

ANÁLISE DA ADESÃO DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM GRUPOS DO HIPERDIA NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL - PR

SANTOS, Rodrigo Ribeiro Bicalho¹
HUBIE, Ana Paula Sakr²

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é um problema de saúde pública, em decorrência das baixas taxas de controle e altas taxas de morbidades, mortalidade assim como sua prevalência. O objetivo desse estudo teve por embasamento a análise dos fatores mais prevalentes que possam prejudicar numa má adesão do tratamento tanto medicamentoso quanto o não medicamentoso. O método escolhido para essa pesquisa foi de delineamento transversal de base populacional de modo quantitativo e qualitativo dos resultados obtidos; a qual foi respondido um questionário perante os voluntários do grupo Hiperdia dos seguintes postos de saúde: Unidade Saúde da Família - Santo Onofre, Unidade Saúde da Família - Periollo e na Unidade Básica de Saúde - Vila Tolentino; ambos localizados no município de Cascavel – PR. Os resultados da pesquisa foram mensurados a partir dos 50 voluntários do grupo, ambos portadores da HAS, com idade média de 63,9 anos com prevalência de 56% do sexo feminino. Conclui-se no estudo que a idade, nível educacional, ingestão frequente de sal, ausência de dieta e atividade física regular são os fatores mais prevalentes que possam interferir na adesão do tratamento; com menor relevância o custo dos fármacos, disponibilidade dos mesmos e o uso nos horários corretos, assim também como dúvidas no tratamento e às suas complicações.

PALAVRAS-CHAVE: Adesão, Tratamento, Hipertensão Arterial Sistêmica, Hiperdia.

ANALYSIS OF ADHERENCE TO DRUG AND NON-DRUG TREATMENT OF SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION IN GROUPS OF HYPERDIA IN THE MUNICIPALITY OF CASCAVEL – PR

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a public health problem due to low control rates, high morbidity rates, mortality as well as its prevalence. The objective of this study was based on the analysis of the most prevalent factors that could impair the poor adherence of both drug and non-drug treatment. The method chosen for this research was a cross-sectional population-based design, quantitative and qualitative of the results obtained; which answered a questionnaire to the volunteers of the Hyperdia group of the following health posts: Family Health Unit - Santo Onofre, Family Health Unit - Periollo and at the Basic Health Unit - Vila Tolentino; both located in the municipality of Cascavel - PR. The results of the survey were measured from the 50 volunteers in the group, both with hypertension, with a mean age of 63.9 years, with a prevalence of 56% of the female sex. It was concluded that age, educational level, frequent salt intake, lack of diet and regular physical activity are the most prevalent factors that may interfere with treatment adherence; with less relevance the cost of the drugs, their availability and the use at the correct times, as well as doubts in the treatment and its complications.

KEYWORDS: Accession, Treatment, Systemic Arterial Hypertension, Hyperdia.

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica relatada, sistematicamente, como pressão arterial sistólica igual ou maior de 140mmhg e pressão arterial diastólica igual ou maior que

¹ Discente do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Medicina. E-mail: rodrigo_bsjc@hotmail.com

² Docente do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Graduação em Medicina – FAG, Especialista com Residência em Medicina de Família e Comunidade pelo Hospital São Lucas - FAG e Mestre em Ensino nas ciências da saúde – Faculdade Pequeno Príncipe. E-mail: anahubie@hotmail.com

de 90mmhg, sendo diagnosticada na posição recomendada que é sentada; as aferições nas posições ortostática e supina devem ser feitas pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos, tanto quanto em todas as avaliações em: idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoolistas e paciente em uso de medicação anti-hipertensiva. Lembrando-se que em cada consulta deverão ser realizadas pelo menos três medidas.

Silenciosa, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais prevalente doença vascular no mundo e o mais potente fator de risco para doenças cerebrovasculares, predominante causa de morte no Brasil. Em 2008, 2.969 óbitos foram registrados em excesso pelas doenças cerebrovasculares em comparação ao total de óbitos por doenças isquêmicas do coração; portanto, a importância social da HAS é incontestável (LESSA, 2010).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, sendo considerada um problema de saúde pública em âmbito mundial. Em 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é de 29%. Estudos realizados no Brasil revelaram que a prevalência da hipertensão variou entre 22,3 e 43,9%, com média de 32,5% (RADOVANOVIC *et al*, 2014).

Atenção Primária em Saúde (APS) é responsável pelo atendimento de prevenção, promoção da saúde, esse atendimento é caracterizado como primeiro contato, e é realizado nas Unidades Básicas, pela Saúde da Família, Estratégia da família. Já os pontos de atenção secundária atende a média complexidade, ou seja, as especialidades, e seu atendimento é realizado em hospitais de médio porte e terciária que presta serviços de alta complexidade (MISQUITA, 2016).

Há uma grande necessidade de se fazer um atendimento que atenda as demandas e que seja de forma continua para evitar agravamento, principalmente no caso das doenças crônicas (MENDES, 2011).

Além de que as morbidades proporcionadas pela HAS são causas de afastamento do trabalho, até mesmo sua aposentadoria por invalidez, prejudicando não só o portador, mas também os familiares mais próximos, impactando até mesmo a relação com o (Produto Interno Bruto) PIB nacional devido aos altos custos dos medicamentos oferecidos a esses pacientes e as suas incapacidades em exercer uma função perante a sociedade.

O custo anual para tratamento da HAS no Sistema Único de Saúde foi de aproximadamente R\$ 969.231.436,00 e no Sistema Suplementar de Saúde, de R\$ 662.646.950. O custo total com o tratamento da HAS representou 0,08% do produto interno bruto (PIB) brasileiro em 2005 (KOHLMANN *et al*, 2010).

O tratamento da HAS é baseado não só nos medicamentos (há muitos tipos de drogas usadas para tratar a pressão: diuréticos, inibidores da angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio,

bloqueadores de beta e IECAs. Em geral, os diuréticos são o primeiro remédio recomendado para os hipertensos, todavia pode-se optar por outra droga) mas como também nas mudanças do estilo de vida, buscando hábitos mais saudáveis (atividade física regular, cessamento do tabagismo, dieta saudável; principalmente com baixo teor de sódio, reduzir ingestão de álcool e um IMC adequado).

O objetivo do presente trabalho foi levantar e analisar quais os fatores mais marcantes e prevalentes, que levam a má adesão ao tratamento tanto medicamentoso, quanto não medicamentoso da HAS. Com o propósito de aperfeiçoar a terapêutica, canalizando numa atenção mais focada nos indivíduos, que possam possuir uma HAS mal controlada devido a algum desses fatores demarcados no questionário: idade, discriminação, custo dos medicamentos, acessibilidade, indisponibilidade de medicamento no próprio posto, uso inadequado do medicamento, mal entendimento do tratamento, dúvidas relacionadas a moléstia, não ajuda por parte dos familiares, sedentarismo, dieta mal controlada e entre outros possíveis empasses que o portador tem ou deverá enfrentar ao longo da intervenção.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FATORES QUE INFLUENCIAM NA MÁ ADESÃO DO TRATAMENTO DA HAS

No estudo publicado pela Revista Latino-Americana de Enfermagem, segundo Edward *et al.* (2015), em relação aos fatores que influenciam a adesão ao tratamento, pesquisadores apontam a multicausalidade, ou seja, a adesão depende da doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias), do tratamento (medicamento consumido), de características e crenças das pessoas (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico), dos hábitos de vida, dos aspectos culturais (não percepção da seriedade da doença, desconhecimento, a doença no contexto familiar e autoestima) e do modo como as pessoas com HAS se relacionam com o serviço de saúde.

Acredita-se que as crenças de acordo com as quais as pessoas tendem a viver afetam diretamente os hipertensos na forma como enfrentam a doença e o tratamento dessa enfermidade. Dentre as políticas públicas para o controle da doença hipertensiva, a educação em saúde tem sido apontada como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento (VIANA *et al.*, 2003).

Os principais motivos alegados por aqueles que não aderiam ao tratamento medicamentoso, *esquecimento e achar que a pressão arterial estava controlada*, revelam a necessidade de se estabelecer medidas que permitam ao hipertenso compreender adequadamente a hipertensão arterial e a importância da adaptação a

uma situação que exige mudanças comportamentais contínuas e que favoreça o cumprimento das medidas terapêuticas indicadas (GIROTTTO *et al.*, 2013, p. 1769).

De acordo com o National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI), os principais fatores de risco para a HAS são a idade, raça, sexo, sobrepeso ou obesidade e hábitos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tabagismo e consumo excessivo de sal. Outros fatores de risco estão associados com a pressão arterial elevada, como a predisposição genética e o estresse (SILVA *et al.*, 2016).

A adesão ao tratamento pode ser caracterizada pelo grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente. Destacam-se os aspectos do comportamento do indivíduo em relação à sua saúde: em termos de tomar o medicamento corretamente, seguimento das orientações dos profissionais relacionadas a dietas e mudanças no estilo de vida e comparecimento às consultas médicas (KOHLMANN *et al.*, 2002).

Uma tentativa dos sujeitos de negar uma parte da realidade, no caso, o tratamento não farmacológico, e de depositar, no médico e na medicação, o poder de controlar sua pressão - como se apenas estas duas práticas fossem responsáveis pela diminuição dos níveis pressóricos. Isto poderia ser explicado pela dificuldade que muitos pacientes relatam na prática clínica em mudar um hábito ou um estilo de vida. Principalmente, considerando a existência de algumas prescrições de restrições altamente frustrantes, como os chamados prazeres da vida, tais como dietas alimentares, fumo e álcool (VIANA *et al.*, 2003).

Fumantes com hipertensão tratada mostraram uma maior proporção de HVE (homens), microalbuminúria e pior controle da pressão arterial diastólica que não fumantes refletindo menos adesão ao tratamento medicamentoso em fumantes ou que fumar prejudica os efeitos farmacológicos de medicamentos anti-hipertensivos (SOUZA *et al.*, 2015). “A hipertrofia ventricular esquerda (HVE) representa uma resposta adaptativa do coração à hipertensão arterial” (ROBERTO *et al.*, 2008, p. 71).

2.2 QUESTÕES PÚBLICAS EM DECORRÊNCIA DA HAS

O Brasil tem um elevado custo social com a hipertensão não controlada. Porém, pior do que a não-adesão é a descontinuidade do fornecimento ou reposição da medicação nos serviços de atenção básica, onde se insere a maioria daqueles que conseguem acesso à assistência, ainda sem lesão de órgão-alvo (LESSA, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 600 milhões de pessoas tenham hipertensão arterial sistêmica (HAS) e ocorram 7,1 milhões de mortes anuais decorrentes dessa doença. Estudos indicam crescimento mundial de 60% dos casos da doença para 2025. A hipertensão arterial acarreta aumento dos custos dos sistemas de saúde e tem afetado a economia global (MALTA *et al*, 2017).

No Brasil, o custo anual estimado para o tratamento da hipertensão arterial no sistema público de saúde foi de US\$ 398,9 milhões e representou 1,43% dos gastos totais do SUS (MARINHO, 2011).

O impacto da HAS na saúde não se restringe apenas à sua elevada mortalidade, mas também pelas internações hospitalares e consequentemente, maiores gastos em saúde (NAKAMOTO, 2012).

O número das internações por HAS no Brasil em 2010 chegou a 96.574, mas comparados aos anos anteriores teve uma redução de 17,3% (DINIZ, 2010). Enquanto 31% dos custos financeiros são com a HAS, 75% são com doenças cardiovasculares, tendo esta uma relação direta e positiva com risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Dados da pesquisa de risco global da hipertensão estima que em 2025 haja 1,6 bilhão de pacientes no mundo. A hipertensão arterial é responsável por 10% de todo o custo global de saúde, com um gasto estimado em US\$ 370 bilhões de dólares por ano (SBH, 2016).

Sabendo da multicausalidade, da difícil adesão do tratamento, da cronicidade da doença e dos seus prejuízos, segundo Weschenfelder (2012), o Ministério da Saúde criou em 2002, o programa HIPERDIA que é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos de toda a população atingida por esta doença atendida na Rede de Atenção Básica. O Sistema permite o acompanhamento destas pessoas através da saúde pública com definição do perfil epidemiológico e planejamento de ações voltadas para a melhoria da sua qualidade de vida e redução do custo social.

O Hiperdia tem como objetivos, orientar os gestores públicos, gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes e conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na população, o Hiperdia é um sistema de informação em saúde que se destina ao cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS e/ou DM atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde 2012 o Sistema Hiperdia foi substituído pela Estratégia e-SUS AB (REMIGIO, 2012).

3. METODOLOGIA

O requisito trabalho teve como pesquisa o delineamento do tipo transversal de base populacional de modo quantitativo e qualitativo dos resultados adquiridos. Teve como foco o Grupo Hiperdia já estruturados na Unidade Saúde da Família - Santo Onofre, Unidade Saúde da Família - Periollo e na Unidade Básica de Saúde - Vila Tolentino; ambos localizados no município de Cascavel/PR.

O resultado e os dados da pesquisa tiveram por base um questionário disponibilizado aos voluntários do grupo, os quais já eram diagnosticados como portadores da moléstia (HAS) pelo próprio médico do Posto de Saúde, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de ambos os participantes, sendo excluídos da amostra àqueles que não possuíam Hipertensão Arterial Sistêmica. O formulário foi apresentado a todos os participantes presentes na reunião, o pesquisador teve como ajuda em especial das Assistentes Sociais locais do Posto de Saúde, às quais ajudaram alguns pacientes a responderem as perguntas, alguns deles analfabetos e portadores de retinopatias, os quais sozinhos não conseguiram responder às questões proporcionadas.

A coletado do questionário foi realizada logo após todos preencherem as perguntas, tendo nenhum meio de empasse ou atraso do trabalho dos profissionais presentes no local da reunião, como por exemplo das enfermeiras que estavam realizando seus serviços ali prestados na reunião do grupo.

A pesquisa foi realizada entre os meses de abril e junho do ano de 2019, nos centros comunitários demarcados pelas próprias Unidades de atendimento, onde todos os participantes respondiam às perguntas concomitantemente de modo individual, gerando nenhum meio de desconforto, dúvida ou desentendimento do proposto trabalho.

Para a elaboração do questionário foram demarcadas 21 perguntas, tais delas em referência a alguns fatores sobre estilo de vida do paciente, as quais possam agravar a HAS como: idade, raça, sexo, dieta, uso de tabaco e álcool e frequência de atividades físicas. Como também foram indagados sobre seu estado civil, nível de escolaridade, nível socioeconômico, descriminação frente à HAS, acessibilidade dos medicamentos, uso correto dos mesmos, assistência familiar e até mesmo certas dúvidas que eles possam adquirir referente ao tratamento da HAS e as complicações que ela dispõe.

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dos três Postos de Saúde foram analisados no total 50 voluntários, todos eles participantes do grupo Hiperdia; das amostras 10 foram da UBS - Vila Tolentino, 17 da USF – Santo Onofre e 23 da

USF – Periollo. Conforme alega a Tabela 1: onde teve a prevalência do sexo feminino 56% em comparação a 44% do sexo masculino, com a média de faixa etária de 63,9 anos sendo que 65,30% estão entre 66-80 anos com predomínio de 24,48% na faixa dos 56-60 anos. Constatando-se que apenas um dos participantes não se sentiu à vontade em declarar sua idade.

A cor Branca foi a prevalente com total de 70%, seguidos dos Pardos com 16% e a situação conjugal mais evidenciada foram os Casados com total de 56%, seguido dos Viúvos com total de 28%. Já o nível de escolaridade se demonstrou como Ensino Médio Incompleto de 48% e a maioria dos entrevistados possuem renda familiar per capita de apenas 1 salário mínimo, ou seja, num total de 60%.

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico dos entrevistados

Variáveis	Total
Sexo (n=50)	
Feminino	28
Masculino	22
Faixa Etária – anos (n=49)	
30-49	2
50-55	2
56-60	3
61-65	7
66-70	12
71-75	10
76-80	10
80 +	3
Cor/Raça (n=50)	
Branca	35
Preta	5
Parda	8
Amarela	1
Indígena	1
Situação Conjugal (n=50)	
Solteiro	5
Casado	28
Separado	3
Viúvo	14
Nível de Escolaridade (n=50)	
Analfabeto	5
Ensino Fundamental Incompleto	24
Ensino Fundamental Completo	7
Ensino Médio Incompleto	4
Ensino Médio Completo	6
Superior Completo (Graduação)	1
Pós-Graduação	1
Mestrado	1
Sem Informação	1
Renda familiar (salários mínimos) (n=50)	
Nenhuma	2
1	30
1-3	14
3-6	3
6-9	1

Nas variáveis por estilo de vida de cada paciente (Tabela 2) pode-se analisar que: embora as atividades físicas, tanto quanto, ingestão de sal, bebidas alcoólicas, tabagismo e dieta, são fatores de risco para uma prevalência da HAS descontrolada; quando indagados sobre exercícios físicos regular, mostra-se que 24% dos entrevistados não fazem nenhum tipo de exercício, nem se quer uma caminhada ou uma prática aeróbica, porém 26% deles alegam fazer atividades físicas mais de quatro vezes por semana.

Já a ingestão de bebidas alcoólicas se mostra menos comumente: 92% dos pacientes constataram não ingerir nenhum tipo de bebida alcoólica e os que alegaram beber dizem tomar apenas 1 taça de vinho a noite, por recomendação do cardiologista. Em relação ao tabagismo a grande maioria (97%) alega não fazer o consumo de nenhum tipo de fumo.

Contudo, quando questionados sobre uma dieta alimentar saudável como: maior ingestão de legumes, verduras e frutas e menos consumo de produtos hipercalóricos, a grande maioria alega ter um controle do prato alimentar: 60% em quanto 40% dizem não ter esse balanceamento entre carboidratos, proteínas (carne vermelha e branca em geral) e vegetais.

Tabela 2 – Variáveis do Estilo de Vida dos entrevistados

Variáveis	Total
Atividade Física (semanalmente) (n=50)	
Nenhuma	12
1x	8
2x	9
3x	8
4x	13
Ingestão de Sal Frequentemente (n=50)	
Sim	30
Não	20
Ingestão de Bebidas Alcoólicas Frequentemente (n=50)	
Sim	4
Não	46
Tabagismo (n=50)	
Sim	3
Não	47
Dieta Alimentar Saudável (n=50)	
Sim	30
Não	20

Logo a Tabela 3, faz referência às possíveis variáveis que possam acarretar numa má adesão do tratamento medicamentoso, tais delas como: custo dos medicamentos, uso dos mesmos em horários adequados, acessibilidade deles em Farmácias Populares ou na farmácia do próprio Posto de Saúde, como também a localidade de fácil acesso das Farmácias Populares na região.

É visto que 66% dos voluntários não são prejudicados pelo custo dos medicamentos, tais deles confirmaram que a maioria dos medicamentos são ofertados pelo SUS, como os da Lista publicada pelo RENAME 2017 (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais).

A acessibilidade dos fármacos em Farmácias Populares como também a facilidade de encontrar Farmácias Populares na região se mostra adequada aos parâmetros exigidos na sociedade: 80% e 84% respectivamente, um número favorável para a adesão do tratamento medicamentoso, tais como sua disponibilidade no próprio Posto de Saúde em que foram diagnosticados e mantêm o tratamento (62%).

Conforme prescrito pelo médico do posto, a grande maioria dos pacientes fazem corretamente o uso das medicações recomendadas, com apenas 8% de negativação ao serem indagados sobre o uso dos mesmos nos horários exigidos.

Tabela 3 – Possíveis variáveis referentes ao tratamento medicamentoso

Variáveis	Total
Prejudicados pelo custo dos medicamentos (n=50)	
Sim	17
Não	33
Acessibilidade de medicamentos em Farmácia Popular (n=50)	
Sim	40
Não	10
Dificuldade em encontrar Farmácia Popular na região (n=50)	
Sim	8
Não	42
Disponibilidade do medicamento no próprio Posto de Saúde (n=50)	
Sim	31
Não	19
Uso dos medicamentos nos horários corretos (n=50)	
Sim	46
Não	4

Na Tabela 4 foi analisada possíveis empasses que o portador enfrenta no decorrer da terapêutica da HAS que possa trazer uma má adesão do tratamento, tais deles como: descriminação, dúvidas em relação ao tratamento da HAS e aos problemas que ela gera cronicamente se não tiverem uma PA controlada e também ao apoio familiar que esses pacientes recebem para poderem enfrentar com mais determinação essa moléstia.

É visto que 94% dos voluntários dizem não ter nenhuma discriminação frente a Hipertensão Arterial Sistêmica, tanto quanto 92% não têm dúvidas em relação ao porquê do tratamento da HAS ser tão rigoroso, como por seguinte 86% também não possuírem nenhuma dúvida de que a HAS é uma doença silenciosa e mortal se não tiver compensada satisfatoriamente.

Em relação a assistência ou apoio familiar o maior montante (60%) refere que possuem ajuda dos parentes mais próximos, não só para cuidados, mas como também para incentivá-los a buscar um tratamento tanto medicamentoso, quanto não medicamentoso adequado.

Tabela 4 – Possíveis empasses que prejudicam a adesão do tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HAS

Variáveis	Total
Descrição frete a Hipertensão Arterial Sistêmica (n=50)	
Sim	3
Não	47
Dúvidas em relação ao tratamento da HAS (n=50)	
Sim	4
Não	46
Dúvidas em relação ao agravio de uma HAS descompensada (n=50)	
Sim	7
Não	43
Assistência/Apoio Familiar	
Sim	30
Não	20

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo mostram que a prevalência da HAS se sobressaiu em relação ao sexo feminino e à cor branca, embora Dados da OMS alegam que o sexo masculino e a cor preta têm maior predisposição a HAS. Entretanto a busca das mulheres pelos serviços de saúde serem gradativamente maiores, isso pode resultar numa maior estatística quando analisados no grupo Hiperdia; porém a maior prevalência da HAS em mulheres de cor branca não necessariamente indica maior risco de hipertensão arterial nesse grupo.

A relação com a idade, nível de escolaridade e renda per capita já se diz respeito a um maior predomínio da HAS em indivíduos acima de 60 anos e com nível educacional baixo com no máximo um salário mínimo, já isso pode ser explicado pela falta de educação em saúde que talvez não tiveram a oportunidade de serem ensinados, como também no retorno às consultas regularmente, assim como na ausência do conhecimento de algumas questões públicas, tanto no quesito do que é ser saudável como nas informações do que pode ou não causar malefícios à saúde como por exemplo na prevenção de uma HAS descompensada, assim também na compra de medicamentos de alto custo ou alimentos mais saudáveis que, muito das vezes, exige um poder aquisitivo maior para compra-los: sabendo que a ingestão de bebidas alcoólicas, tabagismo, dieta não controlada e sedentarismo são fatores de risco para HAS.

Em questão à dieta saudável, ingestão de sal e atividade física regular o número se mostrou alarmante, visto que mais de 50% dos voluntários não faziam uma dieta balanceada, contudo isso pode ser explicado pelo parágrafo acima já pressuposto, como também à algumas morbidades em decorrência da idade, como foi relatado em alguns pacientes em particular na pesquisa como: hérnias lombares, vertigens, cardiopatias até mesmo próteses, que possam impedi-los de exercer qualquer função aeróbica e acomoda-los a um grau de sedentarismo. Tabagismo e ingestão de bebida alcoólica já se mostrou estatisticamente favorável, visto que menos da metade dos pacientes já não estavam mais fazendo o uso dos mesmos, em decorrência das restrições a respeito das recomendações médicas, visto que o Grupo Hiperdia é um grupo de controle; os quais ambos os pacientes já foram diagnosticados e orientados em relação a sua moléstia HAS e sobretudo à diabetes que alguns voluntários também a possuíam. Todavia a ingestão frequente de sal por parte dos participantes não se demonstrou cabível em consideração às recomendações médicas, com 60% deles ainda fazendo o consumo, mesmo sabendo que é um fator de risco para uma HAS descompensada.

A reposição dos medicamentos na farmácia do próprio Posto de Saúde, como também nas Farmácias Populares se demonstrou bastante favorável, visto que alguns desses medicamentos fazem parte da Lista RENAME 2017 publicada pelo Ministério da Saúde em favor de uma terapêutica Básica, Estratégia e Especializada em favor dos insumos essências de medicamentos do Estado; como também o uso dos fármacos nos horários corretos, demonstrando-se que o tratamento medicamentoso da HAS está se mantendo num limiar favorável em relação às orientações médicas.

Assim como as orientações médicas, o grande montante dos pacientes, demonstraram não haverem dúvidas em relação aos agravos que uma HAS descompensada possa trazer a saúde como também a importância de seguir passo a passo uma terapêutica medicamentosa, quanto a não medicamentosa da HAS, não levando a descaso as recomendações por parte do especialista. Assim também como não se sentirem discriminados frente a HAS, a qual poderia gerar desconforto até mesmo insegurança e afastamento social, propiciando numa má adesão do tratamento. Tanto quanto a maioria deles (60%) alegaram ter apoio ou algum tipo de assistência familiar.

Portanto os fatores mais prevalentes para uma má adesão do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, com base nesse estudo foram, a idade, nível educacional, ausência de dieta e atividade física regular e ingestão frequente de sal; com menor relevância o custo dos fármacos, disponibilidade dos mesmos e o uso nos horários corretos, assim também como dúvidas no tratamento e às suas complicações.

REFERÊNCIAS

- JOSÉ, R. et al. Hipertrofia ventricular esquerda: o caminho para insuficiência cardíaca. **Revista brasileira de hipertensão**, v. 15, n. 2, p. 71-74. Janeiro/Março, 2008. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-2/07-hipertrofia.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2019.
- KOHLMANN, O. et al. Tratamento medicamentoso. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v. 32, n. 1, p. 29-43. Setembro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 fev. 2019.
- KOHLMANN, O. et al. Tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 9, n. 4. Outubro/Dezembro, 2002. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-4/tratamento2.pdf>>. Acesso em 10 jan. 2019.
- LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1470, Agosto, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 abr. 2019.
- LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n.1, p. 39-46. Janeiro/Março, 2016. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/10-impacto-social.pdf>>. Acesso em 08 abr. 2019.
- MAGNABOSCO, P. et al. Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 20-27. Fevereiro, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00020.pdf>. Acesso em 11 jan. 2019.
- MARINHO, M. G. S. et al. Análise de custos da assistência à saúde aos portadores de diabetes melito e hipertensão arterial em uma unidade de saúde pública de referência em Recife – Brasil. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** São Paulo, v. 55, n. 6, p. 406-411, Agosto, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302011000600007>. Acesso em 10 mai. 2019.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**, Brasília, p. 549. 2011
- MISQUITA, M.; MARQUES C.P. Gastos Hospitalares com Hipertensão Arterial e suas complicações no Sistema Único de Saúde: um estudo em dois hospitais públicos do Distrito Federal no período de 2012 a 2015, **Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva)** - Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/16214/1/2016_MaizaMisquita_tcc.pdf>. Acesso em 26 mar. 2019.
- PESSUTO, J. et al. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39. Janeiro, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000100006&lng=en&nrm=is>. Acesso em 21 mar. 2019.

RADOVANOVIC, C. et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 547-553. Agosto, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400547&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 mar. 2019.

REMÍGIO; GOMES B. M. Implementação do cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos pelo sistema hiperdia na unidade de saúde Boa Vista no município de Arcoverde - PE. **Trabalho de Conclusão de Curso em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz**, Recife, 2012. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30702>>. Acesso em 02 jun. 2019.

SILVA, E. C. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 19, n. 1, p. 38-51, Março, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000100038>. Acesso em 03 jun. 2019.

SOARES, F. S. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. **Trab. Conclusão de Curso em Atenção Básica em Saúde da Família – Universidade Federal de Minas Gerais**, Pedra do Anta – MG, 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/5077.pdf>>. Acesso em 15 mai. 2019.

SOUSA, M. Tabagismo e Hipertensão Arterial: como o tabaco eleva a pressão. **Revista brasileira de hipertensão**, v. 22, n. 3, p.78-83. Julho/Agosto, 2015. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881231/rbh_v22n3_78-83.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2019.

VIANA, L. A. et al. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 635-642, Outubro, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000500014>. Acesso em 11 mai. 2019.

WESCHENFELDER, D. et al. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. **Enferm. Global**, v. 11, n. 26, p. 344-53. Abril, 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt_revision5.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2019.