

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SÍLVIA HELENA DOS SANTOS GOMES

**ADESÃO DO IDOSO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SÍLVIA HELENA DOS SANTOS GOMES

**ADESÃO DO IDOSO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Simone Mara de Araújo
Ferreira**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ADESÃO DO IDOSO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA** de autoria da aluna **SILVIA HELENA DOS SANTOS GOMES** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.

Profa. Doutoranda Simone Mara de Araújo Ferreira
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, que me permitiu saúde e condições para o termino desse trabalho. Ao meu filho, Victor, que me dá impulso para novas conquistas e a minha família por existir e proporcionar amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Senhor, obrigada porque sei que sempre está presente em minha vida. Agradeço-te por ter me dado a vida e por guiar os meus passos, tanto nos momentos mais difíceis, como nas alegrias e conquistas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	04
3 MÉTODO.....	09
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	10
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS.....	17

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

DAC – Doença Arterial Crônica

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV – Doença Cerebrovascular

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

ESF- Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HOSPEC - Hospital Municipal dos Pescadores

IC – Insuficiência Cardíaca

IRC – Insuficiência Renal Crônica

MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

MEV – Modificações do Estilo de Vida

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

RN – Rio Grande do Norte

SBH – Sociedade Brasileira de Hipertensão

RESUMO

A maioria dos pacientes idosos, portadores de hipertensão arterial sistêmica, apresentam complicações decorrentes do tratamento inadequado, tornando-se susceptíveis a outras comorbidades, com histórico de internação hospitalar recorrente para controle do quadro. Dessa forma, o objetivo geral do presente estudo é elaborar um plano de ação, por meio de palestras, a fim de sensibilizar os pacientes hipertensos idosos a aderirem ao tratamento proposto para a hipertensão arterial sistêmica. As palestras serão oferecidas aos pacientes idosos hipertensos que são assistidos no Hospital Municipal dos Pescadores na cidade de Natal/RN, no intuito de melhorar a adesão ao tratamento. Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema. Após este processo realizou-se uma análise descritiva dos mesmos e as informações pertinentes subsidiaram a elaboração do plano de ação. Os temas que serão abordados nestas palestras serão os seguintes: Compreendendo a doença; Como controlar os fatores de risco para a HAS; Importância da adesão ao tratamento: necessidade de mudar hábitos de vida e de usar de maneira correto a medicação prescrita e Outras questões relacionadas à doença. Embora não se tenha a pretensão de propor soluções definitivas para o problema em questão, pode-se entender que a oferta de orientações por meio de palestras no ambiente hospitalar permite minimizar as consequências advindas da falta de adesão ao tratamento proposto.

Palavras Chave: Hipertensão; Idoso; Adesão à medicação; Atenção primária a saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) e constitui-se um dos principais fatores de risco de vida no Brasil e no Mundo (BRASIL, 2002). No Brasil a HAS é um problema grave de saúde pública, sendo um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Caracteriza-se pela elevação nos níveis de pressão arterial (PA) onde, em média, temos PA sistólica até 120mmHg e PA diastólica até 80mmHg (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Considerando que os níveis pressóricos alteram devido a alguns fatores, são necessárias várias medidas em momentos diferentes do dia para a confirmação do diagnóstico da HAS. Hoje em dia está disponível para este fim um sistema de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial, o MAPA, no qual o paciente é submetido à medida da PA, durante as várias atividades realizadas no dia, por 24 horas (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Algumas condições estão associadas ao desenvolvimento da doença, tais como: casos de HAS na família; sedentarismo e obesidade; ser portador de diabetes mellitus (DM); valores de colesterol e triglicérides elevados; idade superior a sessenta e cinco anos; baixo nível de escolaridade; consumo de bebidas alcoólicas; ser fumante; classes sociais mais baixas e o uso de anticoncepcional oral por mais de 10 anos (ABRIC, 1998; ARAÚJO; GUIMARÃES, 2006).

Quando consideramos a população idosa, o comprometimento torna-se ainda maior, uma vez que a prevalência da HAS aumenta progressivamente com a idade, acometendo cerca de 50 a 70% dos idosos (ARRUDA, 2002). Atualmente o Brasil possui cerca de 17,6 milhões de idosos e o envelhecimento da população é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, em especial a queda da fecundidade e aumento da esperança de vida (ABRIC, 1998; ARAÚJO; GUIMARÃES, 2006). Estima-se que a população idosa brasileira duplique até 2050, compondo 15% do total de brasileiros (SANTA-HELENA, 2010).

De acordo com Miranda et al (2002) no caso da HAS senil, inúmeras alterações que ocorrem com a idade são responsáveis pelo aparecimento da doença, como aumento de placa aterosclerótica, fragmentação das elastinas arteriais, depósitos aumentados de colágenos e vasodilatação prejudicada. Tais alterações provocam diminuição da elasticidade dos principais

vasos sanguíneos, acarretando um aumento da pressão sistólica, o que leva ao tipo de hipertensão mais comum no idoso, a hipertensão sistólica isolada.

Trata-se de uma doença que se manifesta de forma silenciosa e os portadores, na maioria das vezes, não apresentam nenhuma sintomatologia associada. Esta característica da doença dificulta, em parte, a procura por atendimento e, por conseguinte atrasa a instituição de tratamento adequado. Outro fato preocupante é que muitos indivíduos só descobrem que são portadores da doença em estágios mais avançados, quando já apresentam graves complicações (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2006).

Dessa forma, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado e contínuo são fundamentais para o controle da PA e a redução de complicações decorrentes da doença. A decisão terapêutica baseia-se nas informações sobre a classificação dos níveis de PA e na estratificação do risco individual, obtidos durante a avaliação clínica que engloba modificações no estilo de vida (MEV), recomendações dietéticas e o tratamento medicamentoso (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2006). Além disso, é necessário identificar e delimitar os fatores de risco para HAS como: hereditariedade, idade, sedentarismo, obesidade, alcoolismo e tabagismo dentre outros, com a finalidade de garantir estratégias para uma adesão de qualidade ao tratamento (GUSMÃO et al, 2009).

Entretanto, o início da terapia medicamentosa geralmente configura-se como uma fase conflituosa na qual o paciente se vê diante de inúmeras prescrições, com vários medicamentos e horários, o que pode acarretar no uso incorreto da medicação ou mesmo abandono da terapia. No Brasil existe um número razoável de hipertensos que abandonam o tratamento ou não fazem o controle adequado por falta de condições financeiras, desinformação e dificuldades assistenciais (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Por outro lado, pela sua cronicidade, a HAS exige um acompanhamento e controle rigoroso ao longo da vida de seu portador e a falta de seguimento da doença pode acarretar graves consequências, inclusive a morte. A doença cerebrovascular (DCV), doença arterial coronariana (DAC), insuficiência cardíaca (IC), insuficiência renal crônica (IRC), retinopatia e insuficiência vascular periférica são algumas das principais complicações que pode acometer o indivíduo hipertenso (ABRIC, 1998; ARAÚJO; GUIMARÃES, 2006). A HAS é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC), por 25% das mortes por DAC e, em

combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal em nosso país (BRASIL, 2002).

Instituir e manter o tratamento constituem desafios árduos para os profissionais de saúde que assistem o paciente hipertenso de um modo geral. Certamente existe um grande número de hipertensos que apresentam outras comorbidades como diabetes, dislipidemias e obesidade, trazendo implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle das condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (MACHADO, 2008).

Neste contexto, pacientes idosos portadores de HAS requerem maiores cuidados e vigilância em saúde. Ao considerar os pacientes idosos hipertensos que adentram o Hospital Municipal dos Pescadores (HOSPEC) na cidade de Natal/RN, percebemos que muitas vezes eles desconhecem e/ou subestimam a doença e seus efeitos. A grande maioria não segue o tratamento que foi indicado pelo médico por falta de conhecimento, orientações e ausência do cuidado/atenção familiar. Outros fatores também são evidenciados, tais como estilo de vida desregrado, uso abusivo do álcool e cigarro, hábitos alimentares não saudáveis, além das condições socioeconômicas precárias. Diante desse contexto, a maioria dos pacientes idosos apresentam complicações decorrentes do tratamento inadequado da HAS, tornando-se susceptíveis ao aparecimento de outras comorbidades, bem como necessitando de repetidas hospitalizações.

Diante dessa realidade, o objetivo do presente estudo é elaborar um plano de ação, por meio de palestras, a fim de sensibilizar os pacientes hipertensos idosos a aderirem ao tratamento proposto para a HAS. Nosso objetivo vai além da adesão ao tratamento medicamentoso em si, envolvendo também as mudanças no estilo de vida, como diminuição do consumo do sal, do álcool e do cigarro e a adoção da prática do exercício físico supervisionado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Os idosos no Brasil

O envelhecimento da população brasileira sofreu um rápido aumento a partir dos anos 60, quando começou a crescer em ritmo bem mais acelerado do que as populações adulta e jovem. De 1970 até hoje, o peso da população idosa sobre a população total passou de 3% para 8% e esse percentual deve dobrar nos próximos vinte anos. Devido à redução nas taxas de natalidade, da ordem de 35,5% nos últimos 15 anos, e o aumento da expectativa de vida por ocasião do nascimento, que passou de 61,7 anos em 1980, para 69 anos nos dias atuais, a base da pirâmide populacional vem se estreitando nas últimas décadas. E existe ainda a expectativa de uma intensificação desse processo de envelhecimento populacional. Estima-se que a partir de meados do próximo século, a população brasileira com mais de 60 anos será maior que a de crianças e adolescentes com 14 anos ou menos (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Os idosos institucionalizados apresentam um perfil diferenciado, grande nível de sedentarismo, carência afetiva, perda de autonomia causada por incapacidades físicas e mentais, ausência de familiares para ajudar no auto cuidado e insuficiência de suporte financeiro. Estes fatores contribuem para a grande prevalência de limitações físicas e comorbidades, refletindo em sua independência e autonomia. O novo paradigma de saúde do idoso brasileiro é como manter a sua capacidade funcional mantendo-o independente e preservando a sua autonomia. Portador de múltiplas doenças crônicas, problemas associados e sendo mais fragilizado, o idoso institucionalizado e a entidade que o abriga, geralmente, não conseguem arcar sozinhos com a complexidade e as dificuldades da senescência e/ou senilidade. Como se pode ver, o prolongamento da vida não é uma atitude isolada (PÉRES et al, 2003).

Com o crescimento dessa população idosa e dependente de cuidados especiais, as instituições destinadas a prestar assistência a essa população se tornam cada vez mais necessárias. A busca por novos modelos institucionais que propiciem um ambiente e cuidados específicos e que preservem e promovam os direitos fundamentais do idoso como ser humano deve ser incentivado. Essa busca muitas vezes proporciona a aproximação entre a comunidade e a universidade e vice versa (PLUGIA, 2004).

2.2 Hipertensão arterial sistêmica e idoso

Dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) revelam que a doença atinge 30% da população brasileira e ultrapassa o índice de 50% entre os idosos. No dia vinte de seis de abril de 2010, dia nacional de combate à hipertensão, o órgão alertou ainda que 5% das crianças e dos adolescentes no país são hipertensos. A doença é responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vasculares cerebrais e 25% dos casos de insuficiência renal terminal (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Mas as consequências da hipertensão, de acordo com a SBH, podem ser evitadas se os pacientes reconhecerem sua condição e seguirem o tratamento, que envolve o uso permanente de remédios e mudanças de comportamento. Segundo a SBH, os cuidados contra a HAS incluem medir a PA pelo menos uma vez ao ano, praticar atividades físicas todos os dias, manter o peso ideal, adotar hábitos alimentares saudáveis, reduzir o consumo de álcool, abandonar o cigarro e evitar o estresse (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que as DCNT, no caso a HAS, são responsáveis por 59% das mortes em todo o mundo, chegando a 75% dos óbitos no Continente Americano (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Em seguimento a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010):

1. Com relação ao tratamento anti-hipertensivo deve-se também considerar:

- O esquema anti-hipertensivo deve manter a qualidade de vida do paciente, de modo a estimular a adesão às recomendações prescritas;
- Existem evidências de que para hipertensos com a pressão arterial controlada a prescrição de ácido acetilsalicílico em baixas doses (75 mg) diminui a ocorrência de complicações cardiovasculares, desde que não haja contraindicação para o seu uso e que os benefícios superem os eventuais riscos da sua administração^{79,89};
- Dada a necessidade de tratamento crônico da hipertensão arterial, o Sistema Único de Saúde deve garantir o fornecimento contínuo de, pelo menos, um representante de cada uma das cinco principais classes de anti-hipertensivos comumente usados.

2. Principais determinantes da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo:

- Falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica;
- Baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, e baixa autoestima;
- Relacionamento inadequado com a equipe de saúde;
- Tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço;
- Custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis;
- Interferência na qualidade de vida após início do tratamento

3. Principais sugestões para a melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo:

- Educação em saúde com especial enfoque sobre conceitos de hipertensão e suas características;
- Orientações sobre os benefícios dos tratamentos, incluindo mudanças de estilo de vida;
- Informações detalhadas e compreensíveis aos pacientes sobre os eventuais efeitos adversos dos medicamentos prescritos e necessidades de ajustes posológicos com o passar do tempo;
- Cuidados e atenções particularizadas em conformidade com as necessidades;
- Atendimento médico facilitado, sobretudo no que se refere ao agendamento de Consultas.

A HAS relaciona-se de forma direta ou indireta com as doenças do aparelho circulatório. O seu controle depende de medidas dietéticas e de estilo de vida saudável e, quando necessário, do uso regular de medicamentos. No entanto, tal controle pode estar sendo negligenciado. A insuficiente adesão ao tratamento medicamentoso tem sido apontada como um dos importantes determinantes desse problema (STRELEC et al, 2003).

Há vários fatores que interferem na adesão ao tratamento como o gênero, a idade avançada, o acolhimento na consulta, dentre outros, embora se deva destacar a importância do comportamento do paciente frente ao uso da medicação (MORISKY, 1986).

A classe socioeconômica foi identificada em diversos trabalhos como um fator de risco independente para as doenças cardíacas. Estes estudos relatam ainda que a classe socioeconômica poderia impor aos indivíduos um estilo de vida, resultando no acúmulo de alguns fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Dentre estes fatores o tabagismo, a obesidade, a pressão arterial elevada e a inatividade física são mais prevalentes entre pessoas de baixa posição socioeconômica. Possivelmente, estas condições contribuíram para uma alta taxa de não adesão ao tratamento entre os participantes do estudo, uma vez que as condições socioeconômicas influenciam na falta de adesão ao tratamento, ou seja, quanto mais baixos os níveis socioeconômicos, menores são as taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (MORISKY, 1986).

O uso de chás e plantas silvestres pelos entrevistados atesta a influência de práticas culturais no tratamento da HAS. Embora tais práticas possam ser aceitas e associadas a indicadores positivos na adesão ao tratamento, seu uso tem levado os entrevistados a abandonarem a medicação prescrita pela equipe médica, dificultando o controle dos níveis tensionais. A pouca informação comprovada sobre os efeitos benéficos ou maléficos de tais práticas, bem como do correto uso dos mesmos, agrava o risco daqueles que depositam nessa forma terapêutica toda confiança para o cuidado de sua saúde (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2007).

Evidenciou-se que os hipertensos fazem uma associação entre a HAS e suas complicações. Em alguns momentos são capazes de ultrapassar os limites de tal associação chegando até mesmo a confundir a doença com as complicações que pode produzir. Esta confusão criada pelo paciente tende a colocar em risco sua saúde, já que um dos principais motivos que contribuem para que ele abandone o tratamento é o desconhecimento das complicações decorrentes da doença (SANTOS et al, 2005).

Levando-se em consideração tais complicações, alguns autores indicam como determinantes para a adesão ao tratamento os fatores psicossociais e a experiência de vida. Contudo, em oposição a esta asserção, constatou-se que a adesão às medidas de controle são muito baixas, até mesmo entre aqueles que sofreram complicações decorrentes da HAS. Isto indica que a experiência de uma complicação decorrente da HAS não assegura maior adesão ao tratamento pelo paciente. Os resultados encontrados demonstram a dificuldade que pacientes com HAS têm em adotar medidas de controle e a necessidade de desenvolvimento de trabalhos de educação em saúde que permitam a transformação dessa realidade (SANTOS et al, 2005).

Sendo assim, os pacientes após episódios de cefaleia teriam um comportamento de precaução e cuidado tomando as medidas adequadas em relação à medicação, alimentação, ou prática de exercícios físicos, por acreditarem que desta forma controlariam a pressão (SANTOS et al, 2005).

3 MÉTODO

Trata-se da elaboração de um plano de ação junto aos pacientes idosos hipertensos que são assistidos no Hospital Municipal dos Pescadores (HOSPEC) na cidade de Natal/RN, no intuito de melhorar a adesão ao tratamento, ou seja, consiste numa Tecnologia de Cuidado.

Optou-se por realizar uma revisão de literatura tipo narrativo descritivo a fim de encontrar referenciais teóricos específicos para subsidiar a elaboração do plano de ação. A pesquisa bibliográfica consiste em procurar nos livros e documentos as informações necessárias para dar seguimento à investigação de um tema de interesse do pesquisador (LIMA, 2004).

Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema junto às bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): MEDLINE, SciELO e LILACS. Após uma consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), definiu-se o uso dos seguintes descritores: hipertensão, idoso, adesão à medicação e atenção primária a saúde.

Para a seleção das publicações alguns critérios de inclusão foram adotados, tais como: o período de publicação de 1990 a 2010; idioma português e artigos disponíveis na íntegra.

Após uma leitura dos resumos levantados nas bases de dados foram selecionadas as publicações que correspondiam ao tema em estudo, num total de 16 artigos.

Os artigos selecionados foram lidos e fichados. Após este processo realizou-se uma análise descritiva dos mesmos e as informações pertinentes subsidiaram a elaboração do plano de ação a ser utilizado pelos profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, do HOSPEC. Optou-se pela realização de palestras educativas, que serão realizadas na sala de espera do HOSPEC. Os temas que serão abordados nestas palestras serão especificados nos resultados.

4 RESULTADO E ANÁLISE

As evidências científicas encontradas no material levantado foram organizadas nos tópicos a seguir:

4.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Segundo o Ministério da Saúde a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como uma PA sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2002).

A HAS ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica e constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007). Raramente manifesta algum sintoma ou desconforto físico e isso constitui uma das razões do hipertenso não aderir às condutas necessárias ao seu controle, pois os mesmos só percebem que estão doentes quando qualquer alteração na qualidade de vida os impeça de realizar suas atividades normais (SANTOS et al, 2005). Dosse et al (2009) explicam que por se tratar de uma patologia de curso assintomático isto faz com que os pacientes negligenciem o tratamento, podendo levar as complicações cardiovasculares.

Numa avaliação global de fatores determinantes e condicionantes para a HAS são considerados importantes os fatores psicossociais, físicos e ambientais, assim como a faixa etária, a cor da pele e o habitat. Também inclui neste contexto o consumo inadequado do sal, a ingestão de gorduras saturadas, a redução de fibras na alimentação, o sedentarismo, tabagismo e alcoolismo. Portanto, o controle desses fatores, certamente, resultará em benefício que reduzirá os riscos que a pressão arterial elevada pode causar (JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE, 1997).

De acordo com Lessa et al (2006), a HAS é uma doença crônica que se apresenta com alta prevalência na sociedade, gerando custos sociais elevados e apresentando dois grandes desafios: a adesão ao seu tratamento e o cumprimento das metas preconizadas pelas Diretrizes das Linhas de Cuidado de Atenção a Saúde do Adulto: Hipertensão e Diabetes.

Seu enfrentamento envolve a compreensão do seu significado além de outras dificuldades como o uso correto da medicação e melhorias na dieta (DRAGANO, 2007). Sendo a HAS uma doença crônica, ela pode ser controlada, mas não curada, requerendo tratamento e cuidados ao

longo da vida. Um fato preocupante é que muitos indivíduos só descobrem que são portadores da doença quando apresentam complicações graves (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

No Brasil, de acordo com Machado (2008), aproximadamente 65% dos idosos são portadores da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo que, entre as mulheres com mais de 65 anos a prevalência pode chegar a 80%. Assim, a atuação dos profissionais da saúde, é de fundamental importância no tratamento da hipertensão arterial da pessoa idosa, a fim de orientar, assistir, diagnosticar e tratar assegurando-lhe controle adequado da PA. É, portanto um desafio para os profissionais da saúde cuidar destes acometidos, assegurando e proporcionando uma qualidade de vida adequada.

4.2 Tratamento anti-hipertensivo

A HAS é uma doença de caráter crônico que necessita de tratamento por toda vida. O objetivo do tratamento da HAS é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, provocadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. São utilizadas tanto medidas não farmacológicas isoladas como associadas a fármacos anti-hipertensivos (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

Existem duas abordagens terapêuticas para o tratamento da hipertensão arterial, o não farmacológico que consiste em modificações do estilo de vida (MEV) e o farmacológico no qual é feito o uso da terapia medicamentosa (SALES; TAMAKI, 2007).

As MEV são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso e prática de atividade física que compreendem atitudes relacionadas a hábitos de vida saudáveis. O tabagismo e o uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados quando se objetiva alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (SALES; TAMAKI, 2007).

Machado, (2008), afirmam que as condutas higienodietéticas constituem um grande desafio tanto para a clientela, quanto para os profissionais de saúde. Essas condutas implicam mudanças de hábitos ou no estilo de vida, e isso pode significar perda de prazer em um contexto de vida, no qual as oportunidades de satisfação pessoal são mínimas.

Quando se fala do tratamento farmacológico para o idoso os objetivos principais são melhorar a qualidade de vida, prevenir doenças e complicações agudas e reduzir a

morbimortalidade. Os medicamentos anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Os mesmos exercem sua ação terapêutica através de distintos mecanismos que interferem na fisiopatologia da doença. São conhecidas as seguintes classes de anti-hipertensivos: os Diuréticos, Inibidores adrenérgicos, Vasodilatadores diretos, Antagonistas do sistema renina-angiotensina e os Bloqueadores dos canais de cálcio (SÁ, 1996).

Arruda (2002), afirma que o tratamento medicamentoso deve ser associado à mudança de hábito de vida incluindo dieta balanceada, prática regular de atividades físicas, abolição do tabagismo e do álcool. De acordo com o Caderno de Atenção a Saúde do Adulto: Hipertensão e Diabetes, os princípios gerais do tratamento medicamentoso são: ser eficaz por via oral e ser bem tolerado; permitir a administração em menor número possível de tomadas diárias, com preferência para aqueles com posologia de dose única; iniciar-se com as menores doses efetivas, respeitar o período mínimo de quatro semanas para aumento da dose ou substituição da monoterapia, instruir para o tratamento ser continuado e considerar as condições socioeconômicas para aquisição da droga.

Abric (1998), afirma que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo tem como objetivo a redução na incidência de complicações e melhoria na qualidade de vida. O tratamento adequado com o controle dos níveis tensionais reduz tanto a mortalidade, quanto a morbidade associadas à doença. A descontinuidade do tratamento é um problema observado na maioria das doenças crônicas que requerem tratamento em longo prazo. Vários determinantes, isoladamente ou associados, atuam na problemática da adesão.

Considerando as dificuldades relacionadas à adesão, destacamos a importância da equipe de saúde. Ela tem importância fundamental no controle da HAS na comunidade, uma vez que sensibiliza o paciente no diagnóstico clínico, na conduta terapêutica, informando e educando para que o mesmo possa seguir e aderir corretamente o tratamento (ABRIC, 1998).

4.3 Fatores que interferem na baixa adesão ao tratamento hipertensivo em idosos

A não adesão ao tratamento da HAS é um dos mais importantes problemas enfrentados pelos profissionais que atuam na atenção hospitalar, pois o mesmo gera custos substanciais pelas baixas taxas de controle alcançadas, que acabam aumentando a morbimortalidade consequente dessa doença. Muitas vezes esta falta de adesão está relacionada ao fato de que os pacientes negligenciam tanto o diagnóstico quanto o tratamento indicado (HOMEDES; UGALDE, 1994).

Quanto à falta de adesão que ocorre entre os idosos portadores de HAS, Arruda (2002) afirma que ela tem relação direta com diversos fatores associados à falta de informação sobre o tratamento. De acordo com o autor, este é um dos principais fatores que determinam um baixo controle da HAS em todo o mundo.

Em contrapartida, Gusmão et al. (2009) salientam que o fato das pessoas hipertensas estarem orientadas sobre a doença e o tratamento não implica em efetivo seguimento do tratamento proposto. Um grande obstáculo para a adesão ao tratamento consiste na resistência em mudar o comportamento. Isto porque a adesão à terapêutica é um fenômeno sujeito à influência de múltiplos fatores que afetam diretamente o paciente. Esses fatores podem determinar o comportamento da pessoa em relação às recomendações referentes ao tratamento de sua doença, já que estão relacionados às condições demográficas e sociais do paciente, à natureza da doença, às características da terapêutica, ao relacionamento do paciente com os profissionais de saúde, bem como a características intrínsecas ao próprio paciente.

Arruda (2002) também acredita que se trata de um problema multifatorial, influenciado por aspectos relacionados à idade, sexo, doenças (crônicas ou agudas), ao paciente (esquecimento, diminuição sensorial e problemas econômicos), problemas relacionados a medicamentos (custo, efeitos adversos reais ou percebidos, horário de uso) ou equipe cuidadora de saúde (envolvimento ou relacionamento inadequado). Lessa et al. (2006) acrescentam ainda o déficit de conhecimento sobre a doença e suas condutas terapêuticas, a ausência de sintomatologia da HAS, a prática inadequada das atividades de autocuidado, o custo e efeitos colaterais da medicação e a participação inefetiva nas atividades educativas planejadas pela equipe.

Segundo Machado (2008), alguns hipertensos justificam a irregularidade na adesão ao tratamento medicamentoso pela falta de dinheiro para compra, a falha na distribuição pelo serviço de saúde, dificuldades de adaptação e a presença de efeitos colaterais.

Cabem destacar ainda os aspectos culturais e as crenças equivocadas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, além da baixa autoestima, relacionamento inadequado com a equipe de saúde, tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, custo elevado dos medicamentos e da ocorrência de efeitos indesejáveis e interferência na qualidade de vida após o início do tratamento (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Considerando todas estas questões as pessoas idosas apresentam dificuldades em gerenciar as suas medicações e de usar inúmeros medicamentos prescritos. Elas e as famílias conflitam-se com o volume de prescrições, distribuições de horários e dosagem, efeitos esperados e possibilidades de reações colaterais e principalmente a falta de informação levando a descontinuidade do tratamento. Sendo assim, o tratamento do idoso hipertenso deve ser feito com precaução, reavaliando as doses mensalmente para verificação da eficácia do medicamento e a adesão do paciente (MACHADO, 2008).

A adesão do cliente é possibilitada mediante a conscientização deste, e através da educação em saúde desenvolvida de forma articulada pela equipe multiprofissional. A não adesão ao tratamento tem constituído um grande desafio para a equipe que o acompanha, e possivelmente têm sido responsável pelo aumento dos custos sociais com absentéismo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde, e aposentadorias por invalidez (MACHADO, 2008).

O tratamento adequado com o controle dos níveis tensionais reduz tanto a mortalidade, quanto a morbidade associadas à doença. Portanto, considera-se de suma importância que os hipertensos sigam o tratamento proposto, o que não é tarefa fácil, apesar da efetividade das medidas farmacológicas e não farmacológicas. Isto mostra a necessidade de medidas educacionais visando aumentar a adesão ao tratamento, o que implica em maior atenção dos profissionais da saúde para o uso dos medicamentos pelos pacientes (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

É necessário lembrar que desinteresse no tratamento talvez seja uma das tarefas mais difíceis que a equipe de saúde enfrenta com o paciente. Essa dificuldade de conscientizar o paciente pode gerar uma frustração nos profissionais de saúde. O enfermeiro como elemento

chave do processo assistencial deve conhecer as características dos pacientes e suas necessidades, para elaborar estratégias para uma melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

Ações e estratégias devem ser realizadas para minimizar esse problema e nesse intuito torna-se imprescindível que o hipertenso esteja vinculado à Estratégia Saúde da Família (ESF), pois ela irá planejar ações que atenda as características reais do usuário e do meio em que ele vive (JESUS et al., 2008), contribuindo assim para minimizar os problemas decorrentes do descontrole da doença.

A partir do exposto, serão desenvolvidas palestras educativas na sala de espera do HOSPEC junto aos pacientes hipertensos idosos. Os temas que serão abordados nestas palestras serão os seguintes:

-Compreendendo a doença. Esta palestra pretende explorar de forma simples o mecanismo da doença e as complicações decorrentes da falta de controle da mesma. Aspectos culturais e crenças equivocadas adquiridas em experiências com a doença serão discutidas de modo a desmitificar certos equívocos.

-Como controlar os fatores de risco para a HAS. Serão abordados os fatores psicossociais, físicos e ambientais. Neste contexto serão ressaltados os malefícios do consumo inadequado do sal, da ingestão de gorduras saturadas, da redução de fibras na alimentação, do sedentarismo, tabagismo e alcoolismo.

-Importância da adesão ao tratamento: necessidade de mudar hábitos de vida e de usar de maneira correto a medicação prescrita. Esse tema deve ressaltar as vantagens e desvantagens de controlar os níveis pressóricos para garantir a qualidade de vida. Serão oferecidas dicas para lembrar o horário da medicação, para separar os medicamentos, além de sugestões de atividades físicas, de substituição de alimentos nocivos por outros benéficos, entre outras.

-Outras questões relacionadas à doença. Neste momento serão discutidas as questões relacionadas à aquisição dos medicamentos, local para retirada dos mesmos, efeitos adversos esperados, entre outros problemas. Também será abordada a importância do vínculo do paciente com a equipe de saúde, de modo que ele encontre espaço para expor prontamente as dificuldades encontradas como, por exemplo, a falta de recursos financeiros para a compra de medicamentos não dispensados na rede pública. Neste intuito, os pacientes serão estimulados a participarem das ações educativas desenvolvidas na atenção primária, em especial na ESF.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o fato de que os idosos hipertensos tendem a uma percepção equivocada em relação à HAS, torna necessária a imediata reavaliação das orientações fornecidas aos hipertensos pela equipe de saúde, em especial pela equipe de enfermagem, não bastando informar que a HAS é uma doença crônica e assintomática, mas reforçando todos os aspectos que envolvem a doença em si e seu tratamento. Apesar de serem instruídos, de um modo geral os pacientes são impulsionados a agirem em conformidade com opiniões estruturadas a partir de experiências socialmente compartilhadas.

Dessa forma, embora não se tenha a pretensão de propor soluções definitivas para o problema em questão, pode-se entender que a oferta de orientações por meio de palestras no ambiente hospitalar permite minimizar as consequências advindas da falta de adesão ao tratamento proposto.

Tais ações tornam-se ainda mais pertinentes quando se leva em consideração o processo de transição demográfica enfrentado pelo Brasil, no qual a população está se tornando mais idosa. Essa transição traz consigo uma transição epidemiológica na qual as DCNT tornam-se mais prevalentes. Tal perspectiva indica a necessidade de intervenções que valorizem o idoso e os fatores que, por ventura, facilitem sua adesão ao tratamento medicamentoso.

Cabe ressaltar ainda que na formulação dessas ações, devem ser consideradas as percepções do idoso a respeito da doença e do tratamento, bem como o contexto no qual estão inseridos.

REFERÊNCIAS

1. ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais: Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia (GO): Cultura e Qualidade; 1998. p. 27-38.
2. ARAÚJO, J.C.; GUIMARÃES, A.C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2007;41(3):368-74.
3. ARRUDA, A. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. Cadernos de Pesquisa. 2002;117:127-47.
4. DRAGANO, N. et al. Neighbourhood socioeconomic status and cardiovascular risk factors: a multilevel analysis of nine cities in the Czech Republic and Germany. BMC Public Health. 2007;7:255.
5. DOSSE, C.; CESARINO, C.B.; MARTIN, J.F.V. Factors associated to patients' noncompliance with hypertension treatment. Rev Latino-Am Enfermagem. 2009;17(2):201-6.
6. GUSMÃO, J.L., et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. Rev Bras Hipertensão. 2009;16(1):38-43.
7. HOMEDES, N.; UGALDE, A. Estudios sobre el cumplimiento del paciente en países en desarrollo. Bon Sanit Panam. 1994;116:518-34.
8. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med. 1997;157:2413-46.
9. LEITE, S.N.; VASCONCELOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Cien Saude Colet. 2003;8(3):775-82.
10. LESSA, I; MAGALHÃES, L; ARAÚJO; MJ. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. Arq Bras Cardiol. 2006;87(6):747-56.
11. MACHADO, C.A. Adesão ao tratamento – Tema cada vez mais atual. Rev Bras Hipertensão. 2008;15(4):220-1.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus. Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Brasília(DF): MS; 2002.
13. Ministério da saúde (BR), Organização pan-americana de saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília (DF): MS; 2003.

14. MIRANDA, R.D. et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Rev Bras Hipertens* 2002; 9 (3) 293-300.
15. MORISKY, D. E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24:67-74.
16. Moscovici. *La Psychanalyse, son image, son public*. Paris: PUF; 1961
17. OLIVEIRA, C.J.; ARAÚJO, T.L. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2007;9:93-105.
18. PÉRES, D.S.; MAGNA, J.M.; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(5):635-42.
19. SANTOS, Z.M.S.A.; FROTA, M.A.; CRUZ, D.M. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto context*. 2005; 14(3):332-40.
20. SÁ, C.P. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes; 1996.
21. SANTA-HELENA, E.T.; NEMES, M.I.B.; ELUF, NJ. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2389-98.
22. STRELEC, M.A.A.M.; PIERIN, A.M.G.; MION, D.J. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2003;81(4):343-8.
23. SALES, C.M.; TAMAKI, E.D. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. *Cogitare Enferm*. 2007;12(2):157-63.
24. SCHRAMM, J.M.A.; OLIVEIRA, A.F.; LEITE, I.C. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2004;9(4):897-908.
25. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95 (1 Suppl 1).