutica, que pode ser definida como o grau de concordância entre o comportamento de um indivíduo e as orientações do médico ou de outro profissional de saúde (TAVARES et al, 2013), se situa em uma média de 50% para doenças crônicas em países desenvolvidos, sendo ainda menor nos subdesenvolvidos (WHO, 2013). Ademais, há fatores de risco para não adesão para a faixa etária dos idosos, como: complexidade dos esquemas terapêuticos, dificuldade de entendimento, o esquecimento devido ao comprometimento cognitivo, a destreza manual nas atividades, a baixa escolaridade, o fato de residir

sozinho, os efeitos adversos e a polifarmácia. (ARRUDA et al, 2015), que são elementos extremamente verificados na atuação médica e estudantil, sobretudo a nível de atenção primária.

Portanto, há inúmeros elementos que dificultam o processo de cumprimento correto da terapia em idosos, de modo que o presente trabalho terá como objetivo principal avaliar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial em indivíduos de 60 ou mais anos na área adscrita pela equipe de saúde da família da UBS Dr. Lucas Benjamim por meio de um questionário validado, levando-se em consideração que tal adesão se constitui de um fenômeno multidimensional em que cinco grupos de fatores interagem: os socioeconômicos, aqueles relacionados aos sistemas e profissionais da saúde, às condições de saúde, à terapia e aos pacientes (WHO, 2013), caracterizando-se por ser complexa e demandando ser trabalhada em várias frentes.

Dessa forma, buscar-se-á averiguar as causas de má adesão ao se analisar as respostas assinaladas das perguntas do questionário, que estarão enquadradas em cada uma das categorias de fatores supracitadas; e fornecer subsídio para implementação de ações que visem ao aumento dela nesse grupo de idosos, que são parte considerável da população adscrita pela equipe de Saúde da UBS Dr. Lucas Benjamim e que fazem parte de um conjunto de risco para adesão prejudicada, tornando-se, por conseguinte, mais propensos ao desenvolvimento das complicações que eventualmente acompanham a HAS em caso de controle inadequado.

Com base em toda essa conjuntura, constata-se que a hipertensão arterial sistêmica é uma questão de saúde pública extremamente relevante devido à grande prevalência e ao significativo potencial de onerar o sistema público caso a terapia não seja seguida conforme o que foi orientado pelos profissionais, podendo levar a modificações funcionais e estruturais de certos órgãos-alvos dos portadores caso esteja sustentadamente mal controlada, estando associada a condições frequentes em idosos, como doença arterial coronária, doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca, doença renal terminal, doença vascular periférica, hipertrofia ventricular esquerda e disfunção diastólica, que são relativamente bem vistas e trabalhadas na prática clínica em diversos níveis de atenção, em especial na atenção primária, na

qual há o acompanhamento longitudinal dos pacientes. Nesse grupo etário, soma-se a isso as variáveis já descritas que intensificam uma eventual má adesão e o fato de muitos possuírem outras doenças crônicas, que aumentam o risco de eventos patológicos indesejados. Consequentemente, faz-se necessário este estudo, que retrata o perfil de adesão ao tratamento da afecção crônica mais prevalente no Brasil nesse recorte específico de com o intento de desenvolver ações particulares que aumentem o nível de aceitação e cumprimento do tratamento.

1.1 JUSTIFICATIVA

A escolha pela abordagem dessa temática originou-se a partir da compreensão de que HAS é uma condição muito considerável na população e bastante observada nos serviços de saúde, sendo a doença crônica mais comum e tendo uma prevalência de 60% em idosos (SCALA & MACHADO, 2015). Associa-se a isso o fato de indivíduos da faixa etária de 60 ou mais anos no geral possuírem maiores dificuldades, em face de causas já relatadas, para adesão terapêutica satisfatória, além de geralmente apresentarem outras comorbidades, estando mais suscetíveis às complicações desencadeadas pelo mau controle da pressão arterial. Posto isto, houve uma percepção da quantidade vultuosa de idosos acompanhados pela equipe de saúde da família da UBS DR. Lucas Benjamim, de tal forma que foi aventado pertinentemente na presente pesquisa um meio de avaliação da adesão à terapia da HAS, dividindo entre os cinco grupos de fatores descritos: socioeconômicos; aqueles relacionados aos sistemas e profissionais da saúde; às condições de saúde; à terapia, e aos pacientes. Possibilitando, assim, um diagnóstico mais preciso sobre o enfoque que precisa ser mais bem trabalhado para otimização no que se diz respeito a essa problemática.

Nessa perspectiva, o perfil demográfico do Brasil vem mudando desde 1970 com a queda da natalidade, observando-se nos dias um contingente cada vez mais considerável de pessoas com 60 anos de idade ou mais (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016), de modo que o número de pessoas com 60 ou mais anos ultrapassasse o total de 20 milhões. (IBGE, 2010). A população adscrita pela equipe de saúde da família que corresponde a UBS Dr. Lucas Benjamin, como relatado

anteriormente, está em consonância com esse aumento nacional do número de idosos, possuindo um número expressivo de indivíduos pertencentes a esse grupo etário.

Conforme já colocado, no Brasil, a HAS é bastante significativa da população idosa, que, caso não tenha adesão adequada, gera-se severas consequências na manutenção da capacidade funcional, bem como favorece o surgimento de condições agudas como o acidente vascular encefálico, que manifestação mais comum da lesão vascular causada pela HAS (CARDIOLOGIA, 2016).

Ademais, a baixa adesão impõe agravos aos desafios de avançar com melhorias na saúde em populações pobres, visto que resulta em perda e subutilização de recursos já escassos. (AQUINO et al, 2017), ou seja, para a população adscrita pela equipe da UBS em questão, é razoável que se tenha uma identificação do perfil de adesão à terapia de HAS e dos aspectos que mais devem ser aprimorados visando ao incremento desse perfil.

Portanto, o presente estudo busca avaliar a adesão terapêutica da principal doença crônica em idosos, que estão mais sujeitos ao não seguimento correto da terapia, na unidade Dr. Lucas Benjamin, tornando este trabalho de grande valia para identificação dos problemas que estão levando à eventual má adesão por parte dos participantes e oportunizando a verificação do panorama que leva a essa possível circunstância de adesão inadequada, registrada na hipótese do trabalho, especialmente devido ao fato de que não há pesquisas dessa natureza para aquela população específica do bairro Abolição III.

2 HIPERTENSÃO

2.2 Aspectos conceituais

A hipertensão arterial sistêmica é definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por aumento sustentada dos níveis de pressão arterial ≥ 140 mmHg para pressão sistólica ou 90 mmHg para pressão diastólica. Comumente está associada a distúrbios metabólicos, modificações estruturais ou funcionais de órgãos-alvo, de modo a ser agravada pela presença de outros fatores

de risco, tais como dislipidemia, intolerância à glicose, diabetes melito e obesidade abdominal, além de manter associação independente com eventos cerebrovasculares, como acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, doença arterial periférica e doença renal crônica (CARDIOLOGIA, 2016).

Sabe-se que essa condição é decorrente de uma complexa interação entre fatores genéticos, por meio de determinados genes que estão com alta ou baixa expressão, havendo, por exemplo, diferentes níveis de controle e funcionamento do sistema renina-angiotensina - aldosterona, do sistema nervoso simpático, do endotélio vascular e dos mecanismos tubulares renais, que regulam o aspecto intrínseco do controle da pressão arterial, além dos fatores ambientais, envolvendo questões sociais como globalização, urbanização, longevidade, educação, habitação, renda familiar; questões comportamentais, que englobam dieta não saudável, consumo excessivo de sal, etilismo, tabagismo, inatividade física; e questões metabólicas, como diabetes, obesidade e dislipidemia (LIM et al, 2012).

A pressão arterial representa a força por unidade de área exercida pelo sangue contra a parede vascular, sendo determinada pelo volume de sangue contido dentro do leito vascular e pelas propriedades estruturais e funcionais da parede vascular (MAGALHÃES, 2015). Nos idosos, o envelhecimento vascular é a variável principal relacionada à elevação da PA, devido a alterações na microarquitetura da parede dos vasos, com consequente enrijecimento arterial (ARONOW, 2011).

Para o diagnóstico dessa patologia, é necessário realizar pelo menos duas medições da pressão arterial em duas visitas medidas, podendo-se lançar mão de ferramentas como medida residencial da pressão Arterial (MRPA) ou medida ambulatorial da pressão arterial (MAPA) em casos selecionados, de modo que os valores para pré-hipertensão são: pressão sistólica 121-139mmHg ou pressão diastólica 81-89mmHg; hipertensão estágio I: 140 -159 para pressão sistólica ou 90- 99mmHg para pressão diastólica; hipertensão estágio II: 160-179mmHg para pressão sistólica ou 100-109 para pressão diastólica; hipertensão estágio III: maior ou igual a 180mmHg para pressão sistólica e maior ou igual a 110mmHg para pressão diastólica. Baseado nessa classificação, o tratamento consiste em terapia não farmacológica, com mudanças no estilo de vida para todos os estágios, bem

como em caso de pré-hipertensão; já a terapia farmacológica deve ser iniciada em pacientes com hipertensão estágio II ou III, além de estágio I com risco cardiovascular alto. Em hipertensos estágio I com risco cardiovascular baixo ou moderado, deve-se aguardar de 3 a 6 meses os efeitos da mudança no estilo de vida antes de iniciá-la. Recomenda-se o início da terapia farmacológica anti-hipertensiva em idosos a partir de níveis de pressão sistólica ≥ 140 mmHg (CARDIOLOGIA, 2016).

2.3 Aspectos sociais

Pacientes hipertensos sofrem a influência de diversas limitações nas atividades cotidianas, podendo acontecer prejuízos significativos nos domínios de aspectos mentais, então a ampliação do cuidado na rede de atenção primária pode ser uma estratégia para melhoria da qualidade de vida do paciente hipertenso, que tem, muitas vezes, seu estado emocional prejudicado e grande angústia frente à impotência ao controle da doença, de modo que reuniões de grupo, socialização e lazer se constituem de atividades positivas no combate à doença e suas demandas de cuidado (SUZANO et al, 2016).

Isto posto, em idosos, a análise da qualidade de vida está ligada a autopercepção de saúde, que é um indicador útil e importante relacionado ao estado de saúde do paciente, visto que engloba aspectos médicos, funcionais e incapacitantes, além de envolver aspectos não clínicos como o humor e as relações sociais, sendo a HAS um fator que pode interferir negativamente na autopercepção de saúde em idosos. (ZANIN, 2017).

Ainda quanto à qualidade de vida, as alterações determinadas por doenças crônicas na vida das pessoas podem se refletir negativamente nela. No contexto da HAS, os pontos da qualidade de vida que têm sido identificados como mais comprometidos são aspectos físicos, capacidade funcional e vitalidade. Outros elementos que impactam negativamente na qualidade de vida do paciente com HAS são depressão, epidemiologicamente considerável em idosos, e a não adesão terapêutica (SANTOS et al, 2016), então, com ênfase nesses itens pode-se realizar

um planejamento da assistência visando à promoção da saúde e prevenção de complicações e melhoria da qualidade de vida de hipertensos.

2.3.1 Cenário Global

A prevalência de HAS na população adulta americana está em torno de 29,1 %, sendo a distribuição similar entre homens (29,5%) e mulheres (28,5%), o que revela, assim, uma variação proporcional com a raça. Quanto à idade, mostrou-se maior elevação da pressão arterial diastólica até os 55-60 anos e da pressão arterial sistólica nas populações mais idosas (MAGALHÃES, 2015).

Quanto ao conhecimento, tratamento e controle da HAS na América do Norte, sabe-se que, entre adultos com hipertensão arterial em 2011-2012, 82,8% dos indivíduos hipertensos possuíam conhecimento de seu estado de doente crônico, 75,7% recebiam tratamento anti-hipertensivo e 51,9% tiveram sua pressão controlada para valores inferiores a 140/90 mmHg. (MAGALHÃES, 2015)

Estudo de 2015 revelou que HAS estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio, 77% de acidente vascular encefálico, 75% com insuficiência cardíaca e 60% com doença arterial periférica (MOZAFFARIAN, 2016), ilustrando, portanto, grande associação dessa patologia, caso não controlada satisfatoriamente, com danosos eventos cardiovasculares que tendem a aumentar os gastos da saúde pública.

Desse modo, tais complicações podem gerar gastos evitáveis, já que é fato a grande prevalência de HAS em todo o mundo.

2.3.2 Cenário Brasileiro

No Brasil, a HAS atinge 32,5% de indivíduos adultos, cerca de 36 milhões de pessoas, estando presente em mais de 60% dos idosos e auxiliando direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (SCALA & MACHADO, 2015). Então, a HAS está intimamente ligada a doenças cardiovasculares, que são responsáveis por alta frequência de internações e por custos socioeconômicos elevados. Porém, alguns números do Sistema de

Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde demonstram considerável redução da tendência de internação por HAS ao se comparar os anos de 2000 e 2013, indo de 98,1/100.000 habitantes em 44,2/100.000 habitantes (CARDIOLOGIA, 2016).

A prevalência de HAS no Brasil varia de acordo com a população estudada e o método de avaliação, mas há metanálise ilustrando certa tendência à diminuição da prevalência nas últimas três décadas, de 36,1% para 31,0% (PICON et al, 2012).

A prevalência de HAS autorreferida entre indivíduos com 18 anos ou mais, residentes nas capitais, teve uma variação de 23% a 25% entre 2006 e 2014. Em adultos de 18 a 29 anos, o índice foi 2,8%; de 30 a 59 anos, 20,6%; de 60 a 64 anos, 44,4%; de 65 a 74 anos, 52,7%; e ≥ 75 anos, 55% (VIGITEL, 2014), estando de acordo com outros números que mostram a expressiva prevalência dessa condição crônica em idosos.

Diante de tais importantes dados, no Brasil existe o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (HIPERDIA), que tem por finalidade acompanhar e avaliar pacientes com duas doenças crônicas epidemiologicamente bastante relevantes: hipertensão e diabetes, visando à realização de uma intervenção ativa sobre esses grupos e ao estabelecimento de metas, tendo como base um banco de dados pormenorizado por faixa etária, sexo, medicamentos utilizados e medição da pressão arterial. Os departamentos de saúde das cidades de cada estado brasileiro têm o dever de registrar tais informações, para que, desse modo, seja viabilizado um conjunto de ações efetivas no tocante aos cuidados com os indivíduos portadores dessas doenças, possibilitando, inclusive, a utilização de estratégias para aumento da adesão terapêutica dos usuários (BEZERRA, 2018).

2.3.2.1 Desafios

Sabe-se que a HAS, condição tão comum na população brasileira, tem contribuição direta ou indiretamente por metade das mortes por doença cardiovascular (SCALA E MACHADO, 2015), de modo que em 2013, por exemplo, ocorreram 1.138.670 óbitos no Brasil, dentre os quais 339.672 foram decorrentes

de doença cardiovascular, a principal causa de morte no país (CARDIOLOGIA, 2016), então, baseado em tais dados, o bom controle dos níveis pressóricos torna-se fundamental para evitar óbitos.

Uma revisão evidenciou que taxas de conhecimento variam de 22% a 77%, tratamento de 11,4% a 77,5% e controle de 10,1% a 35,5% (SCALA & MACHADO, 2015), ou seja, a correta adesão terapêutica está flagrantemente ligada a esses números não ideais de controle dos valores pressóricos, tendo em vista que ela se situa em aproximadamente 50% para doenças crônicas em países desenvolvidos, sendo menor ainda em subdesenvolvidos (WHO, 2013), especialmente no grupo de idosos, que, como já descrito, possuem particulares fatores de risco para não adesão: dificuldade de entendimento, a baixa destreza manual nas atividades, complexidade dos esquemas terapêuticos, o esquecimento devido ao comprometimento cognitivo, a baixa escolaridade, o fato de residir sozinho, os efeitos adversos e a polifarmácia. (ARRUDA et al, 2015).

Sob essa ótica, constitui-se de um grande desafio contemporâneo, alicerçado nas orientações internacionais, a adoção de estilos de vida saudáveis, com o intuito de promover uma saúde efetiva. Neste sentido, os cuidados de saúde a nível da atenção primária ocupando papel de destaque no que concerne ao desenvolvimento de projetos e programas que busquem melhorar a adesão ao regime terapêutico das pessoas com HAS. Portanto, consolida-se como um grande desafio uma educação para a saúde personalizada e a capacitação do indivíduo para a gestão da sua doença, ou seja, favorecer a aquisição dessas competências nos pacientes permite que eles desenvolvam um maior domínio sobre os determinantes de sua própria saúde, permitindo uma modificação de comportamentos e o estabelecimento de novos hábitos de vida. (FERREIRA; GRAÇA; CALVINHO, 2016).

Desse modo, constitui-se como um enorme desafio o efetivo cumprimento da terapia para HAS visando à diminuição da morbimortalidade e dos gastos do Sistema Único de Saúde.

2.3.2.2 Perspectivas

O tratamento clássico para HAS, além de todas as mudanças de estilo de vida, engloba o tratamento farmacológico, de modo que hoje é preconizado para

hipertensos estágio 1 e risco cardiovascular alto, bem como para hipertensão estágios 2 e 3, a associação de dois fármacos anti-hipertensivos, sendo plausível o ajuste de dose ou o acréscimo de um terceiro fármaco em caso de dificuldade de controle, existindo, combinações preferenciais que tendem cada vez mais a serem utilizadas na prática clínica (CARDIOLOGIA, 2016).

Porém, em casos de hipertensão arterial resistente, que é definida como a PA de consultório não controlada apesar do uso de três ou mais anti-hipertensivos em doses adequadas, há novas perspectivas em termos de estratégias terapêuticas, como estimulação direta e crônica de barorreceptores do seio carotídeo, denervação simpática renal, uso de CPAP e anastomose arteriovenosa ilíaca central. (CARDIOLOGIA, 2016).

Contudo, antes que se precise utilizar tais ferramentas, é necessário um categórico cumprimento do tratamento orientado pelos profissionais de saúde. Dito isso, torna-se imprescindível que novos mecanismos para aumento da adesão sejam empregados, portanto, é basilar que os componentes da estratégia saúde da família desempenhem um papel relevante na área, por meio de suas competências, promovendo grupos de autoajuda, visitas domiciliares, consultas e organizando grupos de Educação em Saúde troca de conhecimentos e o compartilhamento de experiências, que contribuem significativamente na mudança de percepções sobre o processo saúde-doença nessa nova perspectiva de abordagem. (SANTOS; GOMES; LIMA, 2018). Outras novas perspectivas no que se refere a ferramentas de aumento de adesão surgem a partir da noção de identificação do nível de adesão e as dificuldades nesse processo, com o fito de desenvolver mecanismos individualizados que considerem a realidade do paciente. Também, devem-se levar em conta os aspectos físicos, culturais, psicológicos e sociais no momento da adequação do plano terapêutico, além de contemplar a família e colocar a pessoa como sujeito do próprio cuidado, sob a lógica da co-responsabilização. Ademais, é plausível investir na boa relação profissional-paciente, gerando vínculo e a confiança. (GHELMAN et al, 2018).

2.3.2.3 Práticas

Há diversas percepções na prática do acadêmico de medicina acerca da dinâmica de funcionamento da relação profissional de saúde e paciente e seus

desdobramentos ligados ao processo de adesão ao tratamento de doenças crônicas, em especial a HAS.

Uma das notórias dificuldades evidenciadas na prática médica quanto ao convencimento da importância da aplicação das medidas farmacológicas e não farmacológicas constitui-se de, algumas vezes, haver uma frágil relação médico paciente, de modo que não haja demonstração de empatia e utilização de estratégias de comunicação que transmitam uma tranquilidade ao usuário e o convença da importância de seguir as orientações. Associa-se a isso, o fato de a HAS geralmente se apresentar de modo assintomático, dificultando que os indivíduos sejam persuadidos em sua totalidade do quão crucial é para evitar a ocorrência de eventos cardiovasculares danosos o cumprimento da terapia indicada.

Nota-se, ainda, que a equipe multidisciplinar possui notável papel quando ao incremento nos índices de adesão terapêutica, especialmente quando se verifica a proximidade de profissionais como os agentes comunitários de saúde as pessoas da comunidade, potencializando a relação de confiança. Além disso, a atuação de profissionais como nutricionista e psicólogo é decisiva para trabalhar o tratamento da HAS com um enfoque não apenas na medicação utilizada pelo hipertenso.

No grupo etário dos idosos, constata-se na atuação médica que as eventuais dificuldades de adesão já relatadas acabam por ser reforçadas, já que muitos idosos têm comprometimento cognitivo, já fazem uso de outras medicações e, muitas vezes, não possuem o apoio familiar adequado.

Apesar de ser um fenômeno multideterminado e complexo, as causas associadas, na população em geral, à não adesão ao tratamento de HAS são: baixos níveis socioeconômicos, prescrição de esquemas terapêuticos complexos e insatisfação com o serviço de saúde, bem como a não compreensão da doença e a noção falsa, auxiliado pelo curso assintomático da patologia, de que se trata de uma doença intermitente que pode ser conduzida apenas com alívio do estresse ou remédios caseiros (VASCONCELOS; SILVA; MIRANDA, 2017), sendo que todos os elementos citados são, de fato, atestados na prática clínica.

3. METODOLOGIA

A presente pesquisa será registrada na Plataforma Brasil, base nacional para cadastro de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/CONEP, para submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. O responsável pela UBS Dr. Lucas Benjamin assinou um Termo de autorização e compromisso para uso de prontuários, visando à autorização da obtenção dos seguintes dados: nome, endereço, contato, idade e uso de anti-hipertensivos para controle de HAS e, assim, possibilitou a seleção dos indivíduos que estarão na pesquisa. Além disso, assinou carta de anuência solicitando autorização institucional para realização da pesquisa na referida UBS. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atestando que foram devidamente informados acerca das características da pesquisa, seus benefícios e outras nuances.

O objetivo geral desse trabalho é: avaliar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial em idosos da área adscrita pela equipe de saúde da família da UBS Dr. Lucas Benjamim.

Já os objetivos específicos são: Averiguar as causas de má adesão ao tratamento da hipertensão arterial em idosos acompanhados; Classificar, com base nas respostas ao questionário, as causas da eventual má adesão nos grandes grupos de fatores desencadeantes desse processo: aqueles relacionados aos sistemas e profissionais da saúde, às condições de saúde, à terapia, e aos pacientes; Fornecer subsídio para implementação de ações que visem ao aumento da adesão ao tratamento da hipertensão arterial em idosos da referida área adscrita.

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa em que se avalia a adesão ao tratamento da hipertensão arterial de idosos da área adscrita pela equipe de saúde da família da UBS Dr. Lucas Benjamim por meio de um questionário validado. Tal instrumento é composto por 24 perguntas, podendo haver marcação dos itens de resposta “sempre”, “quase sempre”, “às vezes”, “quase nunca” e “nunca”, sendo cada uma das opções correspondente às seguintes pontuações: 1, 2, 3, 4 e 5, respectivamente. Soma das pontuações entre 24 e 48

aponta para não adesão total; 49 a 72 indica risco para não adesão; 73 a 120 sugere adesão terapêutica. (BORGES, 2012).

As perguntas serão, posteriormente, na apresentação dos resultados, categorizadas nos grupos das seguintes dimensões: aqueles relacionados aos sistemas e profissionais da saúde; às condições de saúde; à terapia, e aos pacientes; sendo que, no grupo de dimensões socioeconômicas, não foi categorizada nenhuma pergunta devido ao entendimento de que esse fator pode estar indiretamente atrelado a outras dimensões e que a equipe de saúde da família não dispõe de ferramentas, considerando suas atribuições, que possam diretamente modificar essa condição socioeconômica. Com essa segmentação, tem-se objetivo de demonstrar sob qual desses enfoques a equipe necessita trabalhar para aumentar a adesão terapêutica e possibilitar uma discussão satisfatória acerca dos dados apresentados nos resultados.

A pesquisa será desenvolvida na UBS Dr. Lucas Benjamim, situada no bairro Abolição III, na cidade Mossoró – RN. Tal UBS é referência para a população que reside no bairro e conta com a seguinte estrutura: recepção, sala de espera, serviço de arquivo médico e estatística (SAME), copa, banheiro, auditório, sala de aplicação de vacinas, consultório de atendimento de enfermagem, consultório odontológico, dois consultórios médicos e farmácia. A aplicação do questionário será realizada no ambiente da UBS. Se houver viabilidade, alguns questionários poderão ser aplicados na própria residência do idoso. O número de idosos da área, segundo levantamento realizado com auxílio das agentes comunitárias de saúde, está em número de 449.

4 RESULTADOS

A pesquisa nos concedeu resultados surpreendentes, no que diz respeito às necessidades de conscientização da adesão terapêutica. Como demonstrado no gráfico abaixo, dos 40 participantes, 27 sugerem adesão terapêutica, o que nos conduz a 67,5%. A não-adesão terapêutica incluiu 12,5% dos entrevistados e o risco para não-adesão, 20%. Isso demonstra a urgência na orientação aos pacientes da importância dos hábitos alimentares, físicos e sociais em contraponto ao estresse do dia-a-dia. Traz a necessidade de repensar projetos que viabilizem esta adesão terapêutica e conscientizem os pacientes e familiares da efetiva e real condição de saúde, antevendo as consequências da mesma. Mesmo que a pesquisa aponte que a maioria dos entrevistados sugiram adesão terapêutica, temos um número expressivo e preocupante de pacientes que com o risco para não-adesão ou não adesão completa. E é nesta fatia que devemos focar nossa atenção. Números são o Norte que o governo, instituições, pólos de trabalhos, unidades de saúde precisam para fomentar os projetos de maneira direcionada, acertada e efetiva. É com base em nossas investigações que trazemos a preocupação em elaborar projetos que incluam estes pacientes na categoria de adesão terapêutica.



GRÁFICO 1. ELABORADO PELO PESQUISADOR

Quando fazemos a relação das respostas, no geral, percebemos que “QUASE NUNCA” esteve presente de maneira mais expressiva em todos os questionários, o que explica e reafirma a maioria dos voluntários sugerirem adesão terapêutica. As perguntas direcionadas à coleta de dados nos esclarece hábitos de vida e comportamento dos voluntários. Utilizamos 24 questões investigando o estilo de vida, hábitos de vida, percepção dos profissionais de saúde, hábitos alimentares, o cuidado diário com a saúde, a rotina diária dos pacientes, a percepção dos pacientes quanto à família, a regularidade de consultas, o cuidado com o tratamento, a viabilidade de coleta de medicamentos gratuitos, a dificuldade ou facilidade em tomar a medicação, o acompanhamento da unidade de saúde, a relação com os profissionais de saúde bem como a percepção de qualidade de vida e expectativa de vida do paciente. Seleccionamos perguntas cuidadosamente para que pudéssemos investigar as questões relacionadas a adesão terapêutica. Como demonstrado no gráfico a seguir:

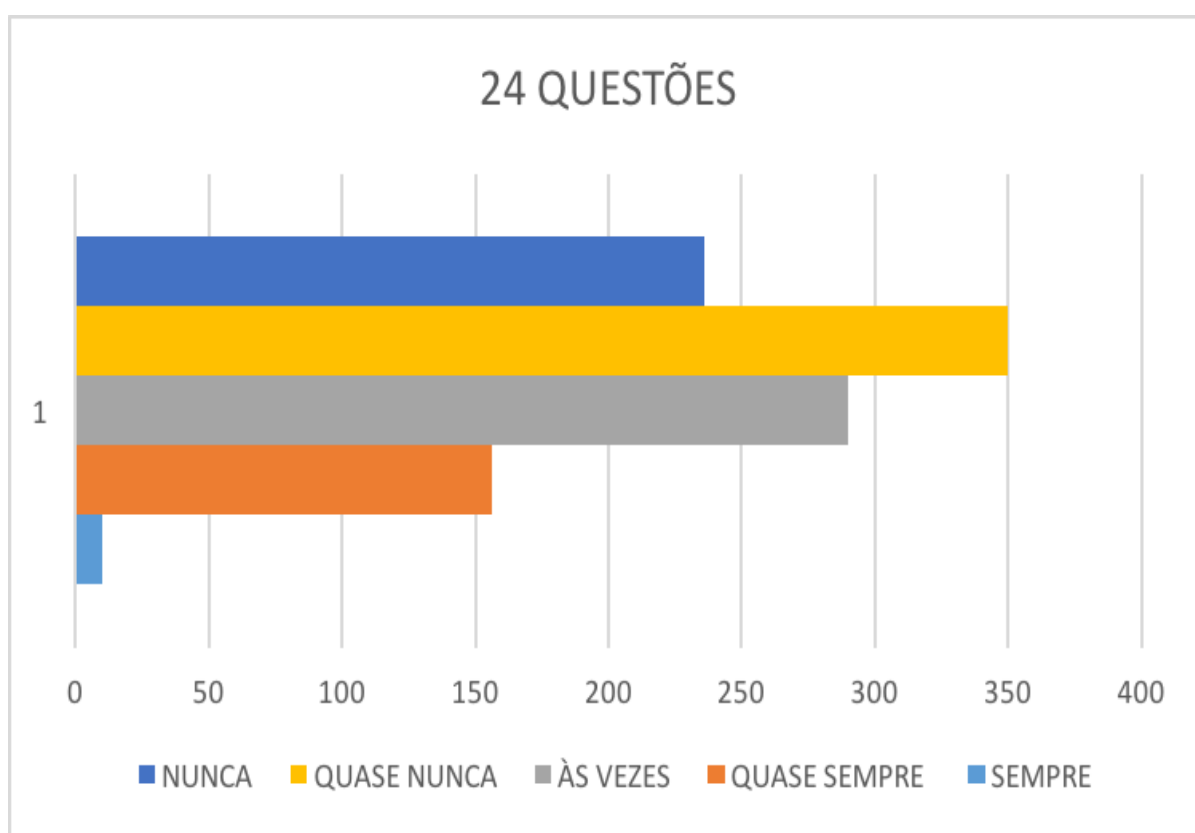


GRÁFICO 2: ELABORADO PELO PESQUISADOR

Diante dos questionamentos, elencamos categorias para identificar melhor a abordagem que devemos intensificar os melhoramentos na prática médica. Para tanto, organizamos através dos gráficos, para melhor visualização e entendimento, as questões alocadas em cada categoria e os devidos resultados.

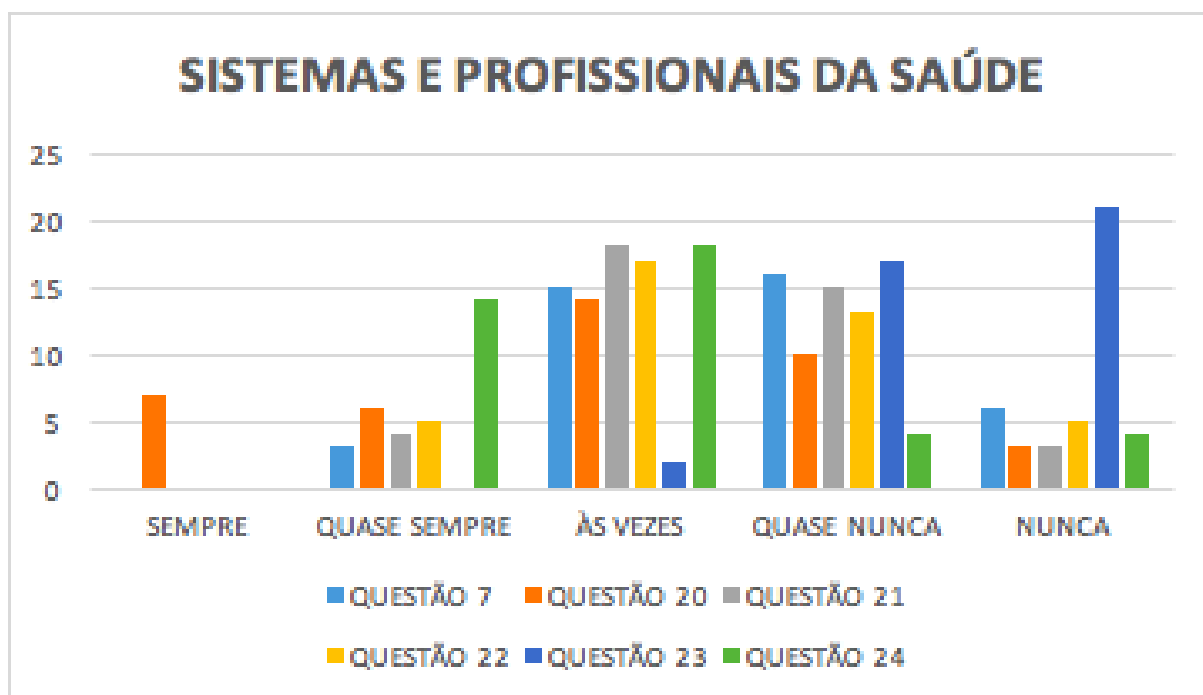


GRÁFICO 3: ELABORADO PELO PESQUISADOR

Quanto ao sistema e profissionais de saúde, percebemos que, em sua maioria, os pacientes têm facilidade no diálogo com os profissionais de saúde, sentem-se bem atendidos, mas que faltam locais convenientes para a realização de atividades nos postos de saúde e que, além disso, participam pouco de grupos de educação em saúde.

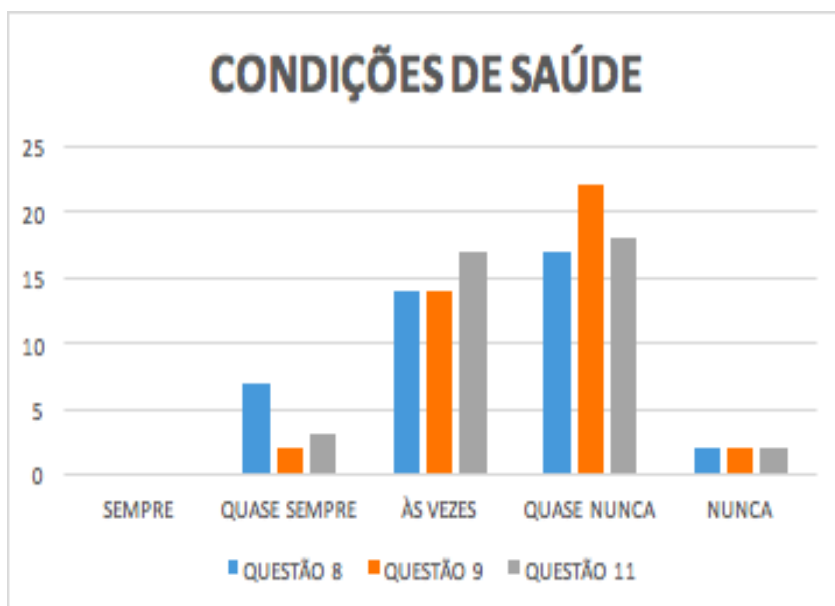


GRÁFICO 4: ELABORADO PELO PESQUISADOR

No quesito ilustrado acima, **CONDIÇÕES DE SAÚDE**, mostram-se bem sedentários, sem rotina de atividade física, embora o consumo de frutas e verduras não estivesse pobre. Isso nos preocupa enquanto pesquisador pela cultura estabelecida ainda em nossa região que impõe hábitos que podem ser incompatíveis com uma boa condição de saúde, principalmente em uma faixa etária de idade mais avançada.

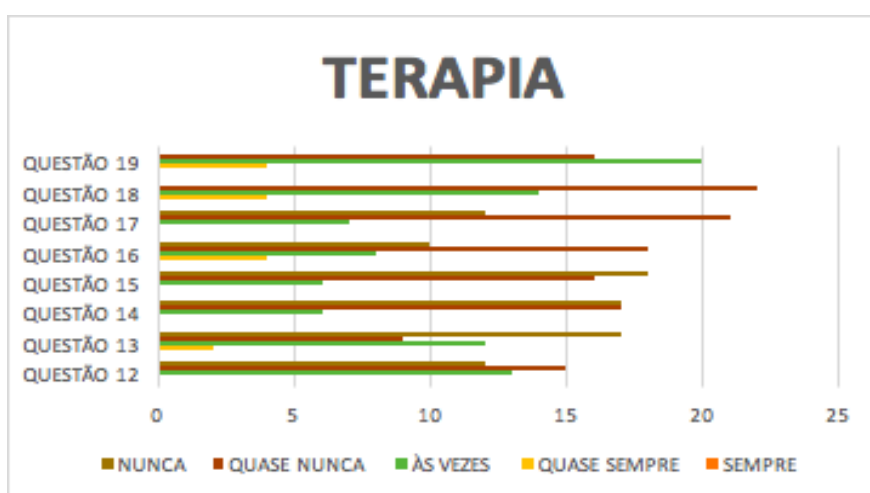


GRÁFICO 5: ELABORADO PELO PESQUISADOR

Quando nos reportamos à terapia, também ilustrada acima, percebemos uma boa adesão terapêutica, um cuidado com horários de medicamentos e que aderem à terapia mesmo, muitas vezes sentindo-se mal com a ingestão do mesmo. Algo intrigante foi a resposta à pergunta de nº 12. São convictos de que precisam repensar o estilo de vida, mas insistem no sedentarismo e dificuldade em mudar os hábitos. Isso nos faz repensar os projetos, a conscientização, a reavaliação do modelo biomédico e a inserção a aprendizagem colaborativa para tentar mostrar, na prática, que é possível mudar, melhorar e ter uma melhor qualidade de vida independente de sua condições social e de sua faixa etária.

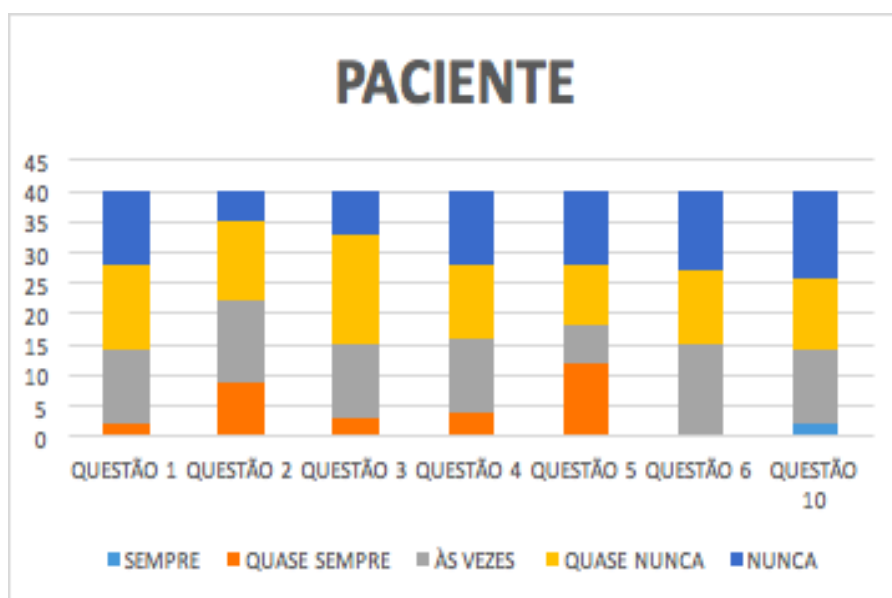


GRÁFICO 6: ELABORADO PELO PESQUISADOR

Para concluir, a categoria PACIENTE nos revelou que no início do tratamento existe a perseverança em excluir alimentos incompatíveis com seu estado de saúde, porém a manutenção do mesmo vai-se esvaindo quando sente-se uma melhora aparente em sua saúde. Além disso, um percentual considerável faz uso de bebidas alcoólicas durante o tratamento. Mais uma vez, recaímos na necessidade da educação em saúde, da dificuldade em mudar hábitos e da cultura emergencial da saúde, do tratamento exclusivamente medicamentoso como sendo a solução dos problemas, da falta de orientação e integração familiar neste projeto novo de vida.

Assim, nossos resultados demonstram a validação de nossos questionamentos e a gama de possibilidades que podemos, a partir deste,

desenvolver para contribuir para uma população mais consciente, criteriosa e saudável.

5. DISCUSSÃO

Diante do que foi globalmente observado, dispomo-nos a mencionar, por meio das dimensões (categorias) abordadas, as seguintes constatações: na dimensão “sistemas e profissionais de saúde” fazem referência as questões 7, 20, 21, 22, 23 e 24; na dimensão “condições de saúde”, questões 8, 9 e 11; dimensão “terapia”, questões 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 19; e dimensão “pacientes” questões 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 10. Optamos por considerar que a dimensão socioeconômica está direta ou indiretamente ligada a vários aspectos das outras categorias, de modo que nenhuma pergunta foi listada nesse grupo.

Para a categoria “sistemas e profissionais de saúde” (questões 7, 20, 21, 22, 23 e 24), havia o objetivo de identificar as carências em termos de estrutura física disponível na área para realização, conforme as orientações médicas, de atividades físicas, bem como de constatar a estruturação da equipe de saúde da família no que se refere à organização, ao desenvolvimento de uma abordagem empática, conjunta e transdisciplinar, e à aplicação de estratégias válidas para aumento da adesão e compartilhamento de experiências de idosos hipertensos, como exemplificado na pergunta número 20, que mostrou, em termos gerais, haver margem, já que o item “às vezes” foi consideravelmente mais assinalado que os demais (47,5% do total), para melhorias quanto à participação em grupos de educação em saúde como o HIPERDIA, uma ferramenta efetiva na prática caso seja bem elaborada e valorizada. Observa-se, ainda, as possíveis adversidades quanto ao fornecimento das medicações pelo SUS, abordado na questão 22, cuja opção mais marcada foi “às vezes” (42,5% do total). Além disso, a questão 24, que diz respeito à falta de espaços no território propícios ao desenvolvimento de práticas saudáveis, teve 80% de marcações nas opções “às vezes” ou “quase sempre”, de modo que o panorama dessas duas perguntas problemáticas, 22 e 24, pode ser otimizado a partir de cobranças realizadas pelos profissionais de saúde ou pelos próprios usuários nas reuniões do Conselho de Saúde, órgão colegiado que tem justamente a finalidade de atender a essas demandas comunitárias visando ao

bem-estar e à melhoria nos serviços prestados à população, em especial, nesse caso, ao grupo de idosos hipertensos da área, cuja vulnerabilidade é geralmente mais acentuada em relação a outros grupos.

Já na categoria “condições de saúde” (8,9 e 11), buscou-se avaliar o entorno dos pacientes idosos quanto a hábitos saudáveis que os cercam e devem nortear o suporte ao tratamento farmacológico. Foram abordados os aspectos de rotina de realização de atividade física, o tempo disponibilizado para elas e as questões alimentares de consumo de frutas e verduras, que estão intimamente ligadas ao seguimento de práticas saudáveis. As marcações das questões dessa categoria ilustraram que a rotina de atividades físicas e consequentemente o tempo reservado a elas podem ser aprimorados, já que em todas as questões o segundo item mais assinalado foi “às vezes”, e é basilar para o tratamento que haja mudança no estilo de vida com alimentação correta e exercícios físicos. Um notável meio para que isso ocorra advém fundamentalmente do convencimento, por parte dos profissionais da equipe, da importância de haver melhoria dessas condições de saúde para controle de níveis pressóricos, embora, em algumas situações, haja um consumo pobre de frutas e verduras devido ao baixo nível socioeconômico ou ao fato de não haver uma atenção conveniente da família ou dos cuidadores, que engloba um pouco da dimensão “pacientes”.

Quanto à categoria “terapia” (12,13, 14, 15, 16, 17, 18, 19), constitui-se de mecanismo de avaliação direta da adesão terapêutica, portanto é fundamental observar as marcações para que sejam realizadas ações conjuntas da equipe se utilizando de meios que amplifiquem o uso de medicamentos e o seguimento adequado das orientações não farmacológicas. A pergunta 12 aborda a auto-percepção do estilo de vida, então, apesar do bom perfil dessa questão, melhorias são sempre bem-vindas, de modo que cabe aos profissionais a identificação por busca ativa de pacientes idosos que não estão seguindo as recomendações e tentar, por meio da convocação para grupos de saúde e da comunicação com os membros da equipe cuja relação de confiança seja sólida, mostrar a importância de se adotar um estilo de vida saudável, citando exemplos e listando as possíveis consequências de uma vida desregrada, além de buscar munir os pacientes de informações que atestam a indispensabilidade de uma vida sem estresse, com o fito de melhorar ainda mais os parâmetros da questão 12 e também da 19, que

indicou que alguns a maioria dos idosos assinalaram o item “às vezes”. Muitas das outras perguntas dizem respeito ao modo de administração dos fármacos, isto é, foram colocadas objetivando buscar os elementos, especialmente no tratamento farmacológico, que dificultam a adesão. Alguns idosos assinalaram respostas que estão abaixo do ideal nas perguntas 16 e 17, que versam acerca da complexidade terapêutica, o que pode ser explicado pelas diversas particularidades observadas em idosos, como baixa destreza manual, comprometimento cognitivo e visão prejudicada, demandando ações de orientação para cuidadores ao demonstrar como deve ocorrer o uso. Além disso, alguns poucos assinalaram que nem sempre tomam a medicação nas situações em que sentem os efeitos adversos (15% assinalaram a opção “às vezes”), então, apesar de haver adesão satisfatória nesse sentido, surge novamente o pilar da comunicação para deixar claro todas as nuances do tratamento, incluindo possíveis efeitos colaterais, tentando melhorar os parâmetros dessa questão na pequena parcela em que as respostas não estiveram dentro do ideal, já que o uso rigoroso da medicação é indispensável.

Por fim, a categoria “pacientes” (1, 2, 3, 4, 5, 6 e 10) aborda variados detalhes envolvidos na adesão terapêutica, a exemplo do suporte familiar para auxiliar no tratamento, visto que quantidade considerável de idosos não assinalou as opções que correspondem a 4 ou a 5 pontos, isto é, havendo um trabalho de diálogo com os cuidadores é possível que se consiga mudar esse panorama, até porque muito do que está envolvido nos outros questionamentos desse grupo que não obtiveram marcação de respostas “nunca” ou “quase nunca” podem ser aperfeiçoado com o devido apoio familiar, contribuindo para o fornecimento de uma alimentação saudável, assim como o convencimento da necessidade desse tipo de alimentação sem frituras, gorduras e massas. Outrossim, uma parcela bastante considerável (30% indicou a opção “quase sempre”) admitiu ainda fazer uso, em maior ou menor grau, de bebidas alcoólicas, necessitando de um controle mais severo sobre esse preocupante fator. Quando ao suporte familiar na questão 10, o item “às vezes” foi o mais assinalado, além disso, o item “sempre” foi assinalado por 5% do total, isto é, trabalho de comunicação é a base para que haja uma otimização do apoio aos pacientes que não estão dentro do ideal, sendo fundamental tendo em vista que, em grupo de idosos, o apoio de familiares ou cuidados é um passo primordial para que se tenha uma adesão terapêutica apropriada.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento utilizado apontou para adesão terapêutica, já que a média de pontuação esteve entre 73 e 120 pontos, contudo, como ilustrado na discussão, alguns pontos podem ser otimizados, buscando cada vez mais o distanciamento do risco para não adesão ao trabalhar mecanismos plausíveis e de simples aplicação por parte dos profissionais da equipe de saúde da família, a exemplo da participação, tanto por parte dos profissionais, quanto por parte dos usuários, nas reuniões do Conselho de Saúde, com o objetivo de debater pautas e cobrar a resolução de demandas em saúde da comunidade, tais como a criação de espaços apropriados para convívio social e prática de exercício físico, e cobrar que nunca falte medicação anti-hipertensiva na unidade.

Foi apontado também, ao longo do trabalho, a iminente necessidade de, cada vez mais, potencializar as ações comunicativas para reforçar o quão fundamental é o cumprimento das orientações para o tratamento, além de buscar angariar maior interesse dos idosos hipertensos quanto à participação em grupos de saúde como o HIPERDIA, em que se tem ações voltadas à promoção de saúde, orientações gerais, informações básicas repassadas aos cuidadores e consultas médicas, sendo um grande instrumento aliado na luta pela otimização dos pontos que mais precisam ser aprimorados para que haja uma adesão terapêutica satisfatória

Tal fato se verifica partindo-se do pressuposto de que a comunicação empática e o trabalho conjunto e transdisciplinar podem se constituir de fortes adjuvantes no estabelecimento de uma relação de confiança entre idosos e profissionais, bem como podem, a partir dessa estratégia, fornecer orientações mais convincentes e duradouras para os pacientes e seus cuidadores, além de buscar conscientizá-los da importância de um senso crítico quanto ao seguimento da terapia nos mais diversos aspectos: uso dos fármacos preconizados, dieta, atividade física e estilo de vida de uma forma geral.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Glenda de Almeida et al. Factors associated with adherence to pharmacological treatment among elderly persons using antihypertensive drugs. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, [s.l.], v. 20, n. 1, p.111-122, fev. 2017.

ARONOW, Wilbert S. et al. ACCF/AHA 2011 Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly. *Circulation*, [s.l.], v. 123, n. 21, p.2434-2506, 31 maio 2011. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

ARRUDA, Daiane Campos Juvêncio de et al. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, [s.l.], v. 18, n. 2, p.327-337, jun. 2015.

BEZERRA, Álef Lamark Alves et al. Perfil epidemiológico de idosos hipertensos no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista de Medicina*, [s.l.], v. 97, n. 1, p.103-107, 15 mar. 2018.

BORGES, JOSÉ WICTO PEREIRA. Instrumento de Avaliação da Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão arterial: desenvolvimento e validação de conteúdo [Dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2012

CARDIOLOGIA, Sociedade Brasileira de. VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, p.1-83, set. 2016.

FERREIRA, Raquel; GRAÇA, Luís; CALVINHO, Maria. Therapeutic Adherence of Hypertensive Patients in Primary Health Care. *Revista de Enfermagem Referência*, [s.l.], v. , n. 8, p.7-15, 29 mar. 2016.

GHELMAN, Liane Gack et al. Adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial e fatores associados. *Revista de Enfermagem Ufpe On Line*, [s.l.], v. 12, n. 5, p.1273-1280, 1 maio 2018.

IBGE. AMOSTA - CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/mossoro/pesquisa/23/25888?detalhes=true>>. Acesso em: 28 de agosto de 2019.

LIM, Stephen S et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, [s.l.], v. 380, n. 9859, p.2224-2260, dez. 2012.

MAGALHÃES, Carlos Costa. Tratado de Cardiologia SOCESP. 3. ed. São Paulo: Manole, 2015.

MENEZES, Tarciana Nobre de et al. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, [s.l.], v. 34, n. 2, p.117-124, maio 2016.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. Population aging in Brazil: current and future social

challenges and consequences. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, [s.l.], v. 19, n. 3, p.507-519, jun. 2016.

MOZAFFARIAN, Dariush et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2016 Update. *Circulation*, [s.l.], v. 133, n. 4, p.417-535, 26 jan. 2016.

PICON, Rafael V. et al. Trends in Prevalence of Hypertension in Brazil: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Plos One*, [s.l.], v. 7, n. 10, p.48255, 31 out. 2012.

SANTOS, Hartenisa Andrade; GOMES, Sâmea Cristina Santos; LIMA, Raina Jansen Cutrim Propp. *EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA NO CUIDADO COM IDOSOS HIPERTENSOS*. Pesquisa em Foco, São Luís, v. 23, n. 1, p.194-206, 2018.

SANTOS, Jadiel Fellipe Santana et al. QUALIDADE DE VIDA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E ADESAO AO TRATAMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL. *Enferm. Foco*, [s.l.], v. 2, n. 7, p.17-21, 2016.

SCALA, LC; MAGALHÃES, LB; MACHADO, A. *Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica: Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2015.

SUZANO, Deise Silva et al. A IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES HIPERTENSOS. *Saúde em Redes*, [s.l.], v. 2, n. 1, p.53-63, maio 2016.

TAVARES, Noemia Urruth Leao et al. Fatores associados a baixa adesao ao tratamento medicamentoso em idosos. *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], v. 47, n. 6, p.1092-1101, dez. 2013

VASCONCELOS, Thays Roberta da Silva; SILVA, Juliana Moraes da; MIRANDA, Lays Nogueira. FATORES ASSOCIADOS A NÃO ADESAO AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. *Caderno de Graduação: Ciências biológicas e da saúde*, Maceió, v. 4, n. 2, p.385-396, 2017.

VIGITEL Brasil 2014. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>
Acesso em 04/01/2020.

WHO. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO, 2003.

ZANIN, Caroline et al. AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE EM IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas – Mg*, [s.l.], v. 1, n. 1, p.28-36, 2017.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome:

Idade:

1.Quando você está bem, deixa de tomar a medicação?

☐ sempre ☐ quase sempre ☐ às vezes ☐ quase nunca ☐ nunca

2.Esquece-se de tomar o medicamento?

☐ sempre ☐ quase sempre ☐ às vezes ☐ quase nunca ☐ nunca

3.Com o início do tratamento, faz uso de alimentação rica em sal?

☐ sempre ☐ quase sempre ☐ às vezes ☐ quase nunca ☐ nunca

4.Com o início do tratamento, faz uso de alimentação rica em frituras/gordura?

☐ sempre ☐ quase sempre ☐ às vezes ☐ quase nunca ☐ nunca

5.Com o início do tratamento, faz uso de bebida alcoólica?

☐ sempre ☐ quase sempre ☐ às vezes ☐ quase nunca ☐ nunca

6.Com o início do tratamento, faz uso de alimentação como pizzas, sanduíches, pastéis, batatas fritas, salgadinhos em geral e empanados?

☐ sempre ☐ quase sempre ☐ às vezes ☐ quase nunca ☐ nunca

7.Procura com frequência a unidade de saúde porque sua pressão arterial está alta?

☐ sempre ☐ quase sempre ☐ às vezes ☐ quase nunca ☐ nunca

8.Possui rotina diária sem exercícios físicos?

☐ sempre ☐ quase sempre ☐ às vezes ☐ quase nunca ☐ nunca

9.Não tem tempo para realizar exercícios físicos?

☐ sempre ☐ quase sempre ☐ às vezes ☐ quase nunca ☐ nunca

10.Tem dificuldades quanto às pessoas da sua família ajudarem no tratamento da hipertensão?

☐ sempre ☐ quase sempre ☐ às vezes ☐ quase nunca ☐ nunca

11.Possui alimentação pobre em frutas e verduras?

☐ sempre ☐ quase sempre ☐ às vezes ☐ quase nunca ☐ nunca

12.Acredita que não precisa mudar o estilo de viver?

☐ sempre ☐ quase sempre ☐ às vezes ☐ quase nunca ☐ nunca

13.Deixa de tomar os medicamentos quando a unidade de saúde não os oferece?

() sempre () quase sempre () às vezes () quase nunca () nunca

14. Falta às consultas para tratamento da hipertensão?

() sempre () quase sempre () às vezes () quase nunca () nunca

15. Para de tomar a medicação por sentir-se mal com ela?

() sempre () quase sempre () às vezes () quase nunca () nunca

16. Sente dificuldades para tomar a medicação ao ter de ingerir mais que dois comprimidos de uma só vez?

() sempre () quase sempre () às vezes () quase nunca () nunca

17. Sente dificuldades para tomar a medicação ao ter de fazê-lo mais de uma vez ao dia?

() sempre () quase sempre () às vezes () quase nunca () nunca

18. Quando aferida, sua Pressão Arterial encontra-se elevada?

() sempre () quase sempre () às vezes () quase nunca () nunca

19. Mantém um estilo de vida estressante?

() sempre () quase sempre () às vezes () quase nunca () nunca

20. Apresenta baixa participação em grupos de educação em saúde?

() sempre () quase sempre () às vezes () quase nunca () nunca

21. Sente dificuldades em conversar com os profissionais de saúde que o atendem?

() sempre () quase sempre () às vezes () quase nunca () nunca

22. Faltam medicamentos na unidade de saúde?

() sempre () quase sempre () às vezes () quase nunca () nunca

23. Sente-se mal atendido na unidade de saúde onde faz acompanhamento?

() sempre () quase sempre () às vezes () quase nunca () nunca

24. Falta local conveniente para realização de atividades físicas?

() sempre () quase sempre () às vezes () quase nunca () nunca

Interpretação: item “sempre” corresponde a 1 ponto; “quase sempre” a 2; “às vezes” a 3; “quase nunca” a 4, “nunca” a 5. Pontuação total entre 24 e 48 aponta para não adesão completa; 49 a 72 indica risco para não adesão; 73 a 120 sugere adesão terapêutica.

Soma total da pontuação:

