

JULIANO CASTILHO

**PERFIL DO PACIENTE HIPERTENSO NÃO ADERENTE
AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2000

JULIANO CASTILHO

**PERFIL DO PACIENTE HIPERTENSO NÃO ADERENTE
AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do Curso: Edson José Cardoso

Orientador: Roberto Henrique Heinisch

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2000

Castilho J.

Perfil do Paciente Hipertenso Não Aderente ao Tratamento Anti-hipertensivo.

Florianópolis, 2000

33 p.

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para conclusão do Curso de Graduação em Medicina – UFSC.

1. Hipertensão; 2. Tratamento; 3. Aderência.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Arli e Lygia, e a minha irmã Carla, pelo apoio e incentivo.

Ao Dr. Roberto Henrique Heinisch, cujo auxílio foi imprescindível durante o período em que foi adquirido o conteúdo expresso aqui, pela orientação e paciência.

Ao Dr. Renato da Rosa, ao Dr. Odi José Oleiniski, à Dra. Ana Maria Stamm e aos residentes de clínica médica do HU, pela colaboração para este trabalho.

As acadêmicas Cristina Gaspar Salvador e Ana Paula Gomes Cunha, pela ajuda de grande valia e colaboração para este trabalho.

Aos pacientes e familiares pela disposição em contribuir para a realização desta pesquisa.

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO.....	01
2 – OBJETIVO.....	04
3 – MÉTODO.....	05
4 – RESULTADOS.....	07
5 – DISCUSSÃO.....	16
6 – CONCLUSÃO.....	22
7 – REFERÊNCIAS.....	23
NORMAS ADOTADAS.....	25
RESUMO.....	26
SUMMARY.....	27
APÊNDICE.....	28

1 - INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), uma entidade clínica multifatorial, é conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíacas e vasculares)¹. A prevalência da hipertensão arterial é elevada, estimando-se que cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertensa¹. Embora predomine na fase adulta, sua prevalência em crianças e adolescentes não é desprezível¹.

Considerado um dos principais fatores de riscos de morbidades e mortalidades cardiovasculares, seu alto custo social é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e absenteísmo no trabalho em nosso meio¹.

É consensual que no desenvolvimento, manutenção e agravamento da síndrome hipertensiva concorrem fatores genéticos e ambientais (alimentares, psicossociais, entre outros), cuja influência poderá manifestar-se quer concorrencialmente quer de forma independente².

A HAS é uma doença basicamente detectável por meio da medida da pressão arterial (PA)³. Apesar dos progressos expressivos da indústria farmacêutica na produção de medicamentos cada vez mais eficazes para o seu tratamento, associado ao tratamento não farmacológico, e dos benefícios comprovados na redução da mortalidade e morbidade relacionadas a eventos cardiovasculares, continua havendo um número muito grande de indivíduos hipertensos não tratados ou tratados inadequadamente³. A maior razão para o controle inadequado da PA elevada seria a falta de adesão³. A adesão caracteriza-se como sendo a extensão em que o comportamento do indivíduo,

em termos de tomar medicamentos, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o conselho médico ou de saúde³.

Por ser geralmente assintomática, a hipertensão arterial é ignorada por uma grande porcentagem de hipertensos cujo ceticismo aumenta, quanto à impalpável eficácia da terapêutica, se esta trouxer efeitos secundários².

Em relação à não aderência ao tratamento anti-hipertensivo, vários fatores devem ser analisados e avaliados³. Estes fatores são relacionados: ao paciente (esquecimento, conhecimento sobre a doença, aspectos comportamentais, culturais, educacionais), ao tratamento medicamentoso (custo, efeitos colaterais, números de medicamentos, tratamento prolongado) e ao tratamento não medicamentoso (dieta, controle do peso, atividade física, controle da ansiedade-estresse)³.

Em Salvador (BA) foi demonstrado que de 200 pacientes entrevistados 30,5% aderiram ao tratamento e consulta, 11% aderiram somente ao tratamento, 37% aderiram às consultas e 21,5% sem adesão⁴.

O tratamento não farmacológico é considerado como essencial para o controle da hipertensão principalmente porque se observa em indivíduos hipertensos: hipercolesterolemia, tabagismo e obesidade, demonstrando que as mudanças no estilo de vida, dieta e atividade física são fundamentais⁵.

No Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) foi visto que o esquecimento, trabalho e atividades sociais foram apontados pela maioria dos pacientes do estudo como motivos para a não adesão ao tratamento medicamentoso⁶.

É verificado que o custo dos medicamentos é um aspecto importante para a adesão do paciente ao tratamento, sendo que o fornecimento gratuito dos medicamentos ao hipertenso ajudaria na aderência^{4,6,7}. Outro fator relacionado

aos medicamentos são os efeitos adversos, sendo encontrado através de inquérito telefônico em Portugal, em 44,3% dos pacientes⁸.

Com relação ao atendimento médico, em uma pesquisa feita na USP, onde 2228 médicos responderam a um questionário, seguindo a metodologia da American Heart Association, na qual os médicos são convidados a dar notas a seu próprio desempenho, considerando aspectos diagnósticos e tratamento da HAS, os próprios médicos classificaram seu desempenho como abaixo do regular, sendo que todos acharam que poderiam melhorar⁹.

2 – OBJETIVO

Este estudo tem por objetivo traçar um perfil do paciente hipertenso não aderente ao tratamento anti-hipertensivo dos ambulatórios de cardiologia e clínica médica do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

3 - MÉTODO

Foram incluídos neste trabalho 30 pacientes com HAS independente de sexo, idade e raça.

Os pacientes incluídos deverão preencher os seguintes critérios:

- Paciente com HAS [pressão arterial sistólica (PAS) \geq 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) \geq 90 mmHg segundo, III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial];
- Diagnóstico de HAS feito há pelo menos 6 meses;
- Tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso (orientações médicas sobre mudanças de hábito de vida e dieta) já estabelecido;
- Paciente não ser aderente ao tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso, e;
- Paciente tem que estar consciente, orientado no tempo e espaço e com condições adequadas para o estabelecimento de uma entrevista.

A pesquisa foi realizada nos ambulatórios de cardiologia e clínica médica do HU da UFSC.

Esta pesquisa tratou-se de um estudo observacional, individual, contemporâneo, não controlado. Foi classificado como: transversal.

A metodologia deste estudo, consistiu em consultas médicas realizadas por um clínico ou um cardiologista onde foi identificado o paciente não aderente e após a consulta, em um consultório à parte, através de uma entrevista inter-pessoal, foi aplicado um primeiro questionário para verificar se o paciente não é aderente em relação ao tratamento não medicamentoso e/ou medicamentoso, sendo então aplicado um segundo questionário constando informações sobre: dados biofísicos e sócio-econômicos do paciente não aderente, além do tempo

de diagnóstico, medicamentos usados e doenças associadas, e perguntas sobre: o nível de conhecimento sobre a sua doença e tratamento dela, a percepção do paciente em relação a sua doença, dificuldades em relação ao tratamento anti-hipertensivo e facilidades que ajudariam na adesão ao tratamento.

A medida da PA foi realizada com esfigmomanômetro do tipo aneróide, sendo adotado para este estudo a medida da PA sentado.

Os participantes recrutados foram aqueles que estiveram presentes na consulta médica nos ambulatórios de cardiologia e clínica médica do HU da UFSC e que, preencheram aos critérios de inclusão estabelecidos acima. Foi solicitado ao paciente o Consentimento Informado e depois foi aplicado o questionário.

Análise dos dados: as variáveis qualitativas (discretas) foram expressas em números e percentual. As variáveis contínuas foram expressas por média \pm desvio padrão (DP), mediana e moda. Foi verificado o valor do p referentes aos dados presentes às tabelas inseridas neste trabalho.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisas com seres humanos da UFSC.

4 - RESULTADOS

Conforme os dados obtidos neste trabalho, dos 30 pacientes incluídos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo, 86,7% (n=26) eram do sexo feminino e 13,3% (n=4) eram do sexo masculino.

A faixa etária abrange pacientes com 44 anos até 76 anos, havendo um predomínio na faixa etária abaixo dos 51 anos (53,3%), sendo a média de idade 54,9 anos com DP de 10,3 anos, a mediana de 50 anos e a idade de 45 anos a mais freqüente (23,3%). Fazendo a distribuição em faixas etárias, 43,3% dos pacientes tinham idade entre 44 e 49 anos, 26,7% entre 50 e 59 anos, 13,3% entre 60 e 69 anos e 16,7% entre 70 e 76 anos (Figura 1).

Dos pacientes incluídos neste trabalho, 86,7% eram casados e 13,3% eram viúvos.

Em relação à situação sócio-econômica do paciente não aderente, no presente estudo os resultados mostraram que a média da renda mensal familiar foi de 918,7 reais com DP de 781,9 reais, a mediana de 725 reais e a renda mensal familiar mais freqüente foi de 500 reais. Devido à assimetria da curva de distribuição da renda mensal familiar (Figura 2), foi feita a distribuição em faixas salariais para melhor demonstrar a renda destas famílias (Tabela I). Foi observado que a faixa salarial mais freqüente foi a faixa entre 301 e 900 reais, com 60% dos pacientes, seguido da faixa entre 900 e 4000 reais, com 26,7% dos pacientes, e a faixa menos freqüente foi a dos que ganhavam até 300 reais, com 13,3% dos pacientes.

Quanto à escolaridade, 70% (n=21) dos pacientes tinham o 1º grau incompleto e 6,7% eram analfabetos (Figura 3). Dos pacientes que ganhavam abaixo da mediana da renda mensal familiar deste estudo, 93,3% (n=14)

apresentaram um nível de escolaridade igual ou inferior ao 1º grau incompleto, e dos que tinham um nível de escolaridade igual ou inferior ao 1º grau incompleto (n=23), 60,9% ganhavam abaixo da mediana deste estudo (Tabela III). Em relação à profissão, 46,7% dos pacientes (n=14), todos do sexo feminino, referiam não ter uma profissão, pois se ocupavam com afazeres domésticos e 16,7% (n=5) eram aposentados. Dos 14 pacientes que se ocupavam com afazeres domésticos, 64,3% (n=9) ganhavam abaixo da mediana da renda mensal familiar deste estudo (Tabela II) e 85,7% (n=12) tinham um nível de escolaridade igual ou inferior ao 1º grau incompleto (Tabela IV). Dos 5 pacientes aposentados, 60% (n=3) ganhavam abaixo da mediana da renda mensal familiar deste estudo e todos tinham o 1º grau incompleto. Todas as análises referentes às Tabelas II, III e IV não demonstraram resultados estatisticamente significativos ($p \geq 0,05$).

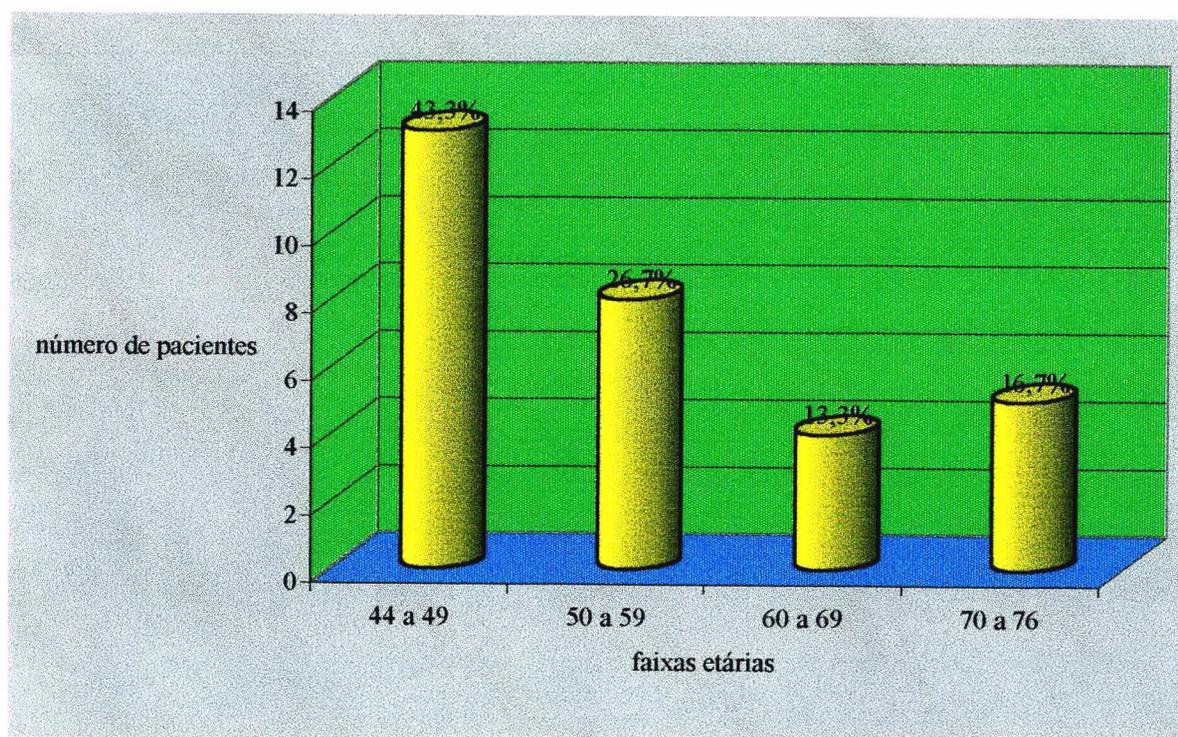


Figura 1 – Distribuição, em faixas etárias, dos pacientes não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

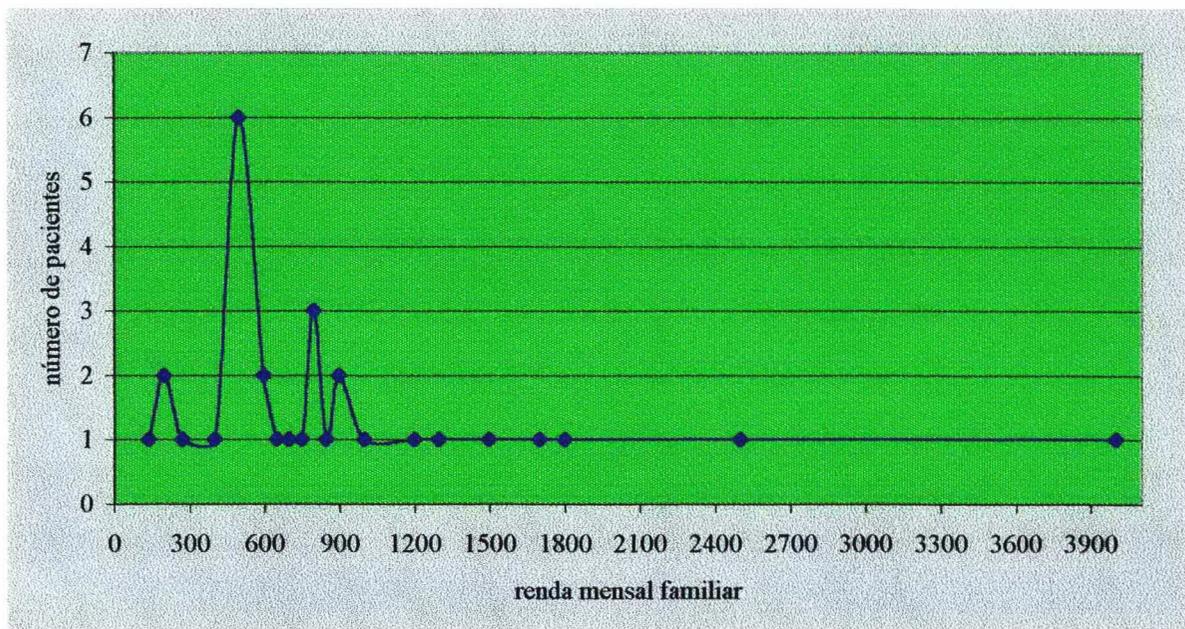


Figura 2 - Renda mensal familiar dos pacientes não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

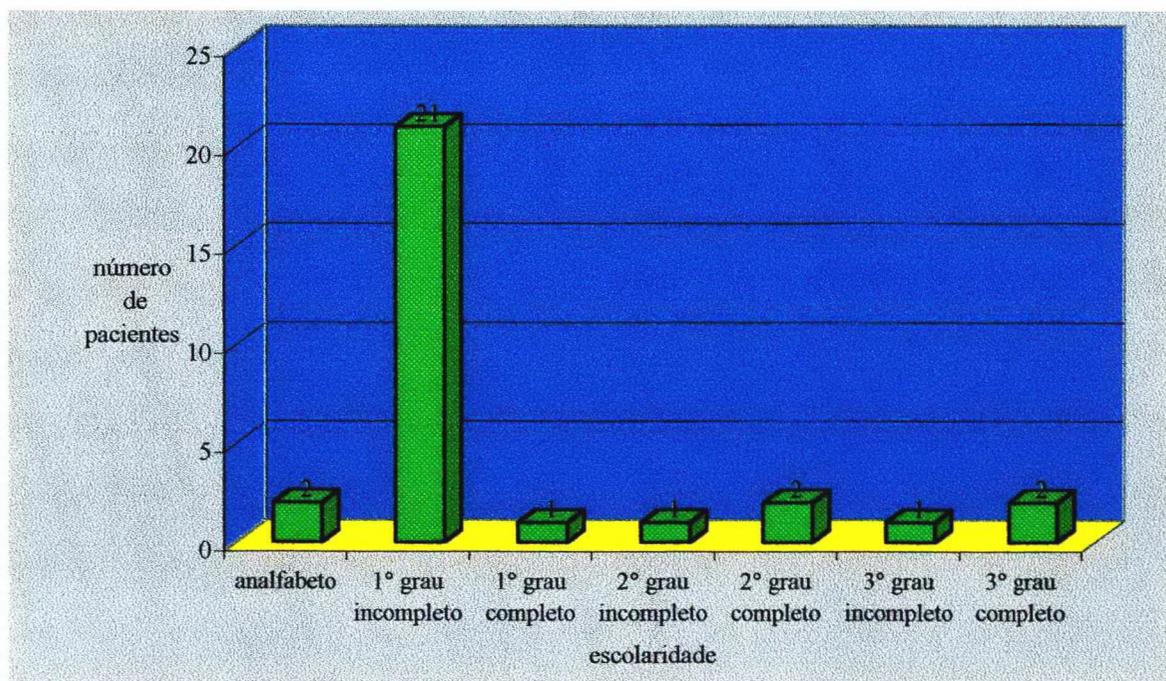


Figura 3 - Nível de escolaridade dos pacientes não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

Tabela I – Distribuição dos pacientes não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo em faixas salariais da renda mensal familiar, em reais

Distribuição em faixas salariais da renda mensal familiar, em reais	pacientes	porcentagem
Até 300	4	13,3%
300 — 600	9	30%
600 — 900	9	30%
900 — 4000	8	26,7%
total	30	100%

Fonte: Perfil dos Pacientes Não Aderentes ao Tratamento Anti-Hipertensivo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

Tabela II – Relação entre escolaridade e renda mensal familiar média dos pacientes não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo

	< que a mediana da renda (1)	> que a mediana da renda (1)	total
Analfabeto e 1º grau incompleto	14	9	23
Grau de escolaridade superior a 1º grau incompleto	1	6	7
total	15	15	30

Obs.: (1) mediana da renda mensal familiar foi de 725 reais.

Fonte: Perfil dos Pacientes Não Aderentes ao Tratamento Anti-Hipertensivo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

Tabela III – Relação entre profissão e renda mensal familiar média dos pacientes não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo

	< que a mediana da renda (1)	> que a mediana da renda (1)	total
Do lar	9	5	14
Outras profissões (2)	6	10	16
total	15	15	30

Obs.: (1) mediana da renda mensal familiar foi de 725 reais.

(2) incluem cozinheiro, zelador, aposentado, funcionário de limpeza, auxiliar de enfermagem, hoteleiro e corretor de imóveis, trabalha em pensão, comerciante, cabeleireiro, comerciante durante a temporada e técnico em turismo.

Fonte: Perfil dos Pacientes Não Aderentes ao Tratamento Anti-Hipertensivo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

Tabela IV – Relação entre escolaridade e profissão dos pacientes não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo

	Do lar	Outras profissões (1)	total
Analfabeto e 1º grau incompleto	12	11	23
Grau de escolaridade superior a 1º grau incompleto	2	5	7
total	14	16	30

Obs.: (1) incluem cozinheiro, zelador, aposentado, funcionário de limpeza, auxiliar de enfermagem, hoteleiro e corretor de imóveis, trabalha em pensão, comerciante, cabeleireiro, comerciante durante a temporada e técnico em turismo.

Fonte: Perfil dos Pacientes Não Aderentes ao Tratamento Anti-Hipertensivo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

O tempo o qual os pacientes tinham de diagnóstico de HAS foi em média de 7,7 anos com DP de 6,8 anos, sendo o mais freqüente 3 anos e a mediana de 5 anos, havendo uma maior concentração de pacientes no período de até 10 anos de diagnóstico (80% dos pacientes), conforme demonstra a Figura 4.

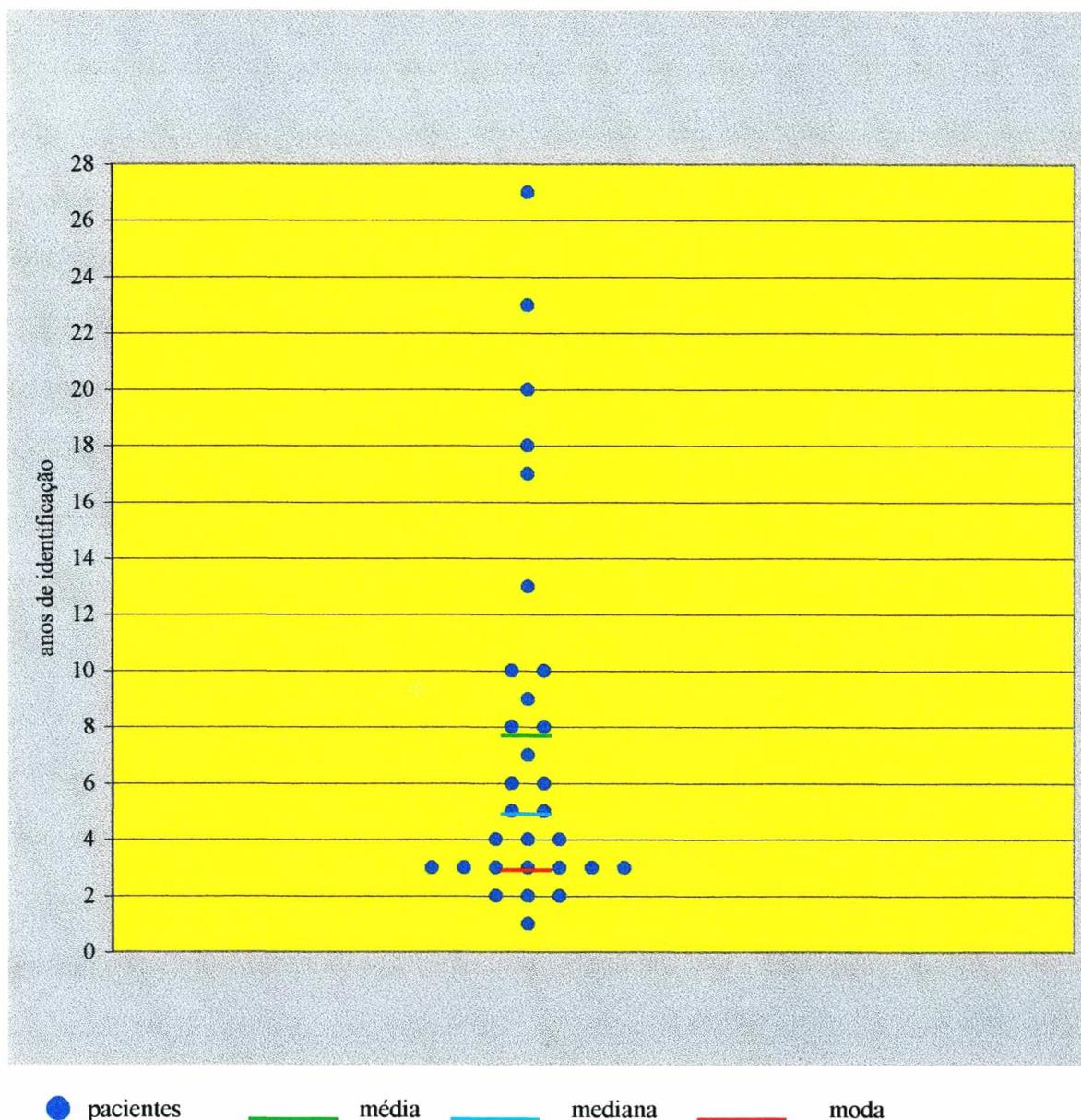


Figura 4 - Tempo de identificação da Hipertensão Arterial Sistêmica dos pacientes não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

Com relação a peso e estatura, o peso médio dos pacientes foi de 79,2 Kg com DP de 20,2 Kg, sendo a mediana de 79 Kg, e o peso mais freqüente de 81 Kg. A média da estatura da população estudada foi de 156 cm com DP de 8,4 cm, a mediana de 154,5 cm e as estaturas mais freqüentes de 146 cm e 150 cm (10,7% cada). Segundo a classificação do índice de massa corporal (IMC), 10% dos pacientes encontravam-se com peso dentro da normalidade, 33,3% encontravam-se em sobrepeso, 40% encontravam-se em obesidade e 16,7% em obesidade mórbida (Figura 5). A média do IMC foi de 32,4 com DP de 6,9 e a mediana de 31,8.

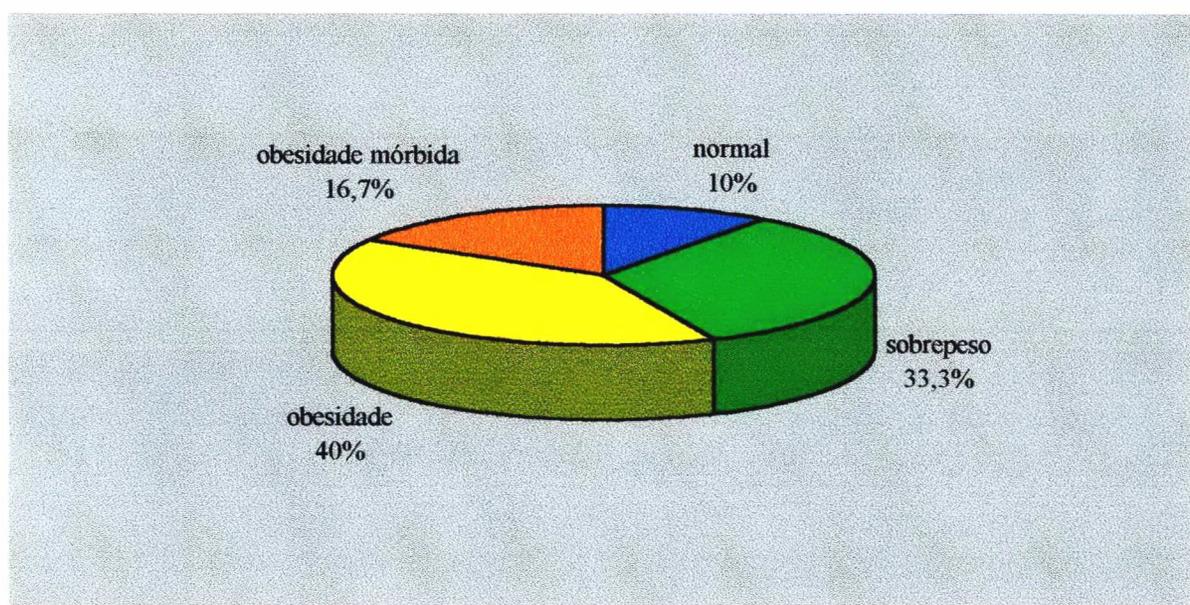


Figura 5 – Índice de massa corporal dos pacientes não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

A PAS média foi de 163,3 mmHg com DP de 25,6 mmHg e a PAD média foi de 96,3 mmHg com DP de 13,8 mmHg. Na medida da PA, 30% dos pacientes apresentaram hipertensão grave, 26,7% dos pacientes apresentaram hipertensão moderada, 23,3% apresentaram hipertensão leve e 20% apresentaram hipertensão arterial sistólica isolada. (figura 6).

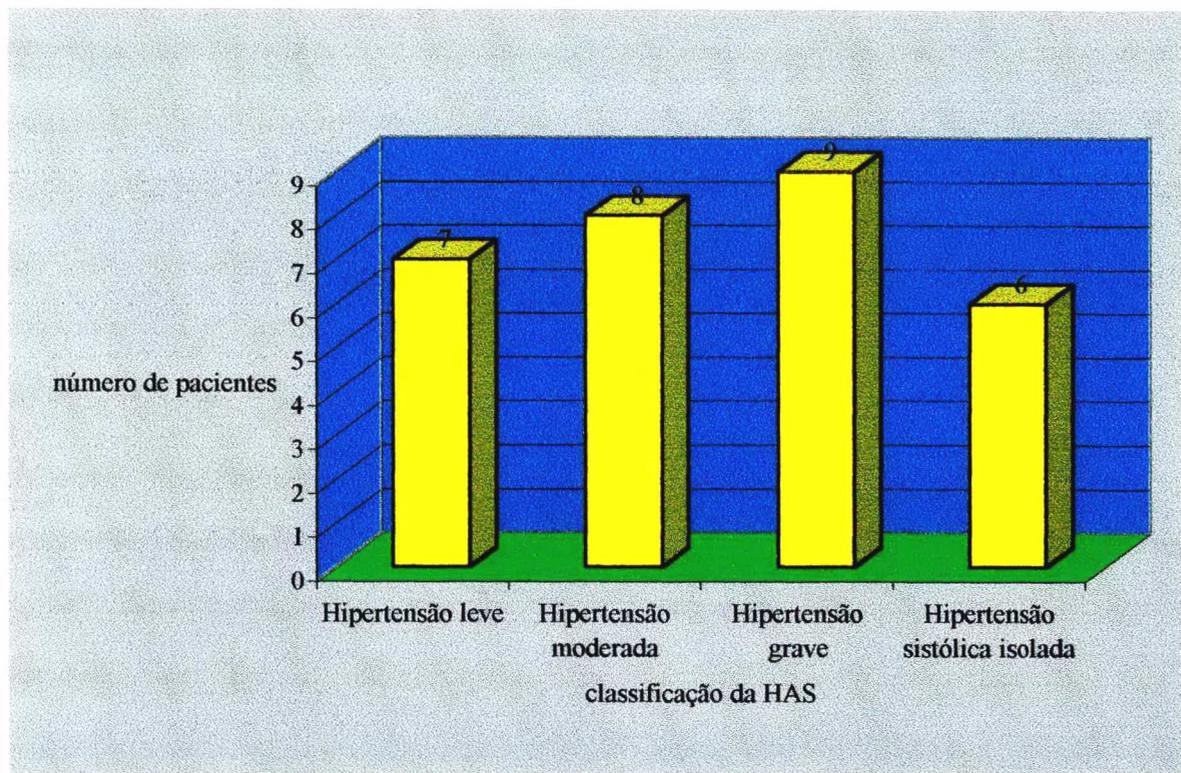
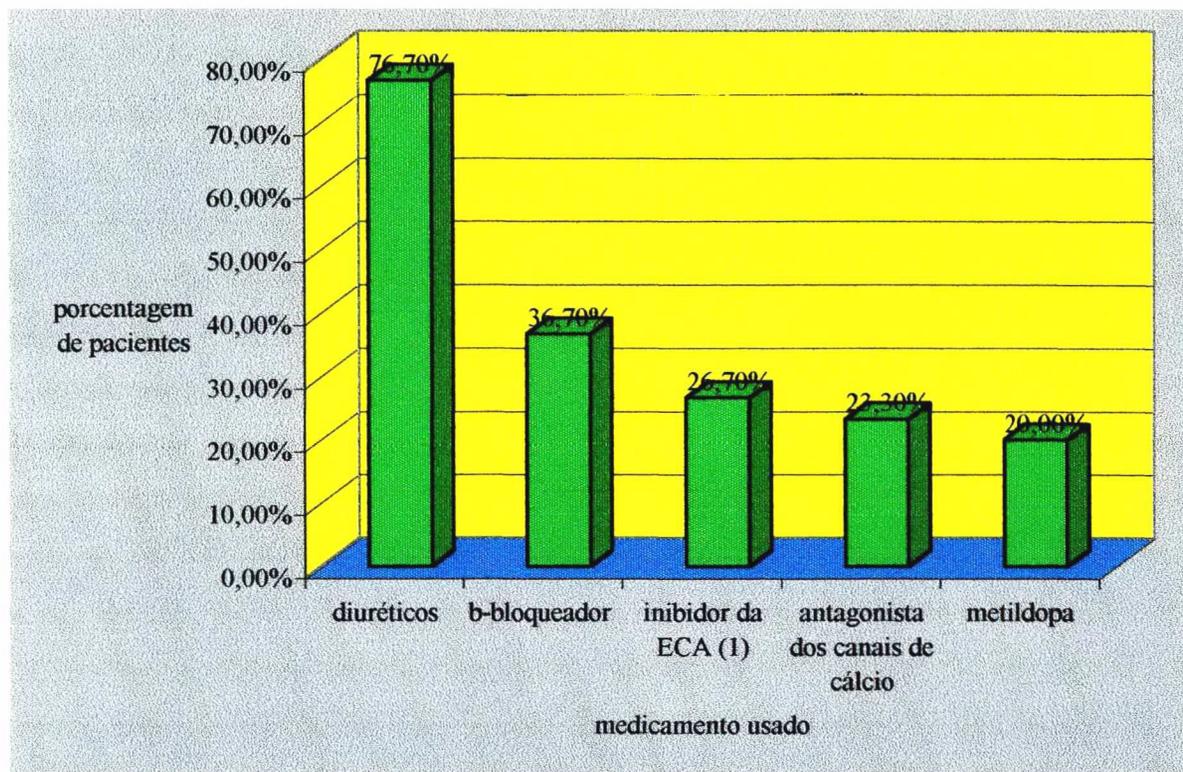


Figura 6 - Classificação diagnóstica da Hipertensão Arterial Sistêmica dos pacientes não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

As medicações mais frequentemente usadas pelos pacientes foram: diuréticos (76,7% dos pacientes), β -bloqueadores (36,7% dos pacientes), inibidores da enzima de conversão da angiotensina I (ECA) (26,7% dos pacientes), antagonistas dos canais de cálcio (23,3% dos pacientes) e metildopa (20% dos pacientes) (Figura 7). O esquema terapêutico mais usado foi a monoterapia com diuréticos (23,3% dos pacientes), seguido da combinação de diuréticos com β -bloqueadores (16,7%) e monoterapia com antagonistas dos canais de cálcio (10%).

A doença associada mais encontrada foi a dislipidemia (60%), seguida de diabetes melitus tipo II (20%).



Obs.: (1) inibidor da enzima de conversão da angiotensina I.

Figura 7 - Medicamentos usados mais frequentemente pelos pacientes não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

5 – DISCUSSÃO

No tratamento anti-hipertensivo, tanto não medicamentoso quanto medicamentoso, um quesito que deve ser levado em consideração é a aderência do paciente. Desta maneira o médico atual deve procurar conhecer melhor seu paciente e assim estabelecer um tratamento adequado para ele. Sendo assim, este estudo pretendeu traçar um perfil do paciente não aderente ao tratamento anti-hipertensivo dos ambulatórios de cardiologia e clínica médica do HU, procurando conhecer melhor seus pacientes, comparando após, com os dados da literatura.

Através dos resultados obtidos neste trabalho foi possível verificar que a maioria dos pacientes eram do sexo feminino, mostrando semelhança com o trabalho de Lessa, I e Fonseca, J, feito na cidade de Salvador⁴. Porém no estudo de Magro, MCS e cols a maioria dos pacientes não aderentes eram do sexo masculino⁶. O estudo de Giorgi, DMA mostrou associação estatisticamente significativa da não aderência com: sexo masculino, idade entre 20 e 40 anos e analfabetismo¹⁰.

Estudos feitos no HU, em momentos diferentes, para finalidades diferentes, guardaram semelhança com os dados deste estudo^{11, 12}, demonstrando que a maioria dos pacientes que são atendidos nestes ambulatórios são do sexo feminino. Deve-se levar em consideração esta possibilidade antes de relacionar a não aderência ao tratamento anti-hipertensivo com o sexo feminino.

Em relação a idade, comparando os resultados deste estudo com o estudo de Magro, MCS e cols, a faixa etária predominante e a média de idade deste estudo foi menor⁶, porém no estudo de Lessa, I e Fonseca, J, a faixa etária predominante ficou entre 40 e 49 anos, mostrando semelhança com este estudo,

mas a maioria dos pacientes não aderentes encontravam-se com idade inferior a 60 anos⁴, enquanto que neste estudo a maioria dos pacientes tinham idade \leq a 50 anos, demonstrando que no estudo de Lessa, I e Fonseca, J houve uma distribuição mais homogênea dentro das faixas etárias ao contrário deste estudo.

Quanto à situação sócio-econômica, ficou evidente na média da renda mensal familiar, o alto desvio padrão, sendo que isto pode ser justificado pela amostra ter sido pequena para avaliar esta questão. Devido à assimetria da curva de distribuição da renda mensal familiar (Figura 2), foi feita a distribuição em faixas salariais para melhor demonstrar a renda destas famílias (Tabela I). A faixa salarial mais freqüente foi a situada entre 301 e 900 reais. Não foi encontrado na literatura um estudo semelhante a este, que cite sobre a renda mensal familiar, para possíveis comparações.

Com relação à escolaridade, 70% dos pacientes tinham o 1º grau incompleto, mostrando relação entre não aderência e baixa escolaridade, também demonstrado no estudo de Magro, MCS e cols⁶. Segundo Pierin, AMG e Mion Jr, D, pacientes do sexo masculino, jovens e de baixa escolaridade tendem a ser menos aderentes ao tratamento¹³.

No que se refere à profissão, 63,3% (n=19) dos pacientes são economicamente inativos, sendo que destes pacientes, 73,7% tinham como principal atividade as ocupações domésticas (n=14) e 26,3% eram aposentados (n=5).

Em relação ao tempo de identificação da doença, nota-se na Figura 4, uma grande concentração de pacientes que tem o diagnóstico de HAS há 10 anos (80% dos pacientes). Em comparação com o estudo de Magro, MCS e cols, este estudo mostrou semelhança⁶, porém no estudo de Lessa, I e Fonseca, J, 62,8% dos pacientes não aderentes tinham o diagnóstico a mais de 10 anos atrás⁴. Com estes dados pode-se observar uma certa dificuldade para a identificação da doença, já que metade das descobertas ocorreram há 5 anos. Segundo Magro,

MCS e cols, a dificuldade em identificar o diagnóstico pode ser em decorrência da falta de compreensão em relação à doença, ou mesmo em aceitá-la, já que a HAS tem uma evolução arrastada e assintomática na maioria dos pacientes, mas determinando alterações fisiopatológicas em órgãos nobres⁶.

Em relação a peso e estatura, neste estudo os pacientes apresentaram uma estatura média baixa e um peso médio elevado em relação à estatura, apresentando um IMC médio elevado, 32,4 com DP de 6,9 e uma mediana de 31,8. A maioria dos pacientes, segundo a classificação do IMC, estavam em obesidade e sobrepeso (73,3% dos pacientes), mostrando uma condição frequentemente associada que é HAS e obesidade, além da não aderência ao tratamento. Em comparação com o estudo de Tavares, FMB, onde foram incluídos pacientes hipertensos em geral¹¹, este estudo apresentou uma maior porcentagem de pacientes com obesidade e obesidade mórbida e uma menor porcentagem de pacientes com peso dentro do padrão normal e sobrepeso.

Com os dados obtidos neste estudo sobre peso, estatura e IMC pode-se observar que uma das causas do não controle da HAS seria o elevado peso para uma baixa estatura, elevando o IMC, demonstrando uma baixa aderência ao tratamento não medicamentoso, em especial com relação a dieta hipocalórica e exercício físico regular. “A redução do excesso de peso, a restrição dietética de sódio e a prática de atividade física regular são fundamentais para o controle da pressão e podem, por si só, normalizar os níveis de pressão”¹. Segundo o estudo de Gordon, NF e cols, foi demonstrado uma diminuição significativa dos níveis de PA e uma redução significativa do peso corporal através da intervenção conjunta em relação a modificação dietética e exercício físico regular durante um período de 12 semanas¹⁴.

Em relação aos níveis tensionais, as médias da PAS e PAD dos pacientes não aderentes do estudo de Lessa, I e Fonseca, J⁴ foram maiores que a PAS e PAD média deste estudo. Porém, comparando com o estudo de Tavares, FMB,

onde foram incluídos pacientes hipertensos em geral, os níveis de PAS e PAD médio deste estudo foram maiores¹¹, mostrando que os níveis tensionais deste estudo, foram mais elevados, pelo fato de que só foram incluídos pacientes hipertensos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo, demonstrando que a não adesão ao tratamento implica em um aumento dos níveis pressóricos com aumento dos riscos de lesão em órgãos alvos, mais comumente em coração, cérebro, vasos periféricos, rins e retina, aumentando a morbidade e mortalidade destes pacientes.

Segundo a classificação diagnóstica do III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, na medida da PA, 56,7% dos pacientes classificaram-se em: hipertensão moderada e grave (n=17).

Os efeitos prejudiciais da pressão sanguínea aumentam continuamente à medida que a pressão sobe, não havendo um limiar rigorosamente estabelecido de pressão arterial acima do qual o indivíduo é considerado em risco de complicações da hipertensão e abaixo do qual esteja seguro¹⁵.

Em relação aos medicamentos anti-hipertensivos usados pelos pacientes não aderentes, os da classe dos diuréticos são os mais usados, seguido dos β -bloqueadores e inibidores da ECA, e os menos usados são os da classe dos antagonistas dos canais de cálcio e metildopa. O esquema terapêutico mais usado foi a monoterapia com diuréticos, seguido da combinação de diurético e β -bloqueador e monoterapia com antagonistas dos canais de cálcio, sendo que estes 3 esquemas englobam 50% dos pacientes. No estudo feito por Akashi, D e cols, verificou-se que o esquema terapêutico mais usado foi a monoterapia com diuréticos tiazídicos, seguido da monoterapia com metildopa, monoterapia com inibidores da ECA e combinação de diurético tiazídicos e metildopa⁷. No estudo de Tavares, FMB, a principal classe de drogas prescrita antes e depois da consulta, foi: diuréticos (76,6% e 83%), seguida dos inibidores da ECA (29,8%),

bloqueadores de canais de cálcio (25,5% e 21,3%) e β -bloqueadores (23,4% e 17%), e as drogas menos utilizadas foram: α -metildopa e vasodilatadores¹¹, havendo semelhança somente nas prescrições dos medicamentos da classe dos diuréticos.

Com isso podemos dizer que a prescrição dos medicamentos do presente estudo e do estudo de Tavares, FMB estão mais de acordo com as recomendações do III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial.

Em relação as patologias associadas a HAS, a dislipidemia foi a mais encontrada, seguida de diabetes melitus tipo II. É freqüente a associação entre dislipidemia e hipertensão arterial. “A prevalência de hipertensão arterial em pacientes diabéticos é pelo menos duas vezes a da população em geral. No diabetes tipo II, a hipertensão arterial associa-se comumente a outros fatores de risco cardiovascular, tais como dislipidemia, obesidade, hipertrofia ventricular esquerda e hiperinsulinemia”¹.

O tratamento anti-hipertensivo está a cada dia sendo incrementado com medicamentos mais eficazes e com menos efeitos colaterais, além de uma maior conscientização da parte dos profissionais da saúde sobre a influência das mudanças de hábitos de vida. Porém, com todo este progresso, a aderência do paciente ao tratamento anti-hipertensivo, tanto o medicamentoso como o não medicamentoso, é considerada como um desafio para o médico atual. O presente estudo procurou contribuir para melhor conhecimento, caracterização e entendimento do paciente não aderente. Desta forma seria possível tratar estes pacientes adaptando o tratamento a sua realidade. Com isso procurou-se demonstrar a importância do assunto, incitando a curiosidade do médico em relação a este tema e estimulando a realização de novas pesquisas sobre a não aderência do paciente hipertenso. O presente estudo pretende estender-se, aumentando a casuística, pois com uma amostra maior e mais significativa,

poderemos apresentar conclusões mais incisivas sobre a não aderência do paciente ao tratamento anti-hipertensivo.

6 – CONCLUSÃO

Em relação ao perfil dos pacientes hipertensos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo, após a avaliação dos dados referentes a estes pacientes, podemos concluir que:

- Os pacientes de nosso estudo são em sua maioria: do sexo feminino, casado, faixa etária entre 44 e 49 anos, renda mensal familiar entre a faixa de 301 e 900 reais, 1º grau incompleto, economicamente inativo, tempo de diagnóstico da doença de 10 anos, obesidade e dislipidemia como fator de risco, HAS de moderada a grave, em uso de diurético em esquema de monoterapia ou em associação a um β - bloqueador.

7 – REFERÊNCIAS

1. Kohlmann Jr O, Guimarães AC, Carvalho MHC, Chaves Jr HC, Machado CA, Praxedes JN, et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. 1ª edição. Campos do Jordão – SP: BG Cultural; 1998.
2. Coelho AM, Coelho R, Barros H, Rocha-Gonçalves F, Reis-Lima MA. Hipertensão arterial essencial: psicopatologia, *compliance* e qualidade de vida. Rev Port Cardiol 1997;14(11):873-83.
3. Sarquis LMM, Gallani MCBJ, Moreira RM, Bocchi SCM, Tase TH, Pierin AMG, et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. Rev Esc Enf USP 1998;32(4):335-53.
4. Lessa I, Fonseca J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol 1997;68(6):443-9.
5. Hafe P, Andrade MJ, Fernando PB, Lopes C, Maciel MJ, Coelho R, et al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial no Porto, Portugal. Rev Port Cardiol 1997;16(9):683-90.
6. Magro MCS, Silva EV, Riccio GMG. Percepção do paciente não-aderente à terapêutica medicamentosa em relação a sua doença. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 1999;9(1)(supl A):1-10.
7. Akashi D, Issa FK, Pereira AC, Tannuri AC, Fucciolo DQ, Lobato ML, et al. Tratamento anti-hipertensivo. Prescrição e custo de medicamentos. Pesquisa em hospital terciário. Arq Bras Cardiol 1998;71(1):55-7.
8. Miguel JMP, Magalhães E, Oliveira AG. Efeitos adversos da terapêutica anti-hipertensiva: a percepção dos doentes. Rev Port Cardiol 1999;18(2):123-30.

9. Biancarelli A. Atenção a hipertenso é falha no país. *Jornal Folha de São Paulo*; ano 80, nº 25968, 4-1.
10. Giorgi DMA. Modelos de comportamento e estratégias para a melhoria da aderência. *Hipertensão* 1999;2(1):6-8.
11. Tavares FMB. Avaliação clínico-laboratorial de pacientes com hipertensão arterial no ambulatório de cardiologia do hospital universitário[dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 1997. 51p.
12. Boff LR. Tratamento farmacológico da hipertensão no paciente diabético[dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 1998. 44p.
13. Pierin AMG, Mion Jr D. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Hipertensão* 1999;2(1):9-12.
14. Gordon NF, Scott CB, Levine BD. Comparison of single versus multiple lifestyle interventions: are the antihypertensive effects of exercise training and diet-induced weight loss additive?. *Am J Cardiol* 1997;79:763-7.
15. Schoen FJ. Vasos sanguíneos. In: Cotran RS, Kumar V, Robbins SL, Schoen FJ. *Robbins: Patologia Estrutural e Funcional*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. P.414-56.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi digitado segundo normas da resolução nº 001/99 do colegiado do curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi traçar um perfil do paciente hipertenso não aderente ao tratamento anti-hipertensivo dos ambulatórios de cardiologia e clínica médica do HU da UFSC. Foram incluídos pacientes: com HAS segundo o III Consenso Brasileiro, com diagnóstico de HAS feito há pelo menos 6 meses, com tratamento anti-hipertensivo já estabelecido, não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo. Todos os pacientes estavam conscientes e orientados. Foi aplicado um questionário constando perguntas sobre: dados biofísicos e sócio-econômicos do paciente não aderente, além do tempo de diagnóstico da doença, medicamentos usados e doenças associadas. Dos 30 pacientes incluídos: 86,7% eram do sexo feminino, 43,3% tinham idade entre 44 e 49 anos, 86,7% eram casados, 60% com renda mensal familiar entre 301 e 900 reais, 70% com 1º grau incompleto, 46,7% se ocupavam com afazeres domésticos, 80% com diagnóstico de HAS há 10 anos, 33,3% com sobrepeso e 40% com obesidade, na medida da PA, 56,7% apresentaram hipertensão moderada e grave, 23,3% usavam monoterapia com diuréticos e 16,7% combinação de diuréticos com β -bloqueadores, 60% apresentavam dislipidemia. Com isso concluímos que os pacientes são em sua maioria: do sexo feminino, casado, com uma faixa etária entre 44 e 49 anos, com uma renda mensal familiar entre 301 e 900 reais, com o 1º grau incompleto, economicamente inativo, com diagnóstico da doença há 10 anos, apresentando obesidade e dislipidemia como fator de risco, com HAS de moderada a grave, em uso de monoterapia com diurético ou diurético associado com β - bloqueador.

SUMMARY

The purpose of this study was to make a profile of the hypertensive patients non compliant to anti-hypertensive treatment assessed to at the Cardiology and General Outpatient Units in HU at UFSC. The subjects were patients with a diagnosis of systemic hypertension according to the 3rd Brazilian Consensus, with diagnosed for at least 6 months, with anti-hypertensive treatment already established, non compliant to the anti-hypertensive treatment. All patients were conscious and oriented. The patients answered a questionnaire about: biophysical and social-economic issues, time since diagnosis, used drugs and associated illness. Out of 30 patients studied, 86.7% were females, 43.3% were between 44 and 49 years old, 86.7% were married, 60% had monthly familiar income between 301 and 900 reais, 70% had not completed their elementary education, 46.7% were domestic workers, 80% had hypertension diagnosed for less than 10 years, 33.3% were overweight and 40% had obesity. Related to blood pressure, 56.7% presented moderate to severe hypertension, 23.3% were in use of diuretic monotherapy, 16.7% combined diuretic and β -blocking agents, and 60% presented dislipidemia. From the above data we conclude that the majority of the patients were females, married, with age ranging from 44 to 49 years old, had monthly familiar income between 301 and 900 reais, had not complete their elementary education, were economically inactive, had hypertension diagnosed for less than 10 years, presented obesity and dislipidemia, presented moderate to severe hypertension and were in use of diuretic monotherapy or diuretic combined to β -blocking agents.

APÊNDICE

INSTRUMENTO I

Identificação do paciente não aderente à terapêutica medicamentosa.

1. O(A) sr(a) toma a medicação? () Sim () Não
2. Quais são os medicamentos que faz uso?
3. Com que frequência faz uso de cada medicamento?

Identificação do paciente não aderente à terapêutica não medicamentosa.

4. O(A) sr(a) segue as orientações de seu médico sobre o controle da pressão arterial através das mudanças de hábitos de vida?
() Sim () Não
5. Quais as orientações de seu médico o sr(a) segue:
 - A. Dieta hipocalórica (redução do consumo de doces, massas, alimentos gordurosos e frituras e aumento do consumo de alimentos ricos em fibras, encontrados em maior quantidade nos vegetais folhosos, hortaliças, grãos integrais e frutas, há pelo menos 12 semanas);
() Sim () Não
 - B. Exercício físico regular (caminhada, ciclismo, natação e/ou corrida com duração de 30 a 45 minutos, 3 a 5x/semana, há pelo menos 12 semanas);
() Sim () Não
 - C. Redução da ingestão de sal/sódio (consumir até 2,4 g de sódio/dia ou até 6g de cloreto de sódio/dia, equivalente a 1 colher de chá);
() Sim () Não

D. Redução do consumo de bebidas alcoólicas (ingerir menos do que 30ml de álcool/dia para hipertensos do sexo masculino, contidos em 60 ml de bebida destilada, 240 ml de vinho, 720 ml de cerveja, e menos de 15 ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso);

Sim Não Não é etilista

E. Redução do tabagismo (< de 5 cigarros/dia);

Sim Não Não é tabagista

F. Controle das dislipidemias. Colesterol total < 200 mg/dl, LDL-colesterol < 130 mg/dl, HDL-colesterol \geq 35 mg/dl, Triglicerídeos < 200 mg/dl.

Sim Não Nunca apresentou dislipidemias

Se sim, como controla:

Dieta com > consumo de fibras, carboidratos complexos e gorduras mono e poliinsaturadas;

tratamento medicamentoso;

G. Controle do diabetes melito. Glicemia entre 70 –140 mg/dl.

Sim Não Não é diabético

Se sim, como controla:

dieta hipocalórica;

tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais e/ou insulina;

H. Aumento da ingestão de potássio, ingestão de 2 g/dia de K⁺. (Alimentos ricos em potássio, quantidade de K⁺ > 300 mg em 100 g do alimento: feijão, beterraba, abacaxi, amêndoa, avelã, soja crua, batata, amora, amendoim, grão-de-bico, rabanete, couve, manteiga, abacate, ameixa preta seca, ervilha fresca, mandioca, chicória, banana, alcachofra, germe de trigo, cenoura, espinafre, cereja crua, leite condensado, ervilha seca, cará, palmito cru, aveia, salsa, polpa do maracujá, merluza, robalo, namorado, alho, peru e vitela magros);

Sim Não

I. Medidas anti-estresse (sessão de relaxamento, yoga, “tai chi chuam”, psicoterapia, meditação transcendental, “biofeedback”, etc.).

() Sim () Não

INSTRUMENTO II

Identificação

Nome:

Idade:

Registro:

Escolaridade:

Profissão:

Renda mensal familiar:

Estado civil:

Altura:

Peso:

Índice de massa corporal:

Diagnóstico médico:

Tempo de identificação da doença:

Doenças associadas:

Medicações que faz uso:

Medidas da pressão arterial

Sentado:

Em pé:

Conhecimento da doença e tratamento

1. O que sabe sobre hipertensão?
2. Para que servem as medicações que faz uso?
3. Conhece seus efeitos colaterais?

4. Para que servem as orientações sobre as mudanças de hábitos de vida?
5. Você acha que seguindo as orientações sobre as mudanças de hábitos de vida haveria uma melhora dos níveis da pressão arterial?

() Sim () Não

Percepção do paciente em relação a sua doença

6. O que significa ser hipertenso?

- | | |
|---|---------------------|
| () Restrição de hábitos; | () Depressão; |
| () Coisa ruim; | () Aborrecimento; |
| () Nenhum significado; | () Tontura; |
| () Fadiga; | () Doença crônica; |
| () Dependência de medicamento; | () Risco de vida; |
| () Desconhecimento; | () Negação |
| () Sentimento de indiferença; | () Outros. |
| () Infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral; | |

7. Quais são seus sentimentos/emoções em relação à doença?

- | | |
|---|----------------------------------|
| () Ódio/tristeza; | () Aborrecimento; |
| () Insatisfação; | () Angústia; |
| () Indiferença; | () Complexo de inferioridade; |
| () Preocupação/nevrosismo/agitação; | () Restrição de vida; |
| () Arrependimento por não ter tratado; | () Medo/desconhecido/maligno; |
| () Perda de valores; | () Diminuição do prazer sexual; |
| () Nenhum; | () Outros. |

8. Sentiu alguma diferença na sua vida após a descoberta da doença?

Dificuldades apresentadas para o tratamento

9. Existem dificuldades para aderir ao tratamento medicamentoso?

Sim() Não()

Quais?

10. Em que situações deixa de tomar a medicação?

- Atividades sociais;
- Falta de condições financeiras;
- Esquecimento;
- Trabalho;
- Ingesta de bebidas alcoólicas;
- Efeitos colaterais;
- Outros.

11. Em algum momento pensou em abandonar o tratamento?

Sim() Não()

Por quê?

- Medo;
- Custo do medicamento;
- Efeitos colaterais;
- Falta de apoio familiar;
- Cuidar de familiar doente;
- Falta de conhecimento sobre as consequências da hipertensão;
- Acredita que a doença não seja tão grave;
- Outros.

12. Quais as dificuldades de aderir ao tratamento não medicamentoso?

- Dieta muito rigorosa;
- Perder peso;
- Falta de tempo para realizar atividade física;
- Dificuldade de deixar o hábito de fumar;
- Dificuldade de deixar o hábito de tomar bebidas alcoólicas;
- Sabor da comida sem sal;
- Dúvidas sobre a eficácia do tratamento não medicamentoso;

()Uso de medicamentos que elevem pressão arterial (anticoncepcionais orais, AINEs, anti-histamínicos descongestionantes, antidepressivos tricíclicos, corticosteróides, esteróides anabolizantes, vasoconstritores nasais, ciclosporina, inibidores da monoaminoxidase, alcalóides derivados do “ergot”, moderadores do apetite, altas doses de hormônios tiroideanos, antiácidos ricos em sódio, eritropoetina, cocaína, carbenoxolona, chumbo, cádmio, tálio, cafeína?, etc);

()Outros.

Facilidades que ajudariam o tratamento

13.O que poderia facilitar sua adesão ao tratamento medicamentoso?

()Melhor orientação médica;

()Menor número de tomadas diárias;

()Apoio familiar;

()Fornecimento gratuito das medicações;

()Medicamentos com menos efeitos colaterais;

()Outros.

14.O que poderia facilitar sua adesão ao tratamento não medicamentoso?

()Melhor orientação médica;

()Apoio familiar;

()Dieta hipocalórica com maior variedade de alimentos para escolher e esclarecimento sobre temperos alternativos;

()Campanhas de esclarecimento através da mídia;

()Que no local de trabalho sejam instituídos programas de exercício físico e sessão de relaxamento;

()Maior rigor na rotulagem do conteúdo nutricional dos alimentos;

()Estabelecimento de normas governamentais (leis) para reduzir o conteúdo de sódio e gorduras saturadas dos alimentos industrializados;

()Outros.

UFSC
UFSC
CM
0435

Ex.1

N. Cham. UFSC CM 0435

Autor: Castilho, Juliano

Título: Perfil do paciente hipertenso nã



972808717

Ac. 253584

Ex.1 UFSC BSCCSM

N. Cham. UFSC CM 0435