

KLEBER SERAFIM DAL TOÉ

**ADESÃO E EFICÁCIA DO TRATAMENTO ANTI-
HIPERTENSIVO NO CENTRO DE SAÚDE II ITACORUBI**

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

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

KLEBER SERAFIM DAL TOÉ

**ADESÃO E EFICÁCIA DO TRATAMENTO ANTI-
HIPERTENSIVO NO CENTRO DE SAÚDE II ITACORUBI**

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

Coordenador do Curso: Prof. Edson José Cardoso

Orientador: Prof. Dr. Paulo Fontoura Freitas

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo apoio durante toda a graduação no curso de medicina.

À Karina, minha irmã, pela ajuda na correção ortográfica.

Ao Dr. Paulo Fontoura Freitas, por sua orientação e incentivo.

Ao Dr. Júlio e Cleusa, pela ajuda na coleta de dados e em minha formação como médico e ser humano.

Ao meu amigo Giovanni César Stolf, pela ajuda na coleta de dados.

Aos agentes comunitários de saúde do Itacorubi, por intermediar o contato com os pacientes durante a coleta de dados.

À Universidade Federal de Santa Catarina, por proporcionar-me a oportunidade de ter uma formação médica de forma ampla.

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO.....	01
2 – OBJETIVO.....	04
3 – MÉTODO.....	05
4 – RESULTADOS.....	09
5 – RESUMO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS.....	15
6 – DISCUSSÃO.....	16
7 – CONCLUSÕES.....	21
8 – REFERÊNCIAS.....	22
NORMAS ADOTADAS	24
RESUMO.....	25
SUMARY.....	26
APÊNDICE.....	27

1 – INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional chama atenção no processo de transição epidemiológica atual por ocorrer de modo acelerado¹, aumentando a probabilidade de doenças crônicas não-transmissíveis, que geralmente se manifestam em idades avançadas². Um exemplo é a hipertensão arterial sistêmica (HAS)^{1,3}, que em indivíduos com mais de 18 anos é conceituada como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíacas e vasculares)⁴. No desenvolvimento e agravamento da síndrome hipertensiva concorrem fatores genéticos e ambientais, cuja influência poderá se manifestar de forma isolada ou associada⁵.

A HAS é uma das doenças cardiovasculares mais comuns nas populações urbanas⁶. Sua prevalência (cerca de 15-20%) a torna um importante problema de saúde pública^{5,6}.

É uma doença detectável por meio da medida da pressão arterial (PA)⁷. Seu diagnóstico em adultos é feito quando a média de duas ou mais medidas de PA diastólica, em pelo menos duas consultas subseqüentes, é superior a 90 mmHg; ou quando a medida de várias leituras de PA sistólica, em duas ou mais consultas subseqüentes, situa-se, sistematicamente, acima de 140 mm Hg^{3,4} - números definidos de forma arbitrária para sistematizar o estudo da HAS⁴. Na realidade, podemos ter maior ou menor risco cardiovascular, tanto acima quanto abaixo do número limítrofe, quando o paciente é considerado individualmente⁴.

Por ser a HAS uma doença crônica, geralmente não curável, o objetivo definitivo deve ser entender sua etiologia para prevenir sua ocorrência⁸. Tratar e

até mesmo prevenir a HAS envolve, fundamentalmente, ensinamentos para que se processem mudanças nos hábitos de vida⁴.

O objetivo primordial do tratamento da HAS é a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, em decorrência dos altos níveis tensionais, utilizando-se tanto medidas não medicamentosas isoladas como associadas a medicamentos anti-hipertensivos⁴.

Medidas não medicamentosas são recomendadas como primeiro passo no manejo de pacientes hipertensos e também como meio de prevenir hipertensão, produzindo modestas quedas na PA, com pequena vantagem individual⁹. Todavia, no conjunto populacional representam um enorme benefício à saúde⁹. Com mudanças para uma “dieta saudável” e aumentos moderados da atividade física espera-se a redução na PA entre dois e quatro mm Hg¹⁰. Alguns estudos, como o Framminghan Heart Study, mostram uma forte relação entre HAS e o risco de doença coronariana, acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca e doença arterial periférica^{Apud8}.

A HAS é o principal fator preditivo para AVE (70% dos casos) estando presente também em 75% dos doentes que desenvolvem insuficiência cardíaca^{Apud11}.

Nas últimas quatro décadas, o tratamento da hipertensão teve uma notável evolução¹². Assim, a prevalência das emergências hipertensivas tem diminuído dramaticamente, fazendo com que mortes por AVE e doenças cardiovasculares tenham notável melhora¹², tornando a HAS um dos problemas de saúde pública potencialmente tratável, com mais impacto na sociedade¹¹.

Inquéritos epidemiológicos sobre a prevalência da HAS mostram que muitos dos hipertensos identificados já conhecem sua condição de saúde^{Apud13}. No entanto, somente uma parcela mínima faz tratamento regular e apresenta a PA sob controle, enquanto a maioria usa irregularmente a medicação^{Apud13}. A maior razão para o controle inadequado da PA elevada seria a falta de adesão⁷, que se

caracteriza como 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 saúde⁷.

A falta de adesão ao tratamento da HAS é um obstáculo à prevenção de suas conseqüências¹³. As explicações para a não adesão incluem, entre outras, o tempo de espera pela consulta ou medicação^{11,13}, ausência de sintomas^{5,13}, relação médico-paciente pobre¹³⁻¹⁵, duração do tratamento^{13,15}, efeitos colaterais de drogas^{5,11,13}, ignorância¹³ e o custo do tratamento^{5,13}. Acrescenta-se também, o número de fármacos e a freqüência de tomadas diárias, dificuldade de compreender a doença, bem como, a importância da tomada da medicação para a evolução dela, e ainda, o perfil comportamental do próprio doente, havendo doentes que apresentam maior aderência antes ou após as visitas médicas⁵.

O fato da HAS ser geralmente assintomática faz com que seja ignorada por uma grande percentagem de hipertensos, cujo ceticismo aumenta se a terapêutica trazer efeitos secundários, comprometendo em grau variável seu bem estar⁵. Não espanta, por isso, que o paciente duvide e resista⁵.

A eficácia do tratamento (controle da PA) tem relação direta com a adesão¹³. A baixa adesão aos medicamentos prescritos é a maior causa de falta de controle da PA^{5,14}.

2-OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo geral descrever a adesão ao tratamento anti-hipertensivo medicamentoso e não-medicamentoso e a eficácia do tratamento nos pacientes atendidos no Centro de Saúde II Itacorubi, na cidade de Florianópolis, nos meses de Abril e Maio de 2001.

Como objetivos específicos, o estudo visa a determinar fatores clínicos, terapêuticos e sócio-demográficos associados com a adesão e a eficácia.

3-MÉTODOS

O presente estudo é do tipo transversal.

O estudo foi realizado nos meses de Abril e Maio de 2001, com pacientes atendidos no Centro de Saúde II Itacorubi. Esse centro de saúde é vinculado a prefeitura municipal de Florianópolis e faz parte do programa docente-assistencial da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Para ser incluído no presente estudo os pacientes deveriam:

1. Ter diagnóstico de HAS (PA sistólica maior ou igual a 140 mmHg ou PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg de acordo com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial);
2. Ser atendidos no Centro de Saúde II Itacorubi por médico e/ou acadêmicos do quinto ano da UFSC;
3. Ser cadastrados pelos agentes comunitários de saúde.

Foi utilizado, como instrumento de pesquisa, um questionário aplicado a cada paciente após seu consentimento informado. Foram colhidas informações clínicas, terapêuticas e sócio-demográficas.

No momento do estudo, o Centro de Saúde II Itacorubi contava com 86 pacientes hipertensos cadastrados pelos agentes comunitários de saúde. Desses, 80 foram entrevistados no Centro de Saúde Saco Grande I ou por meio de visitas domiciliares. Os demais não foram encontrados.

Tendo em vista a reforma que estava sendo realizada no Centro de Saúde II Itacorubi durante o período da pesquisa, a medida da PA foi efetuada por enfermeira, por auxiliar de enfermagem ou por médico em outro centro de saúde ou hospital. A PA foi aferida com esfigmomanômetro de mercúrio ou do tipo aneróide (devidamente calibrado quando no Centro de Saúde Saco Grande I,

onde funcionava provisoriamente o Centro de Saúde II Itacorubi). Nos outros locais, em que foram aferidas as pressões arteriais, não se tinha certeza disso. Foi realizada a medida com o paciente na posição sentada, após ter descansado no mínimo dez minutos. Utilizou-se o valor da PA no braço em que foram encontrados valores mais altos. A pressão sistólica foi determinada no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff) e a pressão diastólica no momento do desaparecimento do som (fase V de Korotkoff)⁴. As fontes para retirada de dados de medida da PA foram os cartões de controle dos pacientes ou o registro pelos agentes comunitários de saúde da última medida dela.

O tratamento foi considerado eficaz se a última medida da PA estivesse controlada, ou seja, se a pressão arterial sistólica estivesse menor que 140 mmHg e a pressão arterial diastólica estivesse menor que 90 mmHg (III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial⁴).

Somente os pacientes que utilizavam regularmente a medicação prescrita foram considerados aderentes ao tratamento.

Como fatores de risco maiores para HAS foram verificados:

1. Hábito de fumar;
2. Dislipidemia (colesterol total com valores maiores ou iguais a 240 mg/dL¹⁶);
3. Diabetes mellitus tipo 2 (indivíduos com sintomas evidentes e glicemia plasmática de jejum maior ou igual a 140 mg/dL, ou em realizações a qualquer momento do dia maior ou igual a 200 mg/dL. Além disso, pacientes com glicemia plasmática venosa de jejum maior ou igual a 140 mg/dL, confirmada em duas ou mais ocasiões e indivíduos com glicemia venosa de jejum maior ou igual a 140 mg/dL e que também apresentem glicemias maiores ou iguais a 200 mg/dL duas horas após sobrecarga oral com 75 gramas de glicose anidra¹¹);
4. Sexo masculino;

5. Sexo feminino após a menopausa;
6. História familiar de doença cardiovascular em homem com menos de 65 anos ou mulher com menos de 55 anos.

As lesões em órgãos alvo pesquisadas foram doenças cardíacas (hipertrofia ventricular esquerda, angina ou infarto prévio do miocárdio, revascularização miocárdica previa e insuficiência cardíaca) por meio de radiografia de tórax, eletrocardiografia e entrevista, episódios de isquemia cerebral transitória ou AVE por intermédio de entrevista e presença de nefropatia por meio de informações sobre diagnóstico clínico em consulta médica prévia.

A presença de retinopatia hipertensiva, um tipo de lesão em órgão alvo, não foi realizada devido ao exame de fundo de olho, que diagnostica a lesão, não ser realizado de rotina nos pacientes analisados.

Quanto ao tratamento medicamentoso, pesquisou-se a lembrança de sua prescrição, os fármacos prescritos e o uso deles. Quando não houve adesão, procurou-se saber os motivos.

Em relação ao tratamento não medicamentoso, foram investigados:

1. Restrição ao sódio (consumir até 2,4g de sódio/dia ou até 6g de cloreto de sódio/dia, equivalente a 1 colher de chá);
2. Perda ou manutenção do peso para atingir índice de massa corporal menor que 25;
3. Exercícios físicos regulares (30 a 45 minutos, 3 a 5 vezes por semana, há pelo menos 12 semanas);
4. Aumento da ingestão de potássio (alimentos ricos em potássio: feijão, beterraba, abacaxi, banana, amêndoa, batata, tomate, frutas secas, cenoura, espinafre, amendoim, couve, germe de trigo, mandioca);
5. Restrição de bebidas alcoólicas;
6. Não tabagismo.

Também foi pesquisada a percepção dos pacientes sobre a influência de cada tipo de tratamento em seu estado de saúde.

Os dados foram digitados utilizando o EPI-INFO 6.04. As frequências das variáveis de interesse foram tabuladas.

A presença de uma associação estatística entre os dados clínicos e sócio-demográficos e o desfecho (adesão e eficácia) foi avaliada por meio do teste qui-quadrado para a comparação entre duas ou mais prevalências.

4- RESULTADOS

Dos 80 pacientes hipertensos investigados, 73,8% (59) eram do sexo feminino e 26,2% (21) do sexo masculino.

A idade variou de 34 a 86 anos com predomínio da faixa entre 50 e 70 anos (56%). A média de idade foi de 62,1 anos, a mediana 62,5 anos e o valor mais comum (moda) foi de 68 anos.

Quanto à renda, encontrou-se uma média de R\$ 452,80, considerando-se que o salário mais comum foi o valor do mínimo (26) (R\$ 151,00 na época da coleta de dados). Quando a renda foi dividida em duas categorias, observou-se 65% ganhando até 3 salários mínimos e 35% ganhando mais de 3 salários mínimos.

Dos pacientes estudados, 65% (52) foram atendidos somente por médicos, enquanto que 35% (28) foram atendidos por médicos e estudantes.

O tempo médio desde o diagnóstico da HAS foi de 10,4 anos, observando-se que em mais de 50% ocorreu nos últimos 10 anos, e em torno de 40% nos últimos 5 anos.

Em relação à eficácia (controle da PA) do tratamento, encontrou-se 46,35% dos pacientes com PA controlada e 53,75% não (tabela I).

Quanto à escolaridade, 55% (44) não possuíam 1º grau completo e 45% (36) cursaram o 1º grau integralmente ou tinham escolaridade maior.

Tabela I – Eficácia do tratamento anti-hipertensivo nos pacientes do Centro de Saúde II Itacorubi

Tratamento	Frequência	Percentual
Eficaz	37	46,35%
Não eficaz	43	53,75%
Total	80	100%

O número de fatores de risco para HAS (definidos pelo III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial) situou-se entre 0 e 4. Dos pacientes, 35% (28) tinham 1 fator de risco. Dentre os fatores de risco, 5% (4) fumavam, 39,2% (29) tinham dislipidemia, 28,9% (22) eram diabéticos, 87,5% (70) eram do sexo masculino ou feminino após a menopausa, 28,8% (23) possuíam história familiar de doença cardiovascular em homens com até 65 anos ou mulheres com até 55 anos.

Constatou-se que 17,8 dos pacientes possuíam lesão em órgão alvo; 61,5% (8) relatava angina; 23,1% (3) infarto do miocárdio prévio. Apenas 1 caso apresentava hipertrofia do ventrículo direito e outro insuficiência cardíaca.

Dos entrevistados, 97,5% relataram ter sido prescrita medicação. As medicações receitadas estão distribuídas na tabela II, verificando-se que a mais receitada foi a classe de diuréticos, seguida por inibidores da ECA.

Tabela II – Distribuição dos pacientes em relação à medicação utilizada

Medicação	Frequência	Percentual
Diuréticos	66	82,5%
Inibidores da ECA	22	27,5%
β -bloqueadores	8	10%
α -metildopa	8	10%
Bloqueadores de canais de cálcio	2	2,5%

O uso da medicação prescrita foi regular em 48,7% (38), irregular em 38,5% (30). Os outros, 12,8% (10), não utilizavam a medicação (tabela III).

Tabela III – Adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Centro de Saúde II Itacorubi

Uso da medicação	Frequência	Percentual
Regular	38	48,7%
Irregular	30	38,5%
Não usa	10	12,8%
Total	78	100%

Os principais motivos para a não adesão foram; estar sem sintomas e esquecimento, com 37,5% e 30%, respectivamente. Também foram citados, efeitos colaterais, fim da medicação e dia de folga.

Ao comparar a adesão ao controle da PA (eficácia), observou-se que 60% daqueles que possuíam PA controlada aderiram ao tratamento e 40% não, conforme se observa na tabela IV ($p < 0,10$).

Tabela IV – Relação entre adesão ao tratamento anti-hipertensivo e eficácia do tratamento no Centro de Saúde II Itacorubi

	Tratamento eficaz	Tratamento não eficaz	Total
Adesão	21 (60%)	17 (39,5%)	38
Não adesão	14 (40%)	26 (60,5%)	40
Total	35 (100%)	43 (100%)	78

Ao se comparar escolaridade e adesão não se encontrou diferenças significativas nas prevalências nos 2 grupos ($p=NS$). Comparada à eficácia também se encontrou valores semelhantes ($p=NS$).

Em relação ao sexo, encontrou-se maior adesão ao tratamento no sexo feminino (54,4%) do que no sexo masculino (33,3%) ($p=NS$), de acordo com a tabela V.

Tabela V – Relação entre sexo e adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Centro de Saúde II Itacorubi

	Sexo feminino	Sexo masculino	Total
Adesão	31 (54,4%)	7 (33,3%)	38
Não adesão	26 (45,6%)	14 (66,7%)	40
Total	57 (100%)	21 (100%)	78

A eficácia do tratamento foi semelhante quando comparados os sexos ($p=NS$).

Em relação ao tempo de diagnóstico não foram encontradas diferenças de adesão ao comparar os dois grupos (com diagnóstico até 10 anos e há mais de 10 anos) ($p=NS$), o que também foi verificado quando comparou-se à eficácia do tratamento ($p=NS$).

Quando se comparou renda e adesão ao tratamento medicamentoso se encontrou prevalência maior de adesão no grupo com renda de até 3 salários mínimos (53,8%), comparado a 38,5% do grupo com renda maior que 3 salários mínimos, mas sem significância estatística. Por outro lado, em relação a eficácia do tratamento aquele grupo com mais de 3 salários mínimos apresenta prevalência maior (60,7%) do que no grupo com menos de 3 salários mínimos (38,5%) ($p<0,10$), como exposto na tabela VI.

Tabela VI – Relação entre renda e eficácia no tratamento da HAS no Centro de Saúde II Itacorubi

	Tratamento eficaz	Tratamento não eficaz	Total
Renda mensal de até 3 salários mínimos	20 (38,5%)	32 (61,5%)	52 (100%)
Renda mensal maior que 3 salários mínimos	17 (60,7%)	11 (39,3%)	28 (100%)
Total	37	11	80

Tocante ao tratamento não medicamentoso, a lembrança de sua prescrição pelo médico e a adesão a cada tipo de tratamento estão expostos na tabela VII.

Tabela VII – Lembrança da prescrição médica dos tratamentos não medicamentosos e adesão aos mesmos

Tratamento não medicamentoso	Prescrição médica	Adesão
Restrição salina	70 (87,5%)	46 (67,5%)
Perda ou manutenção do peso	45 (56,3%)	23 (51,1%)
Exercícios físicos regulares	72 (90%)	25 (37,5%)
Aumento da ingestão de potássio	39 (48,8%)	35 (89,7%)
Não etilismo	52 (65%)	46 (86,7%)
Não tabagismo	63 (78,8%)	60 (95,2%)

Os principais motivos para a não adesão foram o gosto desagradável e hábito familiar responsáveis por quase 90% do não seguimento da restrição salina. Referente a perder peso ou mantê-lo, os principais motivos foram não saber e não querer. Em relação a exercícios físicos regulares, quase um terço não aderiu devido a problemas físicos. A respeito de aumento da ingestão de alimentos ricos em potássio, as principais causas foram o gosto desagradável e se sentir mal.

A percepção do paciente em relação à influência de cada tipo de tratamento na sua doença (HAS) está descrito na tabela VIII.

Tabela VIII – Percepção do paciente sobre a modificação de seu estado de saúde pelo tratamento

Tratamento	Melhora	Não altera	Piora
Medicamentoso	67 (83,3%)	11 (13,8%)	2 (2,5%)
Restrição salina	70 (87,5%)	10 (12,5%)	0
Perda ou manutenção do peso	56 (70%)	23 (28,8%)	1 (1,3%)
Exercícios físicos regulares	70 (87,5%)	9 (11,3%)	1 (1,3%)
Aumento da ingestão de potássio	36 (45%)	58 (47,5%)	6 (7,5%)
Não etilismo	76 (95%)	4 (5%)	0
Não tabagismo	71 (88,8%)	6 (7,5%)	3 (3,8%)

Ao se comparar o seguimento à restrição salina à adesão ao tratamento medicamentoso, observou-se que daqueles que aderiram ao segundo, 82,4% (28) seguiam a restrição salina e 17,6% (6) não (tabela IX). Essa associação foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabela IX – Relação entre adesão à restrição salina e adesão ao tratamento medicamentoso no Centro de Saúde II Itacorubi

	Adesão ao tratamento medicamentoso	Não adesão ao tratamento medicamentoso	Total
Restrição salina	28 (82,4%)	18 (52,9%)	46
Não restrição salina	6 (17,6%)	16 (47,1%)	22
Total	34 (100%)	34 (100%)	68

5- RESUMO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS

1. O tratamento foi eficaz em 46,35% dos pacientes;
2. A adesão ao tratamento medicamentoso ocorreu em 48,7% dos casos;
3. Entre os que aderiram ao tratamento, a eficácia foi maior do que entre aqueles que não aderiram ($p < 0,10$);
4. O tempo de identificação da doença não interferiu na adesão, nem na eficácia do tratamento;
5. A adesão foi maior no sexo feminino. A eficácia foi semelhante entre os sexos;
6. A renda familiar mensal não interferiu na adesão, porém quanto maior a renda mais eficaz o tratamento ($p < 0,10$);
7. A escolaridade não teve influência sobre a adesão ou sobre a eficácia do tratamento;
8. A adesão ao tratamento não medicamentoso foi de 65,7% na restrição salina, 51,1% na manutenção ou perda de peso, 37,5% no caso de exercícios físicos regulares, 89,7% no aumento da ingestão de potássio, 86,7% no não etilismo e 95,2% no não tabagismo;
9. Dos pacientes que seguiram a restrição salina, 60,9% aderiram ao tratamento medicamentoso ($p < 0,05$).

6 – DISCUSSÃO

Estudos anteriores apresentam resultados controversos entre si a respeito de adesão, eficácia do tratamento anti-hipertensivo e motivos para a não adesão ao tratamento. Resultados esses que variam conforme o local do estudo e o nível de atenção em que os pacientes são atendidos. Justificou-se, portanto, a realização do estudo no Centro de Saúde II Itacorubi, tendo em vista determinar a adesão e eficácia para o local.

A predominância do sexo feminino em nossa casuística (73,8%) está de acordo com outros trabalhos como o de Braga, CC et al em Londrina, que encontrou 70,6% de mulheres¹⁷ ou o de Lessa, I e Fonseca, J em Salvador que encontrou 88% de mulheres¹⁸. Apesar da HAS ser mais comum em homens³, esse fato talvez possa ser explicado por uma maior procura pelas mulheres dos serviços de atenção primária como no serviço de Londrina¹⁷.

O critério de análise da eficácia utilizados no presente estudo (apenas uma medida da PA) não foi o ideal. Por outro lado, a análise dos valores da PA, desde o início do acompanhamento, permitiria conhecer melhor o perfil de controle de cada paciente, porém foi inviável na época de sua realização, visto que os prontuários dos pacientes se encontravam retidos pela Prefeitura Municipal de Florianópolis devido as reformas no Centro de Saúde II Itacorubi. A medida da PA realizada pelos médicos, enfermeiros ou auxiliares de enfermagem, e não por um dos investigadores, foi proposital, de modo a não induzir a elevação da PA de pacientes porventura controlados, quando medida por observadores estranhos ao serviço.

Os resultados desse estudo, em relação à eficácia, foram de 46,3% e podem ser considerados altos, se comparados a estudos, que utilizaram critérios

semelhantes para analisar a eficácia, como o de Lessa, I; Santo, MEGE e Evangelista Filho, D¹³ com 18,8%, estudos como o de Hafe, P et al¹¹ com 17,1% ou a estudos como o de Lessa, I e Fonseca J¹⁸ com 24%. Mas esse resultado pode ser considerado baixo se comparada ao estudo de Braga, CC et al¹⁷ que atinge uma eficácia de 74,1%. Encontra-se como semelhança entre o presente estudo e o de Braga, CC et al o fato de ambos estudarem pacientes atendidos em níveis de atenção primária. Os outros estudos foram realizados em pacientes de ambulatório de hospitais, portanto, nível secundário ou terciário. Como explicação para esse achado podemos especular a melhor relação médico-paciente no nível de atenção primária, a menor espera pela consulta ou o fato dos pacientes de difícil controle serem encaminhados ao nível de atenção secundária ou terciária.

A adesão ao tratamento medicamentoso foi considerada como adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelo fato de que é o tipo de tratamento que mais influencia na eficácia^{7,9,15}. O tratamento não medicamentoso produz modestas quedas na PA, com pequena influência na eficácia individual, mas com influência considerável no conjunto populacional^{9,10}, tendo relevância pequena nesse estudo. Comparado com o estudo de Coelho, AM; Coelho R, et al que encontrou 51% de uso regular de medicamentos, 33% de uso irregular de medicamentos e 16% de não uso de medicamentos prescritos⁵, temos níveis de adesão semelhantes, 46,7% de uso regular de medicamentos, 38,5% de uso irregular de medicamentos e 12,8% de não uso de medicamentos prescritos.

Como no estudo de Sarquis, LMM et al⁷, encontramos maior eficácia no grupo com maior adesão ao tratamento.

O principal motivo para não adesão ao tratamento foi a ausência de sintomas ao contrário de outros estudos como o de Burnier, M que encontrou como principal causa o dia de folga da medicação (“drug holiday”)¹⁵. Causou surpresa o fato de que apenas 6 pacientes deixaram de aderir ao tratamento por ter

acabado a medicação, pois o Centro de Saúde II Itacorubi estava em reformas e os pacientes tinham que se deslocar até outros locais para conseguir a medicação.

Estudos como os de Magro, MCS et al, mostraram uma relação entre baixa escolaridade e não adesão ao tratamento¹⁹, o que não apareceu neste estudo, onde os resultados não alcançaram significância estatística.

O presente estudo mostrou que as mulheres aderiram ao tratamento mais freqüentemente que os homens, como no trabalho de Lessa, I; Evangelista Filho, D e Santo MEGE¹³.

O tempo de identificação da doença não interferiu na adesão ao tratamento. A literatura é discordante em relação a esse assunto. O estudo de Magro, MCS mostrou grande concentração de pacientes não aderentes com diagnóstico há até 10 anos¹⁹, ao contrário do estudo de Lessa, I e Fonseca, J, que demonstrou que 62,8% dos pacientes não aderentes tinham diagnóstico há mais de 10 anos¹³.

Encontra-se maior eficácia no grupo que ganha mais de 3 salários mínimos (60,7%) ($p < 0,10$), enquanto que a adesão foi discretamente maior no grupo que ganha até 3 salários mínimos. Não foi encontrado na literatura estudo semelhante a esse, que compare a renda mensal familiar à adesão ou à eficácia do tratamento anti-hipertensivo.

A análise do tratamento medicamentoso mostrou grande lembrança da prescrição médica em alguns tipos de tratamento como restrição salina, exercícios físicos regulares e não tabagismo. Obteve-se valores baixos quando se perguntou sobre peso e aumento da ingestão de potássio. Diante desses achados, sugere-se que os médicos comentem mais sobre esses tipos de tratamento durante a consulta, não só para que obtenha melhora da PA, mas também para que melhore qualidade de vida de seu paciente.

A adesão a alguns tipos de tratamento foi alta, como nos casos de não tabagismo, aumento da ingestão de potássio e não etilismo. Quanto à restrição

salina, apenas 65,7% aderiram devido ao gosto desagradável dos alimentos sem o sódio. A solução para esse problema seria que se encontrasse um substituto para o sódio com gosto agradável. Com referência aos exercícios físicos cerca de um terço usou como motivo problemas físicos. Talvez isso tenha ocorrido em virtude da casuística estudada ser de idade avançada - em média 62,1 anos de idade - faixa etária em que aumenta a probabilidade de expressão de doença crônicas não-transmissíveis². Metade dos pacientes aderiu a manutenção ou redução do peso. A maioria dos pacientes que não aderiram, não queriam ou não sabiam o motivo, portanto é difícil propor uma maneira de contornar esse problema. Não foram encontrados dados na literatura para que se pudesse comparar com os obtidos no presente trabalho.

Mesmo que em alguns tratamentos a lembrança da prescrição médica tenha sido baixa, mais de dois terços dos pacientes acha que os tratamentos recomendados pelo III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial melhoram a sua doença, tanto em relação ao tratamento medicamentoso, quanto ao não medicamentoso. Somente em relação ao aumento da ingestão de potássio, demonstrou-se desconhecimento por parte dos pacientes sobre a atuação desse tipo de tratamento na melhora da PA. Apenas 45% disseram que melhora sua doença. Diante do exposto, sugere-se dedicar maior tempo da consulta médica para comentar sobre esse tipo de tratamento (aumento da ingestão de potássio), uma vez que a adesão a ele foi de quase 90%.

Encontrou-se associação estatística significativa entre o seguimento à restrição salina e adesão ao tratamento medicamentoso. Verificou-se que os pacientes que aderiram à restrição salina foram mais disciplinados a seguir regularmente a prescrição medicamentosa.

Pelo presente estudo percebeu-se uma melhor eficácia no tratamento anti-hipertensivo, mas ainda está longe de valores que possam ser considerados ideais, fazendo com que diminua ainda mais as complicações que a HAS pode

trazer. Para que se resolva este grande problema da não adesão ao tratamento são necessárias mudanças comportamentais^{14,20}, como as propostas por Willey, C, que preconiza recompensas, serviços de monitoramento e técnicas de memorização para indivíduos em estádios avançados de mudança de comportamento, e também intervenções no sentido de conscientizar o paciente dos benefícios da terapia em casos de estádios iniciais de mudança comportamental²⁰. Contudo, antes de iniciar essa terapia é necessário mostrar ao doente a afecção que o acomete, ainda que possa ser uma intervenção iatrogênica⁵. Esta condição é fundamental para que se obtenha sua adesão. Podemos compensar esta condição intensificando os esforços para diminuir os efeitos secundários da medicação, dando especial atenção ao estudo de sua repercussão na qualidade de vida.

7 – CONCLUSÕES

Quanto à adesão, que ocorreu em quase metade dos pacientes, conclui-se que:

1. Não sofre influência do tempo de identificação da doença;
2. É maior no sexo feminino;
3. Não é influenciada pela renda familiar mensal;
4. Não se relaciona à escolaridade;
5. É maior nos pacientes que seguiram a restrição salina.

Em relação à eficácia do tratamento, que aconteceu em quase metade dos pacientes, conclui-se que:

1. Não sofre influência do tempo de identificação da doença;
2. É semelhante nos sexos masculino e feminino;
3. É maior no grupo com renda familiar mensal mais elevada;
4. Não é influenciada pela escolaridade.

Quanto à adesão ao tratamento não medicamentoso chega-se a conclusão que:

1. É maior ao não tabagismo seguida pelo aumento da ingestão de potássio e pelo não etilismo.

8-REFERÊNCIAS

1. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Rev Saúde Publ S Paulo 1997;21:200-10
2. Lessa I, Doenças crônicas não-transmissíveis: Bases epidemiológicas. In: FUTURA. Epidemiologia & saúde. 5ª edição. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. P.285-99.
3. Oparil S, Hipertensão arterial. In: Cooper Jr JAD, Pappas PG. Cecil tratado de medicina interna. 20ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.P.285-301.
4. Kohlmann O, Guimarães AC, Carvalho MHC, Chaves Jr HC, Machado, Praxedes JN, et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. 1ª edição. Campos do Jordão-SP: BG Cultural; 1998.
5. 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.
6. Frolich ED. Pathophysiologi: Disease mechanisms. In: Pine JW. Evaluation and treatment. 1ª edição. Baltimore: Willians & Wilkins; 1998.P.3-22.
7. Sarquis LMM, Gallani MCJB, 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.
8. Lenfant C. High blood pressure: some answers, new questions, continuing challenges. JAMA 1996;275(20):1604-6.
9. Alderman MH. Non pharmacological treatment of hypertension. Lancet 1994;344:307-11.

10. Margetts BM, Little P, Warm D. Interaction between physical activity and diet: implications for blood pressure management in primary care. *Public Health Nutr* 1999;2(3A):377-82.
11. Hafe P, Andrade MJ, Fernando PB, Lopes C, Maciel MJ, Coelho R, et al. Prevalência, conhecimento e controlo da hipertensão arterial no Porto, Portugal. *Rev Port Cardiol* 1997;16(9):683-90.
12. Frohlich ED. The necessity for recognition and treatment of patients with "mild" hypertension. *JACC* 1999;34(5):1369-77.
13. Lessa I, Evangelista Filho D, Santo MEGE. Adesão, eficácia e custo do tratamento da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* 1983;41(2):119-23.
14. Waeber B, Burnier M, Brenner HR. How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients? *J Cardiovasc Pharmacol* 2000;35(suppl 3):S23-6.
15. Burnier M. Long term compliance with antihypertensive therapy: another facet of chronotherapeutics in hypertension. *Blood Press Monit* 2000;5(suppl 1):S31-4.
16. Consenso Brasileiro sobre Dislipidemias – Detecção – Avaliação – Tratamento. *Arq Bras Cardiol* 1994;63(supl):1-13.
17. Braga CC, et al. Perfil dos pacientes hipertensos atendidos no posto de saúde Jardim Santiago – Londrina – PR. *Semina* 1994;5:11-6.
18. Lessa I, Fonseca J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* 1997;68(6):443-9.
19. 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.
20. Willey C. Behavior-changing methods for improving adherence to medication. *Curr Hypertens Rep* 1999;1(6):477-81.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi digitado com base nas normas da resolução nº 003/00 do colegiado do curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever a adesão e a eficácia do tratamento de anti-hipertensivo no Centro Saúde II Itacorubi. Os pacientes deveriam ter o diagnóstico de HAS, em conformidade com o 3º Consenso brasileiro, e serem registrados pelos agentes de comunitários de saúde. Foi aplicado um questionário para se obter informações clínicas, terapêuticas e sócio-demográficas. Dos 30 pacientes estudados, 46,35% tiveram a PA controlada (eficácia) e 48,7% fizeram uso regular dos medicamentos (adesão), esses com 60% de eficácia ($p < 0,10$). A adesão foi de 54,1% nas mulheres e 82,4% nos pacientes que seguiram a restrição salina ($p < 0,05$). A eficácia foi de 54,1% no grupo com renda familiar mensal maior que 453 reais ($p < 0,10$). A lembrança de cada tratamento não medicamentoso ocorreu em mais da metade das consultas. A adesão a eles variou de 37,5% (exercícios físicos regulares) a 95,2% (não-tabagismo). Com esses dados, conclui-se que cerca da metade dos pacientes aderiram ao tratamento, principalmente as mulheres e o grupo que seguiu a restrição salina. O tratamento foi eficaz em metade dos pacientes, especialmente quando a renda familiar mensal era maior que 453 reais e no grupo que teve adesão. O tratamento não medicamentoso mais lembrado foi exercícios físicos regulares e o que teve maior adesão foi o aumento da ingestão de potássio.

SUMMARY

The purpose of this study was to describe the adherence and the efficacy of the anti-hypertensive treatment at Centro de Saúde II Itacorubi. The patients should have had the diagnosis of systemic hypertension established according to the 3rd Brazilian Consensus, and from records by the health community agent. The patients answered a questionnaire about clinics, therapeutics, and social-demographic issues. Out of 80 patients studied, 46,35% had the arterial blood pressure controlled (efficacy) and 48,7% take medication regularly (adhesion), those with 60% of efficacy ($p < 0,10$). The adhesion was 54,1% among women and 82,4% among patients witch followed the salt restriction ($p < 0,05$). The efficacy was 54,1% in the group with a monthly familiar income greater than 453 reais ($p < 0,10$). The recall for each non-pharmacological treatment prescription appeared in more that half of the consultations. This adhesion varied from 37,5% (regular physical exercises) to 95,2% (non smoking). From the results we conclude that half of patients had adhered to treatment, mainly women and the group witch followed the salt restriction. The treatment was efficacious in half of the patients, greater when the monthly familiar income was bigger than 453 reais and in the group that had adhered. The most non-pharmacological treatment recalled was regular physical exercises and the most important adhesion was increase of the potassium intake.

APÊNDICE

INSTRUMENTO I

Avaliação do paciente hipertenso no Centro de Saúde II Itacorubi.

1. Qual o seu nome?
2. Qual sua idade?
4. Sexo masculino ou feminino?
5. Qual a sua PA na última vez que mediu?
6. Há quanto tempo sabe que tem pressão alta?
7. Foi atendido por médico e estudante de medicina ou somente por médico?
8. Estudou até que série no colégio (escolaridade) ?
 - () analfabeto () 2º grau completo
 - () 1º grau incompleto () 3º grau incompleto
 - () 1º grau completo () 3º grau completo
 - () 2º grau incompleto
9. Qual seu estado civil?
 - () casado(a) () união estável
 - () solteiro(a) () separado(a)
 - () viúvo(a)
10. Qual a renda familiar mensal?

11. Sobre os fatores de risco maiores para HAS:

- A. É fumante?
- B. Tem dislipidemia (colesterol total maior ou igual a 240 mg/dL)?
- C. Tem diabetes mellitus (diagnóstico clínico)?
- D. É do sexo masculino ou do sexo feminino após a menopausa?
- E. Tem história na família de doenças cardiovasculares (infarto, acidente vascular encefálico, doenças do coração) em homens com menos de 55 anos ou mulheres com menos de 65 anos?

12.1 Tem lesões em órgão alvo (conforme exames complementares e anamnese)?

12.2 Se tem lesão em órgão alvo, qual?

13. Sobre o tratamento medicamentoso:

- A. O médico receitou algum remédio?
- B. Se sim qual?
- C. Acha que os remédios receitados podem ajudar a melhorar sua doença?
 melhora piora não interfere
- D. Caso tenha sido receitada medicação, como usa ela?
 regularmente (todos os dias)
 irregularmente (nem sempre)
 não usa
- E. Caso não use regularmente, qual o motivo?

14. Em relação ao tratamento não medicamentoso:

14.1. Restrição ao sódio (consumir até 2,4g de sódio/dia ou até 6g de cloreto de sódio/dia, equivalente a 1 colher de chá).

- A. O médico comentou alguma coisa sobre o uso de sal na comida?
- B. Se sim o que?

C. Acha que comer comida com pouco sal pode ajudar no tratamento de sua doença?

melhora piora não interfere

D. Caso o médico tenha sugerido comer pouco sal, está seguindo?

E. Se não segue, por que?

14.2. Perda de peso para índice de massa corporal menor que 25.

A. O médico falou alguma coisa sobre o seu peso?

B. Se sim, o que?

C. Acha que reduzir ou manter seu peso poderia ajudar no tratamento de sua doença?

melhora piora não interfere

D. Caso o médico tenha proposto este tratamento, está conseguindo seguir?

E. Se não consegue seguir, por que?

14.3 Exercícios físicos regulares (30 a 45 minutos, 3 a 5 vezes por semana, há pelo menos 12 semanas).

A. O médico falou algo sobre exercícios físicos?

B. Se sim, o que?

C. Acha que fazer exercícios físicos regulares pode ajudar no tratamento de sua doença?

melhora piora não interfere

D. Caso o médico tenha proposto este tratamento, está seguindo?

E. Se não consegue seguir, por que?

14.4 Aumento da ingestão de potássio (alimentos ricos em potássio: feijão, beterraba, abacaxi, banana, amêndoa, batata, tomate, frutas secas, cenoura, espinafre, amendoim, couve, germe de trigo, mandioca).

- A. O médico falou algo sobre alimentos ricos em potássio?
- B. Se sim, o que?
- C. Acha que comer esses alimentos pode ajudar no tratamento de sua doença?
 melhora piora não interfere
- D. Caso o médico tenha proposto esse tratamento, está seguindo?
- E. Se não segue, por que?

14.5 Restrição de bebidas alcoólicas.

- A. Bebia antes de iniciar o tratamento para HAS?
- B. O médico falou algo sobre bebidas alcoólicas?
- C. Se sim, o que?
- D. Acha que seguir esta orientação ajudar no tratamento de sua doença?
 melhora piora não interfere
- E. Caso o médico tenha proposto este tratamento, está seguindo?
- F. Se não está seguindo, por que?

14.6 Não tabagismo.

- A. Fumava antes de iniciar o tratamento da HAS?
- B. O médico falou algo sobre fumar?
- C. Se sim, o que?
- D. Acha que não fumar pode ajudar no tratamento de sua doença?
 melhora piora não interfere
- E. Caso o médico tenha proposto este tratamento, está seguindo?
- F. Se não segue, por que?

TCC
UFSC
SP
0029

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC SP 0029

Autor: Dal Toè Kleber Ser

Título: Adesão e eficácia do tratamento



972809390

Ac. 254107

Ex.1 UFSC BSCCSM