UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PATRICIA MAGNABOSCO

Hipertensão arterial sistêmica na população urbana e rural de
Sacramento/MG: prevalência e não adesão ao tratamento
medicamentoso.

RIBEIRÃO PRETO

2015

PATRICIA MAGNABOSCO

Hipertensão arterial sistêmica na população urbana e rural de Sacramento/MG: prevalência e não adesão ao tratamento medicamentoso.

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

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

Orientador: Leila Maria Marchi-Alves

RIBEIRÃO PRETO

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Magnabosco, Patricia

Hipertensão arterial sistêmica na população urbana e rural de Sacramento/MG: prevalência e não adesão ao tratamento medicamentoso. Ribeirão Preto, 2015.

119 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Leila Maria Marchi-Alves

1. Hipertensão. 2. Prevalência. 3. População urbana. 4. População rural. 5. Adesão à medicação.

MAGNABOSCO, Patricia

Hipertensão arterial sistêmica na população urbana e rural de Sacramento/MG:
prevalência e não adesão ao tratamento medicamentoso.

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

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à toda população de Sacramento em especial as pessoas com hipertensão arterial que precisam tomar seus medicamentos por toda a vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde, energia e bênçãos durante toda caminhada em direção a mais uma importante conquista em minha vida.

A toda minha família, em especial à minha mãe Ebi pelo amor, carinho, paciência, cuidado e orações durante todo o processo deste trabalho e ao meu sobrinho Pedro (Pepê) pela prestativa e atenciosa colaboração na organização e execução das planilhas para o sorteio das ruas para a coleta de dados.

À orientadora Profa. Dra Leila Maria Marchi-Alves pela competência, presteza e dedicação na orientação deste trabalho.

À Profa. Dra. Maria Suely Nogueira pela atenção e apoio no processo de definição e elaboração do projeto de pesquisa.

Aos queridos amigos e parceiros Elis, Dayana, Adrielle, Eliana, Maria Angélica e em especial ao Edward (Ed) pelas enriquecedoras e importantes colaborações na elaboração dos artigos científicos originados deste trabalho.

À minha querida amiga Melissa pelo carinho, amizade e companheirismo durante todo o tempo que estive em Sacramento. Obrigada por compartilhar comigo vários momentos importantes deste período e também pela grande ajuda na formatação das figuras deste trabalho.

À profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos e profa. Dra. Maria Angélica Oliveira Mendonça pelo auxílio no cálculo amostral.

Ao Jonas Bodini Alonso pela atenção, dedicação e presteza na assessoria na análise estatística.

À todos os funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Sacramento pelo fornecimento de dados sobre a população do município e parceria no atendimento às pessoas que foram encaminhadas às ESFs. Agradeço o imprescindível auxílio durante a coleta de dados, em especial ao pessoal da equipe da ESF da área rural, os quais me receberam e apoiaram com muita simpatia, dedicação e profissionalismo. Devido à dificuldade de acesso e meu desconhecimento da região, sem o apoio de vocês este trabalho na área rural não seria possível.

EPÍGRAFE

“ Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota. ”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

MAGNABOSCO, P. **Hipertensão arterial sistêmica na população urbana e rural de Sacramento/MG: prevalência e não adesão ao tratamento medicamentoso.** 2015. 119 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública devido aos altos índices de prevalência da doença, baixa adesão ao tratamento medicamentoso e controle insatisfatório da Pressão Arterial (PA) na população hipertensa. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência da HAS e identificar os índices e fatores relacionados à não adesão e abandono ao tratamento medicamentoso e não controle da PA nas áreas rural e urbana do município de Sacramento/MG. Trata-se de um inquérito epidemiológico de amostragem aleatória que envolveu 1.528 indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos. Foram coletados dados relacionados a variáveis socioeconômicas, características clínicas e informações relativas a terapêutica medicamentosa e acesso ao serviço de saúde. A prevalência da HAS foi calculada a partir do relato do participante, uso declarado de anti-hipertensivos e constatação diagnóstica entre aqueles que desconheciam sua condição. A não adesão foi medida com o "Questionário de Adesão a Medicamentos – Qualiaids" (QAM-Q), validado no Brasil. Foi considerado abandono do tratamento a situação em que o participante informou estar há pelo menos uma semana sem tomar nenhum anti-hipertensivo; a avaliação do não controle considerou os hipertensos em tratamento que apresentaram a PA elevada no momento da entrevista. Na análise univariada utilizou-se o Odds ratio como medida de efeito. Para o ajuste das variáveis de confusão foi utilizado o modelo de regressão logística com nível de significância de $p < 0,05$. Foram entrevistados 153 sujeitos residentes da área rural e 1375 da área urbana. A prevalência de HAS foi de 38,6%, sendo 38,6% na área urbana e 38,5% na rural. Entre os hipertensos ($n=590$), 8,5% desconheciam esta condição. Dentre os que conheciam sua condição de hipertenso ($n=540$), 90,6% estavam em tratamento, 58,9% não aderiam ao tratamento, 9,4% abandonaram a terapia medicamentosa e 47,4 % apresentaram a PA não controlada. As variáveis que apresentaram associação com a HAS foram: idade igual ou superior a 40 anos, obesidade, baixa escolaridade, falta de trabalho e histórico familiar de HAS. O desconhecimento da condição de hipertenso foi associado à baixa escolaridade. As variáveis associadas a não adesão foram: sedentarismo, uso do saleiro, consumo de alimentos industrializados, exercício do trabalho e não comparecimento às consultas médicas. O abandono do tratamento medicamentoso foi associado a: sexo masculino, idade jovem, baixa renda, tabagismo, consumo de alimentos industrializados, estresse, não comparecimento periódico a consultas médicas, medida esporádica da PA e viver sem companheiro (a). As variáveis associadas ao não controle da PA foram: renda per capita maior que um salário mínimo, etilismo, diagnóstico de HAS há mais de cinco anos, não comparecimento à consulta médica e não seguimento da prescrição medicamentosa. A identificação da prevalência e variáveis associadas à HAS e não adesão ao tratamento medicamentoso colabora para a elaboração de políticas públicas de saúde que visam reduzir complicações da doença e melhorar a qualidade de vida da população hipertensa.

Palavras-Chave: Hipertensão; Prevalência; População urbana; População rural; Adesão à medicação.

ABSTRACT

MAGNABOSCO, P. **Systemic arterial hypertension in urban and rural population of Sacramento/MG: prevalence and non-adherence to medication treatment.** 2015. 119 f. Thesis (Ph.D.) – Nursing School of Ribeirao Preto, University of Sao Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

The Systemic Hypertension (SH) is a public health problem due to high rates of disease prevalence, low adherence to drug therapy and unsatisfactory control of Blood Pressure (BP) in the hypertensive population. The aim of this study was to evaluate the prevalence of SH and identify the indices and factors related to non-adherence and discontinuation of drug treatment, and lack of BP control, in rural and urban areas of Sacramento Municipality, Minas Gerais. This is an epidemiological survey of random sampling, involving 1,528 individuals aged 20 years or above. Data were collected based on socioeconomic variables, clinical characteristics and information related to drug therapy and access to health services. The prevalence estimate of SH was calculated based on: participant's information, declared use of antihypertensive drugs, and diagnostic confirmed among those who were unaware of their condition. Non-adherence was measured with the "Questionnaire Adherence to Medications - Qualiaids". (QAM-Q), validated in Brazil. It was considered abandoning treatment when the individual reported at least one week without taking any antihypertensive. The assessment of lack of hypertension control, took in account those who showed elevated BP when interviewed. The Odds Ratio was used, in the univariate analysis, as a causative factor. To adjust the confounding variables was used a logistics regression model with a significance level of $p < 0.05$. 153 subjects residents in rural areas were interviewed and 1375 in urban areas. The prevalence of hypertension was 38.6%; 38.6% in urban areas and 38,5% in rural areas. Among hypertensive ($n = 590$), 8.5% were unaware of this condition. Among those who knew their hypertensive condition ($n = 540$): 90.6% were in treatment, 58.9% did not adhered to treatment, 9.4% discontinued treatment with drugs, and 47.4% had uncontrolled BP. The variables that showed association with SH were: age equal to or greater than 40 years, obesity, low education, unemployment, and family history of hypertension. The ignorance of hypertension condition was associated with low education. The variables associated with non-adherence were: sedentariness, salt intake, consumption of processed foods, currently working, and not attending medical appointments. The abandonment of drug treatment was associated with: male gender, young age, low income, tobacco use, consumption of processed foods, stress, failure to appear periodically to medical appointments, sporadic BP measurement, and living without a partner. The variables associated with no BP control were: income per capita greater than a minimum wage, alcoholism, last testing for high hypertension done more than 5 years ago, not to attend to medical consultations, and not taking their medications as prescribed. Identifying the prevalence and variables associated with hypertension and non-adherence to medication, collaborated to develop public health policies that aim to reduce disease complications and to improve the quality of life in the hypertensive population.

Keywords: Hypertension; Prevalence; Urban population; Rural population; Medication adherence.

RESUMEN

MAGNABOSCO, P. **Hipertensión arterial sistémica en la población urbana y rural de Sacramento/MG**: prevalencia y no adhesión al tratamiento medicamentoso. 2015. 119 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es un problema de salud pública debido a los altos índices de prevalencia de la enfermedad, baja adhesión al tratamiento medicamentoso y control insatisfactorio de la Presión Arterial (PA) en la población hipertensa. El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de la HAS e identificar los índices y factores relacionados a la no adhesión y abandono del tratamiento medicamentoso y el no control de la PA en las áreas rural y urbana del municipio de Sacramento/MG. Se trata de una encuesta epidemiológica de muestreo aleatorio en que participaron 1.528 individuos con edad igual o superior a 20 años. Fueron recolectados datos relacionados a variables socioeconómicas, características clínicas e informaciones relativas a la terapéutica medicamentosa y acceso al servicio de salud. La prevalencia de la HAS fue calculada a partir del relato del participante, uso declarado de anti-hipertensivos y constatación diagnóstica entre aquellos que desconocían su condición. La no adhesión fue medida con el "Cuestionario de Adhesión a Medicamentos – Qualiaids" (QAM-Q), validado en Brasil. Fue considerado abandono del tratamiento cuando el participante informó que estaba hace, por lo menos, una semana sin tomar ningún anti-hipertensivo; la evaluación del no control consideró a los hipertensos en tratamiento que presentaron PA elevada en el momento de la entrevista. En el análisis univariado se utilizó el Odds Ratio como medida de efecto. Para el ajuste de las variables de confusión fue utilizado el modelo de regresión logística con nivel de significación de $p < 0,05$. Fueron entrevistados 153 sujetos residentes en el área rural y 1375 en el área urbana. La prevalencia de HAS fue de 38,6%, siendo 38,6% en la área urbana y 38,5% en la rural. Entre los hipertensos ($n=590$), 8,5% desconocían esta condición. Entre los que conocían su condición de hipertenso ($n=540$), 90,6% estaban en tratamiento, 58,9% no adhirieron al tratamiento, 9,4% abandonaron la terapia medicamentosa y 47,4 % presentaron la PA no controlada. Las variables que presentaron asociación con la HAS fueron: edad igual o superior a 40 años, obesidad, baja escolaridad, falta de trabajo e histórico familiar de HAS. El desconocimiento de la condición de hipertenso fue asociado a la baja escolaridad. Las variables asociadas a la no adhesión fueron: sedentarismo, consumo de sal, consumo de alimentos industrializados, actividad de trabajar y no comparecer a las consultas médicas. El abandono del tratamiento medicamentoso fue asociado a: sexo masculino, edad joven, baja renta, tabaquismo, consumo de alimentos industrializados, estrés, no comparecer periódicamente a consultas médicas, medida esporádica de la PA y vivir sin compañero. Las variables asociadas al no control de la PA fueron: renta per capita mayor que un salario mínimo, alcoholismo, diagnóstico de HAS hace más de cinco años, no comparecer a la consulta médica y no seguimiento de la prescripción medicamentosa. La identificación de la prevalencia y las variables asociadas a la HAS y la no adhesión al tratamiento medicamentoso colaboran para la elaboración de políticas públicas de salud que objetivan reducir complicaciones de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los hipertensos. Palabras-Clave: Hipertensión; Prevalencia; Población urbana; Población rural; Adhesión a la medicación.

LISTAS

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 -	Mapa de localização da cidade e comunidades rurais de Sacramento/MG.....	36
Mapa 2 -	Mapa da área urbana do município de Sacramento com distribuição das áreas de abrangências da ESF	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Prevalência da HAS em cidades brasileiras	18
Quadro 2 -	Modelo Teórico Explicativo segundo Santa-Helena (2007)	27

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 -	Fluxograma de classificação e encaminhamentos dos participantes segundo valores da pressão arterial e uso de anti-hipertensivo. Adaptado do modelo de Burt et al. (1995)	44
Fluxograma 2 -	Distribuição dos sujeitos (n=1528) segundo índices de prevalência, conhecimento da condição de hipertenso, tratamento e controle da PA, conforme classificação adaptada de BURT et al. (1995). Sacramento/MG, 2013.....	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição dos motivos relacionados à dificuldade de acesso ao serviço de saúde (n=445). Sacramento/MG, 2013.....	54
Gráfico 2 -	Distribuição dos participantes hipertensos segundo motivo referido para o não cumprimento da prescrição medicamentosa. Sacramento/MG, 2013.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos participantes segundo características sociodemográficas da população rural e urbana. Sacramento/MG, 2013.....	49
Tabela 2 -	Distribuição dos participantes segundo características econômicas da população rural e urbana. Sacramento/MG, 2013.....	50
Tabela 3 -	Distribuição dos participantes segundo características comportamentais e hábitos de vida da população rural e urbana. Sacramento/MG, 2013.....	50
Tabela 4 -	Distribuição dos participantes segundo características clínicas da população rural e urbana. Sacramento/MG, 2013.....	52
Tabela 5 -	Distribuição dos participantes segundo características de acesso ao serviço de saúde da população rural e urbana. Sacramento/MG, 2013.....	53
Tabela 6 -	Análise univariada da associação entre hipertensão arterial sistêmica e características sociodemográficas e econômicas da população rural e urbana. Sacramento/MG, 2013.....	56
Tabela 7 -	Análise univariada da associação entre hipertensão arterial sistêmica e hábitos de vida, dados antropométricos e histórico familiar da população rural e urbana. Sacramento/MG, 2013.....	57
Tabela 8 -	Valores de Odds Ratio e IC 95% dos fatores associados a HAS segundo modelo de regressão logística de múltiplos fatores no município de Sacramento/MG, 2013....	58
Tabela 9 -	Comparação dos sujeitos hipertensos da população rural e urbana segundo variáveis clínicas relacionadas à hipertensão e acesso ao serviço de saúde. Sacramento/MG, 2013.....	59
Tabela 10 -	Análise univariada da associação entre não adesão e abandono do tratamento medicamentoso e características sociodemográficas e econômicas dos participantes da população rural e urbana que conheciam sua condição de hipertenso. Sacramento/MG, 2013	62

Tabela 11 -	Análise univariada da associação entre não adesão e abandono do tratamento medicamentoso e hábitos de vida e dados antropométricos dos participantes da população rural e urbana que conheciam sua condição de hipertenso. Sacramento/MG), 2013	63
Tabela 12 -	Análise univariada da associação entre não adesão e abandono do tratamento medicamentoso e características clínicas, condição de tratamento e acesso ao serviço de saúde dos participantes da população rural e urbana que conheciam sua condição de hipertenso. Sacramento/MG, 2013.....	64
Tabela 13 -	Valores de Odds Ratio e IC 95% dos fatores associados a não adesão segundo modelo de regressão logística de múltiplos fatores. Sacramento/MG, 2013.....	65
Tabela 14 -	Valores de Odds Ratio e IC 95% dos fatores associados ao abandono do tratamento medicamentoso da hipertensão segundo modelo de regressão logística de múltiplos fatores no município de Sacramento/MG, 2013....	65
Tabela 15 -	Análise univariada da associação entre o não controle da pressão arterial e características sociodemográficas e econômicas da população hipertensa em tratamento da área rural e urbana. Sacramento/MG, 2013.....	67
Tabela 16 -	Análise univariada da associação entre não controle da PA e características hábitos de vida e dados antropométricos da população da população hipertensa em tratamento da área rural e urbana (n=232). Sacramento/MG, 2013.....	68
Tabela 17 -	Análise univariada da associação do não controle da PA e características clínica, tratamento medicamentoso e acesso ao serviço de saúde da população hipertensa em tratamento da área rural e urbana (n=232). Sacramento/MG, 2013.....	69
Tabela 18 -	Valores de Odds Ratio e IC 95% dos fatores associados ao não controle da PA segundo modelo de regressão logística de múltiplos fatores no município de Sacramento/MG, 2013.....	70

LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CA	Circunferência Abdominal
CB	Circunferência Braquial
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
QAM-Q	Questionário de Adesão a Medicamentos – Qualiaids
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica em áreas urbanas e rurais	17
1.1.1 Prevalência, conhecimento da condição de hipertenso, tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em populações urbanas e rurais	17
1.2 Adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica	22
1.2.1 Prevalência, conceitos e formas de avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso	22
1.2.2 Fatores associados a adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial	26
2. OBJETIVOS	31
2.1 Geral	32
2.2 Específicos	32
3. MATERIAIS E MÉTODOS	33
3.1 Tipo de Estudo	34
3.2 População e Local	34
3.3 Procedimento de coleta de dados	37
3.3.1 Aspectos éticos	37
3.3.2 Seleção da amostra	38
3.3.3 Estudo piloto	38
3.3.4 Instrumentos de pesquisa	39
3.4 Tratamento estatístico	45
4. RESULTADOS	47
4.1 Características sociodemográficas, econômicas, comportamentais, hábitos de vida, condições clínicas e acesso ao serviço de saúde da população rural e urbana	48
4.2 Índices de prevalência, conhecimento, tratamento e controle da HAS	55
4.3 Fatores associados à HAS na população rural e urbana	56
4.4 Caracterização clínica, tratamento medicamentoso e acesso ao serviço de saúde da população com HAS nas áreas rural e urbana	58
4.5 Desconhecimento da condição de hipertenso	60
4.6 Não adesão e abandono ao tratamento medicamentoso e fatores associados	61
4.7 Não controle da pressão arterial e fatores associados	66
5. DISCUSSÕES	71
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES	112
ANEXOS	116

1. INTRODUÇÃO

No primeiro decênio do século passado, as doenças infecciosas e a fome eram as principais causas de mortalidade da população mundial, acarretando uma expectativa de vida extremamente baixa. Nesse período, as Doenças Cardiovasculares (DCV) eram responsáveis por apenas 10% de todas as mortes (LIBBY; BRAUNWALD, 2008).

Nas últimas décadas, devido às transformações demográficas, econômicas, sociais, nutricionais e melhorias do acesso às ações de saúde pública houve uma significativa mudança no panorama epidemiológico global, com variações importantes nos padrões de morbimortalidade. Ao mesmo tempo em que foi registrado o declínio na taxa de mortalidade por desnutrição e doenças infecciosas e parasitárias, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principalmente o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o Acidente Vascular Encefálico (AVE), passaram a representar as principais causas de morte no mundo (OUNPUU; ANAND; YUSUF, 2000).

O Brasil não ficou alheio a tais transformações e, assim como outros países da América Latina, atualmente enfrenta três grandes estágios de transição demográfica: a desaceleração do crescimento populacional, a urbanização e o envelhecimento (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2007). A expectativa de vida da população brasileira aumentou de 67 anos, em 1991, para 73 anos, em 2013 (ou seis anos, em média) e a incidência de mortalidade infantil diminuiu pela metade. É preciso destacar ainda o rápido declínio da fertilidade desde a década de 1960 (CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY, 2014).

Considerando todo esse contexto de transformação social, aliado à complexa realidade do setor de saúde no Brasil, é premente a necessidade de atuação voltada para a temática das DCNT, pois há uma tendência de aumentar a ocorrência destas doenças conforme aumenta a longevidade (NOBRE; MION JR., 2013).

Segundo o Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle das DCNT da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2013a), este grupo de doenças - principalmente as morbidades cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes - são as maiores causadoras de óbitos no

mundo. Mais de 36 milhões de pessoas morrem anualmente devido às DCNT, o que corresponde a 63% das mortes globais.

Em países de baixa e média renda, 86% dos óbitos entre pessoas de 30 a 70 anos são devido às DCNT, gerando perdas econômicas acumuladas de US\$ 7 trilhões nos próximos 15 anos (WHO, 2013a).

Dentre as DCNT, as DCV são responsáveis por quase um terço do total de mortes ao ano no planeta (17 milhões de óbitos/ano), sendo 9,4 milhões destas mortes devido às complicações causadas pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A HAS é responsável por pelo menos 45% das mortes por doença cardíaca e 51% das mortes por acidente vascular cerebral (WHO, 2013a).

Nos Estados Unidos, 69% das pessoas que tiveram o primeiro ataque cardíaco e 77% que tiveram o primeiro AVE apresentaram a pressão arterial (PA) maior que 140/90 mmHg. No país, o custo direto e indireto estimado da elevação da PA em 2008, foi de 69,4 bilhões de dólares (ROSAMOND et al., 2008).

Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde no Brasil revelam um total de 1.181.166 óbitos em 2012, sendo que as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) representam a principal causa de morte (28,2%). Dentre os 333.295 óbitos causados pelas DAC, 104.397 (31,3%) devem-se às doenças isquêmicas do coração e 100.194 (30,0%) às doenças cerebrovasculares. Na faixa etária igual ou acima dos 40 anos, as DAC foram responsáveis por 32,8% do total de óbitos. As doenças hipertensivas foram responsáveis por 45.300 óbitos no mesmo ano, correspondendo a 3,8% do total de mortes (BRASIL, 2014a).

A HAS, considerada um problema de saúde pública devido a sua elevada prevalência e dificuldade de controle, é descrita como um dos mais importantes fatores de risco para as DCV. A mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN), 2010).

As melhorias das condições econômicas, combinadas com as modificações radicais na natureza das atividades relacionadas ao trabalho e com a urbanização, resultaram em importantes alterações no estilo de vida, na dieta, nos níveis de

atividade física e no comportamento, expondo um número cada vez maior da população aos fatores de risco para a HAS e demais DCV (MANSUR et al., 2001).

1.1 Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica em áreas urbanas e rurais.

1.1.1. Prevalência, conhecimento da condição de hipertenso, tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em populações urbanas e rurais.

No mundo, o número de pessoas com HAS subiu de 600 milhões em 1980 para um bilhão em 2008, ano em que se estimou em 40% a prevalência média mundial de hipertensão em adultos (WHO, 2011), com uma ampla variação dependendo da população estudada, atingindo 30% a 45% nos países europeus (SOCIEDADE EUROPEIA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE EUROPEIA DE HIPERTENSÃO, 2013), 46% na África e cerca de 35% nas Américas (WHO, 2011).

Para Kearney et al. (2005), no ano 2000 existiam 972 milhões de hipertensos; de acordo com os pesquisadores, em 2025 esse número aumentará para 1,56 bilhões de indivíduos. Esse acréscimo de 60% dos casos de hipertensão deverá ser atribuído, principalmente, ao aumento do número de pacientes nos países em desenvolvimento.

Estima-se que 65 milhões de norte-americanos sejam hipertensos. Para uma prevalência de hipertensão arterial de 28,5% na população adulta dos EUA, os índices de pacientes com a PA controlada (definida por PAS<140 mmHg e PAD<90 mmHg) vêm crescendo progressivamente nos últimos anos. A proporção de hipertensos controlados passou de 10% no período de 1976 a 1980 para 25% no período 1999–2000. Na última década esse valor vem aumentando progressivamente, passando a 33,1% em 2003-2004 e 44% em 2005-2006. No período de 2007-2008, a taxa de conhecimento da doença era de 80,7%, com 72,5% dos hipertensos sendo tratados e, destes, 69,1% com a PA controlada (EGAN; ZHAO; AXON, 2010).

Os esforços e investimentos realizados nos últimos 35 anos na área de hipertensão arterial mostraram-se eficazes para o aumento progressivo nas taxas de conhecimento, tratamento e controle da doença nos Estados americanos. Mas é preciso considerar que, devido ao fato de no mesmo período ter havido deterioração dos hábitos alimentares e consequente aumento da frequência de obesidade, a melhora dos níveis de controle da PA nessa população pode ser consequente à utilização de mais fármacos (EGAN; ZHAO; AXON, 2010).

Inquéritos nacionais identificaram diferentes índices de prevalência em várias cidades brasileiras, com variação de 14,7 % a 41,4% (Quadro 1). Essa disparidade dos índices de prevalência da HAS entre as cidades brasileiras provavelmente resulta da falta de padronização dos métodos de investigação e critérios de seleção dos indivíduos analisados (FREITAS et al., 2001; GUS et al., 2004). Outro possível fator é a grande heterogeneidade entre diferentes regiões do país, com áreas desenvolvidas e em desenvolvimento coexistindo. Além disso, os estudos disponíveis não analisaram completamente os vários fatores envolvidos na gênese da hipertensão (CIPULLO et al., 2010).

Cidade (Estado)	Autores	Ano	Prevalência estimada
Tubarão (SC)	Pereira et al. (2007)	2003	40,5%
BambuÍ (MG)	Lima-costa, Peixoto e Firmo (2004)	2004	27,2%
Formiga (MG)	Castro, Moncau e Marcopito (2007)	2006	32,7%
Belém (PA)	Borges, Cruz e Moura (2008)	2005	17,5%
Salvador (BA)	Lessa et al. (2006)	2006	29,9%
Luzerna (SC)	Nunes Filho et al. (2007)	2006	14,7%
Goiânia (GO)	Jardim et al. (2007)	2007	36,4%
Pelotas (RS)	Costa et al. (2007)	2007	23,6%
Campo Grande (MS)	Souza et al. (2007)	2007	41,4%
Botucatu (SP)	Carvalhoes, Moura e Monteiro (2008)	2008	23,1%
São Luís (MA)	Barbosa et al. (2008)	2008	27,4%
S.J. Rio Preto (SP)	Cesarino et al. (2008)	2008	25,2%
Nobres (MT)	Rosário et al. (2009)	2009	30,1%
Sinop (MT)	Martins et al. (2010)	2010	23,2%
São Paulo (SP)	Mion Jr. et al. (2010)	2010	23,0%
Florianópolis (SC)	Silva, Petroski e Peres (2012)	2012	40,1%
Rio de Janeiro (RJ)	Brasil (2013)	2012	29,7%
Boa Vista (RR)	Brasil (2013)	2012	16,6%

Quadro 1. Prevalência da HAS em cidades brasileiras

Um estudo realizado em 2012 com 45.448 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos entrevistados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), abrangendo as 26 capitais brasileiras e Distrito Federal, estimou haver no Brasil um total de 31.858.571 hipertensos. A prevalência de hipertensão foi de 24,3%, variando entre 16,6%, em Boa Vista, e 29,7%, no Rio de Janeiro. Os índices foram maiores entre as mulheres (27,2% vs. 21,1%) (BRASIL, 2013).

Nobre e Mion Jr. (2013) relatam que, apesar da complexa composição demográfica, os estudos de prevalência de HAS não são escassos no Brasil, porém não são comparáveis em razão dos diferentes critérios e métodos empregados. Ainda assim, são poucos os estudos brasileiros que avaliaram o nível de conhecimento, tratamento e controle da HAS (PEREIRA et al., 2007).

Existem dados para algumas cidades do Brasil que mostram haver uma prevalência em torno de 30% de hipertensão arterial, cerca de 60% a 70% de conhecimento da doença, com controle de metade desses pacientes, aproximadamente (ISER et al., 2011).

O controle da PA é essencial para a prevenção de lesão a órgãos-alvo induzida pela HAS, mas a natureza assintomática dessa doença faz com que ela seja subdiagnosticada e conseqüentemente não tratada, a despeito de sua alta prevalência (CIPULLO et al., 2010).

Estudo brasileiro realizado no Estado do Rio Grande do Sul com 918 adultos de 20 anos ou mais revelou uma prevalência de 33,7% da hipertensão arterial; 50,8% dos pacientes tinham conhecimento da doença, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham a PA controlada (GUS et al., 2004).

Outros estudos realizados no Brasil apontam alta prevalência e baixas taxas de conhecimento e controle da hipertensão arterial. Na cidade de Passo Fundo (RS) a prevalência e controle foram iguais a 21,9% e 20% respectivamente (TRINDADE et al., 1998). Na cidade de São Paulo, a prevalência foi de 23%; 89% estavam em tratamento e 35,2% apresentavam PA controlada (MION JR. et al., 2010). Em Tubarão (SC) a prevalência foi igual a 40,5%, sendo que 55,6% conheciam sua condição de hipertenso, 46,8% estavam em tratamento e somente 10,1% com a PA controlada (PEREIRA et al., 2007).

A HAS revelou-se um importante problema de saúde pública também em um pequeno município do interior do país. Na população de 18 a 90 anos da região

urbana de Nobres/MT, dos 1.003 indivíduos analisados, foi observada prevalência de HAS de 30,1%. Entre os 302 hipertensos, 73,5% sabiam dessa condição, 61,9% faziam tratamento e 24,2% tinham a PA sob controle (ROSÁRIO et al., 2009).

Em Minas Gerais poucos estudos foram realizados e não se conhece o perfil de risco dos moradores de municípios de pequeno porte demográfico (CASTRO; MONCAU; MARCOPITO, 2007). Na cidade de Sacramento, conforme dados registrados no programa Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a Secretaria Municipal de Saúde trabalha atualmente com uma prevalência de 17,9%, sendo 19,4% na área rural e 17,7% na urbana (SACRAMENTO, 2013a).

A população rural brasileira prosseguiu na última década no processo de encolhimento que acontece desde os anos de 1970. Em 2010, o Brasil tinha 29.830.007 residentes na região rural, contra 31.835.143 em 2000. Em contrapartida, a população urbana saltou, no mesmo período, de 137.755.550 para 160.925.792 habitantes. Entre 2000 e 2010, o ritmo de crescimento da população urbana foi de 1,55% ao ano, enquanto o número de habitantes da zona rural caiu em média 0,65% ao ano. Hoje, a população rural brasileira corresponde a 15,6% da população total (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2014a).

A classificação da situação do domicílio é urbana ou rural, segundo a área de localização do domicílio, e tem por base a legislação vigente por ocasião da realização do Censo Demográfico 1991. Como situação urbana consideram-se as áreas correspondentes às cidades (sedes municipais), às vilas (sedes distritais) ou às áreas urbanas isoladas. A situação rural abrange toda a área situada fora desses limites (IBGE, 2014b).

Para Fossa e França (2002), esta elaboração do espaço se reveste de fundamental importância quando se leva em consideração que as necessidades das pessoas e os investimentos públicos destinados aos espaços rural e urbano são distintos, inclusive na área da saúde. Tal dicotomia pode causar distorções e aumento das desigualdades sociais.

Ser morador de área urbana ou rural pode implicar em diferenças culturais e estilos de vida importantes que podem influenciar diretamente nos fatores de risco para doenças crônicas, em especial, a HAS, bem como no tratamento e controle de tais agravos. Particularmente nas populações rurais se observa maior dificuldade de acesso e, conseqüentemente, menor utilização dos serviços de saúde, em

decorrência de fatores como a escassa disponibilidade de serviços de complexidade intermediária, inadequação dos cuidados oferecidos, grandes distâncias a serem percorridas, dificuldades de transporte, baixo nível de escolaridade, barreiras de informação e obstáculos financeiros (FOSSA; FRANÇA, 2002; HENDRIKS et al., 2012; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Alguns pesquisadores indicaram que países com grandes contingentes de habitantes nas áreas rurais apresentaram escassez nas taxas de conhecimento sobre a hipertensão, tratamento anti-hipertensivo inadequado e níveis de controle pressóricos inaceitavelmente baixos. Um destes estudos, realizado com habitantes em área rural de dois países da África, revelou que na Nigéria, de um total de 2678 participantes, a prevalência de HAS foi de 19,3%, sendo que 92% desconheciam sua condição de hipertenso, 2% estavam em tratamento e somente 3% com a PA controlada (HENDRIKS et al., 2012).

Índices também alarmantes foram encontrados no Quênia. Em pesquisa realizada com 2.111 indivíduos, a prevalência da HAS foi de 21,4%; destes, 83% ignoravam o diagnóstico, 9% estavam sob regime terapêutico e apenas 2,6% com os níveis tensionais adequados (HENDRIKS et al., 2012).

Na China, a prevalência de hipertensão arterial na população rural aumentou progressivamente, tendo passado de 11,1% em 1991 para 18,6% em 2002. Nesta mesma população, também os índices de conhecimento, tratamento e controle da doença foram, respectivamente, iguais a 22,5%, 17,4% e 3,5% no ano 2002. Os motivos apontados para a baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo incluem a ignorância sobre as consequências da doença e importância de seu monitoramento. Cabe assinalar que os índices de analfabetismo na amostra avaliada foram iguais a 20,3% para os homens e 50,1% para as mulheres (LIA et al., 2010).

Um estudo realizado com 142.042 pessoas entre 35 a 70 anos de 628 comunidades urbanas e rurais de três países de alta renda, 7 de média alta renda (incluindo o Brasil), três de média baixa renda e quatro de baixa renda encontrou um índice de HAS de 40,1% em área urbana e 39,2% rural, sendo que os índices de conhecimento da condição de hipertenso e tratamento foram semelhantes entre as áreas urbana e rural nos países de alta e média alta renda, porém foram significativamente menores nas áreas rurais dos países de baixa renda. O índice de controle da PA foi consistentemente menor nas zonas rurais em relação às áreas urbanas em todos os países (CHOW et al., 2013).

No Brasil, um estudo realizado com 251 sujeitos na área rural do estado de Minas Gerais com objetivo de determinar a prevalência da síndrome metabólica entre sujeitos maiores de 18 anos de idade, encontrou uma prevalência da HAS de 62,5%, sendo maiores em homens (65,8%) que nas mulheres (59,7%) (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ et al., 2007).

A escassez de investigações sobre a prevalência da HAS entre moradores de áreas rurais indica a necessidade de levantamento dessas informações, que são de extrema valia para o direcionamento de ações preventivas, terapêuticas e assistenciais nessas regiões, em projetos que podem ser extrapolados para populações com características semelhantes (LESSA; MENDONÇA; TEIXEIRA, 1996).

Assim, apesar de evidências científicas atestarem tanto os riscos da hipertensão arterial quanto os benefícios do tratamento anti-hipertensivo, ainda observamos insuficiência, omissões e precariedade relacionadas ao diagnóstico, terapêutica e controle da doença (CHOBANIAN et al., 2003; WILLIAMS, 2006).

1.2 Adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica

1.2.1. Prevalência, conceitos e formas de avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso

A adesão ao tratamento tem sido alvo crescente de estudos científicos nas últimas décadas e representa uma variável vital para se avaliar o desfecho final do tratamento da HAS, baseada no controle da PA, na redução das complicações hipertensivas ou na melhor qualidade de vida (NOBRE; MION JR., 2013).

A literatura mostra que a prevalência de não adesão das pessoas com HAS ao tratamento medicamentoso é bastante variada (NADERI; BESTWICK; WALD, 2012). Relatório mundial salienta que esta variabilidade observada na frequência da adesão depende da metodologia empregada para sua estimativa, das características da população investigada e do tamanho da amostra (WHO, 2003).

Pesquisas realizadas com hipertensos em ambulatórios de hospitais mostraram uma não adesão de 86,7% em São José do Rio Preto (SP) (DOSSE et al., 2009) e de 12,7% em Ribeirão Preto (SP) (COELHO et al., 2005). Na atenção primária de uma pequena cidade do Estado do Rio Grande do Sul a taxa de não adesão foi de 34,3% (GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013). Em Teresina (PI) a não adesão foi de 26,8% (CARVALHO et al., 2012); já em Maringá (PR) foi igual a 64,0% (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012).

A falta de estudos de prevalência da adesão ao tratamento medicamento da HAS é ainda maior em áreas rurais, pois a maioria das investigações tem sido direcionada para avaliação em centros urbanos e não se pode estender esses dados para áreas rurais, uma vez que as populações têm características demográficas, hábitos alimentares e culturais, tipos de ocupação e acesso à assistência médica bastante distintos (BALIEIRO et al., 2009).

Estudos em áreas rurais de diferentes países também têm mostrado índices variados de não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. Foram constatados 66,0% na Turquia (KARAKURT; KASIKÇI, 2012) e 60,1% nos Estados Unidos (MARTIN et al., 2010). No Brasil, um estudo realizado no estado de Minas Gerais encontrou índice de não adesão de 28,0% (MONTEIRO; FARIAS; ALVES, 2009).

De maneira geral, estima-se que 50% das pessoas com doenças crônicas não seguem seus tratamentos de maneira recomendada (WHO, 2003). Os baixos índices de adesão ao tratamento medicamentoso são uma das principais causas de inadequado controle da hipertensão arterial (PRADO; KUPEK; MION Jr, 2007).

Em 2003, a World Health Organization (WHO, 2003, p. 3) adotou como definição de adesão à terapia de longo prazo uma versão mesclada das definições de Haynes (1979) e Rand (1993): “o grau em que o comportamento de uma pessoa - tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou mudar o estilo de vida, coincide com as recomendações de um profissional de saúde”.

Ênfase tem sido dada à necessidade de diferenciar os termos adesão e “compliance”, vocábulo muito utilizado na literatura internacional. A principal divergência é que “compliance” significa cumprimento ou obediência, enquanto adesão ou aderência requer a concordância do paciente com a recomendação. Acredita-se que os pacientes devem ser parceiros ativos dos profissionais de saúde em seus próprios cuidados e que uma boa comunicação entre o paciente e o profissional de saúde é imprescindível para uma prática clínica eficaz (WHO, 2003).

Assim, Osterberg e Blaschke (2005) alegam que muitos autores preferem a palavra adesão porque “compliance” sugere que o paciente segue passivamente as ordens do médico e que o plano de tratamento não é baseado na aliança ou contrato estabelecido entre ambos.

Outros pesquisadores também julgam que a terminologia que melhor representa o seguimento ao tratamento anti-hipertensivo é adesão, existente em diferentes níveis. No extremo mais elevado estão os aderentes, aqueles que seguem totalmente o tratamento, e do outro os desistentes, aqueles que abandonam o tratamento. Dentro do grupo dos não aderentes se encontram ainda os persistentes, que são os indivíduos que não seguem o tratamento, mesmo comparecendo às consultas (PIERIN; STRELEC; MION JR., 2004).

Alguns autores ressaltam a diferença entre o termo adesão e persistência do paciente em relação ao tratamento prescrito. O primeiro diz respeito à proporção de comprimidos efetivamente utilizados dentro de um intervalo específico de tempo, já o segundo se refere ao uso continuado da medicação prescrita no decorrer do tempo. Portanto, a adesão tem a ver com a extensão na qual o paciente age de acordo com o esquema terapêutico previsto, enquanto a persistência é o tempo decorrido entre o início e a descontinuação do tratamento (NOBRE; MION JR., 2013).

É difícil detectar a falta de adesão e, mais ainda, quantificá-la. Apesar de ser frequentemente descrita como variável dicotômica (adesão), ela pode variar ao longo de um contínuo de zero a mais de 100% em pacientes que usam mais do que as medicações prescritas pelo médico. Ainda não há consenso acerca do padrão que constitui a taxa de adesão adequada para o tratamento de doenças crônicas. Alguns ensaios relativos à hipertensão consideram aceitáveis os índices acima de 80% (MALLION et al., 1998).

As técnicas utilizadas para aferir a adesão são classificadas como diretas e indiretas. Os métodos diretos, aqueles que procuram confirmar se realmente houve a ingestão do medicamento, compreendem a análise biológica e a adição de um marcador ou traçador ao medicamento ingerido. A análise biológica refere-se ao exame do sangue ou da urina para detectar a presença do medicamento ingerido ou de um de seus metabólitos. Apesar de ser considerado método padrão-ouro para avaliação da adesão, ele ainda é impraticável por requerer técnica sofisticada e onerosa. Já a adição de um traçador se baseia na inclusão, ao medicamento em uso, de outra substância inócua ao organismo; além de apresentar as mesmas

limitações para uso referidas na análise biológica, acarreta um problema ético devido ao desconhecimento do paciente acerca de ambas as substâncias contidas no medicamento (NOBRE; MION JR., 2013). Desta forma, Os métodos diretos não apresentam nenhum aspecto prático que os recomende na rotina (HERSHEY; MORTON; DAVIS, 1980; LEE; KUSEK; GREENE, 1996).

Os métodos indiretos são: relatório do paciente, opinião do médico, diário do paciente, contagem de comprimidos, reabastecimento de receitas, resposta clínica e monitorização da medição no número de tomadas. Estes, no entanto, não asseguram que o paciente tenha realmente tomado a medicação (NOBRE; MION JR., 2013).

O questionamento da tomada da medicação, sem ênfase no julgamento, é o método mais adequado para identificar o paciente com baixa adesão (NOBRE; MION JR., 2013). Essas informações podem ser obtidas por meio de questionários estruturados, aplicados por entrevistas ou autopreenchimento e constituem as opções mais usadas em estudos observacionais por sua facilidade operacional e baixo custo. Os questionários costumam estimar a quantidade de doses e/ou o comportamento do paciente quanto à tomada de medicamentos (SANTA HELENA, 2007).

Entretanto, alguns vieses podem ocorrer com a utilização de questionários. Um deles é por se tratar de inquérito sobre comportamentos privados e por vezes não desejáveis, o que pode levar muitas pessoas a não se sentirem à vontade para a resposta, especialmente quando estão em locais públicos ou no próprio serviço onde são atendidos. Outro seria a superestimação da adesão pelo próprio entrevistador ou ocasionada por auto-aplicação do instrumento. Apesar destes argumentos, muitos questionários mostram-se capazes de obter dados confiáveis de adesão.

Problemas também são encontrados utilizando métodos classicamente mais objetivos como a contagem de pílulas (manual ou eletrônica), pois comprimidos podem ser descartados e chips eletrônicos são passíveis de manipulação (WRIGHT, 1993).

Investigadores consideram que não basta avaliar somente o percentual de doses de medicamento tomadas, pois a adesão ao tratamento é composta por diferentes dimensões: o ato, o processo e o efeito de aderir. O percentual de doses tomadas refere-se ao ato de aderir, o comportamento habitual em relação aos

horários de tomadas reporta-se ao processo de aderir e o desfecho clínico diz respeito ao efeito de aderir. Faz-se necessário aplicar medidas que se aproximem o máximo possível da resultante destes diferentes momentos (SANTA HELENA, 2007).

A utilização do desfecho clínico para avaliação da adesão apresenta alguns limites. Em muitas situações, a melhora clínica não depende somente da tomada correta dos medicamentos, mas de outros fatores, como mudanças do estilo de vida, o que se aplica a hipertensos. Também é difícil e onerosa a operacionalização do desfecho clínico em estudos epidemiológicos de algumas doenças; este caso não representa um empecilho na avaliação da HAS, uma vez que a medida da PA é um indicador relativamente simples e de fácil aplicação (GORDIS, 1981; LIU et al., 2006). De maneira geral, o uso do desfecho clínico, quando operacionalizável, é recomendado por ser capaz de melhorar a sensibilidade (melhora a detecção dos não-aderentes), visto que na maioria dos estudos com questionários obtém-se alta especificidade e baixa sensibilidade (SANTA HELENA, 2007).

1.2.2 Fatores associados a adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial.

Muitos fatores estão diretamente relacionados com a adesão ao tratamento da HAS. Nobre e Mion Jr. (2013) destacam alguns elementos relacionados com o paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico), com a doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias), com o tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida), com a relação médico-paciente (envolvimento, relacionamento), com crenças, hábitos e cultura (percepção do problema, desconhecimento, experiência com a doença, família, crenças sobre saúde, autoestima) e com as instituições (políticas de saúde, acesso ao serviço, tempos de espera e de atendimento, assiduidade às consultas).

Na tentativa de organizar as variáveis relacionadas à não adesão a fim de expressar o ordenamento dos fatores em níveis semelhantes de mediação do fenômeno, Santa Helena (2007) propõe um modelo teórico explicativo dividido em

três blocos hierárquicos: Status Socioeconômico, Serviços de Saúde e Características Pessoais, apresentado no Quadro 2.

Fonte: Santa Helena (2007).

Quadro 2. Modelo Teórico Explicativo segundo Santa-Helena (2007)

O primeiro bloco hierárquico corresponde ao status socioeconômico e abrange a raça/cor, escolaridade, situação ocupacional, renda, condição de moradia e classe econômica. Igualmente aos outros dois blocos (Serviços de Saúde – tipo de serviço, acesso e frequência às consultas, acesso a medicamentos e hospitalização e Característica das Pessoas – caracteres sociais, crenças e comportamento e caracteres biológicos), o status socioeconômico influencia diretamente a não adesão. Todos os três blocos interagem entre si influenciando determinantes na não adesão; por exemplo, indivíduos de baixa classe econômica podem ter maior dificuldade de acesso ao serviço de saúde e conseqüentemente não aderir ao tratamento. Na mesma mediação do terceiro nível, onde estão locadas as características das pessoas, encontram-se as características do tratamento com fármacos (número de medicamentos prescritos, classes terapêuticas, posologia e reações adversas). Tais variáveis também estão diretamente relacionadas ao

comportamento de não adesão e interligada aos demais blocos (SANTA HELENA, 2007).

Estudos confirmam a relação de fatores sociodemográficos e econômicos com a adesão. A baixa escolaridade, por exemplo, que se associa com crenças equivocadas sobre o tratamento, estrutura familiar inadequada e difícil acesso ao serviço de saúde, está relacionada a níveis inferiores de adesão (CARTER; TAYLOR; LEVENSON, 2004; FREITAS et al., 2001).

Uma associação positiva entre situação financeira e adesão também foi notada em vários estudos (ARAÚJO; GARCIA, 2006; CLARK; CURRAN; NOJI, 2000; TRENTINI; TOMASI; POLAK, 1996). Alguns autores descreveram que a condição econômica influencia a habilidade para o seguimento das recomendações terapêuticas (CLARK; CURRAN; NOJI, 2000). De acordo com Trentini, Tomasi e Polak (1996), hipertensos relataram dificuldades financeiras relacionadas à compra de medicamentos, bem como para a aquisição de alimentos de acordo com as orientações dietéticas de tratamento.

Quanto à idade, não há um consenso definitivo entre os estudos que possa definir qual faixa etária é mais aderente. Chor (1998) e Vaur et al. (1999) concluíram que os pacientes mais jovens apresentam menor adesão em comparação com os idosos. Para Yiannakopoulou et al. (2005), os mais jovens foram os que manifestaram melhor adesão. Figueiredo e Asakura (2010) observaram que todas as citações referentes à falta de tempo para aderir ao tratamento, por conta do trabalho, foram mencionadas por indivíduos adultos, e 87,5% dos relatos referentes à dificuldade para lembrar o horário para tomar a medicação foram emitidos por idosos.

Vários estudos descrevem que o caráter assintomático predominante da HAS dificulta a adesão ao tratamento medicamentoso. Akdemir (2004), Chor (1998) e Sarquis et al. (1998) reforçam a informação de que a ausência de sintomas contribui de forma marcante para a não adesão ou para o abandono do tratamento. Mion Jr. et al. (1996) mostraram que o fato de a HAS ser assintomática contribuiu para 36% de não adesão em um grupo de 353 pacientes. Chor (1998) ressaltou também a dificuldade para convencer o sujeito de que é doente e necessita de tratamento contínuo. Bilir et al. (2003) e San (1999) e enfatizam que a maioria das pessoas com HAS, principalmente aqueles que vivem em áreas rurais, não tem consciência dos agravos da doença, tanto pela natureza assintomática como também pelo longo

tempo até a manifestação de suas complicações, levando a uma baixa procura por serviços de saúde.

A relação médico-paciente representa outra importante categoria para compreensão da não adesão. Estudo realizado com mil pacientes observou maior adesão entre aqueles que relataram ter recebido orientações adequadas quanto à tomada dos medicamentos (43,9%) em comparação aos que referiram não ter recebido instrução apropriada (3,9%) (YIANNAKOPOULOU et al., 2005).

Outro fator que influencia na adesão do indivíduo ao tratamento medicamentoso da HAS é o número de medicamentos utilizados para tratar a enfermidade. Pode estar relacionado à posologia, pois o aumento da quantidade de comprimidos e/ou do número de tomadas diárias do fármaco é condição comum à terapêutica das doenças crônicas, ou ainda à polifarmácia, uma vez que 2/3 dos hipertensos necessitam de terapia anti-hipertensiva combinada para se atingir as metas pressóricas. Estes fatores amplificam o risco de não adesão ao tratamento (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1993; TURAN et al., 1999; BRASIL, 2010).

Enfim, o conhecimento dos fatores associados a não adesão, sejam eles relacionadas ao comportamento pessoal, às características socioeconômicas, à doença ou aos serviços de saúde são fundamentais para o planejamento de estratégias e ações eficazes para a melhoria das condições e atitudes dos hipertensos frente a adesão ao tratamento da HAS, favorecendo o controle da doença, a prevenção de agravos e consequentemente a melhoria da qualidade de vida desta população.

Diante da problemática exposta e na tentativa de diminuir os índices alarmantes referentes aos danos causados pelas DCNT, a Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2013a) elaborou um plano de ação global para a prevenção e controle das DCNT com prazo estipulado entre os anos 2013 e 2020. Para o alcance de seus propósitos, a OMS recomenda algumas estratégias, incluindo o monitoramento de tendências e determinantes de doenças não transmissíveis e a promoção da capacidade nacional de pesquisa de alta qualidade, comparativa, aplicada e operacional, a fim de maximizar o impacto das intervenções de prevenção e controle das DCNT (WHO, 2013a).

Dentre as várias metas descritas neste plano de ação global apresentado pela OMS, algumas são objetivamente direcionadas ao combate à HAS. Destacamos a redução relativa de 25% ou o controle na prevalência de PA elevada, de acordo com

as circunstâncias nacionais. Também deve ser citada a adoção e implementação de diretrizes e políticas nacionais visando: a redução relativa de 10% na prevalência do sedentarismo e no uso nocivo do álcool; a redução de 30% da prevalência do uso do tabaco em pessoas com idade igual ou superior a 15 anos; a redução relativa de 30% na ingestão de sal/sódio; estagnação do aumento de casos de diabetes e obesidade. O documento destaca também a importância de fortalecer e disseminar o apoio às intervenções políticas nacionais que contribuam para a atenuação destes fatores (WHO, 2013a).

Diante do exposto, este estudo teve o propósito de identificar a prevalência da HAS e o índice de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, bem como os fatores envolvidos e relacionados à não adesão ao tratamento medicamentoso, examinando ainda a influência multifatorial da situação sociodemográfica, econômica e cultural dos moradores das áreas urbana e rural de um município de pequeno porte no interior do estado de Minas Gerais.

Acreditamos que a avaliação da prevalência, dos fatores associados, do conhecimento sobre a doença e do controle e adesão ao tratamento da HAS poderá ser de grande valor para orientar o planejamento de políticas públicas de saúde direcionadas à redução das complicações causadas pela moléstia e consequentemente à diminuição da mortalidade e melhoria da qualidade de vida para a população estudada, bem como para outros municípios que apresentam características sociodemográficas, econômicas e culturais semelhantes.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar e analisar a prevalência e os fatores associados à HAS e não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão na população rural e urbana do município de Sacramento/MG.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra quanto às variáveis sociodemográficas e econômicas, hábitos de vida, dados antropométricos, medida da pressão arterial e acesso ao serviço de saúde.

- Comparar a prevalência e fatores de risco para hipertensão arterial entre população urbana e rural da cidade de Sacramento/MG.

- Identificar o índice de desconhecimento da condição de hipertenso, tratamento e não controle da pressão arterial entre os hipertensos.

- Identificar e comparar os principais fatores de risco associados a não adesão e abandono do tratamento medicamentoso da hipertensão arterial, bem como o não controle da pressão arterial entre população urbana e rural.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudo

Estudo descritivo exploratório, transversal de base populacional (inquérito epidemiológico) com amostragem aleatória de abordagem quantitativa.

3.2 População e Local

O estudo foi realizado no município de Sacramento situado no Triângulo Mineiro, região do Alto Paranaíba no Estado de Minas Gerais. É uma cidade de pequeno porte com uma área de 3.073 Km² e uma população de 23.880 habitantes, sendo 19.278 (80,6%) moradores na área urbana e 4.602 (19,4%) na área rural. Tem como principais atividades econômicas a agropecuária e agricultura. Nas últimas décadas teve um incremento importante no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que passou de 0,507 em 1991 para 0,732 em 2010. Comparando os dados censitários de 2000 a 2010, nota-se maior crescimento populacional nas faixas etárias acima de 45 anos, e dados do último levantamento apontam que 40% da população tem idade superior a 40 anos. Quanto à escolaridade, 10% dos residentes nunca frequentaram a escola (IBGE, 2014a).

O Município encontra-se habilitado, segundo a Norma Operacional Básica (NOB, 1996) do Sistema Único de Saúde (SUS), na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde julho de 1998, tendo seus sistemas de serviços de saúde organizados por nível de complexidade crescente. Atende os níveis de atenção primária e secundária, referenciando para Uberaba (MG), a 78 km, a atenção terciária. Conta apenas com um hospital filantrópico, equipado com 60 leitos SUS. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), que cobre 85,9% da população, convive com a atenção básica tradicional e divide o mesmo espaço físico onde é

operacionalizado o atendimento médico e de enfermagem tradicional (BRASIL, 2014b; SANTANA, 2009).

A ESF é formada por cinco equipes na área urbana, que atendem 19 bairros, e uma equipe na área rural, responsável por seis povoados (SACRAMENTO, 2013a).

Para este estudo, foram incluídos na amostra moradores da área urbana ou rural do município, com idade igual ou superior a 20 anos. Constituíram critérios de exclusão: mulheres em período gestacional, indivíduos com doenças psiquiátricas graves ou incapacidade mental, referidas por familiar ou responsável.

O tamanho da amostra foi calculado com base na avaliação da proporção populacional, estimando-se uma prevalência de HAS de 44%, valor máximo segundo estudos realizados no Brasil (SBC; SBH; SBN, 2010). O tamanho amostral total foi estimado em 1.705 indivíduos, selecionados através de amostragem aleatória dentre os 14.217 habitantes de 5.939 domicílios, com correção para população finita e ajustamento de recusa de 20%, respeitando-se a densidade populacional das diversas áreas estudadas. O nível de confiança foi fixado em 95% e o erro de delineamento em 2,5%. Para cada área de abrangência da ESF foi estimada uma amostra, sendo estas distribuídas da seguinte forma: 205 indivíduos para a área I; 341 para a área II; 358 para a área III; 324 para a área IV; 324 para a área V e 153 para a área VI, esta última rural e subdividida em seis povoados distantes entre si e afastados da cidade.

Os Mapas 1 e 2 referem-se aos mapas de localização da cidade e comunidades rurais onde se deu a coleta dos dados e mapa da área urbana do município com distribuição das áreas de abrangências da ESF, respectivamente.

Fonte: Mapa adaptado de Oliveira (2009). Gentilmente cedido e adaptado a este trabalho pelo próprio autor.

Mapa 1 - Mapa de localização da cidade e comunidades rurais de Sacramento/MG

Fonte: Sacramento (2013b). **Legenda:** Cor = área de abrangência da ESF (Bairros). **Cor Laranja:** Área I; **Cor Rosa:** Área II; **Cor Vermelha e Amarela:** Área III; **Cor Azul:** Área IV; **Cor Verde:** Área V

Mapa 2 - Mapa da área urbana do município de Sacramento com distribuição das áreas de abrangências da ESF

3.3 Procedimento de coleta de dados

3.3.1 Aspectos éticos

Preliminarmente, o projeto de pesquisa foi apreciado pela Superintendente Municipal de Saúde de Sacramento (MG), que aprovou a realização do estudo e consentiu a colaboração das equipes da ESF conforme termo de parceria firmado com a Secretaria de Saúde do Município (Apêndice A).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sob protocolo nº 188/2012 (Anexo A).

Em etapa anterior à coleta de dados, os indivíduos foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e, a seguir, foram convidados a participar

voluntariamente do estudo. Após a anuência, os sujeitos conheceram e assinaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.3.2 Seleção da amostra

O sorteio da amostra foi realizado em quatro estágios. As unidades amostrais do primeiro estágio foram determinadas a partir das áreas de cobertura da ESF da zona urbana e rural do município. O segundo estágio compreendeu a amostragem por ruas, o terceiro por domicílios e o quarto pela escolha de um morador, participante da pesquisa. O primeiro domicílio sorteado correspondeu àquele que possuía o menor número de identificação na rua; os demais foram eleitos de forma alternada, a partir do primeiro domicílio selecionado. Para a seleção dos sujeitos foi escolhido o primeiro aniversariante de cada residência, considerando-se a data da entrevista. Quando o indivíduo selecionado não estava presente, outras visitas eram agendadas. Se após a terceira tentativa o sujeito não era encontrado, o domicílio era substituído por aquele com o número subsequente e assim sucessivamente. Foram coletados dados referentes a apenas uma pessoa por moradia.

A escolha dos participantes da área rural ocorreu por sorteio aleatório dos domicílios a partir do cadastro numérico das famílias na ESF, de acordo com o povoado correspondente à área de abrangência, registrado no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da Secretaria Municipal de Saúde. Para a seleção dos sujeitos foi utilizado o critério adotado para a população urbana, anteriormente descrito. Caso o sujeito não fosse encontrado no domicílio no momento da primeira visita, o domicílio era substituído pelo próximo da lista dentre os sorteados.

3.3.3 Estudo piloto

Inicialmente, foi realizado um teste piloto no mês de dezembro de 2012 com 30 sujeitos (cinco de cada área de abrangência da ESF), para adequação dos

procedimentos e ajustes dos instrumentos. Duas pessoas se recusaram a participar da pesquisa, sendo uma da área III e outra da área IV. Portanto, a amostra final englobou 28 sujeitos. A prevalência de HAS foi de 42,9% (12 sujeitos), sendo que 2 (7,2%) não conheciam sua condição de hipertenso e dos 10 (35,7%) que conheciam, somente 1 (10,0%) não estava em tratamento e 3 (30,0%) apresentaram hipertensão não controlada. O índice de não adesão foi de 7 (70,0%).

No decorrer da coleta de dados do teste piloto foi identificada a necessidade de alguns ajustes nos instrumentos como: acrescentar questionário de avaliação da classe econômica, além da renda per capita, para avaliação da situação econômica; substituir algumas palavras com sinônimos visando maior clareza e entendimento das perguntas.

O estudo piloto permitiu também calcular a média de tempo gasto para cada entrevista, a fim de organizar e planejar a estratégia de coleta dos dados. Foi possível determinar o número mínimo de entrevistas/dia para alcançar a amostra total no tempo previsto, bem como definir horários compatíveis com a presença dos participantes sorteados nas residências.

Outra adequação realizada foi o ajuste, junto às ESF, do fluxograma de encaminhamento, ao serviço de saúde, das pessoas que apresentavam elevação da PA no momento da entrevista e desconheciam seu diagnóstico, bem como dos hipertensos que apresentaram a PA não controlada e/ou não estavam em tratamento.

3.3.4 Instrumentos de pesquisa

A coleta de dados foi realizada pela autora por meio de entrevista e exame físico, entre os meses de janeiro de 2013 a janeiro de 2014. Para a caracterização dos participantes, utilizou-se um instrumento semiestruturado elaborado pelos pesquisadores abordando variáveis sociodemográficas e econômicas, estilo de vida, dados antropométricos, conhecimento da condição de hipertenso, medicamentos em uso, acesso ao serviço de saúde e razões pelos quais procura o atendimento (Apêndice B).

As variáveis dependentes abordadas foram: presença de HAS, desconhecimento da condição de hipertenso, não adesão ao tratamento medicamentoso, abandono do tratamento medicamentoso e não controle da PA. As variáveis independentes de interesse foram: sexo, faixa etária, escolaridade, religião, status e grupo ocupacional, classe econômica, sedentarismo e prática de atividade física, tabagismo, etilismo, consumo de sódio e embutidos/enlatados, presença de estresse, comorbidades, antecedentes familiares, tempo de diagnóstico de HAS, fatores relacionados ao uso de medicamentos, acesso ao sistema de saúde, frequência de medida da PA, Índice de Massa Corporal (IMC), Circunferência Abdominal (CA).

Variáveis sociodemográficas e hábitos de vida

A cor da pele foi autodeclarada e classificada em branca ou não branca.

Para a determinação da idade, observou-se a data de nascimento em documento de identidade apresentado pelo indivíduo. Quando este não estava de posse de qualquer documento, considerou-se a idade informada. Para a apresentação dos dados, as idades foram categorizadas em faixas etárias.

A escolaridade foi definida com base no número de anos de estudo informado pelo participante.

A situação familiar foi autorreferida e categorizada em: reside com companheiro(a), filhos e/ou outro(s) familiar(es), reside somente com companheiro(a), reside com familiar(es) sem companheiro, reside com outra(s) pessoa(s) sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais ou reside sozinho(a) (IBGE, 2006).

O participante informou se era praticante ou não de alguma religião, definida como católica, espírita, evangélica/protestante ou outras.

A situação econômica foi dividida nas classes A, B, C, D, ou E, segundo critério da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP (ABEP, 2014). A ABEP utiliza como critério para classificação econômica o poder de compra das pessoas, baseada nos bens domésticos e estrutura da moradia, bem como no grau de instrução do chefe da família. A renda *per capita* foi definida a partir do número

de salários mínimos que todos os elementos da família recebem mensalmente dividido pelo número de pessoas residentes na casa.

Para avaliação de sedentarismo, o participante informou a prática regular de atividade física. Foi considerado sedentário aquele que não realizava atividade física pelo menos três vezes/semana, com duração de no mínimo 30 minutos/dia (SBC; SBH; SBN, 2010). Os participantes foram ainda interrogados sobre qual o tipo de atividade física praticada.

A investigação de tabagismo se baseou na declaração de consumo de pelo menos um cigarro/dia (SBC; SBH; SBN, 2010) e de etilismo no consumo superior a 30g etanol/dia para homens e 15g/dia para mulheres) (SBC; SBH; SBN, 2010). Também se questionou o histórico de uso de tabaco e bebidas alcoólicas (ex tabagismo e ex etilismo).

O uso do sal foi avaliado a partir do hábito de disponibilizar o saleiro à mesa durante as refeições, informado pelo indivíduo, que também forneceu dados sobre o consumo de alimentos embutidos/enlatados/industrializados.

O tempo de diagnóstico de HAS foi referido pelo participante e classificado nos intervalos: até cinco anos ou igual ou superior a cinco anos.

Foi indagado se o sujeito apresentava dificuldade de acesso ao serviço de saúde e o tipo de serviço utilizado (convênio/particular ou SUS). Também se investigou, por meio de entrevista, a constância de comparecimento a consultas médicas (nunca, menos uma consulta/ano, no mínimo uma consulta/ano, mais de uma consulta/ano), a presença de doenças associadas (diabetes mellitus, dislipidemia, doenças cardiovasculares e renais), a quantidade de anti-hipertensivos prescritos por dia, a fonte do medicamento utilizado (disponibilizado pelo SUS ou adquirido com recursos próprios) e a frequência de medidas da PA anualmente.

Estresse

As condições de estresse foram avaliadas segundo instrumento de McGrath (1990), adaptado por Torritesi e Vendrusculo (1998) (Anexo B). Este instrumento classifica a presença de estresse utilizando uma escala analógica visual de fases, onde o indivíduo seleciona uma face entre nove que representa o quanto se

considera estressado em relação aos acontecimentos de sua vida no último mês, correspondendo a uma amplitude de variações de efeitos positivos e negativos em relação ao estresse.

Dados antropométricos

Para a medida do peso corporal foi utilizada a balança digital da marca Líder® (Modelo P-220M), com aproximação de 50g. A estatura foi aferida com o indivíduo em posição ortostática, ereto com a cabeça no plano de Frankfurt, com aproximação de 0,1 cm e usando uma fita inextensível. Após, definiu-se o IMC (Kg/m^2), classificado de acordo com a OMS (WHO, 2006) em abaixo do peso ($<18,5 \text{ Kg/m}^2$), peso normal ($18,5$ a $24,9 \text{ Kg/m}^2$), sobrepeso (25 a $29,9 \text{ Kg/m}^2$) e obesidade ($\geq 30 \text{ Kg/m}^2$).

A CA foi medida a meia distância entre a crista ilíaca e o rebordo costal, usando-se fita métrica inelástica. A CA foi considerada ideal quando <102 cm para homens e < 88 cm para mulheres) (I DIRETRIZ..., 2005).

Medida da Pressão Arterial e Dados sobre o Diagnóstico

A determinação da PA seguiu as recomendações das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010). Foi mensurada a Circunferência Braquial (CB) a fim de selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço do indivíduo. Foram feitas três medidas da PA com intervalo de 60 segundos entre os procedimentos, sendo considerada a média dos 2 últimos valores obtidos.

Para evitar viés de medida e minimizar a influência do observador, optou-se por utilizar um aparelho eletrônico com leitura digital, devidamente calibrado, da marca Omrom® modelo HEM 705 CP®, validado segundo os protocolos da British Hypertension Society (BHS) e American Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI) (COLEMAN et al., 2006).

O critério para a definição de HAS foi o valor da PAS $\geq$ 140 mmHg e/ou PAD $\geq$ 90 mmHg (SBC; SBH; SBN, 2010) ou o uso de anti-hipertensivos (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2014).

Procedeu-se a classificação dos sujeitos em: sem hipertensão, com hipertensão conhecida, com hipertensão desconhecida, com hipertensão tratada e controlada e com hipertensão tratada e não-controlada, de acordo com a informação dos participantes (Fluxograma 1).

Cada indivíduo que apresentou níveis alterados de PA no momento da medida, mas relatou desconhecer a condição de hipertenso, foi encaminhado ao serviço de saúde para confirmação do diagnóstico de hipertensão com atendimento previamente agendado pelo pesquisador, com o aval da Secretaria Municipal de Saúde. Após, o pesquisador procurou o serviço de saúde para obter as informações relacionadas às condições do participante. Nesta pesquisa, o sujeito que recebeu o diagnóstico para hipertensão após a coleta de dados foi classificado como indivíduo que desconhece sua condição de hipertenso.

Para avaliação do tratamento da hipertensão foi considerado apenas o tratamento farmacológico dos indivíduos que informaram ser hipertensos.

A determinação do nível de controle da HAS na população levou em conta os participantes que relataram ser hipertensos, estavam em tratamento e tinham a PA controlada. Todos os dados foram calculados em relação ao número total de hipertensos.

Para aqueles que desconheciam sua condição de hipertenso, não estavam em tratamento ou não estavam com a PA controlada foi entregue um cartão de anotações dos valores da PA obtidos no momento da coleta de dados, fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, após informações quanto às medidas de prevenção e controle da HAS, o participante foi encaminhado para o atendimento junto ao Programa de Controle da Pressão Arterial da ESF.

Fluxograma 1 - Fluxograma de classificação e encaminhamentos dos participantes segundo valores da pressão arterial e uso de anti-hipertensivo. Adaptado do modelo de Burt et al. (1995).

Adesão ao tratamento

Para a avaliação da não adesão ao tratamento da HAS foi utilizado o “Questionário de Adesão a Medicamentos – Qualiaids (QAM-Q)”, elaborado e validado por Santa Helena, Nemes e Eluf-Neto (2008), que autorizaram sua utilização para a obtenção dos dados apresentados neste trabalho (Apêndice C). O questionário foi desenvolvido para abordar o ato (se o indivíduo toma e o quanto toma de seus medicamentos), o processo (como ele toma o medicamento em um período de sete dias: se pula, se toma de modo errôneo, se faz “feriados”), e o resultado de aderir (no caso, se sua PA estava controlada) (Anexo C).

O Questionário consiste de três perguntas: 1. "Nos últimos sete dias, em quais dias da semana o(a) Sr.(a) não tomou ou tomou a mais pelo menos um comprimido deste remédio?" 2. "Nestes dias, quantos comprimidos o(a) Sr.(a) deixou

de tomar ou tomou a mais?" 3. "Como estava sua pressão na última vez que o(a) Sr.(a) mediu?" (SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008).

O QAM-Q permite a construção das seguintes medidas de não-adesão: 1. Proporção de doses consumidas - medida contínua do ato de aderir: número de comprimidos consumidos multiplicado pelo número de vezes, dividido pelo número de comprimidos prescritos multiplicado pelo número de vezes. 2. Processo de tomadas - medida ordinal do processo de aderir: frequência de ocorrência de abandono (não tomou nenhuma dose de todos os medicamentos nos últimos sete dias), feriados (o paciente não toma qualquer medicamento naquele dia), tomada errática (deixa de tomar medicamentos em dias e horários variados), ou meia-adesão (toma corretamente um medicamento e outro de maneira incorreta). 3. Desfecho referido - medida dicotômica do resultado de aderir: relato da última medida de PA, informando se estava normal ou alterada (SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008).

De acordo com o QAM-Q, para classificar o entrevistado como não-aderente deve ser construída uma medida composta, na qual a presença de uma dessas condições é suficiente: ou não tomar a quantidade correta (80%-120% das doses prescritas), ou não tomar de modo correto ("feriados", "tomada errática", abandono ou "meia-adesão"), ou relatar que sua PA estava alterada (SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008).

3.4. Tratamento estatístico

Os dados foram organizados em uma planilha no Programa Excel, validados por dupla digitação.

A verificação da distribuição normal das variáveis quantitativas foi feita pelo teste de Shapiro-Wilk. As variáveis contínuas foram apresentadas como média $\pm$ desvio padrão.

Para analisar a associação entre as variáveis dependentes (presença de HAS, não controle da PA, não adesão ao tratamento medicamentoso, abandono do tratamento, desconhecimento da condição de hipertensão) e variáveis sociodemográficas e econômicas, clínicas, relacionadas ao tratamento, estilo de vida

e acesso ao serviço de saúde, realizou-se a análise univariada utilizando o teste Qui-Quadrado de Pearson. Calculou-se o Odds Ratio (OD), com seus respectivos intervalos de confiança de 95% para cada variável do estudo.

Para ajuste do modelo de regressão logística foram considerados os seguintes passos: na primeira etapa, foram inseridas todas as variáveis independentes relacionadas à variável dependente; a seleção das variáveis significantes deu-se pelo processo de seleção automática, denominado por "stepwise". Para testar a entrada ou saída da variável no modelo foi utilizado o teste de Razão de Verossimilhança. Na segunda etapa, adicionaram-se outras variáveis de interesse do pesquisador e também interações específicas, testando-se a significância destas no modelo.

A partir do modelo ajustado foram calculadas a Odds Ratio (Ajustada) e a probabilidade de predição do modelo, ou seja, de classificar corretamente o estado do participante. O nível de significância adotado foi $\alpha = 0.05$. Utilizou-se o programa SPSS Windows Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22.0.

A análise de regressão logística tomada como estratégia de modelagem de dados para ajuste das variáveis de confusão se mostrou útil para a compreensão dos possíveis determinantes das variáveis dependentes. O modelo final ajustado foi composto por características sociodemográficas e econômicas, comportamentais/hábitos de vida, clínica e tratamento medicamentoso e acesso ao serviço de saúde. Somente para a variável dependente "desconhecimento da condição de hipertenso" não foi realizada a regressão logística devido ao resultado na análise univariada ter apresentado apenas associação com uma variável independente.

4. Resultados:

Do total da amostra estimada (1.705 sujeitos), 177 moradores da área urbana (10,38%) se recusaram a participar da pesquisa, sendo 18 sujeitos da Área I, 26 da Área II, 49 da Área III, 43 da Área IV e 41 da Área V. Nenhuma recusa foi proveniente da área rural. Assim, a amostra final foi composta por 1.528 participantes (153 residentes na área rural e 1.375 na área urbana).

4.1 Características sociodemográficas, econômicas, comportamentais, hábitos de vida, condições clínicas e acesso ao serviço de saúde da população rural e urbana.

Na Tabela 1 estão apresentadas as características sociodemográficas da população rural e urbana.

A média da idade na população total foi de $50,8 \pm 17,6$ anos, sendo na população rural igual a $48,5 \pm 15,9$ anos e na urbana, $51,2 \pm 17,8$ anos.

Os anos de estudo da população total apresentou uma média de $6,7 \pm 4,5$ anos, sendo na população rural igual a $6,9 \pm 4,6$ anos e na urbana, $5,3 \pm 3,2$ anos.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo características sociodemográficas da população rural e urbana. Sacramento/MG, 2013.

Variáveis Sociodemográficas	Rural (n=153)		Urbana (n=1375)		Total (n=1528)	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	81	52,9	958	69,7	1039	68,0
Masculino	72	47,1	417	30,3	489	32,0
Faixa Etária						
Até 39 anos	49	32,0	428	31,1	477	31,2
40 a 49 anos	35	22,9	235	17,1	270	17,7
50 a 59 anos	33	21,6	242	17,6	275	18,0
60 a 69 anos	21	13,7	244	17,7	265	17,3
70 a 79 anos	12	7,8	144	10,5	156	10,2
≥ 80 anos	3	2,0	82	6,0	85	5,6
Cor da pele						
Branca	145	94,8	1062	77,2	1207	79,0
Não branca	8	5,2	313	22,8	321	21,0
Situação Familiar						
Reside com companheiro (a), filho(s) e/ou outro(s) familiar(es)	81	52,9	678	49,3	759	49,7
Reside somente companheiro(a).	37	24,2	208	15,1	245	16,0
Reside com familiar(es) sem companheiro(a)	18	11,8	336	24,4	357	23,2
Reside com outra (s) pessoa(s) sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais.	1	0,7	17	1,2	18	1,2
Reside sozinho(a)	16	10,5	136	9,9	152	9,9
Escolaridade						
Analfabeto	6	3,9	96	7,0	102	6,7
1 a 4 anos de estudo	82	53,6	482	35,1	564	36,9
5 a 8 anos de estudo	37	24,2	298	21,7	335	21,9
Ensino médio	26	17,0	340	24,7	366	24,0
Ensino Superior	2	1,3	159	11,6	161	10,5
Status Ocupacional						
Empregado	36	23,5	500	36,4	536	35,1
Empregador	5	3,3	54	3,9	59	3,9
Autônomo	77	50,3	403	29,3	480	31,4
Aposentado	26	17,0	285	20,7	311	20,4
Auxílio/Doença	9	5,9	84	6,1	93	6,1
Desempregado	-	-	49	3,6	49	3,2
Grupo Ocupacional						
Policiais/Bombeiros	-	-	8	0,6	8	0,5
Dirigentes do poder público	-	-	5	0,4	5	0,3
Profissionais da ciência e das artes	1	0,7	84	6,1	85	5,6
Técnicos de nível médio	3	2,0	76	5,5	79	5,2
Trabalhadores de serviços administrativos	1	0,7	34	2,5	35	2,3
Trabalhadores de serviços gerais/comércio	148	96,7	1168	84,9	1316	86,1

Na Tabela 2 temos a distribuição dos participantes das diferentes áreas de acordo com as variáveis relativas ao status econômico.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo características econômicas da população rural e urbana. Sacramento/MG, 2013.

Variáveis	Rural (n=153)		Urbana (n=1375)		Total (n=1528)	
	n	%	n	%	n	%
Classe econômica						
A	-	-	53	3,9	53	3,5
B	25	16,3	398	28,9	423	27,7
C	113	73,9	684	49,7	797	52,2
D	13	8,5	233	16,9	246	16,1
E	2	1,3	7	0,5	9	0,6
Renda per capita						
Até 1 SM*	125	81,7	765	55,6	890	58,2
Mais de 1 SM	28	18,3	610	44,4	638	41,8

*SM – salário mínimo. Valor vigente = R\$ 678,00.

A renda *per capita*, em salários mínimos, foi igual a $1,5 \pm 1,6$ na população total, $0,9 \pm 0,6$ na área rural e $1,5 \pm 1,6$, na urbana.

A Tabela 3 mostra as características comportamentais e hábitos de vida da população rural e urbana.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes segundo características comportamentais e hábitos de vida da população rural e urbana. Sacramento/MG, 2013.

Variáveis	Rural (n=153)		Urbana (n=1375)		p	Total (n=1528)	
	n	%	n	%		%	n
Tabagismo	18	11,8	247	18,0	0,055	265	17,3
Ex Tabagismo	30	19,6	279	20,3	0,842	309	20,2
Etilismo	20	13,1	193	14,0	0,744	213	13,9
Ex Etilismo	29	19,0	140	10,2	0,001*	169	11,1
Prática de atividade física	23	15,0	336	24,4	0,009*	359	23,5
Uso saleiro	5	3,3	98	7,1	0,071	103	6,7
Consumo de embutidos/enlatados	51	33,3	617	44,9	0,006*	668	43,7

*p value. Teste qui quadrado ($p < 0,05$).

A idade média dos fumantes ao iniciar o uso do cigarro era de $16,3 \pm 6,9$ anos, com média de consumo de $14,5 \pm 12,0$ cigarros por dia, sendo mais consumido o cigarro de palha (33,0%).

Entre os ex-fumantes, a média de idade no início do consumo de cigarro foi a mesma encontrada para os atuais fumantes ($16,3 \pm 5,8$ anos); durante a prática do

tabagismo, relataram consumir em média $16,0 \pm 12,7$ cigarros por dia, com preferência pelo cigarro de palha (34,6%).

As bebidas mais consumidas pelos etilistas foram cerveja (89,0%) e destilados (20,5%). O consumo médio de bebida alcoólica foi de $2,4 \pm 1,7$ litros de cerveja por dia ($2,7 \pm 1,8$ vezes por semana) e $0,32 \pm 0,3$ litros diários de destilados ($4,3 \pm 2,4$ vezes por semana).

Entre os ex-etilistas, 70,4% consumiam cerveja e 65,7%, destilados. Em média, o consumo de cerveja era de 3,5 litros ao dia, durante $15,2 \pm 12,9$ anos; o abandono do hábito se deu há $10,9 \pm 10,6$ anos. Em relação aos destilados, o consumo era de $0,65 \pm 0,59$ litros por dia, durante $19,2 \pm 13,6$ anos, com abandono do vício há $14,4 \pm 11,5$ anos.

O tipo de atividade física mais praticada pelos participantes foi a caminhada (56,8%), seguida de musculação (17,3%), hidroginástica (15,9%) e corrida (2,8%). Outras modalidades, como dança, yoga, vôlei e futebol são praticadas por 16,4% da amostra. A maioria (92%) realiza somente um tipo de atividade física, outros praticam dois (6,4%) ou três (1,4%) tipos de atividade.

Na Tabela 4 estão apresentadas as variáveis clínicas relacionadas à PA, IMC, CA, histórico familiar de hipertensão e condições de estresse.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes segundo características clínicas da população rural e urbana. Sacramento/MG, 2013.

Variáveis	Rural (n=153)		Urbana (n=1375)		p*	Total (n=1528)	
	n	%	n	%		%	n
ÍMC (kg/m²)							
<18,5	5	3,3	39	2,8		44	2,9
18,5 a 24,9	66	43,1	520	37,8		586	38,4
25 a 29,9	46	30,1	431	31,3	0,148	477	31,2
≥ 30	36	23,5	385	28,0		421	27,6
CA							
Alterada	74	48,4	847	61,6	0,002*	921	60,3
Não alterada	79	51,6	528	38,4		607	39,7
Estresse							
Sim	15	9,8	192	14,0	0,154	207	13,5
Não	138	90,2	1183	86,0		1321	86,5
Histórico familiar de HAS							
Sim	97	63,4	933	67,9		1030	67,4
Não	32	20,9	300	21,8	0,091	332	21,7
Não sabe	24	15,7	142	10,3		166	10,9
Frequência de medida da PA							
Mínimo 1 vez/ano	111	72,5	893	64,9		1004	65,7
Menos de 1 vez/ano	42	27,5	482	35,1	0,060	524	34,3
Valores médios da PA							
< 140/90 mmHg	122	79,7	1011	73,5		1133	74,1
≥ 140/90 mmhg	31	20,3	364	26,5	0,096	395	25,9

*p value. Teste qui quadrado (p< 0,05). IMC = Índice de Massa Corporal; CA = Circunferência Abdominal; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; PA = Pressão Arterial

A Tabela 5 mostra as variáveis relacionadas ao acesso ao serviço de saúde da população rural e urbana.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes segundo características de acesso ao serviço de saúde da população rural e urbana. Sacramento/MG, 2013.

Variáveis	Rural (n=153)		Urbana (n=1375)		p*	Total (n=1528)	
	n	%	n	%		%	n
Frequência de procura pelo serviço de saúde							
Menos de 1 vez/ano	30	19,6	322	23,4	0,288	352	23,0
Mínimo 1 vez/ano	123	80,4	1053	76,6		1176	77,0
Tipo de Serviço Saúde							
SUS	144	94,1	1063	77,3	0,000*	1207	79,0
Convênio/Particular	9	5,9	312	22,7		321	21,0
Consulta médica							
Mínimo uma consulta/ano	78	51,0	797	58,0	0,098	875	57,3
Nunca ou menos de uma consulta /ano	75	49,0	578	42,0		653	42,7
Dificuldade de Acesso ao Serviço de Saúde							
Sim	58	37,9	387	28,1	0,012*	445	29,1
Não	95	62,1	988	71,9		1083	70,9

*p value. Teste qui quadrado (p< 0,05).

Dentre os participantes, não procuraram o serviço de saúde nenhuma vez no último ano: 31% dos homens e 19,2% das mulheres; 29,1% dos tabagistas e 21,8% dos não tabagistas; 37,6% dos etilistas e 20,7% dos não etilistas; 24,7% dos sedentários e 17,5% dos não sedentários; 27,3% dos adultos e 14,4% dos idosos; 23,4% da população urbana 19,6% da população rural; 24,4% dos que utilizam o SUS e 17,8% dos que utilizam os serviços particular/convênio; 24,6% dos que relataram não ter dificuldade e 19,3% dos que relataram ter dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Aqueles que utilizaram o serviço particular/convênio mediram mais a PA no período de um ano (média de $17,4 \pm 52,6$ vezes) do que aqueles que utilizaram o SUS (média de $14,5 \pm 37,2$ vezes) (p = 0,891).

Anualmente, a frequência de procura pelo serviço de saúde (média de $3,54 \pm 6,13$ vezes) e o número de vezes em que mediram a PA (média de $18,43 \pm 50,1$) foram maiores entre aqueles que disseram ter dificuldade de acesso do que entre os indivíduos que relataram não ter dificuldade de acesso ao serviço de saúde [média $2,97 \pm 7,36$ (p=0,147) e média $13,82 \pm 36,4$ (p=0,046), respectivamente].

Do total de 445 participantes que responderam ter dificuldade de acesso ao serviço de saúde, 87,2% utilizam o SUS e 12,8% o serviço particular/convênio.

Dentre aqueles que utilizam o SUS, 32,1% relataram ter dificuldade de acesso contra 17,8% daqueles que utilizam o atendimento particular/convênio ($p=0,000$).

O Gráfico 1 mostra a distribuição dos principais motivos relacionados à dificuldade de acesso ao serviço de saúde relatados pelos participantes ($n=445$).

Gráfico 1 - Distribuição dos motivos relacionados à dificuldade de acesso ao serviço de saúde ($n=445$). Sacramento/MG, 2013.

Na população rural, 58 indivíduos (37,9%) relataram ter dificuldade de acesso ao serviço de saúde; destes, 45 (77,6%) principalmente devido à distância e 9 (15,5%) em consequência da falta de vagas. Na população urbana, 387 (28,1%) moradores mencionaram obstáculos para o acesso ao serviço: 224 (57,9%) relataram como principais complicadores a indisponibilidade de vagas e 105 (27,1%) a demora no atendimento.

Dos sujeitos que utilizam o SUS, 631 (52,4%) realizam no mínimo uma consulta médica por ano. Entre aqueles que utilizam o serviço particular/convênio, 213 (75,7%) realizam ao menos uma consulta médica anual ($p=0,000$).

4.2 Índices de prevalência, conhecimento, tratamento e controle da HAS

A prevalência da HAS foi de 38,6%, sendo a mesma proporção nas áreas urbana (38,6%) e rural (38,5%). O índice de controle foi bastante próximo entre as áreas, sendo igual a 52,2% na população urbana e 56,2% na rural.

Dentre os 1.528 participantes (100%) que compuseram a amostra, 988 (64,6%) negaram ser hipertensos. Destes, 131 (13,2%) foram encaminhados ao serviço de saúde para confirmação diagnóstica de HAS por apresentarem valores da PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg no momento da entrevista, sendo 6 (4,6%) da área rural e 125 (95,4%) da área urbana. Ao final, 50 (38,1%) foram diagnosticados com HAS, 53 (40,5%) não tiveram confirmação da doença e 28 (21,4%) não foram avaliados pelo serviço por mudança de endereço, recusa dos indivíduos a comparecer ao atendimento agendado ou por não se encontrarem na residência no momento da visita pela equipe da ESF.

Na Fluxograma 2, está apresentada a distribuição dos participantes segundo índices de prevalência, conhecimento da condição de hipertenso, tratamento e controle da PA. O modelo foi adaptado de BURT et al. (1995).

Fluxograma 2 - Distribuição dos sujeitos (n=1528) segundo índices de prevalência, conhecimento da condição de hipertenso, tratamento e controle da PA, conforme classificação adaptada de BURT et al. (1995). Sacramento/MG, 2013.

4.3 Fatores associados à HAS na população rural e urbana.

A Tabela 6 mostra a associação entre HAS e as variáveis sociodemográficas e econômicas na população rural e urbana.

Tabela 6 - Análise univariada da associação entre hipertensão arterial sistêmica e características sociodemográficas e econômicas da população rural e urbana. Sacramento/MG, 2013.

Variáveis	Rural (n=153) HAS (%)	Urbana (n=1.375) HAS (%)	Total (n=1.528) HAS (%)	OR*	IC (95%)**	p†
Sexo						
Feminino	40,7	38,4	38,6	1	0,80-1,24	0,983
Masculino	44,1	39,1	38,7	0,99		
Faixa etária						
Até 39 anos	14,3	9,6	10,1	1		
40 a 59 anos	44,1	36,3	37,2	5,30	3,75-7,49	0,000†
≥ 60 anos	61,1	67,4	67,0	6,23	4,93-7,87	
Cor da pele						
Branca	37,9	37,7	37,7	1		
Não branca	50,0	41,9	42,1	1,20	0,93-1,54	0,154
Situação familiar/conjugal						
Mora com companheiro(a)	34,7	35,4	35,4	1		
Mora sem companheiro(a)	57,9	37,7	38,7	1,00	0,79-1,27	0,000†
Mora só	43,8	61,8	59,9	2,62	1,86-3,69	
Status Ocupacional						
Trabalhando	32,2	28,3	28,7	1		
Sem Trabalhar	60,0	62,2	62,0	4,05	3,21-5,10	0,000†
Grupo Ocupacional						
Ciências/técnicos	20,0	24,2	24,1	1		
Serviços gerais/comércio	39,2	40,7	40,5	1,85	1,34-2,55	0,000†
Dirigentes/policiais/Poder público	0	69,2	69,2	3,61	1,10-11,79	
Escolaridade						
≥ 9 anos de estudo	16,7	22,2	22,0	1		
1 a 8 anos de estudo	42,3	43,2	43,0	3,21	2,57-4,02	0,000†
Analfabeto	50,0	77,1	75,7	5,48	3,44-8,71	
Classe econômica						
A/B	36,0	30,4	30,7	1		
C	37,2	39,0	38,8	1,43	1,12-1,82	0,000†
D/E	53,3	52,9	52,9	2,54	1,85-3,48	
Renda per capita						
≥ 1 Salário Mínimo	39,3	38,2	38,2	1		
< 1 Salário Mínimo	38,4	39,0	38,9	1,02	0,83-1,26	0,802

*OR (Odds ratio) ** IC (95%) Intervalo de confiança de 95% † p value (p<0,05).

A associação entre HAS e as variáveis hábitos de vida, dados antropométricos e histórico familiar de hipertensão da população rural e urbana está indicada na Tabela 7.

Tabela 7 - Análise univariada da associação entre hipertensão arterial sistêmica e hábitos de vida, dados antropométricos e histórico familiar da população rural e urbana. Sacramento/MG, 2013.

Variáveis	Rural (n=153) HAS (%)	Urbana (n=1.375) HAS (%)	Total (n=1.528) HAS (%)	OR*	IC**	p†
Tabagismo						
Não	37,8	38,7	38,6	1		
Sim	44,4	38,1	38,5	0,99	0,75-1,30	0,964
Etilismo						
Não	38,3	39,8	39,7	1		
Sim	40,0	31,1	31,9	0,71	0,52-0,97	0,031†
Sedentarismo						
Não	52,2	34,2	35,4	1		
Sim	36,2	40,0	39,6	1,19	0,93-1,53	0,150
Uso do Saleiro						
Não	39,2	39,1	39,1	1		
Sim	20,0	32,7	32,0	0,73	0,47-1,12	0,156
Consumo de embutidos/enlatados						
Não	43,1	43,8	43,7	1		
Sim	29,4	32,8	32,0	0,60	0,49-0,74	0,000†
Índice de Massa Corporal						
Normal	25,4	25,0	25,1	1		
Sobrepeso	37,0	43,4	42,8	2,20	1,70-2,84	
Obesidade	66,7	53,0	54,2	2,43	1,93-3,05	0,000†
Circunferência Abdominal						
Normal	27,8	26,1	26,4	1		
Alterada	50,0	46,6	46,7	2,44	1,95-3,05	0,000†
Estresse						
Não	38,4	37,8	37,9	1		
Sim	40,0	43,8	43,5	1,26	0,93-1,69	0,122
Presença de hipertensão na família						
Não	6,3	21,3	19,9	1		
Sim	47,4	40,6	41,3	2,83	2,10-3,80	0,000†

*OR (Odds ratio) ** IC(95%) Intervalo de confiança de 95% †p value (p<0,05).

A Tabela 8 contém os resultados de análise da regressão logística entre a ocorrência de HAS e variáveis independentes.

Tabela 8 - Valores de Odds Ratio e IC 95% dos fatores associados a HAS segundo modelo de regressão logística de múltiplos fatores no município de Sacramento/MG, 2013.

Variáveis Independentes	Presença de HAS OR* (IC95%)**
Faixa etária (até 39 anos)	
Faixa etária ($\geq$ 60 anos)	13,61 (8,78 - 21,11)
Faixa etária (40 a 59 anos)	4,88 (3,35 - 7,10)
$\geq$ 9 anos de estudo	
Analfabeto	5,75 (2,90 - 11,43)
1 a 8 anos de estudo	1,94 (1,42 - 2,64)
Obesidade	
Peso corporal normal	0,24 (0,17 - 0,33)
Caso de hipertensão na família (sim)	3,72 (2,61 - 5,28)
Status ocupacional (não trabalha)	1,53 (1,09 - 2,15)

*OR (Odds ratio) ajustado; **IC95% (intervalo de confiança de 95%).

4.4. Caracterização clínica, tratamento medicamentoso e acesso ao serviço de saúde da população com HAS nas áreas rural e urbana.

A Tabela 9 mostra a comparação dos sujeitos hipertensos da população rural e urbana segundo variáveis clínicas relacionadas à frequência de medida da PA e acesso ao serviço de saúde.

Tabela 9 - Comparação dos sujeitos hipertensos da população rural e urbana segundo variáveis clínicas relacionadas à hipertensão e acesso ao serviço de saúde. Sacramento/MG, 2013.

Variáveis	Rural (n=153) HAS (%)	Urbana (n= 1375) HAS (%)	Total (n=1528) HAS (%)	p*
Frequência de medida da Pressão Arterial				
Uma ou mais vezes/ano	41,4	42,1	42,1	0,000*
Menos de uma vez/ano	7,7	14,4	13,9	
Valor da Pressão Arterial				
< 140 x 90 mmHg	23,0	24,6	24,4	0,000*
≥ 140 x 90 mmHg	100,0	77,5	79,2	
Frequência da procura por serviço saúde				
< 1 vez/ano	20,0	23,3	23,0	0,000*
≥ 1 vez/ano	43,1	43,3	43,3	
Tipo de Serviço Saúde				
SUS	40,3	39,4	39,5	0,158
Convênio/Particular	11,1	35,9	35,2	
Consulta médica				
Mínimo uma consulta/ano	43,6	45,3	45,1	0,000*
Nunca ou menos de uma consulta/ano	33,3	29,4	29,9	
Dificuldade de Acesso ao Serviço de Saúde				
Sim	41,4	41,3	41,3	0,159
Não	36,8	37,6	37,5	

*p value. Teste Qui quadrado ($p < 0,05$).

Os valores médios de PA obtidos no dia da entrevista foram: PAS = $140,53 \pm 20,77$ mmHg e PAD = $81,71 \pm 12,49$ mmHg.

A média do tempo de diagnóstico de HAS em anos foi de $12,5\% \pm 11,0$ anos. A grande maioria (77,0%) tem menos de cinco anos de diagnóstico.

Entre os sujeitos que conheciam sua condição de hipertenso ($n = 540$), 489 (90,6%) estavam em uso de medicamentos e destes, 71,9% adquirem os medicamentos exclusivamente via SUS. A maioria (51,0%) utiliza um a dois comprimidos por dia, com média de $2,6 \pm 1,41$. As classes de medicamentos mais utilizadas foram: diuréticos (72,4%), bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina (41,5%), inibidores da enzima conversora de angiotensina (24,5%), Inibidores adrenérgicos (22,5%), bloqueadores dos canais de cálcio (9,0%).

Conforme as comorbidades analisadas, 28,1% dos participantes possuem uma doença associada, 14,6% duas e 6,3% três ou mais doenças associadas. A dislipidemia foi a comorbidade mais frequente entre os hipertensos (24,9%), seguida de diabetes mellitus (21,0%), doença vascular periférica (8,6%), insuficiência cardíaca congestiva (8,3%), insuficiência coronariana obstrutiva (4,6%), AVE (4,1%), angina (2,7%), IAM (1,9%) e insuficiência renal (1,4%).

Eram hipertensos 79,0% dos participantes com diabetes mellitus (OD 7,29; IC95% 4,89-10,8; $p=0,000$), 68,8% dos que sofreram IAM (OD 3,54; IC95% 1,22-10,2; $p=0,013$), 77,4% dos acometidos por AVE (OD 5,64; IC95% 2,41-13,1; $p=0,000$) e 100% daqueles que relataram ter insuficiência renal.

4.5. Desconhecimento da condição de hipertenso

Dos 131 participantes que foram encaminhados ao serviço de saúde por apresentarem os valores da PA elevados ($\geq 140 \times 90$ mmHg) no dia da entrevista, seis eram moradores da área rural e 125 da área urbana. Foi confirmado o diagnóstico de HAS para todos os sujeitos da zona rural. Na área urbana, não foram obtidos dados referentes a 28 (22,4%) encaminhamentos e das 97 informações fornecidas pelo serviço, 44 (45,4%) confirmaram o diagnóstico de HAS.

Dentre os 59 munícipes com HAS investigados na área rural, 6 (10,1%) desconheciam sua condição de hipertenso. Na área urbana, 44 (8,3%) participantes com HAS ignoravam a própria moléstia.

As características sociodemográficas, econômicas, hábitos de vida e acesso ao serviço de saúde que apresentaram maior prevalência entre os hipertensos que desconheciam sua condição foram: ser do sexo masculino (52,0%); ter idade entre 40 e 59 anos (38,8%); exercer atividade laboral (68,0%); ter menos de oito anos de estudo (64,0%); pertencer à classe econômica C (54,0%); ser sedentário (82,0%); utilizar o SUS (78,0%); frequentar o serviço de saúde mais de uma vez ao ano (76,0%); nunca consultar o médico fazê-lo menos de uma vez ao ano (52,0%); não ter dificuldade de acesso ao serviço de saúde (66,0%). A única variável que apresentou associação estatisticamente significativa com o desconhecimento da condição de hipertenso foi a escolaridade (menos que 8 anos de estudo, $p=0,036$).

A média da PAS entre os participantes com HAS que desconheciam sua condição foi igual a $152,71 \pm 18,0$ mmHg e da PAD foi $90,44 \pm 12,8$ mmHg.

4.6. Não adesão e abandono ao tratamento medicamentoso e fatores associados

A prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS conforme medida combinada do QAM-Q foi de 318 (58,9%), sendo discretamente maior na área urbana (288 – 59,1%), que na rural (30 - 56,6%).

Ainda em relação ao QAM-Q, a não adesão medida pela proporção de doses de medicamento consumidas foi de 124 (23,0%). Em relação ao processo de tomadas do medicamento, 204 (37,8%) pessoas foram consideradas não aderentes, sendo que entre estas, 29 (5,4%) relataram tomar os medicamentos em horários trocados, 17 (3,1%) faziam “feriados”, 57 (10,6%) tomavam de modo inadequado, 44 (8,1%) faziam meia adesão, 13 (2,4%) trocavam quantidades de doses, cinco (0,9%) abandonaram parcialmente a terapia e 51 (9,4%) abandonaram totalmente o tratamento medicamentoso. Quanto ao desfecho referido, 304 (56,3%) relataram que sua PA estava alterada na última vez que foi medida.

Dentre os 540 hipertensos que conheciam sua condição, 51 (9,4%) abandonaram o tratamento, sendo cinco (9,8%) na área rural e 46 (90,1%) na urbana.

As Tabelas 10 a 12 exibem as análises univariadas entre não adesão e abandono do tratamento medicamento e características sociodemográficas, econômicas, hábitos de vida, dados antropométricos, variáveis clínicas, tratamento medicamentoso e acesso ao serviço de saúde dos hipertensos que conheciam seu diagnóstico.

Tabela 10 - Análise univariada da associação entre não adesão e abandono do tratamento medicamentoso e características sociodemográficas e econômicas dos participantes da população rural e urbana que conheciam sua condição de hipertensão. Sacramento/MG, 2013.

Variáveis	Não Adesão ao Tratamento (n= 540)						Abandono do Tratamento (n= 540)					
	Rural n=53	Urbana n=487	Total n=540	OR*	IC(95%)**	p†	Rural n=53	Urbana n=487	Total n=540	OR*	IC(95%)**	p†
Sexo												
Feminino	50,0	58,2	57,6	1			0,0	8,1	7,4	1		
Masculino	65,2	61,4	62,0	1,20	(0,82-1,75)	0,340	21,7	12,9	14,1	2,04	(1,14-3,67)	0,015†
Faixa etária												
≥ 60 anos	47,6	53,5	53,1	1			4,8	4,0	4,0	1		
40 a 59 anos	66,7	65,6	65,8	1,69	(1,16-2,46)		11,1	12,7	12,5	3,39	(1,67-6,88)	
Até 39 anos	40,0	82,8	76,5	2,38	(1,05-5,36)	0,002†	20,0	48,3	44,1	10,3	(4,83-21,97)	0,000†
Cor da pele												
Branca	59,2	56,4	56,7	1			10,2	6,8	7,2	1		
Não branca	25,0	67,5	66,1	1,48	(0,97-2,26)	0,062	0,0	17,5	16,9	2,62	(1,44-4,77)	0,001†
Religião												
Praticante	55,1	58,5	58,1	1			10,2	9,6	9,7	1		
Não praticante	75,0	66,7	67,4	1,49	(0,76-2,89)	0,235	0,0	7,7	7,0	0,70	(0,20-2,35)	0,564
Situação conjugal												
Reside com companheiro (a)	72,7	56,2	57,6	1			7,1	8,5	8,3	1		
Não reside com companheiro (a)	54,3	60,1	59,3	1,35	(0,95-1,92)	0,086	18,2	12,4	12,9	1,62	(0,87-3,01)	0,121
Status Ocupacional												
Sem Trabalho	42,9	52,0	51,3	1			4,8	5,7	5,7	1		
Com Trabalhar	65,6	66,3	66,2	1,85	(1,31-2,62)	0,000†	12,5	13,2	13,1	2,51	(1,34-4,70)	0,003†
Escolaridade												
≥ 8 anos	62,5	60,0	60,1	1			0,0	13,8	13,0	1		
< 8 anos	55,6	58,8	58,5	0,93	(0,62-1,38)	0,728	11,1	7,8	8,2	0,59	(0,32-1,09)	0,094
Classe econômica												
A/B	42,9	51,2	50,8	1			0,0	6,4	6,1	1		
C	63,2	62,7	62,8	1,63	(1,07-2,48)		10,5	11,9	11,7	2,05	(0,92-4,58)	
D/E	37,5	60,2	58,7	1,38	(0,84-2,25)	0,183	12,5	7,6	7,9	1,33	(0,51-3,50)	0,585
Renda per capita												
≥ 1 SM	53,5	56,3	56,9	1			10,0	4,7	4,9	1		
< 1 SM	70,0	61,4	60,3	1,38	(0,95-2,02)	0,087	9,3	13,2	12,7	2,77	(1,54-4,97)	0,000†

*OR (Odds ratio) ** IC (95%) Intervalo de confiança de 95% †p value (p<0,05).

Tabela 11 - Análise univariada da associação entre não adesão e abandono do tratamento medicamentoso e hábitos de vida e dados antropométricos dos participantes da população rural e urbana que conheciam sua condição de hipertenso. Sacramento/MG), 2013.

Variáveis	Não Adesão ao Tratamento (n= 540)						Abandono do tratamento (n= 540)					
	Rural n=53	Urbana n=487	Total n=540	OR*	IC(95%)**	p†	Rural n=53	Urbana n=487	Total n=540	OR*	IC(95%)**	p†
Tabagismo												
Não	55,6	56,3	56,2	1			6,7	6,9	6,9	1		
Sim	62,5	73,2	72,2	2,02	(1,23-3,32)	0,004†	25,0	22,0	22,2	3,86	(2,08-7,15)	0,000†
Etilismo												
Não	53,2	57,7	57,3	1			8,5	7,5	7,6	1		
Sim	83,3	72,3	73,6	2,07	(1,09-3,92)	0,022†	16,7	27,7	26,4	4,36	(2,17-8,76)	0,000†
Sedentarismo												
Não	45,5	41,1	41,5	1			0,0	6,5	5,9	1		
Sim	59,5	64,2	63,7	2,47	(1,63-3,75)	0,000†	11,9	10,3	10,4	1,84	(0,80-4,21)	0,140
Uso Saleiro mesa												
Não	55,7	57,5	57,6	1			9,6	9,2	9,2	1		
Sim	0,0	83,3	80,5	3,07	(1,23-7,61)	0,011†	0,0	13,3	12,9	1,45	(0,48-4,34)	0,498
Consumo de alimentos embutidos/enlatados												
Não	53,8	54,4	54,3	1			7,7	6,8	6,9	1		
Sim	64,3	67,4	67,2	1,72	(1,19-2,48)	0,003†	14,3	14,0	14,1	2,20	(1,23-3,94)	0,006†
Obesidade												
Não	58,1	56,2	56,4	1			12,9	11,4	11,6	1		
Sim	54,5	63,7	62,7	1,30	(0,91-1,85)	0,144	4,5	6,3	6,1	0,49	(0,25-0,96)	0,035†
Estresse												
Não	58,3	56,8	56,9	1			8,3	8,4	8,4	1		
Sim	50,0	71,3	69,4	1,71	(1,04-2,82)	0,032†	20,0	15,0	15,3	1,98	(1,00-3,90)	0,045†

*OR (Odds ratio) ** IC (95%) Intervalo de confiança de 95% †p value (p<0,05).

Tabela 12 - Análise univariada da associação entre não adesão e abandono do tratamento medicamentoso e características clínicas, condição de tratamento e acesso ao serviço de saúde dos participantes da população rural e urbana que conheciam sua condição de hipertenso. Sacramento/MG, 2013.

Variáveis	Não adesão ao Tratamento (n= 540)						Abandono do tratamento (n= 540)					
	Rural n=53	Urbana n=487	Total n=540	OR*	IC (95%)**	p†	Rural n=53	Urbana n=487	Total n=540	OR*	IC(95%)**	p†
Tempo Diagnóstico HAS												
Até 5 anos	58,3	61,8	61,4	1			5,4	7,1	6,8	1		
Mais de 5 anos	55,2	57,8	57,5	0,85	(0,59-1,22)	0,389	16,7	13,9	14,3	2,27	(1,27-4,06)	0,005†
Presença de comorbidade												
Não	56,3	60,4	59,8	1			12,5	14,9	14,5	1		
Sim	57,1	58,2	58,2	1,07	(0,75-1,51)	0,698	4,8	5,6	5,6	0,34	(0,18-0,63)	0,000†
Número de comprimido/dia												
1 a 2	40,0	58,1	56,3	1			12,0	6,8	7,3	1		
≥ 3	70,4	55,2	56,8	1,02	(0,71-1,44)	0,913	3,7	0,9	1,2	0,15	(0,04-0,53)	0,001†
Fonte do medicamento												
Sistema Único de Saúde	58,7	60,3	60,1	1			10,9	12,4	12,2	1		
Recursos próprios	42,9	56,1	55,4	0,84	(0,56-1,25)	0,400	0,0	1,5	1,4	0,10	(0,02-0,43)	0,000†
Frequência aferição PA												
Mínimo 1 vez/ano	55,8	57,9	58,5	1			7,7	7,7	7,7	1		
Menos de 1 vez/ano	100	85,7	73,3	1,95	(0,61-6,21)	0,249	100,0	47,6	50,0	11,95	(4,87-9,27)	0,000†
Tipo de Serviço Saúde												
Convênio/Particular	100	46,5	47,1	1			0,0	3,0	2,9	1		
Sistema Único de Saúde	55,8	62,4	61,6	1,80	(1,17-2,79)	0,007†	9,6	11,1	11,0	4,06	(1,23-13,3)	0,013†
Frequência Serviço de Saúde												
1 ou mais vezes/ano	56,3	57,4	57,3	1		0,054	8,3	7,1	7,2	1		
Menos de 1 vez/ano	60,0	70,3	69,6	1,70	(0,98-2,93)		20,0	25,0	24,6	4,20	(2,19-8,04)	0,000†
Consulta médica												
Mínimo uma consulta/ano	48,5	53,3	52,8	1			6,1	4,4	4,6	1		
Nunca ou menos 1/ano	70,0	72,5	72,2	2,31	(1,56-3,43)	0,000†	15,0	20,8	20,1	5,24	(2,83-9,70)	0,000†
Dificuldade de Acesso ao Serviço de Saúde												
Não	53,1	60,4	59,8	1			9,4	10,0	9,9	1		
Sim	61,9	56,2	56,9	0,88	(0,61-1,28)	0,527	9,5	8,2	8,4	0,83	(0,43-1,58)	0,573

*OR (Odds ratio) ** IC(95%) Intervalo de confiança de 95%. †p value (p<0,05)

Os resultados de análise da regressão logística entre a ocorrência de não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e variáveis independentes estão apresentados na Tabela 13.

Tabela 13 - Valores de Odds Ratio e IC 95% dos fatores associados a não adesão segundo modelo de regressão logística de múltiplos fatores. Sacramento/MG, 2013.

Variáveis Independentes	Não adesão OR* (IC 95%)**
Status Ocupacional (não trabalha)	0,61 (0,42 - 0,90)
Sedentarismo (sim)	2,71 (1,73 - 4,26)
Uso do saleiro (sim)	3,24 (1,26 - 8,32)
Consumo de alimentos embutidos/enlatados (sim)	1,54 (1,03 - 2,30)
Nunca ou menos 1 consulta médica/ano	1,89 (1,24 - 2,88)

**OR (Odds ratio) ajustado; IC95% (intervalo de confiança de 95%).

A Tabela 14 apresenta os resultados de análise da regressão logística entre a ocorrência de abandono do tratamento medicamentoso e variáveis independentes.

Tabela 14 - Valores de Odds Ratio e IC 95% dos fatores associados ao abandono do tratamento medicamentoso da hipertensão segundo modelo de regressão logística de múltiplos fatores no município de Sacramento/MG, 2013.

Variáveis Independentes	Abandono do tratamento OR* (IC 95%)**
Sexo Feminino	0,43 (0,21 - 0,87)
Faixa etária (até 39 anos)	
Faixa etária ($\geq$ 60 anos)	0,04 (0,01 - 0,13)
Faixa etária (40 a 59 anos)	0,17 (0,06 - 0,44)
Renda per capita (até 1 Salário Mínimo)	2,67 (1,18 - 6,03)
Tabagismo	2,66 (1,29 - 5,50)
Consumo de alimentos embutidos/enlatados	2,07 (1,00 - 4,28)
Sem estresse	0,38 (0,16 - 0,87)
1 ano ou mais sem medir a pressão arterial	9,01 (2,42 - 33,47)
Nunca ou menos 1 consulta médica/ano	2,24 (1,09 - 4,59)
Obesidade (sim)	0,40 (0,18 - 0,88)
Reside com companheiro(a)	0,38 (0,17 - 0,82)

*OR (Odds ratio) ajustado **IC95% (intervalo de confiança de 95%).

O Gráfico 2 mostra os principais motivos para o não cumprimento da terapia medicamentosa relatados pelos hipertensos.

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes hipertensos segundo motivo referido para o não cumprimento da prescrição medicamentosa. Sacramento/MG, 2013.

As principais razões relatadas em relação à dificuldade de tomar a medicação dentre os que abandonaram a terapia foram: ausência de sintomas (70,6%), efeito colateral (25,5%) e fator econômico (5,9%).

4.8. Não controle da pressão arterial e fatores associados

O índice de não controle da PA foi de 47,4%, sendo maior na área urbana (47,8%) do que na rural (43,8%).

Grande parte (64,0%) dos hipertensos que não aderiram ao tratamento medicamentoso apresentou a PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg, contra 27,5% daqueles que aderiram (OD=4,70 IC95% 3,19-6,91; $p=0,000$).

Dentre os hipertensos que abandonaram o tratamento, 60,8% apresentaram índices tensionais alterados e 39,2% tinham a PA dentro dos parâmetros de normalidade.

As Tabelas 15 a 17 mostram as associações entre o não controle da PA com as variáveis sociodemográficas e econômicas, hábitos de vida e dados antropométricos, características clínicas, tratamento medicamentoso e acesso ao serviço de saúde dos participantes que conheciam sua condição de hipertenso e estavam em tratamento medicamentoso.

Tabela 15 - Análise univariada da associação entre o não controle da pressão arterial e características sociodemográficas e econômicas da população hipertensa em tratamento da área rural e urbana. Sacramento/MG, 2013.

Variáveis	Rural (n=48) Não controle (%)	Urbana (n=441) Não controle (%)	Total (n= 489) Não controle (%)	OR*	IC(95%)**	p†
Sexo						
Feminino	43,3	46,1	45,8	1		
Masculino	44,4	52,5	51,4	1,25	(0,84-1,85)	0,264
Faixa etária						
≥ 60 anos	45,0	49,1	48,9	1		
40 a 59 anos	45,8	43,8	44,1	0,82	(0,56-1,21)	
Até 39 anos	25,0	60,0	52,6	1,24	(0,49-3,11)	0,585
Cor da pele						
Branca	45,5	45,9	45,9	1		
Não branca	25,0	54,5	53,9	1,35	(0,87-2,09)	0,174
Religião						
Praticante	45,5	48,4	48,1	1		
Não praticante	25,0	41,7	40,0	0,71	(0,37-1,39)	0,326
Situação familiar/conjugal						
Reside com companheiro(a)	38,5	49,0	47,9	1		
Não reside com companheiro(a)	66,7	44,3	46,1	0,93	(0,61-1,41)	0,739
Status Ocupacional						
Sem Trabalho	40,0	47,8	47,2	1		
Com Trabalho	46,4	47,9	47,7	0,98	(0,68-1,29)	0,912
Escolaridade						
≥ 8 anos	50,0	47,3	47,5	1		
< 8 anos	42,5	48,0	47,4	0,99	(0,66-1,50)	0,989
Classe econômica						
A/B	28,6	49,6	48,4	1		
C	55,3	48,0	48,9	1,01	0,67-1,54	
D/E	25,0	50,0	48,4	0,99	0,61-1,62	0,992
Renda per capita						
≥ 1 SM	66,7	52,2	52,8	1		
< 1 SM	38,5	44,1	43,3	0,68	(0,47-0,97)	0,036†

*OR (Odds ratio) ** IC(95%) Intervalo de confiança de 95% †p value (p<0,05).

Tabela 16 - Análise univariada da associação entre não controle da PA e características hábitos de vida e dados antropométricos da população da população hipertensa em tratamento da área rural e urbana (n=232). Sacramento/MG, 2013.

Variáveis	Rural (n= 48) Não controle (%)	Urbana (n= 441) Não controle (%)	Total (n= 489) Não controle (%)	OR*	IC (95%)**	p†
Tabagismo						
Não	47,6	46,9	47,0	1		
Sim	16,7	53,1	50,0	1,12	(0,67-1,87)	0,644
Etilismo						
Não	41,9	46,2	45,8	1		
Sim	60,0	67,6	66,7	2,36	(1,18-4,72)	0,012†
Sedentarismo						
Não	45,5	48,0	47,7	1		
Sim	43,2	47,8	47,4	0,98	(0,64-1,50)	0,942
Uso Saleiro mesa						
Não	44,7	47,2	47,0	1		
Sim	0,0	57,7	55,6	1,41	(0,64-3,08)	0,386
Consumo embutidos/enlatados						
Não	41,7	47,9	47,2	1		
Sim	50,0	47,7	47,9	1,02	(0,70-,49)	0,891
Obesidade						
Não	44,4	46,0	45,9	1		
Sim	42,9	50,6	49,7	1,16	(0,81-1,67)	0,398
Estresse						
Não	43,2	46,6	46,3	1		
Sim	50,0	54,4	54,2	1,37	(0,83-2,26)	0,217

*OR (Odds ratio) ** IC(95%) Intervalo de confiança de 95% † p value (p<0,05)

Tabela 17 - Análise univariada da associação do não controle da PA e características clínica, tratamento medicamentoso e acesso ao serviço de saúde da população hipertensa em tratamento da área rural e urbana (n=232). Sacramento/MG, 2013.

Variáveis	Rural (n=48) Não controle (%)	Urbana (n=441) Não controle (%)	Total (n= 489) Não controle (%)	OR*	IC (95%)**	p†
Tempo de Diagnóstico						
Até 5 anos	30,0	41,5	40,0	1		
> 5 anos	53,6	50,8	51,1	1,55	(1,06-2,28)	0,023†
Comorbidade						
Não	42,9	49,4	48,5	1		
Sim	45,0	46,8	46,7	0,93	(0,64-1,33)	0,697
Dificuldade de seguir prescrição medicamentosa						
Não	31,3	41,3	40,3	1		
Sim	68,8	62,3	63,0	2,52	(1,70-3,73)	0,000†
Número de comprimido/dia						
1 a 2	36,4	49,5	48,3	1		
≥ 3	50,0	46,2	46,6	0,93	(0,65-1,32)	0,692
Fonte do medicamento						
Sistema Único Saúde	48,8	46,0	46,3	1		
Recursos próprios	14,3	52,3	50,4	1,17	(0,79-1,74)	0,420
Frequência medida pressão arterial						
Mínimo 1 vez/ano	43,8	47,9	47,5	1		
Menos 1 vez/ano	0,0	45,5	45,5	0,92	(0,27-3,06)	0,894
Tipo de Serviço Saúde						
Convênio/Particular	0,0	48,0	47,5	1		
Sistema Único Saúde	44,7	47,8	47,4	0,99	(0,64-1,55)	0,994
Frequência procura Serviço Saúde						
1 ou mais vezes/ano	43,2	45,0	44,9	1		
Menos de 1 vez/ano	50,0	70,8	69,2	2,76	(1,49-5,13)	0,001†
Consulta médica						
Mínimo uma /ano	35,5	44,3	43,5	1		
Nunca ou menos 1/ano	58,8	57,6	57,8	1,77	(1,19-2,65)	0,005†
Dificuldade de Acesso ao Serviço de Saúde						
Não	37,9	49,5	48,5	1		
Sim	52,6	44,0	45,1	0,87	(0,59-1,27)	0,484

*OR (Odds ratio) ** IC(95%) Intervalo de confiança de 95% † p value (p<0,05)

Os resultados de análise da regressão logística entre a ocorrência de não controle da PA entre hipertensos em tratamento (n=489) e variáveis independentes estão apresentados na Tabela 18.

Tabela 18 - Valores de Odds Ratio e IC 95% dos fatores associados ao não controle da PA segundo modelo de regressão logística de múltiplos fatores no município de Sacramento/MG, 2013.

Variáveis independentes	Não controle da PA OD* (IC95%)**
Renda per capita (até 1 salário mínimo)	0,64 (0,44-0,93)
Etilismo (sim)	2,12 (1,03-4,38)
Tempo de diagnóstico de hipertensão (até 5 anos)	0,55 (0,36-0,82)
Nunca ou menos de 1 consulta médica/ano	1,59 (1,04-2,44)
Dificuldade em seguir a prescrição medicamentosa	2,48 (1,64-3,73)

*OR (Odds ratio) ajustado **IC95% (intervalo de confiança de 95%).

5. DISCUSSÃO

5.1 Características sociodemográficas, econômicas, comportamentais, hábitos de vida, condições clínicas e acesso ao serviço de saúde da amostra total

Nossos achados indicaram que a perda da amostra calculada (10,38%) foi equivalente à metade do percentual previsto durante a elaboração do projeto, mas menor quando comparada à perda amostral mencionada em outros estudos de base populacional realizados nas capitais do Brasil: Goiânia/GO, 13,0% (JARDIM et al., 2007); São Paulo/SP, 38,7% (MION JR. et al., 2010); Florianópolis/SC, 14,7% (SILVA; PETROSKI; PERES, 2012). Contudo, uma investigação conduzida no município de Bambuí/MG, que apresenta semelhanças em relação à localização territorial e contingente populacional, relatou perda de 10,7% da amostra (LIMA-COSTA; PEIXOTO; FIRMO, 2004). Acreditamos que as diferenças em relação ao percentual de perda da amostra dos diversos estudos possam ser explicadas pelas divergências de características culturais e comportamentais entre moradores de grandes centros urbanos e cidades de pequeno porte.

O fato de nenhum morador da área rural se recusar a participar da pesquisa pode estar relacionado ao caráter diferenciado das sociedades rurais, que se manifesta nos peculiares padrões psicossociais, de comportamento e de cultura. Também a carência de acesso aos serviços de saúde, ocasionada pelo menor número de visitas domiciliares realizadas pela equipe ESF na área rural, pode ter influenciado a participação desta população (SACRAMENTO, 2013a).

De acordo com nossa investigação, o perfil da população estudada pode ser descrito como segue: predomínio do sexo feminino, idade até 39 anos, indivíduos que convivem com companheira (o), filho(s) e/ou outro(s) familiar(es), de cor da pele branca, religião católica, com baixa escolaridade, trabalhadores dos serviços gerais e comércio e pertencentes a classe econômica média (classe C). Características semelhantes foram apresentadas pelo Censo Demográfico realizado pelo IBGE (2014a), em 2010, e pela Secretaria Municipal de Saúde de Sacramento/MG (SACRAMENTO, 2013a).

A comparação entre população urbana e rural em relação aos dados sociodemográficos e econômicos indicou maior número de pessoas do sexo

feminino, idosos e indivíduos com melhor nível de escolaridade e renda na população urbana.

Quanto ao perfil comportamental e hábitos de vida, destaca-se um maior número de ex-tabagistas do que de tabagistas, tanto na área urbana quanto na rural. Como as idades médias em que iniciaram o consumo do tabaco foram as mesmas entre fumantes e ex-fumantes, pode-se presumir que houve uma redução do número de tabagistas no município. Em Sacramento, desde junho de 2011, foi implantado na ESF o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, elaborado e coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes ativos e passivos e a consequente mortalidade por doenças relacionadas ao tabaco (BRASIL, 2014c; SACRAMENTO, 2013a).

O mesmo não ocorreu com o etilismo. Nossos resultados indicaram que o número de ex-etilistas na área rural é significativamente maior quando comparado aos dados observados na área urbana. Segundo informação da Secretaria Municipal de Saúde de Sacramento (2014), não há nenhum programa de combate ao etilismo implantado na ESF do município.

Detectamos que a população urbana pratica mais atividade física em comparação à rural, porém utiliza mais o saleiro durante as refeições, consome produtos industrializados/embutidos/enlatados em quantidade superior, tem maior número de pessoas obesas e estressadas e mede com menor frequência a PA. Tais achados podem explicar o motivo pelo qual os moradores da área rural apresentam maior controle dos níveis tensionais.

Também observamos que a população urbana utiliza mais os serviços de saúde particular/convênio quando comparada aos participantes da área rural; no entanto, a maior parte dos moradores de ambas as áreas utiliza mais constantemente o SUS. Aqueles que procuram o SUS relataram maior dificuldade de acesso ao serviço do que os usuários de serviços particulares/convênio. Esses dados ressaltam a necessidade de melhorias de acesso aos serviços públicos de saúde do município.

Os moradores da área rural relataram maior dificuldade de acesso ao serviço de saúde e apontaram a distância como principal fator que impede ou restringe o acesso ao serviço. Cada microárea da zona rural do município de Sacramento é representada por um povoado. Ocorre que os povoados estão localizados em áreas distantes da cidade e afastados entre si. Seus núcleos não detêm mais que 20% das

famílias, que em sua maioria se distribuem entre propriedades também distantes umas das outras. A microárea mais próxima dista 42 km da cidade, a mais distante, 82 km. Alguns locais de atendimento ficam a 90 km. Todas as estradas são de terra. O tempo de deslocamento varia de 50 minutos a 2 horas, fazendo com que as distâncias e as condições de tráfego e locomoção se tornem um dos principais desafios para a interação com as comunidades rurais, historicamente relegadas a segundo plano (OLIVEIRA, 2009).

A dificuldade de acesso ao serviço de saúde observada entre os moradores da área rural pode explicar o motivo de não realizarem consultas médicas anualmente. Já os participantes da área urbana relataram maior frequência às consultas - no mínimo uma vez por ano. Estes achados levantam questões quanto à deficiência da assistência à saúde, dificultando principalmente o trabalho de prevenção primária e ou secundária para esta população.

Relatório da Secretaria Municipal de Saúde de Sacramento aponta que 23% da população do município com idade igual ou superior a 20 anos ficam mais de um ano sem procurar o serviço de saúde, revelando um total de 1,22 consultas médicas/ano por habitante com a mesma idade durante o ano de 2013 (SACRAMENTO, 2014). Nesta parcela da população, encontramos predomínio de indivíduos do sexo masculino, com idade entre 20 e 59 anos, tabagistas, etilistas, sedentários, moradores da área urbana, que utilizam o SUS como principal sistema de saúde e não relataram dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

É interessante destacar que a dificuldade de acesso ao serviço de saúde e ser morador da área rural não foram motivos aventados para não procurar atendimento no último ano.

Outra explicação relacionada ao fato de uma parcela da população não ter procurado o serviço de saúde no último ano pode estar nas deficiências e problemas relacionados ao gerenciamento e à organização de oferta e distribuição dos atendimentos no próprio serviço de saúde. Isso porque os principais motivos relatados pelos sujeitos quanto à dificuldade de acesso aos serviços de saúde foram a falta de vagas e a demora no atendimento.

A seguir serão discutidos os resultados referentes às prevalências e aos fatores associados às cinco variáveis dependentes avaliadas neste estudo: presença de HAS, desconhecimento da condição de hipertensão, não adesão e abandono ao tratamento medicamentoso da HAS e não controle da PA.

5.2 Prevalência e fatores relacionados à HAS e ao desconhecimento da condição de hipertenso.

Os dados de prevalência de HAS verificados em nosso estudo são similares aos apresentados por outras investigações realizadas no Brasil. Índices de prevalência de HAS superiores a 30% foram encontrados em diferentes regiões brasileiras: Nobres/MT, 30,1% (ROSÁRIO et al., 2009); Formiga/MG, 32,7% (CASTRO; MONCAU; MARCOPITO, 2007); Florianópolis/SC, 40,1% (SILVA; PETROSKI; PERES, 2012); Goiânia/GO, 36,4% (JARDIM et al., 2007); Campo Grande/MS, 41,4% (SOUZA et al., 2007). O Estudo Brasileiro Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) realizado com 15.105 funcionários de instituições públicas de saúde das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil, encontrou uma prevalência de HAS auto referida de 35,8% (SCHMIDT et al., 2014).

Porém, os resultados indicam que os índices são superiores aos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Sacramento (SACRAMENTO, 2014), o que pode significar uma não atualização dos dados no SIAB, com consequente falha no diagnóstico e acompanhamento dos usuários pelas equipes da ESF.

O fato de um elevado índice de prevalência da HAS ter sido detectado nas áreas urbana e rural, com o mesmo percentual de ocorrência, pode ser explicado pelas relevantes mudanças no estilo de vida e transformações comportamentais que vem ocorrendo nas últimas décadas, atingindo também a população rural. Como exemplo, podemos citar a evolução da tecnologia, a modernização e a industrialização, fatores estes que contribuíram para o aumento do sedentarismo, do consumo de sal e de alimentos industrializados, com aumento significativo na incidência de sobrepeso e obesidade na população em geral (CARVALHO; ROCHA, 2011). Tais fatores são comprovadamente associados às doenças cardiovasculares, em especial à HAS (SBC; SBH; SBN, 2010).

Os dados apresentados nos permitem afirmar que a HAS é um problema de saúde prevalente na população de Sacramento/MG, assim como verificado em outras regiões do Brasil.

Contudo, nossos achados foram divergentes quando comparados a estudos que estimaram a prevalência da HAS especificamente em áreas rurais do país. Pesquisa que abrangeu todos os estados brasileiros, utilizando dados da Pesquisa

Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) com 38.672 indivíduos adultos provenientes de áreas rurais, encontrou uma prevalência autorreferida de HAS de 20,1% na amostra global, sendo 24,4% na região sudeste (MOREIRA; MORAES; LUIZ, 2013). Em outro estudo realizado na área rural de um município do estado de Minas Gerais com 287 adultos, a prevalência foi de 47,0% (PIMENTA et al., 2008). As diferenças nos índices de prevalência de HAS podem decorrer da falta de padronização dos métodos de investigação utilizados por diferentes pesquisadores e/ou por características de estilo de vida próprias de cada região.

O índice de desconhecimento da condição de hipertenso detectado em nossa amostra foi inferior àqueles citados por outras investigações (GUS et al., 2004; ISER et al., 2011; PEREIRA et al., 2007; ROSÁRIO et al., 2009). Acreditamos que a extensa cobertura da ESF no município de coleta dos dados, com efetivação de um modelo de atenção que propicia a mudança de algumas práticas de saúde, pode ter colaborado para a detecção precoce de doenças e amplificado as ações voltadas para o cuidado, acompanhamento e prevenções de agravos.

Estudo longitudinal, realizado com 1622 municípios brasileiros no período de 2000 a 2009 com objetivo de avaliar o impacto da ESF na mortalidade por doenças do coração e cerebrovasculares, mostrou que uma cobertura consolidada da ESF ($\geq 70\%$) apresentou associação negativa com taxas de mortalidade de doenças cerebrovasculares e cardíacas. As atividades que colaboraram para tais resultados foram o aumento do número de atividades de educação em saúde, as visitas domiciliares e as consultas médicas (RASELLA et al., 2014).

Entretanto, nota-se que ainda existem algumas falhas e dificuldades nas atuações das equipes da ESF no município de Sacramento, principalmente na área urbana, o que é demonstrado pelo número ($n=28$) de indivíduos que apresentaram a PA elevada no dia da entrevista e foram encaminhados ao serviço, porém não foram atendidos e permaneceram sem a confirmação diagnóstica de HAS.

Em nosso estudo, após o controle das variáveis de confusão, os fatores sociodemográficos e econômicos que apresentaram associação com a HAS foram: ter idade maior que 40 anos, baixa escolaridade e não exercer atividade laboral. Dentre todos os fatores avaliados, somente a baixa escolaridade apresentou associação com o fato de o indivíduo desconhecer sua condição de hipertenso.

Nossos achados indicaram que indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos apresentam 4,88 vezes mais chances de desenvolver a doença hipertensiva,

risco que aumenta para 13,61 vezes entre idosos (60 anos ou mais), quando comparados a pessoas com até 39 anos de idade. Outros estudos também encontraram a associação entre idade e HAS (BANSAL et al., 2012; CESARINO et al., 2008; MOREIRA; MORAES; LUIZ, 2013; ROSÁRIO et al., 2009). O aumento da PA em indivíduos com mais idade é normalmente associado ao desenvolvimento da aterosclerose (SBC; SBH; SBN, 2010).

Quanto à atividade laboral, nossos resultados mostraram que o fato de o indivíduo não trabalhar eleva em 1,53 vezes as chances de apresentar HAS em relação àqueles que não desempenham nenhum ofício. De outra forma, Brasil (1993) expõe que algumas ocupações relacionadas às características físicas do trabalho podem elevar a pressão arterial, tais como: falta de autonomia, trabalho sob supervisão severa, natureza repetitiva, instabilidade no emprego, exposição contínua ao barulho, vibração e temperaturas extremas. Possivelmente, os dados de nossa investigação indicam que o sedentarismo pode superar os fatores de risco ocupacionais, como atestado por Kristensen (1989).

Em relação à frequência de HAS entre homens e mulheres, pesquisadores apontam dados discrepantes. Alguns estudos de base populacional realizados no Brasil constataram maior prevalência de HAS entre sujeitos do sexo masculino (SILVA; PETROSKI; PERES, 2012; SOUZA et al., 2007). Outras pesquisas (CESARINO et al., 2008; ROSÁRIO et al., 2009), assim como a nossa, encontraram que a frequência de hipertensão é semelhante para ambos os sexos neste estudo.

Em conformidade com os dados de outros estudos brasileiros (CESARINO et al., 2008; ROSÁRIO et al., 2009; TAVARES et al., 2013), nossos resultados apontam predominância de baixa escolaridade, variável que apresentou associação estatisticamente significativa com a HAS e com o fato do indivíduo desconhecer sua condição de hipertenso. Segundo Freitas et al. (2001), indivíduos que possuem menor nível de escolaridade ignoram procedimentos relativos à prevenção de doenças crônicas.

Além disso, em nossa pesquisa a baixa escolaridade (< 8 anos de estudo) apresentou associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) com o tabagismo, o sedentarismo, a cintura abdominal alterada, a comorbidade e a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, o que pode ter também contribuído para a maior ocorrência de HAS entre participantes com menor escolaridade.

De maneira similar, pesquisadores avaliaram 1.063 indivíduos com idade maior ou igual a 20 anos distribuídos em diferentes municípios do estado do Rio Grande do Sul (Brasil) e encontraram associação entre HAS e baixa escolaridade (< 8 anos de estudo) (GUS et al., 2004).

A literatura já comprovou que fatores como grau de instrução, compreensão do problema, hábitos de vida e acesso a bens e serviços exercem grande impacto nas condições de saúde. Mas a influência do status socioeconômico na ocorrência de HAS é complexa e difícil de ser estabelecida (CONEN et al., 2009). Divergindo dos resultados apresentados por outros estudiosos (SILVA; PETROSKI; PERES, 2012), não encontramos associação estatisticamente significativa entre classe econômica e presença da HAS após ajuste das variáveis de confusão.

Embora também confirmada por muitos autores (HENDRIKS et al., 2012; LEE et al., 2010; PEREIRA; BARRETOS; PASSOS, 2009; SBC; SBH; SBN, 2010), a associação da HAS com os fatores de risco como etilismo, tabagismo e sedentarismo não foi observada nos resultados obtidos de nossa amostra.

Encontramos associação entre HAS e aumento do peso corporal; participantes de peso normal apresentaram 0,24 vezes mais chance de proteção para o desenvolvimento da doença em relação aos obesos.

Estudos realizados em várias regiões rurais do mundo mostraram que a obesidade exacerba o risco para hipertensão. Pesquisa realizada com 23.178 mulheres chinesas residentes em áreas rurais entre os anos de 2004 e 2006, indicou associação estatisticamente significativa entre estas variáveis (ZHANG et al., 2012). Em outra investigação que avaliou quatro comunidades africanas, sendo duas urbanas e duas rurais, a obesidade foi um preditor independente para a elevação da PA (HENDRIKS et al., 2012). Na Índia, trabalho conduzido em uma comunidade rural com 1.348 indivíduos encontrou associação entre aumento de peso corporal e HAS, independente do sexo (BANSAL et al., 2012).

Altas taxas de prevalência de HAS podem ser explicadas ainda pelo tipo de dieta consumida por uma população. O consumo significativo de gorduras principalmente de origem animal como também de carboidratos simples estão, a longo ou médio prazo, diretamente relacionado com obesidade e doenças crônicas não transmissíveis (IBATIBA; ROCHA, 2011).

De acordo com nossos resultados, as pessoas que relataram ter algum familiar com história de HAS apresentaram 3,72 vezes mais chances de desenvolver

a doença do que aqueles que não têm casos de HAS na família. Não existem variantes genéticas que possam ser utilizadas para predizer o risco individual de desenvolvimento de HAS, mas a contribuição de fatores genéticos para a ocorrência da doença é reconhecida pela ciência (DE OLIVEIRA et al., 2008).

No município do estudo, a despeito da extensa cobertura de atendimento pela ESF, alguns problemas relacionados aos serviços de saúde foram referidos pelos participantes, tanto da área rural quanto da zona urbana. Observamos que há um número significativo de hipertensos que ficam um ano ou mais sem medir a PA, não realizam consultas médicas com periodicidade e apresentam dificuldade de acesso ao serviço. Tais comportamentos podem representar riscos de agravos e mortalidade na população hipertensa, principalmente por incitar a ocorrência de IAM e AVE, principais causas de mortalidade no Brasil (BRASIL, 2014a) e no mundo (OUNPUU; ANAND; YUSUF, 2000).

Em nossa investigação, a maioria da população hipertensa das áreas urbana e rural relatou utilizar o Sistema Único de Saúde (SUS). É interessante observar que os participantes de ambas as áreas apresentaram similar proporção de dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Entretanto, os hipertensos moradores da área rural foram os que mais relataram dificuldades de acesso aos serviços de saúde devido às distâncias a serem percorridas. Dados da Secretaria Municipal de Saúde (SACRAMENTO, 2014) apontaram notável diferença entre a prevalência de hipertensos que foram efetivamente acompanhados pela ESF na área rural e urbana durante o ano de 2013, ou seja, indivíduo que recebeu pelo menos uma visita domiciliar da equipe no período de um mês. Na área urbana, a porcentagem de acompanhamento dos hipertensos cadastrados alcançou 69,9%, enquanto na área rural atingiu apenas 29,5% dos hipertensos.

A demanda dos serviços e as condições de saúde dos usuários dos serviços e comunidade são diretamente atingidas pelas estratégias utilizadas pelas equipes da ESF (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004). As equipes da ESF devem atuar de forma integrada na abordagem da avaliação de risco, na adoção de medidas de promoção à saúde, facilitando o acompanhamento e atendimento aos portadores de HAS (BRASIL, 2006a). O planejamento e a execução de tais medidas são fundamentais para a prevenção de complicações cardiovasculares e minimização de lesões de órgãos alvos dos hipertensos, visando a melhoria da qualidade de vida desta população,

5.2 Prevalência e fatores relacionados a não adesão e abandono do tratamento medicamentoso da HAS.

O índice de não adesão originário de nossa amostra é distinto dos valores apresentados por demais estudos realizados em diferentes estados do Brasil, os quais apresentam resultados bastante heterogêneos: Rio Grande do Sul, 47,8% (SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008), 34,3% (GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013) e 64,0% (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012); São Paulo, 86,7% (DOSSE et al., 2009); Piauí, 26,8% (CARVALHO et al., 2012). Contudo, dados de pesquisa realizada também no Estado de Minas Gerais mostrou índice de não adesão de 50,8%, próximo ao nosso resultado (MOTTA et al., 2014).

Por sua vez, o índice de abandono do tratamento medicamentoso em nossa investigação foi praticamente o mesmo reportado por outro estudo realizado com usuários hipertensos adscritos à rede de Atenção Primária à Saúde na cidade de Blumenau, utilizando o mesmo instrumento de medida (9,1%) (SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008); porém, o índice foi maior se comparado com outro realizado no Brasil, utilizando instrumento de medida diverso (SANTOS et al., 2012).

Provavelmente, a variabilidade de resultados apresentada nestes estudos se deve, além das já mencionadas dessemelhanças culturais, étnicas e socioeconômicas e peculiaridades que caracterizam a população das diversas regiões do país, aos diferentes métodos de medida utilizados, bem como à definição de adesão adotada pelos pesquisadores (NOBRE; MION JR., 2013).

Nossos achados indicaram que, tanto na área rural como na urbana, mais da metade dos hipertensos não aderiram ao tratamento medicamentoso da HAS. Observa-se, porém, uma diferença de aproximadamente três pontos percentuais entre os índices de ambas as áreas, que se mostrou mais elevado na população urbana. Corroborando com estes dados, estudo brasileiro realizado em Minas Gerais encontrou um índice de não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS 6% maior na área urbana, quando comparado à rural (MONTEIRO; FARIAS; ALVES, 2009). Concordamos com McDonald et al. (2009) ao afirmarem que a dicotomia sociocultural e outros traços diferenciais que se estabelecem entre as comunidades rurais e urbanas podem contribuir para a obtenção de tais resultados.

Dentre os três parâmetros de medida da não adesão que constituem o instrumento adotado em nosso estudo, o processo de tomada dos medicamentos teve maior contribuição para a não adesão entre os hipertensos da área rural; na área urbana, prevaleceu o “desfecho referido”. A utilização do “desfecho referido” como sendo uma variável de não adesão ao tratamento pode representar uma limitação (ou viés) da presente investigação, uma vez que o relato de alteração na PA não significa necessariamente que o paciente não tenha aderido ao tratamento medicamentoso. Acreditamos que a alteração dos níveis tensionais pode estar relacionada a manejo clínico inadequado, com prescrição de esquema posológico insuficiente e/ou medicamento ineficaz, ou ainda engano no procedimento de medida da PA, com obtenção de valores não fidedignos pelo profissional de saúde.

Todas as cinco variáveis que apresentaram associação estatística com a não adesão (status ocupacional, sedentarismo, uso do saleiro, consumo de alimentos industrializados/enlatados e não realização de consulta médica anualmente), após ajuste das variáveis de confusão se mostraram mais prevalentes entre hipertensos moradores da área urbana.

Nossos resultados mostraram que o abandono do tratamento medicamentoso é maior entre hipertensos do sexo masculino, tanto na área urbana quanto na rural. Autores já discutiram que as mulheres percebem e relatam seus problemas mais que os homens, procuram com maior regularidade os serviços de saúde e conseqüentemente são mais fiéis ao tratamento prescrito (SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010).

Em relação à faixa etária, diversos estudos têm mostrado baixa adesão ao tratamento medicamentoso entre não idosos (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; SBC; SBH; SBN, 2010; ROLNICK et al., 2013; FERREIRA; BARRETO; GIATTI, 2014). No caso de nossa amostra, a idade apresentou associação estatisticamente significativa com o abandono do tratamento. Os participantes de 40 a 59 anos apresentaram, respectivamente, 0,04 e 0,17 vezes mais chances de proteção ao abandono do que os hipertensos de 20 a 39 anos de idade. Achados semelhantes também foram observados em outros estudos realizados no Brasil (BUSNELLO et al., 2001; OSHIRO; CASTRO; CYMROT, 2010). A característica assintomática da HAS pode acarretar certa despreocupação quanto ao controle da doença, aumentando o risco de complicações graves e mortalidade por AVE e IAM (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012). Além disso, o fato de considerar que o

diagnóstico de HAS seja sinônimo de velhice leva muitos jovens à rejeição do tratamento (MALLION; SCHMITT, 2002).

De acordo com nossos achados, também o fator econômico está envolvido no abandono do tratamento medicamentoso. Hipertensos que ganham até um salário mínimo mensal/per capita apresentaram 2,67 vezes mais chances de abandono do tratamento quando comparados àqueles com melhor situação financeira. A situação socioeconômica influencia fortemente a adesão, estando não só relacionada à aquisição de medicamentos, mas também aos aspectos educacionais, culturais e sociais (ROLNICK et al., 2013; SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008).

A análise de nossos resultados apontou, de forma imprevista, que os hipertensos que abandonaram o tratamento indicaram o fator econômico apenas como o terceiro motivo para a dificuldade em seguir a prescrição medicamentosa; também foi interessante observar que aqueles que adquirem todos os medicamentos gratuitamente via SUS abandonaram mais o tratamento medicamentoso do que aqueles que necessitam obtê-los com recursos próprios. Essa ocorrência pode estar relacionada a dificuldades de acesso ao programa “Saúde não tem preço”, implantado pelo Ministério da Saúde em 2011 com a finalidade de oferecer medicamentos para hipertensão e diabetes a todos os cidadãos brasileiros, ou ainda às falhas no sistema de distribuição dos insumos pelas farmácias populares (BRASIL, 2014d).

Além disso, assim como outros pesquisadores, acreditamos que algumas características sócio-educacionais e culturais ligadas às classes economicamente mais baixas também podem estar associadas ao abandono do tratamento, pois influenciam a percepção da doença, a atitude do paciente frente ao fato de ser hipertenso, a motivação pessoal pela busca do melhor estado de saúde e a compreensão da terapêutica prescrita (NOBRE; MION JR., 2013).

Segundo nossos achados, os hipertensos que alegaram não estar trabalhando apresentaram fator de proteção para não adesão. Entretanto, em outros estudos (BRASIL, 2006b; SANTA HELENA, 2007; STRELEC; PIERIN; MION JR., 2003) a inserção no mercado de trabalho mostrou associação com a não adesão. Santa Helena (2007) ressalta que a relação entre não adesão e vínculo empregatício pode ser explicada por algumas associações, como menor idade, menos tempo de tratamento e maior intervalo entre as consultas.

Encontramos também relação entre situação familiar conjugal e adesão ao tratamento medicamentoso, sendo que os hipertensos que residem com companheiro(a) apresentaram menor chance de abandono do tratamento. De igual forma, Chor (1998) observou que indivíduos casados apresentam duas vezes mais chances de seguir corretamente as orientações terapêuticas quando comparados a solteiros.

Apesar de algumas investigações constatarem que quanto mais elevado o grau de instrução maior será o nível de adesão (KARAKURT; KASIKÇI, 2012; VITOR et al., 2011), no presente estudo não observamos esta relação.

Um dos fatores associados ao abandono ao tratamento da HAS num estudo realizado com 945 hipertensos de um ambulatório da região sul do Brasil foi o tabagismo (BUSNELLO et al., 2001). Esses dados são condizentes com os de nossa pesquisa, pois identificamos que hipertensos fumantes apresentaram 2,66 mais chances de abandonar o tratamento da HAS do que os não fumantes.

De acordo com nossos resultados, a obesidade também foi associada com o abandono do tratamento medicamentoso. Imprevisivelmente, hipertensos obesos apresentaram 0,40 vezes mais chances de proteção ao abandono do tratamento do que não obesos. Não encontramos na literatura estudos que abordassem a relação direta da obesidade com o abandono do tratamento farmacológico da HAS, mas acreditamos que a maior adesão seja um comportamento compensatório às orientações terapêuticas não medicamentosas não cumpridas pelo indivíduo, que incluem a adoção de medidas para a perda ou controle do peso corporal, como prática de atividade física, mudança no estilo de vida e alteração de hábitos alimentares.

Estudo conduzido por Sales e Tamaki (2007) mostrou que a adesão dos hipertensos às medidas de controle alimentar (11%) e atividade física (33%) foi menor que a adesão ao tratamento farmacológico (77%).

Embora alguns pesquisadores reportem associação entre o consumo de álcool e abandono ou não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS (ANDRADE et al., 2002; DOSSE et al., 2009), não encontramos a mesma associação.

Também não encontramos relação entre polifarmácia e adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. Essa constatação é divergente da verificada na literatura, pois diversos autores já averiguaram que a utilização de maior número de

medicamentos tende a diminuir a adesão (AMADO et al., 2011; SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010). Além disso, doses elevadas de medicamentos podem aumentar a incidência de reações adversas e contribuir para o abandono da terapia (OSHIRO; CASTRO; CYMROT, 2010).

O principal motivo relatado pelos hipertensos deste estudo para o não seguimento da prescrição medicamentosa, tanto na área rural quanto na urbana, foi a “ausência de sintomas”. De maneira semelhante, em pesquisa realizada na Bahia (MASCARENHAS; OLIVEIRA; SOUZA, 2006) hipertensos argumentaram que as causas para o abandono do tratamento são: ausência de sintomas (37,5%), falta de medicamentos (24,4%) e dificuldade de acesso ao sistema de saúde (15,3%). Alguns estudos mostram que outros fatores contribuem para a não adesão ao tratamento da HAS, como o caráter assintomático e a cronicidade da doença, que exige tratamento por toda a vida (KARAKURT; KASIKÇI, 2012; MION JR. et al., 1996; SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010).

A percepção do doente em relação ao seu estado de saúde, assim como a relação entre sintomas e o controle da doença facilitam a adesão ao esquema terapêutico proposto. Por outro lado, o fato de a HAS ser uma doença predominantemente assintomática e não proporcionar sucesso terapêutico perceptível, como acontece quando há desaparecimento de eventuais sintomas, pode explicar a baixa adesão ao tratamento desta doença. Além disso, muitas vezes o que ocorre é a manifestação de efeitos adversos ao uso de medicamentos (COELHO et al., 2005) contribuindo ainda mais para o não seguimento do tratamento medicamentoso. O relato de efeitos colaterais foi o terceiro principal motivo para o não cumprimento da prescrição pelos participantes de nossa amostra.

Os resultados aqui apresentados também revelaram associação estatisticamente significativa entre estresse e abandono do tratamento medicamentoso. Características psicológicas levam pacientes a conceberem a hipertensão como uma consequência de tensão e ansiedade e a acreditarem, portanto, que não necessitam de intervenção terapêutica específica, dificultando assim a adesão ao tratamento (MALLION; SCHMITT, 2002).

A prática de atividade física parece estar relacionada à maior adesão ao tratamento. Nossos achados mostraram que hipertensos que não praticam atividade física regularmente apresentaram 2,71 vezes mais chances de não aderir ao tratamento quando comparados àqueles que se exercitam com regularidade. Várias

são as contribuições da atividade física para a melhoria da saúde, entre elas a diminuição do estresse e da depressão e o controle dos fatores de risco metabólicos, que incluem níveis de lipoproteína de alta densidade (HDL), excesso de adiposidade, elevação da PA e da glicemia (WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006). Segundo a Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2006a), o estímulo da população e de grupos mais vulneráveis à prática de atividade física são importantes medidas que devem ser efetivadas pela rede básica de saúde.

Nossos resultados também indicaram que hipertensos que consomem alimentos industrializados/embutidos/enlatados apresentam 1,54 vezes mais chances de não adesão ao tratamento e duas vezes mais chances de abandono do tratamento do que aqueles que não os consomem. O hábito de levar o saleiro à mesa durante as refeições elevou em 3,24 vezes as chances de não adesão ao tratamento. A redução do consumo de alimentos ricos em sal constitui medida importante para o controle da PA (SBC; SBH; SBN, 2010), o que exige mudanças dos hábitos de vida, especialmente os alimentares, o que favorece a desistência e dificulta a adesão ao tratamento da HAS.

Também encontramos que os hipertensos que nunca buscam atendimento ou comparecem a menos de uma consulta médica anualmente apresentam 1,89 e 2,24 vezes, respectivamente, mais chances de não aderir e abandonar o tratamento medicamentoso da HAS do que aqueles que se consultam pelo menos uma vez ao ano.

A assiduidade às consultas é determinante para o controle da hipertensão, pois traz motivação individual e essa, por sua vez, conduz a certas atitudes que contribuem para a redução da PA, como a adesão ao tratamento medicamentoso (DOSSE et al., 2009). Um estudo realizado com 245 hipertensos atendidos no ambulatório de um hospital universitário revelou que dentre os 220 pacientes assíduos, ou seja, os pacientes que compareceram às consultas em até 30 dias da data previamente agendada para o seu retorno, 200 (90,9%) afirmaram tomar a medicação de acordo com a prescrição médica (COELHO et al., 2005).

Apesar da grande distância entre as áreas rurais e o perímetro urbano, onde estão centralizados os serviços de saúde do município, nossos dados não mostraram associação entre dificuldade de acesso e não adesão/abandono do tratamento. O que pode justificar tal achado é o atendimento periódico e regular oferecido pela ESF rural; a equipe está presente uma vez por semana em cada

povoado e em todos eles existe um posto de saúde, com presença diária do agente comunitário e do auxiliar de enfermagem, viabilizando, ainda que de forma incipiente, o contato com o serviço de saúde (SACRAMENTO, 2014).

Mesmo com uma série de dificuldades político-administrativas e financeiras, a grande expansão da Atenção Primária à Saúde no Brasil por meio da ESF tem causado impactos positivos na saúde da população (RASELLA et al., 2014).

Contudo, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003), idade, gênero, educação, ocupação, estado civil, religião, etnia e vida urbana *versus* rural não têm sido associados à adesão de forma definitiva. Alguns autores (SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010) relatam que a não adesão ao tratamento da HAS está mais fortemente relacionado a problemas de não reconhecimento da doença, por ser assintomática, do que à dificuldade de acesso ao serviço de saúde, fato observado neste estudo.

Observamos ainda que os hipertensos que abandonaram o tratamento medicamentoso foram aqueles que mediram menos a PA, apresentando 9,01 vezes mais chances de abandono do que aqueles que mediram no mínimo uma vez ao ano. Acreditamos que fatores comportamentais e hábitos de vida levaram o indivíduo a negligenciar o cuidado com a própria saúde, uma vez que o abandono da terapia não foi associado à dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Outros aspectos que podem dificultar a utilização de medicamentos de uso contínuo, citados por Ferreira, Barreto e Giatti (2014), são o desconhecimento do direito ao medicamento e a falta de adequação da prescrição médica às condições financeiras.

Dentre os principais motivos relacionados à dificuldade de acesso ao serviço de saúde, relatados pelos hipertensos de nossa amostra, estão a falta de vagas e a demora no atendimento. Pesquisa realizada com 192 hipertensos moradores em Campo Grande/MS, com o objetivo de identificar os fatores que levam ao abandono do programa de combate à hipertensão arterial em Unidades Básicas de Saúde (UBS), identificou que os fatores de acesso ao serviço de saúde que estiveram relacionados à não adesão foram: dificuldade de agendar consultas, relacionamento com os profissionais de saúde, insuficiência de medicamentos, mudança para plano de saúde privado e falta de tempo (OSHIRO; CASTRO; CYMROT, 2010). Outra investigação, conduzida em Botucatu (SP), também encontrou fatores relacionados à organização e estrutura do serviço de saúde como causas para o abandono do tratamento, entre eles: intervalo longo entre as consultas; dificuldade para o

agendamento; demora em ser atendido; horário de atendimento incompatível com o período de trabalho e/ou com as ocupações diárias; mudança de médico responsável pela assistência e impossibilidade de acesso ao especialista (DUARTE et al., 2010).

Quanto às limitações deste estudo, deve-se ressaltar que mesmo utilizando um instrumento que considera o desfecho como medida para aumentar a sensibilidade de não adesão (SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008), a maioria das informações obtidas foram autorreferidas, o que pode acarretar erros decorrentes da compreensão do entrevistado, enganos relativos à memória do respondente e outras distorções, interferindo em alguns resultados.

5.3. Prevalência e fatores associados ao não controle da PA.

Apesar da ampla cobertura da ESF no município onde os dados foram coletados, os resultados de nosso trabalho indicam sério problema relacionado ao controle da PA da população, pois somente cerca de metade dos indivíduos que sabiam ser hipertensos e estavam em tratamento apresentaram níveis pressóricos controlados (257 ou 52,6%). Índices variados e ainda mais alarmantes de controle da PA foram encontrados em outros estudos: 24,2% em Nobre/MT (ROSÁRIO et al., 2009), 35,2% em São Paulo/SP (MION JR. et al., 2010), 10,1% em Tubarão/SC (PEREIRA et al., 2007), 10,4% no Estado Rio Grande do Sul (GUS et al., 2004) e 52,4% em São José do Rio Preto/SP (CESARINO et al., 2008).

O maior índice de controle da PA observado em nossos achados quando comparado aos demais estudos realizados no Brasil, mesmo que ainda insatisfatório, pode estar associado à facilidade de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, bem como ao bom desenvolvimento socioeconômico do município, que apresentou um dos maiores IDH-M (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) no ano de 2010 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2014).

Contudo, alguns autores estimam que os índices de controle da PA no Brasil devem estar superestimados devido principalmente a heterogeneidade dos trabalhos realizados (NOBRE; MION JR., 2013).

Nossa investigação mostrou que a renda per capita igual ou superior a um salário mínimo, o consumo de bebida alcoólica acima dos padrões recomendados, o tempo de diagnóstico de HAS maior que cinco anos, a dificuldade de seguir a prescrição medicamentosa e a não realização de consultas médicas anualmente foram as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com o não controle da PA.

A não adesão ao tratamento medicamentoso é apontada como o mais importante fator que contribui para o inadequado controle da PA e configura um grande desafio no tratamento da HAS (NOBRE; MION JR., 2013). Em nossa amostra, a maioria dos hipertensos que aderiu ao tratamento apresentou controle da PA. Entretanto, um dado interessante foi o número significativo de indivíduos que, mesmo abandonando ou não aderindo ao tratamento, apresentou níveis tensionais dentro dos parâmetros de normalidade. Um dos fatores que pode estar envolvidos neste fato é a subnotificação do diagnóstico de hipertensão do avental branco.

Dados de nossa investigação apontaram que o não comparecimento à consulta médica pelo menos uma vez ao ano resulta em risco 1,59 vezes maior de não controle da PA. Em estudo retrospectivo (COELHO et al., 2005) realizado com 245 hipertensos com o objetivo de relacionar a assiduidade às consultas médicas ao controle pressórico encontrou associação positiva, mas com taxas menores de controle da PA entre os pacientes assíduos (30%), quando comparadas aos nossos achados (56,1%); entre os não assíduos, a diferença foi ainda maior: 8% de controle da PA, frente a 40,8% de nosso estudo.

Caro et al. (1999) também relataram a associação entre frequência às consultas médicas e maior adesão ao tratamento da HAS. No entanto há controvérsias quanto a importância da frequência de consultas na adesão e controle da PA.

Outros autores (CHAPMAN et al., 2005; STRELEC; PIERIN; MION JR., 2003) mostraram que a maior frequência de consultas não teve impacto na adesão ao tratamento ou no controle clínico. Alguns pesquisadores sugerem que estes resultados controversos podem indicar uma limitação da variável de estudo pelo fato da qualidade das consultas ser mais importante do que a frequência de comparecimento ao atendimento (STRELEC; PIERIN; MION JR., 2003).

Encontramos que a baixa renda (< 1 salário mínimo/per capita) apresenta associação de proteção ao não controle da PA. Entretanto, o não controle da PA não

apresentou associação estatística com a classe econômica, que engloba bens materiais, condições de moradia e grau de instrução (ABEP, 2014). As informações sobre status socioeconômico são mais facilmente relatadas pelos indivíduos do que a renda, podendo este fato apresentar um viés deste trabalho.

Observamos ainda que os hipertensos com tempo de diagnóstico inferior a cinco anos apresentaram proteção para o não controle da PA 0,55 vezes maior do que aqueles com maior tempo de conhecimento da condição de hipertenso. O período mais prolongado de diagnóstico da HAS, geralmente presente em pessoas de maior idade, pode favorecer o aparecimento de complicações e comorbidades, dificultando assim o controle da PA.

O consumo de álcool parece estar associado ao não controle da PA. Em nosso estudo, usuários que consomem álcool acima dos valores recomendados apresentaram risco de não controle dos índices tensionais 2,12 vezes maior do que os hipertensos que não ingerem bebida alcoólica. O receio de misturar medicamento e bebida alcoólica foi uma das principais respostas relatadas num estudo transversal com 401 pacientes em diferentes centros do Estado da Bahia que analisou as razões que levavam os pacientes a não adesão do tratamento para HAS (ANDRADE et al., 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população do município de Sacramento é predominantemente do sexo feminino, jovem, de baixa escolaridade e, de acordo com a condição socioeconômica, pertencente à classe média. Quando comparamos a população urbana e rural, encontramos maior número de mulheres, idosos, indivíduos com melhor escolaridade e renda, consumidores de alimentos industrializados/embutidos/enlatados, obesos e estressados na área urbana. Aqueles que utilizam o SUS como porta de entrada ao serviço de saúde, que configura a grande maioria em ambas as áreas, relatam maior dificuldade de acesso, procuram menos a assistência médica e comparecem às consultas menos de uma vez ao ano.

Os índices de prevalência da HAS, não adesão, abandono do tratamento medicamentoso e não controle da PA se encontram dentro dos limites percentuais descritos por outros estudos nacionais, apesar da heterogeneidade de resultados apresentados por diferentes autores. Somente o nível de conhecimento da condição de hipertenso foi inferior aos exibidos por demais pesquisas conduzidas no Brasil. É preciso considerar que a diversidade dos métodos e tamanhos amostrais limita a comparabilidade dos resultados obtidos.

Os índices das variáveis dependentes estudadas mostraram-se elevados, prenunciando problemas de saúde pública para o município. Além da alta prevalência de HAS, observou-se que mais da metade dos hipertensos que conhecem sua condição de doente não aderem ao tratamento medicamentoso e aproximadamente 50% dos indivíduos em tratamento não apresentam a PA controlada.

Diante da proposta da ESF de atuar na promoção e prevenção dos agravos em saúde nas dimensões individual, grupal e comunitária e, especificamente no caso da HAS, evitar lesões de órgãos alvos e melhorar a qualidade de vida dos hipertensos, os dados de nossa pesquisa revelam resultados insatisfatórios e colocam em questão a qualidade da atenção prestada por este serviço, uma vez que quase a totalidade da população do município investigado é coberta pelo Programa.

Comparando as populações urbana e rural em relação às variáveis analisadas, constatamos que a prevalência de HAS e abandono do tratamento

medicamentoso foram semelhantes em ambas as áreas e a não adesão ao tratamento medicamentoso e o não controle da PA foram discretamente maiores na área urbana. Portanto, o fato de residir em área urbana ou rural não exerceu influência sobre nenhuma das variáveis dependentes avaliadas em nosso estudo, apesar de as populações das duas áreas mostrarem algumas características socioeconômicas, hábitos de vida e acesso aos serviços de saúde diferentes entre si.

Os fatores que apresentaram associação estatisticamente significativa com a ocorrência de HAS foram: idade igual ou superior a 40 anos, baixa escolaridade, não inserção no mercado de trabalho, obesidade e histórico familiar de hipertensão. Ao desconhecimento da condição de hipertenso relaciona-se somente a baixa escolaridade. À não adesão ao tratamento medicamentoso estão associados: ausência de vínculo empregatício, sedentarismo, utilização do saleiro à mesa, consumo de alimentos industrializados/enlatados e não comparecimento à consulta médica anualmente. Já ao abandono do tratamento medicamentoso relacionam-se: sexo masculino, idade até 39 anos, baixa renda per capita, tabagismo, consumo de alimentos industrializados/enlatados, presença de estresse, ausência de obesidade, não residir com companheiro (a), longo tempo sem medir a PA e visita infrequente ao médico. E com o não controle da PA, as variáveis que apresentaram associação foram: renda per capita maior que um salário mínimo, etilismo, tempo de diagnóstico de HAS superior a cinco anos, nunca comparecer ao atendimento ou realizar menos de uma consulta médica/ano e dificuldade em seguir a prescrição terapêutica.

Portanto, faz-se necessário que sejam implementadas ações com o objetivo de reduzir a prevalência da HAS, ampliar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e melhorar o controle da PA. Tais medidas representam um desafio para as equipes da ESF.

Esperamos que os resultados de nosso estudo possam subsidiar o planejamento de estratégias que diminuam as barreiras socioeconômicas (ampliação das condições de trabalho, renda, escolaridade/educação), melhorem o acesso aos serviços de saúde, bem como auxiliem na identificação de grupos de risco no município de Sacramento ou em outras populações com características semelhantes.

Recomenda-se combinar tais estratégias com abordagens individuais (consultas médica e enfermagem, visitas domiciliares) ou coletivas (educação em

saúde, incentivo à atividade física, combate ao tabagismo e etilismo, orientação alimentar, campanhas de detecção da HAS) envolvendo toda a equipe num contexto de democratização da gestão. Assim, sugerimos a integralização das secretarias do município (secretaria municipal de assistência social e desenvolvimento humano, esportes, saúde, educação, dentre outras) no desenvolvimento de ações e projetos que envolvam a promoção da saúde e detecção precoce e prevenção de agravos e monitoramento regular da não adesão ao tratamento. Isso diminuiria os elevados custos gastos com hospitalizações, afastamentos e aposentadorias da parcela economicamente ativa ocasionados por lesões em órgãos alvos e sobretudo, poderia promover a melhoria da qualidade de vida da população hipertensa.

REFERÊNCIAS

AKDEMIR, N. Vascular system diseases and nursing care. In: AKDEMIR, N.; BIROL, L. (Eds.). **Internal diseases and nursing care**. Ankara: Sistem Ofset, 2004. p. 465-82.

AMADO, E. G.; PUJOL, R. E.; PACHECO, H. V.; BORRAS, J. M.; ADIEHTA GROUP. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. **Gac. Sanit.**, Barcelona, v. 25, n. 1, p. 62-7, 2011.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Heart Disease and Stroke Statistics -2008 Update**. A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. 2014. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/site/subscriptions/index.xhtml>>. Acesso em: 6 fev. 2014.

ANDRADE, J. P.; VILAS-BOAS, F.; CHAGAS, H.; ANDRADE, M. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 375-84, 2002.

ARAÚJO, G. B.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletr. Enferm.**, Goiânia, v. 8, p. 259-72, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2014. Disponível em: <<http://www.abep.org/new/codigosConduas.aspx>>. Acesso em: 1 fev. 2014.

BALIEIRO, H. M.; OSUGUE, R. K.; RANGEL, S. P.; BRANDÃO, R.; BALIEIRO, T. L.; BERNARDEZ, S.; MESQUITA, E. T. Perfil clínico-demográfico e indicadores de qualidade da insuficiência cardíaca em uma área rural. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 6, p. 687-91, 2009.

BANSAL, S. K.; SAXENA, V.; KANDPAL, S. D.; GRAY, W. K.; WALKER, R. W.; GOEL, D. The prevalence of hypertension and hypertension risk factors in a rural Indian community: A prospective door-to-door study. **J. Cardiovasc. Dis. Res.**, Winston-Salem, v. 3, n. 2, p. 117-23, 2012.

BARBOSA, J. B.; SILVA, A. A. M.; SANTOS, A. M.; MONTEIRO JÚNIOR, F. C.; BARBOSA, M. M.; BARBOSA, M. M.; FIGUEIREDO NETO, J. A.; SOARES, N. J. S.; NINA, V. J. S.; BARBOSA, J. N. Prevalência da hipertensão arterial em adultos

e fatores associados em São Luís – MA. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 4, p. 260-6, 2008.

BILIR, N.; ÇOL, M.; KUMBASAR, D. et al. **Monitor Program for Chronic Diseases at First Stage I-Hypertension**. Ankara: Onur Mutbaacilk Ltd. Sti. 2003. p. 21-35.

BLACK, J. M.; MATASSARIN-JACOBS, E. **Luckmann and Sorensen's medical-surgical nursing: a psychophysiologic approach**. 4th ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1993. p. 1267-83.

BORGES, H.P.; CRUZ, N.C.; MOURA, E.C. Associação entre Hipertensão Arterial e Excesso de Peso em Adultos, Belém, Pará, 2005. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 2, p. 110-118, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle da Hipertensão Arterial: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: CDCV/NUTES, 1993.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 06 de nov. 1996. Seção 1. P. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006a. (Série de Pactos pela Saúde, 7).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, 14).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Guia para Registro de Associações em Dose Fixa para o Tratamento da Hipertensão Arterial**. 1ª Edição. Brasília, DF. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL)**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações sobre saúde: mortalidade**. 2014a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>><http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 20 out. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Atenção básica e saúde da família: números**. 2014b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>><http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 25 fev. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Programa nacional de controle do tabagismo**. 2014c. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=introducao.htm>><http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=introducao.htm>>. Acesso em: 28 ago. 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Programa Saúde não tem preço**. 2014d. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/remedio-gratuito>><http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/remedio-gratuito>>. Acesso em: 01 set. 2014d.

BRASIL. Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal, 2010. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/consulta> . Acesso em: 05 mai. 2014e.

BURT, V.L.; CUTTLER, J.A.; HIGGINS, M.; HORAN, M.J.; LABARTHE, D.; WHELTON, P; BROWN C; ROCELLA, E.J. Trends in the prevalence, awareness and control of hypertension in the adult US population: data from the health examination surveys, 1960 to 1991. **Hypertension**, Dallas, v. 26, p. 60-9, 1995.

BUSNELLO, R. G.; MELCHIOR, R.; FACCIN, C.; VETTORI, D.; PETTER, J.; MOREIRA, L. B.; FUCHS, F. D. Characteristics associated with the dropout of hypertensive patients followed up in an outpatient referral clinic. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 10, p. 352-4, 2001.

CARO, J. J.; SALAS, M.; SPECKMAN, J. L.; RAGGIO, G.; JACKON, J. D. Persistence with treatment for hypertension in actual practice. **CMAS**, Irvine , v. 160, p. 31-7, 1999.

CARTER, S.; TAYLOR, D.; LEVENSON, R. **A question of choice – compliance in medicine taking**: a preliminar review. London: Medicine Partnership, 2004.

CARVALHAES, M. A. B. L.; MOURA, E. C.; MONTEIRO, C. A. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 14-23, 2008.

CARVALHO, A. L. M.; LEOPOLDINO, R. W. D.; SILVA, J. E. G.; CUNHA, C. P. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1885-92, 2012.

CARVALHO, E. O.; ROCHA, E. F. Consumo alimentar de população adulta residente em área rural da cidade de Ibatiba (ES, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 179-85, 2011.

CASTRO, R. A. A.; MONCAU, J. E. C.; MARCOPITO, L. F. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga/MG. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 3, p. 334-9, 2007.

CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY. **The 2014 world factbook**. 2014. Disponível em: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/br.html>>. Acesso em: 25 fev. 2014.

CESARINO, C. B.; CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. V.; CIORLIA, L. A.; GODOY, M. R. P.; CORDEIRO, J. A.; RODRIGUES, I.C. Prevalence and sociodemographic factors in hypertensive Sao Jose do Rio Preto-SP. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 1, p. 31-5, 2008.

CHAPMAN, R. H.; BENNER, J. J.; PETRILLA, A. A.; TIERCE, J. C.; COLLINS, S. R.; BATTLEMAN, D. S.; SCHWARTZ, J.S. Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, v. 165, p. 1147-52, 2005.

CHOBANIAN, A. V.; BAKRIS, G. L.; BLACK, H. R.; CUSHMAN, W. C.; GREEN, L. A.; IZZO, J. L. JR.; JONES, D.W.; MATERSON, B.J.; OPARIL, S.; WRIGHT, J.T. JR.; ROCCELLA, E.J. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. **JAMA**, Chicago, v. 289, n. 19, p. 2560-72, 2003.

CHOR, D. Hipertensão arterial entre funcionários de Banco Estatal no Rio de Janeiro: hábitos de vida e tratamento. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 5, p. 653-60, 1998.

CHOW, C. K.; TEO, K. K.; RANGARAJAN, S.; ISLAM, S.; GUPTA, R.; AVEZUM, A.; BAHONAR, A.; CHIFAMBA, J.; DAGENAIS, G.; DIAZ, R.; KAZMI, K.; LANAS, F.; WEI, L.; LOPEZ-JARAMILLO, P.; FANGHONG, L.; ISMAIL, N.H.; PUOANE, T.; ROSENGREN, A.; SZUBA, A.; TEMIZHAN, A.; WIELGOSZ, A.; YUSUF, R.; YUSUFALI, A.; MCKEE, M.; LIU, L.; MONY, P.; YUSUF, S. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. **JAMA**, Chicago, v. 310, n. 9, p. 959-68, 2013.

CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. V.; CIORLIA, L. A. S.; GODOY, M. R. P.; CAÇÃO, J. C.; LOUREIRO, A. A. C. Hypertension prevalence and risk factors in a Brazilian urban population. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 94, n. 4, p. 519-26, 2010.

CLARK, M. J.; CURRAN, C.; NOJI, A. The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control. **Public Health Nurs.**, New York, v. 16, n. 6, p. 452-9, 2000.

COELHO, E. B.; MOYSÉS NETO, M.; PALHARES, R.; CARDOSO, M. C. M.; GELEILETE, T. J. M.; NOBRE, F. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 3, p. 157-61, 2005.

COLEMAN, A.; FREEMAN, P.; STEEL, S.; SHENNAN, A. Validation of the Omron 705IT (HEM- 59-E) oscillometric blood pressure monitoring device according to the British Hypertension Society protocol. **Blood Press. Monit.**, Farmington, v. 11, n. 1, p. 27-32, 2006.

CONEN, D.; GLYNN, R. J.; RIDKER, P. M.; BURING, J. E.; ALBERT, M. A. Socioeconomic status, blood pressure progression, and incident hypertension in a prospective cohort of female health professionals. **Eur. Heart J.**, Zurich, v. 30, p. 1378-84, 2009.

COSTA, J. S. D.; BARCELLOS, F. C.; SCLOWITZ, M. L.; SCLOWITZ, I. K. T.; CASTANHEIRA, M.; OLINTO, M. T. A.; MENEZES, A. M. B.; GIGANTE, D. P.; MACEDO, S.; FUCHS, S. C. 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.**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 1, p. 59-65, 2007.

DE OLIVEIRA, C. M.; PEREIRA, A. C.; DE ANDRADE, M.; SOLER, J. M.; KRIEGER, J. E. Heritability of cardiovascular risk factors in a Brazilian population: Baependi Heart Study. **BMC Med. Gen.**, London, v. 9, p. 32, 2008.

DEMONER, M. S.; RAMOS, E. R. P.; PEREIRA, E. R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 27-34, 2012.

DOSSE, C.; CESARINO, C. B.; VILELA MARTIN, J. F.; CASTEDO, M. C. A. Factors associated to patients' noncompliance with hypertension treatment. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 201-6, 2009.

DUARTE, M. T. C.; CYRINO, A. P.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; NEMES, M. I. B.; IYDA, M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2603-10, 2010.

EGAN, B. M.; ZHAO, Y.; AXON, R. N. U. S. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988–2008. **JAMA**, Chicago, v. 303, n. 20, p. 2043–50, 2010.

FERREIRA, R. A.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 815-26, 2014.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 782-7, 2010.

FOSSA, M. G. R.; FRANÇA, M. C. Uma avaliação dos critérios de classificação da população urbana e rural. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 2002, Ouro Preto. **Anais...** Ouro Preto, 2002. p. 1-11.

FREITAS, O. C.; CARVALHO, F. R.; NEVES, J. M.; VELUDO, P. K.; PARREIRA, R. S.; GONÇALVES, R. M.; LIMA, S.A.; BESTETTI, S.B. Prevalence of hypertension in urban population of Catanduva, SP. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 1, p. 9-15, 2001.

GORDIS, L. Conceptual and methodologic problems in measuring patient compliance. In: HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. (Eds.). **Compliance in health care**. 2nd ed. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1981. p.113.

GREZZANA, G. B.; STEIN, A. T.; PELLANDA, L. C. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 100, n. 4, p. 355-61, 2013.

GUS, I.; HARZHEIM, E.; ZASLAVSKY, C.; MEDINA, C.; GUS, M. Prevalence, awareness and control of hypertension in the state of Rio Grande do Sul. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 5, p. 424-8, 2004.

HAYNES, R. B. **Determinants of compliance**: the disease and the mechanics of treatment. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979.

HENDRIKS, M. E.; WIT, F. W. N. M.; ROOS, M. T. L.; BREWSTER, L. M.; AKANDE, T. M.; BEER, I.H.; MFINANGA, S.G.; KAHWA, A.M.; GATONGI, P.; ROOY, G.V.; JANSSENS, W.; JUDITH LAMMERS, J.; KRAMER, B.; BONFRER, I.; GAEB, E.; GAAG, J.V.D.; WIT, T.F.R.; JOEP M. A. LANGE, J.M.A.; SCHULTSZ, C. Hypertension in Sub-Saharan Africa: cross-sectional surveys in four rural and urban communities. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 7, n. 3, p. e32638, 2012.

HERSHEY, J. C.; MORTON, B. G.; DAVIS, J. B. Patient compliance with antihypertensive medication. **Am. J. Public Health**, Washington, v. 70, p. 1081-9, 1980.

I DIRETRIZ Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 84, p. 1-2, 2005. Suplemento 1.

IBATIBA, E. C.; ROCHA, E. F. Food consumption of the adult population living in the rural area of the city of Ibatiba (ES, Brazil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 179-85, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde -Versão 2**. 2006. Disponível em: <http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/cadastro-nacional-de-estabelecimentos-de-saude-cnes>. Acesso em: 20 out. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. 2014a. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315690&search=minas-gerais|sacramento>. Acesso em: 06 maio 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Mapa de Mercado de Trabalho**. 2014b. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/mapa_mercado_trabalho/nota_tecnicas.shtm. Acesso em: jul. 2014.

ISER, B. P. M.; CLARO, R. M.; MOURA, E. C.; MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico – Vigitel Brasil – 2009. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 90-102, 2011.

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.**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 4, p. 452-7, 2007.

KARAKURT, P.; KASIKÇI, M. Factors affecting medication adherence in patients with hypertension. **J. Vasc. Nurs.**, New York, v. 30, p. 118-26, 2012.

KEARNEY, P. M.; WHELTON, M.; REYNOLDS, K.; MUNTNER, P.; WHELTON, P. K.; HE, J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **Lancet**, London, v. 365, p. 217-23, 2005.

KRISTENSEN, T.S. Cardiovascular disease and Work environment: a critical review of the epidemiologic literature on chemical factors. **Scand J Work Environ Health**, Helsinki, v. 15, n. 245 -264, 1989.

LEE, J. Y.; KUSEK, J. W.; GREENE, P. G. Assessing medication adherence by pill count and electronic monitoring in the African American Study of Kidney Disease and Hypertension (AASK) Pilot Study. **Am. J. Hypertens.**, Oxford, v. 9, p. 719-25, 1996.

LEE, M. Y.; KIM, M. Y.; KIM, S. Y.; KIM, J. H.; KIM, B. H.; SHIN, J. Y.; YUN, J.H.; RYU, S.Y.; LEE, T.Y.; KOH, S.B.; CHUNG, C.H. Association between alcohol intake amount and prevalence of metabolic syndrome in Korean rural male population. **Diabetes Res. Clin. Pract.**, Oxford, v. 88, p. 196-202, 2010.

LESSA, I.; MAGALHÃES, L.; ARAÚJO, M. J.; ALMEIDA FILHO, N.; AQUINO, E.; OLIVEIRA, M. M. C. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 6, p. 747-56, 2006.

LESSA, I.; MENDONÇA, G. A.; TEIXEIRA, M. T. Non-communicable chronic diseases in Brazil: from risk factors to social impact. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, Washington, v. 120, p. 120-389, 1996.

LIA, H.; MENGA, Q.; SUNC, X.; SALTERB, A.; BRIGGS, N. E.; HILLERB, J. E. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural China: results from Shandong Province. **J. Hypertens.**, Milan, v. 28, p. 432-8, 2010.

LIBBY, P.; BRAUNWALD, E. **Braunwald's heart disease**: a textbook of cardiovascular medicine. 8th ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier, 2008.

LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 637-42, 2004.

LIU, H.; MILLER, L. G.; HAYS, R. D.; GILIN, C. E.; WU, T.; WENGER, N. S.; KAPLAN, A.H. Repeated measures longitudinal analyses of HIV virologic response as a function of percent adherence, dose timing, genotypic sensitivity and other factors. **J. AIDS**, Baltimore, v. 41, p. 315-22, 2006.

MALLION, J. M.; BAGUET, J. P.; SICHE, J. P.; TREMEL, F.; GAUDEMARIS, R. Compliance, electronic monitoring and antihypertensive drugs. **J. Hypertens. Suppl.**, Milan, v. 16, n. 1, p. S75-S79, 1998.

MALLION, J. M.; SCHMITT, D. Patient compliance in the treatment of arterial hypertension. **Blood Press**, Farmington, v. 11, n. 4, p. 253-4, 2002.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D.; SOUZA, M. F.; AVAKIAN, S. D.; ALDRIGHI, J. M.; CESAR, L. A.; RAMIRES, J. A. Trends in death from circulatory diseases in Brazil between 1979 and 1996. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 6, p. 497-510, 2001.

MARTIN, M. Y.; KOHLER, C.; KIM, Y.; KRATT, P.; SCHOENBERGER, Y. M.; LITAKER, M.S.; PRAYOR-PATTERSON, H.M.; CLARKE, S.J.; ANDREWS, S.; PISU, M. Taking less than prescribed: medication nonadherence and provider-patient relationships in lower-income, rural minority adults with hypertension. **J. Clin. Hypertens.**, Greenwich, v. 12, n. 9, p. 706-13, 2010.

MARTINS, M. S. A. S.; FERREIRA, M. G.; GUIMARÃES, L. V.; VIANNA, L. A. C. Hipertensão arterial e estilo de vida em Sinop, Município da Amazônia Legal. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 94, n. 5, p. 639-44, 2010.

MASCARENHAS, C. H. M.; OLIVEIRA, M. M. L.; SOUZA, M. S. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do Bairro Joaquim Romão – Jequié/BA. **Rev. Saúde.com.**, Itapetinga, v. 2, n. 1, p. 10-38, 2006.

MCDONALD, M. V.; PEZZIN, L. E.; PENG, T. R.; FELDMAN, P. H. Understanding the complexity of hypertensive African american home care patients: challenges to intervention. **Ethn. Dis.**, McDonough, v. 19, n. 2, p. 148-53, 2009.

MION JR., D.; PIERIN, A. M. G.; IGNEZ, E. C. Non-pharmacological treatment: low level of awareness in a developing country. **Am. J. Hypertens.**, Oxford, v. 9, n. 4 pt 2, p. 170A, 1996.

MION JR., D.; PIERIN, A. M. G.; BENSENOR, I. M.; MARIN, J. C. M.; COSTA, K. R. A.; HENRIQUE, L. F. O.; ALENCAR, N.P.; COUTO, R.C.; LAURENTI, T.E.; MACHADO, T.A.O. Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: prevalência referida por contato telefônico. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 99-106, 2010.

MONTEIRO, C. N.; FARIAS, R. E.; ALVES, M. J. M. Perfil de hipertensos em populações urbana e rural no estado de Minas Gerais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 1, p. 48-53, 2009.

MOREIRA, J. P. L.; MORAES, J. R.; LUIZ, R. R. Prevalence of self-reported hypertension in the urban and rural Brazil: a population-based study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 62-72, 2013.

MOTTA, P. G.; CARVALHO, G. G.; FAIOLI, M. A.; SANTOS, R. C. C.; ANDRADE, R. B. L.; VALADÃO, A. F.; SHERINGER-WALTHER, S. B. Medication adherence treatment of hypertension in the hiperdia Ipatinga and Timoteo, Minas Gerais. **Rev. UNINGÁ**, Maringá, n. 40, p. 91-103, 2014.

NADERI, S. H.; BESTWICK, J. P.; WALD, D. S. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. **Am. J. Med.**, Oxford, v. 125, p. 882–7, 2012.

NOBRE, F.; MION JR., D. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial. São Paulo: Leitura Médica, 2013.

NUNES FILHO, J. R.; DEBASTIANI, D.; NUNES, A. D.; PERES, K. G. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 5, p. 319-24, 2007.

OLIVEIRA, E. M. **Processo de apropriação da prática na construção do cuidado em saúde, sob a perspectiva de usuários do Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento/MG**. 2009. 160 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

OSHIRO, M. L.; CASTRO, L. L. C.; CYMROT, R. Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, Araraquara, v. 31, n. 1, p. 95-100, 2010.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Drug therapy: adherence to medication. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 353, n. 5, p. 487-97, 2005.

OUNPUU, S.; ANAND S.; YUSUF S. The impending global epidemic of cardiovascular disease. **Eur. Heart J.**, Zurich, v. 21, p. 880-3, 2000.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Health in the Americas**. Washington, DC, 2007.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. **Interface (Botucatu)**, v. 8, n. 15, p. 331-48, 2004.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 25, n. 6, p. 491-8, 2009.

PEREIRA, M. R.; COUTINHO, M. S. S. A.; FREITAS, P. F.; D'ORSI, E.; BERNARDI, A.; HASS, R. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2363-74, 2007.

PIERIN, A. M. G.; STRELEC, M. A. A. M.; MION JR., 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. p. 275-89.

PIMENTA, A. M.; KAC, G.; GAZZINELLI, A.; CORRÊA-OLIVEIRA, R.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Association between central obesity, triglycerides and hypertension in a rural area of Brazil. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 6, p. 419-25, 2008.

PRADO, J. C., JR.; KUPEK, E.; MION JR., D. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. **J. Hum. Hypertens.**, London, v. 21, n. 7, p. 579-84, 2007.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal, 2010**. 2014. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/consulta>>. Acesso em: 05 maio 2014.

RAND, C. S. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. **Am. J. Cardiol.**, Oxford, v. 72, p. 68D-74D, 1993.

RASELLA, D.; HARHAY, M. O.; PAMPONET, M. L.; AQUINO, R. A.; BARRETO, M. L. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a Nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ**, London, v. 348, p. g4014, 2014.

ROLNICK, S. J.; PAWLOSKE, P. A.; HEDBLUM, B. D.; ASCHE, S. E.; BRUZEK, R. J. Patient characteristics associated with medication adherence. **Clin. Med. Res.**, Marshfield, v. 11, n. 2, p. 54-65, 2013.

ROSAMOND, W.; FLEGAL, K.; FURIE, K.; GO, A.; GREENLUND, K.; HAASE, N.; HAILPERN, SM.; HO, M.; HOWARD, V.; KISSELA, B.; KITNER, S.; LLOYD-JONES, D.; MCDERMOTT, M.; MEIGS, J.; MOY, C.; NICHOL, G.; O'DONNELL, C.; ROGER, V.; SORLIE, P.; STEINBERGER, J.; THOM, T.; WILSON, M.; HONG, Y.; AMERICAN HEART ASSOCIATION STATISTICS COMMITTEE AND STROKE STATISTICS SUBCOMMITTEE. Heart disease and stroke statistics--2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. **Circulation**, Hagerstown, v. 117, p. e25-146, 2008.

ROSÁRIO, T. M.; SCALA, L. C. N.; FRANÇA, G. V. A.; PEREIRA, M. R. G.; JARDIM, P. C. B. V. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial

sistêmica em Nobres – MT. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 6, p. 672-8, 2009.

SALES, C. M.; TAMAKI, E. M. Adesão às medidas de controle da pressão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 157-63, 2007.

SAN, A. In: Sagliker Y, editor. Improvement of Patient Education and Public Consciousness of Hypertension. **Treatment of Hypertension in the Illird Millenium**. Adana: Akgun Matbaasi. 1999. p.47.

SANTA HELENA, E. T. **Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com hipertensão arterial em Unidades de Saúde da família em Blumenau-SC**. 2007. 101 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SANTA HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 764-7, 2008.

SANTA HELENA, E. T.; NEMES, M. I.; ELUF-NETO, J. Evaluation of care provided for people with arterial hypertension in family health strategy services. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 614-26, 2010.

SANTANA, H. S. **Compreensão da prática médica sob a perspectiva de usuários do Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento/MG**. 2009. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

SANTOS, J. C.; FLORÊNCIO, R. S.; OLIVEIRA, C. J.; MOREIRA, T. M. M. Adesão do idoso ao tratamento para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 343-53, 2012.

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. 335-53, 1998.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; MILL, J. G.; LOTUFO, P. A.; CHOR, D.; BARRETO, S. M.; AQUINO, E.M.L.; PASSOS, V.M.A.; MATOS, S.M.M.;

MOLINA, M.D.C.B.; CARVALHO, M.S.; BENSONOR, I.M. Cohort profile: longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). **Int. J. Epidemiol.**, Oxford, 2014. In press.

SACRAMENTO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Sacramento, 2013a.

SACRAMENTO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Setor Planejamento**. Sacramento, 2013b.

SACRAMENTO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Sacramento, 2014.

SILVA, D. A. S.; PETROSKI, E. D.; PERES, M. A. Pré-hipertensão e hipertensão em adultos de Florianópolis: estudo de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 988-98, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev. Bras. Hipertens.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 260-312, 2010.

SOCIEDADE EUROPEIA DE CARDIOLOGIA (ESC); SOCIEDADE EUROPEIA DE HIPERTENSÃO (ESH). **Guidelines para o tratamento da hipertensão arterial**. Milão, 2013.

SOUZA, A. R. A.; COSTA, A.; NAKAMURA, D.; MOCHETI, L. N.; STEVANATO FILHO, P. R.; OVANDO, L. A. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 4, p. 441-6, 2007.

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

TAVARES, D. M. S.; PAIVA, M. M.; DIAS, F. A.; DINIZ, M. A.; MARTINS, N. P. F. Socio-demographic characteristics and quality of life of elderly patients with hypertension who reside in rural areas: the importance of the role of nurses. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 1-8, 2013.

TORRITESI, P.; VENDRUSCULO, D. M. S. A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 49-55, 1998.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Access and use of health services in the elderly living in rural areas, Brazil, 1998 and 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 2490-502, 2007.

TRENTINI, M.; TOMASI, N.; POLAK, Y. Prática educativa na promoção da saúde com um grupo de pessoas hipertensas. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 19-24, 1996.

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.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 127-30, 1998.

TURAN, F.; GENCBAY, M.; SÖNMEZ, K. et al. **Hypertension diagnosis and treatment guide**. Ankara: Ministry of Health Publications, 1999.

VAUR, L.; VAISSE, B.; GENES, N. et al. Use of electronic pill boxes to assess risk of poor treatment compliance: results of a large-scale trial. **Am. J. Hypertens.**, Oxford, v. 12, p. 374-8, 1999.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; GAZZINELLI, A.; CÔRREA-OLIVEIRA, R.; PIMENTA, A. M.; KAC, G. Prevalence of metabolic syndrome in a rural area of Brazil. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 125, n. 3, p. 155-62, 2007.
VITOR, A. F.; MONTEIRO, F. P.; MORAIS, H. C.; VASCONCELOS, J. D.; LOPES, M. V.; ARAÚJO, T. L. Survey of the follow-therapeutic patients with hypertension. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 251-60, 2011.

WARBURTON, D. E.; NICOL, C. W.; BREDIN, S. S. Health benefits of physical activity: the evidence. **CMAJ**, Ottawa, v. 174, p. 801-9, 2006.

WILLIAMS, B. The year of hypertension. **J. Am. Coll. Cardiol.**, New York, v. 48, n. 8, p. 1698-711, 2006.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **BMI classification**. 2006. Disponível em: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>. Acesso em: 19 set. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Causes of death 2008**. Geneva, 2011. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf. Acesso em: 19 jul. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva, 2013a.

WRIGHT, E. C. Noncompliance – or how many aunts has Matilda? **Lancet**, London, v. 342, n. 8876, p. 909-13, 1993.

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.**, Utrecht, v. 12, n. 3, p. 243-9, 2005.

ZHANG, X.; YAO, S.; SUN, G.; YU, S.; SUN, Z.; ZHENG, L.; XU, C.; LI, J.; SUN, Y. Total and abdominal obesity among rural Chinese women and the association with hypertension. **Nutrition**, New York, v. 28, p. 46-52, 2012.

APÊNDICE A

PREFEITURA MUNICIPAL DE SACRAMENTO- MG
GOVERNO 2009-2012
SUPERINTENDÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, Elisangela Aparecida Felipe, brasileira, CPF: 190.238.498-92, Superintendente Municipal de Saúde de Sacramento – MG, declaro estar ciente e de acordo com a pesquisa que será realizada na Superintendência Municipal de Saúde pela autora e pesquisadora Patrícia Magnabosco, orientanda da Professora Doutora Maria Suely Nogueira, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, com o tema: Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na População Urbana e Rural de Sacramento – MG.

Declaro que tenho conhecimento sobre o projeto a ser desenvolvido e os procedimentos a serem realizados estando ciente que não afetarão o desenvolvimento das atividades normais da Superintendência.

Por ser verdade, firmo o presente:

Elisangela Aparecida Felipe
Superintendente Municipal de Saúde
Gestora do SUS Sacramento

1)- Dados Sócio-demográficos e econômicos			
1.1) Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino	1.2) Data de nascimento:/...../.....		
1.2) Status ocupacional*: ☐ empregado ☐ empregador ☐ autônomo ☐ aposentado ☐ auxílio-doença ☐ Desempregado			
1.3) Ocupação*: ☐ Forças armadas/policiais/bombeiros militares ☐ Membros superiores do poder público/Dirigentes de organização de interesse público/de empresas e gerentes ☐ Profissionais de ciência e das artes ☐ Técnico de nível médio ☐ Trabalhadores de serviços administrativos ☐ Trabalhadores dos serviços/vendedores do comércio em lojas e mercados.			
1.4) Profissão: ☐ Profissional liberal ☐ Serviço Braçal ☐ Dona de casa ☐ Empregada doméstica ☐ Empresário ☐ Agricultor ☐ Comerciante ☐ Outro			
1.5) Religião: ☐ Católica ☐ Espírita ☐ Protestante/evangélica ☐ Outra ☐ Não segue qualquer religião			
1.6) Situação familiar conjugal**: ☐ Convive com companheira(o) e filho(s) ☐ Convive com companheira(o) com laços conjugais e sem filho(s) ☐ Convive com companheira(o) com filho(s) e/ou outro(s) familiar(es) ☐ Convive com familiar(es) sem companheira(o) ☐ Convive com outra(s) pessoa(s) sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais ☐ Vive só ☐ Sem informação			
1.7) Cor da pele: ☐ Branca ☐ Não branca			
1.8) Escolaridade: ☐ Analfabeto ☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino fundamental completo ☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo ☐ Ensino superior incompleto ☐ Ensino superior completo			
1.9) Anos de estudos:anos.		1.10) Renda total da famíliasalários mínimos.	
1.11) Número de pessoas que residem na mesma casa: pessoas.			
1.12) Classe econômica***: ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 ☐ D ☐ E			
2) – Fatores de risco (Hábitos de vida)			
2.1) Fuma? ☐ Sim ☐ Não Se sim, idade começou a fumaranos. Tipo de fumo ☐ Papel ☐ Palha Quantidade de cig./diacigarros			
2.2) Ex-fumante? ☐ Sim ☐ Não Se sim, idade começou a fumaranos. Tipo de fumo ☐ Papel ☐ Palha Há quanto tempo parouanos Quantos cig/diacigarros.			
2.3) Faz uso de algum tipo de bebida alcoólica atualmente? ☐ Sim ☐ Não Se sim, Tipo de bebida: Freqüência vezes por semana Há quanto tempoanos Quantidademl Tipo de bebida: Freqüência vezes por semana Há quanto tempoanos Quantidademl Tipo de bebida: Freqüência vezes por semana Há quanto tempoanos Quantidademl			
2.4) Já fez uso de algum tipo de bebida alcoólica anteriormente? ☐ Sim ☐ Não Se sim, Tipo de bebida: Freqüência vezes por semana Por quanto tempo consumiuanos Há quanto tempo parouanos Quantidademl			

Tipo de bebida:	Frequência vezes por semana Há quanto tempo parouanos	Por quanto tempo consumiuanos Quantidademl
2.5) Uso do sal: Tem o hábito de levar o saleiro à mesa? ☐ Sim ☐ Não Tem o costume consumir salgados e/ou, conservas e/ou enlatados? ☐ Sim ☐ Não		
2.6) Atividade Física Faz exercícios físicos ? ☐ Sim ☐ Não Se sim, Qual tipo Frequênciavezes por semana Duraçãominutos Há quanto tempomeses Qual tipo Frequênciavezes por semana Duraçãominutos Há quanto tempomeses Qual tipo Frequênciavezes por semana Duraçãominutos Há quanto tempomeses		
2.7) Antecedentes familiares: Na família há ou houve casos de pressão alta? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe Se sim, Qual o parentesco? ☐ Pais ☐ Avós ☐ Tios ☐ Irmãos		
3) Conhecimento, Tratamento e Controle da Hipertensão:		
3.1) Você tem Pressão Alta? ☐ Sim ☐ Não Se sim, há quanto tempo?anos Faz uso de algum medicamento para hipertensão? ☐ Sim ☐ Não Como obtém o(s) medicamento(s): ☐ Todos pelo SUS ☐ Necessita compra-los ☐ SUS+compra. Tem alguma dificuldade para seguir a prescrição médica? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual o motivo: ☐ Fator econômico ☐ Efeitos colaterais ☐ Falta de conhecimento ☐ Esquece ☐ Outros		
3.2) Há quantos dias foi sua última que mediu a PA?dias.		
3.3) Com que frequência você mede a pressão arterial?vezes ao ano.		
4) Co-morbidades		
☐ Diabetes ☐ Insuficiência renal ☐ Infarto Agudo do miocárdio ☐ Insuficiência Cardíaca Congestiva ☐ Acidente Vascular Encefálico ☐ Insuficiência Coronariana Obstrutiva ☐ Angina ☐ Depressão ☐ Doença Vascular Periférica ☐ Dislipidemia		
5) Acesso ao serviço de saúde		
5.1) Com que frequência procura o serviço de saúde?vezes por ano. 5.2) Qual o tipo de serviço: ☐ SUS ☐ Convênio ☐ Particular. 5.3) Qual motivo pelo qual procura o serviço de saúde: ☐ Somente em urgências ☐ Consultas de rotina ☐ Obter medicamentos. 5.4) Tem alguma dificuldade de acesso ao serviço de saúde? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? ☐ Distância ☐ Falta vagas ☐ Dificuldade de locomoção (limitações físicas) ☐ Outras.		
6) Medidas antropométricas / Medida Pressão arterial:		
Peso.....Kg	Altura.....cm	Circunferência Abdominalcm
Circunferência Braquial.....cm		
PAS 1.....	PAD 1.....	PAS 2..... PAD 2..... PAS 3..... PAD 3.....

*Ministério do Trabalho e Emprego – Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Brasília 3ª Edição, 2010. **IBGE.Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Versão 2 Atualizado em outubro de 2006. *** ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa ,2010.

APÊNDICE C**AUTORIZAÇÃO**

Eu **Ernani Tiaraju de Santa Helena** autorizo Patrícia Magnabosco (aluna de pós-graduação nível doutorado do Programa Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo) utilizar o instrumento de minha autoria que trata-se de um questionário de avaliação de adesão ao tratamento farmacológico de hipertensão arterial, denominado "Questionário de Adesão a Medicamentos - Qualiaids" (QAM-Q). O questionário, desenvolvido para abordar o ato (se o indivíduo toma e o quanto toma de seus medicamentos), o processo (como ele toma o medicamento no período de sete dias, se pula doses, se toma de modo errático, se faz "feriados"), e o resultado de aderir (no caso, se sua pressão estava controlada), foi publicado na Revista de Saúde Pública vol.42 no.4, São Paulo Aug. 2008 juntamente com os autores Maria Ines Battistella Nemes e José Eluf-Neto.

Blumenau, 01 de outubro de 2012

Ernani Tiaraju de Santa Helena

ANEXO A

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

PROJETO DE PESQUISA

Título: Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na População Urbana e Rural de Sacramento-MG.

Área Temática:

Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 04585212.0.0000.5393

Pesquisador: Patricia Magnabosco

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 115.423

Data da Relatoria: 17/10/2012

Apresentação do Projeto:

Sem alterações

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos "riscos" foi elaborado nova descrição apontando preservação de identidade dos sujeitos e menciona sobre incômodo que pode ser gerado pelo manguito apertar o braço durante aferição da Pressão Arterial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Incluiu possíveis riscos e alteração do uso de instrumento coleta de dados. Substituindo o uso do instrumento avaliação de adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial pelo uso do Questionário de Adesão a Medicamentos "Qualiaids" (QAM-Q).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Modificou TCLE conforme sugestões do Parecer anterior. Incluiu autorização para uso de instrumento Questionário de Adesão a Medicamentos "Qualiaids" (QAM-Q)

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: 1636-0233

Fax: 1636-0205

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatado parecer do colegiado.

RIBEIRÃO PRETO, 04 de Outubro de 2012

Assinado por:
Lucila Castanheira Nascimento
(Coordenador)

ANEXO B

Este instrumento destina-se a avaliar a presença de sinais de estresse. Por favor, assinale na escala abaixo a face que representa o quanto você se considera estressado em relação aos acontecimentos de sua vida no último mês.

Figura 5 - Escala analógica visual de faces

Fonte: McGRATH (1990)

- As [Figuras de A à D](#) representam variações de estímulos positivos, caracterizando que o indivíduo não se percebe estressado;
- A [Figura E](#) é o ponto neutro da escala;
- As [Figuras de F à I](#) vão representar uma amplitude de variação negativa referente a diferentes graus de intensidade de estresse;
- A [Figura F](#) indica que o estresse está presente, mas poderá ser facilmente ignorada pelo indivíduo.
- A [Figura G](#) indica o estresse está presente, com uma certa intensidade, que não pode ser ignorada pelo indivíduo, mas que ainda não interfere no seu comportamento.
- A [Figura H](#) indica estresse presente, não pode ser ignorada pelo indivíduo, interferindo no seu comportamento.
- A [Figura I](#) indica estresse presente, em maior grau de intensidade, requerendo uma maior intervenção da equipe, devendo ser observados os aspectos físicos e psicológicos com intervenções específicas e técnicas

Fonte: TORRITESI, Patrícia and VENDRUSCULO, Dulce Maria Silva. A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 1998, vol.6, n.4, pp. 49-55. ISSN 0104-1169. Adaptado de McGrath (1990)

ANEXO C

QUESTIONÁRIO QAM-Q

Gostaria agora que o(a) Sr(a) procurasse se lembrar das coisas que fez na última semana. (os últimos sete dias).

Dar um tempo.....

Poderia falar um pouco das coisas que fez nestes últimos sete dias (recebeu visitas, igreja, saiu, pagamento, consulta, almoços, confraternização, etc...*(Dar opções se o entrevistado disser coisas gerais do tipo "foi normal...")*)

Agora vamos falar sobre os remédios que o(a) Sr(a). toma para pressão alta. Nós sabemos que as pessoas tomam muitos remédios e que às vezes é difícil tomar tudo direito. Às vezes a gente esquece, se atrapalha ou tem outras coisas para fazer e quando vê não tomou o remédio. Ou quanto toma, não toma na hora certa. Eu gostaria de saber como o(a) Sr(a). tomou seus remédios nestes últimos sete dias.

MEDICAMENTO 1

Lembre-se: somente remédios para pressão alta!!!!

Vamos falar agora sobre este remédio *(dar o nome e pegar a caixa ou blister)*.

Medicamento: _____

Dose: _____

Posologia : _____

Preencha o quadro com as respostas das duas perguntas abaixo

1. Nos últimos 7 dias, quais dias da semana o(a) Sr(a). não tomou ou tomou a mais pelo menos 1 comprimido deste remédio? Tomou corretamente ()
(Assinale com um "X" sobre os dias da semana no quadro abaixo)

2. Nestes dias, quantos comprimidos o(a) Sr(a). deixou de tomar ou tomou a mais? Não se aplica ()

(No quadro abaixo, marque o sinal de "+" ou "-" e o número de comprimidos nos horários dos dias assinalados)

	Segunda ()	Terça ()	Quarta ()	Quinta ()	Sexta ()	Sábado ()	Domingo ()	Codigo
Manha								Ndianad
Tarde								Nhornad
Noite								Ncpnad

3.Como estava sua pressão a última vez que o(a) Sr(a) mediu?

1. Normal
2. Alterada
3. Não sei/não lembro

- () troca horário – toma a dose correta mas fora do horário
- () feriado- não toma qq medicamento em um dos sete dias
- () tomada errática – deixa de tomar medicamentos em dias e horários variados
- () Meia adesão – toma corretamente um medicamento e outro de maneira incorreta
- () troca doses – aumenta e diminui quantidades de medicamentos e entre medicamentos
- () abandono parcial – deixa de tomar um ou mais medicamentos
- () abandono – não tomou nenhuma dose de nenhum medicamento.