UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ELIANA CAVALARI

Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial

Ribeirão Preto
2010

ELIANA CAVALARI

Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Suely Nogueira

Ribeirão Preto

2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Cavalari, Eliana

Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto, 2010.

106 p. : Il ; 30cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Nogueira, Maria Suely.

1. Hipertensão. 2. Adesão à medicação. 3. Pressão arterial.

FOLHA DE APROVAÇÃO

CAVALARI, Eliana

Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.

Aprovada em: ____ /____/_____

Banca Examinadora

Profa. Dr(a) _____

Instituição:_____Assinatura_____

Profa. Dr(a) _____

Instituição:_____Assinatura_____

Profa. Dr(a) _____

Instituição:_____Assinatura_____

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, **Laert e Nadir**, que me ensinaram os verdadeiros valores, são o alicerce da minha vida e fizeram tudo pelo meu estudo.*

*Ao **André**, com amor e admiração, pelo companheirismo, sonhos e conquistas alcançados.*

*Aos meus irmãos, **Laerte e Maurício**, pela torcida e incentivo.*

*Aos **meus familiares**, pelo apoio e incentivo, em especial à **tia Sônia** pela ajuda.*

.

AGRADECIMENTOS

*A **Deus,** pelo dom da vida, por iluminar meu caminho e pelas oportunidades concedidas.*

*À **Profa. Dra. Maria Suely Nogueira,** pela orientação preciosa, pela competência, apoio e amizade. A você, meu respeito, admiração e carinho.*

*Às **Profa. Dra. Eugênia Velludo Veiga** e à **Profa. Dra. Leila Maria Marchi Alves** pelas contribuições no Exame de Qualificação.*

*À **Profa. Dra. Claudia Bernardi Cesarino** e ao **Prof. Dr. José Fernando Vilela Martin**, docentes da FAMERP pela colaboração e incentivo.*

*À **Dra. Miyeko Hayashida** pelas valiosas sugestões, análise dos dados e aprimoramento deste trabalho.*

*Ao **Prof. Dr. Vanderlei José Haas** pelo ensinamento da análise estatística realizada.*

*À **Silvana M. C. Leite Fava**, doutoranda da EERP-USP, pela colaboração e sugestões.*

*Ao **Francisco Vessi**, Serviço de Documentação da EERP-USP pela ajuda na formatação das tabelas.*

*À **Cristina**, bibliotecária da Biblioteca Central da USP, pela ajuda na correção das referências.*

*Aos **funcionários, profissionais voluntários e pacientes** do Ambulatório de Hipertensão Arterial do HB da FAMERP que contribuíram para o estudo.*

*Aos **docentes e funcionários** da EERP-USP que contribuíram para minha formação e concretização deste trabalho.*

RESUMO

CAVALARI, E. **Adesão ao tratamento:** estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Trata-se de um estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa, realizado entre 75 portadores de hipertensão arterial (HA) seguidos no ambulatório de um hospital-escola de nível terciário, no interior paulista, realizado no período de setembro de 2008 a abril de 2009, tendo por objetivo avaliar a adesão ao tratamento. Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos: um relativo a dados sociodemográficos, da doença e do tratamento; o Teste de Morisky e Green (TMG) para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e o Instrumento de Avaliar Atitudes Frente à Tomada de Remédios (IAAFTR). Os testes estatísticos foram realizados por meio do software Statistica 8.0, e os resultados foram considerados significativos quando o nível de significância foi ($p < 0,05$). Os sujeitos possuíam idade média de 61,5 ±10,36 anos, 52,0% eram do sexo feminino, 85,3% brancos, 70,7% casados, 48,0% aposentados e 24,0% do lar, 65,3% possuíam ensino fundamental incompleto, média de 3,08 ±1,99 filho, 94,7% residiam com outros membros da família, 81,3% informaram renda familiar entre um e três salários mínimos; 48,0% apresentaram valores de pressão arterial (PA) maiores que 140X90mmHg, 48,0% eram obesos, 80,6% dos homens e 94,9% das mulheres apresentaram circunferência da cintura com valores alterados. A média do tempo de diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi de 15,57 ±9,61 anos. As principais comorbidades identificadas foram: diabetes mellitus (54,3%) e dislipidemia (46,6%). A média dos medicamentos utilizados foi de 5,1 comprimidos/dia, sendo os mais comumente utilizados os hipoglicemiantes (58,7%) e os antiagregantes plaquetários (54,8%). A média de medicamentos usados para o tratamento da HA foi de 3 comprimidos/dia, sendo que os diuréticos foram os mais usados (84,0%). Quando avaliados pelo TMG, 21 (28,0%) apresentaram adesão ao tratamento; pela utilização do IAAFTR 37 (49,3%) mostraram atitudes positivas frente à tomada dos medicamentos. Entre aqueles que apresentaram adesão pelo TMG, 16 (76,2%) também apresentaram atitudes positivas quando avaliados pelo IAAFTR. A prevalência de controle da PA foi maior para os que tiveram adesão (66,7%) e para aqueles com atitudes positivas (64,9%). Houve significância estatística para o sexo e atitude frente à tomada dos medicamentos em relação ao controle da PA. Os valores de PA foram menores para os que tiveram adesão pelo TMG e que apresentaram atitudes positivas quanto à tomada dos medicamentos ($p < 0,05$). Em relação aos fatores de risco para a HAS, 64,0% não praticavam exercício físico; 9,3% eram fumantes; 17,3% faziam uso de bebida alcoólica e 54,7% diziam ser estressados; 96,0% citaram antecedentes familiares para doenças cardiovasculares. Diante deste contexto permanece um desafio quanto à necessidade de revisão das medidas educativas instituídas no sentido de possibilitar alternativas que possam melhorar, na prática, a adesão dos portadores de HA ao tratamento medicamentoso, o controle da PA e a mudança nos fatores de risco para a HAS.

Palavras-chave: Hipertensão. Adesão à medicação. Pressão arterial.

ABSTRACT

CAVALARI, E. **Adherence to treatment:** a study with hypertension carriers outpatients. 2010. 106 f. Dissertation (Master's) – Nursing school of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

It is a cross-section descriptive study of quantitative approach, carried out with 75 hypertensive outpatients of tertiary level, in upstate São Paulo, carried out from September 2008 to April 2009, aiming to evaluate adherence to the treatment. Three questionnaires were used to collect the data: one about socio-demographic data regarding the disease and the treatment; the Morisky-Green Test, to assess the adherence to the drug-based treatment and the Questionnaire to Evaluate Attitudes Towards Taking Medicines. The statistical tests were applied by means of the software Statistica 8.0, and the results were considered significant whenever the significance level was ($p<0.05$). The subjects' average age was 61.5 ±10.36 years, 52.0% were women, 85.3% Caucasians, 70.7% married, 48.0% retired and 24.0% housewives, 65.3% did not finish primary education, they had on average 3.08 ±1.99 children, 94.7% lived with other family members, 81.3% stated that their familly income was between one and three minimum wages; 48.0% had blood pressure readings above 140X90 mmHg, 48.0% were overweight, 80.6% of the men and 94.9% of the women had unhealthily large waist circumferences. Average hypertension diagnosis time (HT) was 15.57 ±9.61 years. The most important comorbities identifed were: diabetes mellitus (54.3%) e dyslipidemia (46.6%). The average of the medications used was 5.1 pills/day, and the most commonly used drugs were hypoglycemiants (58.7%) and platelet antiaggregant (54.8%). The average of the medications used for the treatment of HT was 3 pills/day, and the diuretics were the most used ones (84.0%). When evaluated with the Morisky-Green test, 21 (28.0%) showed adherence to the treatment, by means of the Questionnaire to Evaluate Attitudes Towards Taking Medicines, 37 (49.3%) showed positive attitudes towards the taking the medicines. Those that showed adherence through the Morisky-Green test also showed positive attitudes when evaluated by means of the Questionnaire to Evaluate Attitudes Towards Taking Medicines. The prevalence of control of the blood pressure was higher for those who had adherence (66.7%) and for those with positive attitudes (64.9%). Gender and attitude towards taking medicines had statistical significance to the control of blood pressure. Blood pressure readings were lower in hypertensives that had adherence according to the Morisky-Green test and that had positive attitudes toward taking the medicines ($p<0.05$). Regarding the risk factors for HT, 64.0% did not practice physical exercise; 9.3% were smokers; 17.3% drank alcoholic drinks and 54.7% reported being stressed; 96% cited family antecedents of cardiovascular disease. In face of this context, there remains the challenge of reviewing the current educative measures to enable alternatives that may improve, in practice, the adherence of hypertensives to the drug-based treatment, the control of blood pressure and the change in the risk factors for HT.

Keywords: Hypertension. Medication Adherence. Blood Pressure.

RESÚMEN

CAVALARI, E. **Adhesión al tratamiento:** estudio entre portadores de hipertensión arterial, pacientes externos. 2010. 106 f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Se trata de un estudio descriptivo transversal de abordaje cuantitativo, realizado entre 75 portadores de hipertensión arterial, pacientes externos, seguidos en un hospital-escuela de nivel terciario, en el interior de São Paulo, realizado en el período de septiembre a abril de 2009, teniendo por objetivo evaluar la adhesión al tratamiento. Para la colecta de los datos fueron utilizados tres cuestionarios: uno relativo a datos sociodemográficos de la enfermedad y de los tratamientos; el test de Morisky y Green (TMG) para evaluar la adhesión al tratamiento medicamentoso y el Cuestionario de Evaluar Actitudes frente a la Tomada de Remedios. Los tests estadísticos fueron realizados por medio del software Statistica 8.0, y los resultados fueron considerados significativos cuando el nivel de significancia fue ($p<0.05$). Los sujetos poseían edad media de 61,5 ±10,36 años, 52,0% eran del sexo femenino, 84,3% blancos, 70,7% casados, 48,0% jubilados y 24,0% amas de casa, 65,3% poseían educación primaria incompleta, media de 3,08 ±1,99 hijo, 94,7% residían con otros miembros de la familia, 81,3% informaron renta familiar entre uno y tres salarios minimos; 48,0% apresentaron valores de presión arterial (PA) mayores que 140X90mmHg, 48,0% eran obesos, 80,6% de los hombres y 94,9% de las mujeres apresentaron circunferencia de la cintura con valores alterados. La media del tiempo de diagnóstico de la hipertensón arterial (HA) fue de 15,57 ±9,61 años. Las principales comorbidades identificadas fueron: diabetes mellitus (54,3%) y dislipidemía (46,6%). La media de los medicamentos utilizados fue de 5,1 píldoras por día, siendo los más comunmente utilizados los hipoglicemiantes (58,7%) y los antiagregantes plaquetarios (54,8%). La media de medicamentos usados para el tratamiento de la HA fue de 3 píldoras/día, siendo que los diuréticos fueron los más usados (84,0%). Cuando evaluados por el TMG, 21 (28,8%) apresentaron adhesión al tratamiento; por la utilización del Cuestionario de Evaluar Actitudes frente a la Tomada de Remedios, 37 (49,3%) mostraron actitudes positivas en cuanto a tomar los medicamentos. Entre aquellos que apresentaron adhesión por el TMG, 16 (76,2%) también apresentaron actitudes positivas cuando evaluados por el Cuestionario de Evaluar Actitudes frente a la Tomada de Remedios. La prevalencia de control de la PA fue mayor para los que tuvieron adhesión (66,7%) y para aquellos con actitudes positivas (64,0%). El sexo y la actitud frente a la tomada de los medicamentos y tuvieron significancia estadística para el control de la PA. Los valores de la PA fueron menores para los que tuvieron adhesión según el TMG y que presentaron actitudes positivas en cuanto a tomar los medicamentos ($p<0,05$). En relación a los factores de riesgo para la HA, 64,0% no practicaban ejercicio físico; 9,3% eran fumadores; 17,3% consumían bebidas alcohólicas y 54,7% decían ser estresados; 96,0% citaron antecedentes familiares para enfermedades cardiovasculares. Frente a este contexto permanece un desafío en cuanto à la necesidad de revisión de las medidas educativas instituidas en el sentido de posibilitar alternativas que puedan mejorar, en la práctica, la adhesión de los hipertensos al tratamiento medicamentoso, el control de la PA y el cambio en los factores de riesgo para la HA.

Palabras clave: Hipertensión. Cumplimiento de la Medicación. Presión Sanguínea.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo as variáveis sociodemográficas. São José do Rio Preto, 2008-2009 38

Tabela 2 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial (n=75), de acordo com a classificação da pressão arterial das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006). São José do Rio Preto, 2008-2009 40

Tabela 3 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo variáveis clínicas. São José do Rio Preto, 2008-2009 42

Tabela 4 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo as principais comorbidades apresentadas pelos sujeitos. São José do Rio Preto, 2008-2009 44

Tabela 5 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo medicamentos mais comumente usados. São José do Rio Preto, 2008-2009 45

Tabela 6 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo as respostas dos itens do Teste de Morisky e Green. São José do Rio Preto, 2008-2009 48

Tabela 7 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo a associação entre a adesão ao tratamento pelo Teste de Morisky e Green e variáveis sociodemográficas. São José do Rio Preto, 2008-2009 49

Tabela 8 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo as respostas dos itens do Instrumento de Avaliação da Atitude Frente à Tomada de Remédios. São José do Rio Preto, 2008-2009 53

Tabela 9 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo a avaliação de concordância entre os dois instrumentos pelo coeficiente Kappa. São José do Rio Preto, 2008-2009 54

Tabela 10 - Valores da pressão arterial dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo à adesão pelo Teste de Morisky e Green e pelo Instrumento de Avaliação da Atitude Frente à Tomada dos Remédios. São José do Rio Preto, 2008-2009 56

Tabela 11 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo a associação entre o controle da pressão arterial e variáveis sociodemográficas, antropométricas, adesão pelo Teste de Morisky e Green e atitude frente à tomada de remédios. São José do Rio Preto, 2008-2009 58

Tabela 12 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo a associação entre o controle da pressão arterial e variáveis relacionadas aos fatores de risco. São José do Rio Preto, 2008-2009.....61

Tabela 13 - Valores da pressão arterial dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo os fatores de risco da hipertensão arterial. São José do Rio Preto, 2008-2009.....65

Tabela 14 - Valores da pressão arterial dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo os resultados dos exames laboratoriais. São José do Rio Preto, 2008-2009 67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos). 33

Quadro 2 - Classificação do Índice de Massa Corporal 33

LISTA DE ABREVIATURAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
CC	Circunferência da Cintura
CQ	Circunferência do Quadril
DCVs	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HASI	Hipertensão Arterial Sistêmica Isolada
IAAFTR	Instrumento para Avaliar Atitudes Frente à Tomada dos Remédios
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IMC	Índice de Massa Corporal
IC	Intervalo de Confiança
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IRC	Insuficiência Renal Crônica
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAM	Pressão Arterial Média
PAS	Pressão Arterial Sistólica
RCQ	Relação entre Circunferência da Cintura e do Quadril
WHO	*World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15
1.1 Hipertensão arterial: magnitude do problema 16
1.2 Adesão ao tratamento 18
1.3 Fatores relacionados à adesão 21

2 OBJETIVOS 26
2.1 Geral 27
2.2 Específicos 27

3 MATERIAL E MÉTODO 28
3.1 Tipo de estudo 29
3.2 Local do estudo 29
3.2.1 Grupo de hipertensão arterial 29
3.3 Período do estudo 30
3.4 Casuística 30
3.4.1 Critérios de exclusão 31
3.5 Instrumentos de coleta de dados 31
3.6 Coleta de dados 32
3.7 Organização e análise dos dados 34
3.8 Questões éticas 35

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 36
4.1 Caracterização dos portadores de hipertensão arterial segundo as variáveis sociodemográficas e dados clínicos 37
4.2 Fatores relacionados à doença e ao tratamento medicamentoso 44
4.3 Avaliação da adesão pelo Teste de Morisky e Green 46
4.4 Avaliação da atitude frente à tomada de remédios 52
4.5 Controle da pressão arterial relacionado com a adesão segundo o Teste de Morisky e Green e o instrumento que avalia a atitude frente à tomada dos remédios 57
4.6 Controle da pressão arterial e os fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica 60
4.7 Características relacionadas aos exames laboratoriais 66

5 CONCLUSÕES 69

5.1 Caracterização dos portadores de hipertensão arterial segundo as variáveis sociodemográficas e dados clínicos 70

5.2 Fatores relacionados à doença e ao tratamento medicamentoso 70

5.3 Avaliação da adesão pelo Teste de Morisky e Green 71

5.4 Avaliação da atitude frente à tomada de remédios 72

5.5 Controle da pressão arterial relacionado com a adesão segundo o Teste de Morisky e Green e o instrumento que avalia a atitude frente à tomada dos remédios 73

5.6 Controle da pressão arterial e os fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica 74

5.7 Características relacionadas aos exames laboratoriais 74

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 75

REFERÊNCIAS 77

APÊNDICES 93

ANEXOS 103

1 INTRODUÇÃO[1]

[1] Esta dissertação foi revisada de acordo com a Nova Ortografia da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil.

1.1 Hipertensão arterial: magnitude do problema

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como o aumento persistente da pressão arterial (PA) acima dos limites considerados normais, ou seja, valores iguais ou superiores a 140mmHg para pressão arterial sistólica (PAS) e valores iguais ou superiores a 90mmHg, para pressão arterial diastólica (PAD) (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

A HAS ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica que vem ocorrendo no Brasil, a partir da década de 1960 (ROUQUAYROL, 1994). Até o final dos anos de 1940, pouco se conhecia sobre a epidemiologia da HAS e não havia critérios padronizados e amplamente divulgados para sua definição; a partir de 1970, devido ao aumento de óbitos por doenças cardiovasculares (DCVs), despontou o interesse pela HAS como problema de saúde pública (LESSA, 1993).

A HAS representa sério problema de saúde pública, pela sua elevada prevalência de 22,3% a 43,9% entre os brasileiros (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006). Além disso, junto com o tabagismo, diabetes mellitus (DM) e dislipidemia constituem-se em importante fator de risco para as DCVs, responsáveis por cerca de 30,0% das mortes (HAMET, 2000).

No Brasil, cerca de 35% dos óbitos totais são causados por DCVs e, por este motivo, o tratamento para os portadores de hipertensão arterial (HA) é de suma importância para a prevenção dessas complicações. Porém, tão importante quanto o tratamento é a manutenção ininterrupta das medidas terapêuticas não medicamentosas e medicamentosas instituídas (STRELEC, 2000).

A HAS é o maior problema médico e social dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes (LESSA, 2001), sendo responsável pelo elevado ônus social e econômico ao setor da saúde, repercutindo sobre a seguridade social e sobre a população. Apesar da eficácia das várias medidas preventivas, de tratamento e de controle disponíveis sejam ou não farmacológicas, a hipertensão continuará, por décadas, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para o portador de HA e para a sociedade (LESSA, 2006).

O alto custo social dessa enfermidade é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho (CONSENSO

BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1999; SGAMBATTI; PIERIN; MION JÚNIOR, 2000).

Diagnosticar a HAS não é suficiente. O essencial é conduzir corretamente o tratamento e convencer o paciente sobre a necessidade da adesão e do controle da doença. Esse é um passo importante para redução do impacto social, dos custos monetários para o indivíduo, família, sociedade, sistemas de saúde e previdenciário (LESSA, 2001; PIERIN; MION JÚNIOR; NOBRE, 2000).

Lessa (1998) enfatizou que a HAS apresenta características específicas do processo de cronicidade, destacando-se por história natural prolongada, multiplicidade de fatores associados, longo curso assintomático, evolução clínica lenta, prolongada e permanente, além da possibilidade da evolução para complicações. Araújo e Garcia (2006) corroboram com esses achados e acrescentam que dado o seu caráter assintomático, o diagnóstico da doença em muitos pacientes é realizado tardiamente.

A multiplicidade de fatores de risco que determinam a gênese da HAS primária ou essencial compreende aspectos genéticos, vasculares, humorais, renais e neurais, podendo ser modificáveis (tabagismo, sedentarismo, alimentação, alcoolismo, obesidade) e não modificáveis (etnia, sexo, faixa etária, hereditariedade) (NOBRE; LIMA; MOURA JÚNIOR, 1998).

A frequente coincidência de HAS e outros fatores de risco cardiovasculares, como obesidade, sedentarismo, tabagismo, distúrbios lipídicos e DM, é o grande estímulo a mudanças de hábitos que podem tanto controlar a pressão por si só, como serem coadjuvantes e sinérgicos ao tratamento farmacêutico (KRASILCIC, 2001).

O tratamento não farmacológico da HAS tem papel básico em qualquer esquema terapêutico da doença (GIORGI, 2006). O tratamento não medicamentoso contribui para o controle dos níveis tensionais e diminuição dos fatores de riscos cardiovasculares (SARQUIS et al., 1998; NOBRE; COELHO, 2003; SANTOS; SILVA, 2003; SOUZA, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) a adesão à terapia de longo prazo para as doenças crônicas nos países desenvolvidos é em média de 50% e nos países em desenvolvimento as taxas são ainda mais baixas.

Pierin (2001) destacou que o tratamento não medicamentoso indicado em todos os estágios da doença, associado ou não ao tratamento farmacêutico,

constitui recurso eficiente no controle da hipertensão. Enfatiza, ainda, as evidências benéficas no perfil da morbidade e mortalidade das complicações cardiovasculares advindas do tratamento anti-hipertensivo adequado. Porém, apesar de todas essas facilidades e constatações, a obtenção de êxito no controle da doença é um desafio para os profissionais de saúde.

A HAS constitui ainda um problema de elevada magnitude, em decorrência da sua alta prevalência, da cronicidade, da dificuldade em se estabelecer o diagnóstico precoce e o tratamento, devido ao seu caráter silencioso e às dificuldades do portador de HA em aderir ao tratamento.

Esta constatação é frequente no desenvolvimento de nossas atividades profissionais, em que constantemente nos deparamos com clientes que não seguem o regime terapêutico proposto, ou seja, não têm adesão ao tratamento.

1.2 Adesão ao tratamento

A adesão terapêutica tem sido foco de várias pesquisas nos últimos anos e, sem dúvida, tem se tornado um dos maiores problemas enfrentados na prática médica, pela sua complexidade (BARBOSA, 2007).

A preocupação com a adesão às recomendações terapêuticas data de muito tempo. Uma das primeiras descrições na literatura sobre adesão ao tratamento foi citada por Hipócrates, na qual enfatizava a importância de se observarem as falhas do paciente em relação ao que havia sido prescrito (BARBOSA; LIMA, 2006).

Várias terminologias são utilizadas como sinônimo de adesão, tais como aderência, observância, complacência, fidelidade, *compliance* (GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006).

Define-se adesão ao tratamento de HAS como sendo o cumprimento da prescrição médica, seja medicamentosa ou não, com o objetivo de alcançar os resultados terapêuticos esperados (CAR; PIERIN; AQUINO, 1991). A adesão terapêutica significa relação colaborativa entre o paciente e os profissionais de saúde, podendo ser caracterizada pelo grau de coincidência entre prescrição médica e o comportamento do paciente (CHENG; KALLIS; FEIFER, 2001).

Segundo vários autores, a utilização dos medicamentos em pelo menos 80% da sua totalidade, incluindo os horários de tomada, conhecimento de dosagens e o tempo do tratamento, é uma forma geral de definir adesão (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

A adesão ao tratamento pode ser caracterizada pelo grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente. O controle inadequado da PA, fato frequentemente observado, pode estar relacionado à falta de adesão do hipertenso ao tratamento (PIERIN, 2001).

Horwitz e Horwitz (1993) consideraram que a adesão pode ser caracterizada como a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com a orientação médica ou de outros profissionais de saúde.

De acordo com Higgins e Regan (2004), cerca de 40% a 60% dos pacientes não fazem uso correto da medicação prescrita. E essa porcentagem aumenta quando a falta de adesão se relaciona a itens como estilo de vida, ressaltando-se dieta, sedentarismo, tabagismo, etilismo, entre outros fatores (BÉRIA, 1996).

Dada a complexidade no processo de adesão ao tratamento, alguns autores, como Fineman (1991), Maclean et al. (2002), Pierin (2001) e Stimson (1974), estabeleceram critérios para caracterizar os clientes quanto à adesão ao tratamento. Fineman (1991) caracterizou os pacientes que não estavam dispostos a aderir às suas recomendações como rebeldes, resistentes, manipuladores, teimosos, refratários e rígidos. Maclean et al. (2002) descreveram os pacientes que tinham adesão como motivados e os que não tinham adesão como passivos, pessimistas, desinteressados, entre outras características. Stimson (1974) descreveu o comportamento dos pacientes que não seguiam as instruções como não aderentes, desobedientes, não confiáveis, desviados, não cooperativos, entre outros. Pierin (2001) atribuiu diferentes graus de adesão indicando que no nível mais elevado estão os aderentes propriamente ditos, aqueles que seguem totalmente o tratamento e, do lado oposto, os desistentes, aqueles que abandonaram o tratamento. No grupo dos não aderentes estão os persistentes que até comparecem às consultas, porém não seguem o tratamento.

A adesão do portador de HA ao tratamento tem sido objeto de estudo de diferentes autores, os quais revelam os benefícios decorrentes para o paciente.

Dentre esses, destacamos estudo de Krasilcic (2001) em que descreve que a adesão ao tratamento da HAS, assim como a outras doenças crônico-degenerativas, é condição fundamental para o controle dos níveis de PA e para a regressão de lesões degenerativas nos órgãos-alvo. No entanto, resultados em longo prazo, como a redução de ocorrência de DCVs, debilidade e morte que caracterizam uma relação custo-benefício satisfatória, só são obtidos no decorrer dos anos, e não em curto prazo.

O objetivo primordial do tratamento da HAS é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. O tratamento medicamentoso associado ao não medicamentoso objetiva a redução da PA para valores inferiores a 140mmHg de PAS e 90mmHg de PAD (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Marcon et al. (1995), Bittar (1995), Akashi et al. (1998), Wang e Abbott (1998) e Lahdenperä e Kyngäs (2000), dentre outros, são unânimes ao pontuar os ganhos relacionados ao controle e tratamento da HAS, dentre os quais o controle da pressão sanguínea.

Considera-se que os baixos níveis de controle da doença tenham relação direta com a pouca adesão ao tratamento. Promover adesão ao tratamento da HAS, por meio de estratégias que elevem o controle da doença traz benefícios não só para as instituições de saúde, bem como melhoram o tratamento nesse nível de intervenção. Desta forma, disponibilizam vagas nas instituições terciárias, reduzindo o número de Acidente Vascular Encefálico (AVE), a ocorrência de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), doença renal e doença arterial coronária que são complicações decorrentes do controle inadequado da HA (MANO; PIERIN, 2005).

Por outro lado, os prejuízos decorrentes do não cumprimento ao tratamento estão relacionados às complicações médicas e psicossociais da enfermidade, à redução da qualidade de vida dos pacientes, à maior probabilidade de resistência aos fármacos e ao desperdício dos recursos assistenciais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2003).

O impacto econômico das repercussões da HAS clinicamente não tratada e/ou não controlada é, inicialmente, mais expressivo em nível micro, individual ou familiar, nos estratos sociais mais baixos, como reflexo das diferenças sociais. Para a sociedade, em nível macro, parte dos prejuízos está diretamente relacionado à morbidade, à mortalidade, às incapacidades e à invalidez consequente das

complicações preponderantes da hipertensão: doenças cerebrovasculares, doença arterial coronária, ICC e Insuficiência Renal Crônica (IRC). Medir a PA na prática assistencial, convencer o portador de HA e conduzi-lo para o controle da doença são os primeiros passos para se conseguir redução dos custos monetários ao indivíduo, ao sistema de saúde, à previdência social e aos diversos setores da economia, possibilitando, precocemente, ganhos da qualidade de vida (LESSA, 2001).

Tratamento não é sinônimo de controle. Controle é a consequência do tratamento convenientemente realizado. Do sucesso do tratamento dependem os custos sociais e econômicos da doença, sejam individuais ou coletivos (LESSA, 2001).

De modo menos evidente, a dificuldade em manter o tratamento em longo prazo também é observada em portadores de HA atendidos em setores assistenciais particulares. Eles diferenciam-se por seus melhores níveis educacionais e de estrato social, mas isso não é suficiente para a adesão responsável ao tratamento, mesmo quando eles têm consciência da possibilidade de diferentes prognósticos indesejáveis (LESSA, 2001).

Para Silva (2008), a adesão é uma inesgotável fonte de investigação e merece ser sistematicamente estudada, e o controle ou não controle dos pacientes depende de diversos fatores isolados ou, como na maioria das vezes, de fatores associados e complexos em sua resolutividade pelo paciente ou equipe de saúde.

1.3 Fatores relacionados à adesão

A adesão é o principal determinante para a efetividade do tratamento, pois a baixa adesão pode causar atenuação dos benefícios clínicos. Esta é identificada como a maior causa do controle inadequado da PA. O não controle da PA pode ser justificado pela ineficácia e também por efeitos adversos dos medicamentos, pelo custo do tratamento, pela não percepção do paciente quanto à cronicidade da doença, e pela falta de orientação do prescritor quanto à importância do tratamento e de seu seguimento (OIGMAN, 2006).

A falta de adesão ao tratamento na HAS é um problema frequente. Vários fatores contribuem para que esse fato ocorra, destacando-se entre eles os relativos

à doença, como a cronicidade e a ausência de sintomas específicos; ao tratamento como custo, os efeitos indesejáveis e os esquemas terapêuticos complexos; a pessoa portadora de HA, como a idade, o sexo, a etnia, a escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e as crenças de saúde; ao sistema de saúde: aspectos institucionais, como a falta de política no atendimento das doenças crônicas; e ao relacionamento com membros da equipe de saúde (GOMES; PIERIN; MION JÚNIOR, 2001).

Para prevenir e controlar a HAS, Pires e Mussi (2009) destacam como primordial a análise de crenças relacionadas à susceptibilidade e à severidade da doença, aos benefícios e barreiras para adesão ao tratamento, bem como à adoção de uma proposta de atenção que extrapole a ação sobre o corpo doente. A eficácia do tratamento consiste não apenas no uso de medicamentos e na instituição de medidas reguladoras da ação, mas na consideração da pessoa em sua totalidade. Assim, concordam com Sousa (2004) que é fundamental o desenvolvimento de um planejamento abrangente que objetive a prevenção de complicações e promova o descobrimento da melhor forma de viver bem, com qualidade, e que conseguir a participação do indivíduo nesse planejamento pode significar a diferença entre o sucesso e o fracasso no tratamento.

Convencer um paciente, muitas vezes assintomático, de que ele é doente, especialmente quando isto implica em mudanças no estilo de vida ou ainda na obrigação de usar medicamentos continuamente, é um objetivo menos facilmente alcançado (SANCHEZ; PIERIN; MION JÚNIOR, 2004).

Oigman (2001) encontrou entre as barreiras mais frequentes que contribuíram para o fracasso terapêutico a dificuldade em mudanças no estilo de vida, a incapacidade dos pacientes em cumprir e/ou compreender as ordens médicas, o custo das consultas e dos remédios, além dos efeitos colaterais.

Pierin (2001) destaca que o acesso ao medicamento é premissa básica para o sucesso do tratamento, porém o custo tem sido apontado como fator limitante e considera-se que o custo com a aquisição das drogas é significativamente inferior ao custo inerente à não realização do tratamento. Descreve ainda que, dentre os fatores dificultadores do tratamento anti-hipertensivo, estão a adoção de esquemas terapêuticos com várias drogas, os efeitos indesejáveis dos medicamentos e que o tratamento é por toda vida.

Segundo Bittar (1995), mesmo com drogas efetivas que têm se mostrado capazes de reduzir a morbidade e a mortalidade, a falta de adesão ao tratamento aparece como uma grande barreira para alcançar a sua redução.

Estudo realizado nos Estados Unidos com 106 pacientes afro-americanos revelou que dentre as facilidades para a adesão estavam: o uso de lembretes, uma rotina para a tomada das medicações, conhecimento sobre a doença, seu tratamento e suas complicações, presença de suporte social e um bom relacionamento médico e paciente (OGEDEGBE et al., 2004).

A complexidade do problema da não adesão ao regime terapêutico reside principalmente no fato de que há muita subjetividade envolvida. É preciso, então, que o profissional de saúde comece a mudar o seu foco da doença, do relacionamento terapêutico e da adesão, para o usuário como uma pessoa, como um sujeito que vivencia a doença, o relacionamento terapêutico e a adesão (REINERS, 2005).

Outro ponto que merece destaque é a participação ativa do paciente no processo, inclusive opinando quanto ao tratamento proposto. O conhecimento e as preferências desses portadores de HA devem ser considerados, visando à maior adesão ao tratamento (MION JÚNIOR et al., 1995).

Lessa (2001) afirma que se conseguir educar os portadores de HA, propiciando-lhes autoidentificação e autorreconhecimento da presença de riscos nos seus respectivos estilos de vida, fazendo-os reconhecer o que eles representam para os seus prognósticos e oferecer-lhes orientações e medicações necessárias para o tratamento, transferem-se a eles todas as informações para a opção por uma vida saudável. A opção pela adesão ou não adesão ao tratamento passa a ser, em parte, atitude consciente e de responsabilidade de cada um.

A relação equipe de saúde e paciente é considerada de extrema relevância no processo de adesão ao tratamento. O relacionamento que se estabelece nesse binômio pode ser a base de sustentação para a efetividade de sucesso do tratamento (PIERIN, 2001).

Oigman (2001) descreve que médicos e pacientes frequentemente discordam quanto à responsabilidade pelo insucesso do tratamento, os primeiros alegando que isto se deu porque os pacientes não aderiram ao regime terapêutico, e os últimos creditam o mau controle pressórico aos medicamentos.

A relação entre paciente e profissional de saúde, o sistema de saúde e o regime complexo de medicamentos anti-hipertensivos também podem influenciar a taxa de adesão (STRÖMBERG et al., 1999).

Nesse âmbito, algumas teorias buscam sistematizar e melhorar a compreensão de como alcançar bons resultados e, assim, possibilitar a repetição de experiências favoráveis (JARDIM, 2001).

A primeira delas trabalha com o fator educacional pura e simplesmente, ou seja, a capacidade de orientação que tem o profissional de saúde de repassar ao seu paciente informações precisas sobre sua doença e seu tratamento. Uma segunda advoga a hipótese de que a comunhão de pensamentos e expectativas entre médicos e pacientes é fundamental para um melhor seguimento dos conselhos. Outra linha de investigação retoma a questão da “autorregulação”, nesse caso é levado em conta o comprometimento do indivíduo com o seu tratamento (HULKA, 1979).

A educação dos portadores de HA promove a conscientização dos pacientes em relação ao tratamento da doença e a uma melhor qualidade de vida (FIGUEIREDO, 2006).

Fazer com que o paciente tenha uma boa adesão não é tarefa fácil e exige dedicação, paciência e tempo para orientá-lo quanto à doença e ao tratamento. A educação em saúde é de fundamental importância para um tratamento efetivo. Utilizando a educação e a motivação do paciente, como um sujeito ativo no tratamento, podem-se obter resultados satisfatórios na taxa de controle da PA (GIORGI, 2006).

Na prática, a importância do enfermeiro está ligada ao processo de educação, motivando o portador de HAS a realizar o autocuidado, utilizando estratégias de ensino-aprendizagem, implementando a comunicação do paciente e a verbalização dos seus problemas (CESARINO, 2000).

A abordagem do indivíduo portador de condições crônicas inclui não só a identificação dos problemas e necessidades do paciente, como também o desenvolvimento de estratégias que visem à prevenção de complicações e promova uma melhor qualidade de vida. O enfermeiro, assim como todos os membros da equipe multiprofissional, deve desempenhar papel educador com o intuito de facilitar mudanças e comprometimento do paciente com o tratamento (CARVALHO, 2006).

A enfermagem representa importante pilar de sustentação, participando com cerca de 50% das ações nos atendimentos de pré e pós-consultas e de reuniões com grupos de portadores de HA, destacando-se que a enfermagem, junto à equipe multiprofissional de saúde, tem propiciado maior eficácia no serviço de saúde (JARDIM, 2002; NAKASATO, 2004; ROSA; PLAVNIK; TAVARES, 2004).

Sempre que se inclui um profissional paramédico na cadeia de atendimento ao hipertenso, observa-se aumento nos índices de adesão ao tratamento, tais como comparecimento às consultas, tomada dos medicamentos, controle da PA entre outros (GIORGI, 2006). Desse modo, o autor enfatiza que a ação de nutricionistas, com orientações precisas e práticas, auxilia o paciente a desenvolver higiene alimentar adequada para o melhor controle da PA (GIORGI, 2006).

Há benefícios na adesão e/ou no controle da PA para os pacientes que participam de ações educativas, pois a partir do momento que os portadores de HA conhecem mais a sua doença e seus riscos, eles se envolvem mais com o tratamento e tendem a buscar meios de ter uma vida mais saudável (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

A falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo é um fato inegável que os profissionais da área da saúde vivenciam na prática clínica. Esforços devem ser reunidos no sentido de otimizar recursos e estratégias, com participação ativa do hipertenso e manutenção da qualidade de vida, para minimizar ou evitar essa problemática tão frequente. A atuação conjunta dos profissionais de saúde realizando trabalho em equipe na assistência ao hipertenso é o grande passo para conquistas futuras (PIERIN, 2001).

A assistência às pessoas com HAS requer por parte da equipe de saúde atenção especial no tocante à problemática do controle, que, por sua vez, apresenta estreita relação com o processo de adesão ao tratamento. Os índices de controle da doença são pouco satisfatórios e frente a tal cenário, estratégias devem ser implementadas visando a mudança no quadro vigente (SILVA, 2008).

Diante do exposto, vários fatores explicam os resultados desapontadores do controle da hipertensão. O de maior impacto reside na motivação dos pacientes para melhorar a adesão ao tratamento. Assim, a equipe de saúde deve ser encorajada a assegurar que seus pacientes continuem o tratamento e recebam os benefícios das estratégias mais avançadas e agressivas para o controle da PA (ORTEGA; NOBRE; MION JÚNIOR, 2001).

2 OBJETIVOS

Na busca pela compreensão dos fatores relacionados à adesão ao tratamento de portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial é que nos propomos a desenvolver o presente estudo, tendo por objetivos:

2.1 Geral

- Avaliar a adesão terapêutica de portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial.

2.2 Específicos

- Identificar o perfil dos portadores de hipertensão arterial atendidos em um ambulatório de Hipertensão Arterial de um hospital-escola.
- Identificar os fatores que comprometem a adesão do hipertenso ao tratamento.
- Identificar a adesão ao tratamento por meio do Teste de Morisky e Green e Instrumento para Avaliar Atitudes Frente à Tomada dos Remédios (IAAFTR).
- Identificar a adesão e o controle de pressão arterial entre os portadores de hipertensão arterial.
- Relacionar o controle de pressão arterial com a adesão.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa.

3.2 Local do estudo

O presente estudo foi realizado no Ambulatório de HA do Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) com portadores de HA em seguimento ambulatorial.

O referido hospital, de nível terciário, é integrado ao Sistema Único de Saúde e referência na região de São José do Rio Preto, pertencente à XV Divisão Regional de Saúde que abrange 101 municípios.

A inserção dos portadores de HA no Ambulatório é feita pelo sistema de referência e contrarreferência, sendo encaminhados pelo médico da Unidade Básica de Saúde de seu município. Esses portadores de HA referenciados são aqueles que não apresentaram o controle da sua PA, conforme estabelecido pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) e/ou apresentaram complicações decorrentes da doença mesmo com o tratamento realizado na Unidade Básica de Saúde.

3.2.1 Grupo de hipertensão arterial

Os portadores de HA em seguimento no Ambulatório cadastrados no grupo de HA, na data da consulta médica, às terças ou sextas-feiras, no período da manhã, participam de atividades no grupo, por cerca de uma hora, antes da consulta.

Os profissionais responsáveis pelo atendimento do grupo são compostos pela equipe multiprofissional, sendo dois nutricionistas, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, um farmacêutico, um fisioterapeuta, um assistente social, um

enfermeiro docente do curso de Enfermagem da FAMERP e alunos de graduação em enfermagem.

No dia do encontro, a pessoa é submetido à verificação da PA pelo auxiliar de enfermagem; com a determinação do peso e altura, a verificação da circunferência da cintura (CC) e da circunferência do quadril (CQ) pelos nutricionistas; a abordagem sobre os medicamentos em uso, dose e frequência pelo farmacêutico, sendo os dados registrados nas fichas individuais e de seguimento do paciente.

Após a verificação dos dados acima referidos, eles acomodam-se em cadeiras dispostas em círculo e são promovidas orientações e discussões sobre a doença, hábitos saudáveis de alimentação, importância do tratamento medicamentoso contínuo, atividade física, uso de cigarro e de bebida alcoólica, por meio de material educativo. Ao final de cada encontro, o fisioterapeuta demonstra exercícios de alongamento.

Após o término do encontro, os portadores de HA aguardam no corredor do ambulatório para a consulta médica. Ao final de cada consulta, o retorno é agendado para após três meses. Diante de exames laboratoriais alterados ou excesso de peso, o médico encaminha o sujeito para acompanhamento individual com o nutricionista.

3.3 Período do estudo

O estudo foi realizado no período de setembro de 2008 a abril de 2009.

3.4 Casuística

A população do estudo foi constituída por portadores de HA que concordaram em participar da pesquisa e que estavam sendo acompanhados no Ambulatório de HA do Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP (FAMERP), há pelo menos um ano.

3.4.1 Critérios de exclusão

Foram considerados critérios de exclusão na seleção dos participantes: indivíduos menores de 18 anos, escolaridade maior que oito anos, portador de hipertensão secundária, uso de dois ou menos medicamentos, incapacidade para responder às questões, dependente na administração de medicamentos e em uso de antidepressivos tricíclicos.

3.5 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados três instrumentos:

a. Formulário adaptado de Barbosa (2007) com questões estruturadas e semiestruturadas, sobre os dados pessoais, clínicos, da doença, do tratamento medicamentoso, dos fatores que influenciam o controle da HAS, dos fatores de risco modificáveis da HAS e sobre o atendimento de saúde (Apêndice B).

b. O Teste de Morisky e Green composto de quatro perguntas, utilizado para medir o grau de adesão dos portadores de HA ao tratamento medicamentoso (Anexo A). Este instrumento tem-se mostrado útil para identificação de pacientes com adesão ou não ao tratamento. O grau de adesão foi determinado pela pontuação das respostas: Sim=0 e Não=1. Os resultados variam de 0 a 4, correspondendo, o menor valor aos que não têm adesão e o maior valor aos que têm adesão. O critério adotado para pontuação foi de 0 a 3 pontos para os que não têm adesão e 4 pontos para os que têm adesão, conforme protocolo do teste de Morisky e Green. (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986). Esse teste tem sido amplamente utilizado, principalmente em estudos nacionais para avaliar a adesão do paciente ao tratamento da HA.

c. O Instrumento para Avaliar Atitudes Frente à Tomada dos Remédios (IAAFTR) é composto de dez perguntas estruturadas, com respostas afirmativas ou negativas (Anexo B). A nota de corte proposta é de 7, sendo as pontuações menores ou iguais a 7 referentes à atitude negativa e pontuações maiores do que 7, à atitude positiva (STRELEC; PIERIN; MION JÚNIOR, 2003).

3.6 Coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio de entrevista individualizada, conduzida pela própria pesquisadora, em local privativo, no Ambulatório de HA da FAMERP, com duração aproximada de 20 minutos, após os portadores de HA participarem do grupo de HA. Foram expostos os objetivos do estudo e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), sendo iniciada a coleta de dados entre os que concordaram em participar.

Os valores de peso, altura, CC e CQ, realizados na rotina do serviço, foram utilizados para compor os dados deste estudo. Para a determinação do peso e altura, foi utilizada balança antropométrica da marca Willney, os indivíduos permaneceram eretos, com os calcanhares unidos e pés descalços. Os valores do peso foram registrados em quilogramas, e a altura foi registrada em metro.

A CC foi obtida com fita métrica inelástica, no ponto médio localizado entre a crista ilíaca e o rebordo costal da última costela, e a CQ na altura dos trocânteres femorais. Para o presente estudo, em relação à CC, foram adotados os valores indicados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000) que preconiza valores acima do ponto de corte 94cm para homens e 80cm para mulheres, como sendo risco metabólico aumentado.

Valores da relação entre a circunferência da cintura/quadril (RCQ) foram obtidos pela divisão entre CC/CQ. Neste estudo foram adotados os valores indicados por Barcellos et al. (2006) e Mancini (2005) que consideram alterados valores de RCQ acima de 0,85 para mulheres e acima de 1,00 para os homens.

A medida da PA foi realizada de acordo com a padronização descrita pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), no membro superior direito, com o indivíduo sentado e em repouso de cinco minutos, uso de bolsa de borracha de 12cm de largura (ressalta-se que a circunferência braquial dos portadores de HA variou de 25 a 33cm), sendo utilizado o aparelho digital da marca Omron (Model HEM-471 CINT) com o intuito de minimizar a influência do observador. Foram realizadas duas medidas consecutivas com intervalo de 60 segundos entre cada uma, sendo classificados com valores de PA alterados aqueles que apresentaram valores de PA $\geq$140X90mmHg, na média das duas medidas.

Para a análise dos valores de PA adotou-se a classificação das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) apresentada no Quadro 1.

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	>180	>110
Hipertensão Sistólica Isolada	>140	<90

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006).

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos).

A partir das variáveis peso e estatura de cada indivíduo, calculou-se o índice de massa corporal (IMC), obtido a partir da divisão do peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (Kg/m^2). Utilizou-se a classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000) para a análise dos valores de IMC (Quadro 2).

IMC (Kg/m^2)	Classificação
<25	Eutrófico
25 - 29,9	Sobrepeso
30 - 34,9	Obesidade grau I
35 - 40,0	Obesidade grau II
>40,0	Obesidade grau III

Fonte: WHO (2000)

Quadro 2 - Classificação do Índice de Massa Corporal

Considerou-se o exercício físico regular a realização de exercícios dinâmicos como caminhada, hidroginástica, natação e vôlei com uma frequência mínima de três vezes na semana, com duração mínima de 30 minutos cada sessão, conforme recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006).

Considerou-se o uso de bebida alcoólica a ingestão de mais de 30ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres. Estes valores correspondem, para o homem, à ingestão diária de, no máximo, 720ml de cerveja; 240ml de vinho ou 60ml de bebida destilada (BRASIL, 2006).

Os resultados dos exames laboratoriais de cada hipertenso foram coletados pelo sistema informatizado, a partir do seu número de prontuário. Os dados referem-se ao exame solicitado pelo médico e realizados cerca de uma semana antes de comparecerem à consulta.

Na análise dos resultados, os valores de referência considerados para as dosagens bioquímicas foram aqueles adotados pelo laboratório do hospital: glicemia de jejum entre 65-99mg/dL, colesterol total ≤200mg/dL, HDL-C >40mg/dL, LDL-C <100mg/dL, triglicérides ≤150mg/dL, potássio: 3,5-5,1mmol/L, creatinina: 0,6-1,3mg/dL (homens) e 0,6-1mg/dl (mulheres) e ácido úrico: 3,5-7,2mg/dL (homens) e 2,6-6mg/dL (mulheres).

3.7 Organização e análise dos dados

Os dados foram organizados em uma planilha no Programa Excel, validados por dupla digitação. Os testes estatísticos foram realizados por meio do software *Statistica* 8.0 (Statsoft, Inc. 2007), bem como no aplicativo SPSS (*Statiscal Package for the Social Science*), versão 15.0, e os resultados foram considerados significantes quando o nível de significância (p) foi menor que 0,05.

Os dados foram agrupados em categorias, as variáveis quantitativas foram analisadas com medidas de posição (Média) e de dispersão (Desvio-padrão). E as variáveis categóricas com tabelas de frequência simples e tabelas de contingência.

A distribuição dos dados referentes à PAS, PAD e Pressão Arterial Média (PAM) foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk, e a homogeneidade das variâncias verificada pelo teste de Levene. Quando as amostras apresentaram distribuição

normal e variâncias homogêneas, foram utilizados testes paramétricos e os resultados expressos em média ±desvio-padrão. Quando os pressupostos de normalidade e homogeneidade não foram encontrados, utilizaram-se testes não paramétricos, e os resultados foram expressos em mediana (mínimo-máximo).

Portanto, para a comparação entre duas amostras independentes, foram utilizados os testes t-Student ou Mann-Whitney.

A concordância entre os dois instrumentos de avaliação da adesão terapêutica foi avaliada pelo coeficiente Kappa, e foi testada a correlação entre os escores obtidos da soma de cada um dos questionários pelo coeficiente de correlação de Spearman.

A análise bivariada de associação para as variáveis categóricas foi realizada empregando tabelas de contingência com seus respectivos indicadores, a saber, qui-quadrado teste exato de Fisher, razão de prevalência (RP) e razão de chances de prevalência (RCP), considerando o nível de significância alfa (α) =0,05 e o intervalo de confiança (IC) de 95%.

É preciso ressaltar que os valores de p e os intervalos de confiança devem ser interpretados sob a hipótese de que a casuística constitui uma amostra aleatória simples de uma população com características similares.

3.8 Questões éticas

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em 10/12/2007, sob o nº 0835/2007 atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo C).

Fizeram parte do estudo aqueles pacientes que, após esclarecimentos sobre os objetivos, concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados serão apresentados e discutidos seguindo a seguinte ordem: caracterização dos portadores de hipertensão arterial segundo as variáveis sociodemográficas e dados clínicos; fatores relacionados à doença e ao tratamento medicamentoso; avaliação da adesão pelo Teste de Morisky e Green; avaliação da atitude frente à tomada de remédios; adesão e o controle da pressão arterial; controle da PA e os fatores de risco para a HAS; características relacionadas aos exames laboratoriais.

4.1 Caracterização dos portadores de hipertensão arterial segundo as variáveis sociodemográficas e dados clínicos

Os dados referentes às características sociodemográficas dos portadores de HA relativos à idade, sexo, cor da pele, estado civil, ocupação, escolaridade e renda estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo as variáveis sociodemográficas. São José do Rio Preto, 2008-2009

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	39	52,0
Masculino	36	48,0
Cor da pele		
Branca	64	85,3
Não Branca	11	14,7
Idade (anos)		
40-49	12	16,0
50-59	20	26,7
60-69	23	30,6
70-84	20	26,7
Estado civil		
Casado	54	72,0
Solteiro	4	5,3
Divorciado	6	8,0
Viúvo	11	14,7
Ocupação		
Aposentado	36	48,0
Do lar	18	24,0
Autônomos	8	10,7
Vínculo empregatício	11	14,7
Desempregado	2	2,7
Escolaridade		
Não alfabetizado	9	12,0
Fundamental Incompleto	49	65,3
Fundamental Completo	17	22,7
Renda familiar*		
<1 SM	1	1,3
1 - 3 SM	61	81,3
4 - 5 SM	11	14,7
>5 SM	2	2,7

*Valores calculados com base no salário mínimo vigente - R$ 465,00, segundo Lei nº 11.944 de 28 de maio de 2009, que dispõe sobre o salário mínimo a partir de 1º de fevereiro de 2009 (SALÁRIO..., 2009).

Fizeram parte do estudo 75 portadores de HA em seguimento no ambulatório de HA, sendo 39 (52,0%) do sexo feminino, 64 (85,3%) brancos, com idade que variou de 40 a 84 anos, com média de 61,5 ±10,36 anos, 53 (70,7%) casados, com média de 3,08 ±1,99 filho. As ocupações mais frequentes foram 36 (48,0%) aposentados e 18 (24,0%) do lar, a maioria, 49 (65,3%), com ensino fundamental incompleto, 61 (81,3%) com renda familiar de um a três salários mínimos e média de 2,69 ±0,99 pessoa dependentes da renda, 71 (94,7%) residiam com outros membros da família, média de 2,85 ±1,19 pessoa.

Todos recebiam atendimento pelo Sistema Único de Saúde e três (4,0%) possuíam plano de saúde particular.

As características gerais deste grupo são muito semelhantes àquelas encontradas no estudo de Barbosa (2007). Há consonância ainda com os resultados do estudo de Strelec, Pierin e Mion Júnior (2003) realizado entre 130 portadores de HA em que identificaram que: 73% eram mulheres, idade média de 60 ±11 anos, 58%, casados, 70%, brancos, 45%, aposentados, 45% possuíam o 1º grau incompleto e 64% com renda familiar de um a três salários mínimos.

Bloch, Melo e Nogueira (2008), ao estudarem 200 portadores de HA resistentes, seguidos em um hospital universitário para estimar a prevalência de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, encontraram que a maioria era do sexo feminino (73,5%), idade média de 63 anos, mínima-máxima 38-87 anos e escolaridade com nível fundamental incompleto (72,7%).

Estudo de Castro e Car (1999) encontrou dados semelhantes, indicando uma população de baixa renda e de baixo nível de escolaridade.

As diferenças socioeconômicas têm um papel importante nas condições de saúde que influenciam diferentes fatores, tais como acesso ao sistema de saúde, grau de informação, entendimento da condição médica e adesão ao tratamento (KANJILAL et al., 2006).

O baixo nível socioeconômico também tem sido indicado como um fator predisponente para HAS, possivelmente devido à educação, renda, ao ambiente, ao acesso a serviços de saúde, ao estresse psicossocial, aos aspectos culturais relacionados à dieta e à atividade física, entre outros (AFONSO; SICHIERI, 2002).

Estudos têm mostrado que idade mais elevada, baixa escolaridade, baixa renda, menos de 5 anos de doença associam-se ao abandono e controle inadequado da PA (BUSNELLO et al., 2001; PIERIN et al., 2001).

Quanto aos valores de PA, de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), 36 (48,0%) dos portadores de HA apresentaram valores de PA maiores que 140X90mmHg, dos quais 13 (17,3%) foram classificados como hipertensão sistólica isolada, nove (12,0%), hipertensão estágio 1; oito (10,7%), hipertensão estágio 2 e seis (8,0%), hipertensão estágio 3 (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial (n=75), de acordo com a classificação da pressão arterial das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006). São José do Rio Preto, 2008-2009

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	N	%
Ótima	<120	<80	15	20,0
Normal	<130	<85	13	17,3
Limítrofe	130-139	85-89	11	14,6
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99	9	12,0
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109	8	10,7
Hipertensão estágio 3	>180	>110	6	8,0
Hipertensão sistólica isolada	>140	<90	13	17,3

Em portadores de HA atendidos no ambulatório de um hospital universitário em São Paulo, as taxas de controle pressórico foram de 20,9% do total de portadores de HA e de 23,4% para os portadores de HA com diabetes (FREITAS et al., 2002).

No Brasil, estudos realizados por vários autores, também encontraram níveis elevados de PA, nos pacientes em tratamento, corroborando com os dados do nosso estudo (COLOMBO, 1995; SIMÃO, 2001; STRELEC; PIERIN; MION JÚNIOR, 2003; TRINDADE, 1998).

No estudo de Pierin et al. (2001), cerca de um terço dos portadores de HA estudados estava com a PA controlada.

Apesar de não se conhecer o percentual de controle da PA em nosso país, podemos estimar que este deva ser baixo, pois mesmo em ambulatórios especializados em tratamento da hipertensão, os percentuais de controle da PA

estão em torno de 30% a 35% (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2004).

Na Grécia, um estudo transversal com 1.000 pacientes em tratamento com uso de medicamentos anti-hipertensivos, o controle satisfatório da PA foi observado em apenas 20% dos portadores de HA (YIANNAKOPOULOU et al., 2005).

Gusmão (2005) avaliou o controle da PA em portadores de HA complicados e não complicados que participaram de programa de atenção especial com atividades multidisciplinares, assistência individualizada, personalizada, acesso facilitado ao tratamento medicamentoso e reuniões periódicas. Após três anos do término do programa, observou-se que o valor da PA caiu significativamente nos pacientes complicados de 70% para 49% e nos não complicados de 78% para 50%. Os dados evidenciam a importância da equipe multidisciplinar em uma atuação individualizada, abrangente e contínua no tratamento de pacientes com hipertensão.

A hipertensão arterial sistólica isolada (HASI) é um quadro tipicamente apresentado por idosos, sendo mais prevalente entre 65 e 89 anos e parece estar mais associada a eventos cardiovasculares (WILKINGS et al., 1988), devido às alterações associadas ao envelhecimento, o que torna difícil delimitar esse processo normal da hipertensão como entidade fisiopatológica distinta (BRASIL, 1993; MORIGUTTI et al., 2001).

Barbosa et al. (2006) mostraram frequência 11,6 vezes mais comum de HASI em indivíduos com mais de 70 anos que entre aqueles com menos de 40 anos.

Cesarino (2000) indica que o controle da PA em níveis abaixo de 140X90mmHg proporciona redução de mortalidade e morbidade atribuídas à HAS, tendo um decréscimo de 53% no número de indivíduos acometidos por DCVs e aumento na expectativa de vida de aproximadamente 60%.

Pelos dados da Tabela 3, constatou-se que 27 (36,0%) dos portadores de HA apresentaram sobrepeso e 36 (48,0%), obesidade. Em relação à CC, constatou-se, que 29 (80,6%) dos homens e 37 (94,9%) das mulheres apresentaram valores superiores aos preconizados. Quanto à RCQ, 16 (44,4%) dos homens e 32 (82,1%) das mulheres apresentaram valores alterados.

Tabela 3 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo variáveis clínicas. São José do Rio Preto, 2008-2009

Variáveis	N	%
IMC (kg/m^2)		
Eutrófico (18,0 a 24,9)	12	16,0
Sobrepeso (25,0 a 29,9)	27	36,0
Obesidade I (30,0 a 34,9)	24	32,0
Obesidade II (35,0 a 39,9)	6	8,0
Obesidade III (≥ 40,0)	6	8,0
Circunferência da Cintura (cm)		
Masculino		
<94	7	19,4
≥94	29	80,6
Feminino		
<80	2	5,1
≥80	37	94,9
Relação Cintura / Quadril		
Masculino		
<1,00	20	55,6
≥1,00	16	44,4
Feminino		
<0,85	7	17,9
≥0,85	32	82,1

Esses achados são semelhantes aos encontrados por Bloch, Melo e Nogueira (2008) que identificaram que a maioria dos portadores de HA estava na faixa de IMC com sobrepeso (36,2%), seguida de obesidade grau I (28,6%).

Estima-se em 60% a proporção de portadores de HA com peso acima de 20% do ideal, sendo esse o principal determinante do processo em 1/3 dos pacientes entre 24 e 64 anos. Em ambos os sexos, seu maior pico ocorre entre 45 e 64 anos. O excesso de peso apresenta tendência crescente nas últimas décadas (WHO, 1997; MONTEIRO et al., 2000).

De acordo com a pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2003), sobre a obesidade no país, a frequência do excesso de peso atinge 38,8 milhões de brasileiros, o que corresponde a 40,6% da população adulta. Destes, 10,5 milhões possuem IMC acima de 25 e são considerados com sobrepeso.

A obesidade constitui provavelmente o maior fator de risco para o desenvolvimento de HAS (GUS; FUCHS, 1995; SABRY; SAMPAIO; SILVA, 2002) e é um forte preditor de vários fatores de risco para as doenças cardíacas, incluindo a resistência à insulina, à dislipidemia e à hipertensão (RIBEIRO; ZANELLA, 2000).

O risco de desenvolver doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares, HAS, DM e dislipidemias, parece se elevar progressivamente quando o IMC atinge níveis superiores a 25Kg/m^2, e com medidas de CC acima de 94cm para homens e superiores a 80cm para mulheres (GOULART; BENSENÕR, 2006; MANCINI, 2005).

A obesidade e, particularmente, a localização abdominal de gordura tem grande impacto sobre as DCVs por se associar com grande frequência a condições tais como dislipidemias, HAS, resistência à insulina e DM que favorecem a ocorrência de eventos cardiovasculares, particularmente os coronarianos (KANNEL et al., 2002; TONSTAD; HJERMANN, 2003).

O excesso de gordura abdominal, independente do grau de sobrepeso, pode ser avaliado por meio da RCQ, sendo um importante fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (AFONSO; SICHIERI, 2002).

O sobrepeso e a presença de obesidade abdominal estão associados com muitas anormalidades metabólicas deletérias, tais como: baixo HDL-C, hipertrigliceridemia, aumento do LDL-C, HAS, intolerância à glicose, resistência à insulina e DM (BEEGON et al., 1995).

Em estudo transversal que avaliou a adesão farmacológica por meio do teste de Morisky realizado em 2006, no ambulatório do Rio Grande do Sul (RS), a média do IMC foi de 27,1 ±4,2kg/m^2, sendo o sobrepeso identificado em 47,8% da amostra. A obesidade abdominal esteve presente na maioria dos homens (59,3%) e em 69,7% das mulheres (LUNELLI et al., 2009).

4.2 Fatores relacionados à doença e ao tratamento medicamentoso

O tempo de diagnóstico de HAS variou de 1 a 40 anos com média de 15,57 ±9,61 anos, todos referiram realizar o tratamento da doença, com média de 15,06 ±9,59 anos.

Quando questionados sobre a cura da HA e os riscos decorrentes da doença, 67 (89,3%) responderam não ter cura e 72 (96,0%) citaram o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), o AVE e a IRC como riscos decorrentes da HA.

Estudo de Silvestre-Busto et al. (2001) mostrou que a percepção de maior gravidade da patologia está associada à maior adesão, mesmo em tratamentos mais longos.

Heurtin-Roberts e Reisin (1992), ao examinarem a relação entre a interpretação dada pelo paciente sobre a doença hipertensiva e a adesão ao tratamento, identificaram que os pacientes que conseguiam definir a HAS como a elevação da PA e relacionar essa elevação ao risco de desenvolver DCVs apresentavam maior adesão ao tratamento do que os que não tinham essa compreensão.

Na Tabela 4, encontra-se a indicação das principais comorbidades relacionadas à HAS, apresentada pelos portadores de HA, em que se identificou que: 40 (53,3%) citaram o DM, 35 (46,6%), a dislipidemia, 17 (22,7%), o AVE, 11 (14,6%), o IAM, 6 (8,0%), a IRC, 4 (5,3%), a depressão e 2 (2,7%), a ICC.

Tabela 4 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo as principais comorbidades apresentadas pelos sujeitos. São José do Rio Preto, 2008-2009

Comorbidades	N	%
Diabetes Mellitus	40	53,3
Dislipidemia	35	46,6
Acidente Vascular Encefálico	17	22,7
Infarto Agudo do Miocárdio	11	14,6
Insuficiência Renal Crônica	6	8,0
Depressão	4	5,3
Insuficiência Cardíaca Congestiva	2	2,7

Gus et al. (2004) detectaram maiores prevalências de hipercolesterolemia (38,4%) e DM (9,6%) entre os portadores de HA do que entre indivíduos com níveis pressóricos normais, salientando a importância do controle desses fatores, além da própria HAS.

A HAS está associada a 40% das mortes por AVE e 25% daqueles por doenças coronarianas (MION JÚNIOR et al., 2006).

Na Tabela 5, estão descritos os medicamentos mais comumente usados pelos portadores de HA, excluindo-se o uso de anti-hipertensivos, os resultados indicam que a classe de hipoglicemiantes 44 (58,7%) e os antiagregantes plaquetários 41 (54,7%) foram os mais utilizados.

Tabela 5 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo medicamentos mais comumente usados. São José do Rio Preto, 2008-2009

Tipo	N	%
Hipoglicemiante	44	58,7
Antiagregante plaquetário	41	54,7
Hipolipimiante	36	48,0
Antiulceroso	12	16,0
Antiarrítmico	5	6,6
Anticoagulante	4	5,3

O número de medicamentos utilizados, diariamente, variou de 3 a 9 comprimidos, com média de 5,1 comprimidos/paciente, desses, os anti-hipertensivos variaram de um a seis comprimidos, com média de 3 comprimidos ao dia por paciente.

Em estudo de revisão, Rozenfeld (2003) encontrou que cerca de 30% dos idosos consumiam cinco ou mais medicamentos e que os mais utilizados são os de ação cardiovascular, sendo os anti-hipertensivos os que ocupam o topo da lista.

Diferentes estudos apontam a quantidade média diária de anti-hipertensivos utilizados pelos sujeitos, sendo 3,9 Bloch, Melo e Nogueira (2008), 4,9 ±1,2 Lunelli et al. (2009).

Em relação aos medicamentos usados para o tratamento da HAS, as drogas mais frequentes foram os diuréticos 63 (84,0%), seguidas pelos inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores canais de cálcio e inibidor adrenérgico (69,3%, 49,3% e 45,3%, respectivamente). Em menor frequência apareceram os antagonistas do receptor angiotensina 1 (22,5%).

Segundo Polanezk (2002), os diuréticos e betabloqueadores possuem melhor custo-efetividade, sendo indicados como primeira opção para o tratamento de HAS leve e moderada.

Ainda em relação ao tratamento da HAS, verificou-se que 32 (42,7%) dos portadores de HA usavam duas classes de anti-hipertensivos, 24 (32,0%) usavam apenas uma classe de anti-hipertensivo e 19 (25,3%) usavam três ou mais classes de anti-hipertensivos.

No estudo de Strelec, Pierin e Mion Júnior (2003), verificou-se que 56% dos pacientes tinham prescrição de dois anti-hipertensivos, 26%, um anti-hipertensivo e 18%, três ou mais.

Nos EUA, em 2003, pesquisadores estudaram 2.500 pacientes portadores de HA, mediante aplicação de questionário para avaliação de seu conhecimento sobre a hipertensão e a medida da PA e constataram que 72% dos pacientes possuíam um bom conhecimento da doença e da necessidade de um controle para evitar complicações (ALEXANDER et al., 2003).

4.3 Avaliação da adesão pelo Teste de Morisky e Green

Neste item, serão apresentados os dados referentes à adesão medicamentosa avaliada pelo Teste de Morisky e Green e relacionada às características sociodemográficas dos portadores de HA.

O grau de adesão foi determinado por pontuação das respostas: Sim=0 e Não=1. Os resultados variam de 0 a 4, correspondendo, o menor valor aos que não têm adesão e o maior valor aos que têm adesão. O critério adotado para pontuação foi de 0 a 3 pontos para os que não têm adesão e 4 pontos para os que têm adesão, conforme protocolo do teste de Morisky e Green.

No presente estudo, 21 (28,0%) dos portadores de HA apresentaram adesão ao tratamento quando avaliados pelo Teste de Morisky e Green e 54 (72,0%) não tiveram adesão (pontuação no teste≤3).

De acordo com estudo de Barbosa e Lima (2006), existe escassez de dados de índices de adesão no Brasil e no mundo, e foram obtidos em diferentes tipos de população e com critérios variados, citando estudos no Japão, Noruega, Estados Unidos, China, Alemanha, Gâmbia, Seychelles, Grécia e Eslováquia apresentaram respectivos índices de adesão à medicação de 65%, 58%, 51%, 43%, 32,3%, 27%, 26%, 15% e 7%, mas a meta seria de ao menos 80%.

Há informação pontual, do ano 2000, sobre a excepcional elevação da taxa de adesão ao tratamento da HAS para 73% em Brasília e Catanduva, posterior à implementação de um programa de HA com busca ativa, o Prodatha, com previsão otimista da minimização do impacto negativo HAS (BARBOSA-TOSCANO, 2000).

Em portadores de HA atendidos em ambulatório de hospitais universitários, 56,0% abandonaram o tratamento em Porto Alegre (BUSNELLO et al., 2001), e 56,2% dos homens e 61,2% das mulheres estudadas em dez cidades do Estado da Bahia também abandonaram o tratamento (ANDRADE et al., 2002).

Muxfeld et al. (2004) obtiveram 45% de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo em amostra de pessoas atendidas em hospital universitário no Rio de Janeiro. Strelec, Pierin e Mion Júnior (2003) com a utilização de questionário validado encontraram 77% de não adesão.

Para Freitas et al. (2001), as pessoas com um baixo nível educacional têm menos conhecimento de como prevenir as doenças e, em vista disso, menor nível de adesão. De acordo com Clark, Curran e Noji (2000), o *status* econômico influencia na habilidade dos indivíduos em seguir as recomendações. No estudo de Busnello et al. (2001), a baixa escolaridade, indicativa do perfil socioeconômico, também se relacionou à maior frequência de abandono ao tratamento dos portadores de HA atendidos em um ambulatório.

Conforme resultados apresentados na Tabela 6, observa-se que a questão com maior número de portadores de HA apresentando comportamento positivo foi em relação “à não deixar de tomar o medicamento quando se sentem mal” (98,7%), seguida por “não deixar de tomar o medicamento quando se sentem bem” (94,7%).

Tabela 6 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo as respostas dos itens do Teste de Morisky e Green. São José do Rio Preto, 2008-2009

Itens	**Sim**		**Não**	
	N	**%**	**N**	**%**
01. Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio?	53	70,7	22	29,3
02. Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?	39	52,0	36	48,0
03. Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o remédio?	4	5,3	71	94,7
04. Quando você se sente mal com remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?	1	1,3	74	98,7

Na Tabela 7, estão relacionados dados sociodemográficos dos portadores de HA em relação à prevalência de adesão pelo Teste de Morisky e Green.

Tabela 7 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo a associação entre a adesão ao tratamento pelo Teste de Morisky e Green e variáveis sociodemográficas. São José do Rio Preto, 2008-2009

Variáveis	Adesão (Teste de Morisky e Green)						
	Sim		Não				
	N	%	N	%	RP (IC)	RCP (IC)	p
Sexo							
Masculino	9	25,0	27	75,0	0,81 (0,39 – 1,69)	0,75 (0,27 – 2,07)	0,578*
Feminino	12	30,8	27	69,2			
Cor da pele							
Branca	16	25,0	48	75,0	0,55 (0,25 – 1,19)	0,4 (0,11 – 1,49)	0,273**
Não Branca	5	45,5	6	54,5			
Idade							
Adulto	10	31,3	22	68,7	1,22 (0,59 – 2,52)	1,32 (0,48 – 3,64)	0,589*
Idoso	11	25,6	32	74,4			
Mora sozinho?							
Sim	0	0,0	4	100,0	____	____	0,571**
Não	21	29,6	50	70,4			

RP: razão de prevalência; RCP: razão de chances de prevalência; * Qui-quadrado; ** Teste Exato de Fisher

Ao investigar a adesão ao tratamento medicamentoso em relação ao sexo, constatou-se que a prevalência de adesão foi de 25,0% nos homens e 30,8% nas mulheres; não foi observada diferença estatisticamente significante. Estudo realizado em nosso meio mostrou que homens tendem a ser menos aderentes ao tratamento (GIORGI, 1989).

Quanto à variável cor da pele, a prevalência de adesão ao tratamento foi de 45,5% nos não brancos e 25,0% nos brancos; não foi observada diferença estatisticamente significante. No entanto, no estudo de Lessa e Silva (1997), a tendência crescente da não adesão foi observada em Salvador: 46,4% para

brancos, 67% para pardos e 80,3% para negros. No estudo de Andrade et al. (2002), 61% dos brancos e 54,7% dos negros (p=0,2) interromperam o tratamento.

Ao analisar a idade, obteve-se prevalência de adesão ao tratamento de 31,3% nos adultos e 25,6% nos idosos; não foi observada diferença estatisticamente significante. Alguns estudos têm mostrado que pessoas com mais de 60 anos aderem menos ao tratamento e apresentam pior controle da PA (PIERIN et al., 2001; YIANNAKOPOULOU et al., 2005; HO et al., 2006).

A prevalência de adesão ao tratamento em relação a residir sozinho foi de 0,0% entre os que residem sozinhos e 29,6% nos que não residem sozinhos, não foi observada diferença estatisticamente significante. No estudo de Pierin et al. (2001), verificaram-se níveis de PA mais elevados em pessoas não casadas, associando essa elevação à possível falta de apoio familiar.

Em relação aos fatores que influenciam na tomada do medicamento, a maioria dos portadores de HA, 52 (69,3%), identificou os medicamentos pelo nome. Quarenta e sete indivíduos (62,7%) consideraram que a quantidade de medicamentos não influencia o abandono do tratamento, e 56 (74,7%) disseram não ter dificuldades para seguir o tratamento.

Setenta e dois portadores de HA (96,0%) responderam ter preferência por medicamentos que são tomados uma só vez/dia; todos estavam satisfeitos com os anti-hipertensivos de que faziam uso.

Em estudo de revisão, Claxton, Cramer e Pierce (2001) identificaram 76 estudos que mediram adesão com monitoramento eletrônico de comprimidos, com média de adesão de 71%, sendo estatisticamente maior com uma dose/dia (79%) comparada a quatro doses/dia (51%).

Estudo de Mion Júnior et al. (1995), para avaliar conhecimento e preferência de um grupo de portadores de HA, revelou que 56% preferiram tratamento medicamentoso, por via oral (84%), na forma de comprimidos (60%), uma vez ao dia (81%) e pela manhã, 81% desconheciam que a hipertensão pode ser tratada sem medicamentos, apesar de conhecerem as diferentes formas de medidas não farmacêuticas.

Quanto às dificuldades relacionadas ao acesso dos anti-hipertensivos, 44 (58,7%) relataram não ter dificuldades; 27 (36,0%) relataram dificuldade econômica, porém não deixaram de adquiri-los. Estes achados são compatíveis com os encontrados por Bastos-Barbosa et al. (2005).

Quanto ao acesso ao medicamento, 40 (53,3%) indicaram adquirir na Farmácia da Unidade de Saúde; 25 (33,3%) disseram adquirir na Farmácia da Unidade de Saúde e comprar na farmácia e 10 (13,3%) compravam na farmácia.

Todos os portadores de HA estudados citaram que o custo dos medicamentos não era motivo para abandonar o tratamento, sendo que 72 (96,0%) responderam ter consciência de que o tratamento deveria ser contínuo.

Estudos da literatura relacionam a baixa condição socioeconômica como fator limitante para o acesso e aquisição de fármacos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004; VIEIRA; FREITAS; TAVARES, 2006; WHO, 2003).

Estudo realizado em um serviço ambulatorial de hospital de ensino da cidade de São Paulo, ressalta-se o resultado de que quase 38% informaram interrupção do tratamento e 23% faltam às consultas agendadas. O motivo mais apontado para a interrupção foi preço dos medicamentos (JESUS et al., 2008).

Estudo que analisou as razões que levavam os pacientes à interrupção do tratamento para HAS identificou que as maiores razões observadas, que levaram à não adesão, foram: a normalização da PA, efeitos colaterais da medicação, esquecimento de tomar as medicações, custo das medicações, medo de misturar medicamento e bebidas alcoólicas, desconhecimento da necessidade de continuidade do tratamento, uso de tratamentos alternativos, medo de intoxicação, medo de hipotensão e medo de misturar a medicação anti-hipertensiva com outras drogas (ANDRADE et al., 2002).

Os fatores socioeconômicos, baixa renda e baixa escolaridade podem se associar diretamente à adesão pela falta de recursos para aquisição de medicamentos, representando cerca de 20% dos motivos de não adesão a anti- hipertensivos em estudo nacional (ANDRADE et al., 2002). Piette, Heisler e Wagner (2004) relatam que 2/3 dos pacientes crônicos que não tomavam os medicamentos por falta de recursos financeiros não discutiam sobre este problema com seu médico.

Todos os portadores de HA disseram não apresentar dificuldades quanto à administração do medicamento; 53 (70,7%) não possuíam queixas sobre o uso, e 22 (29,3%) apresentaram queixas como aumento da diurese, tontura, epigastralgia e sono.

É importante citar que a percepção de efeitos colaterais causados pela terapia é um entrave para a adesão, o que pode ser chamado de efeito protetor da não adesão, que seria uma não adesão inteligente à terapêutica (MILSTEIN– MOSCATI; PERSANO; CASTRO, 2000).

No estudo de Hasford (1992), foi observado que, enquanto 10% dos pacientes abandonaram o tratamento por efeitos colaterais, 50% o fizeram por se sentirem bem.

No estudo de Busnello et al. (2001), 14,5% relataram sentir alguns efeitos colaterais após o uso dos medicamentos, e 12,7% referiram complexidade do regime terapêutico.

Silva, Schenkel e Mengue (2000), ao investigarem o conhecimento de pacientes ambulatoriais relativo aos medicamentos prescritos, descobriram que a maior parte apresentava um nível de informação regular, suficiente para a administração conveniente do medicamento, porém com possibilidade de ocorrência de eventos que poderiam pôr em risco tanto a efetividade do tratamento, como a dificuldade em adequar os horários de administração dos medicamentos à rotina diária de atividades.

Fatores relativos ao tipo de regime terapêutico, isto é, ao medicamento escolhido, a associação com outros medicamentos, com ou sem interação, número de doses, via de aplicação, número de drogas, também, desempenham papel importante na adesão (PAES; BAKKER; SOE-AGNIE, 1997).

O usuário parece considerar que algumas falhas não se constituem em prejuízo ao tratamento (REINERS, 2005).

4.4 Avaliação da atitude frente à tomada de remédios

O instrumento de avaliação da atitude frente à tomada de remédios é composto de dez perguntas estruturadas, com respostas afirmativas ou negativas, a nota de corte proposta é de 7, sendo as pontuações menores ou iguais a 7 referentes à atitude negativa e pontuações maiores do que 7, à atitude positiva.

No presente estudo, 38 (50,7%) dos portadores de HA mostraram atitudes negativas frente à tomada do medicamento, e 37 (49,3%), atitudes positivas.

Dados semelhantes ao estudo de Strelec (2000), em que 56% dos portadores de HA estudados apresentaram atitudes negativas, e 44% tiveram atitudes positivas quanto à tomada do medicamento.

Nas questões do instrumento, de acordo com a Tabela 8, os maiores percentuais nas respostas para atitudes positivas foram: levar os remédios quando viajam (100,0%), tomar os remédios quando sabem que a pressão está controlada (98,7%). O menor porcentual foi alcançado por aqueles que anotam o horário para não se esquecer de tomar os remédios (8,0%), no entanto, o maior porcentual de respostas para atitudes negativas foi deixar de tomar algum dos remédios para pressão nos últimos dias (73,3%).

Tabela 8 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo as respostas dos itens do Instrumento de Avaliação da Atitude Frente à Tomada de Remédios. São José do Rio Preto, 2008-2009

Itens	**Sim**		**Não**	
	N	**%**	**N**	**%**
01. Você anota horário para não se esquecer de tomar os remédios?	6	8,0	69	92,0
02. Você toma os remédios sempre no mesmo horário?	30	40,0	45	60,0
03. Você associa o horário de tomar os remédios com as atividades do dia a dia?	68	90,7	7	9,3
04. Quando tem de sair de casa, você toma os remédios?	68	90,7	7	9,3
05. Você providencia nova caixa de remédio antes de ela acabar?	68	90,7	7	9,3
06. Você leva os remédios consigo quando viaja?	75	100,0	0	0,0
07. Você toma os remédios quando sabe que a pressão está controlada?	74	98,7	1	1,3
08. Você deixa de tomar os remédios quando ingere bebida alcoólica?	20	26,7	55	73,3
09. Deixou de tomar algum dos remédios para pressão nos últimos dias?	55	73,3	41	54,7
10. Faltou alguma vez à consulta médica nestes últimos 6 meses?	15	20,0	60	80,0

No estudo de Strelec (2000), os maiores percentuais nas respostas para atitudes positivas foram: 92% dos portadores de HA levam os remédios quando viajam e 83% providenciam outra caixa antes de acabar. O menor porcentual foi para anotar o horário para tomar o medicamento (25%). O maior porcentual para respostas de atitudes negativas foi deixar de tomar nos últimos 30 dias (48%).

A correlação da pontuação obtida nos dois instrumentos foi positiva, porém de intensidade fraca (coeficiente de correlação de Spearman=0,345), ou seja, pontuações altas no Instrumento de Avaliar a Atitude Frente à Tomada dos Remédios não resultaram em pontuações altas no Teste de Morisky e Green ou vice-versa, embora ainda exista uma correlação significativa - quanto maior a pontuação no Teste de Morisky e Green maior a pontuação no Instrumento de Avaliar a Atitude Frente à Tomada dos Remédios.

De acordo com a Tabela 9, a concordância entre os dois instrumentos (Teste de Morisky e Green e o Instrumento para Avaliar a Atitude Frente à Tomada dos Remédios), avaliada pelo coeficiente Kappa, foi baixa.

Tabela 9 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo a avaliação de concordância entre os dois instrumentos pelo coeficiente Kappa. São José do Rio Preto, 2008-2009

Teste de Morisky e Green	**IAAFTR**		
	Atitude positiva	**Atitude negativa**	**Total**
Aderente	16 (76,2%)	5 (23,8%)	21 (100,0%)
Não aderente	21 (38,9%)	33 (61,1%)	54 (100,0%)
Total	37 (49,3%)	38 (50,7%)	75 (100,0%)

Kappa = 0,303 (concordância fraca)

A avaliação da adesão utilizando os dois instrumentos (Teste de Morisky e Green e Instrumento para Avaliar a Atitude Frente à Tomada dos Remédios) mostrou que dos 21 (100,0%) portadores de HA que tiveram adesão pelo Teste de Morisky e Green, 16 (76,2%) também tiveram atitudes positivas quando da aplicação do Instrumento para Avaliar a Atitude Frente à Tomada dos Remédios. E que entre

os 54 (100,0%) portadores de HA que não tiveram adesão pelo Teste de Morisky e Green, 33 (61,1%) tiveram atitude negativa frente à tomada dos remédios.

Um dos métodos mais utilizados é a entrevista estruturada, por sua aplicação mais acessível e de menor custo. O maior problema apontado para esse método é a superestimativa da adesão, pois mais uma vez o paciente pode esconder do entrevistador ou do médico a forma como realizou o tratamento na realidade (MILSTEIN-MOSCATI; PERSANO; CASTRO, 2000).

O teste de Morisky, Green e Levine (1986) tende a superestimar a não adesão, ao contrário do que se espera de métodos indiretos, e não dá ao paciente a oportunidade de expressar suas dificuldades e seu entendimento a respeito do tratamento. Apesar dos testes serem baseados em formulários padronizados, sem aprofundamento individualizado, alguns autores citam a necessidade de que o paciente e entrevistador tenham uma relação de confiança e de que a validade dos testes dependa da sinceridade do entrevistado (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

De acordo com a Tabela 10, os valores de PAS e PAD foram menores para os portadores de HA que tiveram adesão no Teste de Morisky e Green e atitude positiva pelo Instrumento para Avaliar a Atitude Frente à Tomada dos Remédios, houve relação estatisticamente significante no valor da PAS ($p<0,05$) nos dois instrumentos.

No estudo de Shah et al. (2007), a PAD estava mais controlada no grupo com maior adesão ($p=0,001$), enquanto a PAS estava similar entre os grupos com alta e baixa adesão.

Tabela 10 - Valores da pressão arterial dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo à adesão pelo Teste de Morisky e Green e pelo Instrumento de Avaliação da Atitude Frente à Tomada dos Remédios. São José do Rio Preto, 2008-2009

Instrumentos	PAS	Estatística*	Valor-p	PAD	Estatística*	Valor-p	PAM	Estatística*	Valor-p
Adesão (Teste de Morisky e Green)									
Sim	**122,5 (105,0-172,0)**	**2,68**	**0,007**	79,6 ± 11,3	1,76	0,082	**95,1 ± 10,3**	**2,40**	**0,019**
Não	**137,0 (99,0-200,0)**			85,2 ± 12,5			**103,1 ± 13,9**		
Atitude frente à tomada dos remédios									
Atitude positiva	**129,0 (100,0-170,0)**	**2,23**	**0,026**	81,5 ± 11,8	1,48	0,144	**97,3 ± 11,3**	**2,35**	**0,022**
Atitude negativa	**138,0 (99,0-200,0)**			85,7 ± 12,8			**104,4 ± 14,5**		

*O valor da estatística corresponde aos testes t ou Mann-Whitney, de acordo com as características dos dados comparados.

Obs: os dados da pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD) e pressão arterial média (PAM) estão expressos em média ± desvio - padrão ou em mediana (mín-máx), conforme distribuição da amostra paramétrica ou não paramétrica, respectivamente.

4.5 Controle da pressão arterial relacionado com a adesão segundo o Teste de Morisky e Green e o instrumento que avalia a atitude frente à tomada dos remédios

Quanto ao controle da PA, os portadores de HA foram classificados em dois grupos: os que estavam com os níveis pressóricos controlados e aqueles com níveis pressóricos alterados.

A Tabela 11 nos mostra a prevalência do controle da PA em relação ao sexo, cor da pele, IMC, RCQ, adesão no Teste de Morisky e Green e atitude Frente à Tomada dos Remédios, nos portadores de HA estudados.

Tabela 11 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo a associação entre o controle da pressão arterial e variáveis sociodemográficas, antropométricas e adesão pelo Teste de Morisky e Green e atitude frente à tomada de remédios. São José do Rio Preto, 2008-2009

Variáveis	**Controle da PA**						
	Sim		**Não**				
	N	**%**	**N**	**%**	**RP (IC)**	**RCP (IC)**	**p**
Sexo							
Masculino	23	63,9	13	36,1	1,56 (0,99 - 2,44)	2,54 (1,0 - 6,46)	**0,048***
Feminino	16	41,0	23	59,0			
Cor da pele							
Branca	32	50,0	32	50,0	0,79 (0,47 – 1,30)	0,57 (0,15 – 2,14)	0,403*
Não Branca	7	63,6	4	36,4			
IMC							
Normal	7	58,3	5	41,7	1,15 (0,67 – 1,96)	1,36 (0,39 – 4,73)	0,436*
Alterado	32	50,8	31	49,2			
RCQ							
Normal	16	59,3	11	40,7	1,24 (0,81 - 1,90)	1,58 (0,61 – 4,10)	0,345*
Alterada	23	47,9	25	52,1			
Adesão (Morisky e Green)							
Sim	14	66,7	7	33,3	1,44 (0,95-2,19)	2,32 (0,81 – 6,65)	0,113*
Não	25	46,3	29	53,7			
IAAFTR							
Atitude +	24	64,9	13	35,1	1,64 (1,04-2,60)	2,83 (1,11 – 7,23)	**0,028***
Atitude -	15	39,5	23	60,5			

RP: Razão de prevalência; RCP: Razão de chances de prevalência; * Qui-quadrado;

Ao investigar o controle da PA em relação ao sexo, obteve-se que a prevalência de controle da PA foi de 63,9% nos homens e 41,0% nas mulheres. Foi

observada uma relação estatisticamente significante, no entanto a diferença é marginalmente significante (p=0,048).

Apesar de existirem divergências entre vários estudos, a elevação da PA é mais frequente entre os homens do que entre as mulheres com idade abaixo dos 40 anos, tendência que é invertida após os 40 anos (BRASIL, 1993).

Quanto à variável cor da pele, a prevalência de controle da PA foi de 63,6% entre os não brancos e de 50,0% entre os brancos, não houve relação estatisticamente significante.

A literatura traz que a prevalência da HAS na população negra é maior, porém, pouco se conhece sobre as características nessa população (CRUZ; LIMA, 1999).

Ao analisar o IMC, a prevalência de controle da PA foi de 58,3% para os que apresentaram IMC normal e 50,8% para aqueles com IMC alterado, não houve relação estatisticamente significante.

A prevalência de controle da PA em relação à RCQ foi de 59,3% para os que tiveram RCQ normal e 47,9% para a RCQ alterada, não houve relação estatisticamente significante.

No estudo de Simão (2001), houve correlação positiva e estatisticamente significante das variáveis IMC e RCQ com os níveis pressóricos.

A prevalência de controle da PA com a adesão medicamentosa pelo Teste de Morisky e Green foi 66,7% entre os que apresentaram adesão e 46,3% entre os que não apresentaram, não houve relação estatisticamente significante.

Nenhuma diferença estatística significante foi encontrada entre o controle da PA e entre pacientes com alta ou baixa adesão, a PA estava controlada em 49,8% dos pacientes com alta adesão e em 47% dos pacientes com baixa adesão (SHAH et al., 2007).

Morisky, Green e Levine (1986) concluíram que houve relação positiva entre as respostas do teste elaborado por eles e o controle da PA. Porém no estudo de Strelec, Pierin e Mion Júnior (2003), o Teste de Morisky e Green não se relacionou com o controle da PA.

Como os atuais agentes anti-hipertensivos são eficazes em reduzir a PA, a baixa adesão à terapia medicamentosa é uma das principais razões do baixo percentual de controle destes pacientes (MION JÚNIOR et al., 2006).

Uma meta-análise dos estudos de adesão com medidas objetivas dos desfechos do tratamento foi realizada com inclusão de 63 estudos. Os resultados mostraram que a chance de apresentar um bom desfecho é três vezes maior nos pacientes com adesão em relação aos que não têm adesão (DI MATTEO et al., 2002).

A baixa adesão tem sido identificada como causa primária do controle insatisfatório de pressão, ao passo que a boa adesão mostrou significativa redução nas complicações da HAS ao melhorar o controle da PA (SVENSSON et al., 2000; WHO, 2003).

Quanto à atitude de tomada dos remédios, a prevalência de controle da PA foi de 64,9% para os que tiveram atitudes positivas e 39,5% entre os que tiveram atitudes negativas, houve relação estatisticamente significante ($p=0,028$).

Na avaliação da atitude frente à tomada dos remédios, os pacientes com a PA controlada apresentaram pontuação significativamente mais elevada do que os não controlados ($8 \pm 1,9$ *versus* 7 ± 2; $p<0,05$) (STRELEC; PIERIN; MION JÚNIOR, 2003). Estudos internacionais mostraram que não há relação entre a adesão à medicação anti-hipertensiva e o controle da PA (GOHAR et al., 2008; SHAH et al., 2007; ZELLER; SCHROEDER; PETERS, 2007).

4.6 Controle da pressão arterial e os fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica

Os dados estudados em relação aos fatores de risco da HAS e o controle da PA foram: a prática de exercícios físicos, o tabagismo, o uso de bebida alcoólica, o estresse (Tabela 12) e também a presença de DCVs na família.

Tabela 12 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo a associação entre o controle da pressão arterial e variáveis relacionadas aos fatores de risco. São José do Rio Preto, 2008-2009

Variáveis	Controle da PA						
	Sim		Não				
	N	%	N	%	RP (IC)	RCP (IC)	p
Exercício físico							
Sim	13	48,1	14	51,9	1,12 (0,71 – 1,80)	1,27 (0,49 - 3,27)	0,617*
Não	26	54,2	22	45,8			
Fuma							
Sim	2	28,6	5	71,4	0,53 (0,16 – 1,73)	0,34 (0,06 – 1,85)	0,250**
Não	37	54,4	31	45,6			
Bebida alcoólica							
Sim	8	61,5	5	38,5	1,23 (0,75 – 2,02)	1,60 (0,47 – 5,44)	0,449*
Não	31	50	31	50			
Estresse							
Sim	21	51,2	20	48,8	0,97 (0,63 – 1,49)	0,93 (0,38 – 2,32)	0,882*
Não	18	52,9	16	47,1			

RP: razão de prevalência; RCP: razão de chances de prevalência; * Qui-quadrado; ** Teste Exato de Fisher

Entre os portadores de HA que apresentaram PA ≥140X90mmHg: 22 (61,1%) eram sedentários; cinco (13,9%), fumantes; cinco (13,9%) faziam uso de bebida alcoólica e 20 (55,5%) diziam ser estressados.

Ao investigar o controle da PA em relação ao exercício físico, obteve-se que 54,2% apresentaram controle da PA, mesmo entre os que não praticavam exercício físico, e 48,1% entre os que praticavam exercício físico, sendo que a aplicação de teste estatístico indicou que não houve relação estatisticamente significante.

A prática regular de exercícios físicos é recomendada para todos os portadores de HA, inclusive aqueles sob tratamento medicamentoso, porque reduz a PAS e PAD em 6,9/4,9mmHg respectivamente (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

As pessoas que praticam exercícios regularmente são mais saudáveis e têm PA mais baixas em relação àquelas que não praticam (BEEVERS; MACGREGOR, 2000; CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1999; POEHLMANN, 2003). Muitos são os estudos disponíveis sobre a prática regular de exercícios físicos e a melhoria do controle da PA em portadores de HA (CERVATO et al., 1997; LOPES; BARRETO-FILHO; RICCIO, 2003; SANTOS; LIMA, 2005; ALVES et al., 2005).

Pacientes portadores de HA devem iniciar atividade física regular, pois além de diminuir PA, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de AVE e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso (BRASIL, 2006).

A diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial é capaz de produzir redução da PA. A redução da ingestão calórica leva à perda de peso e à diminuição da PA, mecanismo explicado pela queda da insulinemia, redução da sensibilidade ao sódio e diminuição da atividade do sistema nervoso autônomo simpático (BRASIL, 2006).

Quanto à variável tabagismo, o controle da PA foi de 54,4% entre os que não fumavam e de 28,6% entre os que fumavam, indicando que não houve relação estatisticamente significante.

O uso do tabaco aumenta transitoriamente a PA, provavelmente pela liberação de noradrenalina induzida pela nicotina. A redução ou o abandono do ato de fumar em indivíduos portadores de HA deve ser estimulada, devido ao aumento do risco cardiovascular quando os dois fatores estão associados, e pelos graves problemas que o tabaco representa para o aparelho cardiorrespiratório (NOBRE; LIMA; MOURA JÚNIOR, 1998).

A avaliação pela Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial - MAPA indicou que a PAS de portadores de HA fumantes foi significativamente mais elevada do que em não fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. Portanto, os portadores de HA que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas (BRASIL, 2006).

O tabagismo é um importante fator de risco para HAS porque se associa com a maior incidência de mortalidade por doença arterial coronariana, AVE e insuficiência venosa periférica, favorecendo o aumento da PA (AFONSO; SICHIERI, 2002).

Ao analisar o uso da bebida alcoólica, a prevalência de controle da PA foi de 61,5% para os que faziam uso e de 50,0% para os que não faziam uso, indicando que não houve relação estatisticamente significante.

Apesar de os dados do presente estudo mostrarem que entre os indivíduos que ingeriam bebida alcoólica, 61,5% estavam com a PA controlada, estudo feito por Jardim et al. (2007) mostrou que pessoas com o hábito de consumir bebida alcoólica diária ou semanalmente apresentaram significância estatística com a HAS.

Com a redução do consumo de bebida alcoólica pode ocorrer uma redução média de 3,3mmHg na PAS e 2mmHg na PAD (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

O alto consumo de bebida alcoólica está associado com o aumento no risco de AVE, aumento nos níveis pressóricos e o aumento da prevalência e da incidência de HAS. O álcool pode causar ainda atenuação da potência anti-hipertensiva das drogas (CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1999; BEEVERS; MACGREGOR, 2000; SOUZA; AMARAL, 2004).

A prevalência de controle da PA em relação ao estresse foi de 52,9% para os que disseram não serem estressados e 51,2% para os que disseram, indicando que não houve relação estatisticamente significante.

Os locais que indicaram como sendo mais estressantes foram a sua casa (45,3%), o trabalho (41,3%) e ambos (13,3%).

O estresse mental ou psicológico ocorre cotidianamente em nossas vidas e a capacidade de reagir motora e fisiologicamente é uma resposta natural e necessária; entretanto, a reatividade exacerbada ao estresse mental identifica indivíduos sob maior risco de desenvolver hipertensão e pode provocar eventos cardiovasculares e morte súbita (NOBREGA; CASTRO; SOUZA, 2007).

O suporte social tem significativa importância na manutenção do bem-estar, pois proporciona sustentação emocional que favorece a saúde por estabelecer um relacionamento interpessoal baseado em confiança, solidariedade e valorização, proporcionando, assim, melhor adaptação às condições de estresse (VIEIRA, 1997). Ainda, a presença de redes de suporte social encoraja e facilita a participação ativa dos sujeitos nas atividades necessárias para o controle da hipertensão (BOLTANSKI, 1993).

O cuidado da pessoa com HAS vai muito além da simples redução de seus níveis de PA, pois também demanda investimentos para reduzir os riscos da doença

cardiovascular; o envolvimento da pessoa no controle da obesidade, do sedentarismo, das dislipidemias, da ingestão excessiva de bebida alcoólica, assim como o abandono do tabagismo e o gerenciamento do estresse cotidiano (BASTOS; BORENSTEIN, 2004). Sobre este aspecto, é fundamental envidar esforços no processo de educação à saúde, visando a contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população (PIRES; MUSSI, 2009).

Quanto à presença de DCVs na família dos portadores de HA, 67 (89,3%) referiram antecedentes familiares para HAS, 41 (54,7%) referiram DM; 10 (13,3%), angina; 33 (44,0%), IAM; 31 (41,3%), AVE; 14 (18,7%), insuficiência renal e 26 (34,7%), morte súbita. Apenas dois (2,7%) indivíduos referiram não apresentar nenhum antecedente familiar, e um (1,3%) referiu não saber, portanto 72 (96,0%) apresentaram um ou mais fatores de risco para a HAS na família.

A maioria dos portadores de HA referiu antecedentes familiares para HAS ou doenças cardíacas. Sabe-se que a hereditariedade é um dos fatores de risco para a hipertensão, conforme relatos na literatura (CRUZ; LIMA, 1998; SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002; SIQUEIRA; VEIGA; COSTA JÚNIOR, 2003; COSTA et al., 2007).

Não houve relação estatisticamente significante entre os fatores de risco para HAS com os valores de PAS, PAD e PAM (Tabela 13).

Muitos fatores predispõem os indivíduos ao aumento da PA (SANCHEZ; PIERIN; MION JÚNIOR, 2004; STRELEC; PIERIN, MION JÚNIOR, 2003). A herança genética é o único que não é modificável. Os demais, como a ingestão de muito sal, estresse, obesidade, sedentarismo e ingestão de bebida alcoólica em excesso, são passíveis de modificação. Portanto, a atuação dos profissionais de saúde no controle da hipertensão deve prever a adoção de hábitos de vida saudáveis (MANO; PIERIN, 2005).

O controle da hipertensão e a manutenção de níveis tensionais exigem intervenção constante e programada aos pacientes, incentivando a mudança de estilos de vida e mantendo de modo adequado o tratamento (PIERIN; STRELEC; MION JÚNIOR, 2004).

Em pesquisa realizada por Castro e Car (2000), comprovou-se que as modificações no estilo de vida relacionaram-se à presença de sintomatologia, à compreensão dos doentes sobre a doença e ao impacto desta em suas vidas.

Tabela 13 - Valores da pressão arterial dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo os fatores de risco da hipertensão arterial. São José do Rio Preto, 2008-2009

Fatores de risco	PAS	Estatística*	p	PAD	Estatística*	p	PAM	Estatística*	p
Exercício físico									
Sim	135,9 ± 18,5	0,13	0,897	84,4 ± 11,9	0,41	0,680	101,6 ± 11,2	0,32	0,747
Não	135,2 ± 23,1			83,2 ± 12,8			100,5 ± 14,6		
Tabagismo									
Sim	130,0 (124,0-170,0)	1,25	0,209	86,0 (80,0-100,0)	1,09	0,274	108,3 (95,0-115,3)	1,50	0,133
Não	130,5 (99,0-200,0)			80,5 (60,0-120,0)			99,2 (76,3-136,0)		
Estresse									
Sim	134,0 (106,5-200,0)	0,82	0,412	85,2 ± 12,4	1,20	0,231	102,3 ± 12,7	0,99	0,325
Não	128,0 (99,0-180,0)			81,7 ± 12,3			99,2 ± 14,3		

*O valor da estatística corresponde aos testes t ou Mann-Whitney, de acordo com as características dos dados comparados.

Obs: os dados da pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD) e pressão arterial média (PAM) estão expressos em média ± desvio-padrão ou em mediana (mín-máx), conforme distribuição da amostra paramétrica ou não paramétrica, respectivamente.

4.7 Características relacionadas aos exames laboratoriais

A investigação clínico-laboratorial do hipertenso objetiva explorar as seguintes condições: confirmar a elevação da PA e firmar o diagnóstico; avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo; identificar fatores de risco para DCVs e risco cardiovascular global; diagnosticar doenças associadas à HAS; diagnosticar, quando houver, a causa da HAS. Para atingir tais objetivos, são fundamentais as seguintes etapas: história clínica, exame físico e avaliação laboratorial inicial do hipertenso (BRASIL, 2006).

Pela análise dos resultados dos exames laboratoriais estudados, a maioria dos portadores de HA apresentou os resultados dentro dos valores de referência, indicando um controle metabólico adequado, com exceção da glicemia, em que 48 (64,9%) estavam com valores alterados.

A Tabela 14 relaciona os exames laboratoriais com o valor da PAS, PAD e PAM dos portadores de HA estudados. Houve relação estatisticamente significante nos valores da PAD relacionados com os valores do colesterol total, LDL-c e triglicérides.

Tabela 14 - Valores da pressão arterial dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo os resultados dos exames laboratoriais. São José do Rio Preto, 2008-2009

Variáveis	PAS	Estatística*	p	PAD	Estatística*	p	PAM	Estatística*	p
Potássio									
Normal	134,8 ± 21,4	1,17	0,247	81,3 (60,0-120,0)	0,57	0,566	100,5 ± 13,5	1,08	0,286
Alterado	147,8 ± 25,3			89,5 (73,0-100,0)			107,9 ± 12,4		
Creatinina									
Normal	135,7 ± 21,7	0,07	0,947	84,0 (65,0-110,0)	1,68	0,093	102,2 ± 13,8	1,02	0,311
Alterada	135,3 ± 22,1			80,0 (60,0-120,0)			98,9 ± 13,2		
Glicemia									
Normal	133,3 ± 19,0	0,65	0,518	83,5 ± 13,4	0,004	0,997	100,1 ± 14,0	0,35	0,729
Alterada	136,7 ± 23,0			83,5 ± 12,1			101,3 ± 13,4		
Colesterol -T									
Normal	130,0 (99,0-172,0)	1,22	0,223	**81,1 ± 11,3**	**2,42**	**0,018**	**98,5 ± 12,2**	**2,11**	**0,038**
Alterado	138,0 (105,0-200,0)			**88,3 ± 13,4**			**105,4 ± 15,0**		
LDL - C									
Normal	130,0 (99,0-172,0)	1,00	0,319	**80,4 ± 10,8**	**2,71**	**0,008**	**98,1 ± 12,1**	**2,17**	**0,033**
Alterado	135,5 (105,0-200,0)			**88,1 ± 13,4**			**104,9 ± 14,6**		
HDL - C									
Normal	135,9 ± 22,3	0,36	0,718	82,0 (60,0-110,0)	1,43	0,152	100,7 (76,3-136,0)	1,07	0,286
Alterado	133,2 ± 17,6			78,0 (66,0-120,0)			95,3 (85,3-130,0)		
Triglicérides									
Normal	134,8 ± 20,3	0,38	0,709	**81,1 ± 11,2**	**2,38**	**0,020**	99,0 ± 12,6	1,64	0,106
Alterado	136,8 ± 24,3			**88,2 ± 13,7**			104,4 ± 14,7		
Ácido úrico									
Normal	136,8 ± 22,6	0,92	0,360	81,5 (65,0-110,0)	0,66	0,506	101,6 ± 14,4	0,86	0,394
Alterado	132,0 ± 18,8			80,0 (60,0-120,0)			98,7 ± 12,6		

*O valor da estatística corresponde aos testes t ou Mann-Whitney, de acordo com as características dos dados comparados. Obs: os dados da PAS, PAD e PAM estão expressos em média ± desvio-padrão ou em mediana (mín-máx), conforme distribuição da amostra paramétrica ou não paramétrica, respectivamente.

O LDL-C é fator causal e independente de aterosclerose sobre o qual deve-se agir para diminuir a morbimortalidade. A prevenção deve basear-se no risco absoluto de eventos coronarianos, todos os indivíduos devem ser submetidos à mudança do estilo de vida com dieta, exercício, abstenção do fumo e perda de peso (DIRETRIZES DE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE, 2001).

Houve relação estatisticamente significativa nos valores da PAD relacionados ao colesterol total, LDL-c e triglicérides.

Em estudo de coorte prospectiva, a partir da observação inicial realizada entre junho de 1997 e junho de 1998 e com seguimento até janeiro de 2003, as covariáveis associadas com maior risco de mortalidade total e cardiovascular foram: diabetes, tabagismo, ausência de atividade física regular e a doença cardiovascular prévia. As idosas com níveis reduzidos de HDL-c apresentaram uma associação positiva somente com a mortalidade total (CABRERA et al., 2005).

5 CONCLUSÕES

A seguir serão apresentadas as principais conclusões, de acordo com a sequência dos resultados apresentados anteriormente.

5.1 Caracterização dos portadores de hipertensão arterial segundo as variáveis sociodemográficas e dados clínicos

Fizeram parte do estudo 75 portadores de HA em seguimento no ambulatório de HA, 39 (52,0%) eram do sexo feminino, 64 (85,3%), brancos, com idade que variou de 40 a 84 anos com média de 61,5 ±10,36 anos, 53 (70,7%), casados, com média de 3,08 ±1,99 filho. As ocupações mais frequentes foram 36 (48,0%) aposentados e 18 (24,0%) do lar, a maioria, 49 (65,3%), com ensino fundamental incompleto, 61 (81,3%) com renda familiar de um a três salários mínimos e média de 2,69 ±0,99 pessoa dependentes da renda, 71 (94,7%) residiam com outros membros da família, média de 2,85 ±1,19 pessoa.

Quanto aos valores de PA, 36 (48,0%) apresentaram valores maiores que 140X90mmHg, dos quais 13 (17,3%) foram classificados como hipertensão sistólica isolada, nove (12,0%), hipertensão estágio 1; oito (10,7%), hipertensão estágio 2 e seis (8,0%), hipertensão estágio 3.

Pode-se identificar que 27 (36,0%) dos portadores de HA apresentaram sobrepeso e 36 (48,0%), obesidade. Em relação à CC, constatou-se, que 29 (80,6%) dos homens e 37 (94,9%) das mulheres apresentaram valores maiores que os preconizados. E quanto à RCQ, 16 (44,4%) dos homens e 32 (82,1%) das mulheres apresentaram valores alterados.

5.2 Fatores relacionados à doença e ao tratamento medicamentoso

O tempo de diagnóstico de HAS variou de 1 a 40 anos com média de 15,57 ±9,61 anos, todos referiram realizar o tratamento da doença, com média de 15,06 ±9,59 anos.

Quando questionados sobre a cura da HAS e os riscos decorrentes da doença, 67 (89,3%) responderam não ter cura e 72 (96,0%) citaram o IAM, o AVE e a IRC como riscos decorrentes da HAS.

A indicação das principais comorbidades relacionadas à HAS, segundo os portadores de HA, foram 40 (54,3%) o DM e 35 (46,6%) a dislipidemia.

O número de medicamentos, utilizados diariamente, variou de 3 a 9 comprimidos, com média de 5,1 comprimidos/paciente, desses, os anti-hipertensivos variaram de 1 a 6 comprimidos, com média de 3 comprimidos/paciente.

Os medicamentos mais comumente usados entre os portadores de HA foram os hipoglicemiantes 44 (58,7%) e os antiagregantes plaquetários 41 (54,8%).

Em relação aos medicamentos usados para tratamento da hipertensão, as drogas mais frequentes foram os diuréticos 63 (84,0%), seguidas pelos inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores canais de cálcio e inibidor adrenérgico (69,3%, 49,3% e 45,3%, respectivamente). Em menor frequência apareceram os antagonistas do receptor angiotensina 1 (22,5 %).

Ainda em relação ao tratamento da HAS, verificou-se que 32 (42,7%) dos portadores de HA usavam duas classes de anti-hipertensivos, 24 (32,0%) usavam apenas uma classe de anti-hipertensivo e 19 (25,3%) usavam três ou mais classes de anti-hipertensivos.

5.3 Avaliação da adesão pelo Teste de Morisky e Green

No presente estudo, 21 (28,0%) dos portadores de HA apresentaram adesão ao tratamento quando avaliados pelo Teste de Morisky e Green, e 54 (72,0%) não tiveram adesão (pontuação no teste ≤3).

Ao investigar a adesão ao tratamento medicamentoso em relação às variáveis sociodemográficas como sexo, cor da pele, idade e morar sozinho, obteve-se uma prevalência maior entre as mulheres (30,8%), os não brancos (45,5%), os adultos (31,3%) e os que não residem sozinhos (29,6%).

A maioria dos portadores de HA, 52 (69,3%), identificou os medicamentos pelo nome. Quarenta e sete indivíduos (62,7%) consideraram que a quantidade de

medicamentos não influencia no abandono ao tratamento, e 56 (74,7%) disseram não terem dificuldades para seguir o tratamento.

Setenta e dois portadores de HA (96,0%) responderam ter preferência por medicamentos que são tomados uma só vez ao dia, e todos estavam satisfeitos com os anti-hipertensivos que faziam uso.

Quanto às dificuldades relacionadas ao acesso dos anti-hipertensivos, 44 (58,7%) relataram não ter dificuldades; 27 (36,0%) relataram dificuldade econômica, porém não ficavam sem eles.

Quanto ao acesso ao medicamento, 40 (53,3%) indicaram adquirir na Farmácia da Unidade de Saúde; 25 (33,3%) disseram adquirir na Farmácia da Unidade de Saúde e comprar na farmácia, e 10 (13,3%) compravam na farmácia.

Todos os portadores de HA estudados citaram que o custo dos medicamentos não era motivo para abandonar o tratamento, sendo que 72 (96,0%) responderam ter consciência de que o tratamento deveria ser contínuo.

Todos disseram não apresentarem dificuldades quanto à administração do medicamento. Cinquenta e três (70,7%) não possuíam queixas quanto a eles, e 22 (29,3%) apresentaram queixas como aumento da diurese, tontura, epigastralgia e sono.

5.4 Avaliação da atitude frente à tomada de remédios

Em relação à avaliação da atitude frente à tomada de remédios, 38 (50,7%) dos portadores de HA mostraram atitudes negativas frente à tomada do medicamento e 37 (49,3%), atitudes positivas.

Em relação à pontuação obtida no Teste de Morisky e Green e no Instrumento para Avaliar a Atitude Frente à Tomada dos Remédios, em alguns indivíduos, escores altos no Teste de Morisky e Green não resultaram em altos valores no Instrumento para Avaliar a Atitude Frente à Tomada dos Remédios, ou vice-versa, o que indica correlação fraca entre os dois instrumentos.

A correlação da pontuação obtida nos dois instrumentos foi positiva, porém de intensidade fraca (coeficiente de correlação de 0,345), ou seja, pontuações altas no Instrumento de Avaliar a Atitude Frente à Tomada dos Remédios não resultaram em

pontuações altas no Teste de Morisky e Green ou vice-versa, embora ainda exista uma correlação significativa - quanto maior a pontuação no Teste de Morisky e Green maior a pontuação no Instrumento de Avaliar a Atitude Frente à Tomada dos Remédios.

A avaliação da adesão utilizando os dois instrumentos (Teste de Morisky e Green e Instrumento para Avaliar a Atitude Frente à Tomada dos Remédios) mostrou que, dos 21 (100,0%) portadores de HA que tiveram adesão pelo Teste de Morisky e Green, 16 (76,2%) também tiveram atitudes positivas quando da aplicação do Instrumento para Avaliar a Atitude Frente à Tomada dos Remédios. E que, entre os 54 (100,0%) portadores de HA que não tiveram adesão pelo Teste de Morisky e Green, 33 (61,1%) tiveram atitude negativa frente à tomada dos remédios.

O cálculo do coeficiente Kappa resultou em um valor de 0,303, revelando, portanto, uma concordância fraca na avaliação da adesão entre os dois instrumentos.

Os valores de PAS e PAD foram menores para os portadores de HA que tiveram adesão no Teste de Morisky e Green e na atitude positiva pelo Instrumento para Avaliar a Atitude Frente à Tomada dos Remédios, havendo relação estatisticamente significante no valor da PAS ($p<0,05$) nos dois instrumentos.

5.5 Controle da pressão arterial relacionado com a adesão segundo o Teste de Morisky e Green e o instrumento que avalia a atitude frente à tomada dos remédios

Ao investigar o controle da PA em relação às variáveis: sexo, cor da pele, IMC, RCQ, adesão no Teste de Morisky e Green e na atitude Frente à Tomada dos Remédios, obteve-se uma prevalência de controle da PA maior nos homens (63,9%), não brancos (63,6%), com IMC normal (58,3%), com RCQ normal (59,3%), nos que apresentaram adesão (66,7%) e nos que tiveram atitudes positivas (64,9%).

Entre os portadores de HA que apresentaram PA ≥140X90mmHg: 22 (45,8%) eram sedentários; cinco (71,4%), fumantes; cinco (38,5%) faziam uso de bebida alcoólica; 20 (49,0%) diziam ser estressados.

5.6 Controle da pressão arterial e os fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica

A prevalência de controle da PA em relação aos fatores de risco modificáveis para a HAS foi de 54,2% nos que não praticavam exercício físico; 54,4% entre os que não fumavam; 61,5% para os que faziam uso da bebida alcoólica e 52,9% para os que disseram não serem estressados.

Não houve relação estatisticamente significante entre os fatores de risco para HAS com os valores de PAS e PAD e PAM.

5.7 Características relacionadas aos exames laboratoriais

Pela análise dos resultados dos exames laboratoriais estudados, a maioria dos portadores de HA apresentou valores de normalidade, indicando um controle metabólico adequado, com exceção da glicemia, em que 48 (64,9%) estavam com valores alterados. Houve relação estatisticamente significante nos valores da PAD relacionados com os valores do colesterol total, LDL-c e triglicérides.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS constitui-se em um problema de elevada magnitude, decorrente da sua alta prevalência, cronicidade da doença, dificuldade de diagnóstico precoce e início do tratamento, devido ao seu caráter silencioso, e também pelas dificuldades do hipertenso em aderir ao tratamento.

A partir do conhecimento de que a adesão ao tratamento medicamentoso proporciona ao hipertenso melhor controle de sua doença, torna-se importante o desenvolvimento de estudos que investiguem a percepção do hipertenso quanto ao impacto de sua adesão ao tratamento para a sua vida e também na diminuição do impacto social da não adesão.

Os profissionais de saúde têm como desafio diminuir as barreiras para a adesão ao tratamento e mostrar os seus benefícios, adotando uma proposta de visão holística do hipertenso e não apenas no seu tratamento medicamentoso ou não medicamentoso.

Permanece um desafio: o desenvolvimento de medidas que possam melhorar, na prática, a adesão dos portadores de HA ao tratamento medicamentoso e ao não medicamentoso, a diminuição dos fatores de risco para a HAS e o controle da PA.

As mudanças no estilo de vida devem ser estimuladas entre os portadores de HA, com vistas ao aumento da adesão e aos benefícios satisfatórios no perfil dos outros fatores de risco cardiovascular e à melhora da qualidade de vida dos portadores de HA com a diminuição dos fatores de risco.

Intervenções educativas e estratégias motivacionais devem ser implementadas por meio de abordagem do grupo multidisciplinar, proporcionando discussões para o melhor enfrentamento das barreiras no tratamento.

Dadas a complexidade do processo de adesão, a limitação da avaliação por meio de instrumentos e a importância do comprometimento do hipertenso para o êxito do tratamento, faz-se necessário, para futuras investigações, considerar o contexto histórico, social e cultural dos sujeitos e sua experiência no processo de adoecimento para compreender os fatores dificultadores implícitos na adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS[2]

[2] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

AFONSO, F. M.; SICHIERI, R. Associação do índice de massa corporal e da relação cintura/quadril com hospitalizações em adultos do município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 153-163, 2002.

AKASHI, D.; ISSA, F. K.; PEREIRA, A. C.; TANNURI, A. C.; FUCCIOLO, D. Q., LOBATO, M. L.; GALVÃO, T. G.; BENSEÑOR, I. M.; LOTUFO, P. A. Tratamento anti-hipertensivo. Prescrição e custo de medicamentos. Pesquisa em hospital terciário. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 71, n. 1, p. 55–77, 1998.

ALEXANDER, M.; GORDON, N. P.; DAVIS, C. C.; ROLAND, S. C. Patient knowledge and awareness of hypertension is suboptmal: results from a large health maintenance organization. **J. Clin. Hypertens.**, Greenwich, v. 5, n. 4, p. 254-260, 2003.

ALVES, J. G. B.; MONTENEGRO, F. M. V.; OLIVEIRA, F. A. A.; ALVES, R. V. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 5, p. 291-294, set./out. 2005.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, New York, v. 27, s5-s10, 2004. Supplement 1.

ANDRADE, J. P.; VILLAS-BOAS, F.; CHAGAS, H.; ANDRADE, M. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 79, n. 4, p. 375-384, 2002.

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletr. Enferm.**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006.

BARBOSA, P. J.; LESSA, I.; ALMEIDA FILHO, N.; MAGALHÃES, L.; ARAÚJO, M. J. Prevalência de hipertensão sistólica isolada em uma capital brasileira. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 111-116, 2006.

BARBOSA, R. G. B. **Estudo da adesão ao tratamento e do controle da pressão arterial em idosos hipertensos.** 2007. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no Mundo. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 35-38, 2006.

BARBOSA-TOSCANO, E. Expectativas para a abordagem da hipertensão no Brasil, com a mudança do século. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 7-10, 2000.

BARCELLOS, M. T.; FUCHS, F. C.; FUCHS, S. C. Indicadores antropométricos preditores da incidência de hipertensão. In: XIV CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006, Curitiba - PR, **Hipertensão**, São Paulo, Best Point editora, v. 9, p. 56-59, 2006.

BASTOS-BARBOSA, R. G.; UETA, J.; SANTOS, L. A. C.; NOBRE, F.; LIMA, N. K. C. Avaliação da adesão medicamentosa em idosos hipertensos em serviço ambulatorial de geriatria. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 13., 2005, Ribeirão Preto - SP. **Hipertensão**, São Paulo, Best Point editora, 2005. v. 8. p. 30-30.

BASTOS, D. S.; BORENSTEIN, M. S. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um Centro Municipal de Saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 92-99, 2004.

BEEGON, R.; BEEGON, R.; NIAZ, M. A.; SINGH, R. B. Diet, central obesity and prevalence of hypertension in the urban population of South India. **Int. J. Cardiol.**, Amsterdam, v. 51, n. 2, p. 183-191, 1995.

BEEVERS, D. G.; MACGREGOR, G. A. **Hipertensão na prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

BÉRIA, J. U. Prescrição de medicamentos. In: DUNCAN B. B.; SCHIMIDT M. I.; GIUGLIANI E. R. J. (Orgs.). **Medicina ambulatorial:** condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artmed, 1996. v. 1, p. 54-57.

BITTAR, N. Maintaining long-term control of blood pressure: the role of improved compliance. **Clin. Cardiol.**, New York, v. 18, n. 6, p. 12- 16, 1995. Supplement 3.

BLOCH, K. V.; MELO, A. N.; NOGUEIRA, A. R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.12, p. 2979-2984, dez. 2008.

BOLTANSKI, L. National high blood pressure education program working group report on primary prevention of hypertension. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, v. 10, n. 153, p. 186-208, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Controle da hipertensão arterial:** uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica**. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 15, Série A).

BUSNELLO, R. G.; MELCHIOR, R.; FACCIN, C.; VETTORI, D.; PETTER, J.; MOREIRA, L. B.; FUCHS, F. D. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 76, n. 5, p. 349-351, 2001.

CABRERA, M. A. S.; WAJNGARTEN, M.; GEBARCA, O. C. E.; DIAMENT, J. Relação do índice de massa corporal, da relação cintura-quadril e da circunferência abdominal com a mortalidade em mulheres idosas: seguimento de 5 anos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 767-775, maio-jun. 2005.

CAR, M. R.; PIERIN, A. M. G.; AQUINO, V. L. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 259-269, 1991.

CARVALHO, L. V. B. **Características de pacientes após síndromes coronarianas agudas e fatores relacionados à adesão ao tratamento**. 2006. 138 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. Dificuldades e facilidades dos doentes no segmento do tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 294-304, 1999.

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 145-153, 2000.

CERVATO, A. M.; MAZZILLI, R. N.; MARTINS, I. S. M.; MARUCCI, M. F. N. Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 227-235, 1997.

CESARINO, C. B. **Eficácia da educação conscientizadora no controle da hipertensão arterial sistêmica.** 2000. 147 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) –

Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2000.

CHENG, J. W. M.; KALLIS, M. M.; FEIFER, S. Patient-reported adherence to guidelines of Sixth Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of high blood pressure. **Pharmacotherapy.**, Carlisle, v. 21, n. 7, p. 828-841, Jul. 2001.

CLARK, M. J.; CURRAN, C.; NOJI, A. The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control. **Public Health Nurs.**, Cambridge, v. 17, n. 6, p. 452-459, 2000.

CLAXTON, A. J.; CRAMER, J.; PIERCE, C. A systematic review of the association between dose regimens and medications compliance. **Clin. Ther.**, Princeton, v. 23, p. 1296-1310, 2001.

COLOMBO, R. C. R. **Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio.** 1995. 164 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 3. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, n. 6, p. 67-106, 1999.

COSTA, J. S. D.; BARCELLOS, F. C.; SCLOWITZ, M. L.; SCLOWITZ, I. K. T.; CASTANHEIRA, M.; OLINTO, M. T. A. et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88, n. 1, p. 59-65, 2007.

CRUZ, I. C. F.; LIMA, R. Etnia negra: um estudo sobre a hipertensão arterial essencial (HAE) e os fatores de risco cardiovasculares. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 35-44, 1999.

CRUZ, I. C. F.; LIMA, R. Detecção dos fatores de risco para hipertensão arterial na equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 223-232, 1998.

DI MATTEO, R.; GIORDANI, P. J.; LEPPER, H. S.; CROGHAN, T. W. Patient adherences and medical treatment outcomes: a meta-analysis. **Med. Care**, Philadelphia, n. 40, p. 794-811, 2002.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 5. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 4. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 82, p. 2-22, 2004. Suplemento 4.

DIRETRIZES DE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE, 3. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 77, p. 5, 2001. Suplemento 3.

FIGUEIREDO, J. S. **Desafios e perspectivas em atividades educativas de promoção da saúde de um grupo de portadores de hipertensão arterial, sob o paradigma da interdisciplinaridade.** 2006. 331 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FINEMAN, N. The social construction of noncompliance: a study of health care and social service providers in everyday practice. **Sociol. Health Illn.**, Henley on Thames, v. 13, n. 3, p. 355-74, 1991.

FREITAS, J. B.; TAVARES, A.; KOHLMANN, J. R. O.; ZANELLA, M. T.; RIBEIRO, A. B. Estudo transversal sobre o controle da pressão arterial no serviço de nefrologia da Escola Paulista de Medicina-UNIFESP. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 79, n. 2, p. 117-122, 2002.

FREITAS, O. C.; CARVALHO, F. R.; NEVES, J. M.; VELUDO, P. K.; PARREIRA, R. S.; GONÇALVES, R. M.; LIMA, S. A.; BESTETTI, R. B. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brazil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 77, n. 1, p. 16–21, 2001.

GIORGI, D. M. A. **Estudo sobre algumas variáveis que influenciam a aderência ao tratamento em hipertensão arterial.** 1989. 71 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

GIORGI, D. M. A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 47-50, 2006.

GOHAR, F.; GREENFIELD, S. M.; BEEVERS, D. G.; LIP, G. Y. H.; JOLLY, K. Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. **BMC Complement. Altern. Med.**, London, v. 8, n. 4, p. 1-9, 2008.

GOMES, M. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. Estratégias especiais para melhoria da adesão. Medidas domiciliares da pressão arterial. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento:** o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. cap. 5, p. 75-84.

GOULART, A. C.; BENSENÕR, I. J. M. Obesidade e hipertensão. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 27-30, 2006.

GUS, M.; FUCHS, F. D. Obesidade e hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 64, p. 565-570, 1995.

GUS, I.; HARZHEIM, E.; ZASLAVSKY, C.; MEDINA, C.; GUS, M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 83, n. 5, p. 424-428, 2004.

GUSMÃO, J. L. **Avaliação da qualidade de vida e controle da pressão arterial em hipertensos complicados e não complicados.** 2005. 104 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GUSMÃO, J. L.; MION JÚNIOR, D. Adesão ao tratamento - conceitos. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 13, n. 10, p. 23-25, 2006.

HAMET, P. The burden of blood pressure: where are we and where should we go? **Can. J. Cardiol.**, Oakville ONT, v. 16, p. 1483-1487, 2000.

HASFORD, J. Compliance and the benefit/risk relationship of antihypertensive treatment. **J. Cardiovasc. Pharmacol.**, New York, n. 20, p. 30-34, 1992. Supplement 6.

HEURTIN-ROBERTS, S.; REISIN, E. The relation of culturaçy influenced lay models of hypertension to adherence with treatment. **Am. J. Hypertens.**, New York, v. 5, p. 787-92, 1992.

HIGGINS, N.; REGAN, C. A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes. **Age Ageing.**, London, v. 33, n. 3, p. 224-229, 2004.

HO, P. M.; SPERTUS, J. A.; MASOUDI, F. A.; REID, K. J.; PETERSON, E. D.; MAGID, D. J.; KRUMHOLZ, H. M.; RUMSFELD, J. S. Impact of medication therapy

discontinuation on mortality after myocardial infarction. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, n. 166, p.1842-7, 2006.

HORWITZ, R. I.; HORWITZ, S. M. Adherence to the treatment and health outcomes. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, n. 153, p. 1863-1918, 1993.

HULKA, B. Patient-clinician interations and compliance. In: HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. M.; SACKETT, D. L. (Eds.). **Compliance in health care**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979. p. 63.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. **Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2002-2003**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias>. Acesso em: 18 mar. 2009.

JARDIM, P. C. B. V. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: modelos de estudo. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento:** o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. cap. 4, p. 58-68.

JARDIM, P. C. B. V. A contribuição das associações de pacientes hipertensos para o controle da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 26-27, abr./jun. 2002.

JARDIM, P. C. B. V.; GONDIM, M. R. P.; MONEGO, E. T.; MOREIRA, H. G.; VITORINO, P. V. O.; SOUZA, W. K. S. B.; SCALA, L. C. N. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88, n.4, p. 452-457, 2007.

JESUS, E. S.; AUGUSTO, M. A. O.; GUSMÃO, O.; MION JÚNIOR, D.; ORTEGA, K.; PIERIN, A. M. G. Perfil de um grupo de hiperensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 59-65, jan./mar. 2008.

KANJILAL, S.; GREGG, E. W.; CHENG, Y. J.; PING ZHANG; DAVID E. NELSON; GEORGE MENSAH; GLORIA L. A. BECKLES. Socioeconomic status and trends in disparities in 4 major risk factors for cardiovascular disease among US Adults, 1971-2002. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, n. 166, p. 2348-2355, 2006.

KANNEL, W. B.; WILSON, P. W.; NAM, B. H.; D'AGOSTINO, R. B. Risk stratification of obesity as a coronary risk factor. **Am. J. Cardiol.**, New York, v. 90, p. 697-701, 2002.

KRASILCIC, S. Índices de adesão aos tratamentos medicamentoso e não-medicamentoso no Brasil e no mundo. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento:** o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. cap. 3, p. 48-55.

LAHDENPERÄ, T. S.; KYNGÄS, H. A. Compliance and its evaluation in patients with hypertension. **J. Clin. Nurs.**, Oxford, v. 9, p. 826-833, 2000.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LESSA, I. Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. **Inf. Epidemiol. SUS**, Brasília, DF, v. 2, n. 3, p. 59-75, 1993.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial. In: _____. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade:** epidemiologia das doenças não transmissíveis. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1998. cap. 5, p. 77-96.

LESSA, I. Não adesão ao tratamento da hipertensão: conseqüências socioeconômicas para o indivíduo e para a sociedade. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento:** o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. cap. 6, p. 89-105.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 39-46, 2006.

LESSA, I.; SILVA, J. F. Raça e adesão ao tratamento da HA e ou consulta. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 68, p. 443-449, 1997.

LOPES, H. F.; BARRETO-FILHO, J. A. S.; RICCIO, G. M. G. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 148-155, 2003.

LUNELLI, R. P.; PORTAL, V. L.; ESMÉRIO, F. G.; MORAES, M. A.; SOUZA, E. N. Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 367-73, 2009.

MACLEAN, N.; PHIL, B.; POUND, P.; WOLFE, C.; RUDD, A. The concept of patient motivation. **Stroke**, New York, v. 33, p. 444-448, 2002.

MANCINI, M. Métodos de avaliação da obesidade e alguns dados epidemiológicos. **Rev. Abeso**, São Paulo, n. 11, 2005. Disponível em: <http://www.abeso.org.br>. Acesso em 20 jul. 2009.

MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 269-275, 2005.

MARCON, S. S.; VALSECHI, E. A. A; SILVA, R. L. D. T.; WAIDMAN, M. A. P. Comportamento preventivo de servidores da UEM hipertensos e a aderência ao programa de assistência ao hipertenso do ambulatório. **Cienc. Enferm.**, Concepcion, v. 1, n. 1, p. 33-42, 1995.

MILSTEIN-MOSCATI, I.; PERSANO, S.; CASTRO, L. L. C. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica. In: CASTRO, L. L. C. (Org.). **Fundamentos de fármaco epidemiologia.** [S.l.]: AG Editora, 2000. p. 171-179.

MION JÚNIOR, D.; PIERIN, A. M. G.; IGNES, E. M. BALLAS, D.; MARCONDES, M. Conhecimentos, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não-farmacológico. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 17, n.4, p. 229-236, 1995.

MION JÚNIOR, D.; SILVA, G. V.; ORTEGA, K. C.; NOBRE, F. A importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 55-58, 2006.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; SOUZA, A. L. M.; POPKIN, B. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil.** São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 247-255

MORIGUTTI, J. C.; PAIVA, C. E.; MARCHINI, J. S.; FURTADO JÚNIOR, D. A.; MATOS, F. D.; FERRIOLLI, E. Systolic hypertension in elderly program e outros estudos clínicos em idosos. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 2, p. 206-211, 2001.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive of a self-reported measure of medication adherence. **Med. Care**, Philadelphia, v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.

MUXFELD, E. S.; NOGUEIRA, A. R.; SALLES, G. F.; BLOCH, K. V. 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.**, São Paulo, v. 122, n. 3, p. 87-93, 2004.

NAKASATO, M. Sal e hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 95-97, abr./jun. 2004.

NOBRE, F.; COELHO, E. B. Três décadas de MAPA: monitorização ambulatorial da pressão arterial de 24 horas: mudanças de paradigmas no diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 81, n. 4, p. 428-434, 2003.

NOBRE, F.; LIMA, N. K. C.; MOURA JÚNIOR, L. A. Hipertensão arterial essencial. In: PORTO, C. C. **Doenças do coração**: prevenção e tratamento. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 461-471.

NOBREGA, A. C. L.; CASTRO, R. R. T.; SOUZA, A. C. Estresse mental e hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, vol.14, n.2, p. 94-97, 2007.

OGEDEGBE, G.; HARRISON, M.; ROBBINS, L.; MANCUSO, C. A.; ALLEGRANTE, J. P. Barriers and facilitators of medication adherence in hypertensive African Americans: a qualitative study. **Ethn. Dis.**, Atlanta, 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 JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento:** o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. cap. 2, p. 36-46.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 30-34, 2006.

ORTEGA, K. C.; NOBRE, F.; MION JÚNIOR, D. Fatores intervenientes na adesão e recomendações práticas para melhoria dos resultados. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento:** o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. cap. 7, p. 106-116.

PAES, A. H. P.; BAKKER, A.; SOE-AGNIE, C. J. Impact of dosage frequency on patient compliance. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 20, p. 1512-1517, 1997.

PIERIN, A. M. G.; STRELEC, M. A. A. M.; MION JÚNIOR, D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: PIERIN, A. M. G. (Coord.). **Hipertensão arterial:** uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole, 2004. cap. 16, p. 275-89.

PIERIN, A. M. G. Adesão ao tratamento: conceitos. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento:** o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. cap. 1, p. 22-33.

PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D.; FUKUSHIMA, J. T.; PINTO, A. R.; KAMINAGA, M. M. O perfil de um grupo de pessoas de acordo com o conhecimento e gravidade da doença. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 11-18, 2001.

PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D.; NOBRE, F. Fatores de risco cardiovascular e adesão ao tratamento. In: MION JÚNIOR, D.; NOBRE, F. (Eds.). **Risco cardiovascular global:** da teoria à prática. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 139-152.

PIETTE, J. D.; HEISLER, M.; WAGNER, T. H. Problems paying out-of-pocket medication costs among older adults with diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 27, p. 384-391, 2004.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 229-236, 2009.

POEHLMANN, E. T. Nível de atividade física e controle de peso em idosos. In: BOUCHARD, C. (Ed.). **Atividade física e obesidade**. São Paulo: Manole, 2003. p. 303-320.

POLANEZK, C. A. Decisão clínica em hipertensão arterial sistêmica baseada em análises econômicas. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 29-34, 2002.

REINERS, A. A. O. **Interação profissional de saúde e usuário hipertenso:** contribuição para a não-adesão ao regime terapêutico. 2005. 156 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

RIBEIRO, A. B.; ZANELLA, M. T. Tratamento da hipertensão arterial no paciente obeso. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 2, p. 172-178, 2000.

ROSA, E. C.; PLAVNIK, F. L.; TAVARES, A. Hipertensão arterial sistêmica. **RBM Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 61, p. 57-69, dez. 2004.

ROUQUAYROL, M. Z. Distribuição das doenças e dos agravos à saúde coletiva. In: _____. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. cap. 4, p. 77-155.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 717-724, 2003.

SABRY, M. O. D.; SAMPAIO, H. A. C.; SILVA, M. G. C. Hipertensão e obesidade em um grupo populacional no Nordeste do Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 2, p. 139-147, 2002.

SALÁRIO mínimo brasileiro. 2009. Disponível em: http://www.portalbrasil.net/salario minimo_2009.htm. Acesso em: 20 maio 2009.

SANCHEZ, C. G.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 1 p. 90-98, 2004.

SANTOS, Z. M. S. A.; SILVA, R. M. S. Consulta de enfermagem à mulher hipertensa: uma tecnologia para educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 605-609, 2003.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Atitudes e práticas adotadas por trabalhadores hipertensos no controle da doença. **Rev. Bras. Prom. Saúde**, Fortaleza, v. 18, n. 3, p. 145-151, 2005.

SARQUIS, L. M. M. ; DELL"ACQUA, M. C. Q.; GALLANI, M. C. B. J.; MOREIRA, R. M. BOCCHI, S. C. M.; TASE, T. H.; PIERIN, A. M. G. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 335-353, 1998.

SGAMBATTI, M. S.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. A medida da pressão arterial no idoso. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 7, p. 65-70, 2000.

SHAH, N. D.; STEINER, M. A. E.; VERMEULEN, L. C.; FLEMING, L. A.; CORY, P. R. The role of medication adherence as a determinant of blood pressure control in a

managed care population. **Dis. Manag. Health Outcomes**, Amsterdam, v. 15, n. 4, p. 249-256, 2007.

SILVA, S. S. B. E. **Efeitos de intervenções educativas no controle de hipertensos acompanhados em Unidades Básicas de Saúde na região oeste do município de São Paulo.** 2008. 181 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SILVA, T.; SCHENKEL, E. P.; MENGUE, S. S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 449-455, abr./jun. 2000.

SILVESTRE-BUSTO, C.; RAMALLE-GÓMARA, E.; GARCÍA, R. A.; FLOR-SERRANO, A.; GARCÍA-FERNÁNDEZ, J.; PERNAS, H. R.; TEJERO, M. P. N. Multi-centre study of childrens's adherence to antibiotic treatment in primary care. **Aten. Primaria.**, Barcelona, v. 27, n. 8, p. 554-558, 2001.

SIMÃO, M. **Fatores de risco para as doenças cardiovasculares em trabalhadores de uma destilaria do interior paulista**. 2001. 93 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. Hábitos de saúde e fatores de risco para a hipertensão. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 415-422, 2002.

SIQUEIRA, F. P. C.; VEIGA, E. V.; COSTA JÚNIOR, M. L. A hereditariedade como fator de risco para hipertensão arterial? Algumas considerações. **Enferm. Brasil: Revista Científica dos Profissionais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 330-335, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). **OMS alerta para baixa adesão ao tratamento, 2003.** Disponível em: <http://www.sbh.org.br/noticias.asp?codigo=149>. Acesso em: 20 jul. 2009.

SOUSA, A. L. L. Educando a pessoa hipertensa. In: PIERIN, A. M. G. (Coord.). **Hipertensão arterial:** uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole, 2004. p. 165-174.

SOUZA, W. K. S. B. Benefícios da atividade física na hipertensão arterial e orientações práticas. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 115-116, 2004.

SOUZA, W. K. S. B.; AMARAL, G. F. Álcool, hipertensão arterial e doença cardiovascular. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 112-114, abr./jun. 2004.

STIMSON, G. V. Obeying doctor's orders: a view from the other side. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 8, p. 97-104, 1974.

STRELEC, M. A. A. M. **A influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial.** 2000. 139 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. A influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 81, n. 4, p. 343-348, 2003.

STRÖMBERG, A.; BROSTRÖM, A.; DAHLSTRÖM, U.; FRIDLUND, B. Factors influencing patient compliance with therapeutic regimens in chronic heart failure: a critical incident techinique analysis. **Heart Lung**, St. Louis, v. 28, n. 25, p. 334-341, 1999.

SVENSSON, S.; LJELLGREN, K. I.; AHLNER, J.; SALJO, R. Reasons for adherence with antihypertensive medication. **Int. J. Cardiol.**, Amsterdam, v. 76, p. 157-163, 2000.

TONSTAD, S.; HJERMANN, I. A high risk score for coronary heart disease is associated with the metabolic syndrome in 40-year-old men and women. **J. Cardiovasc. Risk**, London, v. 10, p. 129-135, 2003.

TRINDADE, I. S.; HEINECK, G.; MACHADO, J. R.; AYZEMBERG, H.; FORMIGHIERI, M.; CRESTANI, M.; GUSSO, J. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Passo Fundo (RS). **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 71, n. 2, p. 127-130, 1998.

VIEIRA, V. A. **Estratégias de enfrentamento e diferença de gênero:** um estudo com idosos participantes de grupos de orientação e controle da hipertensão arterial.

1997. 144 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 1997.

VIEIRA, V.; FREITAS, J. B.; TAVARES, A. Adesão ao tratamento clínico. In: DINIZ, D.P.; SCHOR, N. (Orgs.). **Qualidade de vida.** São Paulo: Manole, 2006. p. 157-164.

WANG, C.; ABBOTT, J. Development of a community-based diabetes and hypertension preventive program. **Public Health Nurs.**, Cambridge, v. 15, n. 6, p. 406-414, 1998.

WILKINGS, S. V. B.; BELANGER, A.; KANNEL, W. B.; D'AGOSTINO, R. B.; STEEL, K. Determinants of isolated systolic hypertension. **JAMA**, Chicago, v. 260, p. 3451-3455, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies:** evidence for action. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report. Geneva, 2000. (WHO technical report series, 894).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity-preventing and managing the global epidemic.** WHO offset publication, Section B–Establishing the true costs of the problem of overweight and obesity. Geneva, 1997.

YIANNAKOPOULOU, E. C. H.; PAPADOPULOS J. S.; COKKINOS, D. V.; MOUNTOKALAKIS, T. D. Adherence to antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. **Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.**, London, v. 12, n. 3, p. 243-249, 2005.

ZELLER, A.; SCHROEDER, K.; PETERS, T. J. Electronic pillboxes (MEMS) to assess the relationship between medication adherence and blood pressure control in primary care. **Scand. J. Prim. Health Care.**, Oslo, n. 25, p. 202-207, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando estudo intitulado: Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial, com o objetivo de: identificar os fatores que comprometem a adesão do hipertenso ao seu tratamento; relacionar o seu conhecimento sobre a doença e o seu comportamento em relação ao uso dos medicamentos, identificar o perfil do paciente e a influência de características socioeconômicas dos indivíduos nas taxas de adesão e controle da pressão arterial (PA), avaliar a adesão terapêutica e a taxa de controle da PA de pessoas hipertensas em seguimento ambulatorial no Sistema Único de Saúde.

Para tanto, estamos convidando-o para participar deste estudo. Estas informações serão obtidas pela pesquisadora por meio de entrevistas que serão realizadas no Ambulatório de Hipertensão do Hospital de Base, em um horário compatível à disponibilidade do cliente e da pesquisadora.

Estes dados farão parte de uma pesquisa cujos resultados serão apresentados em livros e eventos científicos.

A sua participação não envolverá despesas, riscos e nem mesmo remuneração. A sua identidade será mantida no anonimato. Você poderá obter esclarecimentos sobre o estudo a qualquer hora em que desejar, e pode inclusive deixar de participar mesmo que já tenha manifestado interesse anterior pela sua participação.

Eu,_____RG _____ ciente das informações recebidas concordo em participar da pesquisa que será realizada pela aluna de pós-graduação em enfermagem Eliana Cavalari, sob orientação da Profa. Dra. Maria Suely Nogueira da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP; e estou ciente de que:

1. Os resultados deste estudo farão parte de uma pesquisa científica e serão apresentados em livros e eventos científicos;
2. A minha participação não envolverá remuneração e nem mesmo gastos;
3. Estou livre de qualquer risco proveniente da pesquisa;
4. A minha identidade será mantida no anonimato;

5. A qualquer momento poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável;

6. Poderei desistir a qualquer momento mesmo que minha manifestação anterior tenha sido a favor da participação.

7. Ao assinar este documento, terei sob meu poder cópia do mesmo, ficando outra em poder dos pesquisadores.

_____	_____	_____
Assinatura do cliente	Eliana Cavalari (pesquisadora) Tel: (16) 36023423 elianacavalari@bol.com.br	Profa. Dra. Maria Suely Nogueira Tel:(16) 36023423 msnog@eerp.usp.br

APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados*

Data da Entrevista __/__/__ Entrevista nº:_____

A) DADOS PESSOAIS

01) Iniciais:_____ N° prontuário:_____

02) Idade: _____anos completos 03)Data de Nascimento:__/__/__

04) Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

05) Cor da pele: 1. Branca 2. Não Branca

06) Estado civil:
1. Solteiro
2. Casado
3. Viúvo
4. Divorciado

07) Nº Filhos:_____

08) Ocupação:
1. Aposentado
2. Desempregado
3. Trabalhador autônomo
4. Trabalhador com vínculo
5. Do lar

09) Reside sozinho: 1.Sim 2. Não

10) Quantas pessoas moram na casa?____

* Adaptado de Barbosa (2007)

11) Escolaridade:

1. Não alfabetizado
2. 1º grau completo
3. 1º grau incompleto

12) Renda familiar: Salário Referência (Salário Mínimo R$465,00)

1. menos de um salário mínimo
2. 1-3 salários mínimos
3. 4-5 salários mínimos
4. mais de 5 salários mínimos

13) Quantas pessoas dependem dessa renda?_____

14) Cidade que reside:_____

B) DADOS CLÍNICOS

01) Valores de Pressão Arterial:

Valor da PA na coleta de dados:

Sentado MSD: 1ª_____X_____mmHg Pulso:_____bpm

2ª_____ X_____mmHg CB - MSD:____cm

3ª_____X____mmHg

02) Média das 2 últimas medidas:____X_____mmHg

1. PA < 140X90mmHg
2. PAS > 140mmHg
3. PAD > 90mmHg
4. PA > 140X90mmHg

03) Estágio:

1. Ótima: < 120 < 80
2. Normal: <130 < 85
3. Limítrofe: 130-139/ 85-89
4. Hipertensão estágio1: 140-159/ 90-99
5. Hipertensão estágio 2: 160-179/ 100-109
6. Hipertensão estágio 3: >180/ > 110

7. Hipertensão sistólica isolada: > 140/ < 90

04) Peso:_____Kg, Altura:_____m

05) Índice massa corpórea (IMC):

1. IMC < 25Kg/m^2
2. IMC 25 - 29,9Kg/m^2
3. IMC 30 - 34,9Kg/m^2
4. IMC 35 - 40,0Kg/m^2
5. IMC >40,0Kg/m^2

06) CC:____cm, CQ:_____cm

CC (Homens): 1. <94cm 2. ≥94cm

CC (Mulheres): 1. <80cm 2. ≥80cm

07)Relação cintura quadril (RCQ):

CC (Homens): 1. < 1,00 2. ≥1,00

CC (Mulheres): 1. < 0,85 2. ≥0,85

08) Comorbidades:

1. DM 2. Insuficiência renal 3. IAM 4. ICC 5. AVE
6. Depressão 7. Dislipidemia

09) Diagnóstico médico (prontuário):

_____

_____

10) Exames laboratoriais (último exame do paciente):

Exame	**Valores Data: / /**
Ácido úrico plasmático	
Potássio plasmático	
Creatinina plasmática	
Glicemia de jejum	
Colesterol total	
LDL	
HDL	
Triglicérides plasmático	

11) Tempo do diagnóstico de HAS: ____anos

12) Tempo de tratamento da HAS? _____anos

13) Acha que a pressão alta tem cura?

1. Sim 2. Não

14) Quais riscos que a pressão alta pode lhe trazer?

1. IAM 2. AVE 3. Insuficiência renal

15) Medicação em uso para HAS: (de acordo com prontuário):

Nome Dose Frequência

_____

_____

_____

1. Bloqueadores de canais de cálcio – Nome_____Dose:_____
2. Diuréticos – Nome_____Dose:_____
3. Inibidor adrenérgico – Nome_____Dose:_____
4. Vasodilatadores diretos – Nome_____Dose:_____
5. Antagonista do receptor AT1 da angiotensina II –Nome_____Dose:_____
6. Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) – Nome___Dose:_____

16) Outras medicações prescritas:_____

17) Informações do paciente:

Nome Medicação	Dose	Número de comprimido	Tempo de uso	Uso contínuo ou ocasional	Horário	Indicação

18) Medicações que o paciente não citou:_____

1. Faltou informação sobre a dose
2. Erros de dosagem
3. Frequência das medicações

19) Número total de medicamentos:____

20) Número de anti-hipertensivos:____

C) FATORES QUE INFLUENCIAM O CONTROLE TERAPÊUTICO DA HAS

01) Como o Sr(a) identifica as medicações:

1. Pela cor, tamanho ou forma da medicação
2. Pela embalagem da medicação
3. Pelo nome da medicação

02) Apresenta alguma dessas dificuldades em relação ao uso da medicação?

A) Relacionadas ao acesso:

1. econômica, mas não chega a ficar sem a medicação
2. econômica, chegando a ficar sem a medicação
3. não encontrou na farmácia
4. depende de outra pessoa para comprar
5. não tem dificuldades

03) Tem alguma queixa ou sente alguma coisa por causa dos medicamentos?

1.Não 2.Sim Quais?

04) Os efeitos colaterais têm sido o motivo para você abandonar o tratamento ou fazê-lo de forma irregular?

1. Sim 2.Não

05) O custo dos medicamentos tem sido o motivo para você abandonar o tratamento ou fazê-lo de forma irregular?

1. Sim 2.Não

06) Você tem consciência de que o tratamento deve ser contínuo?

1. Sim 2.Não

07) O número de tomadas de um mesmo medicamento ou mais de um medicamento para HAS tem sido a razão para você não seguir o tratamento de maneira correta?

1. Sim 2.Não

08) Você tem algum grau de dificuldade para seguir corretamente o seu tratamento para HAS?

1. Sim 2.Não

09) Você prefere medicamentos que possam ser tomados apenas uma vez ao dia?

1. Sim 2.Não

10) Você está satisfeito com o medicamento que está tomando atualmente para HAS?

1. Sim 2.Não

11) Como consegue a medicação?

1. Farmácia da Unidade de Saúde
2. Farmácia do bairro
3. Farmácia de manipulação
4. Médico (amostra gratuita)
5. Compra
6. Farmácia de alto custo

12) Antecedentes familiares:

Tem alguém da família com ou que já teve uma das doenças indicadas abaixo?

HAS	DM	Angina	IAM	AVE	Insuf. Renal	Morte Súbita
1. sim 2. não 3. não sabe	1. sim 2. não 3. não sabe	1. sim 2. não 3. não sabe	1. sim 2. não 3. não sabe	1. sim 2. não 3. não sabe	1. sim 2. não 3. não sabe	1. sim 2. não 3. não sabe

D) FATORES DE RISCO DA HAS

1) Faz exercício físico?

1. Sim 2. Não

Tipo de exercício que pratica:_____

Frequência na semana_____ Duração diária_____

Há quanto tempo pratica?_____

2) É fumante atualmente?

1. Sim 2. Não

Há quanto tempo?_____ Quantidade: ___cigarros/dia

3) Você se considera uma pessoa estressada ou nervosa?

1. Sim 2. Não

Em quais situações você se considera mais estressado?

1. na rua 2. em casa 3. no trabalho 4. outros

4) Faz uso de bebida alcoólica?

1. Sim 2. Não

Se sim, qual o tipo de bebida consome:

1. cerveja
2. aguardente
3. vinho

Qual a quantidade aproximada diariamente?_____

Qual a frequência? 1. uma vez ao dia 2. uma vez na semana 3. uma vez por mês

E) ATENDIMENTO DE SAÚDE

01) Utiliza algum tipo de serviço de saúde?

1. Sim 2. Não

Que tipo de assistência médica?

( )Convênio pela empresa ( ) Particular ( ) SUS

ANEXOS

ANEXO A - Teste de Morisky e Green*

1)Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio?

0. SIM 1. NÃO

2)Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?

0. SIM 1. NÃO

3)Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o remédio?

0. SIM 1. NÃO

4)Quando você se sente mal com remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?

0. SIM 1. NÃO

GREEN, L. W. et al. Concurrent and predicitive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med. Care**. v. 245, n.1, p. 67-73, 1986.

ANEXO B- Instrumento para Avaliar Atitudes Frente à Tomada dos Remédios (IAAFTR)*

Questões de n° 1 a 7, as respostas sim=1 e não=0

Questões de n° 8, 9 e 10, as respostas sim=0 e não=1

1)Você anota horário para não esquecer de tomar os remédios?

1. SIM 0. NÃO

2)Você toma os remédios sempre no mesmo horário?

1. SIM 0. NÃO

3)Você associa o horário de tomar os remédios com as atividades do dia a dia?

1. SIM 0. NÃO

4) Quando tem de sair de casa, você toma os remédios?

1. SIM 0. NÃO

5)Você providencia nova caixa de remédio antes de ela acabar?

1. SIM 0. NÃO

6)Você leva os remédios consigo quando viaja?

1. SIM 0. NÃO

7)Você toma os remédios quando sabe que a pressão está controlada?

1. SIM 0. NÃO

8)Você deixa de tomar os remédios quando ingere bebida alcoólica?

0. SIM 1. NÃO

9)Deixou de tomar algum dos remédios para pressão nos últimos dias?

0. SIM 1. NÃO

10)Faltou alguma vez à consulta médica nestes últimos 6 meses?

0. SIM 1. NÃO

*****STRELEC, M. A. A. M. **A influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial.** Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2000.

ANEXO C – Aprovação no Comitê de Ética

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 248/2007

Ribeirão Preto, 10 de dezembro de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 10 de dezembro de 2007.

Protocolo: nº 0835/2007

Projeto: ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: ESTUDO ENTRE PACIENTES EM SEGUIMENTO NO AMBULATÓRIO DE UMA CIDADE DO INTERIOR PAULISTA.

Pesquisadores: Maria Suely Nogueira
Eliana Cavalari

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Maria Suely Nogueira
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP