

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Amira Rose Costa Medeiros**

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM  
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE JOÃO PESSOA - PB**

JOÃO PESSOA – PB

2006

**Amira Rose Costa Medeiros**

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM  
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE JOÃO PESSOA - PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, com Área de Concentração em Saúde Pública.

**Orientador:**

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

JOÃO PESSOA – PB

2006

**Amira Rose Costa Medeiros**

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM  
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE JOÃO PESSOA - PB**

Dissertação aprovada em \_\_\_\_ de fevereiro de 2006.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna  
Universidade Federal da Paraíba  
Orientador

---

Prof. Dr. Ivanor Velloso Meira Lima  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria de Oliveira Ferreira Filha  
Universidade Federal da Paraíba

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Wilma Dias de Fontes  
Universidade Federal da Paraíba

## **DEDICATÓRIA**

*As minhas amadas filhas Yasmin Karine e Júlia Caroline, e ao meu esposo Edivaldo Medeiros.*

*É bom chegar ao final de uma escalada e colher os frutos da conquista, mas não se pode esquecer que cada escolha pressupõe uma perda. Cada minuto longe de vocês foi um minuto longe da minha família. Que o bom Deus transforme minha culpa em sabedoria para aproveitar intensamente todos os momentos com vocês.*

*À minha mãe Julieta Vieira pela confiança e incentivo em todos os momentos da minha vida.*

*Ao meu pai Tarcísio Costa (in memoriam) por ter motivado a minha busca e o meu crescimento como pessoa.*

*À minha sogra Francisca Maurícia por ter amado minhas meninas nas minhas ausências.*

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. *Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna*, por ter caminhado comigo nesta busca, mantendo sempre a perseverança, o otimismo, o bom humor e a paciência. E por respeitar minhas opiniões, ter sido amigo nas minhas ausências e por me tranquilizar nos momentos difíceis desta escalada.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. *Maria de Oliveira Ferreira Filha*, por ter acreditado em meu projeto desde o primeiro instante, por ter sido a porta para o Mestrado e para o meu local de estudo e por ter sido, tantas vezes, a luz que me guiou na condução deste trabalho.

Ao Prof. Dr. *Ivanor Velloso Meira Lima*, pela amizade em contribuir voluntariamente na análise dos resultados e na pesquisa da literatura e por ter aceito participar da comissão de avaliação, o que tanto me honra.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. *Ana Tereza de Medeiros C. da Silva* por despertar o interesse em interpretar as entrelinhas do discurso e escrever usando as palavras certas para produzir o efeito verdadeiramente desejado.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. *Telma Ribeiro*, pelos caminhos sugeridos na elaboração do projeto.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Nível Mestrado, representada por Prof. Dr. *César Cavalcanti da Silva* e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. *Maria Miriam Lima da Nóbrega*, pelo apoio e presença sempre que solicitados.

A todos os *Professores* do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que tanto contribuíram com meu crescimento como pessoa e como pesquisadora.

Aos *Funcionários* do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Maria da Penha, Ivan Ramiro e Ismael Ferreira.

Às colegas do mestrado, *Cíntia Bezerra, Lindalva Alves e Emilene Nóbrega*, pela amizade que surgiu e pelo compartilhar dos momentos alegres e difíceis desta caminhada, e a todas as demais *colegas* que compreenderam que não há diferenças quando se almeja o bem comum e o bem estar daqueles que padecem de enfermidades.

*“Enquanto eu tiver perguntas e não  
houver resposta continuarei a escrever.”*

*Clarice Lispector*

## RESUMO

MEDEIROS, A. R. C. **Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo em Unidade de Saúde da Família de João Pessoa - PB.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa, PB.

Estudo observacional transversal com abordagem quantitativa com o objetivo de estudar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em população de hipertensos adultos acompanhados em Unidade Saúde da Família (USF) no município de João Pessoa, PB. A casuística envolveu 120 hipertensos, selecionados aleatoriamente, no período de março a maio de 2005, e submetidos à entrevista estruturada realizada na USF ou no domicílio. A amostra estudada apresentou predomínio do sexo feminino (74,2%), média de 59 anos de idade, maioria de cor parda (53,3%), aposentados ou pensionistas (50%), com baixa escolaridade, renda familiar de um a três salários-mínimos e com companheiro (60%). O tempo médio de diagnóstico foi de 9,7 anos, 53,3% relataram algum tipo de complicação da HAS, 10% eram tabagistas, 2,5% eram etilistas, 16,7% diabéticos, 40,8% dislipidêmicos, 46,7% sedentários, 80,8% tinham sobrepeso ou obesidade, 85,9% tinham conhecimento sobre HAS considerado bom ou ótimo, 63,3% não tinham condições financeiras para comprar os medicamentos, 49,2% haviam participado de ações educativas na USF. O controle da pressão arterial (PA) foi de 59,2% e esteve associado ao conhecimento sobre a doença, a periodicidade do acompanhamento e a relação com a equipe de saúde. A adesão ao tratamento medicamentoso foi de 13,3% quando se utilizou o auto relato pelo Teste de Morisky e Green (TMG) e de 25,8% quando se utilizou classificação composta por 3 grupos: adesão total, parcial ou nenhuma adesão. O grupo parcialmente aderente comportou-se de modo semelhante aos não aderentes. A adesão às recomendações não medicamentosas foi de 30,8%, sendo que o abandono do tabagismo obteve a melhor taxa de adesão (72,8%), seguido pela dieta hipossódica (47,5%), aumento na ingestão de frutas e verduras (36,7%), atividade física (20,5%) e controle do peso (4,6%). A adesão ao tratamento medicamentoso esteve associada ao melhor conhecimento sobre HAS, ao tempo de diagnóstico e de acompanhamento na USF menores que um ano, à melhor acessibilidade geográfica e à disponibilidade dos medicamentos na USF. O TMG apresentou alta especificidade para detectar os não aderentes entre aqueles com PA não controlada e o Teste de Conhecimento de Strelec apresentou alta sensibilidade para detectar os aderentes ao tratamento e os com PA controlada. Os resultados do estudo apontam para a importância das USFs no sucesso da adesão ao tratamento e do controle da PA. Ressalta-se o estímulo à educação em saúde e ao bom relacionamento do paciente com a equipe de saúde e recomenda-se o incentivo a políticas de saúde que garantam o acesso contínuo aos medicamentos, a periodicidade do atendimento e a acessibilidade às USFs.

**Palavras-Chave:** Hipertensão; Terapia; Recusa do paciente ao tratamento

## **ABSTRACT**

MEDEIROS, A.R.C. **Adhesion to anti-hypertensive treatment in Family Health Center of João Pessoa city, PB.** Dissertation (Master's degree in Nursing) - Health Sciences Center – Federal University of Paraíba – João Pessoa, PB

Transversal observational study with quantitative boarding with the objective of studying the adhesion to the treatment of Sistematic Arterial Hypertension (SAH) in hypertense adults population followed at Family Health Center (FHC) in João Pessoa city, PB. The casuistic has involved 120 hypertense people, who were chosen without any pattern, in the period from March to May in 2005, and they were submitted to a structuralized interview carried on at FHC or in their own houses. The studied sample has presented predominance of the feminine sex (74,2%), average of 59 years old, majority of medium brown color skin (53,3%), retired people or pensioners (50%), with low scholar level, familiar income of 1 to 3 minimum salaries and with a partner (60%). The average time of diagnosis was of 9,7 years, 53,3% of them have presented some type of SAH, 10% were tobacco users, 2,5% were alcohol users, 16,7% were diabetic, 40,8% were dislipidemic, 46,7% were sedentary, 80,8% were overweight, 85,9% had good or excellent knowledge about SAH, 63,3% did not have financial conditions to buy medicines, 49,2% had participated of educative actions at FHC. The arterial pression (AP) control was of 59,2% and was associated to the knowledge about the illness, the regularity of the accompaniment and the relation with the health staff. The adhesion to the treatment was of 13,3% when it was used the self-story by the test of Morisky and Green (TMG) and of 25,8% when classification composed for 3 groups was used: total adhesion, partial or no adhesion. The partially adherent group has behaved in similar way to the non adherent ones. The adhesion to the non medicine recommendations was of 30,8%, being the abandonment to the tobacco addiction the one that has gotten the best adhesion rate (72,8%), followed by the hipossodic diet (47,5%), increase in the fruit and vegetables ingestion (36,7%), physical activity (20,5%) and weight control (4,6%). The adhesion to the treatment was associated to the best knowledge on SAH, the time of diagnosis and accompaniment at FHC less than one year, to the best geographic accessibility and the availability of medicines at FHC. The TMG has presented high especificity to detect the not adherent ones among those ones with non controlled AP and the Strelec Test of Knowledge has presented high sensitivity to detect the adherent ones to the treatment and with the AP controlled. The results of the study point to the importance of the FHCs in the success of the adhesion to the treatment and the AP control. It is important to highlight the stimulation to the education in health and the good relationship of the patient with the health staff and it is recommended the incentive to health politics that guarantee the continuous access to medicines, the regularity of the attendance and the accessibility to the FHCs.

**Key words:** Hypertension; Therapy; Refusal of the patient to the treatment

## **LISTA DE SIGLAS**

<b>ACS-</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AIT-</b>	Acidente Isquêmico Transitório
<b>AVE-</b>	Acidente Vascular Encefálico
<b>CBHA-</b>	Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial
<b>CLE-</b>	Consentimento Livre e Esclarecido
<b>CNS-</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>DAC-</b>	Doença Arterial Coronariana
<b>DAOP-</b>	Doença Arterial Oclusiva Periférica
<b>DBHA-</b>	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial
<b>DLP-</b>	Dislipidemia
<b>DM-</b>	Diabetes Mellitus
<b>HAS-</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>HOT-</b>	Hypertension Optimal Treatment
<b>HVE-</b>	Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo
<b>ICO-</b>	Insuficiência Coronariana
<b>IMC-</b>	Índice de Massa Corpórea
<b>MAPA-</b>	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
<b>OMS-</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PA-</b>	Pressão Arterial
<b>PAD-</b>	Pressão Arterial Diastólica
<b>PAS-</b>	Pressão Arterial Sistólica
<b>RM-</b>	Revascularização Miocárdica
<b>SUS-</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TMG-</b>	Teste de Morisky e Green
<b>TRH-</b>	Terapia de Reposição Hormonal
<b>UBS-</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UKPDS-</b>	The United Kingdom Prospective Diabetes Study Group
<b>USF-</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>VPN-</b>	Valor Preditivo Negativo
<b>VPP-</b>	Valor Preditivo Positivo

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos entrevistados por sexo.	80
Figura 2 – Distribuição dos entrevistados por faixa etária.	81
Figura 3 – Freqüência da referência e distribuição dos responsáveis pelo apoio familiar no tratamento da HAS, de acordo com os entrevistados.	86
Figura 4 – Freqüência da procura de informações sobre HAS pelos entrevistados.	87
Figura 5 – Classificação dos entrevistados quanto ao conhecimento sobre HAS de acordo com o Teste de Conhecimento adaptado de Strelec et al (2003).	88
Figura 6 – Freqüência dos motivos referidos pelos entrevistados para seguir a terapêutica para HAS.	89
Figura 7 – Distribuição dos entrevistados quanto à condição financeira para comprar os medicamentos.	91
Figura 8 – Distribuição dos entrevistados quando questionados: “De modo geral, você gosta do atendimento da USF?”	96
Figura 9 – Distribuição dos entrevistados quanto ao controle da Pressão Arterial.	97
Figura 10 – Distribuição dos entrevistados quanto à classificação da Pressão Arterial.	97
Figura 11 – Distribuição dos entrevistados quanto à Adesão ao Tratamento medicamentoso pelo Teste de Morisky e Green.	98
Figura 12 – Distribuição dos entrevistados de acordo com a adesão à terapêutica medicamentosa pela classificação proposta.	100
Figura 13 – Distribuição dos entrevistados quanto à Adesão ao Tratamento não medicamentoso pela classificação proposta pelo pesquisador.	101
Figura 14 – Distribuição dos entrevistados quanto à adesão ao tratamento não medicamentoso.	105
Figura 15 – Distribuição do controle da Pressão Arterial nos entrevistados aderentes e nos não aderentes segundo o Teste de Morisky e Green.	107

Figura 16 – Distribuição do controle da Pressão Arterial nos entrevistados segundo a Classificação Proposta em 3 grupos de Adesão Total, Adesão Parcial e Nenhuma Adesão.	109
Figura 17 – Distribuição do controle da Pressão Arterial nos entrevistados aderentes e não aderentes ao tratamento não medicamentoso.	111
Figura 18 – Distribuição dos entrevistados quanto ao controle da PA e ao conhecimento sobre HAS.	113
Figura 19 – Distribuição dos entrevistados quanto ao controle da PA e à periodicidade do atendimento.	114
Figura 20 – Distribuição dos entrevistados quanto ao controle da PA e ao relacionamento com a equipe de saúde.	114
Figura 21 – Distribuição dos entrevistados quanto ao controle da PA e a opinião quanto ao número de medicamentos.	115
Figura 22 – Distribuição dos entrevistados quanto à adesão ao tratamento medicamentoso e ao conhecimento sobre HAS.	117
Figura 23 – Distribuição dos entrevistados quanto à adesão ao tratamento medicamentoso e à acessibilidade geográfica.	118
Figura 24 – Distribuição dos entrevistados quanto à adesão ao tratamento medicamentoso e ao acesso aos medicamentos gratuitamente.	118
Figura 25 – Distribuição dos entrevistados quanto à adesão ao tratamento medicamentoso e ao tempo de diagnóstico de HAS.	120
Figura 26 – Distribuição dos entrevistados quanto à adesão ao tratamento medicamentoso e ao tempo de acompanhamento na USF.	120
Figura 27 – Distribuição dos entrevistados quanto à adesão à dieta hipossódica e à presença de cônjuge / companheiro.	122
Figura 28 – Distribuição dos entrevistados quanto à adesão à prática regular de atividade física e ao sexo.	124
Figura 29 – Distribuição dos entrevistados quanto à adesão à prática regular de atividade física e ao relato de efeitos colaterais de medicamentos.	124

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resumo dos principais resultados de estudos sobre adesão ao tratamento, com referência por autor e data.	44
Quadro 2 – Antecedentes da Adesão descritos por Araújo (2002).	46
Quadro 3 – Perguntas realizadas no Teste de Morisky e Green.	49
Quadro 4 – Descrição das variáveis dependentes e independentes do estudo.	58
Quadro 5 – Descrição dos graus de adesão ao tratamento de acordo com as variáveis não medicamentosas.	62
Quadro 6 – Critérios utilizados para a classificação proposta de adesão à terapêutica medicamentosa.	64
Quadro 7 – Classificação proposta para a adesão medicamentosa de acordo com a pontuação obtida nos quatro critérios selecionados.	65
Quadro 8 – Assertivas utilizadas no teste de conhecimento adaptado de Strelec et al (2003).	70
Quadro 9 – Procedimento de medida da pressão arterial orientado nas IV DBHA.	76

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial em adultos com idade igual ou superior a 18 anos.	28
Tabela 2 – Distribuição das freqüências das variáveis sócio-demográficas no grupo estudado.	81
Tabela 3 – Distribuição das freqüências das variáveis relacionadas à doença no grupo estudado.	83
Tabela 4 – Complicações descritas pelos entrevistados como secundárias à hipertensão arterial.	83
Tabela 5 – Distribuição dos fatores de gravidade associados à hipertensão no grupo estudado.	85
Tabela 6 – Desempenho dos 120 hipertensos entrevistados no teste de conhecimento sobre HAS, por ordem decrescente de acertos nas assertivas questionadas.	88
Tabela 7 – Descrição da freqüência dos medos associados ao tratamento antihipertensivo, relatados pelos entrevistados.	90
Tabela 8 – Distribuição das freqüências das variáveis relacionadas à terapêutica no grupo estudado.	91
Tabela 9 – Distribuição das freqüências das variáveis relacionadas ao serviço de saúde.	93
Tabela 10 – Distribuição dos 120 hipertensos entrevistados conforme a participação em ações educativas realizadas pelo serviço de saúde.	95
Tabela 11 – Freqüência de acertos para cada questionamento do Teste de Morisky e Green, de acordo com as respostas obtidas dos 119 hipertensos entrevistados e relação com o controle da PA de acordo com o valor de P no Teste qui-quadrado.	99
Tabela 12 – Pontuação obtida no Teste de Morisky Green pelos 119 hipertensos no qual foi aplicado o teste.	100
Tabela 13 – Classificação da adesão dos hipertensos entrevistados ao tratamento não medicamentoso recomendado nas IV DBHA.	102
Tabela 14 – Distribuição dos resultados do Teste de Morisky Green na detecção dos pacientes com pressão arterial controlada e não controlada.	106

Tabela 15 – Distribuição dos resultados da Classificação proposta com 3 grupos na detecção dos pacientes com pressão arterial controlada e não controlada.	106
Tabela 16 – Distribuição dos resultados da Classificação proposta com 2 grupos na detecção dos pacientes com pressão arterial controlada e não controlada.	107
Tabela 17 – Valores da sensibilidade, especificidade, VPP, VPN e acurácia do Teste de Morisky Green para a amostra estudada.	110
Tabela 18 – Relação da adesão à terapêutica anti-hipertensiva não medicamentosa no controle da PA, de acordo com o Teste Qui Quadrado e valor de P, na amostra estudada.	111
Tabela 19 – Influência das variáveis independentes no controle da pressão arterial.	116
Tabela 20 – Influência das variáveis relacionadas ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde no processo de adesão à terapêutica medicamentosa.	121
Tabela 21 – Influência das variáveis relacionadas ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde no processo de adesão à terapêutica não medicamentosa, de acordo com o valor de P no teste qui-quadrado.	127

## **SUMÁRIO**

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	17
1.1 O PROBLEMA	18
1.2 JUSTIFICATIVA	21
1.3 OBJETIVOS	24
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	25
2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	26
2.2 IMPLICAÇÕES DA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO ATENDIMENTO AO HIPERTENSO	36
2.3 ADESÃO TERAPÊUTICA	42
<b>3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS</b>	52
3.1 TIPO DE ESTUDO	53
3.2 LOCAL DO ESTUDO	53
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	55
3.4 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS	57
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E PRÉ TESTE	73
3.6 COLETA DE DADOS	74
3.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR	77
3.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	78
<b>4. RESULTADOS DO ESTUDO</b>	79
4.1 DESCRIÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS VARIÁVEIS	80
4.2 RELAÇÃO ENTRE O CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL E A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO	106
4.3 RELAÇÃO ENTRE O CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL E AS VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PACIENTE, À DOENÇA, À TERAPÊUTICA E AO SERVIÇO DE SAÚDE	112

4.4	RELAÇÃO ENTRE A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO E AS VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PACIENTE, À DOENÇA, À TERAPÊUTICA E AO SERVIÇO DE SAÚDE	116
<b>5.</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	128
<b>6.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	149
	<b>REFERÊNCIAS</b>	156
	<b>APÊNDICES</b>	164
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	164
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	165
	<b>ANEXOS</b>	170
	ANEXO A – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa	170

## *1. Introdução*

*“— Por que você trata a pressão alta?”*

*“— Porque sou obrigado pela família. Não gosto de tomar remédio, nem chá.”*

*(J.B.A., 80 anos, Masculino)*

*“— Já fui internado três vezes, mas não tenho medo de AVC, ou de morrer...Minha família morre toda do coração, eu já sei que vou morrer disso. Não vou parar de fumar, de beber, nem de comer sal.*

*(M.S.M., 53 anos, Masculino)*

## 1.1 O PROBLEMA

No século XX as doenças crônico-degenerativas emergiram como principais responsáveis por morbidade e mortalidade em todo o mundo, envolvendo igualmente países desenvolvidos e em desenvolvimento, tal como o Brasil (OLIVEIRA et al., 2003). Esse fenômeno foi descrito por OMRAM (1971) como “Transição Epidemiológica”.

No Brasil, a “transição epidemiológica” vem ocorrendo gradualmente desde a década de 1940, com modificação do perfil de mortalidade proporcional por grupos de causa. Vem se observando queda progressiva da importância relativa das doenças infecto-parasitárias e aumento concomitante das doenças cardiovasculares e neoplásicas (OLIVEIRA et al., 2003).

Em 1998, as doenças vasculares, representadas pelas doenças isquêmicas do coração e as cerebrovasculares, totalizaram mais de 60% dos óbitos ocorridos no Brasil (OLIVEIRA et al., 2003) e o Ministério da Saúde estima que em 2020 essa taxa possa chegar a 80%. No Chile, país em desenvolvimento como o Brasil, as mortes por doenças cardiovasculares chegaram a totalizar 21.958 óbitos apenas no ano de 2002, e um terço da população maior de 18 anos morre a cada ano por essas enfermidades (BERTONI; GONZÁLEZ, 2003).

Em 2000, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por mais de 268 mil internações de pacientes com idade superior a 50 anos no SUS (Sistema Único de Saúde), o que representou um gasto de 216 milhões de reais (BRASIL, 2000).

Esses dados refletem a extensão da morbidade causada pelas doenças cardiovasculares mundial e nacionalmente e corroboram a importância do controle de tais doenças.

As doenças cardiovasculares têm caráter crônico e silencioso e sua etiologia é multifatorial, evoluindo na presença de diversos fatores relacionados à doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes mellitus (DM) e Dislipidemia (DLP), bem como a determinados hábitos de vida da população tais como sedentarismo, tabagismo, obesidade e alcoolismo.

A todos esses fatores que representam condições favoráveis para o aumento na probabilidade para a ocorrência de um evento chamamos “Fatores de Risco” (MORROW; VAUGHAN, 1997). Sabe-se que a possibilidade de desenvolver eventos cardiovasculares é significativamente superior em pacientes portadores de HAS, quando comparados a indivíduos normais. A HAS constitui-se em importante fator de risco cardiovascular (AMODEO, 2000), sendo responsável por 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25% daquelas por doença arterial coronariana (SBHA; SBC; SBN, 2002).

A HAS é doença altamente prevalente, chegando a atingir cerca de 15 a 20% da população adulta e se manifesta por níveis de pressão arterial elevados (SBHA; SBC; SBN, 2002).

De acordo com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - DBHA (SBHA; SBC; SBN, 2002), considera-se hipertenso controlado o paciente que apresentar níveis pressóricos inferiores a 140 e 90mmHg, respectivamente, para a pressão arterial sistólica e diastólica, respeitando-se as características individuais, a presença de comorbidades e a qualidade de vida.

O controle da HAS requer, além do uso contínuo de medicações, alterações nos hábitos de vida e comparecimento periódico a consultas médicas e serviços de saúde. Medidas não medicamentosas como redução do peso, do sal da dieta, do alcoolismo, do tabagismo e do sedentarismo são capazes de contribuir eficazmente para o controle dos níveis pressóricos (FUCHS et al,1997; SBHA; SBC; SBN, 1998, 2002; ROSA; FRANKEN, 2000; KAPLAN, 1999b). Quando essas medidas não forem suficientes pode-se recorrer à utilização de drogas anti-hipertensivas. Todas essas medidas terapêuticas são, ou pelo menos deveriam ser, orientadas e prescritas nas consultas com profissionais da saúde.

No entanto, o seguimento a tais orientações é um processo complexo que envolve aspectos culturais e sócio-econômicos, tornando-se freqüente o abandono do tratamento. De acordo com Schaub et al (1993), 15% dos hipertensos abandonam o tratamento no primeiro ano, e até 25% em dois anos. Para Giorgi (2004), para haver adesão ao tratamento “o paciente deve conhecer a sua condição de saúde, a importância do controle da pressão arterial, ter acesso aos serviços de saúde e esses serviços devem ser capazes de manter o tratamento por toda a vida do paciente”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) reconhece que a baixa adesão à terapêutica interfere negativamente nos resultados dos tratamentos de doenças crônicas, com conseqüente aumento dos custos em saúde, e representa um importante problema de saúde pública.

A adesão é de fundamental importância para o sucesso do tratamento no contexto da hipertensão arterial e das doenças cardiovasculares.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

A identificação de fatores responsáveis pela ausência de adesão ao tratamento pode ser um instrumento útil na detecção precoce dos pacientes pouco aderentes, permitindo às equipes de saúde atuarem mais efetivamente nesse grupo de doentes e a elaboração de estratégias para contornar esses fatores obtendo maior adesão.

Pesquisa realizada por Pierin (2000) revelou que, no período de 1995 a 2000, o número de publicações sobre o tratamento da HAS foi 19.001 trabalhos, dos quais apenas 606 (3,1%) eram sobre adesão ao tratamento, evidenciando a necessidade de pesquisas nessa área para melhor elucidar os mecanismos determinantes e as estratégias para melhorar o cumprimento das recomendações.

Araújo (2002) descreve o processo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo e refere-se às “conseqüências da adesão” citando o controle adequado da pressão arterial, a diminuição na incidência ou retardamento na ocorrência de complicações e a melhoria na qualidade de vida.

Em contrapartida, a ausência de adesão determina prejuízo no controle da hipertensão e exposição do indivíduo ao risco de complicações. As lesões crônicas em órgãos-alvo e os eventos agudos decorrentes da HAS não controlada podem apresentar-se de formas variadas, a depender do sistema ou órgão afetado, podendo ocorrer perda visual, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio, aneurismas de aorta, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência

arterial periférica, insuficiência cardíaca e até óbito (SBHA; SBC; SBN, 1998, 2002; AMODEO, 2000; KAPLAN, 1999a).

Observa-se, portanto, a importância do tratamento e controle rigorosos da HAS como forma de prevenir outras patologias. A atuação preventiva assume um papel fundamental na abordagem do hipertenso pelos profissionais de saúde.

A atuação das equipes multidisciplinares de saúde, com o envolvimento de vários profissionais, e baseadas na educação como estratégia de promoção à saúde, visa a possibilitar, além do acolhimento integral ao paciente, o reconhecimento de situações que, potencialmente, dificultam a adesão aos tratamentos orientados. De acordo com as IV DBHA (SBHA; SBC; SBN, 2002), o trabalho da equipe multiprofissional pode despertar nos pacientes e na comunidade motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem as ações anti-hipertensivas efetivas e contínuas.

Nesse contexto, justifica-se estudar as variáveis que determinam a adesão terapêutica de pacientes hipertensos de nossa região, a fim de contribuir para a assistência a tais doentes, permitindo aos profissionais de saúde a identificação dos prováveis motivos que interferem negativamente na adesão à terapêutica e favorecendo o desenvolvimento de estratégias que facilitem esse processo e proporcionem controle eficaz da HAS, com conseqüentes benefícios para o paciente.

O reconhecimento prévio do paciente com maior tendência para não aderir ao tratamento recomendado proporciona às equipes de saúde a

possibilidade de priorizar ações educativas para esse grupo específico, podendo assim ajudá-los a seguir o tratamento da forma mais adequada para o seu contexto pessoal, cultural e sócio-econômico, sem prejuízos para sua saúde ou exposição a riscos indevidos.

A compreensão das dificuldades inerentes ao processo de adesão ao tratamento das doenças crônicas pode contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde e programas que melhor abordem a magnitude do problema, e possibilitem a redução da morbidade e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares.

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo Geral**

1) Estudar a adesão ao tratamento de pacientes portadores de hipertensão arterial.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

1) Identificar a taxa de adesão ao tratamento anti-hipertensivo de pacientes da Unidade de Saúde da Família Mangabeira IV Ambulantes, do Distrito Sanitário III, no município de João Pessoa.

2) Caracterizar o perfil dos usuários aderentes ao tratamento anti-hipertensivo, considerando os fatores inerentes ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde que influenciam na taxa de adesão.

3) Verificar a relação entre o controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo medicamentoso e não medicamentoso.

4) Relacionar as dificuldades do processo de adesão à terapêutica anti-hipertensiva.

## *2. Referencial Teórico*

*“— Por que você trata a pressão alta?”*

*“— Porque é melhor para mim.*

*Já perdi meu pai. Minha mãe é cega.*

*Se eu cair numa cama, paraplégica,*

*como é que vai ser?”*

*(M.M.S, 47 anos, Feminino)*

*“— Para controlar e não morrer tão cedo.  
Tenho um primo que morreu com 35 anos e  
uma prima que teve AVC aos 38 anos e  
está com seqüela...”*

*(R.C.H.S.,39 anos, Feminino)*

## 2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é conceituada, pelo III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (SBHA; SBC; SBN, 1998), como “síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular)”.

Os níveis pressóricos são utilizados para estabelecer o diagnóstico e a classificação da HAS. De acordo com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002), considera-se hipertenso o indivíduo adulto, acima de 18 anos, que apresentar níveis de pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140mmHg ou de pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90mmHg em pelo menos duas medidas, com intervalo de 1 a 2 minutos entre elas. A depender da situação clínica presente, recomenda-se repetir a medida em duas ou mais visitas. Para os indivíduos com até 18 anos de idade considera-se hipertensão quando os níveis de PAS e PAD forem iguais ou superiores ao percentil 95 dos valores de pressão arterial previstos para a idade, de acordo com o sexo e a estatura. Quando os valores da PAS e PAD encontram-se entre o percentil 90 e 95, os indivíduos são classificados como limítrofes, e aqueles abaixo do percentil 90 são normotensos (SBHA; SBC; SBN, 2002).

De acordo com o *VI Relatório do Joint National Committee – JNC 6* (1997) e com as IV DBHA (2002) o grupo de indivíduos com níveis de PAS entre 130-139 ou PAD entre 85-89 é considerado normal limítrofe, os níveis inferiores a esses valores são considerados normais, sendo que aqueles com PAS<120 e PAD<80 são considerados ótimos. Entre os hipertensos, pode-se classificar a HAS, segundo os níveis pressóricos, em leve, moderada, grave e hipertensão sistólica isolada, conforme demonstra a Tabela 1.

Dessa forma considera-se hipertenso controlado o paciente que apresentar níveis pressóricos inferiores a 140 e 90mmHg, respectivamente, para a pressão arterial sistólica e diastólica, respeitando-se as características individuais, a presença de comorbidades e a qualidade de vida. Em situações específicas tais como pacientes com alto risco cardiovascular, diabetes, insuficiência cardíaca, doença renal e na prevenção de acidente vascular encefálico, pode ser útil a redução mais intensa da pressão arterial para níveis inferiores a 130/85 mmHg (SBHA; SBC; SBN, 2002).

Em 2003 foi publicado o *VII Relatório do Joint National Committee - JNC 7 sobre Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento de Hipertensão Arterial*, que propôs modificação na classificação da HAS. O JNC 7 propôs que os grupos definidos como normal e limítrofe no JNC 6 passassem a compor um único grupo chamado de pré hipertensão, assim seriam considerados normais apenas os que na classificação anterior eram descritos como "PA ótima". Outra alteração foi unir os estágios 2 e 3 de hipertensão do JNC 6 para compor um único estágio 2. A nova classificação visava ser mais rigorosa a fim de orientar para ações preventivas precocemente, tendo em vista o risco dos indivíduos desenvolverem hipertensão propriamente dita no decorrer dos anos, porém ainda existem divergências quanto à utilização dessa classificação e, portanto, a mesma não será adotada nesse estudo. As modificações propostas no JNC 7 continuam de uso restrito, não foram adotadas pela Sociedade Européia de Hipertensão (*European Society of Hypertension*), e estão sendo questionadas por parte significativa dos membros da Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade

Brasileira de Hipertensão, não se constituindo, portanto, em classificação unânime e sendo de uso restrito na prática diária (SEBRIME, 2003).

Para fins do presente estudo serão utilizadas as classificações diagnóstica e terapêutica descritas nas IV DBHA (SBHA; SBC; SBN, 2002), tendo em vista que essas diretrizes foram as últimas publicadas no âmbito nacional e correspondem às orientações adotadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a) e recomendadas pela Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (PROJETO DIRETRIZES, 2002).

**Tabela 1 – Classificação da pressão arterial em adultos com idade igual ou superior a 18 anos**

Classificação*	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
<b>HIPERTENSÃO</b>		
Estágio 1 (leve)	140-159	90-99
Estágio 2 (moderada)	160-179	100-109
Estágio 3 (grave)	≥180	≥110
Sistólica isolada	≥140	<90

\* Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

Fonte: IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2002.

A etiologia da HAS é multifatorial (ALBUQUERQUE; LACATIVA, 2002), estando associada a alterações de ordem genética (intrínseca) e a influência de fatores ambientais e do estilo de vida (NOBRE; LIMA, 2000). Em condições normais o nível da pressão arterial é controlado por mecanismos neurais, humorais, mecanismos intrínsecos dos vasos, controle local e

mecanismos renais pelo controle dos líquidos corporais (FRANCHINI, 1998). São descritos vários modelos fisiopatológicos responsáveis pelo desenvolvimento de HAS, dentre eles o genético, o neurogênico e o de origem renal (FAZAN Jr. et al, 2001). O conjunto de alterações associadas a HAS constitui a “Síndrome Hipertensiva” que é representada, além da pressão arterial elevada, por dislipidemia, resistência à insulina, obesidade centrípeta, microalbuminúria, atividade aumentada dos fatores de coagulação, redução da complacência arterial, hipertrofia e alteração da função diastólica do ventrículo esquerdo (NOBRE; LIMA, 2000).

De acordo com os mecanismos envolvidos em sua fisiopatogenia, a hipertensão arterial pode ser classificada em primária ou essencial e secundária.

Define-se como hipertensão primária quando “nenhuma causa específica ou única é conhecida” (KAPLAN, 1999, p.869), ou seja, o desencadeamento da HAS é decorrente da interação de vários fatores. Dentre os principais mecanismos descritos na gênese da HAS primária pode-se citar padrões hemodinâmicos, predisposição genética, ambiente fetal, retenção renal do excesso de sódio, defeitos na ligação ou no transporte celular, hipertrofia vascular, hiperatividade nervosa simpática, alterações no sistema renina angiotensina, hiperinsulinemia, resistência à insulina e disfunção da célula endotelial (KAPLAN, 1999).

A hipertensão secundária ocorre quando se pode atribuir a etiopatogenia a fator conhecido, tais como: doença renal parenquimatosa ou renovascular, tumores produtores de renina, doenças endócrinas como

acromegalia, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, doenças da glândula adrenal, hormônios exógenos, coarctação da aorta, hipertensão da gravidez, distúrbios neurológicos, estresse agudo, uso de álcool e drogas, dentre outros (KAPLAN, 1999).

A HAS é doença assintomática e progride lentamente para o desencadeamento das lesões dos órgãos-alvo (RUBINSTEIN, 2002). Em geral essas lesões aparecem após 10 anos da presença da doença, “quando os órgãos-alvo começam a não suportar as alterações que sofreram para se adaptar ao novo regime pressórico” (BARRETO, 2002, p. 45). Sendo assintomática, o objetivo principal do tratamento não é reduzir sintomas, mas prevenir complicações. É bem estabelecido o risco para doença coronariana e insuficiência cardíaca decorrente da HAS (PASCOAL, 2000).

As lesões em órgãos-alvo, consideradas pelas IV DBHA são representadas pelas doenças cardíacas (hipertrofia ventricular esquerda, angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio, revascularização miocárdica prévia e insuficiência cardíaca), por episódios isquêmicos ou acidentes vasculares cerebrais, nefropatia hipertensiva, retinopatia hipertensiva e doença vascular arterial periférica (SBHA; SBC; SBN, 2002).

Com a presença de lesões em órgãos-alvo acompanhadas de sintomas, o tratamento do paciente passa a caracterizar-se como “prevenção terciária”, ou seja, aquele que visa à “redução da sintomatologia da doença e da subsequente incapacidade” (MORROW; VAUGHAN, 1997, p. 152).

O tratamento da HAS envolve medidas medicamentosas e não medicamentosas.

As recomendações das IV DBHA (SBHA; SBC; SBN, 2002) quanto às medidas não medicamentosas ou modificações do estilo de vida incluem:

- redução do peso corporal de modo a alcançar Índice de Massa Corpórea (IMC) inferior a 25 kg/m<sup>2</sup> e Circunferência da Cintura inferior a 88cm para mulheres e 102cm para homens (SBHA; SBC; SBN, 2002). Sabe-se que a redução de 1,0Kg no peso corporal reduz aproximadamente 1,6/1,3 mmHg na pressão arterial, em decorrência de redução na atividade adrenérgica e no colesterol plasmático e na melhora da sensibilidade à insulina (ROSA; FRANKEN, 2000).

- redução na ingestão de sal para equivalente a 6 g de sal ou 100mEq de sódio por dia, que corresponde a uma colher de chá de sal, pode reduzir em até 3,9mmHg na PAS e 1,9mmHg na PAD (SBHA; SBC; SBN, 2002). A dieta habitual do brasileiro contém cerca de 10g de sal (ROSA; FRANKEN, 2000).

- aumento na ingestão de potássio representado pelas frutas, legumes, verduras e grãos (SBHA; SBC; SBN, 2002). A ingestão diária adequada de potássio é de 50 a 90mmol/dia e deve ser estimulada principalmente nos hipertensos em uso de diuréticos.

- redução do consumo de bebida alcoólicas para o equivalente a, no máximo, 30ml de etanol por dia para homens, o que equivale a aproximadamente 720ml de cerveja ou 240ml de vinho ou 60ml de bebida destilada, e a metade dessas quantidades para mulheres (SBH; SBC; SBN, 1998).

- exercício físico regular considerado como o realizado numa intensidade entre 50 a 70% do consumo máximo de oxigênio, com duração de 30 a 60 minutos, 3 a 6 vezes por semana (SBHA; SBC; SBN, 2002). Os exercícios isotônicos regulares podem reduzir a pressão arterial em 5 a 10mmHg, associada à queda na

atividade adrenérgica. Ainda contribuem para a diminuição do peso, para o tratamento das dislipidemias, da resistência à insulina, para o abandono ao tabagismo e controle do estresse (ROSA; FRANKEN, 2000; FORJAZ, 2000).

- suplementação de cálcio e magnésio: a suplementação de cálcio contribui de forma modesta para a redução da pressão arterial, não sendo indicada rotineiramente (ROSA; FRANKEN, 2000). A dieta com frutas, verduras e laticínios com baixo teor de gordura, que apresentam quantidades apreciáveis de cálcio, magnésio e potássio proporciona efeito favorável no controle da HAS e na prevenção de Acidente Vascular Encefálico (SBHA; SBC; SBN, 2002).

Além dessas condutas, outras medidas associadas podem beneficiar o controle da HAS (SBHA; SBC; SBN, 1998):

- abandono do tabagismo;
- controle das dislipidemias;
- controle do Diabetes mellitus, quando associado;
- medidas antiestresse;
- evitar drogas que potencialmente elevem a pressão arterial.

O tratamento medicamentoso pode ser realizado com uma única droga ou com a associação de dois ou mais tipos de drogas. Deve ser iniciado quando as medidas não medicamentosas não conseguirem atingir a meta pressórica ideal, preconizando-se iniciar com monoterapia para pacientes com HAS leve ou associação de fármacos em baixas doses para HAS moderada ou grave. Caso não se obtenha resposta adequada ou apareçam efeitos adversos as

opções são: aumentar a dose, substituir a monoterapia, adicionar 2º fármaco, aumentar a dose da associação, trocar a associação, adicionar 3º fármaco, ou mais se necessário, até que se consiga atingir o nível pressórico satisfatório para cada paciente, em geral inferior a 140/90 mmHg (SBHA; SBC; SBN, 2002).

Ao se prescrever medicamento anti-hipertensivo deve-se considerar os seguintes princípios gerais: deve ser eficaz por via oral, ser bem tolerado, de preferência com posologia de dose única diária, deve-se iniciar com baixas dosagens, evitar uso de medicamentos manipulados, respeitar o mínimo de quatro semanas para alterações nos esquemas terapêuticos, instruir o paciente sobre os efeitos colaterais, sobre a continuidade e objetivos do tratamento e considerar as condições socioeconômicas (SBHA; SBC; SBN, 2002).

As classes de anti-hipertensivos disponíveis para o controle da pressão arterial são: diuréticos, inibidores adrenérgicos (ação central, alfa-1 bloqueadores, betabloqueadores), vasodilatadores diretos, antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina e antagonistas do receptor da angiotensina II (SBHA; SBC; SBN, 2002).

Cada classe terapêutica tem suas peculiaridades quanto à indicação, restrições, efeitos colaterais e posologia, devendo-se individualizar o tratamento, observando-se as peculiaridades de cada paciente, as interações medicamentosas e as respostas individuais. Deve-se conferir atenção especial a determinados grupos especiais como negros, idosos, crianças, gestantes, diabéticos, portadores de nefropatias, e portadores de cardiopatia isquêmica e insuficiência cardíaca (SBHA; SBC; SBN, 2002).

Quando o tratamento é seguido adequadamente e obtém-se controle satisfatório dos níveis pressóricos, há significativa redução do risco de eventos cardiovasculares e de óbito. O controle da HAS visa, portanto, a prevenção de acidente vascular encefálico (AVE), doença arterial coronária (DAC), doença arterial oclusiva periférica (DAOP), insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, retinopatia hipertensiva e encefalopatia hipertensiva (COSTA, 2002).

Estudos de intervenção com drogas antihipertensivas têm demonstrado que o controle adequado da PA reduz em 35 a 45% os eventos neurológicos, e em 20 a 30% as complicações coronárias (COSTA, 2002). O controle rígido da pressão arterial (<130/85mmHg) pode levar a uma redução adicional de 24% de eventos cardiovasculares, quando comparado com o controle menos rígido (PA < 140/90 mmHg), de acordo com os estudos HOT (Hypertension Optimal Treatment) e UKPDS (The United Kingdom Prospective Diabetes Study Group) (COSTA, 2002).

No entanto, haja vista o conhecimento científico acumulado quanto aos benefícios e importância do controle pressórico, associados a constante evolução dos medicamentos, com surgimento de drogas com posologia mais cômoda e baixos índices de efeitos colaterais, o controle da hipertensão é ainda muito precário e grande parte dos pacientes continua a apresentar altos índices de complicações e mortalidade.

Nos Estados Unidos, estima-se um total de 50 milhões de hipertensos, dos quais 68% têm conhecimento da doença, 54% estão sob tratamento, e apenas 27% estão controlados. Na Inglaterra, o controle da pressão

arterial não atinge 6% dos hipertensos; e estão controlados apenas 22,5% na Alemanha, 19% na Austrália, 16% no Canadá e 17,5% na Escócia (PIERIN, 2001).

No Brasil há escassez de estudos de prevalência da doença e de dados referentes ao controle dos hipertensos (OIGMAN, 2001), com presença de pequenos estudos isolados demonstrando baixos índices de controle dos hipertensos (CHOR, 1998; ANDRADE et al, 2002; GUS et al, 2004; TEIXEIRA; COELHO, 2004, KLEIN et al, 2005).

Estudos realizados em municípios brasileiros demonstraram prevalência de HAS de 43% em Araraquara em 1990, 22% em São Paulo em 1990, 33% em Piracicaba em 1991, 26% em Porto Alegre em 1994, 44% em Cotia em 1997, 32% em Catanduva em 2001 (SBH; SBC; SBN, 2002).

Em estudo realizado no Rio Grande do Sul envolvendo 309 hipertensos, 49,2% desconheciam o diagnóstico; 10,4% sabiam ser hipertensos, mas não seguiam o tratamento, 30,1% seguiam o tratamento, mas não tinham a PA controlada e apenas 10,4% seguiam o tratamento e tinham bom controle da PA (GUS et al, 2004).

Estudo realizado na Ilha do Governador no Rio de Janeiro mostrou uma prevalência de 24,9% de hipertensão em indivíduos acima de 20 anos, mesmo considerando apenas os casos com PA igual ou superior a 160/95mmHg (KLEIN et al, 1995a; KLEIN et al, 1995b).

Na Paraíba, estudo realizado em 24 municípios do interior do Estado, avaliando 4.439 indivíduos, encontrou 18,7% de prevalência de HAS (BARROS; SILVA, 1985). Estudo mais recente envolvendo uma amostra populacional do

município de João Pessoa - PB, composta de 517 indivíduos adultos, demonstrou prevalência de 27% de hipertensão arterial (OLIVEIRA, 2004).

Os resultados da Campanha Nacional de Detecção de Hipertensão Arterial realizada pelo Ministério da Saúde em 2002, em 4.118 municípios brasileiros, demonstraram que após mais de 12 milhões de aferições da PA, 36% dos indivíduos rastreados apresentavam valores de PA maiores ou iguais a 140/90mmHg (BRASIL, 2004a).

O Programa Saúde da Família (PSF), responsável pelo acompanhamento de hipertensos na atenção básica de saúde, tem cadastrado progressivamente maior número de hipertensos no Brasil, ultrapassando os 2 milhões de indivíduos em 2002, e pode contribuir na obtenção de informações de prevalência, a depender da cobertura do PSF em cada município e da adesão dos usuários ao programa (BRASIL, 2004a).

Porém, mesmo com essas iniciativas, a questão da adesão ao tratamento anti-hipertensivo ainda não está incorporada no planejamento das ações de controle da HAS, especialmente pelo pouco conhecimento científico ou prático sobre esta temática.

## 2.2 IMPLICAÇÕES DA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO ATENDIMENTO AO HIPERTENSO

Desde meados do século passado, em associação com o envelhecimento da população sobretudo após os anos 80 (BRASIL, 2004b), têm-

se observado modificações no modo de viver das pessoas, decorrentes do processo de urbanização e do avanço tecnológico, que contribuíram para a chamada “transição epidemiológica”.

A redução progressiva da importância relativa das doenças infecciosas e parasitárias, associada ao aumento significativo das doenças crônico-degenerativas e o despontar das doenças cardiovasculares como principal causa de morbimortalidade tem gerado implicações no modelo assistencial de saúde e nas respectivas políticas de saúde.

O conhecimento sobre tais doenças, incluindo seu comportamento e distribuição temporal, espacial e segundo atributos pessoais, proporciona direcionamento das ações para grupos vulneráveis e com maior risco de morbidade. A atenção à saúde do idoso passa a se tornar prioridade dentre as políticas de saúde (BRASIL, 2002b).

A epidemiologia tem contribuído com a produção de informações que permitem a elaboração de projetos para melhorar o conhecimento dessa nova realidade de saúde.

Segundo Drumond Jr (2003, p.70), a partir da captação de dados e com a utilização de indicadores, técnicas e métodos estruturados em projetos de intervenção, pode-se contribuir no diagnóstico, vigilância, monitorização e avaliação de ações de saúde no âmbito coletivo.

As formas de lidar com a doença se modificam com o movimento histórico das sociedades e influenciam na maneira como será exercido o trabalho em saúde, suas finalidades e toda a organização técnica (NEMES; 2000); o que significa dizer que as necessidades sociais e de saúde, em conjunto com os dados

obtidos por estudos epidemiológicos, devem determinar o planejamento e as ações programáticas em saúde, a composição dos modelos assistenciais e os processos de trabalho, que se expressam pelas políticas de saúde adotadas.

Com o novo perfil de morbimortalidade detectado pelos índices epidemiológicos, o desenvolvimento de programas diferenciados para as patologias crônicas torna-se de necessidade inquestionável.

O processo histórico contribuiu para o desenvolvimento de uma medicina centrada no binômio **doença/cura**, e por muitas décadas o paciente e os serviços de saúde foram habituados a exercer uma medicina curativa e hospitalocêntrica.

O despontar das doenças cardiovasculares, com caráter crônico, progressivo e silencioso, revela uma nova situação na qual o paciente deve comparecer periodicamente ao serviço de saúde, muitas vezes de difícil acesso, mudar seus hábitos de vida e tomar medicações diariamente por toda a vida, embora esteja assintomático e pareça estar saudável. As abordagens diagnóstica e terapêutica requerem muito mais empenho das equipes de saúde para efetivar um controle clínico satisfatório e prevenir as complicações que pioram a qualidade de vida.

Nesse contexto, as políticas de saúde devem voltar-se para ações de saúde que visem busca ativa da população, para garantir o diagnóstico precoce e implementar as medidas educativas pertinentes.

Passa-se a exigir dos serviços de saúde “formas diferenciadas de abordagem em função das especificidades dos agravos” (DRUMOND Jr, 2003, p.

69). O tratamento de doenças crônicas requer a interação de diversas áreas que integram não só os serviços de saúde, mas também outros setores do poder político.

A HAS, inserida no âmbito das doenças crônicas cardiovasculares, tem seu tratamento dificultado, com prejuízo nas taxas de adesão, em decorrência das implicações que a terapêutica gera na vida do paciente. A necessidade da modificação de hábitos segrega o paciente em seu ambiente familiar, restringindo-o de compartilhar da cultura populacional estabelecida. A equipe de saúde deve sensibilizar o paciente e a comunidade para a importância da adesão às medidas terapêuticas indicadas, orientando-o quanto aos riscos a que está exposto e a importância das mudanças no estilo de vida para prevenção de complicações.

A “transição epidemiológica” passa a gerar implicações práticas no seguimento dos doentes cardiovasculares e, em particular, no tratamento da HAS.

Nota-se que muitas das dificuldades para o tratamento do hipertenso decorrem da inabilidade da equipe de saúde, da organização dos serviços e de aspectos culturais relacionados ao próprio paciente, que ainda não se adaptaram a um conceito alternativo do binômio doença/cura, que passa a assumir um caráter de **fator de risco/controle**.

Desde a formação dos profissionais de saúde, já se pode perceber o conflito entre a formação tecnicista e curativa e a necessidade prática de profissionais que atuem preventivamente com a educação em saúde.

A abordagem ao paciente hipertenso requer, além do conhecimento técnico, a percepção do ambiente sócio-econômico e cultural do indivíduo, para

que as orientações terapêuticas possam ser adequadas a sua realidade de vida e conseqüentemente tenham êxito.

O problema do acesso às consultas, por demora e longas filas, associado à precariedade dos serviços nas unidades de saúde, e à baixa resolutividade (consultas rápidas, sem acolhimento e qualidade técnica) também dificultam a adesão do paciente ao tratamento.

A definição de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (VAUGHAN; MORROW, 1997), pressupõe uma ação integral ao indivíduo, incluindo o seu meio social, como fator a ser valorizado no controle de doenças crônicas, tal qual a hipertensão. Assim, além das políticas de saúde, devem ser traçadas outras metas de políticas sociais para que se proporcione uma visão integral do indivíduo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que apenas 50% dos pacientes crônicos estejam aderentes à terapêutica e tem investido no incentivo ao controle desses pacientes, reforçando a importância da adesão ao tratamento para a redução das complicações relativas a tais doenças. (WHO, 2004).

No Brasil, o Ministério da Saúde, através da Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS (BRASIL, 2002c), determinou que o controle da hipertensão arterial é responsabilidade dos serviços de atenção básica e estabeleceu como ações estratégicas o diagnóstico dos casos de hipertensos, o cadastramento dos portadores, a busca ativa de casos, o tratamento, o diagnóstico precoce de complicações, o primeiro atendimento de urgência e as

medidas preventivas, que incluem ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, sedentarismo e tabagismo) e prevenção de complicações.

O fortalecimento da importância das ações básicas de saúde resultou da necessidade de acompanhar o paciente crônico com visão integral de sua realidade de vida. Com esse intuito, a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), implantada no Brasil a partir de 1994 (FALK, 2004), teoricamente deveria contribuir para o aumento da adesão terapêutica desses pacientes e para a redução das complicações inerentes.

***Essa estratégia vem apresentando aceitação e crescimento consideráveis em todos os Estados do país. As equipes de PSF realizam suas atividades nas Unidades de Saúde da Família (USF) que estão diretamente relacionadas à comunidade.***

***As USFs têm por meta, dentre outros objetivos, acompanhar e gerenciar a saúde de pacientes hipertensos através da realização de ações de atenção básica em saúde. Os pacientes são cadastrados e supervisionados por equipes de saúde, preferencialmente multidisciplinares, que incentivam o paciente a melhorar sua adesão terapêutica, inserido em seu contexto e realidade de vida. A relação entre o paciente e a equipe de saúde promovidas por esse tipo de estratégia permite uma maior possibilidade de adesão ao tratamento.***

Embora existam vários fatores que influenciam na abordagem clínica e no controle dos pacientes hipertensos, limitando o sucesso da adesão à terapêutica, as políticas de saúde atuais, apesar das dificuldades para

implantação prática, tendem a destinar-se para melhorar tal situação. A efetividade dessas ações na prática estão na dependência de fatores culturais, sociais, econômicos e de decisões políticas, que apenas ao longo do tempo poderão se concretizar.

A transição de uma medicina centrada no modelo assistencial curativo para uma medicina de caráter preventivo, face à mudança do perfil de morbimortalidade, é um processo demorado, principalmente por envolver questões econômicas e sócio culturais representativas.

### *2.3 ADESÃO TERAPÊUTICA*

Etimologicamente, a palavra *adesão* vem do latim *adhaesione* e é definida como ato ou efeito de aderir, aderência, assentimento, aprovação, concordância, apoio, manifestação de solidariedade a uma idéia, a uma causa (FERREIRA, 1996).

Na literatura médica, o termo adesão é utilizado para referir-se ao seguimento às recomendações terapêuticas. Ainda são descritas outras terminologias para designar tal fenômeno tais como “aderência”, “observância” e “cumprimento”, sendo que os termos mais utilizados são “Adesão” e “Aderência” (ARAÚJO, 2002). O termo cumprimento implica em posição passiva do paciente e tem caráter unidirecional e reducionista, excluindo os aspectos psicológicos e a participação do paciente, enquanto que os termos adesão e aderência pressupõem uma colaboração voluntária do paciente e um acordo mútuo com o plano terapêutico traçado (ALFONSO et al, 2003).

Araújo (2002, p.45) recomenda a utilização preferencial do termo adesão considerando ser “o mais adequado para denominar o fenômeno, tendo em vista que leva em conta a autonomia do portador de HAS na tomada de decisão de seguir, ou não, as recomendações do plano terapêutico”. Pierin (2001, p. 24) caracteriza a adesão ao tratamento como o “grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente” e refere-se, ainda, a diferentes graus de adesão que variam desde os que seguem a risca o tratamento até os que abandonam por completo a terapêutica. Habel (apud ARAÚJO, 2002, p.44) descreve “Adherence” como “seguir as recomendações terapêuticas”.

No presente estudo utilizaremos preferencialmente os termos Adesão e Aderência, considerando-as “como uma implicação ativa e voluntária do paciente, no curso do comportamento aceito de mútuo acordo com o fim de produzir um resultado terapêutico desejado”, conforme descrito por Di Matteo e Di Nicola (apud ALFONSO, 2004, p.2).

As taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo são muito variáveis na literatura. Estima-se que no Brasil a adesão ao tratamento seja em torno de 60% (PIERIN, 2001). Andrade et al (2002) descreve taxas de adesão de aproximadamente 50%. Strelec et al (2003) encontrou 23% de adesão ao tratamento em São Paulo - SP. Teixeira e Coêlho (2004) encontraram 62,1% de adesão pelo auto-relato em amostra de Fortaleza - CE. Medeiros et al (2005) encontrou 53,5% de adesão em amostra de hipertensos de João Pessoa - PB.

A variação das taxas de adesão ao tratamento deve-se além dos aspectos relacionados às populações estudadas, a aspectos metodológicos

principalmente no que diz respeito à técnica utilizada para medir a adesão. A maior parte dos estudos descritos na literatura utiliza métodos indiretos de avaliação da adesão por serem mais facilmente realizados e de baixo custo (Quadro 1).

Quadro 1 - Resumo dos principais resultados de estudos sobre adesão ao tratamento, com referência por autor e data.

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Local</b>	<b>Taxa de adesão (%)</b>	<b>N</b>	<b>Método utilizado</b>	<b>Referência ou padrão ouro</b>
<i>Piñeiro et al</i>	1997	<i>Espanha</i>	60,3%	174	<i>Teste de Morisky e Green</i>	<i>Contagem de comprimidos</i>
<i>Piñeiro et al</i>	1997	<i>Espanha</i>	81,0%	174	<i>Auto Relato (Haynes-Sackett)</i>	<i>Contagem de comprimidos</i>
<i>Piñeiro et al</i>	1997	<i>Espanha</i>	74,1%	174	<i>Frequência a visitas</i>	<i>Contagem de comprimidos</i>
<i>Piñeiro et al</i>	1997	<i>Espanha</i>	47,7%	174	<i>Controle da PA</i>	<i>Contagem de comprimidos</i>
<i>Piñeiro et al</i>	1997	<i>Espanha</i>	22,4%	174	<i>Nível de conhecimento</i>	<i>Contagem de</i>

						(Teste de Batalla)	comprimidos
Piñeiro et al	1997	Espanha	81,0%	174	Juízo médico		Contagem de comprimidos
Khalil e Elzubier	1997	Arábia Saudita	53%	IND*	Contagem de comprimidos		Contagem de comprimidos
Svensson et al	2000	Suécia	57,6%	33	Estudo qualitativo		-
Garcia Pérez et al	2000	IND*	15,6%	270	Nível de conhecimento (Teste de Batalla)		Contagem de comprimidos
Garcia Pérez et al	2000	IND*	76,8%	270	Teste de Morisky e Green		Contagem de comprimidos
Choo et al	2001	EUA	79%	286	Auto relato		Monitorização eletrônica dos comprimidos
Choo et al	2001	EUA	58%	286	Monitorização eletrônica dos comprimidos		Monitorização eletrônica dos comprimidos

<i>Patel e Taylor</i>	200 2	<i>EUA</i>	67,7%	102	<i>Auto-relato</i>	<i>s</i> -
<i>Bovet et al</i>	200 2	<i>Seychelle s</i>	46,0%	50	<i>Monitorização eletrônica dos comprimidos</i>	<i>Monitorizaç ão eletrônica dos comprimido s</i>
<i>Strelec et al</i>	200 3	<i>São Paulo - Brasil</i>	23,0%	130	<i>Teste de Morisky e Green</i>	<i>Controle da PA</i>
<i>Alfonso et al</i>	200 3	<i>Cuba</i>	52,4%	103	<i>Auto-relato</i>	-
<i>Teixeira e Coelho</i>	200 4	<i>Ceará Brasil</i>	62,1%	177	<i>Auto-relato</i>	<i>Contagem de comprimido s</i>
<i>Teixeira e Coelho</i>	200 4	<i>Ceará Brasil</i>	38,4%	177	<i>Contagem de comprimidos</i>	<i>Contagem de comprimido s</i>
<i>Ingaramo et al</i>	200 5	<i>Argentina</i>	48,1%	178 4	<i>Teste de Morisky e Green</i>	<i>Controle da PA</i>
<i>Medeiros et al</i>	200 5	<i>Paraíba Brasil</i>	53,5%	101	<i>Juízo do médico</i>	<i>Controle da PA</i>

\* IND: Informação não disponível.

São vários os fatores que interferem na adesão ao tratamento, sejam relacionados ao paciente, à doença, crenças, hábitos e aspectos culturais, fatores

associados ao tratamento, à instituição de saúde e ao relacionamento com a equipe de saúde (ARAÚJO, 2002).

As variáveis envolvidas no processo de adesão foram descritas por Araújo (2002) como “*Antecedentes da Adesão*” e distribuídas em três grandes grupos: relacionados ao paciente, à terapêutica e ao sistema de saúde, conforme descrição no Quadro 1. Somam-se a esses três grupos os fatores associados a doença propriamente dita, tais como o tempo de diagnóstico e a presença de complicações já estabelecidas da doença (PIERIN, 2001). A resultante dessas variáveis determina o grau de adesão do paciente ao tratamento recomendado.

Pierin (2001) relata que os homens, as pessoas mais jovens e com baixa escolaridade tendem a ser menos aderentes ao tratamento e acrescenta ainda a interferência da etnia dentre os fatores relacionados ao paciente e de aspectos relacionados à doença como a cronicidade, ausência de sintomas e conseqüências tardias.

Araújo (2002) descreveu vários estudos que tentaram relacionar os fatores mencionados com a adesão ao tratamento. A autora cita o sexo feminino como importante preditor de adesão, já que encontrou taxas de 75 a 90,2% de adesão ao tratamento em mulheres hipertensas. Richardson et al (1993) referem-se a pacientes jovens como menos aderentes.

Quanto à etnia Lessa e Fonseca (apud PIERIN, 2001, p.26) referem que negros aderem menos ao tratamento que os pardos, e esses menos que os brancos, com taxas de adesão de 19,7%, 33% e 53,6%, respectivamente.

Pacientes idosos, com maior grau de instrução, maior poder aquisitivo e casados tendem a ser mais aderentes (PIERIN, 2001).

Quadro 2 - Antecedentes da Adesão descritos por Araújo (2002).

<p><b>1) Relacionados ao paciente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, grau de instrução, situação financeira, estado civil.</li><li>• Conhecimento e crenças sobre a Hipertensão Arterial: experiência anterior com a doença no meio familiar e social, percepção acerca da doença, desejo de aprender sobre a doença e o tratamento, acesso a fontes de informação, motivação para seguir as recomendações.</li><li>• Apoio familiar e social.</li></ul>
<p><b>2) Relacionados à terapêutica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Farmacológica: frequência de dosagens e horário de tomada, eficácia em relação aos sintomas, incidência de efeitos colaterais, custo econômico.</li><li>• Não farmacológica: capacidade de adaptação ao novo estilo de vida.</li></ul>
<p><b>3) Relacionados ao sistema de saúde:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Estrutura dos serviços de saúde: acesso, disponibilidade de equipe multiprofissional, disponibilidade de medicamentos, serviços de referência.</li><li>• Processo de atendimento: busca ativa de casos, sistema de controle de cadastrados, frequência de consultas, conduta profissional, satisfação do hipertenso com o atendimento, realização de ações educativas.</li></ul>

Araújo (2002) ressalta a importância do conhecimento e a percepção sobre a doença, as experiências prévias e o apoio familiar como facilitadores da adesão.

Os fatores relacionados à terapêutica exercem papel decisivo no grau de adesão ao tratamento. A quantidade de medicamentos, a posologia complexa e os efeitos colaterais influenciam negativamente no processo.

A relação médico-paciente de confiança, orientação, respeito e decisão conjunta, associada à abordagem multidisciplinar são imprescindíveis para obtenção da adesão satisfatória (GIORGI, 2001).

Khalil e Elzubier (1997) encontraram como principais razões para a não adesão a ausência de sintomas, a falta de medicamentos, efeitos colaterais, esquecimento e a carência de educação em saúde.

Andrade et al (2002) em estudo com 401 hipertensos não aderentes à terapêutica detectou que os principais motivos para abandono do tratamento foram a normalização da pressão arterial, os efeitos colaterais dos medicamentos, uso contínuo dos medicamentos, custo, medo de associar com álcool e outros remédios e desconhecimento da continuidade dos medicamentos dentre outros.

Ren et al (2002) estudando a adesão em 1292 hipertensos detectaram que aqueles que participavam pró-ativamente das decisões quanto ao seu tratamento tendiam a ser mais aderentes. Relacionaram ainda que recomendações de médicos especialistas eram menos seguidas do que as de médicos da atenção primária, e as destes menos seguidas que as de outros profissionais de saúde como enfermeiras e assistentes de médicos.

Considerando-se “*atributos da adesão ao tratamento*” como as características que descrevem esse conceito, Araújo (2002) cita a participação ativa no tratamento (uso correto dos medicamentos, monitoramento do tratamento, e comparecimento pontual aos agendamentos) e a realização de mudanças no estilo de vida (seguimento do regime dietético, práticas regulares de atividades físicas, monitoramento do estresse) como a base dos atributos do conceito de adesão.

Alfonso (2004) descreve que para se produzir adesão ao tratamento é necessário que se vislumbre os seguintes momentos no processo: aceitação concordada do tratamento entre o paciente e o médico, cumprimento do tratamento (medida em que a pessoa executa as prescrições indicadas), participação ativa no cumprimento (participação do paciente na busca de estratégias para garantir o cumprimento), caráter voluntário das ações para o cumprimento.

Os métodos de avaliação da adesão ao tratamento podem ser classificados em diretos e indiretos. Os métodos diretos avaliam quantitativamente o medicamento em amostras de sangue ou fluidos do paciente e, embora sejam fidedignos, são de difícil realização e alto custo. Os métodos indiretos, por sua vez, são em geral fáceis de serem realizados, têm baixo custo, mas estão sujeitos à reprodução limitada, a possibilidade de manipulação dos dados e a não condizerem com a realidade (OIGMAN, 2001).

Os métodos indiretos descritos por Oigman (2001) para medir a aderência aos medicamentos são: relato do paciente, opinião do médico, diário do

paciente, contagem de comprimidos, reabastecimento de comprimidos, resposta clínica e monitorização eletrônica da medicação.

A informação pode ser obtida do paciente através de testes já validados na literatura, como o Relato de auto-adesão pela metodologia de Haynes-Sackett (HAYNES et al, 1975 apud Piñeiro et al, 1997), que consiste em perguntar ao paciente “a maioria dos pacientes têm dificuldade em tomar seus comprimidos, você têm dificuldades em tomar todos os seus comprimidos?” Se a resposta for afirmativa, pergunta-se quanto de seus comprimidos ele estima, em porcentagem, ter tomado no último mês, e consideram-se aderentes aqueles que tomaram de 80 a 110% das medicações prescritas.

O nível de conhecimento pode ser avaliado pelo Teste de Batalla (BATALLA et al, 1984), no qual faz-se três perguntas ao paciente e considera-se como aderente quando responder corretamente as três. São elas: “A hipertensão é uma doença para toda vida?, Pode-se controlar a pressão com dieta e/ou medicação?, Cite dois ou mais órgãos que podem sofrer lesões pela pressão alta.”

Morisky e Green (1986) descreveram uma escala de auto-relato, Teste de Morisky e Green (TMG), composta por quatro perguntas para identificar atitudes e comportamentos frente à tomada de medicamentos, que pode ser útil na determinação de pacientes aderentes ou não ao tratamento. Considera-se 1 ponto para cada resposta negativa do paciente e aquele que obtiver pontuação quatro é dito como aderente. Pontuações menores ou iguais a três caracterizam o paciente como não aderente (MORISKY et al, 1986; STRELEC et al, 2003). O teste de Morisky e Green consta das perguntas descritas no Quadro 3.

Quadro 3 - Perguntas realizadas no Teste de Morisky e Green

<b>TESTE DE MORISKY E GREEN</b>
---------------------------------

- 1) Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio?
- 2) Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?
- 3) Quando você se sente bem, alguma vez, deixa de tomar seu remédio?
- 4) Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?

Strelec, Pierin e Mion Jr (2003) realizaram estudo com 130 pacientes hipertensos, utilizando o Teste de Morisky-Green para caracterizá-los como aderentes e não aderentes e relacionaram com o controle da pressão arterial. Com a utilização do teste, 77% dos pacientes foram considerados como não aderentes e não houve correlação com o controle da pressão arterial. O teste apresentou alta especificidade (70%), baixa sensibilidade (39%) e baixa acurácia (59%), sendo pouco eficiente para relacionar o controle da pressão arterial com a atitude positiva frente à tomada de remédios.

Em outro estudo (PIÑEIRO et al, 1997) com 174 hipertensos, o Teste de morisky e Green demonstrou especificidade de 72,5% e sensibilidade de 60,1% para detectar a aderência ao tratamento, considerando como referência padrão a adesão obtida pela contagem de comprimidos. Neste mesmo estudo o controle da pressão arterial como método indireto para estimar a adesão mostrou baixa sensibilidade (54,2%) e especificidade (49,4%). O nível de conhecimento avaliado pelo Teste de Batalla mostrou maior sensibilidade (81,9%) e o auto-relato da adesão segundo a metodologia de Haynes-Sackett mostrou a maior especificidade (93,4%).

A correlação entre adesão à terapêutica medicamentosa e o controle da PA tem sido avaliada em vários estudos, sendo que em alguns deles a correlação tem sido positiva, encontrando-se melhor nível de controle da PA nos pacientes aderentes (KHALIL; ELZUBIER, 1997), enquanto em outros não houve correlação estatisticamente significativa (STRELEC; PIERIN; MION Jr, 2003; WETZELS et al, 2004).

De acordo com Bovet et al (2002) a queda da pressão arterial sistólica e diastólica, no seguimento de 12 meses, relacionou-se com a frequência de uso das medicações, com valor significativo de P para a queda da pressão sistólica ( $p=0,034$ ) e diastólica ( $p<0,001$ ), da seguinte forma: uso da medicação 6 a 7x/semana

representou uma queda de  $16 \pm 12/9 \pm 6$  mmHg, uso 4 a 5x/semana queda de  $13 \pm 5/9 \pm 8$  mmHg, uso de 0 a 3x/semana queda de  $7 \pm 13/5 \pm 6$  mmHg.

A adesão terapêutica abrange igualmente a prescrição medicamentosa (drogas com efeito farmacológico) e a não medicamentosa, que inclui mudanças nos hábitos alimentares, no perfil de atividade física, exclusão de vícios como o tabagismo e etilismo, dentre outros. Os hábitos alimentares, por exemplo, são influenciados por “fatores multifatoriais e complexos, que apresentam raízes profundas desde a infância, sendo, portanto, difíceis de modificar” (CINTRA, 2003).

Lip (1997) descreveu o contexto psicossocial do paciente como principal determinante para interrupção do tratamento, associado aos efeitos indesejáveis das drogas que também têm grande relevância.

Teixeira e Coelho (2004) realizaram estudo em Fortaleza – CE envolvendo 177 pacientes hipertensos e identificaram fatores que favorecem a adesão, como a maior renda familiar e a ajuda que o paciente recebe da família, e fatores que dificultam a adesão como o número reduzido de consultas/ano, grande intervalo entre as consultas, deficiências na orientação médica durante a consulta, desabastecimento de medicamentos no hospital e pouco envolvimento dos pacientes no programa de apoio ao hipertenso.

A aplicação de rede social de apoio no manejo da HAS tem sido sugerida como favorecedora de melhor adesão (WAGNER et al, 2004). A compreensão dos aspectos sócio-culturais que norteiam a adesão pode auxiliar na orientação ao doente (KURITA; PIMENTA, 2004). Apenas com o aprofundamento

de estudos na área da adesão será possível conhecer as melhores formas de abordagem da problemática.

### *3. Considerações Metodológicas*

*“— Por que você trata a pressão alta?”*

*“— Porque o doutor disse que era alta...”*

*(A.L.S., 69 anos, Feminino)*

*“— Porque se eu não tratar é pior. Pode acontecer coisa pior... Com o remédio eu me sinto mais segura...”*

*(N.S. L., 57anos, Feminino)*



### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, do tipo transversal, no qual estudou-se a prevalência da adesão terapêutica em uma população de pacientes hipertensos.

A epidemiologia é a “ciência que estuda a distribuição e os determinantes dos eventos ou padrões de saúde em populações” (VAUGHAN; MORROW, 1997; ROUQUAYROL, 1999). O presente estudo tem característica observacional, pois não realiza intervenções na população estudada, mas observa, descreve, analisa e relaciona as variáveis estudadas.

O estudo apresenta caráter transversal já que as hipóteses de relação entre causa e efeito foram avaliadas no mesmo momento, e não foi realizado seguimento da amostra estudada. Realizou-se um trabalho de campo utilizando-se a técnica de entrevista, com a aplicação de questionário estruturado (APÊNDICE B) aos pacientes incluídos na pesquisa.

### **3.2 LOCAL DO ESTUDO**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada aos serviços de saúde e a principal instituição responsável pela atenção primária. A Norma Operacional da Assistência à Saúde nº01/02 determina o controle da hipertensão como responsabilidade e ação estratégica mínima da atenção básica (BRASIL, 2002c). Com o Projeto de Implantação da Estratégia de Saúde da Família, em

1998, pela Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa, essa função passa a ser das Unidades de Saúde da Família (USF). Assim, através das USFs pode-se ter acesso a uma amostra representativa de pacientes hipertensos.

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Saúde da Família (USF) Mangabeira IV Ambulantes, do Distrito Sanitário III, localizada no bairro de Mangabeira, no município de João Pessoa – PB. A referida Unidade está implantada desde dezembro de 2001 na antiga Unidade Básica de Saúde.

A USF Ambulantes, como é conhecida, localiza-se em bairro próximo da Universidade Federal da Paraíba e, de acordo com o Relatório das Oficinas de Planejamento e Avaliação do Serviço da Unidade Saúde da Família Mangabeira IV Ambulantes (JOÃO PESSOA, 2005), consta com cadastro de 945 famílias, equivalentes a 3.457 usuários, divididos em seis microáreas. A distribuição dos usuários por sexo demonstra que 1587 (45,9%) são do sexo masculino e 1870 (54,1%) do sexo feminino. As 945 famílias têm casa de tijolo, com energia elétrica, 937 recebem coleta de lixo, 831 (88,4%) têm sistema de esgoto, 939 (99,8%) recebem água da rede pública, 86,2% são alfabetizados e a renda familiar média é de 2 a 3 salários mínimos.

A USF Ambulantes conta com uma equipe de saúde constituída por uma enfermeira, uma médica, uma odontóloga, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde, uma auxiliar de consultório de dentista, um recepcionista, um auxiliar de limpeza e três vigilantes. A equipe realiza uma média mensal de 468 consultas médicas, 233 consultas de enfermagem, 122 procedimentos de enfermagem, 290 procedimentos odontológicos, 572 visitas domiciliares de Agente Comunitário de Saúde (ACS), 6 visitas médicas

domiciliares por semana e 3 visitas de enfermagem domiciliares por semana. A USF ainda conta com a atuação de um arquiteto, uma pedagoga, duas enfermeiras e estudantes de enfermagem, que realizam Projetos relacionados à atividades acadêmicas.

A escolha da UBS para a realização deste trabalho foi motivada por dispor de estrutura adequada e organização técnica no atendimento ao usuário hipertenso. Antes do início do estudo, o projeto de pesquisa foi apresentado à Enfermeira Chefe Responsável pela USF, que aprovou a realização do trabalho na instituição, concedendo autorização por escrito para a realização do estudo na referida Unidade, através da facilitação do acesso aos dados disponíveis de cadastramento de pacientes hipertensos e da promoção do encontro entre pesquisador e pacientes, durante a coleta de dados.

### **3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população do estudo foi composta pelos usuários hipertensos cadastrados na USF Mangabeira IV Ambulantes, do Distrito Sanitário III, no município de João Pessoa – PB.

A média de pacientes hipertensos cadastrados na USF Ambulantes nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2005 foi 242 hipertensos, com base no Relatório das Oficinas de Planejamento e Avaliação do Serviço da Unidade Saúde da Família Mangabeira IV Ambulantes (JOÃO PESSOA, 2005). Dentre os hipertensos cadastrados, 72 (29,75%) são do sexo masculino e 170 (70,25%) do

sexo feminino. A USF dispõe de dois turnos (quartas e quintas-feiras pela manhã) na programação semanal para atendimentos aos hipertensos cadastrados.

As taxas de adesão descritas na literatura utilizando-se o Teste de Morisky Green variam de 23% (STRELEC et al, 2003) a 76,8% (GARCIA PEREZ et al, 2000). No presente estudo, optou-se, para fins de cálculo de amostra, por considerar uma taxa média de adesão nos estudos de auto-relato, em torno de 60%, já que estudos bem controlados como o de Piñeiro et al (1997), utilizando o Teste de Morisky e Green, encontrou taxa de adesão de 60,3%. Soma-se ao fato que as taxas de adesão encontradas por métodos diretos de avaliação, mais fidedignos, também se aproximam deste valor, como o estudo realizado por BOVET et al (2002) que, utilizando a dosagem de marcadores urinários, encontrou taxa de adesão de 56%.

Assim, o tamanho estimado da amostra, calculado com o auxílio do módulo Statcalc do programa EPI INFO, versão 6.04d (DEAN, 1996), para identificar uma adesão ao tratamento em torno de 60%, com margem de erro de 10% e nível de significância de 95% é de 91 pessoas. Optou-se por manter a margem de erro em 10%, pelas dificuldades para ampliar a amostra, inerentes ao processo de coleta de dados (entrevista estruturada que demandava cerca de 20 a 30 minutos por paciente, necessidade de realizar visitas domiciliares além das entrevistas nos dias e local de atendimento, término do período previsto para a coleta de dados).

A amostra foi constituída por 120 usuários hipertensos selecionados aleatoriamente, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão ou exclusão:

### **Critérios de inclusão:**

- usuários do sexo feminino ou masculino com diagnóstico de HAS estabelecido de acordo com os critérios clínicos propostos pela IV DBHA;
- idade igual ou superior a 18 anos;
- usuários hipertensos cadastrados e acompanhados na USF Ambulantes, durante o período de coleta de dados;
- aceitação do usuário em participar do estudo, observando-se o disposto na Resolução 196/96 do CNS (BRASIL, 1996) (APÊNDICE A).

### **Critérios de exclusão:**

- usuários com diagnóstico de HAS com idade inferior a 18 anos;
- usuárias femininas portadoras de Doença Hipertensiva Específica da Gestação;
- usuários hipertensos portadores de doenças crônico-degenerativas debilitantes, ou seqüelas neurológicas, ou doenças mentais, que apresentassem limitada autonomia e poder de decisão;
- usuários que não concordassem ou desistissem de participar do estudo, em qualquer fase da pesquisa;

### **3.4 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS**

O estudo incluiu para análise as variáveis referidas no Quadro 4, cujos critérios de definição estão descritos a seguir.

Quadro 4 - Descrição das variáveis dependentes e independentes do estudo.

<b>Tipo de Variáveis</b>	<b>Descrição da Variável</b>	
<b>Dependentes</b>	Controle da Hipertensão Arterial	
	Adesão à terapêutica medicamentosa	
	Adesão à terapêutica não medicamentosa	Adesão à redução do peso corporal
		Adesão à redução da ingestão de sal
		Adesão ao aumento de frutas, verduras e legumes da dieta
		Adesão à redução do consumo de bebidas alcoólicas
		Adesão à prática de exercícios físicos regulares
		Adesão ao abandono do tabagismo
Adesão a evitar drogas que aumentam a pressão		
<b>Independentes</b>	Variáveis Sócio demográficas	Idade
		Sexo
		Raça
		Estado civil
		Ocupação
		Escolaridade
		Renda familiar
	Variáveis relacionadas à doença	Tempo de hipertensão
		Tempo de tratamento
		Presença de complicações em órgãos-alvo
		Tipo de complicação
	Fatores de gravidade associados	Diabetes
		Dislipidemia

		Terapia de reposição hormonal
		Tabagismo
		Alcoolismo
	Variáveis relacionadas ao paciente	Apoio familiar e social
		Conhecimento e crenças sobre hipertensão
		Motivação para seguir o tratamento
	Variáveis relacionadas à terapêutica farmacológica	Número de medicamentos
		Frequência e horário dos medicamentos
		Efeitos colaterais
		Custo econômico
	Variáveis relacionadas ao serviço de saúde	Acessibilidade geográfica e funcional
		Equipe multiprofissional
		Disponibilidade de medicamentos
		Serviços de referência
		Periodicidade do acompanhamento
		Relação equipe de saúde e paciente
		Realização de ações educativas
		Busca ativa dos pacientes
		Qualidade do atendimento segundo os usuários

**3.4.1 Controle da Hipertensão arterial:** o estudo considerou o conceito de HAS descrito nas IV DBHA (2002) que a define como níveis de pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140mmHg ou de pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90mmHg em pelo menos duas avaliações, com intervalo mínimo de 1 a 2 minutos entre elas.

Para fins do presente estudo considerou-se hipertenso controlado o indivíduo com diagnóstico prévio de HAS, que, em virtude de tratamento apropriado, apresentasse a média simples de duas ou três medidas da pressão arterial em membro superior do paciente, na posição sentada, com intervalo mínimo de 5 minutos entre elas, inferiores a 140mmHg para a PAS e 90mmHg para a PAD.

Foi considerado hipertenso não controlado o indivíduo que, nas mesmas situações descritas, apresentasse a média dos níveis pressóricos iguais ou superiores a 140mmHg para a PAS e 90mmHg para a PAD. Os pacientes caracterizados como hipertensos não controlados foram classificados como portadores de hipertensão leve, moderada, grave ou hipertensão sistólica isolada conforme as orientações das IV DBHA (2002).

Antes das aferições da pressão arterial para o estudo, o pesquisador realizou uma aferição em cada membro superior do indivíduo para afastar a presença de valores divergentes significativos entre os níveis pressóricos nos dois membros superiores e para determinar qual o membro a ser utilizado nas aferições para o estudo.

O controle da HAS foi relacionado com cada subgrupo de adesão ao tratamento para cada variável medicamentosa e não medicamentosa, e com as variáveis relacionadas ao paciente, à doença, à terapêutica e ao serviço de saúde.

**3.4.2 Adesão à terapêutica:** “grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente” (PIERIN, 2001, p. 24). Foi classificada em total, parcial ou nenhuma. O estudo utilizou o auto-relato do paciente como método indireto de avaliar a adesão terapêutica, tendo em vista que consiste em

método de baixo custo e fácil aplicabilidade, e que tem se correlacionado com o controle da pressão arterial em estudos prévios.

A avaliação da adesão ao tratamento considerou as recomendações medicamentosas e não medicamentosas preconizadas pelas IV DBHA (2002), descritas a seguir:

**Recomendações não medicamentosas:** redução do peso corporal, redução da ingestão de sal, aumento da ingestão de alimentos ricos em cálcio, potássio e magnésio (representados pelas frutas, verduras e laticínios de baixo teor de gordura), redução do consumo de bebidas alcoólicas, exercícios físicos regulares, abandono do tabagismo e evitar drogas que elevam a pressão. O controle do diabetes e das dislipidemias, quando presentes, embora seja medida associada ao controle da HAS (III CBHA, 1998), não foi avaliado no presente estudo.

Como as variáveis do tratamento não medicamentoso têm um caráter qualitativo, cada recomendação teve sua adesão classificada em total, parcial ou nenhuma adesão, considerando-se as metas preconizadas pelas IV DBHA.

Para tanto foi definido o alcance das metas como **Adesão Total** ao tratamento. Quando não houve nenhuma tentativa de seguir a recomendação ou quando houve piora do parâmetro considerou-se **Nenhuma Adesão**, e nos casos em que o paciente seguiu parcialmente a recomendação, havendo, portanto, melhora parcial do parâmetro, porém sem conseguir atingir as metas, definiu-se como **Adesão Parcial**.

Para considerar que o paciente aderiu à meta de tratamento recomendado foi necessário caracterizar que ele estava previamente fora dos parâmetros ideais e que a medida foi orientada pela equipe de saúde. Quando a recomendação não foi orientada ao paciente, o parâmetro foi excluído da análise

em tal indivíduo (não se aplica). O Quadro 5 discrimina os graus de adesão considerados para cada recomendação não medicamentosa.

Além da classificação da adesão para cada recomendação não medicamentosa, considerou-se ainda a adesão a tais medidas como um todo. Os hipertensos que obtiveram a classificação de adesão total em no mínimo 50% das orientações recebidas foram considerados aderentes ao tratamento não medicamentoso.

Dessa forma, os hipertensos foram considerados aderentes à terapêutica não medicamentosa caso se incluíssem em um dos seguintes grupos: receberam sete orientações não medicamentosas e foram totalmente aderentes a pelo menos quatro delas, receberam seis ou cinco orientações e seguiram totalmente no mínimo três delas, receberam quatro orientações e seguiram no mínimo duas, receberam duas orientações e seguiram no mínimo uma delas.

Quadro 5 - Descrição dos graus de adesão ao tratamento de acordo com as variáveis não medicamentosas

<b>Variável não medicamentosa</b>	<b>Ausência de Adesão</b>	<b>Adesão Parcial ao Tratamento</b>	<b>Adesão Total ao Tratamento (Metas)</b>
<b>Redução do peso corporal</b>	IMC inicial* >25 IMC atual** $\geq$ IMC inicial	IMC inicial >25 IMC atual >25, porém menor que IMC inicial	IMC inicial >25 IMC atual <25
<b>Redução da ingestão de sal</b>	Paciente não alterou a dieta quanto à ingestão de sal	Paciente reduziu parcialmente o consumo de sal da dieta, mas não atingiu a meta orientada	Paciente não acrescenta sal aos alimentos, não utiliza saleiro à mesa e evita alimentos ricos em sal
<b>Aumento da ingestão de frutas, verduras e legumes (ricos em potássio)</b>	Paciente não alimenta-se de frutas, verduras e/ou legumes	Paciente alimenta-se de apenas uma porção de frutas, verduras e/ou legumes ao dia	Paciente ingere duas ou mais porções de frutas, verduras e/ou legumes ao dia
<b>Redução do consumo de bebidas alcoólicas</b>	Paciente ingere bebidas alcoólicas acima dos níveis recomendados e não reduziu apesar de receber orientação	Paciente reduziu o consumo de bebidas alcoólicas após orientação, mas não atingiu a meta ideal	Paciente com ingestão de álcool inferior a 30ml/dia de etanol (uma taça de vinho, 2 cervejas, 1 dose de uísque)

<b>Exercícios físicos regulares</b>	Não realiza atividades físicas	Realiza atividade física, porém não se enquadra na meta preconizada	Realiza atividade física aeróbica, por 30 a 40 min, 3 a 5 vezes por semana, com a FC*** de treinamento
<b>Abandono do tabagismo</b>	Permanece tabagista, e mantém ou aumentou o número de cigarros fumados/dia	Permanece tabagista, porém reduziu o número de cigarros fumados/dia	Suspendeu o tabagismo quando orientado
<b>Evitar drogas que potencialmente elevam a pressão arterial</b>	Paciente conhece e não evita drogas que elevam a pressão arterial	Paciente conhece, mas nem sempre evita drogas que elevam a pressão arterial	Paciente conhece e evita drogas que elevam a pressão arterial

\*IMC inicial: Índice de massa corpórea calculado a partir das medidas de peso e altura do início do tratamento, obtidos no Cartão do Hipertenso. \*\*IMC atual: Índice de massa corpórea calculado a partir das medidas de peso e altura no dia da entrevista. \*\*\*FC: Frequência cardíaca.

**Recomendações medicamentosas:** foram avaliadas quanto à adesão ao tratamento de acordo com o relato do investigado. Os pacientes foram classificados em aderentes e não aderentes de acordo com o resultado do Teste de Morisky Green aplicado durante a entrevista. Além do referido teste, utilizou-se também outra classificação dos pacientes quanto à adesão medicamentosa, na qual se propõe um grupo intermediário de pacientes, aqueles com adesão parcial na tentativa de identificar se a adesão parcial às recomendações pode se correlacionar com algum grau de controle da pressão arterial.

Além disso, a forma de avaliação dos critérios adotados pelo Teste de Morisky Green é bastante rigorosa, já que não admite qualquer esquecimento ou descuido no horário dos medicamentos. Sabe-se que episódios isolados de esquecimento do remédio até uma vez por semana relacionam-se, de modo semelhante ao uso diário, com a queda da pressão arterial, no seguimento de 12 meses (Bovet et al, 2002).

Na classificação proposta foram considerados os seguintes critérios: **ficar sem tomar o medicamento por algum motivo** (inclui a obediência ao número de medicamentos e número de tomadas ao dia), **atitude para não ficar sem o medicamento** (representa o grau de responsabilidade e compromisso com o tratamento), **frequência de esquecimento** (número de vezes que esquece do horário do medicamento, revela o grau de compromisso com a terapêutica, mas

está sujeito a labilidades de memória e às alterações da rotina que eventualmente podem contribuir para o esquecimento) e **atitude ao esquecer o medicamento** (representa também o grau de compromisso com o tratamento, revelando se o hipertenso acredita realmente na ação medicamentosa e, portanto, considera a possibilidade de reparar uma atuação indevida).

Para cada critério considerou-se pontuação favorável (+1) se houve atitude positiva do paciente, ou nenhum ponto, se a atitude foi negativa, conforme o Quadro 6.

Após análise dos quatro critérios, os participantes foram distribuídos em três grupos de acordo com a pontuação obtida (Quadro 7), da seguinte forma: **Adesão Total** se obteve 4 pontos, ou seja, atitudes positivas nos quatro critérios, **Adesão Parcial** se obteve 2 ou 3 pontos, e **Nenhuma Adesão** se obteve 1 ou nenhum ponto.

Quadro 6 - Critérios utilizados para a classificação proposta de adesão à terapêutica medicamentosa.

CRITÉRIO UTILIZADO	ATITUDE POSITIVA	ATITUDE NEGATIVA
<b>Ficar sem tomar o medicamento por algum motivo</b>	Nunca ficar sem tomar o medicamento de acordo com a posologia orientada.	Suspender o uso ou reduzir a posologia do medicamento durante um ou mais dias por qualquer motivo (esquecimento, falta da medicação, não achar necessário, por medo de tomar a dosagem orientada, etc).
<b>Atitude para não ficar sem o medicamento</b>	Providenciar o medicamento antes de sua falta (comprar, procurar o serviço de saúde antes do	Não providenciar o medicamento (de forma gratuita ou comprando-o), substituir o medicamento sem orientação médica, reduzir a

	término do medicamento, etc).	posologia para dar mais tempo.
<b>Frequência de esquecimento do horário do medicamento</b>	Nunca ou raramente (até 1x/semana).	Duas ou mais vezes por semana.
<b>Atitude ao esquecer o medicamento</b>	Tomar assim que lembra.	Tomar apenas no outro dia ou apenas o do próximo horário, não ficar preocupado por não sentir nada, lembrar-se apenas de tomar o medicamento quando tem algum sintoma.

Quadro 7 - Classificação proposta para a adesão medicamentosa de acordo com a pontuação obtida nos quatro critérios selecionados.

<b>CLASSIFICAÇÃO DA ADESÃO MEDICAMENTOSA</b>	<b>PONTUAÇÃO OBTIDA NOS QUATRO CRITÉRIOS</b>
Adesão total	4 pontos
Adesão parcial	2 ou 3 pontos
Nenhuma adesão	1 ou nenhum ponto

### 3.4.3 Variáveis sócio-demográficas:

- Idade: foi considerada a idade do indivíduo no dia da avaliação.
- Sexo: feminino ou masculino.
- Cor: para fins de estudo, os indivíduos foram classificados em

brancos, pardos e negros.

- Estado civil: foram consideradas as seguintes categorias qualitativas: solteiro, casado, amancebado, viúvo, separado, outros (quando não se enquadrar nas definições dos termos anteriores). Para fins de análise bivariada foram consideradas apenas duas categorias: ter companheiro (a) ou não ter companheiro (a).

- Ocupação: esse item não objetivou avaliar o tipo de profissão de cada indivíduo e sim caracterizá-lo como produtivamente ativo ou inativo, e identificar o grau de dependência ou independência financeiras, perante a família e a sociedade. Dessa forma, as categorias ocupacionais foram classificadas em empregado (quando apresentava vínculo empregatício fixo e regular), empregado autônomo (quando trabalhava por conta própria, sem vínculo fixo ou regularidade), desempregado (quando sem emprego, embora capaz de trabalhar), dependente (quando sem emprego ou pensão, porém incapaz de trabalhar), aposentado, pensionista, do lar (para mulheres que não trabalham fora de casa), e outros (quando não se enquadrava nas definições dos termos anteriores). Para fins de análise estatística as categorias foram distribuídas em apenas 3 grupos: ativos, inativos (desempregados, do lares, dependentes) e pensionistas ou aposentados.

- Escolaridade: os entrevistados foram classificados em analfabeto, sabe ler e escrever, 1º grau ou ensino fundamental incompleto, 1º grau ou ensino fundamental completo, 2º grau ou ensino médio completo e nível superior. Para fins de análise estatística se considerou apenas dois subgrupos: um de baixa escolaridade, incluindo todos os que tinham até o ensino fundamental incompleto, e um segundo grupo com ensino fundamental completo ou mais.

- Renda familiar: menor que 1 salário mínimo, 1 a 3 salários mínimos, 4 a 6 salários mínimos e superior a 6 salários mínimos. Considerou-se o valor do salário mínimo vigente no país no início da coleta de dados.

#### **3.4.4 Variáveis relacionadas à doença**

- Tempo do diagnóstico de hipertensão: foi considerado o tempo (em anos) referido pelo paciente desde o diagnóstico até a avaliação. Para fins de análise bivariada os pacientes foram distribuídos em dois grupos: os que tinham até um ano de diagnóstico e os que tinham mais de um ano de diagnóstico, já que outros estudos (BOVET, 2002; SCHAUB, 1993) têm detectado a queda na adesão a partir de tal período.

- Tempo de tratamento da hipertensão: foi considerado o tempo (em meses) de acompanhamento e tratamento da pressão arterial no serviço de saúde onde se realizou o estudo de acordo com a data de cadastramento obtida no cartão do hipertenso.

- Presença de complicações ou lesões em órgãos-alvo: para fins do presente estudo, além de serem consideradas as lesões em órgãos-alvo definidas nas IV DBHA, foram incluídas também as complicações descritas pelos entrevistados como secundárias a HAS tais como desmaios, epistaxe, admissões em serviços de emergência por crises hipertensivas, cefaléia associada a mal estar, tontura e turvação visual. Tal medida foi tomada após a realização do pré-teste tendo em vista que as complicações descritas pelos entrevistados, não necessariamente lesões em órgãos-alvo, também são capazes de influenciar no processo de adesão ao tratamento, aliado às dificuldades para confirmação das lesões de órgão-alvo propriamente ditas por exames complementares na amostra entrevistada.

#### **3.4.5 Fatores de gravidade associados**

Foi avaliada a presença dos seguintes fatores de gravidade associados a HAS:

- Tabagismo: os pacientes foram caracterizados como fumantes, não fumantes e ex-fumantes.
- Alcoolismo: os pacientes foram interrogados sobre a utilização de bebidas alcoólicas e a frequência desses episódios: mais que 3 vezes por semana, de 1 a 3 vezes por semana, de 1 a 2 vezes por mês, menos que 1 vez por mês ou nunca (não alcoolista).

- Sedentarismo: os pacientes foram interrogados sobre a prática de atividade física e classificados em três grupos: aqueles com prática de atividade física regular, irregular ou sedentários, de acordo com as recomendações das IV DBHA (2002).

- Terapia de Reposição Hormonal (TRH): as pacientes do sexo feminino em fase climatérica foram caracterizadas como usuárias ou não de TRH, como parte do tratamento.

- Diabetes: os pacientes foram interrogados sobre apresentarem história prévia de diabetes mellitus (DM), devidamente diagnosticado e registrado no cartão de acompanhamento no serviço de saúde.

- Dislipidemia (DLP): os pacientes foram questionados sobre a concomitância de HAS e Dislipidemia, representada pela informação do entrevistado de ter apresentado níveis elevados de colesterol total ou frações ou triglicérides em exames laboratoriais realizados.

- Sobrepeso e obesidade: o paciente teve seu peso e altura aferidos pela Técnica de Enfermagem no dia da entrevista (peso atual), e comparados com o peso detectado no início do acompanhamento no Serviço de Saúde (peso inicial). Realizou-se o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC) inicial e atual, referentes, respectivamente, aos pesos inicial e atual, a partir da fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso} / \text{Altura}^2 .$$

A partir do cálculo do IMC atual, os indivíduos foram classificados em baixo peso (IMC < 18,5), peso normal (IMC de 18,5 a 24,9), sobrepeso (IMC de 25 a 29,9), obesidade grau I (IMC de 30 a 34,9), obesidade grau II (IMC de 35 a 39,9) e obesidade grau III (IMC ≥ 40) (ZANELLA, 2000; SOCESP, 2001).

Para fins de avaliação da adesão à redução de peso considerou-se o IMC inicial e o atual. Foram excluídos da análise os indivíduos com até dois meses de acompanhamento no serviço, pois apresentariam o viés de não serem aderentes pelo curto período de tempo para detectar mudanças no peso.

### 3.4.6 Variáveis relacionadas ao paciente

- Apoio familiar e social: os pacientes foram questionados sobre a presença de apoio de familiares e amigos no tratamento da HAS. Questionou-se sobre a contribuição de tais pessoas no tratamento, se favorecem ou dificultam o processo de adesão.
- Conhecimento e crenças sobre a Hipertensão Arterial: foi avaliado através de questionamentos sobre experiência anterior com a doença no meio familiar e social, sobre conceitos pré-formados acerca da doença, desejo de aprender sobre a doença e o tratamento e acesso a fontes de informação.

O conhecimento sobre a doença foi avaliado através da aplicação do teste descrito por Strelec et al (2003) contendo 10 questões para que o paciente classifique em verdadeiro ou falso. Como todas as assertivas são verdadeiras, o paciente marca um ponto cada vez que acertar. No estudo de Strelec foi considerado conhecimento satisfatório o número de acertos igual ou superior a 50% (5 respostas certas). No presente estudo considerou-se conhecimento insuficiente até 4 pontos, conhecimento satisfatório se 5 ou 6 pontos, conhecimento bom se 7 ou 8 pontos e conhecimento ótimo se 9 ou 10 pontos. As assertivas utilizadas no teste de conhecimento, adaptadas para uma linguagem mais acessível ao entrevistado, estão descritas no Quadro 8.

Quadro 8 - Assertivas utilizadas no teste de conhecimento adaptado de Strelec et al (2003)

	<i>Assertivas questionadas ao paciente</i>
<i>01</i>	<i>Pressão alta é para o resto da vida.</i>
<i>02</i>	<i>Pressão alta não dá sintomas.</i>
<i>03</i>	<i>Pressão alta é maior que 14 por 9.</i>
<i>04</i>	<i>Pressão alta traz complicações.</i>

05	<i>O tratamento é para toda a vida.</i>
06	<i>Pressão alta pode ser tratada sem remédios.</i>
07	<i>Fazer exercícios ajuda no controle da pressão.</i>
08	<i>Perder peso ajuda a controlar a pressão.</i>
09	<i>Diminuir o sal controla a pressão.</i>
10	<i>Diminuir o nervosismo controla a pressão.</i>

- Motivação para seguir as recomendações: os pacientes foram questionados sobre os motivos que lhe fazem aderir ou não às recomendações terapêuticas, e sobre os medos ou dúvidas que têm quanto ao tratamento.

### **3.4.7 Variáveis relacionadas à terapêutica farmacológica**

Os pacientes foram questionados:

- Sobre o número de medicamentos prescritos;
- Se consideravam excessivo o número de medicamentos;
- Sobre a incidência de efeitos colaterais;
- Apresentarem condições financeiras para comprar a medicação continuamente.

### **3.4.8 Variáveis relacionadas ao serviço de saúde**

- **Acessibilidade geográfica e funcional:** os pacientes foram questionados sobre apresentarem algum tipo de dificuldade para chegar até o Serviço de Saúde, ou por questões geográficas, ou por dificuldades em deixar o lar, ou o trabalho, ou necessitar de acompanhante, ou outras de acordo com sua realidade. Além disso, questionou-se sobre a facilidade em conseguir as consultas e sobre a facilidade para conseguir medir a pressão arterial no Serviço de Saúde.
- **Disponibilidade de equipe multiprofissional:** este item foi excluído após a realização do pré-teste, tendo em vista que a equipe de saúde era fixa e todos os entrevistados conheciam suas funções, passando-se assim a se questionar a importância de profissionais com outras formações não disponíveis no Serviço de Saúde como Psicólogo, Nutricionista e Assistente Social.
- **Disponibilidade de medicamentos:** os pacientes foram questionados sobre receberem os medicamentos anti-hipertensivos no Serviço de Saúde e foram classificados em três grupos: os que conseguiam todos os medicamentos, os que conseguiam em parte os medicamentos prescritos e os que não conseguiam os medicamentos prescritos.
- **Serviços de referência:** os pacientes foram questionados sobre a presença de dificuldades no processo de encaminhamento para outros serviços de saúde a fim de realizar complementação diagnóstica ou terapêutica, não disponível na USF.
- **Periodicidade do acompanhamento:** os pacientes foram questionados quanto à frequência de consultas no serviço de saúde e se consideravam adequada tal periodicidade.
- **Relação com a equipe de saúde:** os pacientes foram questionados sobre o relacionamento que mantém com o médico e com o enfermeiro da USF, pedindo-se que caracterizasse como bom, ruim ou indiferente.
- **Realização de ações educativas:** os pacientes foram questionados sobre a participação em ações educativas realizadas pelo serviço de saúde (tais como palestras, oficinas, caminhadas), e classificados em 4 subgrupos: os que nunca foram convidados, os que foram convidados e não participaram, os que participaram uma vez e os que participaram mais de uma vez. Para fins de análise estatística com o teste

Qui Quadrado utilizou-se apenas dois grupos: os que participaram de ações educativas e os que não participaram.

- Busca ativa de casos: no pré-teste os pacientes foram questionados sobre a marcação de consultas por parte dos profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde do serviço e a presença de visitas domiciliares regulares. Como houve unanimidade nas respostas, tendo em vista que é rotina na USF a busca ativa de casos, o item foi suprimido do questionário.
- Qualidade do atendimento de acordo com a satisfação do usuário: os pacientes foram questionados se gostavam ou não, de modo geral, do atendimento no Serviço de Saúde.

### **3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E PRÉ-TESTE**

O instrumento de coleta de dados elaborado para o estudo consistiu em um questionário com perguntas abertas e fechadas que foram preenchidas pelo entrevistador.

Foi submetido a um pré-teste, quando foi aplicado a dez usuários hipertensos, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão descritos anteriormente, e modificado para adequar-se à realidade dos usuários do Serviço de Saúde. Alguns questionamentos foram modificados para adequar a linguagem, vocabulário ou mesmo para condizerem com a realidade dos usuários e serviço de saúde e outros suprimidos por se tornarem repetitivos sendo condensados para economia de tempo.

O pré-teste também contribuiu para determinar o melhor momento para aferições da PA no decorrer da entrevista a fim de otimizar o tempo e para afastar a proposta inicial de que peso e altura fossem aferidos necessariamente pelo pesquisador. Tendo em vista que a técnica de enfermagem já exercia esta função há vários anos e que foi utilizado como parâmetro inicial o peso e altura verificados anteriormente por ela, optou-se por registrar os dados obtidos em sua aferição no dia da entrevista, sem haver prejuízo metodológico.

O modelo final do questionário utilizado para as entrevistas no estudo está descrito no APÊNDICE B.

### **3.6 COLETA DE DADOS**

A coleta de dados foi realizada no local da pesquisa no período de 23 de março a 19 de maio de 2005, utilizando-se o referido instrumento de coleta de dados.

Das 120 entrevistas realizadas, 91 (75,8%) foram feitas na própria USF nos dias de atendimentos aos hipertensos e 29 (24,2%) através de visitas domiciliares realizadas com as agentes comunitárias de saúde.

A necessidade de realizar visitas domiciliares além das entrevistas na USF deveu-se ao curto intervalo de tempo de atendimento na USF, e prolongado tempo de entrevista, o que fazia com que grande parte dos hipertensos atendidos fossem liberados e não quisessem esperar pela entrevista da pesquisa, além de que no último mês do estudo os hipertensos que freqüentavam a USF já haviam sido entrevistados, gerando assim a necessidade de busca ativa de hipertensos em domicílios.

A coleta de dados foi realizada exclusivamente pelo pesquisador, que manteve o mesmo padrão de leitura e aplicação para todos os entrevistados, a fim de não influenciar nas respostas. Permitiu-se aos participantes a liberdade de expressarem suas opiniões e manteve-se neutralidade diante das respostas.

Os dados referentes ao controle da Hipertensão Arterial foram obtidos através da verificação dos níveis pressóricos pelo pesquisador em duas ou mais medidas durante o encontro com o paciente. A obtenção dos níveis pressóricos pelo pesquisador foi realizada em todos os pacientes, com

esfigmomanômetro da marca BD devidamente calibrado uma semana antes do início da coleta de dados, e seguindo as orientações técnicas estabelecidas pelas IV DBHA (2002), conforme descrito no Quadro 9.

Quadro 9 - Procedimento de medida da pressão arterial orientado nas IV DBHA (2002):

1. Explicar o procedimento ao paciente, orientar que não fale e deixar que descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável.
2. Certificar-se que o paciente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos nos últimos 60 a 90 minutos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou há 30 minutos.
3. Utilizar manguito adequado ao braço do paciente.
4. Manter o braço do paciente na altura do coração.
5. Posicionar os olhos do verificador no mesmo nível do mostrador do manômetro aneróide.
6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até o seu desaparecimento, para estimativa da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.
7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
8. Inflar rapidamente, de 10 em 10mmHg, até ultrapassar de 20 a 30mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4mmHg por segundo. Após a identificação do som que determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente.
9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.
10. Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.
11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.
12. Informar ao paciente sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.

### **3.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR**

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (Anexo A) e obedeceu a todos os aspectos éticos e legais para o estudo envolvendo seres humanos.

O pesquisador levou em consideração as observâncias éticas contempladas na Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996), no que concerne ao Consentimento Livre e Esclarecido (CLE), conforme descrito no APÊNDICE A.

A USF local do estudo, na pessoa do responsável direto pela instituição, foi informada sobre os objetivos do projeto de pesquisa através do Termo de Referência do Projeto e apenas mediante a autorização de seu gestor foi iniciada a coleta de dados.

Quanto aos pacientes incluídos no estudo, o pesquisador primou, ainda, pela observância ao Art. 125 do Código de Ética Médica (CFM, 1998) que trata da pesquisa médica na comunidade, respeitando as características da coletividade.

Os recursos físicos e financeiros utilizados na pesquisa foram os disponíveis pelo Programa de Mestrado, pela USF e pelo pesquisador. O estudo não foi vinculado a empresas, indústrias farmacêuticas, instituições governamentais, mandatos políticos ou quaisquer interesses de terceiros, cujas intenções não fossem exclusivamente de cunho científico e acadêmico. O

pesquisador não obteve vantagens pessoais ou comerciais, conforme estabelecido no Art. 126 do Código de Ética Médica (CFM, 1998).

### **3.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS**

Os dados obtidos foram transcritos para meio eletrônico com a utilização de microcomputadores e programas estatísticos adequados. Utilizou-se a planilha de armazenamento de dados do Programa SPSS 8.0 for Windows Standard Version. Após transcrição dos dados para a planilha, foi feita uma análise exploratória dos dados para reconhecimento das variáveis e correção de possíveis erros e/ou inconsistências da coleta ou digitação dos dados.

A análise dos dados constou de descrição das freqüências de todas as variáveis do estudo, realização dos testes de associação de variáveis, sendo utilizado o Teste de Qui-quadrado para a análise bivariada. O Teste Exato de Fisher foi também utilizado, quando possível, nos casos onde o Teste de Qui-quadrado teve sua análise prejudicada.

Após a análise estatística, as variáveis foram descritas com a utilização de gráficos e/ou tabelas, que representaram os resultados do estudo.

#### *4. Resultados do Estudo*

*“— Por que você trata a pressão alta?”*

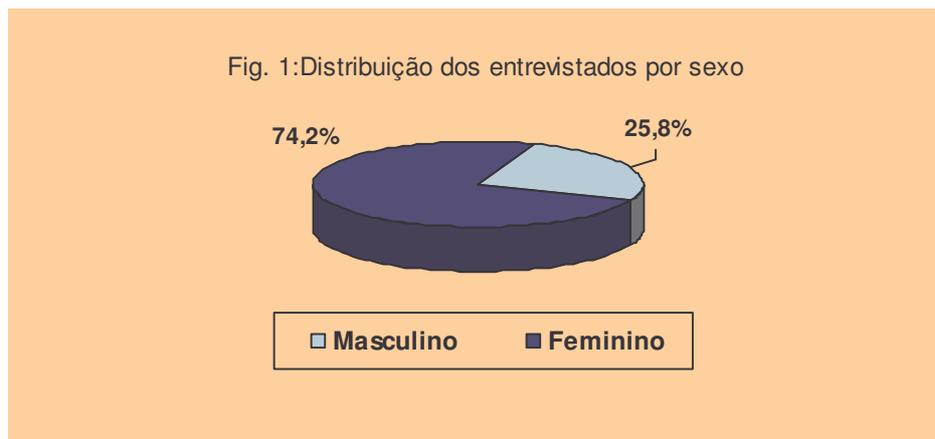
*“— Para ver se eu vivo mais alguns anos...”*  
*(D.C.C.P., 57 anos, Feminino)*

*“— Mede durar mais...”*  
*(M.C.C., 85 anos, Feminino)*

## 4.1 DESCRIÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS VARIÁVEIS

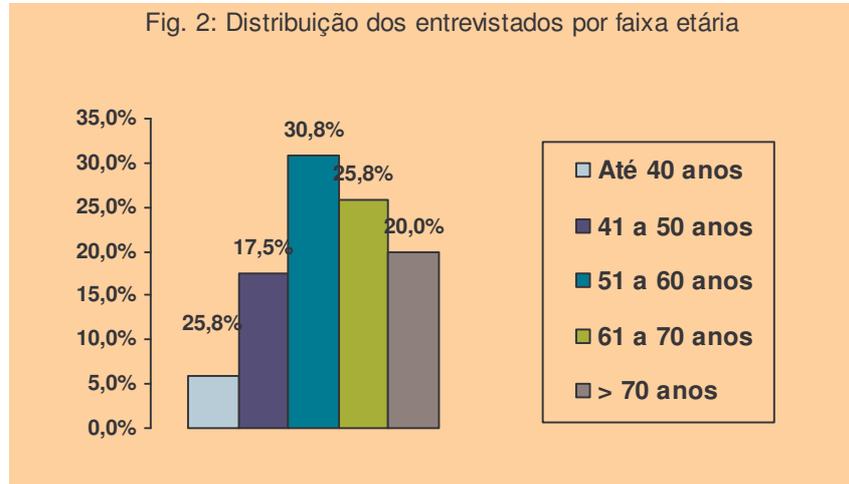
### 4.1.1 Variáveis Sócio-demográficas:

Os dados referentes às variáveis sócio-demográficas da amostra estudada estão descritos na Tabela 2. Conforme se pode observar na Figura 1, houve predomínio do sexo feminino, representado por 74,2% da amostra estudada.



A idade do grupo entrevistado variou de 24 a 85 anos de idade, sendo a média de 59,11 anos com desvio padrão de 12,06 anos, mediana de 59 anos e moda de 52 anos. Quando distribuídos por faixa etária houve predomínio de indivíduos com idade entre 51 a 60 anos, que representam 30,8% da amostra (Figura 2). Quanto à cor, 53,3% dos entrevistados foram classificados como “pardos”, e quanto ao estado civil, 60% tinham algum companheiro.

Fig. 2: Distribuição dos entrevistados por faixa etária



A análise da ocupação dos entrevistados revelou uma maioria composta por inativos, aposentados e pensionistas, que juntos representaram 50% da amostra estudada. Quanto à escolaridade, houve predomínio daqueles com ensino fundamental incompleto, representados por 51,7% dos entrevistados. A análise da renda familiar revelou que 70,8% tinham renda entre 1 e 3 salários mínimos.

Tabela 2 - Distribuição das frequências das variáveis sócio-demográficas no grupo estudado

Variável	N	%	Variável	N	%
<b>Sexo</b>			<b>Ocupação</b>		
Masculino	31	25,8	Aposentado	49	40,8
Feminino	89	74,2	Empregado	13	10,8
<b>Idade por faixa etária</b>			Do lar	29	24,2
Até 40 anos	7	5,8	Dependente	2	1,7
41 a 50 anos	21	17,5	Pensionista	11	9,2
51 a 60	37	30,8	Autônomo	15	12,5
61 a 70	31	25,8	Outros	1	0,8
> 70 anos	24	20,0	<b>Escolaridade</b>		
<b>Cor</b>			Superior	4	3,3
Branco	37	30,8	2º grau completo	7	5,8
Pardo	64	53,3	1º grau completo	13	10,8
Negro	19	15,8	1º grau incompleto	62	51,7
<b>Estado Civil</b>			Sabe ler e escrever	7	5,8
Casado	59	49,2	Analfabeto	27	22,5
Viúvo	27	22,5	<b>Renda Familiar</b>		
Separado	16	13,3	< 1 salário mínimo	15	12,5
Solteiro	5	4,2	1 a 3 salários mínimos	85	70,8

#### 4.1.2 Variáveis relacionadas à doença:

O tempo de diagnóstico de hipertensão dos indivíduos estudados variou de 4 meses a 40 anos, sendo a média do grupo de 9 anos e 7 meses, com desvio padrão de 8 anos e 9 meses, mediana de 6 anos e 5 meses e moda de 10 anos do diagnóstico de hipertensão. A distribuição dos entrevistados por tempo de HAS demonstrou que 44,2% dos indivíduos tinham até 5 anos de diagnóstico de HAS, enquanto que 55,8% tiveram seu diagnóstico há mais de 5 anos.

O tempo de acompanhamento e tratamento da hipertensão no local do estudo variou de 1 a 120 meses, sendo a média de 23 meses de acompanhamento na Unidade de Saúde, com desvio padrão de 20,12 meses, mediana de 24 meses e moda de 36 meses. Quando divididos por faixa de tempo de acompanhamento e tratamento da HAS no local do estudo, 40,8% estavam sendo acompanhados por até 12 meses no Serviço de Saúde, 20,0% por 13 a 24 meses, e 39,2% por tempo superior a 24 meses.

Como parcela significativa dos entrevistados estava no serviço de saúde por tempo igual ou inferior a 12 meses, optou-se por mantê-los no estudo, excluindo para fins de análise as variáveis cuja resposta tenha sido prejudicada pelo curto período de tempo.

Quanto à presença de complicações da hipertensão arterial de acordo com o entendimento dos entrevistados, 53,3% referiram ter apresentado algum tipo de complicação atribuída aos níveis pressóricos elevados.

A Tabela 3 resume a distribuição das frequências das variáveis relacionadas à doença no grupo estudado e a Tabela 4 descreve as complicações referidas pelos 64 indivíduos.

Tabela 3 - Distribuição das frequências das variáveis relacionadas à doença no grupo estudado

Variável	N	%
<b>Tempo de diagnóstico de hipertensão</b>		
1 ano	15	12,5
2 anos	13	10,8
3 anos	12	10,0
4 anos	7	5,8
5 anos	6	5,0
6 a 10 anos	30	25,0
>10 anos	37	30,8
<b>Tempo de acompanhamento no serviço de saúde</b>		
Até 6 meses	30	25,0
7 a 12 meses	19	15,8
13 a 24 meses	24	20,0
> 24 meses	47	39,2
<b>Presença de complicações da HAS</b>		
Sim	64	53,3
Não	56	46,7

Tabela 4 - Complicações descritas pelos entrevistados como secundárias à hipertensão arterial.

COMPLICAÇÕES		N	TOTAL
<i>Complicações agudas</i>	<i>Picos hipertensivos com ida ao hospital</i>	24	38
	<i>Cefaléia, tontura e mal estar</i>	5	
	<i>Desmaio</i>	4	
	<i>Epistaxe</i>	2	
	<i>Dispnéia</i>	2	
	<i>Turvação visual</i>	1	
<i>Complicações neurológicas</i>	<i>Início de AVC</i>	11	17
	<i>AVC</i>	6	
<i>Complicações cardíacas</i>	<i>Realização de cinecoronariografia</i>	3	
	<i>Infarto Agudo do Miocárdio</i>	2	

<i>Revascularização miocárdica</i>	<i>2</i>	<i>9</i>
<i>Angina</i>	<i>1</i>	
<i>Não especificado</i>	<i>1</i>	

#### **4.1.3 Fatores de gravidade associados à hipertensão:**

A distribuição dos fatores de gravidade associados à hipertensão no grupo estudado está descrita na Tabela 5.

Houve predomínio de não tabagistas, representados por 52,5% dos entrevistados, 37,5% eram ex-fumantes e 10,0% eram fumantes ativos.

A análise do grupo de ex-fumantes revelou que o tempo de tabagismo variou de 1 a 52 anos, com média de 23 anos, desvio padrão de 15 anos e moda de 10 anos. O tempo de abstenção do cigarro neste grupo variou de 1 a 40 anos, com média de 15,53 anos, desvio padrão de 10,9 anos e moda de 20 anos.

Quanto à utilização de bebidas alcoólicas, 80,8% dos entrevistados não eram etilistas. A prevalência de Diabetes mellitus no grupo estudado foi de 16,7% e de Dislipidemia foi de 40,8%.

Quanto ao peso corpóreo, a avaliação do IMC no momento da entrevista demonstrou que apenas 19,2% dos entrevistados tinham o peso considerado normal. Quanto à prática de atividade física pelos entrevistados, houve predomínio de sedentários, representados por 46,7%.

O uso de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) pelas mulheres climatéricas incluídas no estudo ocorreu em apenas 4 casos (4,5% das mulheres), o que não permite associações desta variável com o controle da pressão arterial.

Tabela 5 - Distribuição dos fatores de gravidade associados à hipertensão no grupo estudado

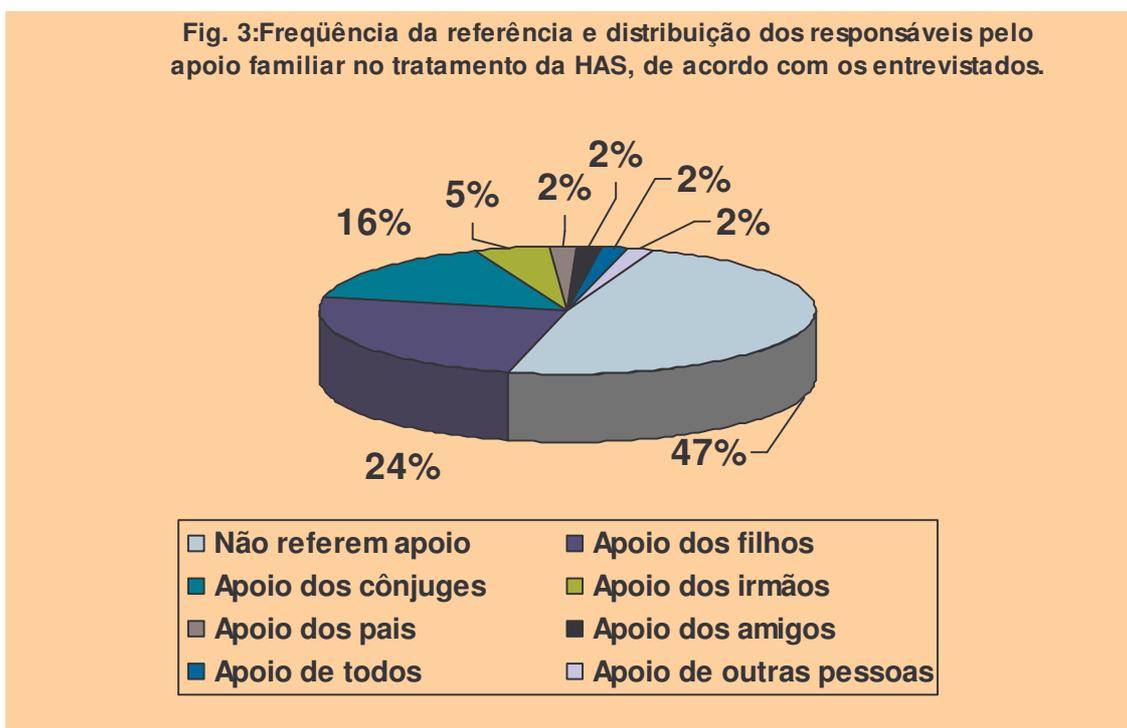
Variável	N	%
<b>Tabagismo</b>		
Sim	12	10,0
Não	63	52,5
Ex-tabagista	45	37,5
<b>Alcoolismo</b>		
Não etilista	97	80,8
< 1x/mês	14	11,7
1 a 2x/mês	6	5,0
1 a 3x/semana	1	0,8
> 3x/semana	2	1,7
<b>Presença de Diabetes mellitus</b>		
Sim	20	16,7
Não	100	83,3
<b>Presença de Dislipidemia associada</b>		
Sim	49	40,8
Não	71	59,2
<b>Distribuição quanto ao peso</b>		
Peso normal	23	19,2
Sobrepeso	43	35,8
Obesidade	47	39,2
Obesidade mórbida	7	5,8
<b>Distribuição quanto à atividade física</b>		
Sedentários	56	46,7
Atividade física irregular	40	33,3
Atividade física regular	24	20,0
<b>Uso de TRH *</b>		
Climatéricas em uso de TRH	4	4,5

\*TRH =Terapia de Reposição Hormonal

#### 4.1.4 Variáveis relacionadas ao paciente:

Quando questionados sobre o apoio familiar e social no tratamento da hipertensão arterial, 62 (51,7%) entrevistados referiram ter algum tipo de ajuda.

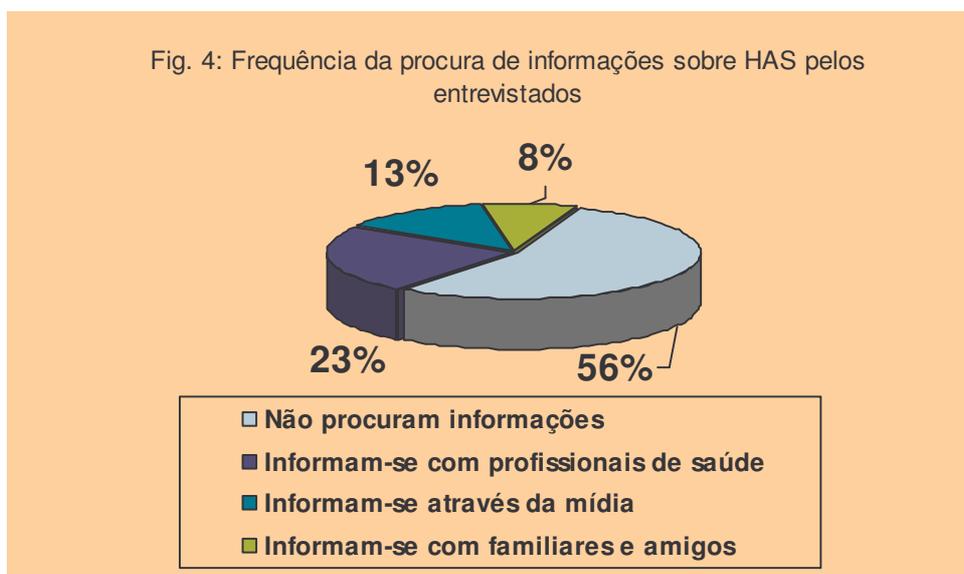
Neste grupo, os filhos foram os principais responsáveis por tal contribuição de acordo com 46,8% destes entrevistados, seguidos pelos cônjuges em 30,6% dos casos. Os irmãos foram citados por 9,7% dos indivíduos, os pais por 3,2%, os amigos por 3,2%, todos da família por 3,2% e “outras pessoas” foram citadas por outros 3,2% (Figura 3).



Quanto à presença de pessoas no ambiente familiar ou social que prejudicassem ou dificultassem o tratamento da HAS, 34 (28,3%) entrevistados referiram apresentar algum tipo de dificuldade. Neste grupo os principais responsáveis por dificuldades no tratamento da HAS foram os filhos em 44,1% dos casos, o cônjuge em 17,6% dos casos, os netos em 17,6%, os irmãos em 11,8%, o genro em 3,0%, amigos em 3,0% e o Agente Comunitário de Saúde em 3,0%. Oitenta e seis (71,7%) entrevistados não referiram interferência familiar ou social prejudicando o tratamento.

Quanto ao conhecimento prévio de pessoas hipertensas na família ou no meio social, 81 (67,5%) entrevistados já conheciam alguém com HAS, sendo 64 (53,3%) dos casos na própria família e 17 (14,2%) eram “amigos”. Trinta e nove (32,5%) entrevistados não conheciam previamente pessoas com diagnóstico de HAS.

Quanto ao conhecimento e crenças sobre hipertensão, a procura de informações sobre HAS foi referida por apenas 54 (45,0%) entrevistados. Destes, 51,9% buscavam informações com profissionais de saúde, 29,6% através da mídia e 18,5% com familiares e amigos (Figura 4).



A análise do conhecimento sobre HAS conforme o teste adaptado de Strelec et al (2003) revelou que 56,7% dos entrevistados apresentaram conhecimento bom, 29,2% apresentaram conhecimento ótimo, 14,1% tiveram

conhecimento satisfatório e nenhum obteve pontuação inferior a 5 ou insuficiente (Figura 5). Quanto à análise individual de cada uma das assertivas, as mesmas estão descritas, por ordem decrescente de acertos, na Tabela 6.

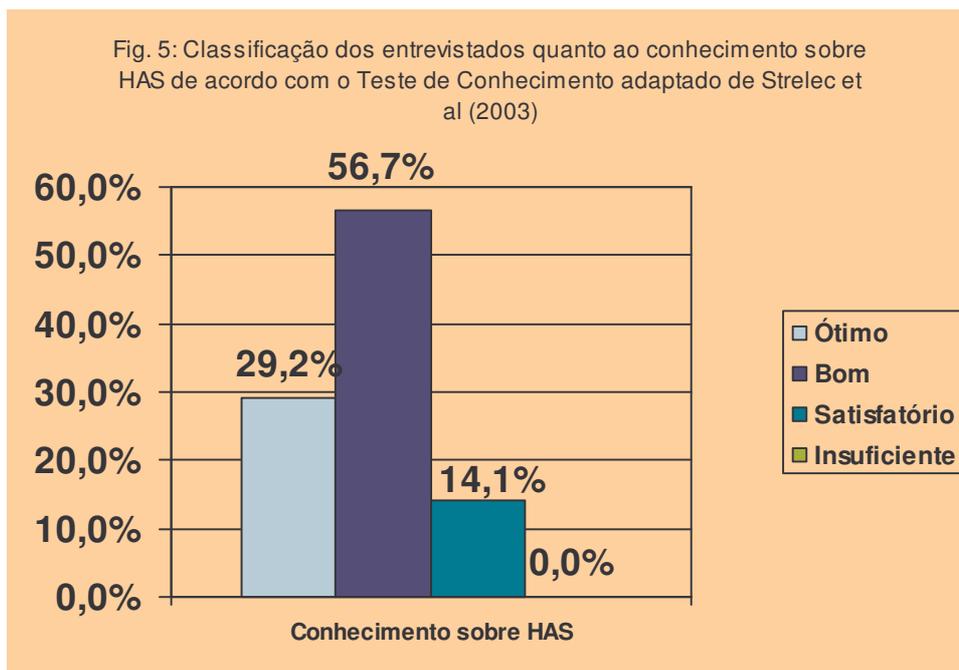
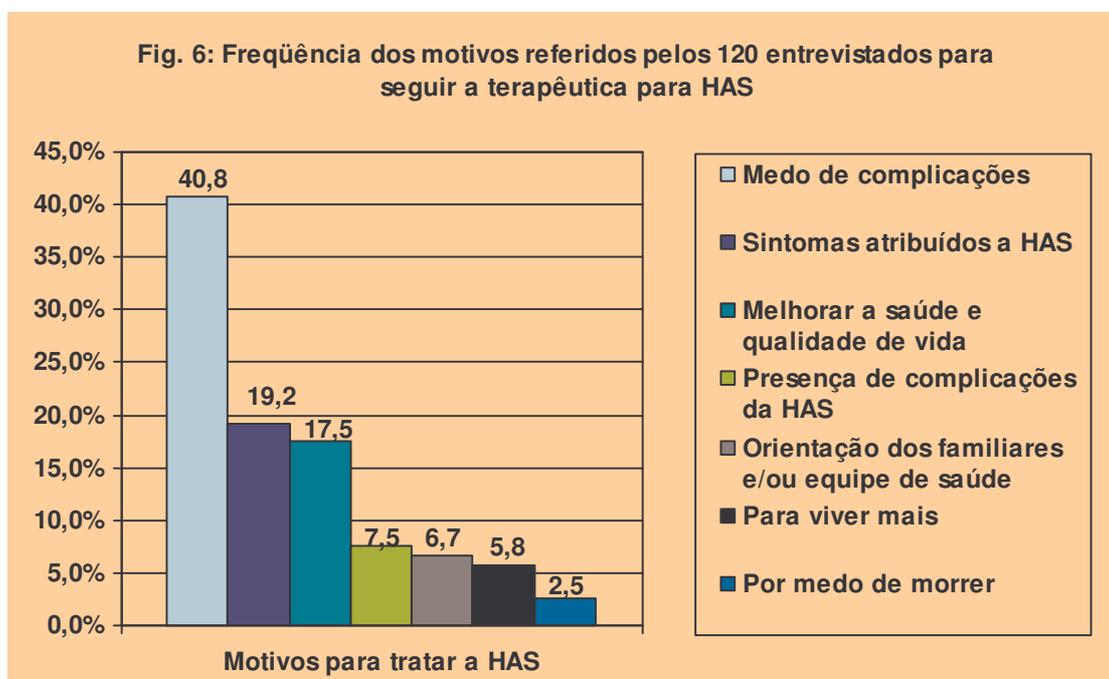


Tabela 6 - Desempenho dos 120 hipertensos entrevistados no teste de conhecimento sobre HAS, por ordem decrescente de acertos nas assertivas questionadas.

TEXTO DA ASSERTIVA	N de acertos	% de acertos
"Pressão alta traz complicações"	120	100
"Diminuir o sal controla a pressão"	119	99,2
"Diminuir o nervosismo controla a pressão"	114	95,0
"Perder peso ajuda a controlar a pressão"	112	93,3
"O tratamento é para toda a vida"	107	89,2
"Fazer exercícios ajuda no controle da pressão"	106	88,3
"Pressão alta é maior que 14 por 9"	101	84,2

<i>“Pressão alta é para toda a vida”</i>	86	71,7
<i>“Pressão alta não dá sintomas”</i>	43	35,8
<i>“Pressão alta pode ser tratada sem remédios”</i>	31	25,8

Quanto à motivação para seguir o tratamento recomendado, quando interrogados “Por que você trata a pressão alta?”, 40,8% dos entrevistados responderam que tinham medo de complicações, 19,2% se tratavam devido a presença de sintomas que atribuíam à hipertensão, 17,5% para melhorar a saúde e/ou a qualidade de vida, 7,5% por já apresentarem complicações da pressão alta, 6,7% por seguirem orientação da família e/ou da equipe de saúde, 5,8% por quererem viver mais e 2,5% por terem medo de morrer (Figura 6).



Quanto aos motivos para não aderirem totalmente ao tratamento medicamentoso, dentre os 88 entrevistados considerados não aderentes ou parcialmente aderentes, 57 (64,8%) entrevistados não aderiam por não achar necessário, esquecimento ou desinteresse, 25 (28,4%) entrevistados não aderiam por não ter acesso ao medicamento e seis (6,8%) por ambos motivos.

Quando interrogados sobre apresentarem algum medo dos medicamentos utilizados no tratamento da pressão alta, 19 (15,8%) entrevistados referiram algum tipo de medo. Os medos referidos seguem por ordem decrescente de frequência na Tabela 7.

Tabela 7 - Descrição da frequência dos medos associados ao tratamento anti-hipertensivo, relatados pelos entrevistados

<i>MEDO RELATADO</i>	<i>N de relatos</i>	<i>% de relatos</i>
<i>“Medo de se acostumar com o remédio”</i>	<i>18</i>	<i>15%</i>
<i>“Medo de efeitos colaterais”</i>	<i>16</i>	<i>13,3%</i>
<i>“Medo de hipotensão”</i>	<i>11</i>	<i>9,2%</i>
<i>“Medo de intoxicação”</i>	<i>9</i>	<i>7,5%</i>
<i>“Medo de associar com outros remédios”</i>	<i>7</i>	<i>5,8%</i>
<i>“Medo de associar com álcool”</i>	<i>6</i>	<i>5,0%</i>
<i>“Medo de impotência”</i>	<i>4</i>	<i>12,9% dos homens</i>

#### **4.1.5 Variáveis relacionadas à terapêutica farmacológica:**

A distribuição das frequências das variáveis relacionadas à terapêutica está descrita na Tabela 8.

Quanto ao número de medicamentos utilizados no tratamento da hipertensão, houve predomínio daqueles em uso de uma única medicação anti-hipertensiva, representados por 42,5% dos entrevistados.

Quando questionados sobre considerar excessivo o número de medicamentos utilizados no tratamento, 65% dos entrevistados referiram não achar a medicação excessiva.

A presença de efeitos colaterais da medicação anti-hipertensiva em alguma fase do tratamento foi referida por 39 (32,5%) entrevistados, sendo a tosse o efeito colateral mais citado (9,2%), seguido por descrição de alergia (4,2%), tontura (3,3%), azia (2,5%), sonolência (1,7%), boca seca (0,8%), edema (0,8%) e outros (9,2%).

Quanto ao custo econômico das medicações, quando questionados sobre terem condições financeiras para comprar os medicamentos anti-hipertensivos, 63,3% dos entrevistados afirmaram não ter condições para comprar a medicação prescrita continuamente (Figura 7).

Tabela 8 - Distribuição das freqüências das variáveis relacionadas à terapêutica no grupo estudado

Variável	N	%
<b>Número de medicamentos</b>		
Um	51	42,5
Dois	46	38,3
Três	16	13,3
Mais de Três	5	4,2
Nenhum	2	1,7
<b>Efeitos colaterais</b>		
Sim	39	32,5
Não	81	67,5

Fig. 7: Distribuição dos entrevistados quanto à condição financeira para comprar os medicamentos.



#### **4.1.6 Variáveis relacionadas ao serviço de saúde:**

A distribuição das freqüências das variáveis relacionadas ao serviço de saúde está descrita na Tabela 9.

Quanto à acessibilidade geográfica até o serviço de saúde, 32,5% dos entrevistados referiram ter algum tipo de dificuldade para chegar até o posto de saúde. As dificuldades de acesso referidas foram: afazeres domésticos com casa, filhos ou netos em 10 (25,6%) casos, não poder faltar ao trabalho em outros 10 (25,6%) casos, considerar a distância grande para ir a pé em 7 (17,9%) casos, necessitar de acompanhante em 4 (10,3%) casos, 2 (5,1%) por dificuldade para caminhar por doença debilitante e 6 (15,4%) por outros motivos. Não houve diferença significativa entre os grupos entrevistados na USF ou no domicílio quanto às queixas de acessibilidade.

Quanto à acessibilidade funcional até o serviço de saúde, 83,3% dos entrevistados referiram ter facilidade para conseguir uma consulta no serviço de saúde e 75% relataram que conseguem medir a pressão com facilidade.

Quanto à disponibilidade de equipe multiprofissional, o serviço de saúde onde se realizou o estudo dispunha apenas de uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma odontóloga. A necessidade de psicólogo e nutricionista foi relatada por 100 (83,3%) entrevistados, e 92 (76,7%) referiram a importância de aumentar o número de médicos e enfermeiros.

Quanto à disponibilidade de medicamentos, 49,2% dos entrevistados conseguiam todos os medicamentos prescritos no serviço de saúde, 43,3% conseguiam em parte os medicamentos prescritos (ou por falta temporária ou porque alguma medicação em uso não fazia parte da farmácia básica do SUS), 6,7% dos entrevistados não conseguiam os medicamentos e 0,8% não tinha medicação prescrita.

Tabela 9 - Distribuição das frequências das variáveis relacionadas ao serviço de saúde

Variável	N	%
<b>Acessibilidade geográfica</b>		
Dificuldades para ir ao posto	39	32,5
Sem dificuldades para ir ao posto	81	67,5
<b>Acessibilidade funcional</b>		
Conseguem consulta facilmente	100	83,3
Conseguem medir PA facilmente	90	75,0
<b>Periodicidade do atendimento</b>		
> 1x/mês	2	1,7
mensal	59	49,2
bimestral	50	41,7
trimestral	3	2,5
outros	6	5,0
<b>Qualidade do atendimento no serviço</b>		
Gostam do atendimento	106	88,3
Não gostam do atendimento	13	10,8
Não opinou	1	0,8
<b>Disponibilidade de medicamentos</b>		
Consegue todos sempre	59	49,2
Consegue em parte	52	43,3
Não consegue	8	6,7
<b>Serviços de referência</b>		
Referiram dificuldades	68	56,7
Não tiveram dificuldades	52	43,3

<b>Relacionamento com o médico</b>		
Bom	110	91,7
Ruim	1	0,8
Indiferente	9	7,5
<b>Relacionamento com a enfermeira</b>		
Bom	107	89,2
Ruim	4	3,3
Indiferente	9	7,5

Quanto aos Serviços de Referência, 68 (56,7%) usuários referiram ter dificuldades quando encaminhados para serviços de média e alta complexidade. As dificuldades referidas pelos 68 entrevistados foram: demora em conseguir exames ou consultas especializadas em 39,7% dos casos, burocracia em 19,1% dos casos, dificuldades de transporte até o serviço em 17,6%, problemas no serviço de referência em 4,4% casos, problemas no agendamento em 1,5%, exames de alto custo em 1,5% e 16,1% citaram outras causas.

Dos 43,3% entrevistados que não tinham problemas quando referenciados a outros serviços, 32,5% não tiveram dificuldades no encaminhamento, 4,2% acompanhavam em Ambulatório de Hospital Universitário, 3,3% tinham plano de saúde privado e outros 3,3% preferiam fazer exames particulares.

Quanto à marcação e periodicidade do atendimento no serviço de saúde, 114 (95%) entrevistados referiram ter suas consultas agendadas periodicamente no serviço de saúde. Neste grupo, 49,2% tinham suas consultas marcadas uma vez por mês. Dos 6 (5,0%) entrevistados que não agendavam periodicamente as consultas, um procurava o serviço de saúde apenas quando apresentava sintoma e os outros cinco se encontravam em situações especiais

(acamados, com dificuldade de locomoção) que não permitiam visitas regulares ao posto de saúde, recebendo na maioria das vezes acompanhamento domiciliar.

Quando questionados sobre a periodicidade das consultas, 76,7% dos entrevistados consideravam adequado o número de consultas realizadas, 14,2% afirmaram que deveria haver mais consultas, 4,2% que deveria haver menos consulta e 5,0% não puderam opinar porque freqüentavam o serviço há apenas um mês.

Quanto à relação da equipe de saúde com o paciente, a avaliação foi dividida entre relação com o médico e com a equipe de enfermagem. O relacionamento com o médico do serviço foi descrito como “bom” por 91,7% dos entrevistados. A avaliação do tempo de consulta médica com cada paciente foi caracterizada como adequada por 91,7% dos entrevistados, 6,7% achavam que deveria ser maior e 1,7% não opinou. O relacionamento com a enfermagem foi descrito como “bom” por 89,2% dos entrevistados.

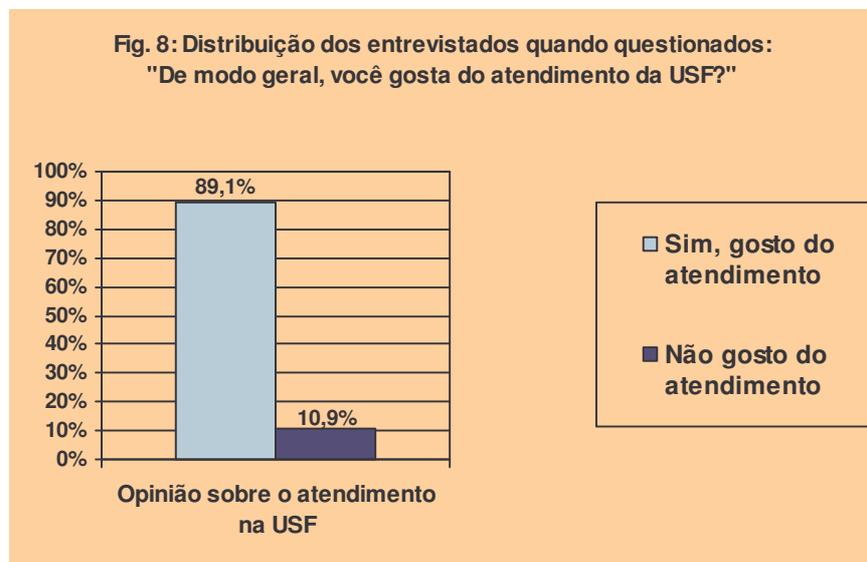
Quanto à participação em ações educativas realizadas pelo serviço de saúde, os entrevistados foram classificados conforme a Tabela 10:

Tabela 10 - Distribuição dos entrevistados conforme a participação em ações educativas realizadas pelo serviço de saúde.

<i>PARTICIPAÇÃO EM AÇÕES EDUCATIVAS</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Não participou</i>	<i>“Nunca foi convidado”</i>	<i>26</i>	<i>21,7%</i>	<i>50,8%</i>
	<i>“Foi convidado, mas não participou”</i>	<i>35</i>	<i>29,1%</i>	
<i>Participou</i>	<i>“Participou uma vez”</i>	<i>30</i>	<i>25,0%</i>	<i>49,2%</i>
	<i>“Participou mais de uma vez”</i>	<i>29</i>	<i>24,2%</i>	
<i>TOTAL</i>		<i>120</i>	<i>100%</i>	

A busca ativa dos pacientes hipertensos cadastrados na USF fazia parte da rotina de atendimento, sendo realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde responsáveis por cada indivíduo.

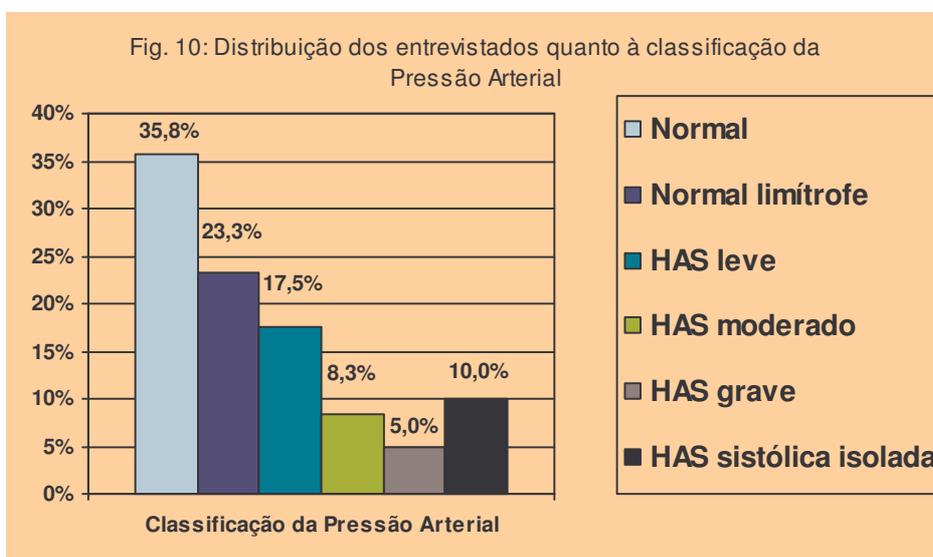
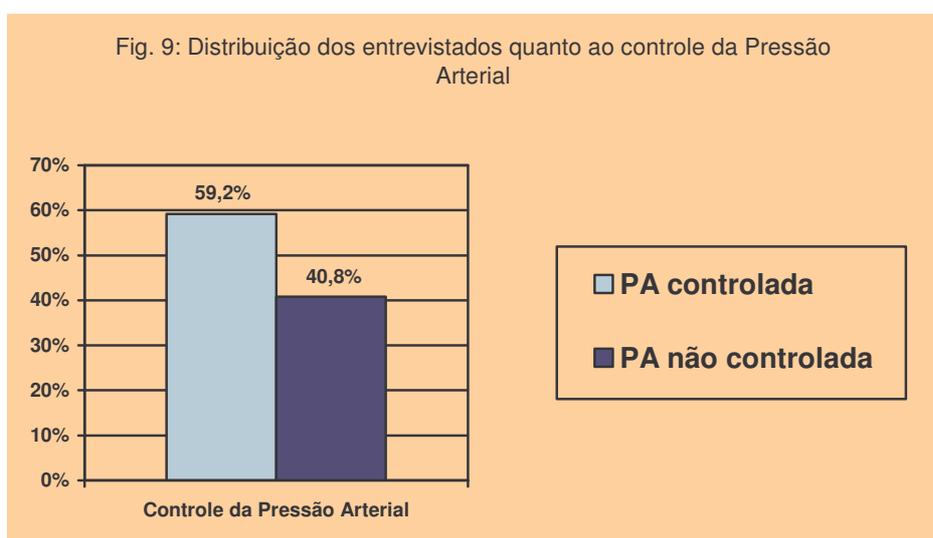
Quanto à qualidade do atendimento na USF, de modo geral, segundo a impressão dos usuários, 89,1% dos entrevistados referiram gostar do atendimento (Figura 8).



#### 4.1.7 Controle da Hipertensão Arterial

A análise dos níveis pressóricos individuais dos entrevistados, de acordo com a média aritmética de duas ou mais aferições conforme a técnica recomendada, revelou que 59,2% tinham seus níveis pressóricos controlados no momento da avaliação (Figura 9).

Quando realizada a estratificação dos níveis pressóricos dos participantes, de acordo com a classificação das IV DBHA (2002), obteve-se os resultados descritos na Figura 10.

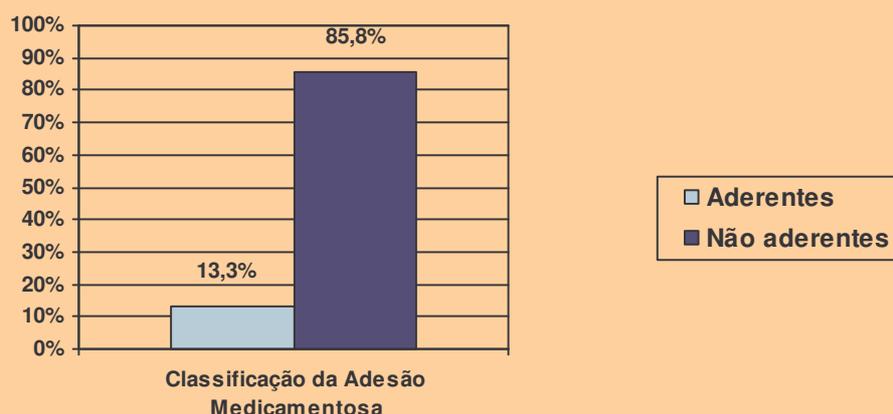


Não houve diferença estatisticamente significativa no controle da pressão entre os pacientes portadores ou não dos fatores de gravidade estudados: dislipidemia ( $p=0,256$ ), diabetes mellitus ( $p=0,561$ ), sobrepeso e obesidade ( $p=0,870$ ), sedentarismo ( $p=0,509$ ), alcoolismo ( $p=0,733$ ), tabagismo ( $p=0,742$ ) e TRH ( $p=0,098$ ). Também não houve diferença no controle da PA entre os entrevistados na USF ou no domicílio ( $p=0,349$ ).

#### 4.1.8 Adesão à terapêutica medicamentosa

Quando se utilizou o Teste de Morisky Green para classificar os indivíduos quanto à adesão à terapêutica medicamentosa, obteve-se que 85,8% dos entrevistados não eram aderentes ao tratamento, 13,3% eram aderentes e 0,8% não pôde ser avaliado, por não ter sido prescrito medicação anti-hipertensiva.

Fig. 11: Distribuição dos entrevistados quanto à adesão ao tratamento medicamentoso segundo o Teste de Morisky e Green



A análise individual dos critérios considerados no Teste de Morisky Green revelou que o **“descuido quanto ao horário da medicação”** foi o critério mais freqüentemente relatado, citado por 80,0% dos entrevistados, seguido pelo **“esquecimento de tomar a medicação”** referido por 58,3%. A **“suspensão do uso da medicação”** foi relatada menos freqüentemente, seja **“por estar se sentindo bem”**, descrita por 32,5% dos entrevistados, ou **“por sentir-se mal em vigência do uso da medicação”**, descrita por 23,3% (Tabela 11). Quando analisado cada critério isoladamente, apenas o esquecimento da medicação se correlacionou com o controle da pressão arterial ( $p=0,05$ ).

O número de pontos obtidos pelos entrevistados no Teste de Morisky Green está descrito na Tabela 12. Quando se analisam os pacientes não aderentes segundo o Teste de Morisky Green, nota-se que 57,5% obteve pontuação 1 ou 2, ou seja, falhavam em 2 ou 3 critérios para adesão medicamentosa. A análise do subgrupo de 25 pacientes que obtiveram pontuação 3 e foram considerados não aderentes pelo Teste de Morisky Green, revelou que 19 deles foi por “descuido quanto ao horário”, 2 por “esquecerem a medicação”, 2 por “suspenderem o uso por sentirem-se bem” e 2 por “suspenderem o uso por sentirem-se mal”.

Tabela 11 - Frequência de acertos para cada questionamento do Teste de Morisky e Green, de acordo com as respostas obtidas dos 119 hipertensos entrevistados e relação com o controle da PA de acordo com o valor de P no Teste Qui-Quadrado.

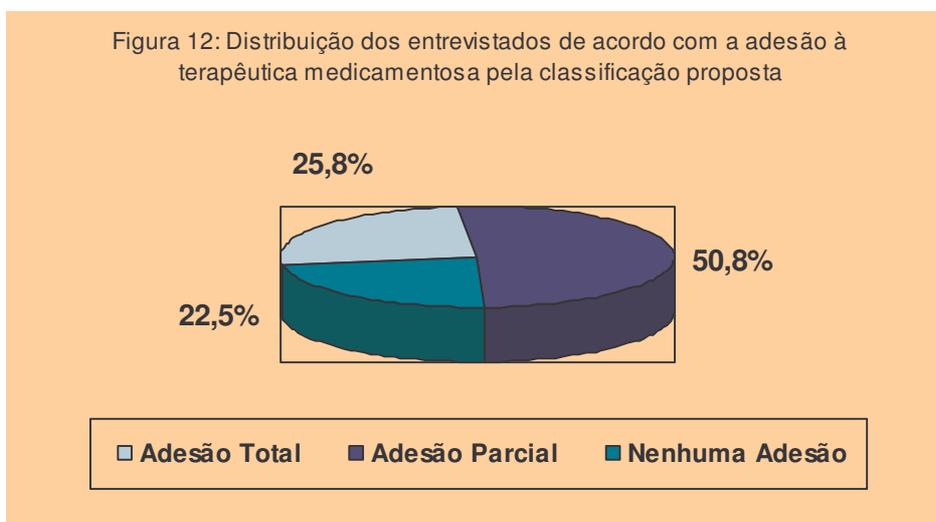
TESTE DE MORISKY GREEN	SIM		NÃO		Controle da PA e Valor de P
	N	%	N	%	
<i>Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?</i>	96	80,0	23	19,2	0,244
<i>Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio?</i>	70	58,3	49	40,8	<b>0,050</b>
<i>Quando você se sente bem, alguma vez, deixa de tomar seu remédio?</i>	39	32,5	80	66,7	0,981
<i>Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?</i>	28	23,3	91	75,8	0,518

Tabela 12 - Pontuação obtida no Teste de Morisky Green pelos 119 hipertensos no qual foi aplicado o teste.

<b>PONTOS NO TESTE DE MORISKY GREEN</b>	<b>INTERPRETAÇÃO</b>	<b>PA controlada</b>	<b>PA não controlada</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
0	NÃO ADERENTE	5	4	9	7,5%
1	NÃO ADERENTE	19	16	35	29,2%
2	NÃO ADERENTE	19	15	34	28,3%
3	NÃO ADERENTE	14	11	25	20,8%
4	ADERENTE	13	3	16	13,3%
<b>TOTAL</b>		<b>70</b>	<b>49</b>	<b>119</b>	<b>99,2%</b>

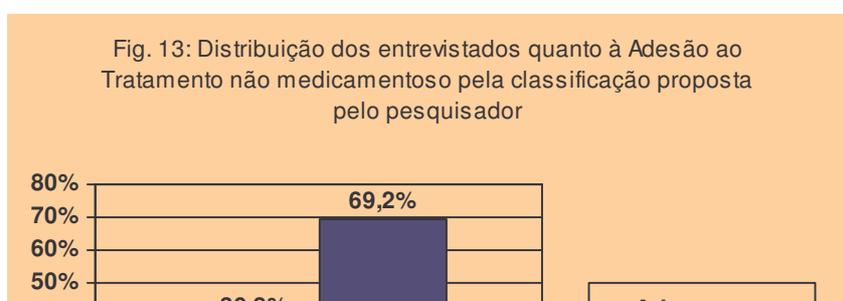
O valor de P quando relacionados os grupos de controle da PA e a pontuação no Teste de Morisky Green foi de 0,425.

Ao analisar-se a adesão medicamentosa pelos critérios sugeridos neste estudo, considerando 3 subgrupos de adesão à terapêutica medicamentosa obteve-se que 25,8% dos entrevistados foram totalmente aderentes, 50,8% foram parcialmente aderentes e 22,5% não foram aderentes, conforme descrito na Figura 12.



#### 4.1.9 Adesão à terapêutica não medicamentosa

Quando analisada a adesão ao conjunto de recomendações não medicamentosas, considerando aderentes aqueles que seguiram totalmente no mínimo 50% das orientações recebidas, obteve-se que apenas 30,8% dos entrevistados foram considerados aderentes à terapêutica não medicamentosa (Figura 13).





<b>Controle do peso</b>	53	60,	30	34,	4	4,6	33	27,	87	72,
		9		5				5		5
<b>Redução do sal da dieta</b>	4	3,3	59	49,	57	47,	-	-	120	100
				2		5				
<b>Aumento da ingestão de frutas e verduras</b>	10	8,3	66	55,	44	36,	-	-	120	100
				0		7				
<b>Exercícios físicos regulares</b>	57	48,	36	30,	24	20,	3	2,5	117	97,
		7		7		5				5
<b>Abandono ao tabagismo</b>	8	18,	4	9,0	32	72,	76	63,	44	36,
		2				8		3		7
<b>Redução do consumo de álcool</b>	1	20,	1	20,	3	60,	115	96,	5	3,4
		0		0		0		6		
<b>Evitar medicamentos que aumentam a PA</b>	-	-	6	35,	11	64,	103	85,	17	14,
				3		7		8		2
<b>Adesão ao conjunto de recomendações não medicamentosas</b>	83	69,	-	-	37	30,	-	-	120	100
		2				8				

\*As porcentagens foram calculadas considerando o N (número de casos) válido para cada variável.

#### 4.1.9.1 Adesão à redução do peso corporal

A análise da adesão à redução do peso corporal revelou que 101 entrevistados tinham indicação de perder peso, dentre os quais 14 foram excluídos da avaliação pois acompanhavam no serviço há apenas dois meses.

Dos 87 entrevistados restantes, 4,6% conseguiram adesão total, ou seja, atingiu a meta desejada, 34,5% conseguiram reduzir parcialmente o peso, sem atingir a meta desejada e 60,9% não aderiram à orientação, ou seja, não conseguiram perder peso. Os 4 indivíduos que conseguiram aderir totalmente à medida tinham mais de 6 meses de acompanhamento no serviço.

O peso inicial do grupo estudado variou de 40,8 kg a 135,0 kg, com média de 72,5 kg, mediana de 70,0 kg e desvio padrão de 16,7 kg. O peso dos entrevistados no momento da entrevista variou de 43,4 kg a 115,0 kg, com média de 72,1 kg, mediana de 70,4 kg e desvio padrão de 15,1 kg.

O IMC calculado no momento da entrevista variou de 20,4 a 51,5, com média de 29,9, mediana de 29,2 e desvio padrão de 5,7.

#### 4.1.9.2 Adesão à redução da ingestão de sal

Quanto à redução da ingestão de sal, 47,5% dos entrevistados tiveram adesão total à medida orientada, 49,2% aderiram parcialmente e 3,3% não aderiram à orientação de reduzir o sal da dieta.

#### 4.1.9.3 Adesão ao aumento de frutas, verduras e legumes da dieta

Quanto ao aumento da ingestão de frutas, verduras e legumes da dieta, 36,7% dos entrevistados apresentaram adesão total à medida orientada, 55,0% aderiram parcialmente e 8,3% não aderiram à orientação.

#### 4.1.9.4 Adesão à redução do consumo de bebidas alcoólicas

A redução do consumo de bebidas alcoólicas foi orientada a apenas cinco entrevistados, dos quais três aderiram totalmente à orientação, um aderiu parcialmente e um não aderiu à orientação. Devido ao pequeno número de indivíduos que receberam esta recomendação, a avaliação da adesão foi prejudicada.

#### 4.1.9.5 Adesão à prática de exercícios físicos regulares

Dos 120 entrevistados, 117 foram orientados a praticar atividade física regularmente, dois não tinham condições de realizar exercícios por motivos de saúde (um caso de impressão basilar com paraparesia de membros inferiores e outro por artrite reumatóide avançada) e uma entrevistada não lembrava de ter sido orientada.

Dentre os 117 entrevistados que foram orientados a praticar atividade física regular, 20,5% tiveram adesão total à medida recomendada, 30,7% aderiram parcialmente e 48,7% não aderiram à orientação.

#### 4.1.9.6 Adesão ao abandono do tabagismo

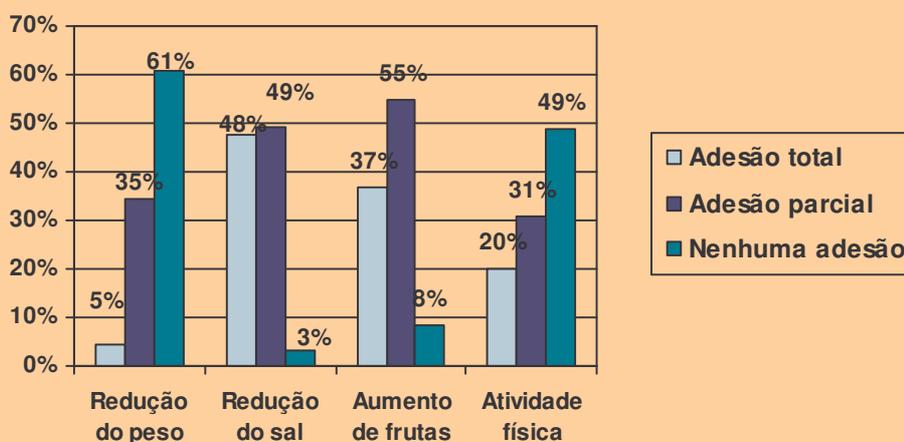
Dos 120 entrevistados, 76 não precisavam ser orientados a parar de fumar, 63 porque nunca fumaram, e 13 porque eram ex-tabagistas e haviam parado de fumar antes do diagnóstico de hipertensão arterial.

Dos 44 entrevistados que foram orientados a deixar o tabagismo, 72,8% aderiram totalmente à recomendação e pararam de fumar.

#### 4.1.9.7 Adesão a evitar drogas que aumentam a pressão arterial

Quanto à orientação de evitar medicamentos que potencialmente aumentam a pressão arterial, 103 (85,8%) entrevistados relataram que desconheciam tal recomendação. Dos 17 entrevistados que foram orientados sobre tal medida 35,3% aderiram parcialmente e 64,7% aderiram totalmente, fazendo uso de medicamentos apenas sob orientação médica.

Fig. 14: Distribuição dos entrevistados quanto à adesão ao tratamento não medicamentoso



## 4.2 RELAÇÃO ENTRE O CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL E A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIHIPERTENSIVO

### 4.2.1 Controle da pressão arterial e terapêutica medicamentosa

A descrição do controle da PA de acordo com as classificações de adesão utilizadas no estudo seguem nas Tabelas 14, 15 e 16.

Tabela 14 - Distribuição dos resultados do Teste de Morisky Green na detecção dos pacientes com pressão arterial controlada e não controlada.

	<i>Teste de Morisky Green positivo para adesão (Aderentes)</i>	<i>Teste de Morisky Green negativo para adesão (Não aderentes)</i>	<i>TOTAL</i>
<i>PA controlada</i>	13 <i>(a=Verdadeiros positivos)</i>	57 <i>(b=Falso negativos)</i>	70 <i>(Todos controlados)</i>
<i>PA não controlada</i>	3 <i>(c =Falso positivos)</i>	46 <i>(d=Verdadeiros negativos)</i>	49 <i>(Todos não controlados)</i>
<i>TOTAL</i>	16 <i>(Todos positivos para adesão)</i>	103 <i>(Todos negativos para adesão)</i>	119

Sensibilidade= $a/a+b$ , Especificidade= $d/c+d$ , VPP= $a/a+c$ , VPN= $d/b+d$ , Acurácia= $a+d/a+b+c+d$   
P=0,050

Tabela 15 - Distribuição dos resultados da classificação proposta com 3 grupos na detecção dos pacientes com pressão arterial controlada e não controlada.

<i>Controle da PA</i>	<i>Teste de Morisky Green</i>			<i>TOTAL</i>
	<i>Adesão Total</i>	<i>Adesão Parcial</i>	<i>Nenhuma Adesão</i>	
<i>PA controlada</i>	24	33	13	70
<i>PA não controlada</i>	7	28	14	49
<i>TOTAL</i>	31	61	27	119

P=0,044

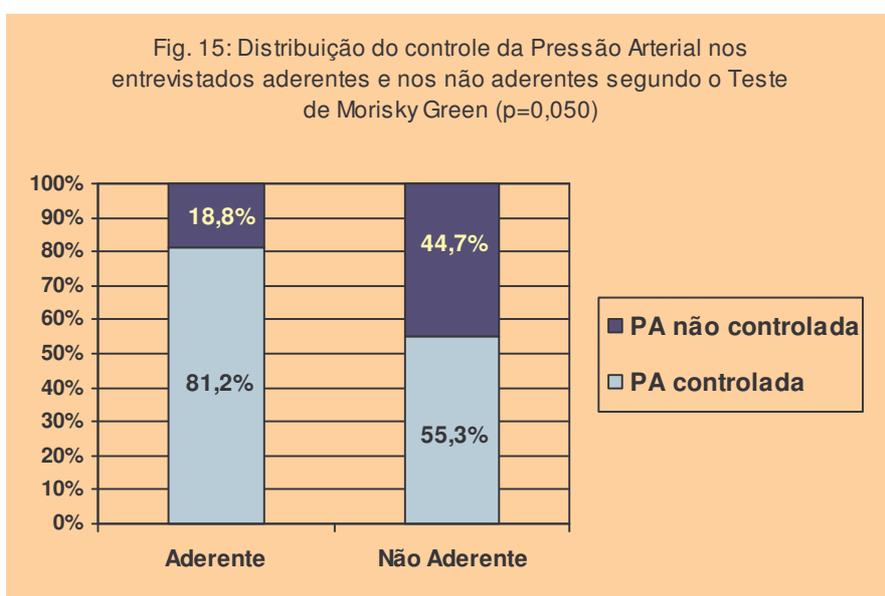
Tabela 16 - Distribuição dos resultados da classificação proposta com 2 grupos na detecção dos pacientes com pressão arterial controlada e não controlada.

<i>Controle da PA</i>	<i>Aderentes (Adesão total)</i>	<i>Não aderentes (Adesão parcial + nenhuma adesão)</i>	<i>TOTAL</i>
<i>PA controlada</i>	24	46	70
<i>PA não controlada</i>	7	42	49
<i>TOTAL</i>	31	88	119

P=0,014

Ao aplicar-se o Teste Qui-Quadrado para análise bivariada, observou-se que houve relação da adesão à terapêutica medicamentosa com o controle da pressão arterial.

Quando classificados pelo Teste de Morisky Green, 81,2% dos indivíduos aderentes tinham a PA controlada, enquanto que 55,3% dos não aderentes tinham a PA controlada, o que demonstrou uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ( $p=0,050$ ).



Ao utilizar-se o Teste de Morisky Green para classificar os pacientes em aderentes e não aderentes e considerando teste positivo aquele que detectou o paciente como aderente ao tratamento, observou-se que a capacidade do teste positivo (aderente) em correlacionar-se com o controle da pressão arterial, ou seja, detectar os verdadeiros aderentes, entre todos os controlados, foi de 18%, o que representou uma baixa sensibilidade (Tabela 14).

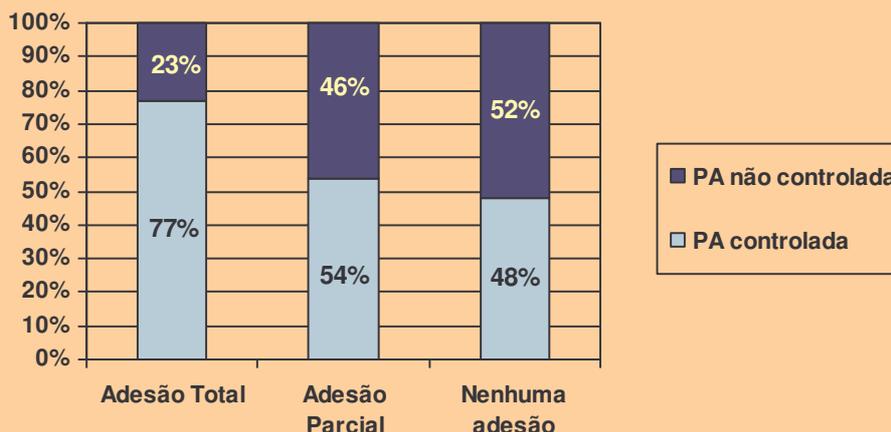
Fig. 15: Distribuição do controle da Pressão Arterial nos entrevistados aderentes e nos não aderentes segundo o Teste de Morisky Green ( $p=0,050$ )

Quanto à capacidade do Teste de Morisky Green em detectar os não aderentes entre todos com PA não controlada, houve uma especificidade de 93%. O valor preditivo positivo (VPP) do exame na amostra estudada foi de 81% e o valor preditivo negativo (VPN) foi de 45%. A acurácia do teste foi 49% (Tabela 17).

A classificação da adesão proposta no estudo demonstrou que o controle da PA foi de 77,4%, 54,0% e 48,1%, respectivamente, para os grupos com adesão total, parcial e nenhuma adesão ao tratamento medicamentoso, o que representa uma diferença estatisticamente significativa entre os três grupos ( $p=0,044$ ), principalmente as custas da diferença entre o grupo de adesão total e os demais (Figura 16).

O comportamento do controle da PA no grupo parcialmente aderente não apresentou diferença estatisticamente significativa do grupo não aderente ( $p=0,606$ ). Por sua vez, quando comparado ao grupo totalmente aderente à terapêutica medicamentosa, o grupo parcialmente aderente mostrou controle da PA com diferença estatisticamente significativa ( $p=0,029$ ).

Fig. 16: Distribuição do controle da Pressão Arterial nos entrevistados segundo a classificação proposta em 3 grupos de Adesão Total, Adesão Parcial e Nenhuma Adesão ( $p=0,044$ )



Ao utilizar-se a classificação proposta para identificar os pacientes aderentes e os controlados, considerando-se apenas dois subgrupos, os aderentes e os não aderentes (somando o grupo parcialmente aderente ao não aderente), obteve-se resultados semelhantes ao Teste de Morisky Green, com valores de 34%, 85%, 77%, 47% e 55%, respectivamente, para sensibilidade, especificidade, VPP, VPN e acurácia.

O grupo totalmente aderente da classificação proposta, quando comparado aos demais, apresentou melhor correlação com o controle da PA ( $p=0,014$ ) do que os aderentes pelo Teste de Morisky Green ( $p=0,050$ ).

Tabela 17 - Valores da sensibilidade, especificidade, VPP, VPN e acurácia do Teste de Morisky Green para a amostra estudada.

<i>Parâmetro</i>	<i>Definição</i>	<i>Teste de Morisky e Green</i>	<i>Classificação proposta com 2 grupos</i>
<i>Sensibilidade</i>	<i>Verdadeiros aderentes / Todos os controlados</i>	<i>18%</i>	<i>34%</i>
<i>Especificidade</i>	<i>Verdadeiros não aderentes / Todos os não controlados</i>	<i>93%</i>	<i>85%</i>

VPP	Verdadeiros aderentes / Todos os resultados aderentes	81%	77%
VPN	Verdadeiros não aderentes / Todos os resultados não aderentes	45%	47%
Acurácia	Verdadeiros aderentes e não aderentes / Todos os resultados	49%	55%

#### 4.2.2 Controle da pressão arterial e terapêutica não medicamentosa

A análise da relação entre a adesão à terapêutica não medicamentosa e o controle da pressão arterial, revelou que não houve influência estatisticamente significativa pelo Teste Qui Quadrado da adesão às recomendações não medicamentosas no controle da pressão arterial, quando analisadas cada orientação individualmente ou quando avaliadas em conjunto (Figura 17 e Tabela 18).

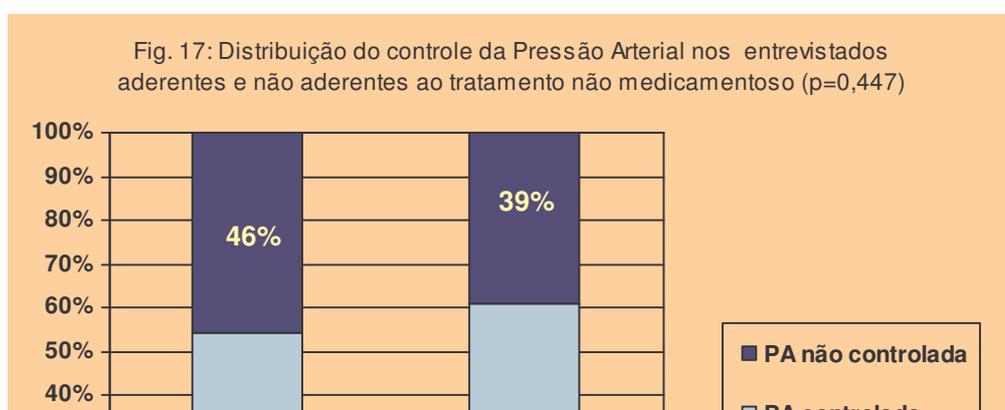


Tabela 18 - Relação da adesão à terapêutica anti-hipertensiva não medicamentosa no controle da PA, de acordo com o Teste Qui Quadrado e valor de P, na amostra estudada.

<b>Adesão à terapêutica anti-hipertensiva não medicamentosa</b>		<b>P</b>
<i>Adesão à cada recomendação não medicamentosa isoladamente</i>	<i>Redução de peso</i>	<i>0,232</i>
	<i>Redução do sal da dieta</i>	<i>0,509</i>
	<i>Dieta rica em frutas e verduras</i>	<i>0,488</i>
	<i>Redução do alcoolismo</i>	<i>0,082</i>
	<i>Prática de atividade física</i>	<i>0,650</i>
	<i>Abandono do tabagismo</i>	<i>0,754</i>
	<i>Evitar medicamentos que aumentam a PA</i>	<i>0,585</i>
<i>Adesão ao conjunto de recomendações não medicamentosas</i>	<i>Adesão a, no mínimo, 50% das recomendações orientadas</i>	<i>0,447</i>

### **4.3 RELAÇÃO ENTRE O CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL E AS VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PACIENTE, À DOENÇA, À TERAPÊUTICA E AO SERVIÇO DE SAÚDE**

Os dados coletados referentes ao controle da PA foram relacionados com as variáveis independentes selecionadas:

**Variáveis relacionadas ao paciente:** faixa etária, sexo, raça, estado civil, ocupação, escolaridade, renda familiar, apoio familiar e social, conhecimento sobre hipertensão e medos do tratamento.

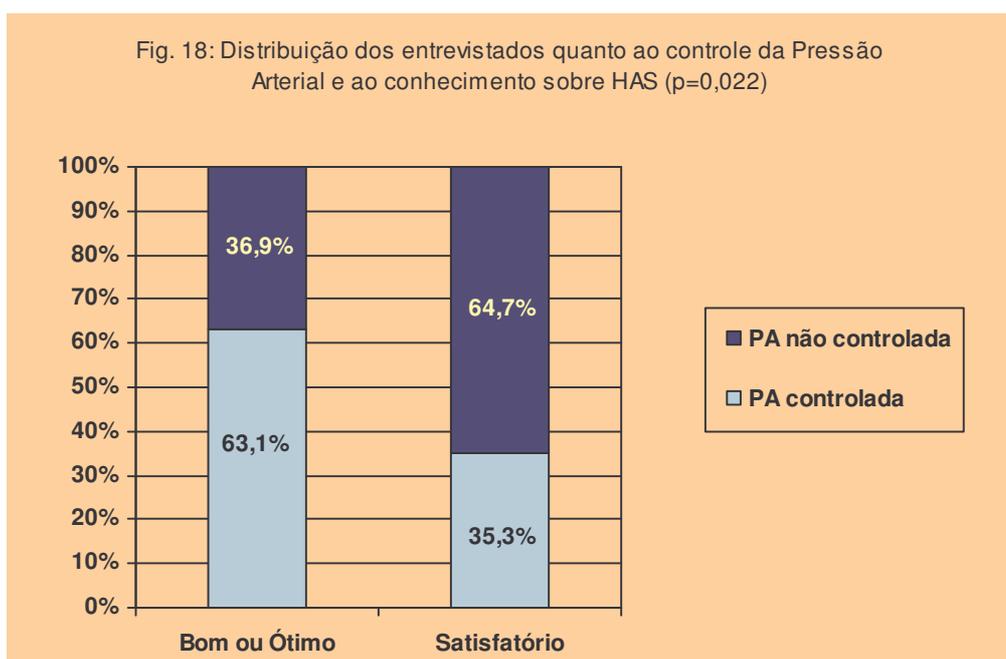
**Variáveis relacionadas à doença:** tempo de hipertensão, tempo de acompanhamento na USF e presença de complicações da hipertensão.

**Variáveis relacionadas à terapêutica:** opinião sobre o número de medicamentos, presença de efeitos colaterais, custo econômico.

**Variáveis relacionadas ao serviço de saúde:** acessibilidade geográfica e funcional, disponibilidade de medicamentos, periodicidade do acompanhamento, relação com a equipe de saúde, participação em ações educativas e qualidade do atendimento segundo os usuários.

Dentre as 23 variáveis independentes que foram cruzadas com o controle da pressão arterial, apenas o conhecimento sobre a hipertensão, a periodicidade do acompanhamento e a relação com a equipe de saúde demonstraram influência estatisticamente significativa no controle da PA. A percepção sobre o número de medicamentos utilizados no tratamento mostrou tendência à associação com o controle da PA.

O conhecimento sobre a hipertensão teve influência estatisticamente significativa com  $p=0,022$ , demonstrando-se que o grupo que apresentava conhecimento bom ou ótimo estava com a PA mais controlada que o grupo que apresentava conhecimento apenas satisfatório.



Quanto à periodicidade das consultas no serviço de saúde observou-se que dentre os indivíduos com acompanhamento bimestral havia maior controle da PA ( $p=0,041$ ), provavelmente porque o grupo com PA não controlada tinha prioridade no agendamento mensal das consultas (Figura 19).

Quanto à relação com a equipe de saúde (Figura 20), dentre os indivíduos que referiram ser indiferentes quando questionados sobre o relacionamento com a equipe de saúde havia maior prevalência de pressão arterial não controlada, ( $p=0,015$  pelo Teste Exato de Fisher).

Fig. 19: Distribuição dos entrevistados quanto ao controle da PA e à periodicidade do atendimento ( $p=0,041$ )

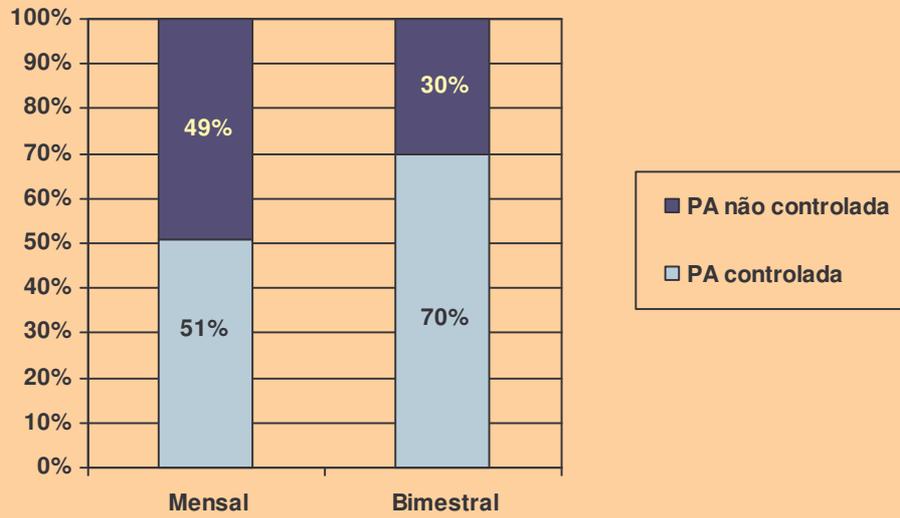
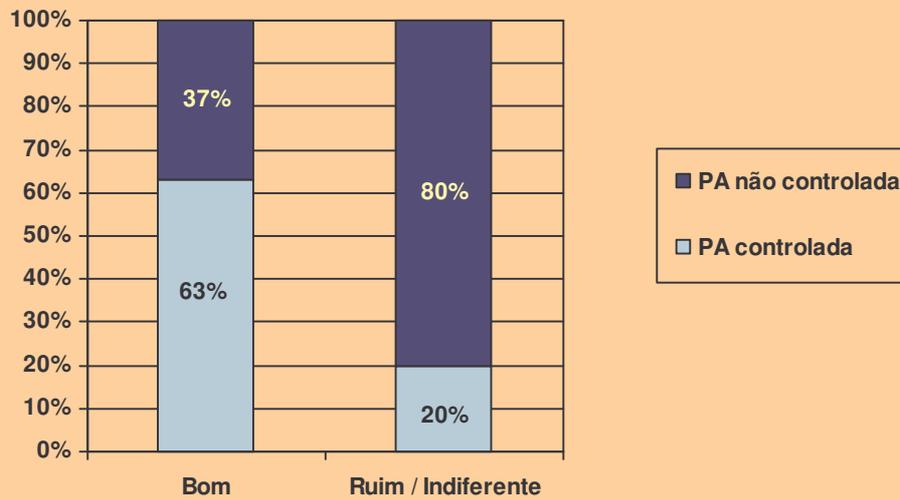
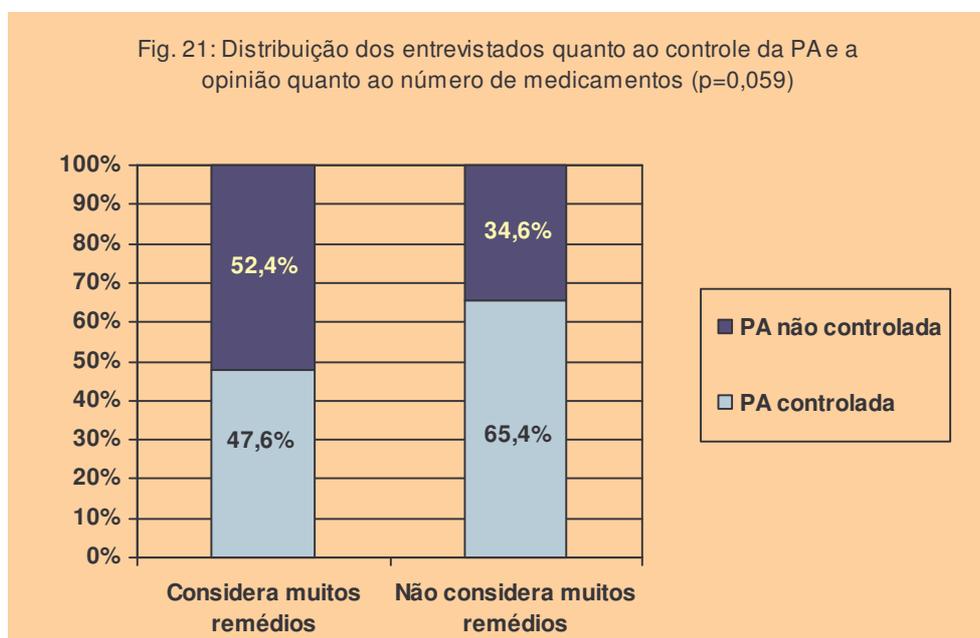


Fig. 20: Distribuição dos entrevistados quanto ao controle da PA e ao relacionamento com a equipe de saúde ( $p=0,015$ )



Quanto ao número de medicamentos utilizados na terapêutica observou-se tendência de associação com o controle da PA ( $p=0,059$ ). Os entrevistados que não consideravam excessivo o número de medicamentos tinham a PA controlada em 65,4% dos casos, enquanto que os que consideravam muitos medicamentos apenas 47,6% estavam com a PA controlada (Figura 21).



As demais variáveis não tiveram influência estatisticamente significativa no controle da pressão arterial dos pacientes estudados, conforme observa-se na Tabela 19.

Tabela 19 - Influência das variáveis independentes no controle da pressão arterial

<b>Variáveis Independentes</b>	<b>Descrição da Variável</b>	<b>P</b>
<i>Variáveis relacionadas ao paciente</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>0,097</i>
	<i>Sexo</i>	<i>0,569</i>
	<i>Raça</i>	<i>0,499</i>
	<i>Estado Civil</i>	<i>0,544</i>
	<i>Ocupação</i>	<i>0,103</i>
	<i>Escolaridade</i>	<i>0,577</i>
	<i>Renda familiar</i>	<i>0,259</i>
	<i>Apoio familiar e social</i>	<i>0,319</i>
	<b>Conhecimento sobre hipertensão</b>	<b>0,022</b>
	<i>Medos do tratamento</i>	<i>0,700</i>
<i>Variáveis relacionadas à doença</i>	<i>Tempo de hipertensão</i>	<i>0,944</i>
	<i>Tempo de acompanhamento na USF</i>	<i>0,256</i>
	<i>Presença de complicações da HAS</i>	<i>0,747</i>
<i>Variáveis relacionadas à terapêutica</i>	<b>Opinião sobre número de medicamentos</b>	<b>0,059</b>
	<i>Efeitos colaterais</i>	<i>0,976</i>
	<i>Custo econômico</i>	<i>0,567</i>
<i>Variáveis relacionadas ao serviço de saúde</i>	<i>Acessibilidade geográfica</i>	<i>0,106</i>
	<i>Acessibilidade funcional</i>	<i>0,664</i>
	<i>Disponibilidade de medicamentos</i>	<i>0,220</i>
	<b>Periodicidade do acompanhamento</b>	<b>0,041</b>
	<b>Relação com a equipe de saúde</b>	<b>0,015</b>
	<i>Participação em ações educativas</i>	<i>0,251</i>
	<i>Qualidade do atendimento segundo os usuários</i>	<i>0,099</i>

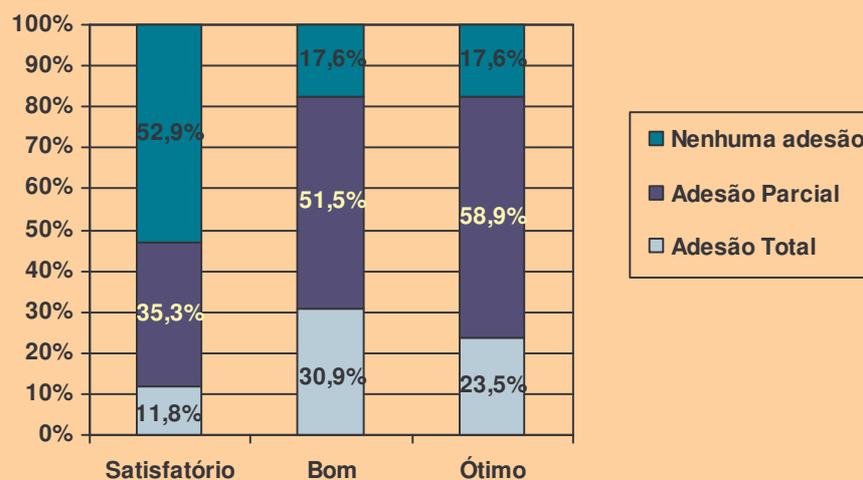
#### 4.4 RELAÇÃO ENTRE A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO E AS VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PACIENTE, À DOENÇA, À TERAPÊUTICA E AO SERVIÇO DE SAÚDE

#### 4.4.1 Adesão às recomendações medicamentosas

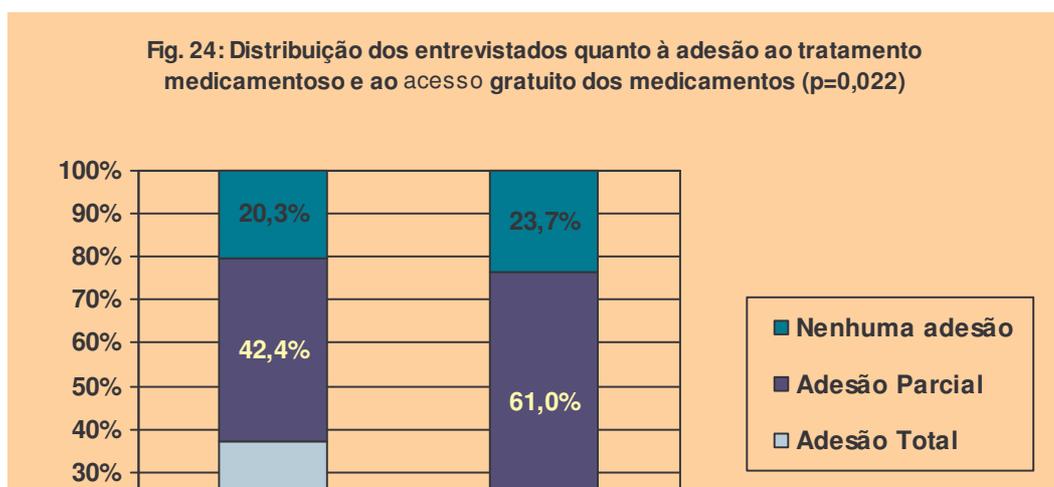
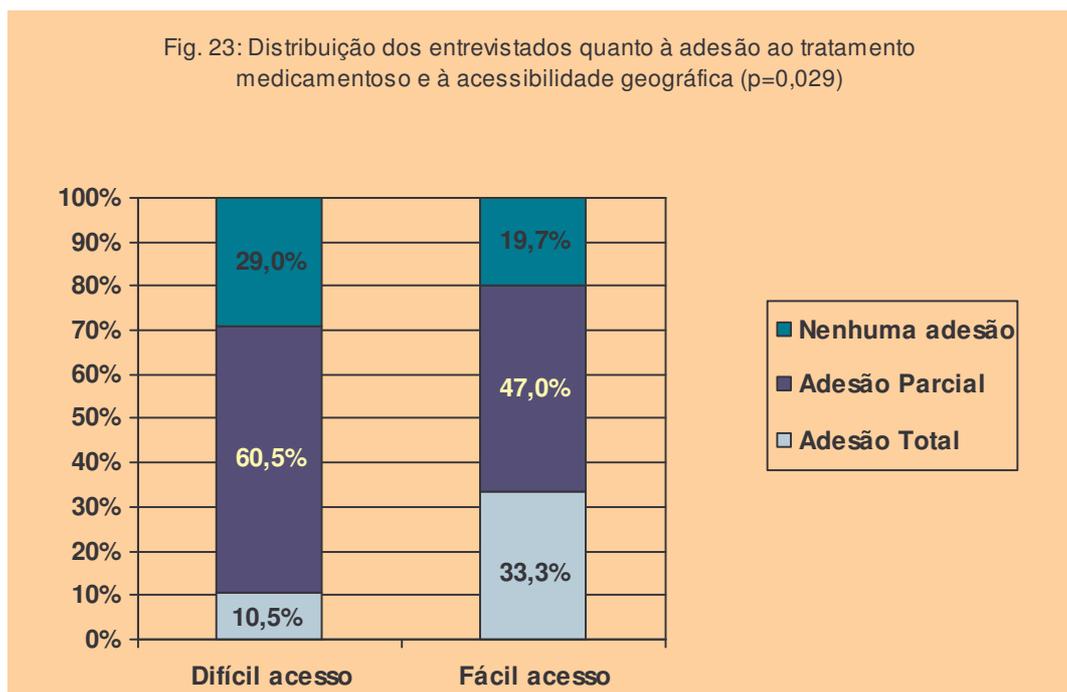
A adesão medicamentosa, classificada em total, parcial e nenhuma, conforme a metodologia adotada neste trabalho, foi relacionada com as variáveis independentes citadas e observou-se que as variáveis que se correlacionaram com a adesão medicamentosa foram o conhecimento sobre HAS entre as variáveis relacionadas ao paciente, a acessibilidade geográfica e a disponibilidade de medicamentos dentre as variáveis relacionadas ao serviço de saúde. Entre as variáveis relacionadas à doença, houve correlação com o tempo de diagnóstico de hipertensão e com o tempo de acompanhamento na USF. As demais variáveis não demonstraram correlação estatisticamente significativa conforme demonstrado na Tabela 20.

Quanto ao conhecimento sobre HAS (Figura 22), observou-se que 82,35% dos entrevistados com conhecimento bom ou ótimo eram total ou parcialmente aderentes ao tratamento, enquanto que dentre os entrevistados com conhecimento apenas satisfatório a taxa de adesão total ou parcial caiu para 47% ( $p=0,024$ ).

Fig. 22: Distribuição dos entrevistados quanto à adesão ao tratamento medicamentoso e o conhecimento sobre HAS ( $p=0,024$ )



A avaliação da acessibilidade geográfica (Figura 23) demonstrou que dentre os entrevistados que eram totalmente aderentes apenas 12,9% referiram dificuldades para ir ao posto de saúde, entre os parcialmente aderentes 37,7% tinha dificuldades e entre os não aderentes 40,7% tinha dificuldades ( $p=0,029$ ).



Quanto à disponibilidade de medicamentos (Figura 24), entre os totalmente aderentes, 70,9% recebiam todos os medicamentos no posto de saúde, taxa que caiu para 40,9% entre os parcialmente aderentes e para 46,1% entre os não aderentes ( $p=0,022$ ).

Quanto ao tempo de diagnóstico de HAS (Figura 25), apenas houve correlação significativa com a adesão medicamentosa quando se considerou o ponto de corte da amostra em um ano. A adesão total ao tratamento medicamentoso foi de 53,3% naqueles com até um ano de diagnóstico e de 22,1% naqueles com mais de um ano ( $p=0,016$ ).

Quanto ao tempo de acompanhamento na USF (Figura 26), observou-se que a adesão total ao tratamento medicamentoso foi de 33,3% nos entrevistados com até um ano de acompanhamento e de 21,1% naqueles com mais de um ano, diferença considerada significativa ( $p=0,017$ ).

Utilizando-se a classificação da adesão medicamentosa de acordo com o Teste de Morisky e Green, observou-se que nenhuma variável independente exerceu influência estatisticamente significativa na adesão dos pacientes entrevistados. Provavelmente isto se deva ao baixo número de

pacientes aderentes encontrado pelo Teste de Morisky e Green, prejudicando a análise bivariada.

Fig. 25: Distribuição dos entrevistados quanto à adesão ao tratamento medicamentoso e ao tempo de diagnóstico de HAS ( $p=0,016$ )

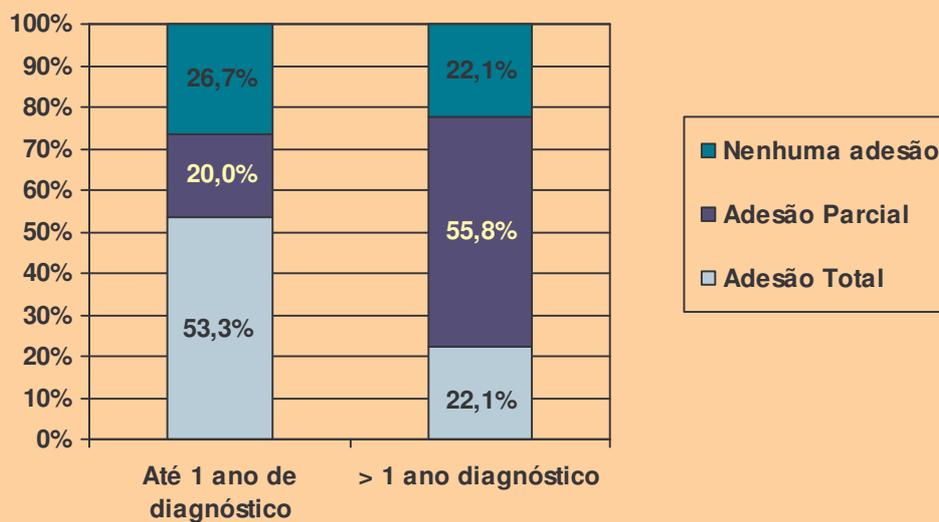


Fig. 26: Distribuição dos entrevistados quanto à adesão ao tratamento medicamentoso e ao tempo de acompanhamento na USF ( $p=0,017$ )

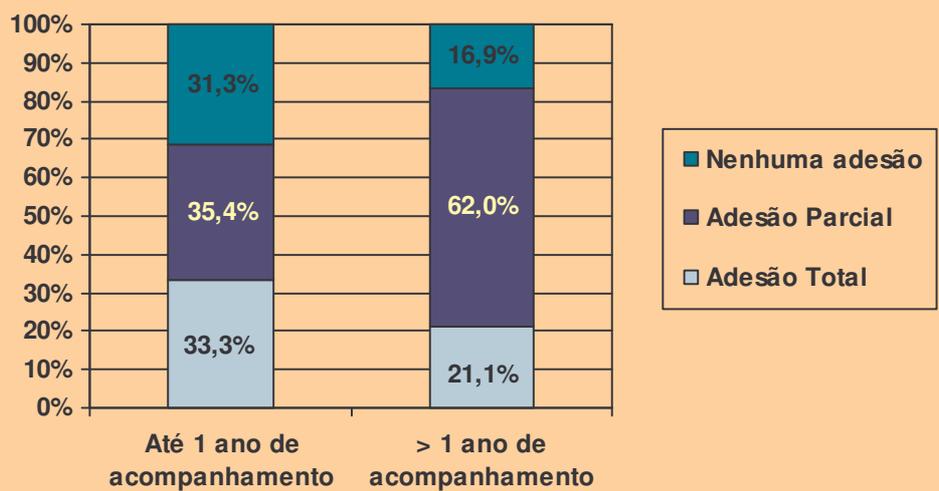


Tabela 20 - Influência das variáveis relacionadas ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde no processo de adesão à terapêutica medicamentosa

<b>Descrição das Variáveis Independentes</b>		<b>Adesão Medicamentosa</b>	
		<b>Proposta</b>	<b>Morisky Green</b>
		<b>Valor de P</b>	<b>Valor de P</b>
<i>Variáveis relacionadas ao paciente</i>	<i>Faixa etária</i>	0,528	0,831
	<i>Sexo</i>	0,235	0,918
	<i>Raça</i>	0,747	0,173
	<i>Estado Civil</i>	0,281	0,068
	<i>Ocupação</i>	0,359	0,064
	<i>Escolaridade</i>	0,947	0,605
	<i>Renda familiar</i>	0,342	0,621
	<i>Apoio familiar e social</i>	0,163	0,721
	<b>Conhecimento sobre hipertensão</b>	<b>0,024</b>	0,614
	<i>Medos do tratamento</i>	0,087	0,254
<i>Variáveis relacionadas à doença</i>	<b>Tempo de hipertensão</b>	<b>0,016</b>	0,426
	<b>Tempo de acompanhamento na USF</b>	<b>0,017</b>	0,426
	<i>Presença de complicações da HAS</i>	0,216	0,067
<i>Variáveis relacionadas à terapêutica</i>	<i>Opinião sobre número de medicamentos</i>	0,085	0,843
	<i>Efeitos colaterais</i>	0,733	0,476
	<i>Custo econômico</i>	0,454	0,903
<i>Variáveis relacionadas ao serviço de saúde</i>	<b>Acessibilidade geográfica</b>	<b>0,029</b>	0,073
	<i>Acessibilidade funcional</i>	0,439	0,804
	<b>Disponibilidade de medicamentos</b>	<b>0,022</b>	1,00
	<i>Periodicidade do acompanhamento</i>	0,152	0,859
	<i>Relação com a equipe de saúde</i>	0,718	0,720
	<i>Participação em ações educativas</i>	0,932	0,668
	<i>Qualidade do atendimento segundo os usuários</i>	0,174	0,512

## 4.4.2 Adesão às recomendações não medicamentosas

### 4.4.2.1 Adesão à redução do peso

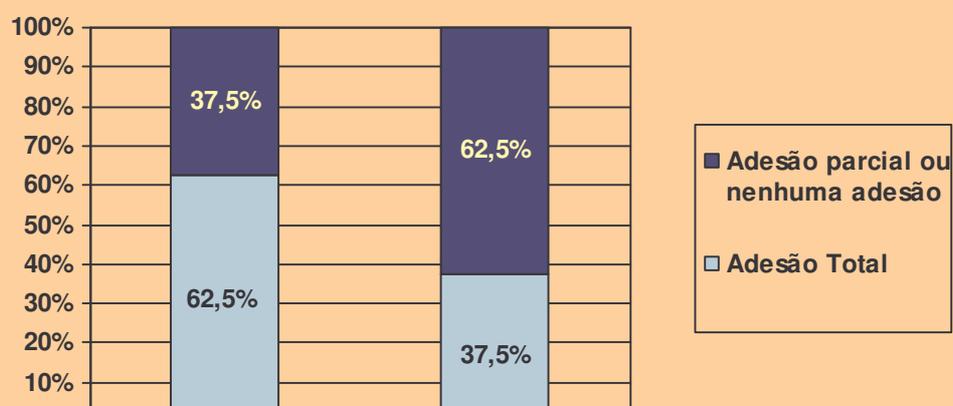
Quando analisadas as variáveis independentes e a influência na adesão à redução do peso, não houve associação estatisticamente significativa entre nenhum dos fatores e a adesão, conforme descrito na Tabela 23.

### 4.4.2.2 Adesão à redução do sal da dieta

Quando analisadas as variáveis independentes e sua relação na adesão à redução do sal da dieta, houve influência apenas do estado civil quando se agrupou os entrevistados parcialmente aderentes aos não aderentes.

Observou-se que entre os entrevistados sem companheiro 62,5% eram totalmente aderentes à redução do sal da dieta (Figura 27), enquanto que entre os que tinham companheiro apenas 37,5% eram totalmente aderentes à recomendação ( $p=0,007$ ). Este resultado pode dever-se a maior autonomia dos entrevistados sem companheiro para modificar a dieta.

Fig. 27: Distribuição dos entrevistados quanto à Adesão à dieta hipossódica e à presença de cônjuge / companheiro ( $p=0,007$ )



#### **4.4.2.3 Adesão à dieta rica em frutas e verduras**

Quando analisadas as variáveis independentes e a influência na adesão à dieta rica em frutas e verduras, nenhum dos fatores demonstrou valor de P estatisticamente significativo, conforme descrito na Tabela 21.

#### **4.4.2.4 Adesão à redução do alcoolismo**

Devido ao baixo número de casos de alcoolismo (n=5), a análise da aderência à recomendação de reduzir o uso de bebidas alcoólicas foi prejudicada e nenhuma das variáveis independentes investigadas demonstrou valor de P estatisticamente significativo.

#### **4.4.2.5 Adesão à prática de atividade física**

Quando analisadas as variáveis independentes e a relação com a adesão à prática de atividade física, observou-se que houve influência do sexo e da presença de efeitos colaterais dos medicamentos.

Enquanto que 58,6% das mulheres não eram aderentes à prática de exercícios físicos, apenas 20,7% dos homens não realizam tais atividades ( $p=0,001$ ).

O grupo de entrevistados totalmente aderente à atividade física apresentava menos efeitos colaterais de medicamentos (20,8%) do que o grupo não aderente ou parcialmente aderente (35,5%), com significância estatística ( $p=0,023$ ), o que poderia dever-se a menor necessidade de medicamentos no grupo aderente, embora não tenha sido encontrada diferença estatisticamente significativa quanto ao número de medicamentos nesses grupos.

Fig. 28: Distribuição dos entrevistados quanto à adesão à prática regular de atividade física e ao sexo ( $p=0,001$ )

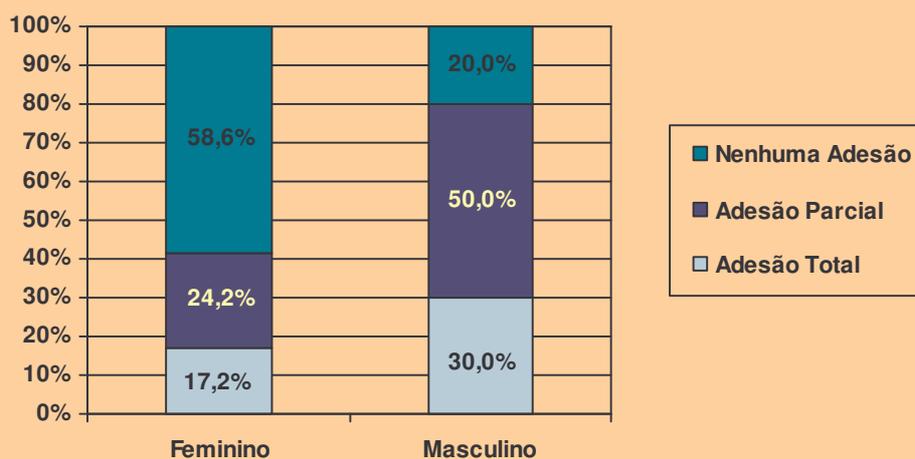
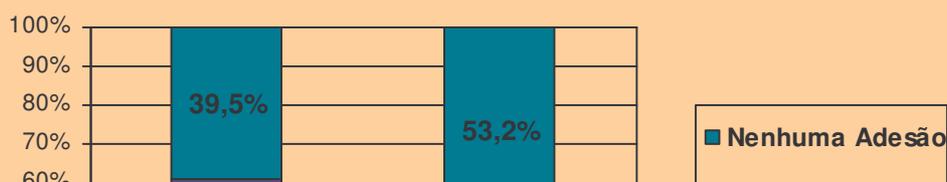


Fig. 29: Distribuição dos entrevistados quanto à adesão à prática regular de atividade física e ao relato de efeitos colaterais de medicamentos ( $p=0,023$ )



#### **4.4.2.6 Adesão ao abandono do tabagismo**

Quando analisadas as variáveis independentes e a influência na adesão ao abandono do tabagismo, observou-se que não houve associação significativa entre nenhuma delas. O baixo número de casos válidos (n=44) para a avaliação pode ter favorecido a presença de resultados falso-negativos.

#### **4.4.2.7 Adesão a evitar medicamentos que aumentam a PA**

Devido apenas 17 entrevistados terem sido orientados sobre evitar medicamentos que aumentam a PA, o número de casos para avaliação limitou significativamente a análise da relação da adesão com as variáveis independentes, mesmo considerando-se variável dicotômica e realizando-se o Teste Exato de Fisher.

#### **4.4.2.8 Adesão às recomendações não medicamentosas em conjunto**

Quando analisada a adesão às medidas não medicamentosas em conjunto, observou-se que houve correlação com a escolaridade e com o relato de efeitos colaterais de medicamentos.

Verificou-se que entre os indivíduos de baixa escolaridade 26,0% eram aderentes às recomendações não medicamentosas, enquanto que no grupo com escolaridade igual ou superior ao nível fundamental houve 50% de adesão a tais medidas ( $p=0,023$ ). Ao observar-se o grupo de não aderentes 85,5% tinha baixa escolaridade.

O grupo de indivíduos aderentes às medidas não medicamentosas apresentou menos efeitos colaterais dos medicamentos (16,2%) do que os não aderentes (39,7%), com  $p=0,011$ .

Tabela 21 - Influência das variáveis relacionadas ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde no processo de adesão à terapêutica não medicamentosa, de acordo com o valor de P no Teste Qui Quadrado.

<b>Descrição da Variável Independente</b>	<i>Redução do peso</i>	<i>Redução do sal da dieta</i>	<i>Dieta rica em frutas e verduras</i>	<i>Prática de atividade física</i>	<i>Abandono do tabagismo</i>	<i>Adesão ao conjunto de orientações</i>
	<b>n*=87</b>	<b>n*=120</b>	<b>n*=120</b>	<b>n*=117</b>	<b>n*=44</b>	<b>n=120</b>
	<b>P</b>	<b>P</b>	<b>P</b>	<b>P</b>	<b>P</b>	<b>P</b>
<i>Faixa etária</i>	0,115	0,485	0,073	0,484	0,634	0,116
<i>Sexo</i>	0,438	0,073	0,530	<b>0,001</b>	0,095	0,842
<i>Raça</i>	0,477	0,308	0,314	0,739	0,595	0,552
<i>Estado civil</i>	0,878	<b>0,007</b>	0,757	0,387	<b>0,214**</b>	<b>0,747</b>
<i>Ocupação</i>	0,698	0,397	0,309	0,713	0,225	0,114
<i>Escolaridade</i>	0,952	0,090	0,129	0,485	0,462	<b>0,023</b>
<i>Renda familiar</i>	0,212	0,290	-	0,789	0,905	0,226
<i>Apoio familiar e social</i>	0,876	0,482	0,309	0,675	0,127	0,727
<i>Conhecimento sobre HAS</i>	0,453	0,362	0,948	0,202	0,708	0,437
<i>Medos do tratamento</i>	0,733	0,800	0,333	0,165	0,347	0,314
<i>Tempo de hipertensão</i>	0,723	0,898	0,883	0,357	0,564	0,793
<i>Tempo de acompanhamento</i>	0,354	0,146	0,084	0,392	0,681	0,245
<i>Complicações prévias da HAS</i>	0,105	0,359	0,904	0,073	0,249	0,771
<i>Opinião sobre número de medicamentos</i>	0,973	0,268	0,835	0,566	0,264	0,983
<i>Efeitos colaterais</i>	0,760	<b>0,077**</b>	0,363	<b>0,023</b>	0,855	<b>0,011</b>
<i>Custo econômico</i>	0,220	0,075	0,180	0,666	<b>0,711**</b>	<b>0,789</b>
<i>Acessibilidade geográfica</i>	0,220	0,515	0,394	0,663	0,524	0,393

<i>Acessibilidade funcional</i>	0,798	0,687	0,840	0,143	0,688	0,402
<i>Acesso aos medicamentos</i>	0,094	0,996	0,813	0,311	0,892	0,952
<i>Periodicidade das consultas</i>	0,394	<b>0,191**</b>	0,376	0,215	0,524	0,777
<i>Relação com a equipe de saúde</i>	0,481	0,102	0,175	0,716	0,244	0,204
<i>Participação em ações educativas</i>	0,648	0,401	0,536	0,180	0,249	0,207
<i>Qualidade do atendimento</i>	0,202	0,716	0,486	0,435	0,699	0,495

---

\*n=número de casos válidos; \*\* valores de P quando agrupados os parcialmente aderentes aos não aderentes e computados em tabela 2x2.

## *5. Discussão*

*“— Por que você trata a pressão alta?”*

*“— Tenho medo de cortar o pé, ficar cotó,  
ficar troncha”*

*(J.F.C., 80 anos, Feminino)*

*“— Porque se não tratar morre mais rápido.*

*Se não tratar é porque quer morrer...”*

*(M.G.C.M., 45 anos, Feminino)*

## 5.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A AMOSTRA E VARIÁVEIS ESTUDADAS

O presente estudo incluiu uma amostra de pacientes hipertensos que manteve as características de distribuição por sexo e faixa etária encontradas no grupo de hipertensos cadastrados na USF. O padrão sócio-econômico caracterizou-se por ser de baixa renda e baixa escolaridade.

O predomínio do sexo feminino na amostra estudada (74,2%) deveu-se ao maior número de mulheres na população de hipertensos cadastrada na USF (70,2%). Esse predomínio feminino dentre os hipertensos pode dever-se a um sub-diagnóstico da HAS nos homens por questões de acessibilidade ou sócio culturais, já que os homens caracteristicamente procuram menos os serviços de saúde. O predomínio de amostras femininas nos estudos de adesão com hipertensos também foi descrito por Piñeiro et al (1997) com 66,7%, Kyngas e Lahdenpera (1999) com 60%, Garcia Pérez et al (2000) com 75,9%, Andrade et al (2002) com 58,4%, Alfonso et al (2003) com 60,2%, Peres et al (2003) com 90,6%, Strelec et al (2003) com 73% de mulheres e Ingaramo et al (2005) com 56%.

O predomínio do sexo feminino aliado ao predomínio da faixa etária entre 51 a 60 anos de idade podem ter sido responsáveis pelos baixos índices de alcoolismo (2,5%) e tabagismo (10%) na amostra estudada. A série descrita por Strelec et al (2003) mostrou prevalência de apenas 8% de tabagistas e 7% de etilistas, e estudo realizado por Garcia Perez et al (2000) identificou 14% de etilistas e 17% de tabagistas.

Trata-se de uma amostra com alto índice de sobrepeso e obesidade, com IMC médio do grupo de 29,9, de modo semelhante ao estudo realizado por

Garcia Pérez et al (2000) com IMC médio de 31, e o descrito por Strelec et al (2003) com IMC médio de 30.

A realização de atividade física regular pelo grupo estudado foi descrita por apenas 20% dos entrevistados, bem como nos trabalhos de Strelec et al (2003) com taxa de 30% e de Garcia Pérez et al (2000), com 29%. O baixo índice de utilização de hormônios (TRH) pelas mulheres (4,5%) também foi descrito por Strelec et al (2003) com taxa de 4,2%.

O grupo estudado apresentava em sua maioria absoluta (85%) conhecimento bom ou ótimo sobre HAS, contrariamente ao baixo interesse em procurar informações sobre a doença, citado por apenas 45% dos entrevistados. O comportamento dos entrevistados no Teste de Conhecimento foi muito semelhante ao da série original descrita por Strelec et al (2003), inclusive na frequência de acertos das assertivas utilizadas. Tal qual na série original, o índice de acertos foi inferior a 50% em apenas duas questões: “pressão alta não tem sintomas” e “pressão alta pode ser tratada sem remédios”, com porcentagem de acertos, respectivamente, de 35,8% e 25,8% no presente estudo, e de 32% e 11% no estudo de Strelec et al. Tal fato pode dever-se a viés na elaboração das questões, pois induzem ao erro por utilizarem palavras negativas. Alia-se a este fato a questão dos valores culturais dos entrevistados, possivelmente centrados na visão curativa das doenças, pois não acreditam na possibilidade de doença assintomática e menos ainda na possibilidade de tratamento sem remédios. Vale-se ressaltar que a questão “pressão alta não tem sintomas” no estudo de Strelec et al era “hipertensão é assintomática”, e foi modificada na tentativa de facilitar o entendimento dos entrevistados, utilizando termos mais acessíveis ao vocabulário.

Talvez o melhor texto para evitar vieses seria “pressão alta pode não causar sintomas”.

O conhecimento dos entrevistados nas questões sobre as complicações da HAS e sobre o tratamento não farmacológico foi muito bom, com índices de acerto acima de 90%, o que significa que os hipertensos sabem o que deve ser feito no tratamento da HAS e conhecem as complicações.

Quando se observou a relação do Teste de Conhecimento com o controle da PA, notou-se que dentre os entrevistados com conhecimento bom ou ótimo, 63,1% tinham a PA controlada, enquanto que apenas 35,3% no grupo com conhecimento satisfatório. O Teste de Conhecimento adaptado de Strelec et al (2003) apresentou no presente estudo sensibilidade de 91,5% para detectar os indivíduos com PA verdadeiramente controlada entre todos com PA controlada, e teve especificidade de 22,4% para detectar os verdadeiramente não controlados entre todos os não controlados. O VPP foi de 63,1%, o VPN foi 64,7% e a acurácia foi 63,3%.

Quando o Teste de Conhecimento foi correlacionado com os resultados da adesão pelo Teste de Morisky e Green, demonstrou-se que 93,7% dos entrevistados com conhecimento bom ou ótimo eram aderentes ao tratamento, o que representou para o Teste de Conhecimento uma sensibilidade de 93,7% para detectar os verdadeiros aderentes entre todos os aderentes. A especificidade do Teste de Conhecimento foi de 15,5%, o VPP foi 14,4%, o VPN foi 94,1% e a acurácia foi 26,0%.

Gascon et al (2004) encontraram em estudo qualitativo que o principal fator para a não aderência ao tratamento foi o desconhecimento sobre a

HAS, conseqüentes a consultas médicas não satisfatórias devido a poucas explicações do médico e pouca interação médico-paciente. Embora o conhecimento seja importante determinante da adesão, Peres et al (2003) encontraram que 41% dos hipertensos desconheciam os conceitos de HAS. Hunt et al (2004) realizaram estudo de intervenção promovendo a educação em saúde através de material educativo, compararam com grupo controle e encontraram que embora não havendo correlação de tal intervenção com o controle da PA, os indivíduos tinham melhor conhecimento, monitoravam melhor a PA e eram mais satisfeitos quanto aos cuidados recebidos.

A maioria dos entrevistados tinha experiência prévia com indivíduos hipertensos, notadamente familiares. O apoio familiar pareceu influenciar positivamente os pacientes hipertensos, já que pouco mais da metade sentia-se auxiliado por familiares ou conhecidos e apenas 28,3% sentiam-se prejudicados por tais pessoas.

Quando se analisam as variáveis relacionadas ao serviço de saúde observa-se que, de modo geral, os usuários estão satisfeitos com o atendimento, o acesso pode ser considerado satisfatório, a relação com a equipe de saúde é boa e o que depende exclusivamente da USF parece atingir uma meta razoável. Os problemas do sistema de saúde que mais afligem os entrevistados são a disponibilidade de medicamentos, pois menos da metade consegue todos os medicamentos que necessita e o problema do encaminhamento para outros serviços de referência, onde há queixa por parte de 56,7% dos usuários.

Quanto ao tempo de diagnóstico de HAS houve correlação significativa com a adesão medicamentosa apenas quando se considerou 2 grupos

com ponto de corte em um ano de diagnóstico e utilizou-se a classificação proposta no estudo dividindo os entrevistados em aderentes, parcialmente aderentes ou não aderentes. Demonstrou-se que os hipertensos com até um ano de diagnóstico eram mais aderentes ao tratamento ( $p=0,016$ ). Estes dados confirmam dados da literatura que descrevem a queda importante na adesão após um ano de tratamento (BOVET et al, 2002; SCHAUB et al, 1993). Porém não se encontrou relação com a adesão não medicamentosa ou com a adesão medicamentosa classificada pelo Teste de Morisky e Green.

Quanto ao tempo de acompanhamento na USF, embora 13,3% dos entrevistados estivessem há apenas 2 meses no serviço, eram capazes de opinar sobre as variáveis relacionadas ao serviço de saúde. Caso não fossem capazes de responder, a pergunta era excluída da análise global para evitar distorções. O tempo de acompanhamento também só mostrou associação significativa com a adesão ao tratamento medicamentoso quando se distinguiu aqueles com até um ano de acompanhamento daqueles com mais de um ano ( $p=0,017$ ), evidenciando-se que os primeiros eram mais aderentes.

## **5.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO**

### **5.2.1 Adesão Ao Tratamento Medicamentoso**

A variação das taxas de adesão ao tratamento descritas na literatura dificulta a comparação de resultados. Piñeiro et al (1997) realizaram em uma única amostra de 174 indivíduos hipertensos com idade média de 64,1 anos e com

predomínio de 66,7% de mulheres, a classificação da adesão ao tratamento medicamentoso utilizando seis métodos indiretos diferentes e compararam com os resultados obtidos pela contagem de comprimidos, considerada neste estudo como padrão ouro entre os métodos indiretos. Observaram que as taxas de adesão foram muito variáveis sendo que utilizando o Teste de Batalla detectou-se a menor taxa de adesão, em apenas 22,4%. O controle da PA revelou taxa de adesão de 47,7%, o Teste de Morisky e Green encontrou 60,4%, a frequência às visitas agendadas encontrou 74,1% de adesão, e o auto-relato e o juízo do médico revelaram que 81,0% eram aderentes. A avaliação pelo método de contagem de comprimidos revelou que 52,3% eram aderentes.

A adesão à terapêutica medicamentosa segundo o Teste de Morisky Green no presente estudo revelou que apenas 13,3% dos pacientes entrevistados eram aderentes ao tratamento. Considerando apenas os estudos que utilizaram o Teste de Morisky e Green na metodologia, o presente estudo apresentou resultado mais aproximado ao descrito na série de Strelec et al, com 23% de adesão, cujas características amostrais e do controle da PA foram muito semelhantes.

Outros estudos utilizando o Teste de Morisky e Green mostraram maiores taxas de adesão, como o realizado por Piñeiro et al (1997) com 60,4% e o realizado por Garcia Perez et al (2000) com 76,8% de adesão, porém nestes estudos os resultados do teste foram comparados com a contagem de comprimidos, ao invés do controle da PA.

O Teste de Morisky e Green revelou uma alta especificidade (93%) para detectar os pacientes não aderentes entre todos os que tinham a PA não

controlada, porém as custas de baixa sensibilidade (18%) e acurácia (49%). Este resultado também é corroborado pelos achados de outros estudos. Strelec et al (2003) encontraram especificidade de 70% para detectar os não aderentes entre os não controlados, também com baixa sensibilidade (39%) e baixa acurácia (59%).

De acordo com a classificação proposta pelo pesquisador, a taxa de adesão total ao tratamento foi de 25,8% e conseguiu-se detectar mais indivíduos aderentes com PA controlada do que utilizando-se o Teste de Morisky e Green. Quando se utilizou esta classificação incluindo-se o grupo de adesão parcial, notou-se que não houve predomínio de pacientes com PA controlada ou não controlada neste grupo, diferentemente do observado no grupo de adesão total, onde 77,4% têm a PA controlada. Pelos resultados do presente estudo, não se justificou a classificação de um grupo intermediário de pacientes parcialmente aderentes, pois não houve correlação deste grupo isoladamente com o controle da PA. O comportamento deste grupo parcialmente aderente foi semelhante aos não aderentes quanto ao controle da PA.

Assim, quando o grupo parcialmente aderente foi somado ao não aderente pela classificação proposta, a correlação com o controle da PA foi ainda melhor ( $p=0,014$ ) do que quando se utilizou o Teste de Morisky e Green ( $p=0,050$ ) ou a classificação da adesão em três grupos ( $p=0,044$ ). Ou seja, comparada com o Teste de Morisky e Green e com a classificação proposta em 2 grupos ganhou em sensibilidade, as custas de pequena queda na especificidade, obtendo uma melhor acurácia na avaliação global.

Estes resultados foram diferentes da série descrita por Strelec et al (2003) na qual não houve relação entre a adesão avaliada no teste e o controle da hipertensão arterial.

Quando analisados os subitens do Teste de Morisky Green, o esquecimento de tomar o remédio relacionou-se com a ausência de controle da pressão arterial com valor de  $p=0,050$ . Esse resultado diverge daquele encontrado por Strelec et al (2003), em que houve correlação com o descuido do horário e não com o esquecimento. No presente estudo, os pacientes não controlados esqueceram-se mais de tomar a medicação (69,3%) do que os controlados (51,4%).

A baixa taxa de adesão encontrada neste estudo reforça a importância da temática e a necessidade de aprofundamento sobre o problema, a fim de melhorar a prática clínica e o atendimento ao hipertenso. A relação entre o controle da PA e a adesão também foi percebido, estimulando a busca pelo melhoramento das taxas de adesão a fim de controlar a HAS e conseqüentemente reduzir as complicações desta enfermidade.

Quanto à influência das variáveis independentes, o estudo encontrou que o conhecimento bom ou ótimo sobre HAS, o tempo de HAS menor que um ano, o tempo de acompanhamento no serviço menor que um ano, a facilidade do acesso geográfico e a disponibilidade de medicamentos no serviço foram favoráveis para a adesão.

Contrariamente a outros estudos não se encontrou relação da adesão com o sexo, idade, cor, estado civil, ocupação, escolaridade, renda familiar, apoio familiar ou social, medos do tratamento, presença de complicações

da HAS, número de medicamentos, efeitos colaterais, custo econômico, acessibilidade funcional, periodicidade no acompanhamento, relacionamento com a equipe de saúde, participação em ações educativas ou qualidade do atendimento. Ren et al (2002) também não encontraram associação da adesão com a raça, escolaridade, satisfação com os cuidados e número de comorbidades.

Diferentemente de Alfonso et al (2003) que encontraram melhor adesão no sexo feminino, sem vínculo laboral e com mais de 60 anos, não se encontrou influência do sexo, ocupação ou faixa etária no grupo de entrevistados. Em estudo realizado por Choo et al (2001) a adesão relacionou-se com a posologia das medicações, a convicção do risco da não adesão e o “status” sócio-econômico. Chor (1998) encontrou forte associação da escolaridade com a adesão. Ogedegbe et al (2004) encontraram como fatores facilitadores da adesão o uso de despertadores, a rotina, conhecimento, apoio social e boa relação médico-paciente.

Plavnik e Zanella (2001) descreveram a importância das aferições da PA e destacaram o uso de aparelhos automáticos e semi-automáticos para aferição dos níveis pressóricos em domicílio. Tal método vem sendo amplamente difundido no intuito de aumentar a participação dos hipertensos e melhorar a adesão, porém ainda está longe de ser uma realidade para os usuários das USFs.

A ausência de relação entre a adesão e o controle da PA e a maioria das variáveis independentes pode ser decorrente de resultados falsos negativos devido ao baixo número de casos em categorias de algumas variáveis, que prejudicaram a análise bivariada. Tal fato também pode explicar a baixa correlação do Teste de Morisky e Green com as variáveis independentes quando

comparado à classificação de adesão proposta pelo pesquisador. Os critérios utilizados em tal teste e a metodologia empregada contribuem para a detecção de pequeno grupo de pacientes aderentes e propiciam um baixo poder amostral para a análise bivariada. Isto pôde ser bem evidenciado na associação significativa entre a disponibilidade de medicamentos pela USF e a adesão pela classificação proposta quando comparada com o Teste de Morisky e Green, que não identificou associação. Isso deveu-se ao fato de que entre os 15 indivíduos detectados a mais como aderentes pela classificação proposta, 14 recebiam todos os medicamentos na USF, favorecendo a diferença estatisticamente significativa. Quando aplicado o Teste de Morisky e Green, coincidentemente, 50% dos entrevistados aderentes e não aderentes recebiam todos os medicamentos. Daí conclui-se que os critérios diferenciados nas duas metodologias para avaliar a adesão pelo auto-relato determinam sensibilidades e especificidades diferentes, sendo que o Teste de Morisky e Green é altamente específico, e o teste proposto, embora menos específico, é melhor em sensibilidade e acurácia.

### **5.2.2 Adesão ao Tratamento Não Medicamentoso**

Sabe-se que as medidas não farmacológicas podem contribuir para a retirada ou redução das medicações, principalmente em pacientes com PA bem controlada, com pouco tempo de diagnóstico e sem complicações cardiovasculares (ESPELAND et al, 1999). Porém, adaptar-se à nova maneira de viver requer muito empenho pessoal, apoio familiar, estrutura sócio-econômica e

cultural favoráveis. As baixas taxas de adesão à terapêutica não medicamentosa encontradas neste estudo refletem as dificuldades na mudança do estilo de vida.

O estudo demonstrou que as orientações de perda de peso e realização de atividade física são as mais difíceis de serem seguidas, com taxas de não adesão muito elevadas, de 61,4% e 48,7%, respectivamente. As orientações dietéticas, por sua vez, apresentaram elevados índices de adesão parcial, como pôde ser demonstrado na adesão à redução do sal e no aumento da ingestão de frutas e verduras, com 49,2% e 55%, respectivamente, de adesão parcial. Quanto ao abandono do tabagismo, observa-se que a maioria dos pacientes (72,8%) aderiu totalmente à recomendação ao se tornar hipertenso, apenas 8% permaneceu fumando e 9,0% aderiu parcialmente, reduzindo o número de cigarros fumados ao dia. Nota-se que a maior parte dos tabagistas prefere abandonar completamente o vício que apenas reduzi-lo.

Em estudo realizado por Youssef e Moubarak (2002) detectou-se que não eram aderentes ao abandono do tabagismo, à redução de peso e à dieta hipossódica, respectivamente, 43,6%, 59,3% e 22,4% dos hipertensos. Kyngas e Lahdenpera (1999) encontraram baixas taxas de adesão às recomendações dietéticas e melhores resultados na adesão à medicação. Estes mesmos autores encontraram que os solteiros fumavam mais, de modo semelhante ao encontrado no presente estudo, em que se demonstrou que os entrevistados que tinham companheiro aderiam mais ao abandono do tabagismo.

Na avaliação da redução do peso, apenas quatro indivíduos haviam aderido totalmente à recomendação, e destes, 75% estavam com a pressão controlada. No grupo parcialmente aderente 71,4% estavam com a PA controlada,

enquanto que entre os não aderentes 54,8% tinham a PA controlada, porém estas diferenças não foram estatisticamente significantes ( $p=0,232$ ).

Quanto à adesão às recomendações dietéticas de evitar sal e aumentar ingestão de frutas e verduras, não se percebem tendências nos grupos de adesão com o controle da PA. Uma justificativa poderia ser a dificuldade de mensuração e avaliação de tais variáveis. A formação de grupos heterogêneos, em decorrência da interpretação dada aos questionamentos pelos entrevistados, pode ter prejudicado a correlação com o controle da PA. Para pacientes com hábitos alimentares exagerados no sal e tempero, uma pequena redução do sal pode representar muito e, ao ser questionado, considerar que foi muito aderente à recomendação; enquanto pacientes pouco usuários de sal podem referir que pouco alteraram a dieta, gerando assim viés da interpretação do questionamento.

Estudo realizado por Medeiros et al (2005) com 101 pacientes revelou que, considerando o método indireto de juízo do médico, menos de 3% foram aderentes à redução do peso, 29,7% aderiram à redução do sal, 35,6% realizavam atividade física, 48,5% haviam parado de fumar e 53,5% eram totalmente aderentes à terapêutica farmacológica.

Haja vista os resultados precários da adesão à terapêutica não medicamentosa, o conhecimento dos entrevistados nas questões sobre o tratamento não farmacológico foi muito bom, com índices de acerto acima de 90%. A confiabilidade da redução do sal da dieta na ajuda do controle da PA foi citada por 99,2% dos entrevistados, seguida pelo controle do nervosismo (95%) e controle do peso (93,3%). A importância da atividade física teve menor índice de acertos que as demais (88,3%), embora alcançando bom índice de acertos. Estes

resultados são compatíveis com a visão dos médicos até 2001, quando pesquisa envolvendo 2519 médicos no Brasil revelou que 62% deles orientavam tratamento não farmacológico. Porém esses médicos orientavam tais medidas apenas para 25% de seus pacientes, sendo que a dieta hipossódica era recomendada por 55% dos médicos, a perda de peso por 29% e a prática de exercícios por apenas 8% (MION Jr et al, 2001).

Quanto ao controle da PA, não houve relação com o tratamento não medicamentoso, em nenhuma das recomendações avaliadas. O número reduzido de casos para se avaliar a adesão à redução do alcoolismo (n=5), abandono do tabagismo (n=44) e evitar medicamentos que aumentam a PA (n=17) pode ter sido responsável pela ausência de associação significativa entre o controle da PA e estas variáveis.

A literatura ainda é escassa sobre a adesão à terapêutica não medicamentosa e, como descrito anteriormente, este tipo de adesão pressupõe uma estrutura psicológica e social muito mais forte e evidente que a adesão aos medicamentos, culturalmente mais fácil de ser aceita.

### **5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL**

O presente estudo demonstrou que a pressão arterial do grupo estudado estava controlada em 59,2% dos entrevistados, valor que pode ser considerado satisfatório diante dos valores descritos na literatura. Strelec et al (2003) encontraram controle de apenas 35% em 130 hipertensos. Em estudo maior realizado por Muxfeldt et al (2004), envolvendo 1699 hipertensos dos

Ambulatórios de Clínica Médica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro, apenas 27% estavam com a pressão arterial controlada. Ogedegbe et al (2004) encontraram 40% de controle da PA em 106 pacientes hipertensos submetidos a estudo qualitativo para avaliar aspectos facilitadores e barreiras na adesão ao tratamento. Gus et al (2004) encontraram que apenas 25,6% dos pacientes que seguiam o tratamento tinham a PA controlada.

O controle relativamente elevado da PA no grupo estudado com relação à literatura pode ser explicado pela eficiência do serviço ou pelo super-diagnóstico de HAS. A eficiência do serviço não pode ser descartada, já que havia esforço da equipe de saúde para a busca ativa de hipertensos, realização de atividades educativas, a relação entre equipe de saúde e paciente foi considerada boa e a maioria dos usuários estava satisfeita com o acompanhamento e podia verificar a PA quando necessário. Nesse caso, considerando a elevada taxa de controle da PA no grupo estudado e a correlação deste controle com a adesão ao tratamento medicamentoso, embora este tenha sido muito inferior ao controle, pode-se supor que a relação entre a adesão e o controle não seja linear, por isso alguns estudos encontram relação e outros não. Poder-se-ia, ainda, esperar que com um discreto aumento na adesão à terapêutica seria encontrado um controle da PA bem satisfatório.

A outra hipótese é a possibilidade de que pessoas saudáveis estejam incluídas na população de hipertensos do serviço, em decorrência de super-diagnósticos de HAS em pessoas que apresentaram picos isolados de PA

relacionados a fatores emocionais ou portadores de Hipertensão do jaleco branco ou Hipertensão de consultório.

Indivíduos com HAS do jaleco branco são aqueles que têm a pressão normal, mas durante as aferições por profissionais de saúde, apresentam níveis elevados, superestimando sua situação basal. Tais indivíduos comumente têm níveis pressóricos elevados quando a PA é inicialmente aferida e se normalizam com medidas seqüenciais. Conforme descrito por Spritzer (1998) existe um contingente considerável de indivíduos que tendem a ser rotulados indevidamente de hipertensos devido à HAS do jaleco branco detectada em medidas da PA no consultório. A prevalência da HAS do jaleco oscila em torno de 20% (PIERIN et al, 1998).

Considerando que o estudo previu a realização de no mínimo duas aferições da PA em cada entrevistado e próximo ao final da entrevista, quando os indivíduos já estavam mais confiantes e a vontade com a presença do pesquisador, pode-se supor que o efeito jaleco branco ou de consultório durante as aferições da PA foi mínimo no estudo e, portanto, houve maior tendência a se encontrar pacientes com valores mais próximos da normalidade.

A hipertensão do jaleco branco poderia ter sido ainda mais minimizada caso houvesse sido utilizada a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial de 24 horas (MAPA) ou a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) para avaliação do controle da HAS, considerados padrão ouro para afastar tal efeito. Porém a realização de MRPA dificultaria a coleta de dados e a análise dos resultados e também não estaria isenta de outros tipos de vieses. A

MAPA elevaria o custo do estudo por necessitar de equipamento específico e de serviço que o realizasse.

Assim, a forma mais prática e de baixo custo para afastar a Hipertensão do jaleco branco foi a realização de várias medidas da PA durante a entrevista, restando, portanto, uma mínima possibilidade de se considerar como não controlados os pacientes portadores de hipertensão de consultório.

Outra vantagem de considerar a média pressórica de duas ou três aferições em um único encontro com o paciente, foi reduzir a influência do pesquisador no processo de adesão e no controle da HAS, que poderiam ser detectados numa segunda visita.

Embora alguns estudos não tenham encontrado relação entre o controle da PA e a adesão ao tratamento, conforme revisão sistemática realizada por Wetzels et al (2004) envolvendo 20 trabalhos, provavelmente isto se deva mais à heterogeneidade de métodos utilizados para averiguação da adesão do que a uma ausência verdadeira da relação. É válido ressaltar que as complicações da HAS estão diretamente relacionadas aos níveis pressóricos elevados, e que quanto melhor o controle, menores as complicações. Portanto, o controle da PA é a meta principal que se quer alcançar quando se adere ao tratamento.

O melhor exame para avaliar a adesão será aquele capaz de detectar os pacientes não aderentes dentre aqueles com PA não controlada. A alta especificidade do Teste de Morisky e Green permite que ao aplicá-lo, na prática clínica, em paciente com PA alterada, seja grande a possibilidade de detectar a não adesão, permitindo à equipe de saúde adotar as medidas para

corrigi-la. Se o teste detectar que o paciente é aderente deverá ser investigada outra causa para a falha no tratamento.

Os resultados do estudo revelaram que três variáveis independentes, caracteristicamente modificáveis, tiveram relação com o controle da PA: o conhecimento sobre a doença, a periodicidade do acompanhamento e a relação com a equipe de saúde. Esses dados corroboram os resultados de outros estudos, em que o conhecimento esteve associado positivamente com a adesão e o controle da PA (KHALIL; ELZUBIER, 1997; PIERIN et al, 2000), assim como a relação entre o paciente e a equipe de saúde, representada pela boa orientação durante a consulta (TEIXEIRA; COÊLHO, 2004; GASCON, 2004) e a participação pró-ativa dos pacientes nas decisões quanto ao tratamento (REN, 2002). Teixeira e Coêlho (1997) encontraram que o número reduzido de consultas e o grande intervalo entre elas prejudicavam a adesão dos pacientes.

Este resultado indica que o serviço de saúde pode contribuir consideravelmente com o controle da PA, já que é responsável direto por essas três variáveis. A partir da melhoria do conhecimento sobre HAS, do estímulo ao bom relacionamento do hipertenso com a equipe de saúde e da manutenção da regularidade na periodicidade dos atendimentos poder-se-ia esperar melhores taxas de controle da PA.

O número de medicamentos utilizados pelos entrevistados não se associou com as variáveis dependentes, embora a opinião sobre a quantidade tenha apresentado tendência a influenciar o controle da PA. A literatura descreve estudos que não encontraram relação da adesão com os regimes terapêuticos

utilizados (INFAC, 2000) e outros que mostraram associação entre tais variáveis (CHOO et al, 2001).

#### **5.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A METODOLOGIA E LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

O extenso número de variáveis no estudo dificultou a obtenção dos dados por tornar a coleta de dados pela entrevista demorada e cansativa, o que limitou a possibilidade de ampliar mais a amostra, embora o número de entrevistados tenha sido superior ao inicialmente estimado pelo cálculo amostral. Porém justificou-se manter todos os grupos de variáveis, porque cada uma delas avalia um item potencialmente relacionado com a adesão, conforme os antecedentes da adesão descritos por Araújo et al (2002). A proposta do estudo foi ampliar a visão geral sobre a adesão ao tratamento, relacionando todos os fatores implicados, a fim de criar situação favorável ao aprofundamento da análise das variáveis que se demonstrassem mais importantes nesta abordagem.

O grande número de categorias em cada variável foi o principal fator limitante para o poder de análise do estudo. Embora o número de entrevistados tenha sido representativo, quando distribuídos por categoria em cada variável nem sempre foi possível obter um número capaz de manter o poder de análise. Assim, teve-se que se optar, nas variáveis em que foi possível, por formar grupos mais heterogêneos, porém com número mais expressivo, como foi o caso do estado civil, ocupação, escolaridade, tempo de diagnóstico de HAS, tempo de

acompanhamento, disponibilidade de medicamentos no serviço de saúde, periodicidade no acompanhamento e participação em ações educativas.

A formação dos grupos, por sua vez, foi criteriosa, mantendo-se a essência da questão a ser avaliada, como, por exemplo, no caso do estado civil, no qual optou-se por dividir os grupos em “entrevistados com ou sem companheiro”, ao invés de dividi-los em “solteiros, casados, viúvos, separados, amancebados”. Apesar da utilização desta estratégia, a correlação das variáveis independentes com a adesão ao tratamento e o controle da pressão foi detectada apenas nos casos já descritos.

A necessidade de realizar a coleta de dados em dois ambientes, a USF e o domicílio do entrevistado, pode ter sido favorável no sentido de evitar o viés de selecionar para amostra apenas os indivíduos que procuram o serviço de saúde. A possibilidade de avaliar os dados obtidos por entrevista na USF e em domicílio, em separado, permitiu observar que não houve diferenças quanto ao sexo dos entrevistados em tais grupos, nem quanto ao controle da PA.

Houve tendência a maior taxa de adesão à terapêutica medicamentosa entre aqueles entrevistados em domicílio, assim como a adesão à prática de atividade física. Esta tendência contradiz a idéia de que aqueles que procuram o serviço de saúde são necessariamente os mais aderentes e pode dever-se a aspectos psicológicos dos entrevistados. Quando perguntados em seu próprio ambiente eles tendem a se mostrarem mais colaborativos, possivelmente para satisfazerem a expectativa do entrevistador, enquanto que quando entrevistados na USF, o ambiente estressante e pouco confortável pode estimular

pensamentos pessimistas e negativistas em torno do tratamento. Além disso, poderia-se discutir que indivíduos pouco aderentes poderiam procurar mais a USF devido a outros tipos de carências, como forma de manter vínculo social e suprir necessidades intrínsecas, também relacionadas ao processo de adesão. Porém, essas questões demandariam outras pesquisas, pois não foi proposta inicial deste estudo avaliar a diferença no local da entrevista como fator relacionado à adesão, mas decorreu da necessidade de realizar as visitas domiciliares.

Quanto à reprodutibilidade do estudo, tentou-se descrever a metodologia de forma detalhada, de modo que possa ser aplicável a outras populações. Porém a natureza qualitativa das variáveis e a obtenção de dados por auto-relato dos entrevistados estão subordinadas a aspectos emocionais diversos que não podem garantir a fidelidade das respostas, bem como sua reprodutibilidade. Embora diante de tal limitação, a coleta de dados por auto-relato tem se correlacionado bem com a adesão em outros estudos. Piñeiro et al (1997) encontraram alta especificidade para o auto-relato pela metodologia de Haynes-Sackett. Garcia Perez et al (2000) também encontraram alta especificidade no auto-relato pelo Teste de Morisky e Green para detectar os não aderentes.

Devido às limitações descritas, a inferência dos resultados obtidos sobre outras populações e a possibilidade de generalização tornam-se prejudicadas, restringindo as conclusões e correlações encontradas à amostra estudada. Embora não se possa inferir que tais resultados possam ser aplicados a outras populações, quando se comparam os resultados com aqueles obtidos no estudo de Strelec et al (2003), cujo perfil sócio-demográfico foi semelhante ao da

amostra estudada, observa-se que resultados quanto ao conhecimento da HAS e sobre a adesão medicamentosa pelo Teste de Morisky e Green foram semelhantes.

Como foram poucas as correlações encontradas entre a adesão ao tratamento, o controle da PA e as variáveis independentes durante a análise bivariada, não houve necessidade de realizar análise multivariada.

## *6. Considerações Finais*

*“— Por que você trata a pressão alta?”*

*“— Para ficar boa, é o meu sonho...”*

*Eu não tinha isso.*

*(H.I.F., 63 anos, Feminino)*

*“— Por mais dura que seja a vida, viver é bom, e é melhor com saúde. Vida a gente só tem uma...”*

*(M.A.P.S., 61 anos, Feminino)*

A taxa de adesão ao tratamento medicamentoso dos hipertensos acompanhados na USF Mangabeira IV Ambulantes, no município de João Pessoa, foi de 13,3% quando utilizado o Teste de Morisky e Green, e de 25,8% quando utilizada a classificação proposta. A adesão ao tratamento não medicamentoso foi de 30,8%. O abandono do tabagismo teve a melhor taxa de adesão quando cada recomendação foi avaliada isoladamente, seguida pela redução do sal da dieta e pelo aumento na ingestão de frutas e verduras. As menores taxas de adesão foram descritas na adesão à prática de atividade física e na redução do peso.

O perfil do hipertenso aderente ao tratamento na amostra estudada é aquele que tem conhecimento bom ou ótimo no Teste de Conhecimento, tem menos de um ano de diagnóstico, menos de um ano de acompanhamento no serviço de saúde, tem facilidade para chegar até a USF e consegue todos os medicamentos no serviço de saúde.

O controle da HAS na amostra estudada foi de 59,2%, considerado satisfatório e associou-se significativamente com a adesão ao tratamento medicamentoso. O grupo classificado como parcialmente aderente na amostra estudada teve seu comportamento semelhante ao grupo não aderente quanto ao controle da PA.

As principais dificuldades que estiveram associadas negativamente ao processo de adesão à terapêutica medicamentosa foram a falta de conhecimento sobre HAS, as dificuldades dos usuários para chegar à USF, a falta de medicamentos gratuitos continuamente na USF, o maior tempo de diagnóstico de HAS e o maior tempo de acompanhamento na USF. Quanto à terapêutica não medicamentosa influenciaram negativamente a presença de cônjuge ou

companheiro na adesão à dieta hipossódica, o sexo feminino e o relato de efeitos colaterais de medicamentos na adesão à atividade física.

O Teste de Morisky e Green e o Teste proposto para avaliar a adesão ao tratamento obtiveram especificidade elevada para detectar os indivíduos não aderentes entre aqueles com PA não controlada, as custas de baixa sensibilidade. O Teste de Conhecimento adaptado de Strelec et al (2003) obteve alta sensibilidade para detectar os indivíduos com PA controlada e para detectar os indivíduos aderentes ao tratamento. Sugere-se que ambos possam ser aplicados durante a avaliação dos hipertensos por serem complementares em termos de sensibilidade e especificidade e estarem relacionados com a adesão ao tratamento e ao controle da PA.

As taxas de adesão significativamente baixas justificam a realização de ações específicas que estimulem tal processo. Fica evidente a necessidade de políticas de saúde direcionadas aos hipertensos, mais especificamente à problemática da adesão, entre as quais se ressaltam ações centradas em medidas educativas.

Haja vista as dificuldades no processo de adesão estarem implicadas com diversos fatores, sejam relacionados ao paciente, à doença, à terapêutica ou ao serviço de saúde, encontrou-se que as variáveis que influenciaram o processo de adesão e o controle da PA na amostra estudada são modificáveis e dependem basicamente de ações realizadas pelo serviço de saúde, tornando-se de grande importância o papel dos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem e dos agentes comunitários de saúde, cujas atuações estão diretamente ligadas à comunidade.

O conhecimento do hipertenso pode ser otimizado através de ações educativas coletivas, durante as visitas domiciliares e durante as consultas médicas e de enfermagem. A periodicidade do acompanhamento pode ser mantida regularmente na dependência da organização do serviço, da busca ativa dos hipertensos faltosos e da presença de número de profissionais adequado à demanda do serviço.

A relação dos hipertensos com a equipe de saúde pode ser melhorada a partir da seleção de profissionais com perfil apropriado às ações da atenção básica, da realização de atividades regulares que envolvam os profissionais e a comunidade, e do treinamento para educação em saúde. Ressalta-se a importância de metodologias dinâmicas que permitam a participação ativa dos usuários, partindo de seu conhecimento, suas dúvidas, seus medos e tabus. Vale salientar a importância de envolver os familiares dos hipertensos nas atividades programadas, a fim de conscientizá-los do quanto podem contribuir para o sucesso do tratamento.

A disponibilidade de medicamentos na USFs deve ser garantida por políticas de saúde que permitam a continuidade e a quantidade de todos os medicamentos necessários para os hipertensos em acompanhamento. A acessibilidade geográfica pode ser melhorada através da criação de USFs inseridas na comunidade, permitindo facilidade para a chegada do hipertenso ao serviço de saúde.

A baixa taxa de adesão ao tratamento encontrada no estudo é um alerta para a reflexão sobre a temática e sobre a função da atenção primária realizada nas Unidades de Saúde da Família. Os aspectos encontrados nos levam

a questionar sobre a eficácia das políticas de saúde direcionadas aos hipertensos. Até que ponto o serviço de saúde é responsável por taxas de adesão tão precárias e o que pode ser efetivamente melhorado?

A Campanha Nacional de Detecção de Hipertensão Arterial, promovida pelo Ministério da Saúde e parte da estratégia de operacionalização do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial, foi capaz de mobilizar a população, facilitar o acesso à informação, contribuir para identificação de grande número de indivíduos hipertensos e cadastrar novos casos nas USFs. Porém, a vinculação ao serviço de saúde e a assistência a longo prazo requerem mudanças estruturais no sistema de saúde que garantam, na prática, o bom atendimento do hipertenso na atenção básica e nos serviços de média e alta complexidade. Dessa forma, quanto está sendo respeitado e verdadeiramente seguido o princípio da integralidade?

A identificação dos grupos de risco para a não aderência, o estímulo ao auto-cuidado e a medida domiciliar da pressão arterial, nos casos possíveis, podem contribuir para melhor adesão. Quanto ao tratamento farmacológico, a elaboração de estratégias que permitam ao usuário do SUS o recebimento gratuito contínuo dos medicamentos e o acesso àqueles com comodidade posológica e baixos efeitos colaterais nos casos indicados podem favorecer o processo.

Quanto à função da equipe de saúde não se pode esquecer da importância das visitas domiciliares freqüentes, da busca ativa dos hipertensos faltosos ou com dificuldades de acesso ao serviço de saúde, a realização de reuniões com os hipertensos para estabelecer objetivos do tratamento e melhorar o vínculo com a equipe de saúde. Durante as consultas, oferecer melhor

orientação sobre a prescrição, efeitos indesejáveis e esclarecimento de dúvidas e dos medos são estratégias capazes de facilitar a adesão ao tratamento. Ressalta-se a importância do acolhimento como ferramenta para garantir a vinculação ao serviço de saúde e os frutos de tal processo, inclusive o da melhor adesão aos tratamentos orientados. Trata-se de acolher indivíduos carentes de saúde em seu sentido mais amplo.

É oportuno destacar o papel da enfermagem como educadores em saúde e importantes promotores da atenção primária. Sugere-se zelo especial na promoção do conhecimento da população hipertensa, fato que se mostrou de extrema importância na adesão ao tratamento e no controle da PA e que apenas será alcançado com o esforço de todos os profissionais de saúde. A ausência de psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, questionada pela maioria dos entrevistados nos reportam a destacar a importância das equipes interdisciplinares de saúde, que poderiam contribuir em muito no fenômeno da adesão.

A realização de atividades coletivas envolvendo a comunidade, associando terapias complementares, poderia contribuir com o acolhimento do hipertenso favorecendo o processo de adesão. O incentivo à formação de associações de hipertensos e redes sociais de apoio também pode contribuir com o envolvimento do hipertenso e da família no acompanhamento e na terapêutica.

Pôde-se evidenciar a complexidade da adesão terapêutica e as dificuldades para se alcançar esclarecimentos e justificativas consistentes sobre tal processo. A diversidade dos fatores implicados, a característica qualitativa de muitos deles e as dificuldades metodológicas para quantificar a adesão medicamentosa e não medicamentosa foram as principais limitações do estudo.

Tais limitações contribuem para justificar a realização de outros estudos que aprofundem a temática e possam trazer resultados aplicáveis à população de hipertensos de modo geral, contribuindo com a assistência a tais doentes e com a melhoria de sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

AIZPURUA, I.; ARMENDÁRIZ, M.; ETXEBERRIA, A. et al. Mejorar el cumplimiento terapêutico: es siempre mejor com uma única dosis diária? **Eskualdeko Farmakoterapi Informazioa**, v.8, n. 4, Abr. 2000.

ALBUQUERQUE, D. C.; LACATIVA, M. E. S.. Diagnóstico Clínico da Doença Arterial Coronária Crônica. In: BORGES, J. L. (Coord.). **Doença Arterial Coronária Crônica**. São Paulo: Lemos Editorial, 2002, Cap. 2, p. 37-55.

ALFONSO, L. M. ; AGRAMONTE, M. S. ; VEA, H. D. B.. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico em pacientes hipertensos. **Rev Cubana Méd Gen Integr** v. 19, n. 2, Ciudad de La Habana, Mar./Apr. 2003.

ALFONSO, L. M.. Acerca del concepto de adherencia terapêutica. **Rev Cubana Salud Pública** v. 30, n.4, Ciudad de La Habana, Sep./Dec. 2004.

AMODEO, C.. Hipertensão Arterial: Prognóstico e Epidemiologia. In: TIMERMAN, A.; CÉSAR, L. A. M. (Edit.) **Manual de Cardiologia: SOCESP**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000, Cap. 71, p. 307-9.

ANDRADE, J. P.; VILAS-BOAS, F.; CHAGAS, H. et al. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. **Arq. Bras Cardiol**. v. 79, n. 4 São Paulo, Out. 2002.

ARAÚJO, G. B. S.. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise conceitual**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002.

BARRETO, A. C. P.. Tratamento farmacológico I. In: BARRETO, A. C. P.; SANTELLO, J. L. Organizadores. **Manual de Hipertensão - entre a evidência e a prática clínica**. São Paulo: Lemos Editorial, 2002, Cap. 3.

BARROS, A. M.; SILVA, M. S.. Hipertensão arterial no Estado da Paraíba. **Rev Centro de Ciências da Saúde**, v. 7, n. 4, Out./Nov./Dez. 1985.

BATALLA, C.; BLANQUER, A. ; CIURANA, R. et al. Cumplimiento de la prescripción farmacológica em pacientes hipertensos. **Aten primaria**, v.1, p. 185-91, 1984.

BERTONI, J. S.; GONZÁLEZ, C. G. M.. Conductas promotoras de salud en hipertensos. **Rev Enfermeria Chile**, v.124, p.7-14, Dec. 2003.

BOVET, P.; BURNIER, M.; MADELEINE, G. et al. Monitoring one-year compliance to antihypertension medication in the Seychelles. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 80, p. 33-9, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 196/96, 10 de outubro de 1996 – dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças cardiovasculares no Brasil no ano de 2000**. Disponível no site: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) (acesso em 21/04/2004).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: Guia Operacional e portarias relacionadas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b, p.15-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS – NOAS-SUS 1/2**. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

CHOO, P. W.; RAND, C. S.; INUI, T. S. et al. A cohort study of possible risk factors for over-reporting of antihypertensive adherence. **BMC Cardiovascular Disorders**, USA, v. 1, n.6, Dec., 2001.

CHOR, D.. Hipertensão Arterial entre Funcionários de Banco Estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de Vida e Tratamento. **Arq Bras Cardiol** v.71, n.5, São Paulo, Nov. 1998.

CINTRA, I. P.. Dietoterapia. In: TEIXEIRA NETO, Faustino. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA, 2003. Cap. 19., p. 230.

CFM - Conselho Federal de Medicina (Brasil). **Código de Ética Médica: resolução CFM nº 1.246/88**. Capítulos XII e XIII.

COSTA, A. R.. Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: prevenção de acidente vascular cerebral e insuficiência coronariana. In: **Manual de Hipertensão - entre a evidência e a prática clínica**. BARRETO, A. C. P.; SANTELLO, J. L. Organizadores. São Paulo: Lemos Editorial, 2002, Cap. 10.

DEAN, A. J. et al. EPI INFO Versão 6.04. **A world-processing, database, and statistics program for public health on IBM – compatible microcomputers**. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, Georgia, 1996.

DRUMOND Jr, M.. **Epidemiologia nos municípios: muito além das normas**. São Paulo: Hucitec, 2003.

ESPELAND, M. A.; WHELTON, P. K.; KOSTIS, J. B. et al. Predictors and mediators of successful long-term withdrawal from antihypertensive medications. TONE Cooperative Research Group. Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly. **Arch Fam Med**, USA, v.8, n. 3, p. 228-36, May./Jun. 1999.

FALK, J. W.. **A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v.1 , n. 1, p. 5-10, Abr. 2004.

FAZAN Jr, R.; SALGADO, H. C.; SILVA, V. J. D.. Modelos de Hipertensão Arterial. **Rev Bras Hipertens**, v. 8, n. 1, p.19-29, 2001.

FERREIRA, A. B. H.. **Dicionário Aurélio Eletrônico**. Editora Nova Fronteira, 1996.

FORJAZ, C. L. M.. Sedentarismo. In: MION JR, D.; NOBRE, F. (edit.). **Risco Cardiovascular Global: da teoria à prática**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. Cap. 9, p. 127-38.

FRANCHINI, K. G.. Mecanismos de regulação da pressão arterial. In: MION JR, D.; NOBRE, F.; OIGMAN, W. (edit.) **MAPA Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial**. São Paulo: Editora Atheneu, 1998. Cap. 2, p.11-26.

FUCHS, F. D.; GUS, M. MOREIRA, W. D. et al. Blood pressure effects of antihypertensive drugs and changes in lifestyle in a Brazilian hypertensive cohort. **J Hypertens**, Porto Alegre, Brasil, v.15, n.7, p. 783-92, Jul. 1997.

GARCIA PÉREZ, A. M.; LEIVA FERNÁNDEZ, F.; MARTOS CRESPO, F. et al. Como diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? **Medicina de Família**, v. 1, n. 1, Jun. 2000.

GASCON, J. J.; SANCHEZ-ORTUNO, M.; LLOR, B. et al. Why hypertensive patients do not comply with the treatment: results from a qualitative study. **Fam Pract**, Espanha, v. 21, n. 2, p. 125-30, Apr. 2004.

GIORGI, D.. Estratégias especiais para melhoria da adesão – Equipes multiprofissionais e o papel da pré e da pós-consultas. In: NOBRE, F; PIERIN, A M G; MION Jr, D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. Cap. 5.

GIORGI, D.. **O problema da adesão ao tratamento**. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Disponível no site: [www.sbh.org.br/entrevistas/entrevista7.htm](http://www.sbh.org.br/entrevistas/entrevista7.htm) (Acesso em 21/05/2004).

GUS, I.; HARZHEIM, E.; ZASLAVSKY, C. et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arq Bras Cardiol**, v. 83, n. 5, 2004.

HUNT, J. S.; SIEMIENCZUK, J. TOUCHETTE, D. et al. Impact of educational mailing on the blood pressure of primary care patients with mild hypertension. **J Gen Intern Med**, v.19, n.9, p.925-30, Sep. 2004.

INGARAMO, R. A.; VITA, N.; BENDERSKY, M. et al. Estúdio Nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). **Rev Fed Arg Cardiol**, v.34, p. 104-11, 2005.

JNC 6. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **Arch Intern Med** Nov. 1997.

**JNC 7 Express.** The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. 2003. Disponível no site: [www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/express.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/express.pdf) (Acesso em 28/05/2005).

JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de João Pessoa. **Relatório das Oficinas de Planejamento e Avaliação do Serviço da Unidade Saúde da Família Mangabeira IV Ambulantes. Distrito Sanitário III**, João Pessoa, Maio 2005.

KAPLAN, N. M.. Hipertensão Sistêmica: Mecanismos e Diagnóstico. In: BRAUNWALD, E. **Tratado de Medicina Cardiovascular**. 5ª Edição. São Paulo: Roca, 1999a. v. 1, Cap. 26.

KAPLAN, N. M.. Hipertensão Sistêmica: Terapia. In: BRAUNWALD, E. **Tratado de Medicina Cardiovascular**. 5ª Edição. São Paulo: Roca, 1999b. v. 1, Cap. 27.

KHALIL, S. A. ; ELZUBIER, A. G.. Drug compliance among hypertensive patients in Tabuk, Arábia Saudita. **J. Hypertens**, v. 15, n. 5, p.561-5, May 1997.

KLEIN, C.H.; SILVA, N.A.S.; NOGUEIRA, A.R. et al. Hipertensão arterial na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brasil I. Metodologia. **Cad Saúde Pública**, v.11, n.2, Abr./Jun. 1995a.

KLEIN, C.H.; SILVA, N.A.S.; NOGUEIRA, A.R. et al. Hipertensão arterial na Ilha do Governador, , Rio de Janeiro, Brasil II. Prevalência. **Cad Saúde Pública** v. 11, n.3, Jul./Set. 1995b.

KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. M.. Adesão ao tratamento da dor crônica e o lócus de controle da saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 3, p. 254-61, 2004.

KYNGAS, H.; LAHDENPERA, T.. Compliance of patients with hypertension and associated factors. **J Adv Nurs**, Finland, v.29, n. 4, p.832-9, Apr. 1999.  
LIP, G Y H; BEEVERS, D. G.. Doctors, Nurses, Pharmacists and Patients – the Rational Evaluation and Choice in Hypertension (REACH) Survey of Hypertension Care Delivery. **Blood Pressure**, v. 6, p. 6-10, 1997.

MEDEIROS, A. R. C.; SILVA, E. J. T. M.; VIANNA, R. P. T.. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial de pacientes hipertensos em um ambulatório de cardiologia. **Anais do XXIV Congresso Médico da Paraíba**. João Pessoa, 2005.

MION JR, D.; PIERIN, A.M.G.; GUIMARÃES, A.. Tratamento da hipertensão arterial – Respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Rev Assoc Med Bras**, v.47, n.3, Jul./Set. 2001.

MION Jr, D.; MACHADO, C. A.; GOMES, M. A. M. et al. **Hipertensão Arterial – Abordagem Geral. Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia**. In: PROJETO DIRETRIZES. Associação Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina, 2002. Disponível no site: [www.projetodiretrizes.amb.br](http://www.projetodiretrizes.amb.br) (Acesso em 28/11/2005).

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M.. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**, v. 24, p.67-74, 1986.

MORROW, R. H.; VAUGHAN, J. P.. **Epidemiologia para municípios - Manual para gerenciamento dos distritos sanitários**. São Paulo: Hucitec, 1997.

[MUXFELDT, E. S.](#); [NOGUEIRA, A. R.](#); [SALLES, G. F.](#) et al. Demographic and clinical characteristics of hypertensive patients in the internal medicine outpatient clinic of a university hospital in Rio de Janeiro. **Sao Paulo Med J**, v. 122, n. 3, p. 87-93, May 2004.

NEMES, M. I. B.. Prática Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B., organizadores. **Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. Cap. 2.

NOBRE, F.; LIMA, N.K.C.. Hipertensão Arterial: Conceito, classificação e critérios diagnósticos. In: TIMERMAN, A.; CÉSAR, L. A. M. (Edit.) **Manual de Cardiologia: SOCESP**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. Cap. 70. Pág. 303-6.

OGEGEBE, G.; HARRISON, M.; ROBBINS, L. et al. Barriers and facilitators of medication adherence in hypertensive African Americans: a qualitative study. **Ethn Dis**, New York, USA, v. 14, n. 1, p. 3-12, 2004.

OIGMAN, W.. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION Jr, D.. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. Cap. 2.

OLIVEIRA, G. M. M.; OLIVEIRA, C. C.; ROCHA, R. M.; et al. **Abordagem da Doença Coronariana: aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos**. Rio de Janeiro: Ed. SOCERJ, 2003.

OLIVEIRA, N. M. C. M.. **Prevalência e fatores de risco da hipertensão arterial numa comunidade de periferia urbana no município de João Pessoa – PB**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

OMRAM, A. R.. The Epidemiology Transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 49, p. 509-38, 1971.

PASCOAL, I. F.. Hipertensão Arterial. In: MION JR, D.; NOBRE, F (edit.). **Risco Cardiovascular Global: da teoria à prática**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. Cap. 4, p. 61-70.

PATEL, R. P.; TAYLOR, S. D.. Factors affecting medication adherence in hypertensive patients. **Ann Pharmacother**, v. 36, n. 1, p.40-5, Jan. 2002.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A.. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n.5, p. 635-42, 2003.

PIERIN, A. M. G.; MION JR, D.; GOMES, M. A. M. et al. MAPA, Medida da pressão em casa e no consultório. Efeito e Hipertensão do avental branco. In: MION JR, D.; NOBRE, F.; OIGMAN, W. (edit.) **MAPA Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial**. São Paulo: Editora Atheneu, 1998. Cap. 23, p.175-83.

PIERIN, A. M. G.; MION JR, D.; NOBRE, F.. Fatores de risco cardiovascular e adesão ao tratamento. In: MION JR, D.; NOBRE, F (edit.). **Risco Cardiovascular Global: da teoria à prática**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. Cap. 10, p. 139-52.

PIERIN, A. M. G.. Adesão ao tratamento: conceitos. In: NOBRE, Fernando; PIERIN, A. M. G.; MION Jr, D.. **Adesão ao tratamento: O grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. Cap. 1.

PIÑEIRO, F.; GIL, V.; DONIS, M. et al. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico em la hipertensión arterial. **Aten Primaria**, Miércoles, v. 19, n. 7, p. 372-5, Abr. 1997.

PLAVINIK, F. L.; ZANELLA, M. T.. Estudo de validação do monitor automático Omron modelo HEM-608 comparado com o método convencional de medição da pressão arterial. **Arq Bras Cardiol**, v.77, n. 6, p. 532-6, Dez. 2001.

REN, X. S.; KAZIS, L. E.; LEE, A. et al. Identifying patient and physician characteristics that affect compliance with antihypertensive medications. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 27, p.47-56, 2002.

RICHARDSON, M. A.; SIMONS-MORTON, B. ANNEGERS, J. F.. Effect of perceived barriers on compliance with antihypertensive medication. **Health Educ Q**, Houston, USA, v.20, n. 4, p. 489-503, 1993.

ROSA, R. F.; FRANKEN, R. A.. Tratamento não farmacológico da Hipertensão Arterial. In: TIMERMAN, A.; CÉSAR, L. A. M. (Edit.) **Manual de Cardiologia: SOCESP**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. Cap. 73, p. 315-7.

ROUQUAYROL, M. Z.. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 5ª ed. , 1999.

RUBINSTEIN, A.. Hipertensão Arterial. In: RUBINSTEIN, E; ZÁRATE, M.; CARRETE, P. (Edit.) **PROFAM – Programa de Educação Continuada à Distância de Medicina Familiar e Ambulatorial**. Buenos Aires: Fundação MF Para o desenvolvimento da medicina familiar e da atenção primária à saúde, v. 3, Cap. 18, p. 53-117, 2002.

SACKETT, D. L. ; HAYNES, R. B. ; GIBSON, E. S.. Randomized clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet*, v. 1, p. 1205-7, 1975. Apud PIÑEIRO, F.; GIL, V.; DONIS, M. et al. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico em la hipertensión arterial. **Aten Primaria**, v. 19, n. 7, p. 372-5, Abr. 1997.

SBHA- Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. SBC- Sociedade Brasileira de Cardiologia, SBN- Sociedade Brasileira de Nefrologia. **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (CBHA)**. Campos do Jordão, SP, 1998.

SBHA-Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. SBC-Sociedade Brasileira de Cardiologia, SBN-Sociedade Brasileira de Nefrologia. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBHA)**. Campos do Jordão, SP, 2002.

SBC-Sociedade Brasileira de Cardiologia. **IV Diretriz para uso da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial. II Diretriz para uso da Monitorização Residencial da Pressão Arterial**. *Arq Bras Cardiol*, Mogi das Cruzes, SP, v.85, supl. II, Jul. 2005.

SCHAUB, A. F.; STEINER, A.; VETTER, W.. Compliance to treatment. **Clin and Exper Hypertension**, v. 15, p. 1121-30, 1993.

SEBRIME. Serviço Brasileiro de Informação Médica. **CardioNews Internet**, n. 57, 2003.

SOCESP. I Diretrizes Nutricionais em Cardiologia. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, v. 11, n. 3 (supl A), Mai./Jun. 2001.

SPRITZER, N.. Monitorização ambulatorial da pressão arterial como método diagnóstico. In: MION JR, D.; NOBRE, F.; OIGMAN, W. (edit.) **MAPA Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial**. São Paulo: Editora Atheneu, 1998. Cap. 12, p.101-7.

STRELEC, M A A M; PIERIN, A M G; MION Jr, D.. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 81, n. 4, p. 343-8, 2003.

SVENSSON, S.; KJELLGREN, K. I.; AHLNER, J. et al. Reasons for adherence with antihypertensive medication. **Int J Cardiol**, Suécia, v.76, n. 2-3, p. 157-63, Nov./Dec. 2000.

TEIXEIRA, A. C.; COELHO, H. L.. **Estudo transversal sobre adesão ao tratamento da hipertensão**. Disponível no site: [www.durg-la.uab.es/miembros/Bra/AP/HTAenAP.htm](http://www.durg-la.uab.es/miembros/Bra/AP/HTAenAP.htm) (Acesso em 21/05/2004).

WAGNER, A. B. P.; WAGNER, H. L.; TALBOT, Y. R. et al. Aplicação da Rede Social no Manejo da Hipertensão. **Rev Bras de medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n.1, p. 11-6, Abr. 2004.

WETZELS, G. E.; NELEMANS, P.; SCHOUTEN, J. S. et al. Facts and fiction of poor compliance as a cause of inadequate blood pressure control: a systematic review. **J Hypertens**, v. 22, n. 10, p. 1849-55, Oct. 2004.

WHO - World Health Organization. **Adherence to long-term therapies**. Disponível no site: [www.who.int](http://www.who.int) (acesso em 21/05/2004).

YOUSSEF, R. M.; MOUBARAK, I. I.. Patterns and determinants of treatment compliance among hypertensive patients. **East Mediterr Health J.**, v.8, n.4-5, p.579-92, Jul./Sep. 2002.

ZANELLA, M. T.. Obesidade e fatores de risco cardiovascular. In: In: MION JR, D.; NOBRE, F (edit.). **Risco Cardiovascular Global: da teoria à prática**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. Cap. 8, p. 108-25.

## APÊNDICE A

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

*De acordo com a resolução n° 196/96 de 10 de outubro de 1996 do Conselho de Saúde*

Esta pesquisa intitula-se “**Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em Unidade de Saúde da Família de João Pessoa -PB**” e está sendo realizada pela médica cardiologista Amira Rose Costa Medeiros, aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem\*, nível Mestrado, da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação do Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.

A pesquisa tem por finalidade estudar a taxa de seguimento ao tratamento para pressão alta orientado nas consultas, e identificar as dificuldades que os pacientes apresentam para seguir tais orientações. A mesma é de grande importância por contribuir para o esclarecimento dessas dificuldades, podendo favorecer para a melhoria no acompanhamento e tratamento do hipertenso.

A pesquisa não trará riscos à sua saúde e o único desconforto será a avaliação de sua pressão arterial, seu peso e altura. Será realizada uma entrevista pela pesquisadora, que anotará suas respostas em formulário próprio.

A participação na pesquisa é voluntária, não havendo pagamentos. Caso decida em não participar, ou desista por qualquer motivo, não haverá nenhum prejuízo na assistência que vem recebendo da Instituição de Saúde onde é acompanhado. Serão garantidos o sigilo das informações obtidas e a liberdade de desistir da pesquisa em qualquer momento. Na publicação dos resultados será mantido o anonimato dos participantes.

A pesquisadora estará à disposição para quaisquer esclarecimentos que forem necessários e ficará responsável pela guarda deste documento e de todas as informações obtidas, sem dar conhecimento a outras pessoas, sob qualquer circunstância.

---

Diante do exposto, solicito sua valiosa contribuição para participar da pesquisa conforme os procedimentos citados.

---

\* Telefone para contato: (83)216-7109

Ciente das explicações descritas acima, dou meu consentimento para participar da pesquisa.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

## APÊNDICE B

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

#### Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Unidade de Saúde da Família de João Pessoa -PB

Nº DO PRONTUÁRIO NA USF: \_\_\_\_\_ ENTREVISTA Nº \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso inicial: \_\_\_\_\_ Peso atual: \_\_\_\_\_ IMC atual: \_\_\_\_\_

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PACIENTE - SÓCIO DEMOGRÁFICAS					
<b>Idade:</b> _____	<b>Estado Civil</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Renda familiar</b>	
<b>Sexo:</b> 1. F 2. M	1. Solteiro 2. Casado 3. Mora junto 4. Viúvo 5. Separado 6. Outros	1. Empregado 2. Autônomo 3. Desempregado 4. Aposentado 5. Pensionista 6. Do lar 7. Dependente 8. Outros	1. Analfabeto 2. Sabe ler e escrever 3. 1º grau incompleto 4. 1º grau completo 5. 2º grau completo 6. superior	1. < 1 salário min. 2. 1 a 3 3. 4 a 6 4. > 6	
<b>Raça:</b> 1. Branco 2. Pardo 3. Negro					
VARIÁVEIS RELACIONADAS À DOENÇA					
Tempo de Hipertensão (em anos):		Você já teve alguma complicação devido a pressão alta? 1. Sim 2. Não			
Tempo de acompanhamento na USF (em meses):		Qual? _____			
FATORES ASSOCIADOS					
<b>Fumo</b>	<b>Álcool</b>	<b>Atividade física</b>	<b>TRH (se mulher)</b>	<b>DM</b>	<b>DLP</b>
1. Sim 2. Não 3. Ex- tabagista Fumou: _____ anos Parou: _____ anos	Quantidade acima do aceitável: 1. > 3x/semana 2. 1 a 3x/semana 3. 1 a 2x/mês 4. < 1x/mês 5. Nunca	1. Regular (30 a 45 min, 3 a 5x/semana) 2. Irregular 3. Não pratica	1. Sim 2. Não 3. Não se aplica	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não
				<b>PESO</b> 1. Normal 2. Sobrepeso 3. Obesidade	
A) VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PACIENTE – Apoio familiar e social					
A1) Sua família e seus amigos ajudam no tratamento? 1. Sim 2. Não					
Como? _____					
A2) Quem mais ajuda? 1. Cônjuge 2. Filhos 3. Pais 4. Irmãos 5. Amigos 6. Outros					
A3) Alguma vez sua família ou seus amigos dificultaram o tratamento da pressão? 1. Sim 2. Não					
Como? _____					
A4) Quem mais dificulta? 1. Cônjuge 2. Filhos 3. Pais 4. Irmãos 5. Amigos 6. Outros					
B) VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PACIENTE – Conhecimento e crenças sobre a HAS					
B1) Antes de ter pressão alta você conhecia outras pessoas com pressão alta? 1. Sim 2. Não					
B2) Quem? 1. Familiar 2. Amigos 3. Não se aplica					
O que você achava dessas pessoas com pressão alta? _____					
Para você o que é pressão alta? _____					

B4) Com quem você procura informações sobre pressão alta?				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Com profissionais de saúde</li> <li>2. Através da mídia (televisão, revistas, jornais, documentários)</li> <li>3. Informações provenientes de familiares e amigos</li> <li>4. Não procura informações</li> <li>5. Outro meio:</li> </ol>				
<b>C) Avaliação do conhecimento sobre a hipertensão e o tratamento</b> (Adaptado de MION; PIERIN; STRELEC, 2003)				
	<b>Afirmiação</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>	<b>Correção</b>
01	Pressão alta é para o resto da vida			
02	Pressão alta não dá sintomas			
03	Pressão alta é maior que 14 por 9			
04	Pressão alta traz complicações			
05	O tratamento é para toda a vida			
06	Pressão alta pode ser tratada sem remédios			
07	Fazer exercícios ajuda no controle da pressão			
08	Perder peso ajuda a controlar a pressão arterial			
09	Diminuir o sal controla a pressão			
10	Diminuir o nervosismo controla a pressão arterial			
<b>D) VARIÁVEIS RELACIONADAS AO SISTEMA DE SAÚDE – Estrutura dos serviços</b>				

**D1) Você tem alguma dificuldade para ir até o posto de saúde?** 1. Sim 2. Não

**D2) Se sim, qual a principal dificuldade para chegar até o serviço de saúde?**

1. A distância é grande para ir a pé
2. Necessita de acompanhante
3. Afazeres domésticos com casa e filhos
4. Não pode faltar o trabalho
5. Custo financeiro, pois precisa de condução/transporte
6. Outros: \_\_\_\_\_

---

**D3) É fácil conseguir uma consulta no posto de saúde?** 1. Sim 2. Não

Se não, por quê? \_\_\_\_\_

---

**D4) Se você quiser medir a pressão, você consegue com facilidade?** 1. Sim 2. Não

Por quê? \_\_\_\_\_

**D5) Quanto aos medicamentos no posto de saúde, você:**

1. Consegue todos os medicamentos prescritos
2. Consegue em parte os medicamentos prescritos
3. Não consegue os medicamentos prescritos

**D6) Quando você não consegue os medicamentos prescritos gratuitamente, o que você faz?**

1. Compra a medicação
2. Fica sem tomar o medicamento até conseguir gratuitamente no posto
3. Troca o medicamento, por conta própria, por outro mais acessível
4. Consegue emprestado com vizinhos
5. Pede para o médico passar outro que esteja disponível
6. Outro: \_\_\_\_\_
7. Não se aplica

**D7) Quando você precisa realizar exames ou consultas especializadas em outros serviços, qual é a maior dificuldade?**

1. O posto de saúde não marca os exames
2. Existe muita burocracia
3. Os exames são caros para fazer particular
4. Demora para conseguir
5. Os serviços referenciados não querem aceitar as solicitações de exames
6. Outro: \_\_\_\_\_
7. Não se aplica

**E) VARIÁVEIS RELACIONADAS AO SISTEMA DE SAÚDE – Processo de atendimento**

**E1) O posto de saúde agenda suas consultas periodicamente?**

1. Sim 2. Não

**E2) De quanto em quanto tempo você vai em consulta no posto de saúde?**

1. Mais de uma vez no mês	4. de 3/3 meses	7. outro
2. uma vez por mês	5. de 6/6 meses	
3. de 2/2 meses	6. 1x/ano	

**E3) Quanto ao número de consultas, você considera que:**

1. Está adequado
2. Deveria ter mais consultas
3. Deveria ter menos consulta

**E4) Como é o relacionamento entre você e o médico?** 1. Bom 2. Ruim 3. Indiferente

Por quê? \_\_\_\_\_

---

**E5) Como é o relacionamento entre você e o enfermeiro?** 1. Bom 2. Ruim 3. Indiferente

Por quê? \_\_\_\_\_

---

**E6) De modo geral, você gosta do atendimento no posto de saúde?** 1. Sim 2. Não

Por quê? \_\_\_\_\_

**E7) Se você pudesse o que melhoraria no atendimento do posto de saúde?**

1	<i>Você acha que o atendimento na recepção poderia melhorar?</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
2	<i>A marcação de consultas poderia melhorar?</i>		
3	<i>O horário de funcionamento poderia ser melhor?</i>		
4	<i>Você acha que deveria aumentar o número de médicos e enfermeiros?</i>		
5	<i>Deveria ter psicólogo e nutricionista no posto de saúde?</i>		
6	<i>O tempo de consulta com o médico deveria ser maior?</i>		
7	<i>Poderia ter mais cadeiras e conforto na sala de espera?</i>		
8	<i>Deveria ter mais higiene no posto de saúde?</i>		
9	<i>Deveria ter mais remédio para distribuição no posto de saúde?</i>		

**E8) Você já participou de ações educativas promovidas pelo posto de saúde (palestras, oficinas)?**

1. Nunca foi convidado                      2. Foi convidado, mas não participou  
3. Participou uma vez                      4. Participou mais de uma vez

**F) VARIÁVEIS RELACIONADAS À TERAPÊUTICA: Farmacológica****F1) Quantos medicamentos foram prescritos para você?**

1. Um    2. Dois    3. Três    4. Mais de três    5. Nenhum

<i>Medicamento</i>	<i>Orientado</i>	<i>Realizado</i>
1)		
2)		
3)		
4)		

**F2) Você já ficou sem tomar o remédio alguma vez? Por quê?**

1. Esquecimento  
2. Não acha necessário tomar todos os remédios  
3. Tem medo de misturar os medicamentos e ter efeitos colaterais  
4. Tem dificuldades em conseguir todos os medicamentos, e toma os que tem em casa  
5. Outro: \_\_\_\_\_  
6. Não se aplica

**F3) Com que frequência você esquece de tomar a medicação?**

1. Sempre    2. Frequentemente    3. Raramente    4. Nunca    5. Não se aplica

<b>F4) Quando você esquece de tomar a medicação, o que você faz?</b>								
1. Toma assim que lembra								
2. Deixa para tomar no outro dia								
3. Não fica preocupado (a), pois não está sentindo nada								
4. Outro: _____								
5. Não se aplica								
<b>F5) Você acha muito o número de comprimidos que tem que tomar para a pressão?</b>								
1. Sim 2. Não								
<b>F6) Você apresentou algum efeito indesejado com as medicações para HAS? 1. Sim 2. Não</b>								
<b>F7) Se sim, qual?</b>								
1. Tosse		8. Boca seca		64. Tontura		512. Azia		
2. Sono		16. Alergia		128. Edema		1024. Não se aplica		
4. Fraqueza/fadiga		32. Impotência		256. Palpitações		2048. Outro: _____		
<b>F8) Você tem condições financeiras de comprar sua medicação para HAS continuamente?</b>								
1. Sim 2. Não								
<b>G) Motivação para seguir as recomendações</b>								
<b>G1) Por que você faz o tratamento para pressão alta?</b>								
1. Melhorar a qualidade de vida								
2. Presença de sintomas freqüentes que atribui a HAS								
3. Medo das complicações								
4. Presença de complicações já presentes								
5. Pressão da equipe de saúde e dos familiares								
6. Outros: _____								
<b>G2) Você tem algum medo com relação ao tratamento da pressão arterial?</b>							Sim	Não
1. Medo de efeitos colaterais								
2. Medo de ter queda da pressão								
3. Medo de impotência								
4. Medo de associar com outros remédios								
5. Medo de associar com bebida alcoólica								
6. Medo de acostumar com o remédio								
7. Medo de intoxicação								
<b>G3) O que você acha das orientações não medicamentosas, como perder peso, diminuir o sal, parar de fumar, diminuir o álcool, fazer exercícios, e evitar remédios que aumentam a pressão? 1. Fácil 2. Difícil</b>								
<b>G4) Qual das recomendações do seu tratamento é mais fácil seguir?</b>								
1. Tomar a medicação anti-hipertensiva				5. Diminuir o álcool				
2. Perder peso				6. fazer exercícios				
3. Diminuir o sal				7. Evitar remédios que aumentam a pressão				
4. Parar de fumar				8. Todas				
<b>G5) E qual a mais difícil? Resposta nº _____</b>								
<b>H) Avaliação do controle da pressão arterial</b>								
Membro Superior ____	<b>Medida 1</b>		<b>Medida 2</b>		<b>Medida 3</b>		<b>Média</b>	
	<b>PAS</b>	<b>PAD</b>	<b>PAS</b>	<b>PAD</b>	<b>PAS</b>	<b>PAD</b>	<b>H1) PAS</b>	<b>H2) PAD</b>
Níveis Pressóricos								

H3) Grau de controle		
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>I) Teste de Morisky e Green</b>		
1	Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio?	
2	Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?	
3	Quando você se sente bem, alguma vez, deixa de tomar seu remédio?	
4	Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?	

<b>J) AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO RECOMENDADO</b>	
<b>J1) Avaliação da adesão à redução do peso</b> Você foi orientado a reduzir seu peso corporal? 1. Sim 2. Não Você conseguiu reduzir seu peso? 1. Sim, e atingi o peso ideal 2. Sim, mas não atingi o peso ideal 3. Não consegui reduzir o peso 4. Não se aplica	
<b>J2) Avaliação da adesão à redução do sal da dieta</b> Você foi orientado a reduzir o sal da sua alimentação? 1. Sim 2. Não Como está sendo sua alimentação quanto ao sal? 1. Reduzi muito o sal da dieta/ minha alimentação é feita separada 2. Reduzi pouco o sal da dieta 3. Não reduzi o sal da dieta 4. Não se aplica	
<b>J3) Avaliação da adesão à alimentação rica em frutas, verduras e legumes</b> Você foi orientado a aumentar sua alimentação com frutas, verduras e legumes? 1. Sim 2. Não Você aumentou sua alimentação com frutas, verduras e legumes? 1. Sim, alimento-me várias vezes ao dia 2. Sim, mas como pouco, não gosto muito /não tenho sempre em casa/ gosto apenas de frutas 3. Não, pois não gosto desses alimentos 4. Não se aplica	
<b>J4) Avaliação da adesão à redução do consumo de bebidas alcoólicas</b> Você foi orientado a reduzir seu consumo de bebidas alcoólicas? 1. Sim 2. Não Você conseguiu reduzir seu consumo de bebidas alcoólicas? 1. Sim, não bebo mais/ bebo apenas raramente em quantidades pequenas 2. Sim, reduzi um pouco, mas ainda exagero algumas vezes 3. Não modifiquei minha maneira de beber 4. Não se aplica	
<b>J5) Avaliação da adesão à realização de exercícios físicos regulares</b> Você foi orientado a realizar exercícios físicos regulares? 1. Sim 2. Não Você consegue fazer exercícios físicos regulares? 1. Sim, faço atividades aeróbicas pelo menos 3x/semana, por no mínimo 30 minutos 2. Faço algumas vezes atividades físicas, quando tenho tempo 3. Não faço nenhuma atividade física além do trabalho habitual 4. Não se aplica	
<b>J6) Avaliação da adesão ao abandono do tabagismo</b> Você foi orientado a parar de fumar? 1. Sim 2. Não Você conseguiu parar de fumar? 1. Sim, parei de fumar 2. Não, mas reduzi o consumo de cigarros pela metade 3. Não consegui parar de fumar 4. Não se aplica Se a resposta foi a alternativa 3, responda: Você já tentou deixar de fumar alguma vez? 1. Sim 2. Não Se sim, porque acha que não conseguiu? _____	

Você acha que o cigarro lhe prejudica de alguma forma? 1. Sim 2. Não Por quê?
<b>J7) Avaliação da adesão à redução do uso de medicamentos que elevam a pressão</b> Você foi orientado para evitar o uso de medicamentos que elevam a pressão? 1. Sim 2. Não Você tem evitado esses medicamentos (descongestionantes, AINES, corticóides)? 1. Sim, não uso mais alguns medicamentos porque sei que aumentam minha pressão 2. Algumas vezes, quando é muito necessário, ainda uso alguns medicamentos 3. Não evito nenhum medicamento por causa da pressão 4. Não se aplica

## **ANEXO A**