UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

STAEL SILVANA BAGNO ELEUTÉRIO DA SILVA

EFEITOS DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NO CONTROLE DE HIPERTENSOS ACOMPANHADOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NA REGIÃO OESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SÃO PAULO
2008

STAEL SILVANA BAGNO ELEUTÉRIO DA SILVA

EFEITOS DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NO CONTROLE DE HIPERTENSOS ACOMPANHADOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NA REGIÃO OESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Programa Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora:
Profª. Drª. Angela Maria Geraldo Pierin

SÃO PAULO
2008

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Stael Silvana Bagno Eleutério da
Efeitos de intervenções educativas no controle de hipertensos acompanhados em Unidades Básicas de Saúde na região oeste do município de São Paulo. / Stael Silvana Bagno Eleutério da Silva. – São Paulo, 2008.
181 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profª Drª Angela Maria Geraldo Pierin

1. Hipertensão (controle; enfermagem) I. Título

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Stael Silvana Bagno Eleutério da Silva

Título: Efeitos de intervenções educativas no controle de hipertensos acompanhados em unidades básicas de saúde na região oeste do Município de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____ / ____ /_____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Dedicatória

*Ao meu amigo **Jesus Cristo** pela bênção da vida, saúde, da presença do Espírito Santo e do cuidado de seus Anjos nas minhas "quase" intermináveis viagens.*

*Ao meu amado esposo **Sérgio** pela paciência e pelo amor demonstrado em atitudes e palavras durante os longos períodos em que fiquei ausente da nossa casa.*

*À minha filha **Leilane** pela valiosa ajuda na coleta de dados, pelas palavras de ânimo e pelo amável cuidado sempre presente.*

*Ao meu filho **Gustavo** pela torcida, incentivo e orgulho demonstrados com a minha conquista.*

*À minha sábia mãezinha **Cira** pelas orações, cuidados preciosos para comigo e, sobretudo, por cuidar do meu marido, na minha ausência, com tanto zelo e carinho.*

Agradecimentos

*A **Deus**, por ter me dado forças, ânimo e coragem para prosseguir, apesar das muitas dificuldades encontradas no caminho;*

*A **minha família,** alicerce firme sem o qual não realizaria meus sonhos;*

*À **Profa. Angela Pierin**, pela orientação preciosa, pela competência, paciência e pela oportunidade a mim concedida de, por seu intermédio, conhecer o Acre. A você meu respeito, admiração e carinho;*

*À minha "parceira" de projeto, **Flávia Cortez** por dividir comigo os bons e maus momentos vividos nesse período;*

*Aos queridos alunos **Juliano, Elaine, Talita e Gabi** pela ajuda essencial em todo o tempo do desenvolvimento desse projeto;*

*À amiga **Luciane Cavagioni** pelo apoio e auxílio quando precisei;*

*A **Dra Josiane Gusmão** pela ajuda mais que valiosa prestada no final da pesquisa;*

*Às amigas **Cláudia Laranjeira** e **Ivanilde Rocha** por me apresentarem às pessoas certas no momento certo;*

*À **Júlia Fukushima** pela paciência e dedicação na análise dos dados;*

*À **Silvana, Dayse, Shieko, Marisa, Beth e Dorinha** pela atenção e carinho demonstrados a mim sempre ;*

*À colega e enfermeira **Flávia Rodrigues** pela ajuda na caminhada inicial desse trabalho;*

*Aos **Profissionais da equipe de enfermagem** das Unidades Básicas de Saúde pesquisadas por participarem do estudo;*

*Aos **Pacientes** que se dispuseram a fazer parte da pesquisa e que se tornaram mais que apenas dados estatísticos para mim;*

*Aos colegas e amigos da **Escola de Minas** em **Itapeva (SP)** pela torcida e pelo incentivo;*

*Aos queridos **irmãos em Cristo da Igreja Adventista do Sétimo Dia de Itapeva** pelas orações e pelas mensagens carinhosas enviadas a mim durante minha ausência.*

"Senhor, ajuda-me a fazer o melhor que possa. Ensina-me a fazer melhor meu trabalho. Dá-me energia e ânimo. Faze que eu manifeste no meu serviço o amoroso serviço do Salvador".

Ellen Gold White

SILVA, SSBE. Efeitos de intervenções educativas no controle de hipertensos acompanhados em unidades básicas de saúde na região oeste do Município de São Paulo [dissertação]. São Paulo (SP): - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP); 2008.

RESUMO

Introdução: o controle da hipertensão é pouco satisfatório e medidas devem ser implementadas para aumentá-lo. Realizou-se um estudo para avaliar o controle da hipertensão após intervenções educativas junto a hipertensos e equipe de enfermagem em duas unidades básicas de saúde.

Casuística e Métodos: foram estudados com 55 membros da equipe de enfermagem e 290 hipertensos, separados em dois grupos: grupo I, que recebeu intervenções educativas e grupo II que seguiu a rotina normal da unidade. Os dados biossocial-econômicos, as avaliações antropométricas e medida da pressão arterial foram coletados. Foram realizadas entrevista e três medidas de pressão arterial com aparelho automático validado, manguito adequado e na posição sentada. A adesão ao tratamento foi avaliada pela presença de fatores dificultadores e Teste de *Morisky e Green*. Para ingestão de bebida alcoólica usou-se o *Alcohol Use Disorders Identification* – AUDIT, presença de transtornos mentais comuns pelo *Self Report Questionnaire* – SRQ-20 e apoio social pela escala de Apoio Social. As análises univariada e multivariada foram realizadas com nível de significância de $p<0,05$. Os membros da equipe de enfermagem foram avaliados no conhecimento sobre hipertensão antes e após processo educativo.

Resultados: o conhecimento dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem elevou-se após processo educativo (84,6±12,0% *vs* 92,7±15,0%, $p<0,05$) e para agentes comunitários de saúde não houve mudança significante (80,8±12,2% *vs* 83,5±24,0%). Os hipertensos estudados tinham idade maior que 60 anos (54,8%), sexo feminino (62,1%), etnia branca (54,5%), primeiro grau (56,9%), autônomos (42,5%) e renda de um a três salários mínimos (52,7%). A maioria não referiu tabagismo (60,6%) nem etilismo (64,3%). A adesão ao tratamento avaliada pelo Teste Morisky e Green mostrou que 64,75% dos hipertensos do grupo I e 72,7% do grupo II não eram aderentes ao tratamento. Na avaliação pelos fatores que interferem ao tratamento, 77,3% do grupo I e 67,8% para o grupo II eram aderentes ao tratamento. Houve presença de transtornos mentais comuns em 40,0% dos hipertensos do grupo I e 43% do grupo II. A Escala de apoio Social revelou valores das médias do total da escala, bem como de seus diferentes domínios bem próximas entre os dois grupos de hipertensos estudados e alto valor de apoio social (76,1±17,9 grupo I e 76,9±14,0 grupo II). O controle da pressão arterial antes e após intervenção educativa foi, respectivamente, para o grupo I: 46,5% e 63,2% ($p<0,05$). e grupo II: 33,6% e 56,8% ($p<0,05$) e o controle foi mais elevado nos hipertensos do grupo I. Com relação ao controle da pressão, houve diferença estatisticamente significante ($p<0,05$) nas variáveis: sexo, predomínio de mulheres mais controladas que homens (66,7% *vs* 33,3%), etnia, brancos mais controlados que não brancos (62,3% *vs* 37,7%), os que tinham escolaridade de ensino fundamental/ médio mais controlados que os analfabetos (64,0% *vs* 47,1%) e nunca beberam (70,4% *vs* 28,6%). Os que possuíam renda < três salários apresentaram-se menos controlados (73,5% *vs* 26,5%) e os que não praticavam atividades físicas regularmente (75,0 *vs* 25,0%).. A análise de regressão logística indicou associação do controle da pressão para (OR *Odds ratio*, IC intervalo de confiança a 95%): **1)** etnia, ($p=0,030$, OR=1,939, IC 1,064-3,533), **2)** renda familiar ($p=0,020$, OR=0,447, IC 0,227-0,881) e **3)** ingestão de bebida alcoólica ($p=0,001$, OR=3,206, IC 1,573-6,536).

Conclusão: O processo educativo influenciou no maior controle da pressão dos pacientes e melhorou o conhecimento dos profissionais da equipe de enfermagem.

Palavras chave: Hipertensão, Controle, Enfermagem.

SILVA, SSBE. Effects of educational interventions in the control of hypertensive patients accompanied in basic units of health in the area west of the municipal district of São Paulo [dissertation - Master Degree]. São Paulo (SP): Nursing School, University of São Paulo (USP); 2008.

ABSTRACT

Introduction: The control of the hypertension is little satisfactory and measures should be implemented to increase it. It took place study to evaluate the control of the hypertension close to after educational interventions hypertensions and nursing team in two basic units of health.

Populations and Methods: They were studied with 55 members of the nursing team and 290 hypertensive patients, separate in two groups: group I, that received educational interventions and group II that it followed the normal routine of the unit. Bio-partner-economical data were collected; evaluations anthropometrics and measure of the blood pressure. Made interview and three blood pressure measures with validated automatic device, appropriate cuff and in a sitting position . The compliance to the treatment was evaluated by the presence of factors difficults and Morisky and Green Test. For ingestion of alcoholic drink Alcohol was used Uses Disorders Identification - AUDIT, presence of common mental upset for *Self Report Questionnaire* - SRQ-20 and social support for the scale of Social Support. It took place analysis univaried and multivariate with level of significance of $p < 0.05$. The members of the nursing team were before appraised in the knowledge on hypertension and after educational process.

Results: The nurses' knowledge, technicians and nursing auxiliaries rose after educational process (84.6±12.0% *vs*. 92.7±15.0%, $p < 0.05$) and for community agents of health there was not significant change (80.8±12.2% *vs*. 835±24.0%). The studied hypertensive patients had larger age than 60 years (54.8%), female (62.1%), white ethnic (54.5%), first degree (56.9%), autonomous (42.5%) and income from 1 to 3 minimum wages (52.7%). most didn't refer tobacco (60.6%) and neither alcohol intake (64.3%). The compliance to the treatment evaluated by the Morisky and Green Test showed that 64.75% of the hypertensive of the group I and 72.7% of the group II were not adherent to the treatment. In the evaluation for the factors that interfere to the treatment 77.3% of the group I and 67.8% for of the group II they were adherent to the treatment. There was presence of common mental upset in 40.0% of the hypertensions of the group I and 43% of the group II. The Scale of Social support revealed values of the averages of the total of the scale, as well as of their different domains very close between the two groups of studied hypertensive patients and high value of social support (76.1±17.9 group I and 76.9±14.0 group II). The control of the blood pressure before and after educational intervention it was, respectively, for the group I: 46.5% and 63.2% ($p < 0.05$). and group II: 33.6% and 56.8% ($p < 0.05$) and the control was higher for the hypertensive patients of the group I. In a relation to the control of the pressure, there was difference significant statistically ($p < 0,05$) in the variables: sex, women's prevalence more controlled that men (66.7% *vs.* 33.3%), ethnic, white more controlled that no white (62.3% *vs*. 37.7%), the ones that had education of teaching high school and junior high school more controlled that the illiterates (64.0% *vs*. 47.1%) and they never drank (70.4% *vs.* 28.6%). The ones that possessed income <3 wages came less controlled (73.5% *vs*. 26.5%) and the ones that didn't practice physical activities regularly (75.0 *vs.* 25.0%). The analysis of regression logistics indicated association of the control of the pressure for (OR Odds ratio, CI confidence interval to 95%): 1) ethnic, ($p=0.030$, OR=1.939, CI 1.064-3.533), 2) family income ($p=0.020$, OR=0.447, CI 0.227-0.881) and 3) ingestion of alcoholic drink ($p=0.001$, OR=3.206, CI 1.573-6.536).

Conclusion: The educational process influenced in the largest control of the patients' pressure and it improved the professionals' of the nursing team knowledge.

Key Words: Hypertension, Control, Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14
1.1 Hipertensão Arterial no mundo 14
1.2 Hipertensão Arterial no Brasil 16
1.3 O controle da Hipertensão e a adesão ao tratamento 18
1.4 O papel da equipe de enfermagem no controle da Hipertensão e na adesão do paciente ao tratamento. 24
1.5 O Projeto FAPESP Fase I 37

2 OBJETIVOS 40
2.1 Geral 40
2.2 Específicos 40

3 CASUÍSTICA E MÉTODO 42
3.1 Tipo da Pesquisa 42
3.2 Local do Estudo 42
3.2.1 Unidade Básica de Saúde da Vila Dalva 42
3.2.2 Unidade Básica de Saúde do Jardim Boa Vista 43
3.3 Populações do Estudo 44
3.3.1 Casuística dos profissionais da equipe de enfermagem 44
3.3.1.1 Critérios de inclusão 45
3.3.1.2 Critérios de exclusão 46
3.3.2 Casuística 46
3.3.2.1 Critérios de inclusão 47
3.3.2.2 Critérios de exclusão 47
3.4 Instrumentos para a coleta dos dados 48
3.4.1 Com os profissionais da equipe de enfermagem 48
3.4.2 Com os hipertensos 49
3.5 Operacionalização da coleta de dados 54
3.5.1 Com os profissionais da equipe de enfermagem 54
3.5.2 Com os hipertensos 56

4 ANÁLISE DOS DADOS 64

5 RESULTADOS 66
5.1 Primeira Parte 66
5.2 Segunda Parte 72
5.3 Terceira Parte 101

6 DISCUSSÃO 107
6.1. Sobre a equipe de enfermagem 107
6.2 Sobre os hipertensos 113

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 130

8 CONCLUSÃO 134

REFERÊNCIAS 139

APÊNDICES 149

ANEXOS 172

LISTA DE ILUSTRAÇOES

Quadro 1 - Equipes de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde. 45

Quadro 2 - Índice de Massa Corporal (IMC)..... 59

Figura 1 - Interrupção e falta às consultas dos hipertensos que participaram (grupo I) e não participaram das intervenções educativas (grupo II). 78

Figura 2 - Pressão arterial dos hipertensos (grupo I) antes e após intervenções educativas. São Paulo, 2008..... 80

Figura 3 - Controle da pressão arterial dos hipertensos participantes (grupo I) e não participantes (grupo II) no ínício e final das intervenções educativas 83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características biossócio-econômicas da equipe de enfermagem que participou das avaliações pré e pós-intervenções educativas nas duas Unidades Básicas de Saúde (UBS). São Paulo, 2008. 67

Tabela 2 - Conhecimento sobre hipertensão arterial e tratamento, dos Agentes Comunitários de Saúde (Categoria 1), Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem (Categoria 2). São Paulo, 2008. 68

Tabela 3 - Porcentual de acerto dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares (Categoria 2) nas questões específicas sobre hipertensão e medida da pressão antes e após o processo educativo. São Paulo, 2008. 69

Tabela 4 - Comparação da média de acertos dos Agentes Comunitários de Saúde (Categoria 1) e dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (Categoria 2) nas avaliações anteriores e posteriores ao processo educativo nas questões pertinentes a estas categorias. São Paulo, 2008. 71

Tabela 5 - Características biossócio-econômicas e hábitos de vida dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas. São Paulo, 2008. 73

Tabela 6 - Características do diagnóstico da hipertensão arterial dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas. São Paulo, 2008. 75

Tabela 7 - Antecedentes familiares, para doenças cardiovasculares, e pessoais dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas . São Paulo, 2008. 76

Tabela 8 - Crenças e conhecimentos dos hipertensos sobre a doença nos grupos participantes (grupo I) e não participantes (grupo II) das intervenções educativas. São Paulo, 2008. 77

Tabela 9 - Atitudes dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas frente ao tratamento, interrupção do tratamento e motivos referidos para a interrupção. São Paulo, 2008. 78

Tabela 10 - Falta às consultas e motivos referidos pelos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas. São Paulo, 2008. 79

Tabela 11 - Características estruturais dos hipertensos (grupo I) no início e final das intervenções educativas. São Paulo, 2008. 80

Tabela 12 - Comparação das características estruturais e pressão arterial final dos hipertensos do grupo participante (Grupo I) e não participante (Grupo II) das intervenções educativas. No final do processo educativo. São Paulo, 2008. 81

Tabela 13 - Comparação das médias da pressão arterial pré e pós-intervenções educativas entre os hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas. São Paulo, 2008. 81

Tabela 14 - Comparação do controle da pressão arterial pré e pós-intervenções educativas entre os hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas. São Paulo, 2008. 82

Tabela 15 - Comparação do controle da pressão arterial inicial e final das intervenções educativas do total de hipertensos estudados. São Paulo, 2008. 84

Tabela 16 - Uso de bebida alcoólica dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas avaliado segundo os escores das perguntas *do Alcohol Use Disorders Identification Test* - AUDIT . São Paulo, 2008.....85

Tabela 17 - Distribuição dos pacientes participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas em relação à ingestão de bebida alcoólica. São Paulo, 2008. 86

Tabela 18 - Distribuição dos pacientes participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas em relação à ingestão de bebida alcoólica e o controle da pressão São Paulo, 2008. 87

Tabela 19 - Comparação do controle da pressão do total de hipertensos estudados antes e após as intervenções educativas e a ingestão de bebida alcoólica. São Paulo, 2008. 87

Tabela 20 - Distribuição dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas segundo as respostas às questões do Teste de Morisky e Green. São Paulo, 2008. 88

Tabela 21 - Distribuição dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) do processo educativo em relação à adesão ao tratamento avaliada pelo Teste de Morisky e Green. São Paulo, 2008. 89

Tabela 22 - Associação entre Teste de Morisky e Green e o controle da pressão arterial final dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) do processo educativo. São Paulo, 2008.....89

Tabela 23 - Porcentual de pacientes em relação ao controle da pressão antes e após as intervenções educativas de acordo com o teste de Morisky e Green. São Paulo, 2008.....89

Tabela 24 - Distribuição dos total dos hipertensos estudados (grupo I e grupo II) segundo as respostas do Formulário de investigação dos fatores dificultadores de adesão ao tratamento. São Paulo, 2008.....90

Tabela 25 - Controle da pressão arterial antes e após as intervenções educativas associado com a adesão ao tratamento avaliada pelo Formulário de investigação dos fatores dificultadores. São Paulo, 2008.....92

Tabela 26 - Associação entre o Formulário dos fatores dificultadores da adesão e o controle da pressão arterial final dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) do processo educativo. São Paulo, 2008.....93

Tabela 27 - Distribuição dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas segundo as questões do *Self Report Questionnaire* – SRQ 20 . São Paulo, 2008. 94

Tabela 28 - Hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas, distribuídos de acordo com o sexo e a avaliação de transtornos mentais comuns pelo *Self Report Questionnaire* (SRQ 20). São Paulo, 2008.....95

Tabela 29 - Associação entre a presença de transtornos mentais comuns pelo *Self Report Questionnaire* e o controle da pressão arterial final dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) do processo educativo. São Paulo, 2008. 95

Tabela 30 - Associação entre o controle da pressão arterial dos participantes do processo educativo (Grupo I) antes e após as intervenções educativas de acordo com a presença de transtornos mentais comuns pelo *Self Report Questionnaire* (SRQ 20). São Paulo, 2008.....96

Tabela 31 - Associação entre o controle da pressão arterial de todos os hipertensos antes e após as intervenções educativas de acordo com a presença de transtornos mentais comuns pelo *Self Report Questionnaire* (SRQ 20). São Paulo, 2008.....96

Tabela 32 - Distribuição do total dos hipertensos participantes do estudo segundo avaliação da Escala de Apoio Social. São Paulo, 2008. 97

Tabela 33 - Comparação entre os domínios da Escala de apoio social após as intervenções educativas dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções. São Paulo, 2008. 98

Tabela 34 - Associação entre a Escala de Apoio Social e o controle da pressão arterial final dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) do processo educativo. São Paulo, 2008.....99

Tabela 35 - Correlação das médias das pressões arteriais sistólicas e diastólicas iniciais e finais do grupo participante (Grupo I) e não participante (Grupo II) das intervenções educativas regulares com os domínios do questionário de Apoio Social. São Paulo, 2008. 100

Tabela 36 - Características biossócio-econômicas e hábitos de vida do total de hipertensos estudados em relação ao controle da pressão. São Paulo, 2008.....102

Tabela 37 - Características do diagnóstico e antecedentes familiares, crenças e conhecimentos dos hipertensos controlados e não controlados. São Paulo, 2008. 103

Tabela 38 - Características referentes às atitudes frente ao tratamento, interrupção do tratamento e faltas às consultas médicas dos hipertensos controlados e não controlados. São Paulo, 2008. 104

Tabela 39 - Resultado do modelo de regressão logística em relação ao controle da pressão arterial final (<140/90 mmHg) dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas. São Paulo, 2008. 104

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNDO

A assistência às pessoas com hipertensão arterial requer por parte da equipe de saúde atenção especial no tocante à problemática do controle, que, por sua vez, apresenta estreita relação com o processo de adesão ao tratamento. Os índices de controle da doença são poucos satisfatórios e frente a tal cenário, estratégias devem ser implementadas visando a mudanças do quadro vigente. Portanto, o presente estudo tem como finalidade principal avaliar o efeito de estratégias educativas na equipe de enfermagem e pessoas hipertensas em Unidades Básicas de Saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS)[1], aponta que as doenças cardiovasculares são responsáveis por 30% das mortes no mundo. Esse número vem crescendo e contribuindo para o adoecimento global. De acordo com o documento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)[2], no mundo há, pelo menos, 600 milhões de hipertensos e que 7,1% dos óbitos são causados pela hipertensão arterial. Esta organização afirma também que, aproximadamente, dois terços dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) e metade das cardiopatias são atribuíveis ao descontrole dos níveis de pressão arterial.

Sabe-se que a hipertensão arterial é uma síndrome de origem múltipla, caracterizada pelo aumento da pressão arterial, possibilitando acometimento do sistema cardiovascular e anormalidades metabólicas, podendo levar a alterações funcionais e/ou estruturais de vários órgãos, sobretudo coração, cérebro, rins e vasos sangüíneos. O indivíduo acima de 18 anos, que apresenta valores de pressão arterial, medida casualmente em consultório, maior ou igual a 140 mmHg para pressão sistólica e/ou maior ou igual a 90 mmHg para pressão diastólica é considerado hipertenso[3, 4].

Nos países ricos, a mortalidade por doenças cardiovasculares ocorre nas faixas etárias acima dos 60-70 anos, e nos países pobres, essa mortalidade ocorre precocemente, na meia idade, ou seja, entre 45-64 anos, em uma fase na qual o indivíduo é economicamente ativo, representando grande ônus social e econômico. Além disso, as doenças cardiovasculares, no seu conjunto, são responsáveis por quase 30% de todas as mortes mundiais em países ricos e pobres[5].

A hipertensão arterial é umas das doenças crônicas mais prevalentes no Brasil e no mundo; assim, aproximadamente 1 bilhão são hipertensos no mundo. Na América Latina, dados epidemiológicos do Peru mostram uma prevalência da hipertensão de 23,7% na população acima de 18 anos[6]. Nos Estados Unidos da América, a hipertensão afeta, quase, 50 milhões de indivíduos. Nas diretrizes americanas (*The Seventh Report of the Joint National Conmittee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*), foi introduzido o termo “pré-hipertenso” caracterizando os adultos que têm pressão arterial sistólica entre 120-139 mmHg e diastólica entre 80-89 mmHg, a fim de servir de sinal de alerta para melhorar os cuidados com a educação em saúde dos profissionais e para reduzir os níveis de pressão arterial dos indivíduos e prevenir o desenvolvimento da hipertensão na população, em geral[4].

Estudo comparativo[7] das prevalências da hipertensão arterial na população compreendida entre os 35 e 64 anos, em seis países da Europa, Estados Unidos da América e Canadá mostrou o seguinte quadro: Estados Unidos da América 27,8%, Canadá 27,4%, Itália 37,7%, Suécia 38,4%, Inglaterra 41,7%, Espanha 46,8%, Finlândia 48,7% e Alemanha 55,3%. Os dados apontam para a grande necessidade de se encarar o problema do controle da pressão, uma vez que está diretamente ligado a altas taxas de morbidade e mortalidade por doenças cérebrovasculares.

Em muitos lugares o desconhecimento sobre a doença ainda contribui para dados estatísticos alarmantes ligados à patologia.

Estudo publicado em 2006[8], no Canadá, após acompanhamento entre os anos de 1985 e 1992, aponta que 42% dos adultos canadenses não têm consciência de seu status de hipertenso. Isso motivou os órgãos públicos e as sociedades canadenses ligadas à saúde, a estabelecer programas que melhorassem a conscientização dos cidadãos sobre os problemas relacionados à hipertensão arterial. Dentro do programa, foi estabelecido o treinamento dos profissionais de saúde na abordagem dos pacientes e público em geral. Espera-se com essas medidas uma redução da prevalência da hipertensão nesse país, bem como a elaboração de políticas públicas sistemáticas de atenção ao hipertenso.

Uma vez que países mais desenvolvidos demonstram interesse em combater a doença, atuando na prevenção, também os países menos favorecidos deveriam atentar para os custos de remediar o mal.

1.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL NO BRASIL

Conforme dados divulgados nas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial [3],

> "... no Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. Apesar do lento declínio observado nas mortes por doenças cardiovasculares e cerebrovascular, a mortalidade no Brasil ainda é elevada em comparação a outros países, tanto para a doença cerebrovascular como para doenças do coração. Entre os fatores de risco para a mortalidade, a hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana, sendo que a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg. Em 2005 ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R$ 1.323.775.008,28 [3].

Há necessidade de se determinar o mais fielmente possível o número de hipertensos no País, a fim de estabelecer um planejamento de ações de saúde pública eficiente para o atendimento dessa população. No Brasil, não existe estudo de magnitude nacional que expresse a real prevalência da

hipertensão em nosso meio. Os estudo regionais, na sua maioria com métodos diferentes apontam índices que oscilam de 20% a 40%. Estima-se, entretanto, em cerca de 20% a prevalência da hipertensão na população geral, afetando indivíduos independente de sua classe social, faixa etária ou sexo[5].

Segundo Lessa[9], entre os anos de 1970 e 1990, a prevalência da hipertensão nas regiões brasileiras estava assim configurada: Região Sul, entre 1,28% e 27,1%; Região Sudeste, 5,04% e 37,9%; na Região Centro-Oeste, 6,03% e 16,75% e na Região Nordeste entre 7,02% e 40,3%. Não havia nenhum estudo de prevalência na Região Norte do País. Entre 2002 e 2003, um inquérito sobre morbidade referida de doenças não-transmissíveis do Instituto Nacional do Câncer em 15 capitais e no Distrito Federal, forneceu a única informação que se tem sobre hipertensão arterial na Região Norte que foi apontada por 21,6%, das pessoas em Belém (PA) e 22,7%, em Manaus (AM)[10]. Esses levantamentos mostraram, além da discrepância entre os resultados, uma quantidade muito maior de estudos realizados no eixo São Paulo-Rio (64,7% das pesquisas).

Em um país, como o Brasil, com tamanha diversidade cultural e vasta extensão territorial, há necessidade de investigações populacionais mais amplas e sistemáticas, a fim de se obter dados mais fidedignos sobre a prevalência da hipertensão em nosso meio. Isso possibilitará intervenções educativas para a população e aos profissionais de saúde que atuam com hipertensos.

Outros inquéritos populacionais realizados entre os anos de 1990 e 2004, mostraram prevalência de hipertensão arterial (≥ 140/90 mmHg) de 22,3% (São Paulo – SP) a 44% (Araraquara e Cotia, ambas no Estado de São Paulo), em algumas cidades brasileiras pesquisadas. Em Porto Alegre (RS), foi encontrada prevalência de 26%, em Catanduva (SP), 31,5% e Piracicaba (SP), 32,7%[3]. Além do inquérito já citado, outro foi feito no mesmo período em outras cidades e a prevalência encontrada foi de 19,8%

em Pelotas (RS); 24,8% em Bambuí (MG); 24,9% na Ilha do Governador (RJ) e 41,1% em Salvador (BA)[11].

Ao se observar a alta prevalência da hipertensão na maioria das cidades brasileiras, torna-se importante trabalhar em prol da redução dos níveis de pressão arterial para valores considerados normais, evitando-se o infortúnio das doenças sequelantes que podem advir como conseqüência.

De acordo com o Ministério da Saúde[5], se for reduzida a pressão arterial diastólica média de uma população em cerca de 4 mmHg, em um ano, haverá uma redução de 35% a 42% de acidente vascular cerebral, nessa comunidade. Outro estudo mostra que, se houver uma redução média de 5mmHg na pressão arterial diastólica e/ou 10mmHg na pressão sistólica, haverá diminuição dos riscos de acidente vascular cerebral em aproximadamente um terço e redução do risco de coronariopatia em cerca de um sexto[18].

1.3 O CONTROLE DA HIPERTENSÃO E A ADESÃO AO TRATAMENTO

A definição de adesão reveste-se de particularidades dependendo de diferentes especialistas no assunto. Para Gusmão *et al.*[12], o termo adesão, aderência, em português; *compliance* e *adherence*, em inglês, tem um amplo significado e, por isso, pode ser definido e interpretado de diferentes maneiras. Apesar da relação que se faz entre adesão ao tratamento e adesão à medicação, o termo vai além de meramente seguir uma prescrição médica, abrangendo aspectos relacionados às instituições de saúde, aspectos socioeconômicos, os relacionados à doença e os do paciente consigo mesmo.

Pierin *et al.*[13] apontam que a expressão adesão ao tratamento é a terminologia que seria a mais apropriada e refere-se ao grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a pressão arterial em

níveis normais, no que diz respeito à hipertensão arterial. Fuchs (2004) *et al.*[14] consideram uma aplicação mais ampla para o termo adesão, que tem sido proposto, valendo ressaltar a diferença entre os termos *compliance* e *adherence*. O primeiro termo, aplica-se aos pacientes que seguem as instruções do médico (ou obediência participativa), e o segundo, aplica-se quando o paciente concorda com as recomendações médicas e as feitas por outros profissionais de saúde, supostamente, conhecendo as alternativas terapêuticas para seu tratamento e tendo participado da escolha deste.

Com o intuito de abranger ambas as formas, mais recentemente tem-se dito que

> [...] adesão é a extensão a qual o comportamento do paciente coincide com a recomendação médica ou aconselhamento por outros profissionais de saúde, seja seguindo a prescrição medicamentosa ou às recomendações sobre dieta, mudança de hábitos de vida e freqüência de consultas[...] (*World Health Organization*, 2003)[1].

Para o controle da pressão arterial, a adesão ao tratamento é imprescindível. Para Pierin *et al..*[13], existem diferentes níveis de adesão. Os aderentes são aqueles que seguem todo o tratamento proposto, portanto, em nível alto de adesão. Na outra ponta, estariam os pacientes que começaram o tratamento, mas desistiram dele, ou seja, abandonaram o tratamento que seria o mais alto grau de falta de adesão. A este grupo, somar-se-iam também os pacientes que, apesar de não seguirem os tratamentos, ainda comparecem às consultas, também, chamados de "persistentes". Para esses autores, adesão envolve diversos fatores desde ambientais, passando pelos profissionais de saúde até aqueles relacionados ao próprio doente, tornando-se um processo extremamente complexo.

Além de frustrar os profissionais de saúde, já que os impede de alcançar os objetivos traçados na atenção à saúde do hipertenso, a não adesão traz consigo um impacto social negativo, pois esta afeta, em proporções elevadas, pessoas em idade economicamente produtiva, conforme dados do Sistema Único de Saúde: " para o ano 2000, a estimativa era da existência de 18 milhões de hipertensos no Brasil, 50% deles

desconhecedores da sua situação; 5 milhões (27,7% do total) eram hipertensos sem tratamento; 2 milhões (11,1%) tinham hipertensão secundária e tratavam incorretamente e outros 2 milhões tratavam-se corretamente”[9]. Documento da *American Heart Association*[56] diz que nos Estados Unidos da América uma em cada três pessoas adultas tem alguma doença cardiovascular e a hipertensão arterial ocupa o topo da lista. A estimativa para 2008, em relação aos gastos públicos com o atendimento de pessoas portadoras dessas afecções, ultrapassa os U$ 400 bilhões.

Uma metanálise dos estudos de adesão com medidas objetivas dos desfechos do tratamento foi realizada com inclusão de 63 estudos. Os resultados mostraram que a chance de apresentar um bom desfecho é três vezes maior nos pacientes aderentes em relação aos não aderentes[15]. Em outra investigação, também, de metanálise foram analisados 38 estudos que avaliaram 58 intervenções distintas com mais de 15.000 pacientes hipertensos. Todas as intervenções tinham como objetivo motivar a adesão. Apesar das dificuldades de se comparar os estudos com exata precisão em razão da falta de homogeneidade entre eles, evidenciou-se no que se refere ao tratamento medicamentoso, que uma das formas de favorecer a adesão seria simplificar a terapêutica, reduzindo o número de doses tomadas diariamente[16].

Destaca-se, ainda, que uma das dificuldades de tornar os pacientes envolvidos com sua doença e, portanto, aderentes ao tratamento, está no fato da doença ser assintomática e as complicações a longo prazo. A atuação na clientela hipertensa tem revelado freqüentemente que os pacientes colocam “não sinto nada, por que tenho de tomar remédios?” ou “...não sentia nada e agora depois que comecei a tomar os remédios, estou sentindo coisas desagradáveis”. Nesse contexto, acrescentam-se ainda os aspectos culturais, crenças de saúde, hábitos e estilos de vida.

A adesão terapêutica significa a relação colaborativa entre paciente e profissionais de saúde, podendo ser caracterizada pelo grau de coincidência entre prescrição médica e comportamento do paciente[17]. Fuchs[14] salienta

que, dentre os muitos problemas para tornar o paciente aderente, encontram-se: a dificuldade de entender e seguir as prescrições e a precária relação médico-paciente. Com isso, a maior parte das intervenções com o intuito de aumentar a adesão alcança índices inferiores a 50%.

O presente estudo foi desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde (UBS) por entender que esta é a porta de entrada da população, em geral, para o acesso à saúde. Ainda hoje poucos estudos abordam o atendimento do paciente hipertenso nesses locais no Brasil, especialmente, no aspecto da adesão ao tratamento.

Assim, em 1996, foi publicada uma pesquisa[18] sobre a "avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde", constituída por pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de São Paulo. Os pacientes estavam inscritos no Programa de Atenção à Saúde no Envelhecimento (atendimento programático). Destes, 396 receberam o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e foram selecionados 250 indivíduos, que apresentaram níveis de pressão arterial mais elevados antes da inscrição no programa.

As diferenças de níveis de pressão arterial entre as medidas feitas nas consultas anteriores ao início do atendimento programático, e as realizadas a partir do início dos atendimentos foram analisadas, segundo o nível pressórico inicial, idade, sexo, diagnóstico na inscrição e faltas ao agendamento programático. Os resultados mostraram que se obteve redução na pressão arterial diastólica e sistólica em 197 pacientes (78,8%) e, em 111 indivíduos, (44,4%) ocorreu normalização aos níveis preconizados pelo Programa. "A idade e a percentagem de faltas no segmento programático revelam que o resultado final do trabalho pragmático não é insensível aos diferentes modos com que as pessoas assumem o cuidado com a própria saúde", ponderam os autores.

Outro estudo[19], também, realizado em Unidade Básica de Saúde encontrou resultados expressivos relacionados à adesão ao tratamento. Verificou-se que apenas 35% dos hipertensos estavam com a pressão

arterial controlada (<140/90 mmHg). Tal índice é compatível com o encontrado na literatura, configurando e confirmando o problema do controle insatisfatório dos hipertensos, que se relaciona diretamente com a insuficiente adesão ao tratamento.

Os resultados mostraram ainda, que a avaliação da adesão ao tratamento feita pelos médicos, por meio de notas, foram significativamente mais elevadas para os pacientes controlados em relação aos não controlados. Apesar do grande conhecimento dos hipertensos sobre a doença, o estudo não mostrou associação deste com o controle da pressão. Estes resultados levam à reflexão e apontam que a educação em saúde, praticada por equipe multidisciplinar, é relevante para o controle efetivo da pressão arterial, estabelecendo estratégias que melhorem a adesão.

Também ilustrando a atenção aos hipertensos em uma Unidade Básica de Saúde, Mano *et al.* [20] estudaram 113 pacientes acompanhados pelo Programa de Saúde da Família (PSF) no Município de São Paulo e 113 pacientes que seguiam o sistema tradicional de controle da pressão arterial. Evidenciou-se queda significativa nos níveis de pressão arterial dos hipertensos atendidos pelo PSF durante os 15 meses do estudo, o que não aconteceu com o grupo participante do sistema tradicional. Isso ocorreu, apesar de, apenas 20% dos pacientes do primeiro grupo, estarem controlados, contra 30% do outro grupo. Entretanto, o grupo de pacientes atendido pelo PSF apresentou redução significativa da pressão arterial em menor tempo de tratamento.

O Programa de Saúde da Família, com as estratégias de visitação domiciliar, pode aproximar a população da assistência prestada pelo médico e enfermagem. A maneira como o paciente se relaciona-se com a equipe de saúde, bem como o tratamento individualizado influenciam em sua adesão. Face aos aspectos destacados, até então, considera-se de suma importância a necessidade de se estabelecer outras formas de motivação para o tratamento e as mudanças de hábitos que levem à melhoria da saúde da população, destaca-se, ainda, que o primeiro passo seria a informação

dos hipertensos sobre a magnitude da importância e repercussões deletérias da hipertensão arterial.

Nesse sentido, nos Estados Unidos da América[21], em 2003, pesquisadores estudaram 2.500 pacientes hipertensos, mediante aplicação de questionário para avaliação de seu conhecimento sobre a hipertensão e medida da pressão arterial e obtiveram os seguintes resultados: 72% dos pacientes possuíam um bom conhecimento da doença e da necessidade de um controle para evitar complicações; entretanto, 20,2% classificaram sua pressão como elevada, 38,4% no limite máximo e 40% não souberam relatar. Ficou evidente para os pesquisadores a necessidade de um melhor trabalho de conscientização dos doentes no que se refere ao controle da pressão arterial.

Com relação ao tratamento medicamentoso e ao conhecimento sobre a doença, estudo nacional[22] comparativo feito no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo envolvendo 100 hipertensos atendidos em unidade de emergência e 100 seguidos regularmente em ambulatório mostrou que os pacientes atendidos no Pronto-Socorro apresentavam níveis tensionais significativamente mais elevados que o outro grupo.

Nesse aspecto 43% dos pacientes do Pronto-Socorro apresentavam níveis de hipertensão grave contra 7% dos atendidos no ambulatório. Deixaram de tomar o(s) medicamento(s) 35% dos pacientes atendidos no Pronto-Socorro contra 19% do grupo atendido no ambulatório. Entre todos os hipertensos estudados, 86% referiram fazer uso de tratamento não medicamentoso. Em relação ao conhecimento da doença, ambos os grupos não se mostraram diferentes, possuindo um alto conhecimento sobre a patologia.

De acordo com Sanchez *et al*[22]., convencer um paciente, muitas vezes, assintomático de que ele é doente, especialmente, quando isto implica mudanças no estilo de vida ou ainda na obrigação de usar medicamentos para sempre, é um objetivo menos facilmente alcançado. Os

profissionais não podem subestimar as dificuldades encontradas na adoção de medidas que alterem substantivamente os hábitos de vida dos pacientes.

Nesse sentido, torna-se importante uma boa relação entre a equipe de saúde para uma orientação personalizada, adequando-a aos hábitos de vida e ao poder aquisitivo do paciente. As conclusões dos autores do estudo evidenciaram que, quando não há uma proximidade na relação do paciente com os profissionais que cuidam dele, haverá maior probabilidade deste não se envolver no seu tratamento de saúde. O atendimento em unidades de emergência torna-se impessoal em virtude da demanda do setor que pede agilidade no atendimento, diferentemente do atendimento ambulatorial, onde o paciente tem mais condições de ser assistido de modo personalizado, sempre pelo mesmo médico e demais profissionais que ali trabalham, estabelecendo um vínculo importante que o estimula à adesão ao tratamento e, conseqüente, controle da pressão arterial.

É sabido que vários fatores exercem influência no processo da adesão ao tratamento, os quais podem estar relacionados ao paciente, à doença, ao tratamento, a aspectos institucionais ou, até mesmo, ao relacionamento médico-paciente[17]. Conclui-se, portanto, que a adesão é uma inesgotável fonte de investigação e merece ser sistematicamente estudada. O controle ou não-controle dos pacientes depende de diversos fatores isolados ou, como na maioria das vezes, de fatores associados e complexos em sua resolutividade pelo paciente ou equipe de saúde.

Com tudo isso, é de suma importância a participação efetiva de todos os profissionais de saúde na assistência ao hipertenso.

1.4 O PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO E NA ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO.

A equipe de enfermagem desempenha função importante ao favorecer o aumento dos índices de adesão às práticas de saúde

estabelecidas aos pacientes. Isto se deve ao fato da enfermagem, especialmente, do enfermeiro, atuar de modo direto na promoção da saúde, contribuindo com o diagnóstico precoce doença por meio da medida rotineira da pressão arterial, em qualquer avaliação de saúde, e no estímulo do doente para o tratamento medicamentoso com orientações precisas sobre a doença e suas conseqüências. Além disso, orientar sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso informa os efeitos benéficos dos medicamentos e a melhor forma de lidar com os efeitos indesejáveis das drogas, bem como nos estilos de vida.

É na conscientização da necessidade de mudanças nos hábitos de vida dos pacientes que o enfermeiro e demais participantes da equipe de enfermagem têm seu maior entrave, mas é onde eles podem fazer a diferença. Inicialmente motivando a adoção de um estilo de vida mais saudável por intermédio da prática de atividades físicas regulares, hábitos alimentares corretos; incentivando a adesão à terapêutica, já que ele poderá ver melhoria direta em sua saúde e bem-estar geral. Posteriormente, mantendo estratégias eficientes que garantam a permanência desses pacientes em tratamento.

Mesmo sendo a hipertensão uma doença que acarreta graves conseqüências, a sua característica de cronicidade e ausência de sintomatologia específica,, poucos pacientes portadores desse mal se comprometem com o tratamento, seja qual for (farmacológico ou não farmacológico).

Para que os profissionais da enfermagem sejam capazes de favorecer a adesão do paciente e conseqüente controle dos níveis tensionais, é muito importante que estejam habilitados tecnicamente para a medida da pressão arterial e munidos de conhecimentos suficientes sobre a temática.

Para ilustrar a importância do conhecimento dos profissionais de saúde, Rabello *et al.*.[23] realizaram estudo em 26 Centros de Saúde da cidade de Sorocaba (SP), foram avaliados 179 funcionários, sendo 110

auxiliares de enfermagem, 44 médicos e 25 enfermeiros, para verificar o conhecimento teórico e prático sobre a técnica de medida da pressão arterial. Quanto ao conhecimento teórico, os resultados caracterizaram um conhecimento pouco satisfatório de todos os profissionais, sendo o conhecimento do auxiliar de enfermagem inferior a 40%, o do enfermeiro menor que 50% e do médico abaixo de 60%. Quanto à técnica de medida da pressão arterial, também, o desempenho foi pouco satisfatório, sendo inferior a 50% para os auxiliares e enfermeiros e menor que 60% aos médicos.

Desse modo, os autores do estudo concluíram que é de suma importância o desenvolvimento da educação continuada em saúde e questionaram a responsabilidade no preparo do profissional auxiliar de enfermagem, uma vez que este trabalha sob a supervisão do enfermeiro.

O referido estudo aponta um sério problema, que é o despreparo das categorias profissionais avaliadas interferindo diretamente na sub ou superestimação dos níveis de pressão arterial dos hipertensos e, conseqüentemente, no diagnóstico, podendo levar ao tratamento inadequado dos mesmos, redundando em prejuízos à saúde do paciente.

De acordo com Wetzel[24], um dos objetivos da enfermagem é ensinar as pessoas a viverem de forma mais saudável, isto é, lutar para adquirir o potencial de saúde máximo possível.

Conforme assinala Giorgi[25], a equipe multiprofissional, na maioria das vezes, fornece um melhor esclarecimento sobre a doença e seu tratamento que o profissional médico. Logan *et al.*[26] citam em seu estudo que

> [...] com a utilização de acompanhamentos com enfermeiras, consultas nos locais de trabalho e reforço positivo para aderência , houve melhora de 18,5% na aderência aos remédios, medida por contagem de comprimidos, havendo também melhor controle da pressão arterial dos indivíduos. Sempre que se inclui um profissional paramédico na cadeia de atendimento ao paciente hipertenso, observa-se aumento nos índices de adesão ao tratamento (comparecimento às consultas, tomada das medicações, controle da pressão, etc.). [...] A ação de diversos profissionais é insubstituível, sendo necessário treinamento e motivação de toda a equipe envolvida.

Lima[27] destaca que, como a hipertensão arterial é uma doença que envolve orientações voltadas a vários objetivos, seu tratamento requer o apoio de diferentes profissionais de saúde além do médico. Nesse particular, Souza[28] acrescenta que

> [...] saber participar com outros profissionais em uma mesma atividade tem se tornado uma necessidade cada vez mais requerida em todas as profissões. E aqueles que se recusam, ficam sob a pena de não conseguirem alcançar seus objetivos. A quantidade do serviço fica comprometida quando, em um grupo multiprofissional, o sentimento de equipe não prevalece, e a competitividade dita as normas.

As principais vantagens da atuação de uma equipe multiprofissional com pessoas hipertensas podem ser, assim, relacionadas[29]:

1. O número de pessoas atendidas será maior quanto mais afinada estiver a equipe em seus diversos modos de abordagem;
2. A adesão ao tratamento será nitidamente superior;
3. O número de clientes com pressão arterial controlada e adotando hábitos de vida saudáveis será, conseqüentemente, muito maior;
4. Cada cliente poderá ser um multiplicador de conhecimentos sobre hábitos saudáveis de vida; e
5. Haverá favorecimento do desenvolvimento de ações de pesquisa em serviço, já que a sistematização do atendimento dá lugar a tais ações.

De acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial[3], cada participante da equipe multiprofissional tem seu papel definido e suas ações específicas estabelecidas. Os técnicos e os auxiliares de enfermagem aparecem como profissionais subordinados à supervisão do enfermeiro, como de fato o são, mas não têm discriminadas suas atribuições específicas no atendimento ao hipertenso. Entende-se, portanto, que esses profissionais precisam ser melhor preparados e conscientizados de suas funções pelo enfermeiro, para atuarem de modo competente na assistência e orientação dos pacientes.

A capacitação dos profissionais de saúde para o cuidado do doente é de grande importância e não pode ser negligenciada. O profissional de saúde, educador, buscará identificar a presença das motivações e, na ausência delas, auxiliará na apresentação de motivos que sejam geradores de ações. Toda a ação esperada por parte do paciente deverá ser estimulada pelo profissional de saúde, agora exercendo o papel de educador em todo o seu potencial[5].

A hipertensão arterial é uma doença com várias vertentes, assim torna-se um "objeto" para o desenvolvimento pleno de um trabalho pela equipe multiprofissional. Por ser uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas a várias frentes, terá seu tratamento mais efetivo com o apoio de diversos profissionais de saúde. Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens, e a formação de uma equipe multiprofissional proporcionará ações diferenciadas, ampliando o sucesso do controle da hipertensão e dos demais fatores de risco cardiovascular [3].

Considerando que um dos objetivos deste trabalho é discutir o conhecimento dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem, além dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a participação destes nas ações educativas dos hipertensos atendidos pelo Programa de Saúde da Família em Unidades Básicas de Saúde (UBS), a seguir, ênfase mais ampla será dada ao papel dessas categorias profissionais.

A área da educação em saúde é foco de inúmeras pesquisas motivadas pelas várias doenças que acometem a população em geral e que trazem implicações à vida familiar, profissional, social e pessoal de seus portadores. Seja no ambiente hospitalar ou unidades básicas, a fim de que os pacientes possam sentir-se motivados e impelidos para o tratamento, todos os profissionais de saúde devem estar bem preparados para prestar assistência eficiente.

No entanto, as discussões, tanto no âmbito acadêmico como profissional, as questões referentes à educação em saúde parecem avançar, mas ainda estão um pouco longe de serem totalmente alcançadas em razão

do grande número de fatores que influenciam no comportamento do paciente, para que ele possa, efetivamente, aderir ao tratamento e no preparo dos profissionais de saúde, nos diversos níveis de formação acadêmica, para efetuarem com motivação e competência as ações educativas necessárias.

A educação voltada à saúde envolve o reconhecimento de que as ações educativas se processam em uma sociedade de mudanças. A educação faz parte da qualidade de vida e não poderá ser parcial ou fragmentada. Requer a transformação total do homem e de seu projeto de vida[30].

Nesse processo educativo desenvolvido pelo enfermeiro, tanto faz sua atuação como educador em Hospitais, em Unidades Básicas de Saúde ou no Programa de Saúde da Família, a importância é a mesma.

Segundo Pierin[31],o enfermeiro pode ser identificado, como um elemento de confiança no compartilhamento dos problemas e questões de ordem física, social, familiar, econômica e emocional. Destaca-se ainda que a atuação do enfermeiro e equipe na assistência aos hipertensos passa por diferentes etapas e estratégias de ação, incluindo:

- Promoção à saúde por meio de ações educativas para adoção de estilos de vida saudável e controle de fatores de risco relacionados à doença;
- Detecção precoce da doença com a realização periódica da medida da pressão arterial, de pessoas adultas, adolescentes e crianças;
- Controle dos hipertensos por meio da consulta de enfermagem;
- Educação em saúde que inclui desenvolver e estimular o processo de mudança de hábitos e transformação no modo de viver; e
- Supervisão e administração de serviços e clínicas para facilitar o acesso aos serviços de saúde.

O enfermeiro, dentre outras atividades, conforme as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial[3], é responsável pelo acompanhamento do

tratamento dos pacientes com pressão arterial sob controle, encaminhamento ao médico dos casos em que a pressão arterial não esteja devidamente controlada ou na presença de outras intercorrências, como também pela delegação das atividades do técnico, do auxiliar de enfermagem e agente comunitário. Na maioria das vezes, os portadores de hipertensão arterial desejam não só esclarecimentos para suas dúvidas, mas também de alguém que amenize seus anseios [17].

Para o Ministério da Saúde[5,32], os enfermeiros desempenham um papel fundamental no Programa de Saúde da Família atuando, tanto com os pacientes quanto com os profissionais de enfermagem sob sua supervisão. No desenvolvimento de suas competências com a equipe, destacam-se :

1. Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades;
2. Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário;
3. Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas a comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos e diabéticos; e
4. Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos).

Salienta-se a imprescindível atuação do enfermeiro com o paciente e com a equipe de saúde, mediante instrumentalização dos profissionais sob sua supervisão, para prestarem assistência eficiente e promoverem um envolvimento maior dos hipertensos em seu tratamento. A preocupação com a adesão deste ao tratamento deve ser seu principal foco.

Estudos têm enfatizado a importância da educação em saúde. No tocante aos hipertensos, em 2003, foi publicado o resultado de um estudo

revisional de resumos, entre os anos de 1966 e 1997, abordando a participação do enfermeiro no atendimento do hipertenso, perfazendo um total de 650 resumos lidos. Dentre estes, 148 foram selecionados baseados nos critérios de seleção do estudo. Da amostra, 28,38% dos artigos foram considerados relevantes. Em sua maioria, os dados levantados pertenciam aos Estados Unidos da América (EUA) e Israel. Outros eram da Austrália, Canadá, Inglaterra, Escócia, África do Sul, Suécia, e Zimbábue. O resultado da revisão apontou o importante trabalho do enfermeiro na educação do paciente em relação ao tratamento não-farmacológico, devendo os programas de educação em saúde para atendimento do hipertenso usarem toda a habilidade e capacidade do enfermeiro, favorecendo o maior envolvimento dos pacientes e a melhoria em sua qualidade de vida[33].

Assim pode-se afirmar que é importante a participação do enfermeiro, como componente da equipe de saúde, não só na motivação do paciente para a adesão efetiva às mudanças nos hábitos de vida e tratamento medicamentoso e não medicamentoso, mas também no envolvimento dos demais profissionais participantes da equipe multiprofissional tendo estes o mesmo objetivo, a saber, tornar o hipertenso aderente a seu tratamento.

Destaca-se ainda que dentre as atribuições dos enfermeiros, consta a supervisão dos auxiliares e técnicos de enfermagem, profissionais estes numericamente mais expressivos e representativos na assistência prestada à população. A atualização e aperfeiçoamento desses profissionais deveria ser preocupação permanente do enfermeiro.

Hoje, percebe-se nos serviços públicos de saúde que o enfermeiro tem sua atuação mais voltada para o setor administrativo da unidade do que propriamente ao desenvolvimento das atividades voltadas ao cuidado do paciente. Em geral, a execução da maioria das técnicas de enfermagem fica por conta dos profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos). Na prática, constata-se uma contradição, pois sempre se prega maior e melhor qualidade de assistência, e os que executam a maioria dos procedimentos técnicos e orientações são os menos qualificados.

Minha atuação no ensino profissionalizante de nível médio em enfermagem permite notar, por ocasião da supervisão de estágio docente em Unidades Básicas de Saúde, que na maioria das vezes os pacientes hipertensos que vão para verificar sua pressão arterial, são atendidos por auxiliares e técnicos de enfermagem. Se estes profissionais que possuem formação escolar de nível médio não se encontram em condições teóricas e práticas satisfatórias para tal atendimento, de acordo com estudo já citado, muito menos o Agente Comunitário de Saúde que foi incorporado à equipe de enfermagem e não recebeu capacitação profissional para tal função educativa e a desenvolve em suas visitas domiciliares.

De acordo com Santos[34], em 1994 o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família cuja prioridade era a atuação multiprofissional na atenção básica da população e agrega à equipe o Agente Comunitário de Saúde. A base do projeto era a educação em saúde e a prevenção de doenças que acabam trazendo grandes ônus aos cofres públicos. A equipe de saúde formada por médico, enfermeiro e agente comunitário levaria às pessoas carentes o atendimento necessário, mais humanizado e personalizado, favorecendo a queda dos índices de morbidade.

A Lei Federal Nº 11.350/06 que regulamenta o exercício profissional dos Agentes Comunitários de Saúde, diz em seu “artigo 3º: - O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. No parágrafo único, onde são consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação, no item II lê-se: a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva”[35].

Ainda segundo o Ministério da Saúde[5], nas atribuições e competências do agente comunitário de saúde, fica estabelecido, dentre outras:

a) Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção;

b) Rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos, uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa; e

c) Encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão.

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial[3], a participação dos agentes comunitários de saúde se dá, especificamente:

a) nas ações educativas primárias, visando à promoção de saúde;

b) na busca ativa dos faltosos;

c) na sugestão de encaminhamento para unidades básicas de saúde; e

d) na coleta de dados referentes à hipertensão arterial, conforme impresso padronizado.

Ao avaliar-se as competências propostas tanto pelo governo como pela entidade particular que preconiza as normas de atendimento e cuidados dos hipertensos, observa-se a grande responsabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde perante a população hipertensa e percebe-se, na prática, seu evidente despreparo no que diz respeito ao conhecimento da doença e suas implicações. Torna-se urgente sua capacitação em relação à hipertensão arterial, a fim de que as orientações dadas aos pacientes sejam precisas e somem-se eficazmente às outras medidas estabelecidas pelo médico, enfermeiro e demais membros da equipe multiprofissional.

As V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial[3] indicam que o hipertenso seja atendido, preferencialmente, por uma equipe

multiprofissional bem preparada, ficando os auxiliares e técnicos em enfermagem sob supervisão do enfermeiro. Isso torna o enfermeiro responsável pela capacitação destes, acrescentando-se também os agentes comunitários de saúde.

Na prática, a importância do enfermeiro está ligada ao processo de educação, motivando o portador de hipertensão arterial a realizar o autocuidado, utilizando estratégias de ensino-aprendizagem, implementando a comunicação do paciente, a verbalização de seus problemas e capacitando os demais profissionais da equipe sob sua responsabilidade para o correto atendimento desses pacientes[36].

Para que haja envolvimento dos profissionais e assistência eficaz, há necessidade de um planejamento das ações educativas que serão desenvolvidas individualmente pelos membros da equipe, bem como a elaboração de material institucional adequado à clientela envolvida nesse atendimento.

Entende-se por esse aspecto, que a participação efetiva dos técnicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários seja de grande importância, pois estes estabelecem grande vínculo com os pacientes, conquistando-lhes a confiança e tendo assim acesso fácil a eles. Sobretudo se levar em conta que a maior parte da população afetada, conforme estudo[37], é a população das classes menos abastadas e com pior acesso ao sistema de saúde.

Por esse motivo, muitas vezes, a aproximação do cliente com o médico pode ser prejudicada pelo pouco tempo que esse profissional tem para despender, muitas vezes, em função do elevado número de consultas e até pela dificuldade de compreensão das orientações. Nesse sentido, Caprara e Rodrigues[38] mostraram que a maioria das queixas dos pacientes faz referência a problemas comunicacionais com o médico e não à sua competência clínica, sendo estas queixas os efeitos de uma má relação.

Ainda a respeito desse assunto, Giorgi[25] diz que, muitas vezes, a linguagem empregada pelos médicos com seus pacientes pode não ser a

mais adequada e que estudos sobre comunicação médico-paciente apontam que os termos técnicos devem ser evitados e que as palavras usadas devem conseguir alcançar a compreensão do paciente que as escuta.

Tanto aos médicos como aos profissionais da equipe de enfermagem dos Programas de Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial da Rede Básica de Serviços de Saúde, a qualificação permanente constitui importante estratégia para prevenção das complicações e redução dos custos para o sistema de saúde [9.]

O controle inadequado da pressão arterial com o conseqüente aparecimento de suas complicações leva, portanto, a um alto índice de morbidade e mortalidade, alto custo na área da saúde e às organizações institucionais, perdas de trabalhadores em idade produtiva, enfim, grande ônus aos indivíduos, às instituições e à sociedade.

Tanto o diagnóstico da hipertensão como a avaliação do controle da pressão arterial só podem ser feitos pela medida da pressão arterial. O procedimento técnico é fácil, porém, rico em detalhes que se forem subtraídos de sua execução, poderão comprometer o resultado, deixando este de ser preciso.

Cotidianamente, observa-se que os profissionais que mais verificam a pressão dos pacientes nas unidades básicas são os auxiliares e técnicos, seguidos pelos enfermeiros e, por fim, os médicos. Levando-se em conta a deficiência observada nos médicos, enfermeiros e demais elementos da equipe de enfermagem, no conhecimento teórico-prático da medida da pressão, conforme mostrado no estudo feito por Strelec[19], a preocupação com a capacitação desses profissionais deve ser redobrada e ações concretas devem ser implementadas por todos os coordenadores das unidades básicas com a finalidade de tornar tais profissionais 100% eficientes nesse procedimento técnico e no conhecimento teórico da doença.

É preciso que todos os membros da equipe de enfermagem tornem-se profissionais educadores, capacitados para motivar a adesão dos hipertensos, visto que o controle da hipertensão arterial não depende

somente da terapêutica farmacológica, mas também da introdução de outras medidas que precisam do envolvimento sério e comprometido do paciente no que se refere às mudanças no estilo de vida.

Considerando que:

1) os pacientes chegam às Unidades Básicas de Saúde e, na maioria das vezes, têm seus níveis de pressão arterial verificados pelos técnicos ou auxiliares de enfermagem;

2) os pacientes, muitas vezes, depois de aferida a pressão arterial, recebem orientações por parte desses profissionais e não passam por consulta médica nem de enfermagem;

3) as orientações dadas aos pacientes, muitas vezes, são pouco esclarecedoras e inconsistentes, não contribuindo efetivamente para a conscientização do hipertenso sobre a gravidade de seu mal; e

4) a falta de envolvimento do hipertenso com seu tratamento seja ele farmacológico ou não, não proporciona melhora de sua saúde e tampouco controle da doença. A finalidade principal, do presente estudo foi verificar, o conhecimento dos profissionais de enfermagem que lidam com hipertensos em Unidades Básicas sobre a doença e tratamento e posterior capacitação para contribuir com a adesão dos pacientes ao tratamento resultando em efetivo controle da pressão arterial. Além disso, propôs-se discutir também a atuação dos enfermeiros, auxiliares e técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde nas ações educativas com esses pacientes, correlacionar com o controle da pressão arterial e explorar variáveis que se relacionam com a adesão ao tratamento.

1.5 O PROJETO FAPESP FASE I

O presente estudo é integrante do projeto de políticas públicas, patrocinado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo-FAPESP- Processo 2003/06454-1, "Política de atenção ao adulto: prevenção, identificação e controle da hipertensão arterial no Distrito de Saúde Escola do Butantã", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, sob Nº.190. A finalidade principal na Fase I, foi avaliar a situação da hipertensão arterial no Distrito de Saúde Escola do Butantã em relação à prevalência e tratamento, além de caracterizar as necessidades da equipe de saúde para a assistência no contexto da hipertensão arterial. Foram objetivos da Fase 1 do projeto:

1. Caracterização da prevalência da hipertensão arterial adulta do Distrito de Saúde escola do Butantã;
2. Avaliação do perfil lipídico e glicêmico da população adulta do Distrito de Saúde Escola do Butantã;
3. Avaliar a adesão e abandono ao tratamento dos hipertensos em seguimento no Distrito de Saúde Escola do Butantã; e
4. Caracterizar as necessidades da equipe de saúde que presta assistência aos hipertensos.

A amostra do estudo para a Fase 1 foi composta por hipertensos atendidos nas mesmas Unidades Básicas do presente estudo acrescida da Unidade do Parque São Jorge. A amostra de 440 hipertensos, distribuídos de forma similar nas três unidades, foi estabelecida estatisticamente.

A seguir, ressalta-se alguns resultados da Fase I, que fundamentaram o prosseguimento na Fase II:

a) A prevalência referida nas três unidades pesquisadas, na faixa etária acima de 15 anos foi de 14,7%, 10,6% e 14,3%, respectivamente, mostrando-se um pouco aquém das encontradas em estudos nacionais;

b) Apenas 6% estavam dentro da faixa de normalidade no índice de Massa Corpórea;

c) 79% dos pacientes afirmam usar a unidade de saúde mais próxima para verificar a pressão arterial;

d) Mais de 70% tinham informação sobre a doença, acreditando que hipertensão é para a vida e que ela não tem cura. Entretanto, quase 30% acreditavam que ela é curável, dado esse preocupante, já que se evidencia o desconhecimento da doença por uma população numericamente considerável;

e) 43% referiram já ter tratado a doença e depois abandonado o tratamento. Esse procedimento ratifica o problema da adesão;

f) 35% não faziam tratamento medicamentoso mesmo necessitando dele;

g) 55,8% dos pacientes não tinham a pressão arterial controlada;

h) 14% dos pacientes estavam há mais de 12 meses sem realizar consulta na Unidade Básica; e

i) Em relação aos profissionais de enfermagem com relação ao aprimoramento da assistência, foram citados: a necessidade de capacitar melhor o profissional para a assistência do hipertenso, incentivo do hipertenso na verificação regular da pressão arterial e busca aos faltosos.

A área destinada ao projeto em ambas as fases foi o Distrito de Saúde Escola do Butantã que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde, em todas as especialidades médicas e faixas etárias, abrange uma população estimada em cerca de 400 mil, numa área de 62,7 Km. Além de unidades de atendimentos especializados, fazem parte 14 Unidades Básicas. Para a Fase II, optou-se por realizar o estudo apenas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Jardim Boa Vista e da Vila Dalva, já que a unidade do Parque São Jorge apresentava problemas estruturais e organizacionais, inviabilizando a execução do trabalho.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar o efeito de intervenções educativas em um grupo de hipertensos e equipe de enfermagem em duas Unidades Básicas de Saúde da região oeste da cidade de São Paulo

2.2 ESPECÍFICOS

1. Avaliar o conhecimento sobre a doença e tratamento anti-hipertensivo na equipe de enfermagem e pessoas hipertensas antes e após intervenções educativas;
2. Comparar o controle da pressão arterial dos hipertensos (Grupo I) antes e após as intervenções educativas;
3. Comparar o comparecimento às consultas, interrupção do tratamento e o controle da pressão arterial de um grupo de hipertensos submetidos às intervenções educativas (Grupo I) com um grupo de hipertensos (Grupo II) que seguiram a rotina normal de atendimento nas unidades; e
4. Associar o controle da pressão arterial com variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, atitudes, crenças e conhecimentos, diagnóstico da hipertensão, antecedentes familiares para doenças cardiovasculares, parâmetros estruturais, tais como: Índice de Massa Corporal e circunferência abdominal, o Teste de Morisky Green, o *Self Report Questionnaire* (SRQ 20) que avalia presença ou não de transtornos mentais comuns não psicóticos e Escala de Apoio Social.

Casuística e Método

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 TIPO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo comparativo, transversal de campo, exploratório, descritivo de abordagem quantitativa.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Os estudo foi realizado em duas Unidades Básicas de Saúde da região oeste da cidade de São Paulo, descritas a seguir.

3.2.1 Unidade Básica de Saúde da Vila Dalva

A Unidade Básica de Saúde da Vila Dalva, Engenheiro Guilherme Pinto Coelho, fica localizada na divisa dos Municípios de São Paulo e Osasco. A unidade possui cerca de 20 mil pacientes cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O SIAB é um sistema informatizado de arquivamento e registro de pacientes, sendo o principal instrumento de monitoramento das ações do PSF para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes. De acordo com os dados desse sistema, estavam registrados no sistema 1.542 hipertensos.

Dispõe de especialistas em ginecologia e obstetrícia, clínica geral, psiquiatria e psicologia. A seus usuários, são oferecidas atividades tais como: reunião de grupo de hipertensos, grupo de caminhada, Tai-Chi-Chuan e grupo de reeducação alimentar. Além do atendimento médico, também, possui atendimento odontológico e fisioterápico. Os usuários, cujas

especialidades médicas não estão disponíveis na unidade, são encaminhados para outras Unidades ou a hospitais de referência.

3.2.2 Unidade Básica de Saúde do Jardim Boa Vista

A Unidade do Jardim Boa Vista possui cerca de 18 mil pacientes cadastrados no SIAB. Disponibiliza unicamente atendimento em clínica geral e os usuários que necessitam de atendimento em outras especialidades são encaminhados às unidades de referência. Em razão de sua região ser cortada pela rodovia Raposo Tavares, equipes atendem aos usuários da unidade que moram no Conjunto Habitacional (COHAB) Raposo Tavares.

No conjunto habitacional, os Agentes Comunitários e Enfermeira prestam atendimento no Centro Comunitário local. A Unidade do Jardim Boa Vista dispõe de um salão anexo, facilitando a execução de atividades educativas e de lazer com os pacientes. Aos usuários, são oferecidas as seguintes atividades: reunião de grupo de hipertensos, grupo de caminhada, artesanato, reeducação alimentar, Tai-Chi-Chuan, Terapia Comunitária e grupo de atendimento lúdico e artesanato para portadores de necessidades especiais. A unidade também conta com atendimento de terapeuta ocupacional e atendimento em saúde mental.

A medida casual da pressão arterial em ambas as unidades era feita com técnica auscultatória e uso de aparelho aneróide, mas estes foram substituídos por aparelhos automáticos, validados[48], doados a cada uma delas, de tal maneira que os profissionais de enfermagem pudessem verificar com precisão a pressão arterial dos hipertensos.

Além dos aparelhos foram doados, para cada unidade, um móvel para alocação do aparelho automático de pressão, todos os acessórios do aparelho e, também, um projetor multimídia, a fim de facilitar as atividades educativas desenvolvidas pela unidade. Ambas as unidades fazem cerca de 800 a 900 verificações de pressão mensais. Os responsáveis pela medida da pressão são os auxiliares que ficam no posto de enfermagem.

3.3 POPULAÇÕES DO ESTUDO

As populações do estudo foram duas: pacientes hipertensos e membros da equipe de enfermagem das duas Unidades Básicas de Saúde. As duas Unidades de Saúde possuem aproximadamente o mesmo número de pacientes hipertensos cadastrados e, também, número semelhante de profissionais que compõem a equipe de enfermagem.

Os pacientes estudados são moradores do Distrito de Saúde Butantã no Município de São Paulo. A população estimada da área é de quase 400.000 habitantes, segundo os dados do SIAB, distribuídos em uma área de cerca de 63 Km[39].

3.3.1 Casuística dos profissionais da equipe de enfermagem

Após a apresentação do projeto aos Coordenadores de ambas as instituições, os objetivos do estudo foram apresentados aos 103 (100%) profissionais da equipe de enfermagem (49 da Unidade Básica de Saúde do Jardim Boa Vista e 54 da Unidade Básica de Saúde da Vila Dalva).

Todos foram convidados a participar, preenchendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), estando em conformidade com os critérios de inclusão/exclusão do estudo. Entretanto, apenas 55 profissionais participaram efetivamente do processo educativo e responderam ao instrumento de avaliação pré e pós-intervenções educativas, sendo 26 da Unidade Básica do Jardim Boa Vista e 29 da Unidade Básica da Vila Dalva. Em razão das constantes alterações no quadro de funcionários ativos, fosse por nova contratação, licença maternidade, exoneração, remanejamento de setor, mudança de unidade, infelizmente 52 funcionários não participaram da forma desejada por recusa própria ou foram dispensados pela coordenação de uma das unidades, por não considerar importante, apesar de ter havido anuência do coordenador bem como da chefia regional em todas as fases de planejamento do projeto.

Dessa forma, os funcionários desse grupo alguns responderam apenas ao questionário pré-intervenção educativa (15 da Unidade Boa Vista e 5 da Unidade Vila Dalva) e outros somente o questionário pós-intervenção (13 da Unidade Boa Vista e 19 da Unidade Vila Dalva) em função de participação esporádica no processo educativo, motivo pelo qual não foram incluídos no estudo.

A equipe de enfermagem que atua nas unidades onde o estudo foi realizado, está discriminada nos dados do quadro abaixo:

Quadro 1 - Equipes de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde.

Unidade Básica de Saúde **da Vila Dalva**	Unidade Básica de Saúde **do Jardim Boa Vista**
- 30 agentes comunitários; - 4 enfermeiras; - 10 auxiliares de enfermagem que atuam no programa de saúde da família e 10 que atuam na Unidade Básica.	- 33 agentes comunitários; - 6 enfermeiras; - 10 auxiliares de enfermagem que atuam tanto na unidade como no apoio às equipes.
Total = 54	**Total** = 49
TOTAL GERAL DE PROFISSIONAIS = 103	

3.3.1.1 Critérios de inclusão

- Concordância dos Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos e Auxiliares de enfermagem e Enfermeiros em participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e
- Manter-se em atividade na Unidade Básica durante o período do estudo.

3.3.1.2 Critérios de exclusão

- Estar em férias trabalhista no período das intervenções educativas; e
- Estar em licença, de qualquer natureza, durante as intervenções educativas.

3.3.2 Casuística

Embora tenha sido estabelecida uma amostra inicial de duzentos e quarenta pacientes em cada unidade, (120 pacientes para o Grupo I, que participaria das intervenções educativas e 120, ao Grupo II, que não participaria das intervenções educativas regulares e seguiriam normalmente a rotina de atendimento da unidade), a recusa por parte dos pacientes foi expressiva. A amostra definitiva ficou estabelecida em 144 pacientes para o Grupo I e 146 ao Grupo II, totalizando 290 pacientes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) Várias estratégias e inovações foram implementadas para se obter a adesão dos hipertensos ao estudo, que estão discriminadas no item “coleta dos dados”.

Para a formação dos grupos, foram utilizadas as fichas B (Anexo C), com os registros dos Agentes Comunitários de Saúde. As fichas continham os dados de identificação dos pacientes (nome, idade, sexo, endereço, telefone), bem como o registro das visitas dos agentes e sua última consulta na unidade. Estas fichas são manipuladas diariamente pelos agentes e servem para o acompanhamento dos pacientes e relatório para a enfermeira, líder da equipe.

Os pacientes foram sorteados de forma aleatória, contemplando o universo de hipertensos de todos os agentes.

O Grupo II foi formado do mesmo modo que o Grupo I.

Depois de três tentativas para se obter a amostra inicial para o Grupo I, com envio de quase 300 cartas de cada vez para cada Unidade, mas não

foi conseguido o número de pacientes sugerido em nenhuma das duas Unidades Básicas.

Após diferentes estratégias de convocação e decorridos cerca de 20 meses de início do estudo não foi possível prolongar o tempo das chamadas para a formação dos grupos, ficando o Grupo I com intervenção educativa formado por 144 pacientes no total (73, da Unidade do Jardim. Boa Vista e 71, da Unidade da Vila Dalva).

O Grupo II foi constituído de 146 pacientes (64, da Unidade Jardim Boa Vista e 82, da Unidade Vila Dalva), sendo estabelecido após a conclusão das intervenções e coleta final dos dados com o Grupo I.

3.3.2.1 Critérios de inclusão

- Concordância do paciente para a participação do estudo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Ambos os sexos;
- Adultos com idade acima de 18 anos;
- Qualquer etnia;
- Pertencer à comunidade de abrangência do Distrito de Saúde Butantã em uma das unidades selecionadas para estudo; e
- Ser hipertenso, usuário da unidade há pelo menos 6 meses.

3.3.2.2 Critérios de exclusão

- Hipertensas grávidas; e
- Hipertensos com história de abuso de drogas ou distúrbios mentais que possam invalidar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

Os instrumentos utilizados na coleta de dados com os pacientes foram os mesmo usados na Fase I do projeto, descritos a seguir.

Com os profissionais da equipe de enfermagem, foi utilizado um instrumento próprio para avaliação dos conhecimentos sobre hipertensão, conforme é descrito abaixo.

3.4.1 Com os profissionais da equipe de enfermagem

Para esta pesquisa, foi elaborado um questionário (Apêndice C) como instrumento de coleta de dados. A parte inicial constou de dados de identificação pessoal, como: idade, sexo e estado civil. Em seguida, foram levantados os dados profissionais, tais como: categoria profissional à qual pertence, tempo que exerce a atividade na unidade, renda pessoal, participação em treinamento específico para assistência a hipertensos e quando participou.

O questionário foi composto por 28 questões semi-estruturadas, com uma pergunta aberta (questão 17) e, todas as demais, perguntas fechadas, abordando aspectos teóricos ligados ao conhecimento geral sobre Hipertensão Arterial.

A primeira parte do questionário deveria ser respondida por todos os profissionais da equipe de enfermagem. Foram abordadas questões ligadas ao conceito de hipertensão, valor de pressão no qual o paciente é considerado hipertenso, tratamento da hipertensão e orientações dadas aos pacientes.

Foram realizadas as adequações necessárias a fim de contemplar a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Na parte específica do questionário, quando apenas enfermeiros, técnicos e auxiliares deveriam responder, foram feitas perguntas, tais como: conceito de sístole e diástole, sons de Korotkoff, comprimento e largura do manguito, tipos e calibração de

manômetro, fatores relacionados ao paciente e ao observador que podem interferir na pressão e nos cuidados no procedimento de medida da pressão arterial.

Não foi atribuída pontuação mínima e máxima, uma vez que o objetivo da aplicação foi avaliar a proporção de acertos para cada uma das questões e alternativas. A avaliação foi feita por meio de porcentual de acerto separado por categoria (Categoria 1, agentes comunitários e Categoria 2, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). A categoria profissional dos enfermeiros contou com apenas cinco participantes, dos técnicos com dois e dos auxiliares com 11. Em virtude do pequeno número de pessoas, esses profissionais foram agrupados em uma única categoria.

A freqüência aos encontros foi controlada, mediante de presença assinada pelos funcionários (Apêndice C). No total, foram 11 intervenções e os profissionais participaram de 50% ou mais delas.

3.4.2 Com os hipertensos

Para identificação e entrevista do paciente, foi usado o mesmo instrumento da Fase I do projeto (Apêndice F), composto por 35 questões no qual constam a caracterização do paciente, conhecimento sobre a doença e diagnóstico, realização do tratamento, hábitos e estilos de vida. Os dados de caracterização contemplam data de nascimento, idade, sexo, estado civil, etnia, escolaridade, ocupação, moradia, responsável pela renda e valor aproximado (em salários mínimos).

Dados sobre a hipertensão arterial incluem tempo que leva para chegar até a unidade de saúde, tempo de doença, hábito de medida da pressão, como a descobriu, antecedentes familiares e antecedentes pessoais.

O tratamento anti-hipertensivo foi analisado perante o tempo de realização, interrupção, falta às consultas, forma não-medicamentosa e outras formas.

Crenças e conhecimento sobre a doença e tratamento foram avaliados por pergunta como “acredita que tratar a pressão alta pode evitar outras doenças? Quais?”.

Para a verificação de hábitos de vida foram levantados dados como: tabagismo, uso de bebida alcoólica e atividade física.

O exame antropométrico foi feito usando balança mecânica, devidamente aferida e vistoriada pelo InMetro, para medida da altura, pesagem e fita métrica para medida da circunferência abdominal. O cálculo do Índice de Massa Corporal foi feito com base nas duas primeiras medidas, citadas anteriormente.

Para a medida da pressão arterial, o procedimento foi explicado ao paciente e executado, após certificação de que este não estava com a bexiga cheia, não tinha praticado exercícios físicos há 60-90 minutos, nem havia ingerido bebida alcoólica, café, alimentos ou fumado até 30 minutos antes e não estava com as pernas cruzadas.

Em ambas as unidades, os procedimentos foram os mesmos e seguiram a mesma dinâmica de execução.

Posteriormente, os resultados das entrevistas foram digitados em planilha Excel para serem apreciados por profissional estatístico que realizou a análise dos dados.

Em relação ao hábito de ingerir bebida alcoólica, foi utilizado o Teste denominado *Alcohol Use Disorders Identification Test*- AUDIT (Anexo D). Este teste é composto de dez questões, com escore variando de 0 a 4 em cada uma, totalizando 40 pontos no máximo, sua aplicação deste teste foi feita oralmente, durante o atendimento dos pacientes nas Unidades. Nesse momento, alguns pacientes, usuários de bebida alcoólica, tiveram a oportunidade de esclarecer dúvidas quanto à interação do álcool com os medicamentos usados para controle da pressão. Foram considerados como positivo para ingestão de bebida alcoólica, os que referiram que bebem ou pararam de beber há menos de um ano e negativo os que citaram nunca ter bebido.

Para avaliação da adesão ao tratamento foram usados dois instrumentos, a saber: Teste de *Morisky e Green* (Anexo E) e um Formulário de identificação dos fatores que podem dificultar a adesão ao tratamento (Apêndice G). O teste de *Morisky e Green*[40] consiste de quatro questões:

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

O Teste de Morisky e Green foi escrito originalmente na língua inglesa e traduzido para a língua portuguesa no estudo de Strelec *et al..*[19]. A forma de avaliação das questões foi por respostas SIM ou NÃO, em que SIM = 0 e NÃO = 1, sendo o número máximo da pontuação atingida 4.

Os fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento, foram avaliados por uma escala específica composta para tal. O formulário é composto por 25 questões. As respostas são dadas em escala tipo Likert, com cinco níveis (concordo totalmente, concordo em parte, indeciso, discordo em parte e discordo totalmente), com valores de 5, 4, 3, 2 e 1. O mínimo de pontos somará 25 e o máximo, 125.

A adesão foi considerada quando os valores somados não ultrapassassem 75 pontos e a não adesão quando os valores somados fossem maior que 75 pontos. As questões desse instrumento foram elaboradas, considerando a atuação profissional com as pessoas hipertensas, que são objeto do presente estudo e a temática adesão ao tratamento no contexto das doenças crônicas. Foram formuladas questões referentes à rotina do tratamento que podem influenciar no cumprimento adequado do tratamento e conseqüente adesão ao mesmo e que incluem os seguintes aspectos:

- efeitos indesejáveis das drogas;
- esquecimento de tomar as drogas;
- necessita de ajuda para realização do tratamento;
- complexidade do tratamento em relação a quantidade, horário e dose;
- aquisição;
- comparecimento ao ambulatório;
- relacionamento com a equipe de saúde;
- determina horários para ingestão das drogas; e
- aspectos institucionais.

As questões propostas devem medir o mesmo fenômeno, portanto, na sua elaboração procurou-se relacioná-las entre si. O instrumento foi submetido a um corpo de cinco juízes, incluindo especialista no assunto, adesão em doenças crônicas, tratamento anti-hipertensivo e que concordaram participar da avaliação do instrumento, para que as questões fossem avaliadas, individualmente, a fim de verificar se estavam adequadas em relação à consistência interna, se havia relação com o item que se pretendia avaliar; clareza, considerando se as questões de fácil entendimento para o paciente. Quanto à valoração eqüitativa, cada questão possui valor semelhante às demais. Foram solicitadas, também, sugestões a respeito de cada uma das questões.

O *Self Report Questionnaire* (SRQ 20) (Anexo F), foi usado com o intuito de avaliar presença ou não de transtornos mentais comuns (não psicóticos), tanto nos pacientes do Grupo I como nos do Grupo II. O *Self Report Questionnaire*-SRQ-20 foi validado no Brasil por Mari JJ, que relata que o melhor ponto de corte para o sexo masculino encontrado em seu estudo, realizado em três Centros de Saúde da cidade de São Paulo, foi de 5 (negativo)/6 (positivo), com uma sensibilidade de 89% e uma especificidade de 81%.

Para o sexo feminino o ponto de corte determinado foi 7 (negativo)/8 (positivo) com uma sensibilidade de 89% e uma especificidade de 77%[41]. O *Self Report Questionnaire*-SRQ-20 foi recomendado pela Organização Mundial da Saúde para estudos comunitários e atenção primária à saúde, permitindo que se verifique a presença de distúrbios e transtornos mentais comuns, que se caracterizam por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. O mesmo é composto de 20 questões dicotômicas (sim/não), sendo quatro questões sobre sintomas físicos e 16 sobre distúrbios psicoemocionais.

O *Self Report Questionnaire SRQ-20*, foi idealizado para ser auto-aplicável, porém em função das características dos hipertensos com dificuldade para o preenchimento, as respostas foram obtidas por meio de entrevista. Como ponto referencial para responder às questões, foi solicitado ao participante que considerasse os últimos trintas dias[42].

Outro instrumento utilizado no estudo foi a Escala de Apoio Social (Anexo G) validada para nosso meio Esta escala de suporte social é a do *Medical Outcomes Study* adaptada ao português pela equipe do Pró-Saúde e publicada no Cadernos de Saúde Pública[43]. É dividida em cinco dimensões: material, afetiva, emocional, informação e interação social positiva. O coeficiente alfa de Cronbach foi igual ou maior do que 0,83 para todas as dimensões.

Os resultados brasileiros confirmaram os estudos americanos mostrando boa avaliação de suporte social, associada à aplicabilidade rápida e facilidade de compreensão. A escala é composta por 19 questões, compreendendo cinco dimensões funcionais de apoio social. As Questões de 1 a 4 referem-se ao domínio material; de 5 a 7 ao afetivo; de 8 a 11 ao emocional; de 12 a 15 à informação e de 16 a 19 à interação social positiva. Suas perguntas podem ser respondidas de cinco maneiras diferentes: nunca, raramente, às vezes, quase sempre, ou sempre.

Para cada resposta, são atribuídos escores que variam de 1 (nunca) a 5 (sempre), efetuando-se, em seguida, a soma dos pontos obtidos em cada pergunta. Os hipertensos foram agrupados em duas categorias: baixo apoio social (0 a 33 pontos) e alto apoio social (34 pontos ao máximo)[44].

Para a verificação do peso, altura e circunferência abdominal foi pedido o comparecimento do paciente à Unidade Básica, de preferência com roupas leves para interferir minimamente na pesagem. O peso (em kilogramas) foi determinado por meio de uma balança mecânica, com capacidade para 150 kg. A cada pesagem, a balança era tarada antes da próxima medida. A altura (em centímetros) foi mensurada com a régua antropométrica disponível na mesma balança de pesagem.

A verificação dessas duas variáveis, peso e altura, permitiu determinar o Índice de Massa Corpórea (IMC). A circunferência abdominal foi medida com fita métrica flexível. Foram observadas as recomendações da I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica[46].

A assiduidade às reuniões e os dados coletados foram anotados pelo grupo de pesquisadores mediante uso de uma ficha única do paciente, a fim de facilitar a confecção do banco de dados. (Apêndice H).

3.5 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

3.5.1 Com os profissionais da equipe de enfermagem

O questionário (Apêndice D) para avaliação do conhecimento pré-intervenção foi aplicado, antes da primeira aula, no final de outubro na Unidade da Vila Dalva e no início de novembro de 2006 na Unidade Boa Vista. Após todos os presentes terem entregado o questionário respondido, foi passado para eles o cronograma (Apêndice E) com os dias das aulas e os conteúdos que seriam abordados.

O agendamento das reuniões foi estabelecido baseado na indicação dos profissionais do melhor dia e horário para que eles pudessem participar sem nenhum prejuízo no desenvolvimento de suas atividades laborais. A fim de favorecer a participação de todos, foram estabelecidos dois horários em cada uma das Unidades com a finalidade de atender a todos os funcionários nos diferentes turnos. Os profissionais que decidiram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam ao questionário e o devolveram antes da primeira aula.

O plano de aulas (Apêndice A) foi elaborado, levando-se em conta os objetivos a serem alcançados com os funcionários. Na primeira aula (Apêndice B), foram usados recursos multimídia e mostrados diferentes aparelhos para verificação da pressão arterial. Os Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos foram treinados para usar o aparelho automático, o mesmo aparelho que foi mantido na Unidade no decorrer de todo o estudo. As aulas tiveram duração de quase uma hora. A participação dos presentes foi estimulada por meio de perguntas referentes ao tema da aula com objetivo de esclarecer dúvidas pertinentes ao assunto. Nesse primeiro contato, além da explanação do assunto, dos conceitos básicos relativos à hipertensão arterial, deu-se ênfase à importância da participação de todos.

Cada aula foi elaborada com intuito de apresentar os conceitos mais atuais ligados à doença, além de dados epidemiológicos no sentido de esclarecer a magnitude do problema da hipertensão arterial. A metodologia dialogada das aulas permitia a participação dos profissionais em qualquer momento. Houve, também, a preocupação com a linguagem utilizada para facilitar a compreensão de todos.

Após as aulas, abria-se oportunidade para novos esclarecimentos, além dos que foram efetuados durante a explanação do assunto. Em seguida, era oferecido um pequeno lanche promovendo descontração com o objetivo de estreitar o relacionamento e facilitar a interação de todos no grupo.

As aulas aconteceram a cada quinze dias, seguindo o cronograma (Apêndice D) de trabalho, que eventualmente sofreu alterações em função da disponibilidade da unidade liberar seus funcionários e local para ministrar as aulas dentro da própria Unidade.

Na Unidade Básica do Jardim Boa Vista, ao finalizar a sexta aula, os Agentes Comunitários foram informados por seu coordenador geral que eles estavam dispensados da participação das aulas seguintes pertinentes ao projeto em pauta. O motivo alegado é que deveriam participar de um treinamento oferecido pelo Município. Infelizmente, mesmo após a insistência do grupo de pesquisadores, os funcionários não mais compareceram às intervenções seguintes. Mantiveram-se até o término apenas os enfermeiros, auxiliares e técnicos. Ao todo, foram ministradas 11 aulas em cada uma das Unidades e, após a última aula, foi marcada a data para nova aplicação do instrumento de avaliação, que foi o mesmo aplicado inicialmente. Além das aulas dialogadas, interativas, outras estratégias foram usadas, tais como: estudo de caso (oriundo da própria unidade) e dinâmica motivacional, sempre sucedida de momentos de confraternização.

O conteúdo e a estratégia utilizados nas aulas foram estabelecidos, de acordo com o observado nas respostas do questionário e à medida que as dúvidas eram levantadas e pontos de maior desconhecimento identificados.

Após a ministração de todas as intervenções educativas, os profissionais participantes do estudo responderam novamente ao questionário para avaliação da assimilação de conhecimento sobre hipertensão. A avaliação final foi feita no final de maio / princípio de junho de 2007.

3.5.2 Com os hipertensos

A abordagem com os hipertensos foi feita em reunião previamente marcada com eles, por carta-convite entregue em mãos pelos agentes

comunitários. O encontro aconteceu em local apropriado, disponível na comunidade, conforme cronograma (Apêndice E).

Ao ser feita a primeira chamada dos hipertensos, conforme cronograma, para a apresentação do projeto, constatou-se a baixa freqüência (dois pacientes presentes na Unidade da Vila Dalva e quatro pacientes presentes no Jardim Boa Vista). Nova data foi estabelecida e novamente foi solicitado aos agentes de saúde que fizessem a entrega das correspondências. Mais uma vez constatou-se baixo índice de comparecimento (entre seis da Unidade Vila Dalva e vinte pacientes da Unidade Boa Vista). Desse modo, foi feita outra chamada acrescentando novos convidados para substituírem os que não compareceram às reuniões anteriores, desta vez, utilizando os correios para a entrega dos convites. A mudança da forma de envio do convite foi mudada, pois verificou-se que os agentes de saúde não realizaram as entregas, conforme havia sido acordado. A cada convocação, e para cada unidade, foram encaminhadas cerca de 250 a 300 cartas, incluindo, os pacientes freqüentes e os substitutos.

Nos encontros, foram expostos os objetivos do projeto; os pacientes foram convidados a participar do estudo, preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram feitas explanações amplas sobre a doença, observando linguagem clara, facilitando a compreensão dos hipertensos e, também, dinâmicas motivacionais de incentivo à adesão, sucedida de confraternização nos primeiros encontros.

Por ocasião dos encontros, foram feitas as medidas de pressão arterial de todos os participantes. No primeiro encontro, foram coletadas as medidas antropométricas e circunferência abdominal, além de três medidas da pressão arterial, que serão chamadas de pressão arterial inicial na análise dos resultados.

Nas comunidades abrangidas pelas Unidades Básicas, foram escolhidos participantes do estudo, locais para as reuniões que fossem de fácil localização e conhecidos da população. A princípio, as reuniões

ocorreram a cada 15 dias, conforme cronograma, nos finais de semana, por entender que não haveria problemas para alguns participarem, pois estariam desimpedidos da presença no trabalho formal.

Aos Agentes Comunitários, foi solicitado que intermediassem a entrega dos primeiros convites, já que se supunha haver boa relação entre estes e os pacientes. Houve preocupação em deixar os convites com antecedência para os Agentes, de modo que estes pudessem organizar suas visitas para entrega e para que, também, houvesse tempo aos pacientes se programarem.

As chamadas foram iniciadas no final de outubro / início de novembro de 2006 e as intervenções começaram em dezembro do mesmo ano (Apêndice E).

Em razão do número de pacientes estar aquém do necessário, foram feitas mais três chamadas em cada uma das Unidades, utilizando-se o envio de carta pelos correios. Apesar das tentativas para se obter a amostra inicial (sem sucesso), optou-se, então, por fazer o contato via telefone e mudar as reuniões para dias de semana, de acordo com a disponibilidade de tempo dos pacientes.

A escolha do dia da semana, o oferecimento de dois horários alternativos (um de manhã e outro no final da tarde), e o contato telefônico foi o que resultou em melhores índices de freqüência, porém o número de pacientes que aceitou participar da pesquisa, totalizou 290 pessoas nos dois grupos de estudo (com e sem intervenção educativa), somando-se as duas Unidades. Os instrumentos para verificação da adesão, transtornos mentais, apoio social e ingestão de bebida alcoólica foram aplicados, após o término das intervenções.

O Grupo II foi contatado ao final das intervenções do Grupo I. No estabelecimento desse grupo, assim como no outro não houve pronta aceitação dos pacientes. Também foram feitas três chamadas com intervalo de uma semana entre elas, foram enviadas cerca de 200 cartas em cada chamada e para cada Unidade.

Em ambas as Unidades, foram conseguidos o salão de igrejas conhecidas da população com a capacidade para cerca de 300 pessoas. Na impossibilidade do uso desses espaços, foram utilizadas escolas próximas às Unidades.

Para a coleta das medidas antropométricas no segundo encontro com os hipertensos do Grupo I, ocorrido nas Unidades Básicas, os pacientes foram divididos em grupos de 20 e chamados por telefone.

Para a verificação do peso, foi solicitado ao paciente que retirasse o calçado; em seguida, o paciente foi posicionado na balança com a solicitação de que se mantivesse quieto, sem movimentação durante o procedimento. Após a pesagem, a balança era travada e procedida a medida da altura.

A mensuração da altura foi feita com a régua contida na balança usada para pesagem. Solicitou-se que o paciente se posicionasse voltado para frente (de costas para a coluna da balança), pés juntos e olhando para o horizonte. Após a medida, a régua era travada, e o paciente auxiliado para descer dela. Em seguida, era feita a leitura dos valores de peso e altura e anotados em ficha individual.

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado, dividindo-se o peso (kg) pela altura ao quadrado (m^2), e a circunferência abdominal foi avaliada com fita métrica (de 1,5m, flexível e não distensível), colocada no ponto médio entre a crista ilíaca e o rebordo costal, com o paciente em pé, com os braços posicionados ao longo do corpo e na fase expiratória da respiração[45,47].

De acordo com a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, é considerado limite normal a circunferência <95 cm para homens e <80 cm para mulheres[46]. O IMC foi avaliado de acordo com o quadro a seguir.

Quadro 2 - Índice de Massa Corporal (IMC).

CATEGORIA	IMC	
Abaixo do peso	Abaixo de 18,5	**Peso saudável equivale ao peso Normal.**
Peso normal	**18,5 – 24,9**	
Sobrepeso	25,0 – 29,9	
Obesidade Grau I	30,0 – 34,9	
Obesidade Grau II	35,0 – 39,9	
Obesidade Grau III	40,0 e acima	

Fonte: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2006[47].

Para a medida da pressão arterial de todos os envolvidos no estudo, foram obedecidos o protocolo e os valores de referência estabelecidos pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Anexo H), sendo realizada com aparelho automático (OMROM - HEM 705CP), validado, conforme as normas internacionais da BHS (*British Hypertension society)* e a AAMI (*Association for the Advancement of Medical Instrumentation*), e pesquisa publicada na Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão[48].

O procedimento de medida da pressão arterial foi feito no membro superior esquerdo, com o braço apoiado na altura do coração. Foi solicitado aos hipertensos que estivessem com a bexiga urinária vazia, não tivessem ingerido bebida alcoólica, café ou ter fumado até 30 minutos anteriores a aferição estando os mesmos, sentados, com as pernas descruzadas. Efetuaram-se três verificações consecutivas, sendo o intervalo entre uma e outra medida de 1 a 2 minutos. Os seguintes passos foram obedecidos:

- Explicar ao paciente que seriam tomadas 3 medidas com intervalo de 1 minuto entre elas;
- Medir a circunferência do braço do paciente;
- Sentar o paciente confortavelmente;

- Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço;
- Colocar o manguito sem deixar folga, acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm;
- Posicionar o braço esquerdo do paciente na altura do coração;
- Apertar a tecla “start” no aparelho;
- Aguardar a medição automática e desinsuflação;
- Proceder a leitura e anotação dos dados obtidos e impressão dos mesmos;
- Retirar o manguito do braço do paciente; e
- Desligar o aparelho.

Os parâmetros estruturais dos pacientes do Grupo II (peso e altura) e a medida da pressão arterial iniciais foram coletados do prontuário, observando-se o mesmo período da coleta inicial com o Grupo I. Entretanto, a maioria não tinha peso, altura e circunferência abdominal anotados no prontuário inviabilizando, além do cálculo do Índice de Massa Corporal, a comparação destes dados com os do Grupo I. Os dados finais foram coletados, após o encerramento da coleta dos dados finais do Grupo I. Para isso, os pacientes foram convocados por cartas e telefonemas. Os dias de atendimento foram agendados, de acordo com disponibilidade dos pacientes.

Os instrumentos para verificação da adesão, ingestão de bebida alcoólica, transtornos mentais comuns e apoio social foram preenchidos de igual modo com todos os pacientes, já que muitos deles eram analfabetos ou só liam e escreviam o próprio nome. Para evitar viés na coleta dos dados, optou-se por entrevistar e preencher os instrumentos de cada um dos pacientes. O instrumento era lido na íntegra e repetida a pergunta, caso o paciente não compreendesse na primeira leitura.

A coleta dos dados finais foi iniciada em meados de outubro de 2007, estendendo-se até janeiro de 2008, em virtude de diversas intercorrências

desde indisponibilidade de sala na Unidade Básica até viagem de alguns dos pacientes. Foi dado um prazo de seis meses, desde o início das intervenções regulares, para que se observasse a efetiva mudança nos hábitos de vida e que se pudesse avaliar melhor a mudança dos parâmetros estruturais.

Para auxiliar na coleta dos dados, a pesquisadora contou com a ajuda de alunas de graduação com bolsa de iniciação científica em hipertensão e aluna do Programa de Pós-graduação “stricto senso” da Escola de Enfermagem da USP.

Análise dos Dados

4 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise estatística foi usado o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 7.5, realizada com a ajuda de um assessor estatístico. Para as variáveis classificatórias descritivas, foram empregadas tabelas contendo freqüências absolutas (n) e relativas (%) e para os dados contínuos, mínimo, máximo, média e desvio padrão.

Para as variáveis categóricas, utilizou-se o Teste Qui-quadrado, para a análise dos grupos nas variáveis contínuas o Teste t de Student, Teste U de Mann-Whitney, o Teste de Kruskal-Wallis, quando pertinentes. Para a comparação das médias dos dados contínuos, usou-se a análise da variância com um nível de classificação de $p<0,05$. Na análise bivariada, a associação entre as variáveis classificatórias foi realizada pelo Teste Qui-quadrado e Teste Exato de Fischer. As variáveis que apresentaram significância estatística na análise univariada, foram utilizadas no ajuste do modelo de regressão logística. O valor de $p<0,05$ foi considerado estatisticamente significante.

Resultados

5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em duas partes na forma de tabelas e figuras, conforme os objetivos estabelecidos no estudo. Inicialmente, foram colocados os dados descritivos, sucedidos dos valores da média e desvio-padrão quando pertinentes. Os dois grupos avaliados no estudo foram comparados em relação ao controle e não controle dos níveis de pressão arterial.

Na primeira parte, foram apresentados os dados referentes aos profissionais da equipe de enfermagem; na segunda parte, os referentes aos pacientes e na terceira parte, foram mostrados os dados dos hipertensos, de acordo com o controle da pressão encontrado no modelo de regressão logística.

5.1 PRIMEIRA PARTE

Os dados da Tabela 1 apresentam a caracterização biossócio-econômica da equipe de enfermagem envolvida no estudo. Os profissionais de enfermagem são trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde do Jardim Boa Vista (UBS 1) e da Vila Dalva (UBS 2). O número total desses profissionais foi 103, somando-se as duas unidades, 55 participaram das intervenções educativas com avaliações pré e pós-intervenções.

Os dados das Tabelas 2 e 3 mostram a comparação entre os Agentes Comunitários (Categoria 1) e os Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares (Categoria 2) em relação à porcentagem de acerto das questões referentes aos conhecimentos gerais sobre hipertensão pertinentes a todas as categorias profissionais.

Nos dados da Tabela 4, os resultados mostram os acertos dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, comparando as médias anteriores e posteriores ao processo educativo.

Tabela 1 - Características biossócio-econômicas da equipe de enfermagem que participou das avaliações pré e pós-intervenções educativas nas duas Unidades Básicas de Saúde (UBS). São Paulo, 2008.

VARIÁVEIS	UBS 1 n = 26		UBS 2 n = 29		TOTAL (N=55)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							0,550
Feminino	23	88,5	27	93,1	50	90,9	
Masculino	3	11,5	2	6,9	5	9,1	
Idade (em anos)							0,898
≤ 40	13	50,0	15	51,7	28	50,9	
> 40	13	50,0	14	48,3	27	49,1	
Estado Civil							0,944
Com companheiro	15	57,7	17	58,6	32	58,2	
Sem companheiro	11	42,3	12	41,4	23	41,8	
Escolaridade							0,393
1º. Grau	2	7,7	1	3,4	3	5,5	
2º. Grau	19	73,1	18	62,1	37	67,3	
3º. Grau	5	19,2	10	34,5	15	27,3	
Categoria Profissional							0,540
Agente Comunitário de Saúde	18	69,2	19	65,5	37	67,3	
Auxiliar de enfermagem	5	19,2	6	20,7	11	20,0	
Enfermeiro	3	11,5	2	6,9	5	9,1	
Técnico em enfermagem	0	0	2	6,9	2	3,6	
Atua na categoria profissional*							0,173
Sim	26	100	27	93,1	53	96,4	
Não	0	0	2	6,9	2	3,6	
Trabalha em outro local							
Não	22	88,0	28	96,6	50	90,9	0,232
Sim	4	15,4	1	3,4	5	9,1	
Renda Pessoal (salários mínimos)							0,786
< 3	16	69,6	19	73,1	35	63,5	
≥ 3	7	30,4	7	26,9	14	25,5	
Tempo de trabalho na Unidade Básica de Saúde (meses)							0,878
< 12	5	19,2	7	24,1	12	21,8	
12 ├┤ 36	5	19,2	6	20,8	11	20	
> 36	16	61,6	16	55,1	32	58,2	
Participação em curso sobre hipertensão (meses)							0,664
Nunca participou	13	50,0	14	48,3	27	49,1	
< 12	10	38,5	11	37,9	21	38,2	
≥ 12	3	11,5	4	13,8	7	12,7	

* Técnicos em enfermagem que trabalham como auxiliar.

Os resultados da Tabela 1 mostram que a maioria dos profissionais participantes das intervenções educativas era do sexo feminino, com idade menor ou igual a 40 anos, com companheiro, 2º grau completo ou incompleto, pertencentes à categoria profissional dos Agentes Comunitários de Saúde, atuam em sua categoria profissional, não trabalham em outro local, possuem renda pessoal menor que três salários mínimos e trabalham há mais de 36 meses na mesma unidade. Cerca da metade dos profissionais mencionou já ter participado de curso de atualização em hipertensão, porém

ressalta-se a porcentagem daqueles que referiram nunca ter participado (50,0% UBS Jd. Boa Vista e 48,3% UBS Vila Dalva). Os participantes das duas Unidades de Saúde apresentaram características similares.

Tabela 2 - Conhecimento sobre hipertensão arterial e tratamento, dos Agentes Comunitários de Saúde (Categoria 1), Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem (Categoria 2). São Paulo, 2008.

Varíaveis	Pré-intervenção				Pós-intervenção				Total	
Conhecimento	Categoria 1*(n=37)		Categoria 2**(n=18)		Categoria 1*(n=37)		Categoria 2**(n=18)		Pré	Pós
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	N
Pressão alta no adulto é :										
≥ 120x100mmHg	4	10,8	1	5,5	0	0	0	0	5	0
≥ 140x90 mmHg	18	48,6	10	27,0	29	78,4	15	83,3	28	44
≥ 130x90 mmHg	12	32,4	5	13,5	7	18,9	3	16,7	17	10
depende da idade	3	8,2	2	5,4	1	2,7	0	0	5	1
A hipertensão arterial é uma doença:										
crônica, progressivo-degenerativa que afeta os rins.	1	2,7	0	0	0	0	0	0	1	0
crônica, progressivo-degenerativa que afeta o coração.	8	21,6	1	5,5	2	5,4	0	0	9	2
crônica, progressivo-degenerativa que afeta o cérebro.	1	2,7	0	0	1	2,7	0	0	1	1
Todas as alternativas estão corretas.	27	73,0	17	94,4	34	91,9	18	100	44	52
No tratamento da Hipertensão:										
Pode ser interrompido o uso dos medicamentos quando a pressão estiver controlada.	5	13,5	1	5,5	1	2,7	0	0	6	1
Para o controle da hipertensão arterial podemos usar medidas medicamentosas e/ou não-medicamentosas.	30	81,1	17	94,4	33	89,2	18	100	47	51
Os medicamentos para o controle da pressão arterial não apresentam efeitos indesejáveis.	1	2,7	0	0	1	2,7	0	0	1	1
Não existem muitos medicamentos disponíveis para o controle da pressão arterial.	1	2,7	0	0	1	2,7	0	0	1	1
Quais orientações você dá?* **										
Orientações quanto a mudanças no estilo de vida.	15	40,5	17	94,4	33	89,2	15	83,3	32	48
Orientações quanto à doença e tratamentos.	13	35,1	11	61,1	12	32,4	12	66,7	24	24
Orientações quanto à importância da adesão aos tratamentos.	7	19,0	4	22,2	12	32,4	3	16,7	11	15
Os tratamentos não-medicamentosos para a hipertensão incluem:										
Cuidados na alimentação	37	100	18	100	37	100	18	100	55	55
Mudanças nos hábitos de vida	37	100	18	100	37	100	18	100	55	55
Você orienta seus pacientes sobre hipertensão?										
Não	0	0	1	5,5	0	0	0	0	1	0
Sim	37	100	17	94,4	37	100	18	100	54	55

Os dados da Tabela 2 mostram que todos os profissionais da equipe de enfermagem aumentaram os porcentuais de respostas corretas após o processo educativo, quando comparados ao conhecimento anterior. Ressalta-se a questão sobre o conceito de hipertensão quando o aumento no porcentual de acerto dos Agentes Comunitários passou de 48,6% para 72,4% e dos Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de enfermagem passou de 27,0% para 83,3%.

Tabela 3 - Porcentual de acerto dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares (Categoria 2) nas questões específicas sobre hipertensão e medida da pressão antes e após o processo educativo. São Paulo, 2008.

Varíaveis	**Categoria 2****			
	Pré-intervenção		**Pós-intervenção**	
Conhecimento	**N**	**%**	**N**	**%**
À pressão arterial máxima e mínima chamamos respectivamente:				
Sistólica, momento de esvaziamento de sangue das câmaras cardíacas e Diastólica, momento de enchimento de sangue das câmaras cardíaca.	2	11,1	14	77,8
Diastólica, momento de esvaziamento de sangue das câmaras cardíacas e Sistólica, momento de enchimento de sangue das câmaras cardíacas.	2	11,1	0	0
Sistólica, momento de enchimento de sangue das câmaras cardíacas e Diastólica, momento de esvaziamento de sangue das câmaras cardíacas.	13	76,5	3	17,6
Diastólica, momento de enchimento de sangue das câmaras cardíacas e Sistólica, momento de esvaziamento de sangue das câmaras cardíacas.	1	5,5	1	5,5
A pressão sistólica e a pressão diastólica são definidas, respectivamente, no:				
Aparecimento do som mais forte e desaparecimento dos sons (Fases II e V de Korotkoff, respectivamente).	3	16,7	6	33,3
Aparecimento do som mais forte e abafamento dos sons(Fases II e IV de Korotkoff, respectivamente).	4	22,2	4	22,2
Aparecimento do primeiro som regular e abafamento dos sons(Fases I e IV de Korotkoff, respectivamente).	6	33,3	3	16,7
Aparecimento do primeiro som regular e desaparecimento dos sons(Fases I e V de Korotkoff, respectivamente).	5	27,8	5	27,8
A largura e o comprimento da bolsa de borracha do manguito devem respectivamente corresponder a quais dimensões da circunferência do braço do paciente?				
20%; circundar pelo menos 70% do braço do paciente.	1	5,5	2	11,1
40%; circundar pelo menos 80% do braço do paciente.	10	55,5	13	72,2
Circundar pelo menos 60% do braço do paciente.	4	22,2	0	0
Nenhuma das alternativas está correta.	3	16,7	3	16,7
O manguito muito estreito em relação ao braço da pessoa pode causar:				
Falsa elevação dos valores da pressão arterial.	7	38,9	13	72,2
Falsa diminuição dos valores da pressão arterial.	3	16,7	4	22,2
Elevação da pressão sistólica e diminuição da pressão sistólica.	2	11,1	1	5,5
Não altera o valor obtido da pressão arterial.	6	33,3	0	0

O manguito muito largo em relação ao braço da pessoa pode causar:				
Diminuição da pressão sistólica e elevação da pressão diastólica.	2	11,1	1	5,5
Falsa elevação dos valores da pressão arterial.	8	44,4	5	27,8
Falsa diminuição dos valores da pressão arterial.	6	33,3	12	66,7
Não altera o valor obtido da pressão arterial.	2	11,1	0	0
O manômetro usado para medida da pressão mais apropriado por descalibrar mais dificilmente é:				
Aneróide	10	55,5	2	11,1
Coluna de mercúrio	7	38,9	14	77,8
Eletrônico	1	5,5	2	11,1
É indiferente	0	0	0	0
A freqüência que você considera que os aparelhos de medida da pressão arterial devam ser avaliados e sofrer manutenção é:				
De 6 a 12 meses	18	100	18	100
De 12 a 18 meses	0	0	0	0
De 18 a 24 meses	0	0	0	0
De 24 a 30 meses	0	0	0	0
Os fatores relacionados ao paciente que podem interferir na medida da pressão arterial são:				
Descanso prévio	5	27,8	1	5,5
Bexiga cheia	3	16,7	1	5,5
Ingestão de alimentos ou bebida alcoólica	12	66,7	0	0
Todas estão corretas	0	0	16	88,9
Os fatores relacionados ao observador que podem interferir na medida da pressão arterial são:				
Posição dos olhos do observador em relação à coluna de mercúrio ou mostrador do manômetro aneróide.	6	33,3	3	16,7
Preferência por números terminados em “0” ou “5” para o registro dos valores da pressão arterial.	2	11,1	1	5,5
Interação entre observador e paciente.	7	38,9	1	5,5
Todas estão corretas	5	27,8	13	72,2
Quais os cuidados que você tem antes de aferir a pressão arterial de um paciente:				
Medir a circunferência do braço do paciente.	7	38,9	14	77,8
Explicar o procedimento ao paciente.	10	55,5	17	94,4
Solicitar ao paciente que repouse pelo menos 5 minutos em ambiente calmo.	15	83,3	15	83,3
Evitar que o paciente esteja com a bexiga cheia.	12	66,7	15	83,3
Assegurar-se de que o paciente não praticou exercícios físicos 60 a 90 minutos antes.	12	66,7	17	94,4
Assegurar-se de que o paciente não ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não fumou 30 minutos antes.	11	61,1	16	88,9
Manter descruzadas as pernas do paciente, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado.	15	83,3	17	94,4
Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito.	16	88,9	17	94,4
Posicionar o braço na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.	16	88,9	15	83,3
Colocar o manguito cerca de 2 a 3 cm acima da fossa cubital.	17	94,4	16	88,9
Solicitar para que não fale durante a medida da pressão.	17	94,4	17	94,4
Verificar se o manômetro está calibrado.	16	88,9	17	94,4
Estimar o nível da pressão sistólica palpando o pulso radial e inflando o manguito até desaparecer o pulso e desinflar rapidamente.	13	72,2	16	88,9
Após o procedimento acima, aguardar 1 minuto e proceder a medida da pressão.	9	50	13	72,2

Os resultados apresentados na Tabela 3 mostram que houve aumento no porcentual de acerto na maioria das questões. Em relação às questões, verificou-se que: naquela que se referia ao conceito de pressão máxima (sistólica) e mínima (diastólica) houve elevação no porcentual de acerto de 11,0% para 77,8%. Na questão sobre os sons de Korotkoff, não houve melhora no porcentual, mantendo-se em 27,0% antes e após as intervenções educativas. A respeito da largura e comprimento da bolsa de borracha, o porcentual aumentou de 55,5% para 72,2%; sobre o manguito estreito em relação ao braço, o porcentual aumentou de 39,8% para 78,2% e quando questionados sobre o manguito largo, o porcentual de acerto passou de 33,3% para 66,7%.

Em relação ao manômetro, o porcentual de acerto aumentou de 38,9% para 77,8%. Na questão sobre a freqüência da calibração dos aparelhos, 100% dos profissionais acertaram antes e após as intervenções. Sobre os fatores relacionados ao observador que podem interferir na medida da pressão, o porcentual de acerto passou de 27,8% para 72,2%.

A questão referente aos cuidados antes da verificação da pressão permitiu o assinalamento de mais de uma opção, com a possibilidade de indicar todas caso desejasse. Nesta questão, observa-se que os itens com menor porcentual de assinalamento, embora acima de 70%, foram aguardar um minuto entre a estimativa da pressão e o procedimento de medida (72,2%) e medir a circunferência do braço do paciente, a fim de escolher corretamente o manguito adequado (77,8%).

Tabela 4 - Comparação da média de acertos dos Agentes Comunitários de Saúde (Categoria 1) e dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (Categoria 2) nas avaliações anteriores e posteriores ao processo educativo nas questões pertinentes a estas categorias. São Paulo, 2008.

CATEGORIA PROFISSIONAL	**Media ± DP (%)**		**Valor p**
	Pré	**Pós**	
Agente Comunitário de Saúde (n=37)	80,8±12,2	83,5±24,0	0,235
Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (n=18)	84,6±12,0	92,7±15,0	**0,026**
TOTAL (N=55)	82,0±12,2	86,5±21,8	0,157

Nos dados da Tabela 4, os resultados evidenciaram uma média de acerto estatisticamente significante no grupo formado pelos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, quando comparada à média de acerto anterior e à media posterior ao processo educativo (84,61±12,09 *vs* 92,73±15,03, $p<0,05$).

5.2 SEGUNDA PARTE

Da Tabela 5 à Tabela 10 são apresentados os dados de caracterização da população estudada em relação aos aspectos socioeconômicos, hábitos de vida, diagnóstico da doença, crenças e conhecimentos sobre a hipertensão, atitudes frente ao tratamento, interrupção do tratamento e faltas às consultas médicas.

A seguir, nas Tabelas 12 a 15 são apresentados os parâmetros estruturais (peso, altura, circunferência abdominal e Índice de Massa Corporal) e os valores de pressão arterial inicial e final, separadamente, de ambos os grupos avaliados no estudo, comparando-os entre si e relacionando-os com o controle da pressão. Também serão apresentados os dados dos pacientes agrupados, comparando-os com o controle inicial e final.

Nas Tabelas 16 a 19 serão mostrados os resultados referentes ao instrumento de avaliação de ingestão de bebida alcoólica (AUDIT).

As Tabelas 20 a 26, referem-se aos resultados encontrados no Teste de Morisky e Green para avaliação da adesão ao tratamento e no Formulário de Investigação dos fatores dificultadores da adesão.

Em seguida, das Tabelas 27 a 31 serão mostrados os resultados encontrados no *Self Report Questionnaire* – SRQ 20, que verifica a presença de transtornos mentais comuns.

Nas Tabelas 32 a 35, são mostrados os resultados obtidos na aplicação da Escala de Apoio Social.

Tabela 5 - Características biossócio-econômicas e hábitos de vida dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas. São Paulo, 2008.

VARIÁVEIS	HIPERTENSOS						Valor p
	Grupo I		Grupo II		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Idade (em anos)							0,234
> 60	84	58,3	75	51,4	159	54,8	
≤ 60	60	41,7	71	48,6	131	45,2	
Média±DP	61,2±11,0		59,1±12,4		60,1±11,8		
Sexo							**0,010**
Feminino	100	69,4	80	54,8	180	62,1	
Masculino	44	30,6	66	45,2	110	37,9	
Etnia							0,806
Branca	76	52,8	82	57,3	158	54,5	
Não branca	68	47,2	64	42,7	132	45,5	
Estado Civil							0,091
Com companheiro	81	56,3	96	65,7	177	61,0	
Sem companheiro	63	43,7	50	34,3	113	39,0	
Escolaridade							0,880
Analfabeto/Lê e escreve	33	25	37	26,1	70	25,5	
Fundamental/Médio	95	72,0	102	71,8	197	71,9	
Superior	4	3,0	3	2,1	7	2,6	
Ocupação							**0,001**
Autônomo(a)	49	34,0	59	40,4	108	42,5	
”do lar”	58	40,4	32	21,9	90	35,4	
Aposentado(a)	23	16,0	5	3,4	28	11,0	
Com vínculo empregatício	10	6,9	10	6,8	20	7,9	
Desempregado(a)	4	2,7	4	2,7	8	3,2	
Moradia							0,369
Casa própria	105	82,0	120	82,2	225	82,1	
Casa alugada	13	10,2	14	9,6	27	9,9	
Casa cedida	10	7,8	12	8,2	22	8,0	
Responsável pela renda familiar							0,184
O próprio paciente	61	42,4	75	51,4	136	46,9	
Cônjuge	37	25,7	24	16,4	61	21,0	
Casal	21	14,6	30	20,5	51	17,6	
Outra pessoa da família	11	7,6	8	5,5	19	6,5	
Filho	10	6,9	7	4,8	17	5,9	
Renda familiar (salário mínimo)							0,127
< 1	11	7,6	20	14,3	31	10,7	
1 ├┤ 3	80	55,5	73	52,1	153	52,7	
4 ├┤ 5	46	32,0	35	25,0	81	28,0	
6 ├┤ 10	4	2,8	11	7,9	15	5,2	
>10	0	0	1	0,7	1	0,3	
Atividade física regular							0,190
Não	68	47,2	85	58,2	153	53,5	
Sim	53	36,8	41	28,1	94	32,9	
Parei	19	34,0	20	13,7	39	13,6	
Tabagismo							0,413
Nunca	89	64,5	83	56,8	172	60,6	
Parou	35	25,4	46	31,5	81	28,5	
Sim	14	10,1	17	11,6	31	10,9	
Etilismo							**0,046**
Nunca	87	71,3	79	58,1	166	64,3	
Sim	25	20,5	34	25,0	59	22,9	
Parou	10	8,2	23	16,9	33	12,8	

Os dados da Tabela 5 mostram que a maioria dos hipertensos estudados tinha idade maior que 60 anos, era do sexo feminino, de etnia branca, possuía companheiro, baixa escolaridade, com renda de até três salários mínimos, residia em casa própria, era autônomo ou “do lar”. Na maior parte, o próprio paciente era o responsável pela renda familiar. Os dois grupos de hipertensos estudados apenas se diferenciaram de forma estatisticamente significante ($p<0,05$) em relação ao sexo, ocupação e etilismo: no grupo que recebeu as intervenções educativas, houve predomínio de mulheres, com atividades “do lar” e que nunca referiram ingestão de bebida alcoólica, ao passo que no grupo sem intervenção (Grupo II), os autônomos que nunca bebem foram mais freqüentes.

Quanto aos hábitos de vida, a maioria referiu nunca ter fumado e apenas cerca de um terço (33%) realiza atividade física.

Tabela 6 - Características do diagnóstico da hipertensão arterial dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas. São Paulo, 2008.

Variáveis	Hipertensos				Total		Valor p
	Grupo I		Grupo II				
	N	%	N	%	N	%	
Tempo de hipertensão (anos)							0,060
Não sabia	19	13,2	5	3,4	24	8,3	
Até 1	2	1,4	15	10,3	17	5,9	
2 a 5	28	19,4	34	23,3	62	21,4	
6 a 10	32	22,2	28	19,2	60	20,7	
> 10	63	43,8	64	43,8	127	43,7	
Como descobriu que tinha pressão alta							
Sentiu-se mal	85	59,0	68	46,6	153	52,7	0,717
Exame médico de rotina	47	32,6	64	43,8	111	38,3	
Campanhas de medida de pressão	8	5,5	9	6,2	17	5,9	
Exame de admissão	3	2,1	4	2,7	7	2,5	
Farmácia	0	0	1	0,7	1	0,3	
Outros	1	0,8	0	0	1	0,3	
Pressão alta na gravidez							0,057
Não	40	40,0	36	45,0	76	42,2	
Sim	32	32,0	30	37,5	62	34,4	
Não sabe	14	14,0	12	15,0	26	14,4	
Não informou	14	14,0	2	2,5	16	9,0	
Hábito de medir a pressão							0,748
Sim	106	73,6	99	68,3	205	70,7	
Não	38	26,4	47	31,7	85	29,3	
Local onde mede a pressão							
Posto de Saúde / hospital	75	70,7	67	67,7	142	69,2	
Em casa	24	22,6	23	23,2	47	23,0	
Farmácia	7	6,7	9	9,1	16	7,8	
Precisar de atendimento de urgência por pressão alta no último ano							0,327
Não	101	70,1	107	73,3	208	71,7	
Sim	26	18,1	37	25,3	63	21,7	
Não informou	17	11,8	2	1,4	19	6,6	

A maior parte dos hipertensos (43,7%) referiu ter a doença há mais de 10 anos e os motivos que mais contribuíram para a descoberta da doença foram porque “se sentiu mal” e em “exame médico de rotina”. Quanto ao hábito de medir a pressão, a maioria referiu efetuar a medida regularmente, em instituição de saúde, e no último ano não procurou atendimento de urgência. Entre as mulheres, apesar de a maior parte referir não ter tido pressão alta na gravidez, chama atenção o porcentual daquelas que referiram sim (34,4%). Os dois grupos de hipertensos não se

diferenciaram de forma estatisticamente significante em relação a essas características (Tabela 6).

Tabela 7 - Antecedentes familiares, para doenças cardiovasculares, e pessoais dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas . São Paulo, 2008.

Variáveis	Hipertensos				Total		Valor p
	Grupo I		Grupo II				
	N	%	N	%	N	%	
Antecedentes familiares							
Hipertensão arterial							0,837
Sim	97	75,8	116	79,5	213	77,8	
Não	22	17,2	22	15,1	44	16,0	
Não sabe	9	7,0	8	5,5	17	6,2	
Problemas Cardíacos							0,391
Não	69	53,5	70	47,9	139	50,7	
Sim	53	41,1	64	43,8	117	42,7	
Não sabe	6	4,7	12	8,2	18	6,6	
Derrame							0,239
Não	70	54,7	95	65,1	165	60,2	
Sim	50	39,1	43	29,5	93	34,0	
Não sabe	8	6,2	8	5,5	16	5,8	
Diabetes							0,546
Sim	56	43,8	74	50,7	130	47,4	
Não	62	48,4	64	43,8	126	46,0	
Não sabe	10	7,8	8	5,5	18	6,6	
Antecedentes pessoais							
Aumento do Colesterol	52	48,2	62	48,5	114	48,3	0,799
Diabetes	39	36,1	43	33,6	82	34,7	0,709
Infarto	10	9,2	13	10,1	23	9,7	0,762
Derrame	7	6,5	10	7,8	17	7,3	0,648

Quanto aos antecedentes familiares dos hipertensos estudados, a maioria referiu história familiar para hipertensão arterial (77,8%) e em menores freqüências história de diabetes (47,4%), problemas cardíacos (42,7%) e derrame (34,0%). Os dois grupos de hipertensos não se diferenciaram de forma estatisticamente significante em relação a essas características. Em relação aos antecedentes pessoais, a maior parte referiu ter hipercolesterolemia (48,3%), concomitante à hipertensão, seguido de diabetes (34,7%).Também nessas características não houve diferença estatística significante entre os grupos (Tabela 7).

Tabela 8 - Crenças e conhecimentos dos hipertensos sobre a doença nos grupos participantes (grupo I) e não participantes (grupo II) das intervenções educativas. São Paulo, 2008.

Variáveis	Hipertensos				Total		Valor p
	Grupo I		Grupo II				
	N	%	N	%	N	%	
Acredita que tratar a hipertensão pode evitar							
Diabetes							**0,026**
Não sabe	95	75,4	88	60,3	183	67,3	
Sim	22	17,5	45	30,8	67	24,6	
Não	9	7,1	13	8,9	22	8,1	
Infarto							0,279
Sim	78	58,2	100	68,5	178	63,1	
Não sabe	45	33,6	40	27,4	95	33,7	
Não	3	2,2	6	4,1	9	3,2	
Derrame							0,818
Sim	70	55,5	85	58,2	155	57,0	
Não sabe	51	40,5	54	37,0	105	38,6	
Não	5	4,0	7	4,8	12	4,4	
Problemas Renais							**0,002**
Não sabe	104	82,5	93	63,7	197	72,4	
Sim	16	12,7	40	27,4	56	20,6	
Não	6	4,8	13	8,9	19	7,0	
Impotência Sexual							**0,001**
Não sabe	112	89,0	103	70,5	215	79,0	
Sim	7	5,5	30	20,6	37	13,6	
Não	7	5,5	13	8,9	20	7,4	

No que diz respeito ao conhecimento sobre a hipertensão arterial, os resultados apresentados na tabela acima mostram que a maioria referiu não saber se o tratamento da hipertensão podia evitar o diabetes, problemas renais e impotência sexual. Porém, os dois grupos de hipertensos se comportaram de forma distinta, estatisticamente significante ($p<0,05$) com predomínio de falta de conhecimento nos hipertensos do grupo que participou do processo educativo. Quanto ao infarto e o derrame, a maioria referiu que tratar a hipertensão pode evitá-los, porém sem distinção de conhecimento entre os grupos (Tabela 8).

Tabela 9 - Atitudes dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas frente ao tratamento, interrupção do tratamento e motivos referidos para a interrupção. São Paulo, 2008.

Variáveis	Hipertensos				Total		Valor p
	Grupo I		Grupo II				
	N	%	N	%	N	%	
Toma medicamento para pressão alta							**0,041**
Sim	134	95,0	129	88,4	263	91,6	
Não	7	5,0	17	11,6	24	8,4	
Interrupção do tratamento							**0,000**
Não	120	83,3	83	56,8	203	70,0	
Sim	24	16,7	63	43,2	87	30,0	
Motivos para a interrupção							
Não sente nada	6	25,0	18	28,6	24	27,6	
Não sente necessidade de se tratar	3	12,5	18	28,6	21	24,1	
Não foi orientado a tomar o remédio	5	20,8	11	17,5	16	18,4	
Acredita que a hipertensão não é tão grave	1	4,2	13	20,6	14	16,1	
Ter que tomar várias vezes ao dia	1	4,2	11	17,5	12	13,8	
Remédios caros	1	4,2	11	17,5	12	13,8	
Vontade própria	3	12,5	8	12,7	11	12,6	
Dificuldade para conseguir os medicamentos	1	4,2	8	12,7	9	10,3	
Acha que está curado	2	8,3	5	7,9	7	8,0	
Ordem médica	3	12,5	4	6,3	7	8,0	
Interrompeu pra fazer exames	1	4,2	5	7,9	6	6,9	
Só toma o remédio quando se sente mal	0	0,0	5	7,9	5	5,7	
Outros	3	12,5	4	6,3	7	8,0	
Sentiu-se mal com o remédio	1	33,3	3	75,0	4	57,1	
Para ingerir bebida alcoólica	2	66,7	1	25,0	3	42,8	

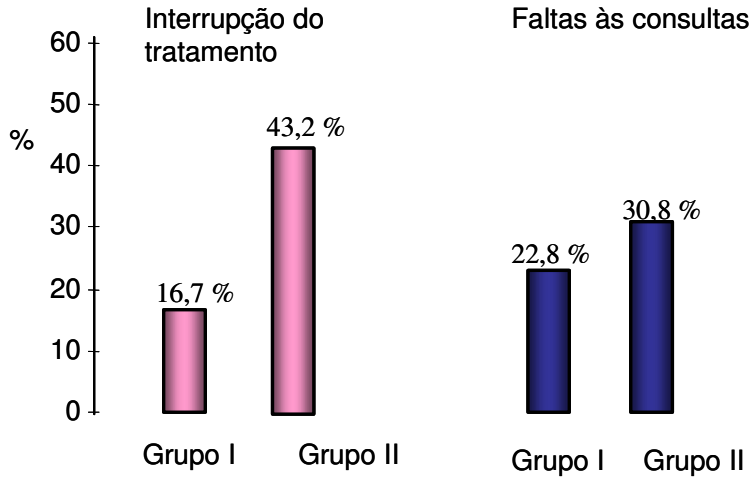

Figura 1 - Interrupção e falta às consultas dos hipertensos que participaram (grupo I) e não participaram das intervenções educativas (grupo II).

Os dados da Tabela 9 mostram que a maioria dos pacientes submetidos às intervenções educativas toma medicamento para o controle da pressão (95,0% *vs* 88,4%) enquanto, entre os que não tomam, a maior parte pertence ao grupo que não participou das intervenções educativas (p<0,05). Apenas 8,3% informaram não tomar remédio para o controle da pressão, porém um terço informou já ter interrompido o tratamento. Ressalta-se que os hipertensos do Grupo II, sem intervenção educativa, interromperam mais, de forma estatisticamente significante, o tratamento do que os hipertensos do Grupo I (43,2% *vs* 16,7%, p<0,05). Entre aqueles que já interromperam o tratamento, os motivos mais citados foram: não sente nada (27,6%), não sente necessidade de se tratar (24,1%) e não foi orientado a tomar o remédio (18,4%).(Figura 1).

Tabela 10 - Falta às consultas e motivos referidos pelos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas. São Paulo, 2008.

Variáveis	Hipertensos				Total		Valor p
	Grupo I		Grupo II				
	N	%	N	%	N	%	
Falta às consultas médicas							0,205
Não	98	77,2	101	69,2	199	72,9	
Sim	29	22,8	45	30,8	74	27,1	
Motivos para as faltas							
Esquecimento	17	58,6	20	44,4	37	50,0	0,201
Não faltar ao trabalho	2	6,9	19	42,2	21	28,3	**0,002**
Horário do atendimento	3	10,3	7	15,5	10	13,5	0,583
Sentir-se bem	3	10,3	4	8,9	7	9,5	0,265
Viagem	4	13,8	2	4,4	6	8,1	0,129
Compromisso particular	2	6,9	4	8,9	6	8,1	0,992
Distância	1	3,4	5	11,1	6	8,1	0,774
Consultas muito rápidas	1	3,4	4	8,9	5	6,7	0,394
Não ter com quem deixar os filhos / netos	1	3,4	3	6,7	4	5,4	0,586
Necessidade de companhia	0	0,0	3	6,7	3	4,0	0,168
Tempo de espera	0	0,0	3	6,7	3	4,0	0,168
Má informação quanto ao retorno	0	0,0	3	6,7	3	4,0	0,168
Doença na família	3	10,3	0	0,0	3	4,0	0,719
Não gostou do médico	1	3,4	1	2,2	2	2,7	0,719
Falta de dinheiro para transporte	0	0,0	2	4,4	2	2,7	0,263

Nos dados da tabela 10 e Figura 1 apesar da maioria dos pacientes ter referido não faltar às consultas médicas agendadas, chama atenção que quase um terço (27,1%) apontou tal atitude. Dentre os que faltaram, os motivos mais citados foram esquecimento e para não faltar ao trabalho, sendo este estatisticamente significante para os hipertensos do Grupo II quando comparado aos hipertensos que participaram das intervenções educativas (42,2% *vs* 6,9%, respectivamente, p<0,05)

Tabela 11 - Características estruturais dos hipertensos (grupo I) no início e final das intervenções educativas. São Paulo, 2008.

Variáveis	N	Média±DP	Valor p
Circunferência Abdominal (cm)			0,083
Inicial	140	100,7±13,0	
Final	140	99,8±11,3	
Índice de Massa Corporal (Kg/m^2)			0,823
Inicial	139	29,5±5,0	
Final	139	28,4±3,5	
Pressão Arterial Sistólica (mmHg)			**0,004**
Inicial	144	141,7±23,2	
Final	144	137,1±22,8	
Pressão Arterial Diastólica (mmHg)			**0,021**
Inicial	144	82,5±12,0	
Final	144	80,6±11,9	

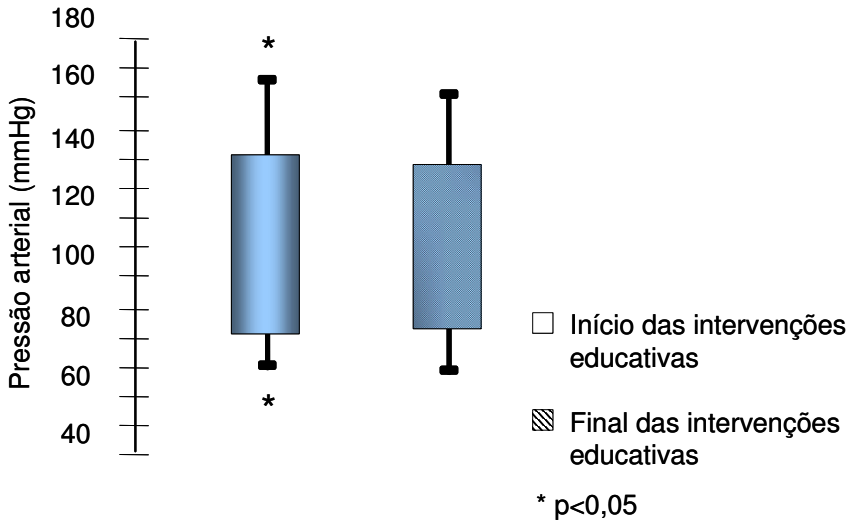

Figura 2 - Pressão arterial dos hipertensos (grupo I) antes e após intervenções educativas. São Paulo, 2008.

Os dados da Tabela 11 mostram que a circunferência abdominal e o Índice de Massa Corporal dos hipertensos que participaram das intervenções educativas não se modificaram, no decorrer do processo e que se manteve acima do recomendado para mulheres e próximo do limite máximo para homens. Houve diminuição estatisticamente significante considerando início e final do processo educativo nos valores da pressão sistólica (141,7±23,29 *vs* 137,1±22,80) e pressão diastólica (82,5±12,0 *vs* 80,6±11,9 mmHg).(Figura 2).

Tabela 12 - Comparação das características estruturais e pressão arterial final dos hipertensos do grupo participante (Grupo I) e não participante (Grupo II) das intervenções educativas. No final do processo educativo. São Paulo, 2008.

Variáveis	**Hipertensos**		
	Média±DP		**Valor p**
	Grupo I	**Grupo II**	
Circunferência Abdominal (cm) final	99,8±11,2	100,5±14,2	0,641
Índice de Massa Corporal (Kg/m^2) final	28,4±3,5	29,9±4,6	0,664
Pressão Arterial Sistólica (mmHg) final	137,1±22,7	140,4±22,0	0,213
Pressão Arterial Diastólica (mmHg) final	80,6±11,9	81,6±12,1	0,478

Os dados da tabela 12 mostram que na comparação entre os dois grupos no final das intervenções educativas não houve diferenças em relação às variáveis: circunferência abdominal, Índice de Massa Corporal e pressão arterial sistólica e diastólica.

Tabela 13 - Comparação das médias da pressão arterial pré e pós-intervenções educativas entre os hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas. São Paulo, 2008.

Variáveis	***Hipertensos***		***Valor p***
	Grupo I (n=144)	**Grupo II (n=146)**	
	Média±DP		
Pressão arterial sistólica inicial	141,7±23,3	143,4±20,3	**0,004**
Pressão arterial sistólica final	137,2±22,8	140,5±22,0	
Pressão arterial diastólica inicial	82,6±12,0	86,6±13,3	**0,021**
Pressão arterial diastólica final	80,6±12,0	81,6±12,1	

Os dados da tabela 13 mostraram que os hipertensos do grupo participante das intervenções educativas apresentaram melhor controle da pressão quando comparados aos pacientes que não participaram do processo educativo, sendo estas diferenças entre os grupo estatisticamente significantes (p<0,05). Considerando-se os valores obtidos antes das intervenções educativas, os pacientes do grupo sob intervenção já apresentavam melhores níveis de pressão que os pacientes do grupo que seguiram a rotina normal da Unidade Básica (141,7±23,3 *vs* 143,4±20,3 e 82,6±12,0 *vs* 86,6±13,3). Ao término das intervenções os valores obtidos pelo grupo participante do processo educativo também se mostraram melhores, estatisticamente significantes, quando comparado ao Grupo II que não participou (137,2±22,8 vs 140,5±22,0 e 80,6±12,0 vs 81,6±12,1), ficando abaixo da faixa de hipertensão arterial (< 140/90mmHg).

Tabela 14 - Comparação do controle da pressão arterial pré e pós-intervenções educativas entre os hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas. São Paulo, 2008.

Variáveis	**Hipertensos**				**TOTAL**		**Valor p**
	Grupo I (n=144)		**Grupo II (n=146)**				
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Pressão arterial pré intervenções (inicial)							**0,024**
Controlado (PA<140x90mmHg)	67	46,5	49	33,6	116	40,0	
Não controlado (PA ≥140x90mmHg)	77	53,5	97	66,4	174	60,0	
Pressão arterial pós intervenções (final)							0,270
Controlado (PA<140x90mmHg)	91	63,2	83	56,8	174	60,0	
Não controlado (PA ≥140x90mmHg)	53	36,8	63	43,2	116	40,0	
Valor p	**0,001**		**0,000**				

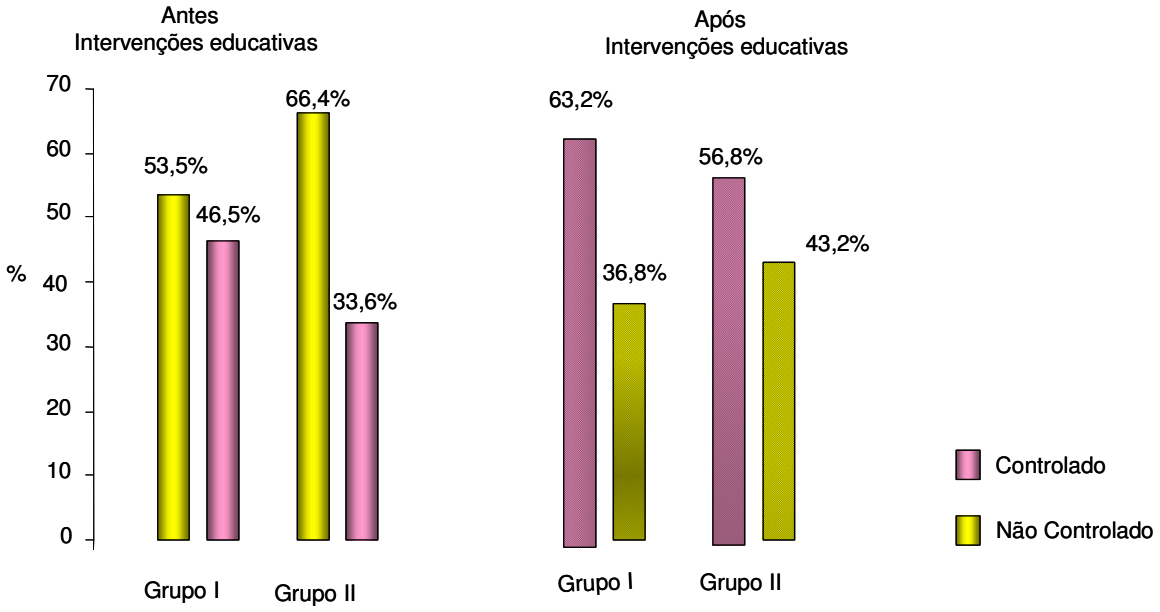

Figura 3 - Controle da pressão arterial dos hipertensos participantes (grupo I) e não participantes (grupo II) no início e final das intervenções educativas

Os hipertensos que não participaram das intervenções educativas (Grupo II) apresentaram índices menores de controle da pressão arterial que os hipertensos participantes (Grupo I) considerando os valores iniciais da pressão arterial, sendo essa diferença entre os grupos estatisticamente significante (33,6% *vs* 46,5%, $p<0,05$). Considerando-se os valores tensionais finais, apesar dos hipertensos participantes das intervenções apresentarem-se índices mais elevados de controle (63,2%), quando comparado ao do grupo não participante (56,8%), não houve diferença estatisticamente significante. Quando comparado os valores de pressão inicial e final do Grupo I, participante das intervenções com ele mesmo, observa-se que o controle final foi estatisticamente significante em relação ao controle final ($p<0,05$). O mesmo ocorreu com o Grupo II, que não participou das intervenções, quando comparado seus valores iniciais e finais apresentou melhora no controle final em relação ao inicial, estatisticamente significante ($p<0,05$). (Tabela 14 e Figura 3).

Tabela 15 - Comparação do controle da pressão arterial inicial e final das intervenções educativas do total de hipertensos estudados. São Paulo, 2008.

Variáveis	**Controle da pressão arterial final**				**Valor p**
	Sim		**Não**		
Controle da pressão arterial inicial	**N**	**%**	**N**	**%**	**0,000**
Sim	94	54,0	22	19,0	
Não	80	46,0	94	81,0	
Total	**174**	**100**	**116**	**100**	

Houve mudança estatisticamente significante ($p<0,05$) no controle da pressão arterial entre o início e final das intervenções educativas. Dentre os pacientes não controlados ao final do estudo (n=116), índice expressivo (81,0%) não estava controlado no início do estudo e dos hipertensos controlados no final do estudo 54,0% já estavam controlados no início (Tabela 15).

Tabela 16 - Uso de bebida alcoólica dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas avaliado segundo os escores das perguntas *do Alcohol Use Disorders Identification Test* - AUDIT . São Paulo, 2008.

***Alcohol Use Disorders Identification Test* - AUDIT**	**Escores das Perguntas**									
	0		**1**		**2**		**3**		**4**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
1 – Com qual freqüência o Sr(a) utiliza bebidas com álcool ?										
	Nunca		**≤ 1x/mês**		**2-4 x/mês**		**1-3x/semana**		**≥ 4x/semana**	
	166	71,2	27	11,6	13	5,6	21	9,0	6	2,6
2 – Nas ocasiões em que bebe, quantas doses o Sr(a). costuma tomar ?										
	1-2 doses		**3-4 doses**		**5- 6 doses**		**7-9 doses**		**≥ 10 doses**	
	42	62,7	12	18,0	8	12,0	0	0,0	5	7,5
3 - Com que freqüência o Sr(a) toma mais que seis ou mais doses em uma ocasião ?										
	nunca		**< 1x/mês**		**= 1x/mês**		**= 1x/semana**		**> 1x/semana**	
	36	53,7	14	20,9	7	10,4	9	13,4	1	1,5
4 - Com que freqüência no último ano o Sr(a) se sentiu incapaz de parar de beber depois que começou?										
	nunca		**< 1x/mês**		**= 1x/mês**		**= 1x/semana**		**> 1x/semana**	
	55	82,3	5	7,6	2	3,0	2	3,0	2	3,0
5 - Com que freqüência no último ano o Sr(a) não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida ?										
	nunca		**< 1x/mês**		**= 1x/mês**		**= 1x/semana**		**> 1x/semana**	
	63	96,9	2	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6 – Com que freqüência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, o Sr(a) precisou beber pela manhã para se sentir melhor?										
	nunca		**< 1x/mês**		**= 1x/mês**		**= 1x/semana**		**> 1x/semana**	
	58	89,2	3	4,6	1	1,5	1	1,5	2	3,0
7 – Com que freqüência, durante o último ano, o Sr(a) sentiu culpa ou remorso depois de beber?										
	nunca		**< 1x/mês**		**= 1x/mês**		**= 1x/semana**		**> 1x/semana**	
	54	81,9	4	6,0	5	7,6	0,	0,0	3	4,5
8 – Com que freqüência, durante o último ano o Sr(a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?										
	nunca		**< 1x/mês**		**= 1x/mês**		**= 1x/semana**		**> 1x/semana**	
	55	82,1	5	7,5	4	6,0	2	3,0	1	1,5
9 – Alguma vez na vida o Sr(a) ou alguma outra pessoa já se machucou ou se prejudicou por causa do Sr(a) ter bebido?										
	não				**sim, + de 1 ano**				**sim, = 1 ano**	
	233	95,1	..	..	10	4,1	..	..	2	0,8
10 – Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o Sr(a) por causa da bebida ou lhe disse para parar de beber?										
	não				**sim, + de 1 ano**				**sim, = 1 ano**	
	209	86,4	..	..	23	9,5	..	..	10	4,1

* Nas perguntas 9 e 10 não existe as respostas 1 e 3.

Os dados da Tabela 16 mostram que mais da metade dos hipertensos (66,2%) referiu nunca ingerir bebida alcoólica. Os que referiram ingerir (22,0%), quando o fazem (14,5%), costumam ingerir uma ou duas doses. A maioria demonstrou ter controle sobre a quantidade e freqüência de bebida alcoólica ingerida, nunca se machucou ou a outra pessoa por causa da bebida (80,3%) e também não precisou de conselhos para deixar de beber (72,1%).

Tabela 17 - Distribuição dos pacientes participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas em relação à ingestão de bebida alcoólica. São Paulo, 2008.

Variáveis	***Hipertensos***				***Total***		***Valor p***
	Grupo I		**Grupo II**				
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Ingestão de bebida alcoólica							**0,027**
Nunca bebeu	87	71,3	79	58,1	166	64,3	
Bebe ou parou de beber há menos de um ano	35	28,7	57	41,9	92	35,7	
Total	**122**	**100**	**136**	**100**	**258**	**100**	

Os dados da Tabela 17 mostram que a maioria dos pacientes do grupo participante das intervenções educativas e não participantes referiu nunca ingerir bebida alcoólica, respectivamente 71,3% e 58,1%. Entre os que referiram ingerir bebida alcoólica ou que pararam de beber há menos de um ano, a maior parte pertence ao grupo que não participou das intervenções educativas (41,9%).

Tabela 18 - Distribuição dos pacientes participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas em relação à ingestão de bebida alcoólica e o controle da pressão São Paulo, 2008.

	INGESTÁO DE BEBIDA ALCOÓLICA													
Variáveis	**Grupo I**				**Total**		**Valor p**	**Grupo II**				**Total**		**Valor p**
	Não		**Sim**					**Não**		**Sim**				
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**0,010**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	0,426
Controlado (PA<140/90mmHg)														
	65	74,7	17	48,6	82	67,2		47	59,5	30	52,6	77	56,6	
Não controlado (PA≥ 40/90mmHg)														
	22	25,3	18	51,4	40	32,8		32	40,5	27	47,4	59	43,4	
TOTAL	**87**	**100**	**35**	**100**	**122**	**100**		**79**	**100**	**57**	**100**	**136**	**100**	

Os hipertensos participantes das intervenções educativas (Grupo I) que referiram nunca beber apresentaram diferença estatisticamente significante (p<0,05) quando comparado o controle antes das intervenções e após, em relação aos que referiram beber ou ter parado de beber há menos de um ano (74,7% *vs* 48,6%). A diferença observada no grupo que não participou das intervenções educativas não foi estatisticamente significante (Tabela 18).

Tabela 19 - Comparação do controle da pressão do total de hipertensos estudados antes e após as intervenções educativas e a ingestão de bebida alcoólica. São Paulo, 2008.

Variáveis	**Inicial**				**Total**		**Valor p**	**Final**				**Total**		**Valor p**
	Controlado		**Não controlado**					**Controlado**		**Não controlado**				
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**0,007**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**0,006**
Nunca bebeu														
	88	45,8	104	54,2	192	100		127	66,1	65	33,9	192	100	
Bebe ou parou de beber há menos de um ano.														
	17	26,6	47	73,4	64	100		30	46,9	34	53,1	64	100	

Os dados da tabela 19 apresentou significância estatística mostram que, em relação ao controle da pressão inicial antes das intervenções educativas, os que bebem ou pararam de beber menos de um ano estavam menos controlados (26,6%) quando comparados com os que nunca referiram ingestão de bebida alcoólica (45,8%) de forma estatisticamente significante (p<0,05). Na avaliação do controle, após as intervenções educativas, o comportamento foi similar, os hipertensos que nunca beberam estavam mais controlados (66,1%) do que os demais hipertensos (46,9%, p<0,05).

Tabela 20 - Distribuição dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas segundo as respostas às questões do Teste de Morisky e Green. São Paulo, 2008.

Variáveis	***Hipertensos***											
Teste de Morisky e Green	**Grupo I (n=122)**				**Grupo II (n=132)**				**Total (N=254)**			
	Sim		**Não**		**Sim**		**Não**		**Sim**		**Não**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
1. O Sr(a) esquece de tomar remédio?	42	34,4	80	65,6	72	53,7	60	45,4	114	44,9	140	55,1
2. O Sr(a) é descuidado no horário?	55	45,1	67	54,9	67	50,0	65	49,2	122	48,0	132	52,0
3. Se se sente bem o Sr(a) deixa de tomar o remédio?	19	15,6	103	84,4	29	21,6	103	78,0	48	18,9	206	81,1
4. Se se sente mal, O Sr(a) deixa de tomar o remédio?	31	25,4	91	74,6	43	32,1	89	67,4	74	29,1	180	70,9

Os dados da Tabela 20 mostram que os hipertensos com intervenções educativas (Grupo I) e sem intervenções educativas (grupo 2) as respostas positivas se concentraram nas perguntas “O Sr(a) esquece de tomar remédio?” e “O Sr(a) é descuidado no horário?”, porém de forma mais acentuada nos hipertensos do grupo sem intervenção educativa.

Tabela 21 - Distribuição dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) do processo educativo em relação à adesão ao tratamento avaliada pelo Teste de Morisky e Green. São Paulo, 2008.

	Grupo I		*Grupo II*		*Total*		*Valor p*
Teste Morisky Green	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	0,136
Não aderente (≤ 3 pontos)	116	95,1	119	90,2	235	92,5	
Aderente (4 pontos)	6	4,9	13	9,8	19	7,5	
Total	**122**	**100**	**132**	**100**	**254**	**100**	

Os dados da tabela 21 mostram que não houve diferença entre os hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) do processo educativo em relação ao teste de medida de adesão de Morisky e Green. Destaca-se total expressivo de não aderentes (92,5%).

Tabela 22 - Associação entre Teste de Morisky e Green e o controle da pressão arterial final dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) do processo educativo. São Paulo, 2008.

	CONTROLE DA PRESSÃO									
	Grupo I				**Valor p**	**Grupo II**				**Valor p**
Teste de Morisky e Green	**sim**		**não**			**sim**		**não**		
	N	**%**	**N**	**%**	0,561	**N**	**%**	**N**	**%**	0,833
Não aderente (≤ 3 pontos)	51	64,6	28	35,4		57	59,4	39	40,6	
Aderente (4 pontos)	30	69,8	13	30,2		21	58,3	15	41,7	
Total	**81**	**66,4**	**41**	**33,6**		**78**	**59,1**	**54**	**40,9**	

Os resultados apresentados na Tabela 22 mostram que não houve associação entre o teste de Morisky e Green e o controle da pressão arterial no final da intervenção educativa.

Tabela 23 - Porcentual de pacientes em relação ao controle da pressão antes e após as intervenções educativas de acordo com o teste de Morisky e Green. São Paulo, 2008.

	Pressão arterial Inicial				**Total**		**Valor p**	**Pressão arterial Final**				**Total**		**Valor p**
Teste Morisky e Green	**Controlada**		**Não controlada**					**Controlada**		**Não controlada**				
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**0,040**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	0,715
Não aderente (≤3 pontos)	62	35,6	112	64,4	174	100		108	62,1	66	37,9	174	100	
Aderente (4 pontos)	39	48,8	41	51,2	80	100		51	63,7	29	36,3	80	100	
Total	**101**	**39,8**	**155**	**61,2**	**254**	**100**		**159**	**62,6**	**97**	**38,2**	**254**	**100**	

Houve associação estatisticamente significante ($p<0,05$) entre o controle da pressão arterial antes das intervenções educativas e o Teste de Morisky e Green mostrando que nos hipertensos tidos como não aderentes a maioria não estava com a pressão controlada (64,4 *vs* 35,6), enquanto que pouco menos da metade dos hipertensos controlados era aderente (48,8%) Após as intervenções educativas, não houve associação estatisticamente significante entre o controle da pressão arterial e o Teste de Morisky e Green (Tabela 23).

Tabela 24 - Distribuição dos total dos hipertensos estudados (grupo I e grupo II) segundo as respostas do Formulário de investigação dos fatores dificultadores de adesão ao tratamento. São Paulo, 2008.

Variáveis	Escore das perguntas									
Fatores dificultadores da adesão	Concordo totalmente (5)		Concordo em parte (4)		Estou indeciso (3)		Discordo em parte (2)		Discordo totalmente (1)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 – Os remédios provocam efeitos indesejáveis	70	24,1	24	8,3	10	3,4	12	4,1	147	50,7
2 – Esqueço de tomar os remédios	141	48,6	18	6,2	2	0,7	9	3,1	96	33,1
3 – Preciso de ajuda para tomar remédios	45	15,5	16	5,5	6	1,4	8	2,8	191	65,9
4 – Tenho muitos remédios para tomar	78	26,9	24	8,3	6	2,1	8	2,8	145	50,0
5 – Não sabia como tomar os remédios	90	31,0	13	4,5	4	1,4	11	3,8	145	50,0
6 – Só tomo remédio quando sinto-me mal	89	30,7	10	3,4	6	2,1	12	4,1	147	50,7
7 – O tratamento é complicado, difícil	66	22,8	16	5,5	8	2,8	8	2,8	165	56,9
8 – Mudança no remédio	50	17,2	17	5,9	15	5,2	14	4,8	162	55,9
9 – Não tenho dinheiro para comprar os remédios.	105	36,2	13	4,5	1	0,3	7	2,4	139	47,9
10 – Ter que vir várias vezes ao Centro de Saúde	55	19,0	22	7,6	4	1,4	4	1,4	181	62,4
11 – Não ter com quem deixar os filhos /netos	49	16,9	8	2,8	2	0,7	6	2,1	202	69,7
12 – Preciso de companhia para ir às consultas	48	16,9	10	3,4	2	0,7	7	2,4	199	68,6
13 – Mudança de endereço	65	22,4	18	6,2	7	2,4	6	2,1	164	56,6
14 – Ter de faltar ao trabalho para ir às consultas	65	22,4	15	5,2	2	0,7	6	2,1	173	59,7
15 – Distância da casa ao local da consulta	40	13,8	12	4,1	3	1,0	4	1,4	204	70,3
16 – Falta de dinheiro para o transporte	72	24,8	8	2,8	0	0,0	6	2,1	182	62,8
17 – Ter que fazer muitos exames	57	19,7	21	7,2	4	1,4	7	2,4	178	61,4
18 – O tempo de espera para as consultas é longo	121	41,7	30	10,3	3	1,0	7	2,4	103	35,5
19 – Não me dei bem com a equipe de atendimento	89	30,7	17	5,9	8	2,8	10	3,4	143	49,3
20 – O horário do atendimento é inconveniente	78	26,9	18	6,2	2	0,7	10	3,4	158	54,5
21 – Chegar para a consulta e não ter médico	185	63,8	14	4,8	1	0,3	3	1,0	64	22,1
22 – Não sinto nada	100	34,5	13	4,5	7	2,4	9	3,1	133	45,9
23 – Ter que fazer tratamento para toda a vida	102	35,2	22	7,6	2	0,7	8	2,8	132	45,5
24 – Não sinto necessidade de me tratar	69	23,8	12	4,1	11	3,8	13	4,5	164	56,6
25 – Não estar melhorando da pressão	107	36,9	14	4,8	8	2,8	10	3,4	125	43,1

Os dados da Tabela 24 revelam que a maior parte das respostas dos hipertensos se concentrou nos extremos da tabela que correspondem à concordância total e discordância total. Na concordância total, que corresponde à maior presença de fatores dificultadores destacam-se as seguintes questões: chegar à consulta e não ter médico (63,8%), esquecer de tomar os remédios (48,6%), longo tempo de espera para a consulta

(41,7%) e pouco menos para: não estar melhorando da pressão (36,9%), ter que fazer tratamento para toda a vida (35,2%), não tenho dinheiro para comprar os remédios (36,2%) e não sinto nada (34,5%). Os fatores da adesão apontados como menos dificultadores foram: distância da casa ao local da consulta (70,3%), não ter com quem deixar os filhos/ netos (69,7%), e precisar de companhia para ir às consultas (68,6%). Destaca-se que entre os que concordam em parte, os motivos mais citados foram: tempo de espera longo para as consultas, efeitos indesejáveis dos remédios, ter muitos remédios para tomar, ter que ir várias vezes ao posto de saúde e ter que fazer tratamento para a vida toda. Os motivos cujos pacientes se mostraram mais indecisos foram: mudança do remédio e não sentir necessidade de se tratar.

Tabela 25 - Controle da pressão arterial antes e após as intervenções educativas associado com a adesão ao tratamento avaliada pelo Formulário de investigação dos fatores dificultadores. São Paulo, 2008.

Variáveis	Pressão arterial Inicial							Pressão arterial Final						
	Controlado		Não controlado		Total		Valor p	Controlado		Não controlado		Total		Valor p
Adesão ao tratamento														
	N	%	N	%	N	%	0,243	N	%	N	%	N	%	0,851
≤ 75 (aderente)	83	41,9	115	58,2	198	100		120	60,6	78	39,4	198	100	
> 75 (não aderente)	26	34,2	50	65,8	76	100		47	61,8	29	38,2	76	100	
Total	**109**	**39,8**	**165**	**60,2**	**274**	**100**		**167**	**60,9**	**107**	**39,1**	**274**	**100**	

A associação do controle avaliado pela pressão anterior às intervenções educativas e a adesão ao tratamento avaliada pelos fatores dificultadores mostrou que apesar da maioria dos hipertensos ser classificada como não aderente e não controlado (65,8%). Já em relação ao controle posterior às intervenções educativas, a maioria também se mostrou controlada e apenas 38,2% manteve-se não aderente e não controlado. Porém, não houve relação estatisticamente significante entre o controle da pressão arterial no início e no final das intervenções educativas com classificação dos hipertensos em aderentes e não aderentes pela Escala de

fatores dificultadores da adesão ao tratamento. O ponto de corte estabelecido foi 75 pontos por ser este a mediana entre os valores mínimo (25 pontos) e máximo (125 pontos). (Tabela 25).

Tabela 26 - Associação entre o Formulário dos fatores dificultadores da adesão e o controle da pressão arterial final dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) do processo educativo. São Paulo, 2008.

	CONTROLE DA PRESSÃO									
	GRUPO I (n=128)				**VALOR p**	**GRUPO II (n=146)**				**VALOR p**
Fatores dificultadores da adesão	**SIM**		**NÃO**			**SIM**		**NÃO**		
	N	**%**	**N**	**%**	0,667	**N**	**%**	**N**	**%**	0,920
≤ 75 (aderente)	64	64,6	35	35,4		56	56,6	43	43,4	
> 75 (não aderente)	20	69,0	9	31,0		27	57,4	20	42,6	
Total	**84**	**65,6**	**44**	**34,4**		**83**	**56,8**	**63**	**43,2**	

Os dados da Tabela 26 mostram que os hipertensos participantes das intervenções educativas (Grupo I) não aderentes ao tratamento encontravam-se pouco mais controlados, ao final das intervenções educativas, quando comparados aos aderentes do mesmo grupo (69,0% *vs* 64,6%). Também em relação ao grupo não participante do processo educativo (Grupo II), os não aderentes em encontravam-se pouco mais controlados que os aderentes do mesmo grupo (57,4% *vs* 56,6%), embora a diferença entre os porcentuais em ambos os grupos seja pequena e não apresente significância estatística. Portanto, não houve associação entre adesão ao tratamento e o controle da pressão.

Tabela 27 - Distribuição dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas segundo as questões do *Self Report Questionnaire* – SRQ 20 . São Paulo, 2008.

Variáveis	**Respostas**			
Self Report Questionnaire – SRQ 20	**Não (0)**		**Sim (1)**	
	N	**%**	**N**	**%**
Nos últimos trinta dias o(a) Sr(a)...				
01- Tem dores de cabeça freqüentes?.	178	61,4	101	34,8
02- Tem falta de apetite?.	211	72,8	68	23,4
03- Dorme mal?	154	53,1	125	43,1
04- Assusta-se com facilidade?	172	59,2	105	36,2
05- Tem tremores de mão?	217	74,8	62	21,4
06- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	83	28,6	196	67,6
07- Tem má digestão?	205	70,7	73	25,2
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	161	55,5	118	40,7
09- Tem se sentido triste ultimamente?	144	49,7	135	46,6
10- Tem chorado mais do que de costume?	213	73,4	66	22,8
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	180	62,1	99	34,1
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	188	64,8	91	31,4
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	217	74,8	61	21,0
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	213	73,4	65	22,4
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	211	72,8	68	23,4
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	227	78,3	51	17,6
17-Tem tido idéias de acabar com a vida	264	91,0	15	5,2
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	170	58,6	108	37,2
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	194	66,9	85	29,3
20- Você se cansa com facilidade?	155	53,4	124	42,8

A avaliação da presença de transtornos mentais comuns pelo *Self Report Questionnaire* – SRQ 20 mostrou que a maioria dos hipertenso referiu, nos últimos trinta dias, ter se sentido nervoso, tenso, preocupado (67,6%), e índices menores para: estar se sentido triste (46,6%), ter dormido mal (43,1%) e se cansa com facilidade (42,8%). Entretanto, quase a totalidade referiu não ter idéia de acabar com a vida (91,0%) e pouco menos, não se sentir uma pessoa inútil (78,3%), não ter dificuldades no serviço e não ter tido tremores nas mãos (74,8%). (Tabela 27).

Tabela 28 - Hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas, distribuídos de acordo com o sexo e a avaliação de transtornos mentais comuns pelo *Self Report Questionnaire* (SRQ 20). São Paulo, 2008.

Variáveis	***Self Report Questionnaire (SRQ 20)***													
Sexo	**Grupo I**				**Total**		**Valor p**	**Grupo II**				**Total**		**Valor p**
	Não		**Sim**					**Não**		**Sim**				
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**0,014**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	0,067
Masculino*	31	75,6	10	24,4	41	100		43	65,2	23	34,8	66	100	
Feminino*	50	53,2	44	46,8	94	100		39	50,0	39	50,0	78	100	
Total	**81**	**60,0**	**54**	**40,0**	**135**	**100**		**82**	**56,9**	**62**	**43,1**	**144**	**100**	

* Ponto de corte para o sexo masculino = 6; para o sexo feminino = 7

A maioria dos hipertensos participantes das intervenções educativas (Grupo I) não apresentou transtornos mentais comuns (60,0%). Entretanto, as mulheres referiram mais transtornos mentais comuns que os homens (46,8% *vs* 24,4%), apresentando significância estatística ($p<0,05$). Entre os hipertensos do grupo não participante das intervenções educativas (Grupo II), pouco mais da metade (56,9%) não apresentou transtornos mentais comuns. Apesar de nesse grupo as mulheres também apresentarem mais transtornos que os homens, não houve diferença estatisticamente significante. A análise do instrumento de avaliação de transtornos mentais comuns deve ser realizado de acordo com o sexo, pois os pontos de corte são distintos. Para mulher é sete e para os homens o valor é seis (Tabela 28).

Tabela 29 - Associação entre a presença de transtornos mentais comuns pelo *Self Report Questionnaire* e o controle da pressão arterial final dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) do processo educativo. São Paulo, 2008.

Transtornos mentais comuns	***CONTROLE DA PRESSÃO***									
	GRUPO I				**VALOR p**	**GRUPO II**				**VALOR p**
Self Report Questionnaire	**SIM**		**NÃO**		0,951	**SIM**		**NÃO**		0,102
	N	**%**	**N**	**%**		**N**	**%**	**N**	**%**	
Não	45	50,6	23	50,0		35	42,7	35	56,5	
Sim	44	49,4	23	50,0		47	57,3	27	43,5	
Total	**89**	**100**	**46**	**100**		**82**	**100**	**62**	**100**	

Os resultados apresentados na Tabela 29 mostram que não houve associação entre a presença de transtornos mentais comuns avaliada pelo *Self Report Questionnaire* e o controle da pressão arterial final. Nos hipertensos do Grupo I a presença de transtornos mentais comuns foi de 49,6% e no Grupo II de 51,4%.

Tabela 30 - Associação entre o controle da pressão arterial dos participantes do processo educativo (Grupo I) antes e após as intervenções educativas de acordo com a presença de transtornos mentais comuns pelo *Self Report Questionnaire* (SRQ 20). São Paulo, 2008.

Variáveis	Pressão arterial Inicial				Total		Valor p	Pressão arterial Final				Total		Valor p
	Controlado		Não controlado					Controlado		Não controlado				
	N	%	N	%	N	%	0,049	N	%	N	%	N	%	0,553
Transtornos mentais comuns*														
Não	44	54,3	37	45,7	81	100		55	67,9	26	32,1	81	100	
Sim	20	37,0	34	63,0	54	100		34	63,0	20	37,0	54	100	
Total	**64**	**47,4**	**71**	**52,6**	**135**	**100**		**89**	**65,9**	**46**	**34,1**	**135**	**100**	

* considerados as diferenças dos pontos de corte para homens e mulheres.

Pelos dados da tabela 30 observa-se que houve associação estatisticamente significante ($p<0,05$) entre o controle avaliado pela pressão antes das intervenções educativas e presença de transtornos mentais comuns. Os hipertensos não controlados apresentaram mais transtornos mentais comuns do que os hipertensos controlados (63,0 *vs* 37,0%). Apesar do controle após as intervenções educativas terem se elevado, não houve associação com a presença de transtornos mentais comuns.

Tabela 31 - Associação entre o controle da pressão arterial de todos os hipertensos antes e após as intervenções educativas de acordo com a presença de transtornos mentais comuns pelo *Self Report Questionnaire* (SRQ 20). São Paulo, 2008.

Variáveis	*Pressão arterial inicial*				*Total*		*Valor de p*	*Pressão arterial final*				*Total*		*Valor de p*
	Controlado		Não controlado					Controlado		Não controlado				
	N	%	N	%	N	%	0,996	N	%	N	%	N	%	0,635
Transtornos mentais comuns*														
Não (<6)	66	40,5	97	59,5	163	100		98	60,1	65	39,9	163	100	
Sim (≥6)	47	40,5	69	59,5	116	100		73	62,9	43	37,1	116	100	
Total	**113**	**40,5**	**166**	**59,5**	**279**	**100**		**171**	**61,3**	**108**	**38,7**	**279**	**100**	

* considerados as diferenças dos pontos de corte para homens e mulheres.

Os dados da Tabela 31 mostram que não houve significância estatística quando comparados os hipertensos controlados e não controlados antes e após as intervenções educativas e presença de transtornos mentais comuns, apesar dos hipertensos não controlados apresentarem pouco mais transtornos mentais comuns do que os hipertensos controlados (59,5% *e* 40,5%, respectivamente). Após as intervenções educativas houve melhora no porcentual de controle, porém manteve-a falta de associação com a presença de transtornos mentais comuns.

Tabela 32 - Distribuição do total dos hipertensos participantes do estudo segundo avaliação da Escala de Apoio Social. São Paulo, 2008.

Perguntas	Escore das perguntas									
Se você precisar, com que freqüência conta com alguém...										
	Nunca 1		**Raramente 2**		**Às vezes 3**		**Quase sempre 4**		**Sempre 5**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
1. que o ajude, se ficar de cama?*	18	6,4	23	8,2	24	8,6	16	5,7	198	71,0
2. para levá-lo ao médico?*	17	6,1	14	5,0	29	10,4	20	7,2	199	71,3
3. para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?*	24	8,6	16	5,7	36	12,9	12	4,3	189	67,7
4. para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?*	18	6,4	20	7,2	25	8,9	9	3,2	208	74,5
5. que demonstre amor e afeto por você?**	2	0,7	15	5,4	15	5,4	23	8,2	223	79,9
6. que lhe dê um abraço?**	5	1,8	12	4,3	23	8,2	24	8,6	217	77,8
7. que você ame e que faça você se sentir querido?**	4	1,4	12	4,3	13	4,6	23	8,2	227	81,4
8. para ouvi-lo, quando você precisar falar?***	9	3,2	18	6,4	26	9,3	24	8,6	202	72,4
9. em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?***	14	5,0	19	6,8	25	8,9	21	7,5	199	71,3
10. para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?***	13	4,6	25	8,9	27	9,7	21	7,5	191	68,4
11. que compreenda seus problemas?***	6	2,1	24	8,6	29	10,4	23	8,2	198	71,0
12. para dar bons conselhos em situações de crise?****	12	4,3	9	3,2	32	11,5	26	9,3	199	71,3
13. para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?****	10	3,6	17	6,1	30	10,7	23	8,2	194	69,5
14. de quem você realmente quer conselhos?****	19	6,8	27	9,7	28	10,0	19	6,8	180	64,5
15. para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?****	12	4,3	25	8,9	26	9,3	24	8,6	187	67,0
16. com quem fazer coisas agradáveis?*****	16	5,7	21	7,5	37	13,3	20	7,2	183	65,6
17. com quem distrair a cabeça?*****	8	2,9	23	8,2	39	14,0	19	6,8	191	68,4
18. com quem relaxar?*****	9	3,2	20	7,2	41	14,7	18	6,4	191	68,4
19. para se divertir junto?*****	8	2,9	21	7,5	40	14,3	18	6,4	191	68,4

* domínios: * material; ** afetivo; *** emocional; **** informação; ***** interação social positiva.

A avaliação de apoio social dos hipertensos, mostrou que foi expressiva a referência de apoio, que pode ser exemplificada pelas respostas “sempre contar com alguém” nas questões: que você ame e que faça você se sentir querido (81,4%), que demonstre amor e afeto por você? (79,9%) e que lhe dê um abraço (77,8%). Menos de 10% referiram nunca poder contar com alguém. Esses resultados indicam alto apoio social (Tabela 32).

Tabela 33 - Comparação entre os domínios da Escala de apoio social após as intervenções educativas dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções. São Paulo, 2008.

Variáveis	Hipertensos		Total
	Grupo I n=144	Grupo II n=146	n=290
	Média±DP		
Apoio Social Global	76,1±17,9	76,9±14,0	76,5±16,0
Domínio Material	17,0±4,6	16,6±4,6	16,8±4,6
Domínio Afetivo	13,5±2,8	13,7±2,1	13,6±2,5
Domínio Emocional	16,9±4,7	17,1±3,9	17,0±4,3
Domínio Informação	16,5±5,1	16,5±4,3	16,5±4,7
Domínio Interação Social Positiva	12,6±3,5	12,7±3,0	12,6±3,3

Os resultados da Tabela 33 mostram que os valores das médias do total da escala de apoio social, bem como dos seus diferentes domínios foram bem próximas entre os dois grupos de hipertensos estudados, portanto, os hipertensos que participaram das intervenções educativas e os que não participaram não se diferenciaram em relação ao apoio social.

Tabela 34 - Associação entre a Escala de Apoio Social e o controle da pressão arterial final dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) do processo educativo. São Paulo, 2008.

Escala de Apoio Social	***CONTROLE DA PRESSÃO***									
	GRUPO I				**VALOR p**	**GRUPO II**				**VALOR p**
Domínios	**SIM**		**NÃO**			**SIM**		**NÃO**		
	N	**%**	**N**	**%**		**N**	**%**	**N**	**%**	
Material	88	66,2	45	33,8	0,250	83	57,2	62	42,8	0,062
Afetivo	88	63,8	46	34,3	0,327	83	57,2	62	42,8	0,423
Emocional	88	66,2	45	33,8	0,369	83	57,2	62	42,8	0,275
Informação	87	65,9	45	34,1	0,169	83	57,2	62	42,8	**0,035**
Interação Social Positiva	88	66,2	45	33,8	0,678	83	57,2	62	42,8	0,409

Os dados apresentados na Tabela 34 mostram que houve associação significante entre o domínio informação e o controle da pressão arterial final dos hipertensos não participantes das intervenções educativas.

Tabela 35 - Correlação das médias das pressões arteriais sistólicas e diastólicas iniciais e finais do grupo participante (Grupo I) e não participante (Grupo II) das intervenções educativas regulares com os domínios do questionário de Apoio Social. São Paulo, 2008.

Variáveis	Domínios											
	Apoio Social Global		Material		Afetivo		Emocional		Informação		Interação Social	
	Grupo I	Grupo II	Grupo I	Grupo II	Grupo I	Grupo II	Grupo I	Grupo II	Grupo I	Grupo II	Grupo I	Grupo II
	Média±DP	Média±DP	Média±DP	Média±DP	Média±DP	Média±DP	Média±DP	Média±DP	Média±DP	Média±DP	Média±DP	Média±DP
	76,1±17,9	76,9±14,0	17,0±4,6	16,6±4,6	13,5±2,8	13,7±2,1	16,9±4,7	17,1±3,9	16,5±5,1	16,5±4,3	12,6±3,5	12,7±3,0
PAS Inicial												
C. P*	-0.181	-0.099	-0.130	-0.025	-0.095	-0.131	-0.210	-0.124	-0.155	-0.028	-0.154	-0.122
Valor de p	**0.036**	0.236	0.135	0.764	0.276	0.116	**0.015**	0.136	0.076	0.742	0.078	0.145
N	134	145	133	145	134	145	133	145	132	145	133	145
PAD Inicial												
C.P*	-0.282	-0.127	-0.263	-0.039	-0.205	-0.185	-0.298	-0.145	-0.226	-0.018	-0.192	-0.175
Valor de p	**0.001**	0.129	**0.002**	0.639	**0.018**	**0.026**	**0.000**	0.081	**0.009**	0.831	**0.027**	**0.035**
N	134	145	133	145	134	145	133	145	132	145	133	145
PAS Final												
C.P*	-0.092	-0.02	-0.045	-0.049	0.009	-0.028	-0.113	-0.006	-0.073	0.086	-0.060	-0.029
Valor de p	0.292	0.979	0.604	0.556	0.921	0.741	0.195	0.944	0.406	0.301	0.493	0.726
N	134	145	133	145	134	145	133	145	132	145	133	145
PADF												
C.P*	-0.126	-0.045	-0.214	-0.040	-0.004	-0.059	-0.123	-0.085	-0.116	0.041	-0.008	-0.049
Valor de p	0.146	0.595	**0.014**	0.637	0.965	0.482	0.158	0.310	0.184	0.626	0.926	0.555
N	134	145	133	145	134	145	133	145	132	145	133	145

* correlação de Pearson

Verificou-se nos hipertensos sob intervenções educativas (Grupo I) que houve correlação negativa estatisticamente significante ($p<0,05$) entre os domínios material, afetivo, emocional, informação e interação social da Escala de Apoio Social e as médias de pressão diastólica inicial e entre o domínio material e a média de pressão diastólica final, ou seja, quanto maior a pontuação de apoio social, mais baixo os valores de pressão. Na correlação geral que reúne todos os domínios da escala, houve correlação negativa com a pressão sistólica inicial e diastólica inicial.

Nos hipertensos sem intervenção educativa (Grupo II) também houve correlação estatisticamente significante ($p<0,05$) entre o domínio afetivo e interação social e as médias de pressão diastólica inicial(Tabela 35)

5.3 TERCEIRA PARTE

Na terceira parte serão apresentadas as Tabelas 36 a 39 com as variáveis que se relacionaram com o controle de acordo com a análise univariada e multivariada de regressão logística.

Tabela 36 - Características biossócio-econômicas e hábitos de vida do total de hipertensos estudados em relação ao controle da pressão. São Paulo, 2008.

Variáveis	Hipertensos				
	Controlados		Não controlados		Valor p
	N	%	N	%	
Idade (anos)					0,123
≤ 60	85	48,9	46	39,7	
>60	89	51,1	70	60,3	
Sexo					**0,048**
Masculino	58	33,3	52	44,8	
Feminino	116	66,7	64	55,2	
Etnia					**0,020**
Branco	104	62,3	54	48,2	
Não Branco	63	37,7	58	51,8	
Estado civil					0,945
Com companheiro	106	61,3	70	60,9	
Sem companheiro	67	38,7	45	39,1	
Escolaridade					**0,048**
Analfabeto/ Lê e escreve	33	47,1	37	52,9	
Fundamental/ médio	126	64,0	71	36,0	
Superior	4	57,1	3	42,9	
Ocupação					0,514
“do lar”	49	39,2	33	40,2	
Desempregada (o)	3	2,4	5	6,1	
Aposentado	12	9,6	4	4,9	
Autônomo	53	42,4	34	41,5	
Com vínculo empregatício	8	6,4	6	7,3	
Renda Familiar(salário mínimo)					**0,034**
≤ 3	96	60,8	75	73,5	
> 3	62	39,2	27	26,5	
Atividade física regular					**0,023**
Não	108	62,1	84	75,0	
Sim	66	37,9	28	25,0	
Tabagismo					0,998
Não	155	89,1	98	89,1	
Sim	19	10,9	12	10,9	
Etilismo					**0,013**
Não	112	70,4	54	54,5	
Bebe ou parou de beber há menos de um ano	47	28,6	45	45,4	

Os dados da Tabela 36 mostram que em relação às variáveis biossócio-econômicas e hábitos de vida, influenciaram significativamente (p<0,05) no controle da pressão as variáveis: sexo, etnia, escolaridade, renda familiar, prática de atividade física e etilismo. Dessa forma, as mulheres encontravam-se mais controladas do que os homens (66,7 *vs* 33,3), brancos mais controlados que não brancos (62,3% *vs* 37,7%), os que tinham escolaridade entre ensino fundamental e médio estavam mais controlados que os analfabetos/ lê e escreve (64,0% *vs* 47,1%), os que tinham renda familiar maior que três salários mínimos estavam mais controlados (73,5% *vs* 39,2%), os que referiram não praticar atividades físicas regulares estavam menos controlados (75,0% *vs* 37,9%) e os que referiram não fazer uso de bebida alcoólica estavam mais controlados (70,4% *vs* 28,6%). As demais características tais como: idade, estado civil, ocupação e tabagismo não influenciaram no controle da pressão arterial.

Tabela 37 - Características do diagnóstico e antecedentes familiares, crenças e conhecimentos dos hipertensos controlados e não controlados. São Paulo, 2008.

Variáveis	**Hipertensos**				
	Controlados		**Não controlados**		**Valor p**
	N	**%**	**N**	**%**	
Hábito de medir a pressão arterial					0,218
Sim	120	71,9	68	64,8	
Não					
Precisar de atendimento de urgência por pressão alta no último ano					0,302
Sim	35	21,2	28	26,7	
Não	130	78,8	77	73,3	
Antecedentes familiares					0,197
Hipertensão arterial	125	75,3	88	83,8	
Problemas Cardíacos	30	18,1	14	13,3	
Derrame	11	6,6	3	2,9	
Acredita que tratar a hipertensão pode evitar outras doenças					0,772
Sim	23	13,8	12	11,3	
Não	13	7,8	10	9,4	
Não sabe	131	78,4	84	79,2	

Observa-se que as variáveis: hábito de medir a pressão, precisar de atendimento de urgência por pressão alta no último ano, ter pessoas na família com hipertensão, problemas cardíacos e derrame não influenciaram significativamente no controle da pressão arterial. Também não apresentou significância estatística o fato de não saber que tratar a hipertensão pode evitar outras doenças (Tabela 37).

Tabela 38 - Características referentes às atitudes frente ao tratamento, interrupção do tratamento e faltas às consultas médicas dos hipertensos controlados e não controlados. São Paulo, 2008.

Variáveis	**Hipertensos**				
	Controlados		**Não controlados**		**Valor p**
	N	%	N	%	
Interrupção do tratamento					0,054
Sim	46	27,5	41	38,7	
Não	121	72,5	65	61,3	
Falta às consultas médicas					0,135
Sim	51	30,5	23	21,7	
Não	116	69,5	82	77,4	

Os dados apresentados na Tabela 38 mostram que a interrupção do tratamento e falta às consultas médicas, não se relacionaram significativamente com o controle da pressão arterial.

Tabela 39 - Resultado do modelo de regressão logística em relação ao controle da pressão arterial final (<140/90 mmHg) dos hipertensos participantes (Grupo I) e não participantes (Grupo II) das intervenções educativas. São Paulo, 2008.

Variável	**Valor p**	**Odds Ratio**	**IC 95%**	
Etnia	0,030	1,939	1,064	3,533
Renda Familiar (salário mínimo)	0,020	0,447	0,227	0,881
Ingestão de bebida alcoólica	0,001	3,206	1,573	6,536

Os resultados da análise de regressão logística mostram que os hipertensos não brancos apresentaram 93% de chances a mais de estarem não controlados que os brancos. Aqueles que tinham renda familiar ≤ 3 salários mínimos apresentaram 4,47 vezes mais chances de serem não controlados e os que referiram uso atual ou anterior de bebida alcoólica há menos de um ano apresentaram 3,2 vezes mais chances de não ter a pressão arterial controlada em relação aos que nunca beberam (Tabela 39).

Discussão

6 DISCUSSÃO

6.1. SOBRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Os resultados mostraram que houve homogeneidade nas características biossócio-econômicas entre os membros da equipe de enfermagem em ambas as unidades. A maioria era do sexo feminino, idade menor ou igual a 40 anos e moram com companheiro, renda pessoal menor que 3 salários mínimos e trabalhavam há mais de 3 anos na mesma Unidade Básica. Verifica-se que houve predominância dos agentes comunitários de saúde (67,3%) em relação a enfermeiros (9,1%), técnicos (3,6%) e auxiliares de enfermagem (20,0%). A maioria atuava em sua categoria profissional, exceto os técnicos que exercem função como auxiliar de enfermagem.

Quanto à participação em cursos de capacitação sobre a temática Hipertensão Arterial, cerca da metade dos funcionários referiu participação, porém, tal dado chama a atenção por refletir que grande parte não tem se beneficiado das vantagens de contínuo desenvolvimento e ampliação de conhecimentos que em processo de educação continuada permite.

Considerando as características profissionais dos diferentes membros componentes da equipe e número de participantes , no presente estudo, os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem foram reunidos em uma única categoria (Categoria 2) e os agentes comunitários em outra categoria à parte (Categoria 1) .

Em relação ao conhecimento geral sobre a doença hipertensão arterial e tratamento nas questões respondidas por todas as categorias profissionais antes das intervenções educativas, os enfermeiros, técnicos e auxiliares se saíram melhor em todas, exceto quando perguntado o que é hipertensão no adulto. Enquanto entre os agentes comunitários pouco menos da metade (48,6%) respondeu corretamente, entre os enfermeiros,

técnicos e auxiliares menos de um terço (27,0%) acertou a resposta. Tal achado causa surpresa, pois justamente aqueles que detêm menor preparo específico e escolaridade, apresentaram-se com conhecimento pouco acima dos demais. A esse respeito não foram encontradas referências comparando o conhecimento entre agentes comunitários de saúde e outros profissionais da equipe de enfermagem, entretanto, estudo feito por Rabello e colaboradores[23] sobre o conhecimento de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem sobre a medida da pressão mostrou um conhecimento teórico insuficiente sobre o assunto. Os médicos detinham maior conhecimento teórico e prático que os enfermeiros e estes maiores conhecimentos que os auxiliares. Embora o maior porcentual de acerto teórico tenha sido 56,0% e prático 50%, alcançado pelos médicos, os profissionais que mais lidam com a técnica de medida da pressão são os auxiliares de enfermagem, que foram os que detiveram menos porcentual de acerto.

Na questão referente às orientações dos pacientes sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, observou-se que apenas 22,2% dos profissionais da Categoria 2 (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) referiram orientação a esse respeito. Considera-se que os enfermeiros são os profissionais da equipe de enfermagem com maior responsabilidade na orientação do hipertenso para aderir ao tratamento, apesar do trabalho feito para que toda a equipe multiprofissional o faça. Estudo feito por Jardim *et al..* [49] deixa claro as atribuições de cada participante da equipe multiprofissional para atuar com hipertensos. Os autores sugerem que enfermeiros e auxiliares de enfermagem façam parte da equipe multiprofissional. Sobre o enfermeiro recai o reforço das orientações após as consultas médicas e a atenção às alterações nos pacientes, caso surjam. Ressaltam ainda, que as ações de enfermagem são muito importantes, pois nesse momento se estabelece o vínculo do paciente com o serviço. Além disso, após o estabelecimento do diagnóstico e implementação do tratamento, o seguimento do paciente passa a ser feito pela enfermeira que será então responsável pela manutenção do tratamento.

Após as intervenções educativas os participantes do estudo foram avaliados novamente com o uso do mesmo instrumento de avaliação inicial. O que se observou foi um quadro diferente, apesar de não revelar distinções de relevância estatística. A maioria dos enfermeiros, técnicos e auxiliares respondeu mais acertadamente a todas as questões em relação aos agentes comunitários. Porém, continuaram sendo superados pelos agentes comunitários na questão envolvendo a orientação sobre a importância da adesão. Nesse contexto, os agentes referiram que as principais orientações fornecidas aos pacientes se concentraram nas mudanças no estilo de vida, na doença, tratamentos e sobre a importância da adesão. Entende-se que os agentes comunitários de saúde, como participantes da equipe de enfermagem, devam ser melhor preparados para prestar orientações aos hipertensos uma vez que tem contato rotineiramente com os hipertensos nas visitas domiciliares. Estudo de Silva[50] desenvolvido para avaliar o agente comunitário de saúde no projeto QUALIS identificou que este profissional não possui os saberes necessários para desempenhar tudo que se espera dele. Por conta disso, ele acaba trabalhando com o senso comum e mais raramente com os saberes. Ainda nesse sentido, destaca que na formação de profissionais para a saúde da família, maior investimento tem sido feito na formação universitária de médicos e enfermeiros. Existe na atenção básica um amplo campo para o desenvolvimento de atividades educativas e de aconselhamento para as quais há necessidade de habilitação adequada dos profissionais. Ressalta ainda que quando os agentes comunitários participam de discussões temáticas, essas são conduzidas por médicos ou enfermeiros utilizando conteúdos tradicionais de conhecimento, havendo dificuldade de se dar conta da ampla finalidade do Programa de Saúde da Família, ou seja, da atuação de cada membro individual da equipe. O que se tem observado no dia-a-dia é uma expectativa no desempenho do trabalho do agente que deixa de ser um mediador entre a Unidade Básica de Saúde e o paciente, e passa a ser aquele que em suas visitas oferece ao paciente orientações concernentes a assuntos para os quais não está devidamente capacitado.

Em relação à melhora da média de acertos pré e pós-intervenções educativas, houve aumento significante ($p<0,05$) para o grupo formado pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares que passaram de 84,6% para 92,7% enquanto os agentes comunitários, mesmo sendo mais assíduos às reuniões, passaram apenas de 80,8% para 83,5%. A capacitação sistemática dos profissionais da equipe de enfermagem torna-se importante pois permite que estes transfiram os conhecimentos adquiridos para suas ações com os pacientes. O hipertenso necessita ser melhor orientado sobre sua patologia e a necessidade de envolvimento e compromisso no seu tratamento. Os profissionais da equipe de enfermagem têm papel fundamental na adesão do paciente ao tratamento. Estudo feito por Strelec *et al.* [19] concluiu que apesar das atitudes positivas referidas pelos pacientes em relação ao tratamento da doença, bom nível de conhecimento sobre o assunto, o controle da pressão arterial ainda não era satisfatório. Outro estudo feito por Péres *et al.*[51] mostrou que 41% dos hipertensos pesquisados não souberam definir o que é hipertensão. Outro achado importante no estudo feito por esses autores foi que os hipertensos, após o diagnóstico da doença, passaram a associá-la com sintomas que facilmente podem aparecer em outras patologias. Esta situação torna-se preocupante uma vez que pacientes portadores de doenças assintomáticas tendem a aderir menos ao tratamento[13,52].

Quanto às questões pertinentes apenas aos enfermeiros, técnicos e auxiliares, observou-se melhora no porcentual de acerto após as intervenções educativas reiterando a importância do processo educativo. Na compreensão do que é pressão sistólica e diastólica, enquanto na avaliação pré-intervenção apenas 11,1% dos profissionais desse grupo acertaram a questão, após as intervenções o porcentual de acerto subiu para 77,8%. A mesma situação de melhora, analisada pela elevação no porcentual de acertos foi observada em todas as questões. Para Souza *et al.*[28] o aprendizado é uma modificação do conhecimento adquirido. Espera-se que uma melhor compreensão da temática hipertensão arterial reflita em melhor

cuidado do paciente hipertenso e com isso na melhora cada vez mais substancial dos seus níveis tensionais.

Em relação à questão envolvendo os cuidados na medida da pressão, a questão permitia assinalar mais de uma alternativa, entretanto chamou a atenção na avaliação pré-intervenção, o fato da minoria assinalar item importante como a medida da circunferência do braço do paciente (apenas 38,9%) a fim de escolher o manguito adequado às dimensões do braço do hipertenso para possibilitar obtenção correta dos valores da pressão. O uso do manguito inadequado pode acarretar em falsa elevação (manguito estreito) ou falsa diminuição (manguito largo) da pressão arterial, o que poderia propiciar diagnóstico incorreto da hipertensão, bem como a condução do tratamento anti-hipertensivo[3,4]. Sabe- se que a medida da pressão possui em sua técnica detalhes que se forem omitidos podem conduzir a subestimação ou superestimação dos valores. No estudo feito por Rabello *et al.*[23] menos de 45% dos enfermeiros e 37% dos auxiliares acertaram a pergunta envolvendo a escolha do manguito e sua interferência na medida da pressão. Apenas 20% dos enfermeiros e 15,4% dos auxiliares aguardaram pelo menos um minuto entre a estimativa da pressão e a medida seguinte. Esses dados permitem observar que a maior parte dos profissionais de enfermagem ainda não dão a devida importância à realização padronizada do procedimento da medida da pressão arterial. Após as intervenções educativas o porcentual de acerto nesses itens melhorou sensivelmente (38,9% vs 72,2% questão sobre manguito estreito e 33,3% para 66,7% para questão sobre manguito largo), porém, na prática, a aplicação dessas medidas ainda não são plenamente observadas.

A avaliação da equipe de enfermagem em quesitos básicos do conhecimento sobre hipertensão arterial é importante para que esses profissionais conheçam suas fragilidades teóricas e práticas e que assim busquem capacitação para o exercício mais competente de sua profissão. No que se refere ao atendimento dos pacientes hipertensos, a melhora no conhecimento implica em melhoria na assistência induzindo os hipertensos para maior adesão ao tratamento. Para tanto o envolvimento de todas as

categorias da equipe de enfermagem se faz necessário. Todos devem se tornar educadores. Quando os pacientes reconhecem o bom atendimento e preocupação com sua doença, a tendência é haver participação nas atividades educativas que a Unidade Básica propuser a ele e isso certamente redundará em melhor controle de seus níveis tensionais. Estudo feito por Jardim *et al.* [61] com um grupo de pacientes atendidos numa Liga de Hipertensos revelou que os mais assíduos às reuniões eram também os que tinham maiores reduções dos níveis de pressão arterial.

Inúmeros autores[13,14,25,30] apontam as ações educativas como primordiais para contribuir com a adesão do paciente ao seu tratamento. Elas têm se tornado grandes contribuintes no estímulo às mudanças nos hábitos de vida que beneficiam a saúde. Para Sousa *et al.* [28] a educação das pessoas com doenças crônicas tem como finalidade influenciar o comportamento do paciente para obtenção de mudanças e manutenção destas. De acordo com Fuchs *et al.* [14], as intervenções educativas realizadas através de material visual (slides simples, *folders*), atividades em grupo, informações escritas não surtem efeito isoladamente e devem ser usadas combinadas. Estratégias motivacionais envolvendo o uso de folheto educativo, estímulo telefônico e correspondências para lembrar, alcançaram maior adesão. Há benefícios na adesão e/ou no controle da pressão arterial para os pacientes que participam de ações educativas, pois a partir do momento que os hipertensos conhecem mais a sua doença e seus riscos, eles se envolvem mais com o tratamento e tendem buscar meios de ter uma vida mais saudável[84]. As estratégias para atrair o hipertenso precisam ser constantemente reavaliadas a fim de que não caiam na rotina e com isso promovam a desmotivação destes. Reuniões de grupo, caminhadas, atividades lúdicas e palestras com profissionais envolvidos com a temática (nutricionistas, psicólogos, educadores físicos, etc.) são algumas das atividades prazerosas que podem envolvê-lo e contribuir positivamente para a adesão ao tratamento. As atividades grupais são mais motivadoras que as individuais e por isso deve ser preferida no momento da elaboração do cronograma. Outro ponto importante, segundo Giorgi[25] é que toda a equipe

envolvida nas atividades de assistência ao hipertenso, além de conhecedores da temática, devem usar linguagem apropriada e recursos que facilitem a compreensão de todos os participantes.

6.2 SOBRE OS HIPERTENSOS

Os resultados do presente estudo mostraram que nos 290 hipertensos estudados, 174 estavam controlados correspondendo a 60,0%, sendo 91 pacientes (63,2%) no grupo participante das intervenções educativas e 83 pacientes (56,8%) de controle no grupo que seguiu a rotina normal da unidade. No que se refere ao controle da pressão arterial, neste estudo foram considerados controlados os pacientes que após três medidas consecutivas, apresentaram uma média de pressão arterial sistólica menor que 140 mmHg e diastólica menor que 90 mmHg. Os considerados não controlados apresentaram valores maiores ou iguais aos citados.

O modelo de regressão logística revelou que em relação ao controle final da pressão arterial houve associação com as variáveis: etnia, renda familiar e ingestão de bebida alcoólica.

Características biossócio-econômicas e hábitos de vida

Em relação ao gênero, o fato da maioria ser do sexo feminino, tanto no grupo participante como no grupo não participante do processo educativo, pode indicar que as mulheres são mais preocupadas com sua saúde e mais receptivas às ações educativas para o seu cuidado do que os pacientes do sexo masculino. Tal resultado é semelhante ao encontrado na literatura[53] que mostra que a maior parte da clientela que freqüenta as unidades básicas de saúde e realiza tratamento com mais freqüência é de mulheres. A variável gênero merece atenção especial no contexto da hipertensão arterial. Estudo[54] realizado em nosso meio mostrou que homens, jovens, não brancos se relacionaram com desconhecimento sobre a hipertensão e tratamento, característica essa que pode influenciar

negativamente no controle da hipertensão. Sousa [55] em investigação sobre a prevalência da hipertensão arterial referida, percepção de sua origem e formas de controle em área metropolitana de São Paulo, mostrou que as mulheres foram as que mais procuraram pela assistência e pondera que as mulheres parecem ter uma percepção mais acurada de sua condição de saúde e também desenvolvem maiores relações com os serviços de saúde em razão de seus atributos e funções reprodutivas. Outro ponto a ser destacado foi que as mulheres encontravam-se mais controladas do que os homens (66,7 *vs* 33,3, $p<0,05$), reforçando mais uma vez a influência do gênero na adesão e controle da hipertensão. Dessa forma, Lessa *et al.* [9] mostraram que os homens aderiram menos ao tratamento que as mulheres (25,0% *vs* 34,6%).

Em relação à idade, os dois grupos estudados foram similares com pouco mais da metade com idade acima dos 60 anos, portanto idosos. A pressão arterial sistólica tende a aumentar com a idade e a pressão arterial diastólica eleva-se até os 50 anos em homens e 60 anos em mulheres, faixa etária que se encontram a maior parte dos hipertensos estudados,.[3], além de que os idosos são, em geral, mais aderentes aos tratamentos[18].

Quanto à etnia pessoas da raça branca tendem a aderir mais ao tratamento e os achados do presente estudo, realmente comprovaram tal fato, pois os índices de controle para os hipertensos brancos foi 62,3% contra 37,7% nos não brancos ($p<0,05$)). Lessa *et al.* [9] evidenciaram em estudo, que quanto à adesão às consultas e ao tratamento, os pardos apresentaram um porcentual de controle pouco maior do que os negros (33% *vs* 19,7%), que por sua vez foram significativamente menores que os brancos (53,6% *vs* 19,7%). Os negros também apresentaram menor adesão ao tratamento e comparecimento às consultas, além de médias mais elevadas de pressão arterial sistólica e diastólica. Documento da *American Heart Association*[56] mostra que a prevalência da hipertensão nos negros americanos é uma das mais altas do mundo (41,4%) comparada aos brancos (28,1%). Além da alta prevalência, o mesmo documento mostra que os negros têm 1,5 vezes mais chances de morte por doença cardíaca e

quase 2 vezes mais chances de acidente vascular cerebral que os brancos. Por outro lado, em relação ao controle da pressão, estudo feito por Strelec *et al.*[19], não revelou significância estatística nessa variável. Nesse contexto cabe ressaltar que o contexto sócio econômico desfavorável que permeia a vida das pessoas de etnia não branca é um fator fortemente determinante da dificuldade não só de adesão ao tratamento, bem como as relacionadas ao acesso ao tratamento e benefícios que o mesmo pode trazer. A magnitude da associação entre etnia e hipertensão pode mais uma vez ser destacada no presente estudo, os hipertensos não brancos apresentaram 93% de chances a mais de estarem não controlados que os brancos pela avaliação no modelo de regressão logística.

Quanto à escolaridade, a maioria dos hipertensos participantes do presente estudo possuía baixa escolaridade e essa variável pode influenciar na prevalência e controle da hipertensão.. Tal importância também foi evidenciada no presente estudo pois os que tinham escolaridade entre ensino fundamental e médio estavam mais controlados do que a categoria que uniu analfabetos/ sabem ler e escrever o nome (64,0% *vs* 47,1%, $p<0,05$). Estudo[57] realizado em Porto Alegre mostrou que abandono ao tratamento se associou com baixa escolaridade, tabagismo e menor tempo da doença. Outro estudo[58] feito com mais de 900 hipertensos mostrou que a prevalência da hipertensão tinha relação inversa com a escolaridade. Kyngas *et al.*[83] verificaram que nos hipertensos com maior nível de escolaridade a adesão ao tratamento não medicamentoso era maior, assim como o controle da pressão arterial. A baixa escolaridade pode estar relacionada com a ocupação e no presente estudo, predominantemente foi composta por autônomos e donas-de-casa. Os achados do presente estudo mostraram que os com renda familiar maior que três salários mínimos estavam mais controlados (73,5% *vs* 39,2%) em relação aqueles com renda inferior. Para reforçar esse achados, investigação realizada no complexo do Hospital das Clínicas na cidade de São Paulo que avaliou a prevalência de hipertensão arterial em funcionários e seus aspectos biopsicossociais, em relação à renda salarial, verificou que os níveis pressóricos foram

significativamente mais elevados naqueles com renda até cinco salários mínimos. Por outro lado estudo feito por Strelec *et al.* [19] não mostrou associação dessa variável com o controle da pressão. Mas o nível salarial no presente estudo teve destaque pois essa variável manteve-se no modelo de regressão logística: aqueles que tinham renda familiar ≤ 3 salários mínimos apresentaram 4,47 vezes mais chances de falta de controle da pressão arterial.

Vale ressaltar no presente estudo que após as intervenções educativas, os pacientes que participaram do processo educativo melhoraram o controle da pressão saindo de 46,5% com pressão inicial controlada para 63,2% .

No que se refere ao estado civil, apesar de não ter se relacionado ao controle dos hipertensos, é importante lembrar que em função da amostra ser constituída em sua maioria de idosos, a presença de um companheiro torna-se importante em relação a adesão ao tratamento e controle da pressão. Estudo feito por Saraiva *et al.*[59] com 400 famílias cadastradas na Liga de Hipertensão de uma instituição pública do Sistema Único de Saúde (SUS) em Fortaleza (Ce), comprova que o conhecimento do familiar sobre a doença, mesmo que superficial, era significativo na adesão do paciente ao tratamento. Pierin *et al.*[60], em outro estudo, verificou níveis de pressão arterial mais elevado em pessoas não casadas, associando essa elevação à possível falta do apoio familiar.

Quanto aos hábitos de vida, a maior parte dos pacientes não era praticante de atividades físicas regulares, caracterizando um estilo de vida mais sedentário. Embora se reconheça a importância da atividade física para a melhoria das condições cardiovasculares e com isso a manutenção de níveis de pressão mais baixos, estudo feito por Jardim[61] não mostrou correlação entre sedentarismo tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas e a ocorrência de hipertensão. Entretanto, o sedentarismo foi mais freqüente nas classes sociais mais baixas onde o risco de hipertensão foi mais significante no estudo. Outro estudo[62] mostra que os níveis de pressão arterial podem

cair entre 18 e 20mmHg em pacientes hipertensos pós-exercício físico. Vale ressaltar que as unidades básicas de saúde participantes do estudo oferecem aos seus usuários grupos de caminhada e de ginástica de baixo impacto (Tai-Chi-Chuan). Fuchs *et al.*[63] concluíram em seu estudo que os efeitos benéficos do exercício devem ser aproveitados no tratamento inicial do indivíduo hipertenso, com a finalidade de evitar o uso ou reduzir o numero de medicamentos e doses normalmente prescritas aos pacientes. O exercício físico também pode combater outros fatores de risco para doenças cardiovasculares em indivíduos hipertensos.

Quanto à ingestão de bebida alcoólica, o presente estudo mostrou que os hipertensos que ingeriam bebida alcoólica estavam menos controlados que os que nunca beberam (46,9% *vs* 66,1%, $p<0,05$)). Essa variável teve alta relevância pois manteve-se no modelo de regressão logística. Os que referiram uso atual ou anterior de bebida alcoólica há menos de um ano apresentaram 3,2 vezes mais chances de não ter a pressão arterial controlada em relação aos que nunca beberam. Ainda que estudo anteriormente citado não tenha mostrado associação dessa variável com o controle da pressão, Barbosa[64] cita que o não uso de medicamentos para o tratamento da hipertensão são preteridos em porcentagem ainda maior que as já encontradas, quando a falta de adesão está associada ao etilismo, dieta, sedentarismo, tabagismo, dentre outros. Estudo feito por Souza *et al.*[65] mostrou que pessoas com hábito de consumir bebida alcoólica diária ou semanalmente apresentaram significância estatística com a elevação da pressão arterial.

Crenças, atitudes e conhecimentos em relação à doença e o tratamento.

Em relação aos antecedentes familiares para doenças cardiovasculares, a maioria, tanto no grupo participante das intervenções educativas como não participante, referiu que tem na família pessoas com hipertensão arterial e problemas cardíacos. Sabe-se que a hereditariedade é um dos fatores de risco, relatados na literatura, para a hipertensão[66,67].

Quanto às crenças e conhecimentos dos hipertensos sobre a doença, chamou a atenção o desconhecimento da maioria dos pacientes sobre a relação da hipertensão com outras patologias. Péres *et al.*[51] concluiu em seu estudo que os aspectos psicossociais e as crenças de saúde parecem interferir diretamente no conhecimento que o paciente tem sobre a hipertensão e nas práticas de saúde adotadas. Salientou a importância de se estabelecer novas estratégias de orientação aos hipertensos. Se por um lado a maioria dos hipertensos do presente estudo referiu saber que tratando a hipertensão, doenças como o infarto e o derrame poderiam ser evitados, por outro lado, eles referiram não saber se o tratamento da pressão poderia evitar problemas renais e impotência sexual e estes dados se associaram ao controle ($p<0,05$). Derrame e infarto são, de fato, as complicações mais referidas pelos pacientes, conforme outros estudos[13,51]. É possível que tal desconhecimento esteja relacionado à baixa escolaridade e também à ênfase que é dada na relação entre pressão alta e Infarto / derrame por meio das campanhas de combate à hipertensão[68]. Estudo feito por Avezum *et al.*[69] mostrou que a presença da hipertensão elevou em 3 a 4 vezes as chances de um infarto agudo do miocárdio em pacientes coronariopatas da Região Metropolitana de São Paulo. Outro estudo[70] mostra que, dentre outras, a hipertensão está fortemente ligada à aterosclerose e por conseguinte, a redução do lúmen arterial. Sabe-se que há estreita ligação entre hipertensão arterial e alterações nas funções renais. Segundo Fuchs[63], os rins são responsáveis pela regulação da pressão arterial e portanto, o descontrole da doença tem efeito direto sobre eles. Entende-se que o conhecimento do hipertenso sobre a doença é importante para a adesão ao tratamento. Para Jardim[61] o envolvimento do paciente com seu tratamento está ligado diretamente com o conhecimento sobre a doença e suas possíveis complicações. Entretanto, para Pierin *et al.*[13] a presença de conhecimento não implica necessariamente em adesão ao tratamento que muitas vezes requer grandes mudanças em estilos de vida e modo de viver das pessoas e que essa mudanças, quando ocorrem, são visualizadas em médio ou longo tempo.

Em relação às atitudes dos hipertensos frente ao tratamento, no grupo participante das intervenções, 83,3% dos hipertensos referiram não ter interrompido o tratamento, enquanto no grupo não participante 56,8% dos pacientes não interromperam. Não houve associação dessa variável com o controle, porém chama a atenção a porcentagem de pacientes do grupo não participante das intervenções que referiram ter interrompido (43,2%). Dentre os que referiram já ter interrompido os principais motivos alegados foram: não sente nada, não foi orientado a tomar remédio e não sente necessidade de se tratar, por vontade própria e ordem médica. Essa situação também foi encontrada em outro estudo[57], quando 56% dos pacientes pesquisados interromperam o tratamento em algum momento. O mesmo estudo evidenciou que o abandono ao tratamento e falta de adesão foram mais expressivos nos pacientes com baixa escolaridade. Essa atitude de alguns pacientes pode indicar pouco envolvimento com seu tratamento e cuidado da saúde.

Quanto a freqüência às consultas médicas, a maioria referiu não ter faltado (79,9% grupo sob intervenção e 69,2% grupo sem intervenção). Os pacientes que referiram ter faltado (20,1% grupo com intervenção e 30,8% grupo sem intervenção) alegaram como motivos principais para as faltas: esquecimento, viagem, sentir-se bem, horário do atendimento e não faltar ao trabalho. Chama a atenção que houve diferença estatisticamente significante entre os grupos ($p<0,05$), apenas no item “não faltar ao trabalho”. Dos pacientes do grupo sem intervenções educativas, 41,3% referiram esse motivo como o principal para as faltas às consultas. Considerando que a maior parte desses pacientes referiu como ocupação ser autônomo (40,4%), é possível que o faltar ao trabalho comprometa a renda familiar que depende do dia trabalhado. As ausências às consultas médicas e a interrupção do tratamento podem influenciar o controle da pressão. No que diz respeito a freqüência às consultas, estudo mostrou não haver relação entre ela e o controle da pressão[9]. Em outro estudo porém, Coelho *et al.* [71] observaram pior adesão ao tratamento e controle de pressão nos indivíduos com hábito de faltar às consultas agendadas

A maior parte dos pacientes, em ambos os grupos, referiu ter como patologia concomitante à hipertensão, o aumento do colesterol (48,3%) seguido do diabetes (34,7%). O aumento do colesterol pode estar associado à alimentação e à falta de atividades físicas, além de ser um dos fatores de risco coronariano potencializando os danos provocados pela hipertensão arterial. Vale ressaltar que estudo [74] mostrou associação entre o aumento do colesterol e a prevalência da hipertensão arterial. Martinez *et al.*[72] em estudo com mais de 80 mil pessoas em diversas cidades brasileiras, encontraram valores de colesterol acima de 200mg/dl em cerca de 40% da população estudada. Em relação ao diabetes sabe-se que esta doença também tem influência sobre os fatores de risco cardiovasculares e precisa ser controlada. Dentre o que se propõe no controle do diabetes inclui-se reeducação alimentar e modificações no estilo de vida que, se implementados, colaboraria para o controle da pressão arterial e do colesterol concomitantemente.

Características antropométricas e pressão arterial.

Na avaliação das variáveis antropométricas, quanto à circunferência abdominal, as mulheres apresentaram média inicial e final, respectivamente, 99,0±12,7 *vs* 98,0±10,6 e os homens com 104,8±12,9 *vs* 104,1±11,9 e índices de massa corporal inicial e final, respectivamente, 29,7±5,0 *vs* 28,8±3,2 nas mulheres e homens com 29,0±5,1 *vs* 27,6±4,2. Ambos os parâmetros, tanto iniciais quanto finais, mostram-se fora dos recomendados para os gêneros, de acordo com documento da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica e a I Diretriz Brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica[46],[47], que preconizam circunferência abdominal menor que 95 cm para homens e menor que 80 cm para mulheres. Quanto ao Índice de Massa Corporal o valor de normalidade está compreendido entre 18,5cm e 24,9cm, em qualquer faixa etária e o sobrepeso entre 25,0 e 29,9. Rezende *et al.*[73] revelaram em estudo que o risco cardiovascular aumentou conforme aumentou o Índice de Massa Corporal e a circunferência abdominal. Estudo feito por Carneiro[74] com 499

pessoas mostrou aumento significante da prevalência da hipertensão arterial associada ao aumento do Índice de Massa Corporal. Souza *et al.*[65] confirmaram em seu estudo que pessoas com sobrepeso ou obesas têm maiores níveis de pressão arterial. Estudo feito por Peixoto *et al.*[75] com 1.454 pessoas revelou que o sobrepeso se associou com hipertensão apenas nas mulheres. Cabral *et al.* [76], em estudo feito na cidade do Recife, mostraram que os homens tendem a ser menos aderentes à dieta orientada para hipertensos e se aproximavam mais da faixa de obesidade. Outro estudo feito em Porto Alegre (RS)[77] com 1089 indivíduos, verificou que a hipertensão associou-se com o Índice de Massa Corporal e circunferência da cintura nas mulheres, enquanto nos homens houve associação apenas com Índice de Massa Corporal. Cervi *et al.*[78] questionam os valores dos índices de massa corporal usados para adultos e adulto jovem e o seu emprego na avaliação da população idosa, uma vez que há mudanças significativas no metabolismo e parâmetros estruturais dos velhos. Ainda que o uso dos índices estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde para avaliação do Índice de Massa Corporal seja discutido em relação ao seu emprego na população idosa, não se pode afastar a relação do aumento desses valores com os aumento do risco de doenças cardiovasculares. O controle desses fatores de risco metabólico diminui o risco de doença coronariana, além de contribuir para melhor controle da pressão arterial.

Em relação ao controle da pressão arterial, ao comparar os grupos de hipertensos estudados, observou-se que o grupo participante das intervenções educativas (Grupo I) obteve maior porcentual de controle dos níveis de pressão que o grupo não participante (Grupo II), tanto na medida inicial, antes do processo educativo quanto na medida após o mesmo (Grupo I, 141,7±23,3/82,6±12,0 *vs* 137,2±22,8/80,6±12,0; Grupo II:143,4±20,3/86,6±13,3 *vs* 140,5±22,0/81,6±12,1 pressão sistólica e diastólica inicial e final, respectivamente). No início do estudo 46,5% dos hipertensos que participaram das intervenções educativas estavam controlados (PA<140/90mmHg), diferindo de forma significante ($p<0,05$) do controle de 33,6% dos hipertensos do grupo que seguiu a rotina normal da

Unidade Básica de Saúde. Cerca de seis meses após as intervenções educativas o controle foi reavaliado, revelando elevação também significante. Os hipertensos participantes das atividades educativas apresentaram 63,2% de controle contra 56,8% do grupo não participante. Embora os resultados mostrem essa diferença, ambos os grupos tiveram redução de seus níveis de pressão. Acredita-se que isso se deve ao fato de os profissionais de enfermagem terem recebido treinamento para atuarem junto aos hipertensos no mesmo tempo em que os pacientes do Grupo I participavam das intervenções educativas. Sendo assim, os hipertensos que não participaram das intervenções educativas (Grupo II) e que continuaram recebendo o atendimento usual nas unidades de saúde, possivelmente foram influenciados de forma benéfica pelas atividades educativas destinadas à equipe de enfermagem.,. A avaliação na primeira fase do Projeto de Políticas Públicas, do qual o presente estudo fez parte, nas mesmas unidades básicas de saúde, mostrou que o controle analisado de 440 hipertensos foi de 45,5%, indicando mais uma vez a efetividade das medidas educativas implementadas junto à clientela hipertensa e equipe de enfermagem [79]. No Brasil, estudo[58] feito no Rio Grande do Sul revelou que em indivíduos adultos, 50,8% sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% estavam controlados. Nos Estados Unidos, segundo documento da *American Heart Association*[56], o controle está em 35,1%.

O controle da pressão arterial é conseguido através do uso de medidas não medicamentosas e medicamentosas. O emprego de medicamentos no controle da pressão faz parte da conduta terapêutica na maioria das vezes. Em revisão sobre o assunto Rozenfeld[80] pontua que cerca de 30% dos idosos consomem cinco ou mais medicamentos e que os mais consumidos são os de ação cardiovascular sendo os anti-hipertensivos os que ocupam o topo da lista. Araújo *et al.*[81] em seu estudo mostrou que 35,6% dos hipertensos usavam pelo menos um medicamento e 50,4% usavam dois ou mais e de um modo geral tem se verificado que apenas cerca de um terço dos hipertensos necessitam apenas de um medicamento

para controle da pressão arterial. Dados norte americanos[56] mostram que mesmo recebendo tratamento (68,4%), nos idosos, apenas 34,3% apresentavam-se controlados. Bengtson *et al.*[82] em análise de resumos de estudos na área da enfermagem, destacaram a importância da enfermeira como educadora do hipertenso, desenvolvendo papel importante no favorecimento às mudanças no estilo de vida, tais como: redução no consumo de sal, prática regular de atividades físicas, uso correto dos medicamentos e eliminação no consumo de tabaco. Considerando a importância do trabalho multidisciplinar, uma vez que esforços isolados não resultarão em um controle eficiente da pressão arterial, o cumprimento da prescrição médica deve ser reforçado pela equipe de enfermagem além da orientação dos hipertensos quanto às medidas não medicamentosas que muito contribuem para o efetivo controle da pressão arterial. Dessa forma, reitera-se mais uma vez a importância da integração de uma equipe multiprofissional, com competências definidas e específicas de cada um, porém todos com um único objetivo no cuidado do hipertenso: obter a adesão ao tratamento. Destaca-se ainda, que para o tão almejado controle é necessária a participação ativa do hipertenso e sua família, aliados a programas de saúde que realmente vislumbrem a importância da atenção a essa doença crônica para modificar o perfil de morbimortalidade cardiovascular.

A orientação em relação às medidas não farmacológicas ficam à cargo, na maior parte das vezes, dos enfermeiros e demais profissionais da equipe de enfermagem, já que a presença de nutricionistas nas unidades básicas é rara. Em geral as doenças crônicas trazem consigo a necessidade de mudanças nos hábitos de vida e essas adaptações nem sempre são fácies. Muitas vezes é necessário abrir mão de hábitos prazerosos para se obter controle efetivo da pressão. Estudo feito por Kyngas *et al.*[83] revelou que enquanto os mais altos níveis de adesão relacionavam-se ao medicamento, os piores estavam relacionados justamente ao tratamento não medicamentoso, incluindo a alimentação, atividades físicas e ingestão de bebida alcoólica . De acordo com as autoras os pacientes que utilizam

medicamentos tendem a aderir menos às modificações no estilo de vida por acreditarem que uso destes basta para conseguir o controle da pressão arterial. Em virtude desse comportamento Araújo *et al.* [84] recomendam que os profissionais de saúde discutam com os pacientes quais modificações estes consideram possíveis de serem realizadas para que as práticas terapêuticas possam ser incorporadas efetiva e realisticamente.

Avaliação da adesão ao tratamento, transtornos mentais comuns e apoio social.

Para avaliar a adesão do hipertenso ao tratamento proposto, são utilizados métodos diretos e indiretos, tais como controle da pressão arterial, entrevista com o paciente, auto-relato, marcadores biológicos, comparecimento às consultas, avaliação dos profissionais de saúde, contagem de comprimidos, prontuário do paciente, monitorização eletrônica acoplada às embalagens e acompanhamento telefônico. Os métodos indiretos são mais viáveis devido à facilidade de aplicação e ao baixo custo, apesar de não serem totalmente confiáveis, pois a tendência do paciente para superestimar sua adesão limita a credibilidade da auto-informação .

Um dos métodos indiretos utilizados para avaliar adesão é o Teste Morisky e Green. Morisky *et al.* [85] partiram da hipótese de que o comportamento relativo à tomada dos remédios tem validade concorrente e preditiva com o controle da pressão arterial, e em estudo realizado, estes autores concluem que houve relação positiva entre pontuação obtida nas repostas do teste por eles elaborado e o controle da pressão arterial. Foram acompanhados, durante um período de 6 a 42 meses, 290 pacientes, originariamente com 400 pacientes hipertensos. Esse acompanhamento confirmou a hipótese de que as pessoas que tiveram pontuação alta nas questões relativas às tomadas dos medicamentos eram as que realmente se encontravam com a pressão arterial controlada na segunda etapa da aplicação do teste, após 42 meses. Nesta etapa, os pacientes hipertensos que tiveram pontuação baixa ou média, aos 6 meses de controle, registraram um aumento em relação ao controle da pressão arterial de 5

pontos porcentuais (40 para 45%), enquanto os que tiveram pontuação alta aumentaram seu desempenho em 21 pontos porcentuais (55% para 71%). Os autores apontam a necessidade de se validar os resultados por eles obtidos, em outros contextos e para outros problemas de saúde. Os itens do Teste Morisky e Green avaliam barreiras à tomada de medicamentos, tendo como sua principal utilidade detectar atitudes incorretas diante da tomada dos medicamentos e utilizar os resultados para um programa de educação em saúde, reforçando os comportamentos positivos de adesão.

No final do presente estudo, o teste de Morisky e Green, em relação ao controle da pressão, mostrou que a maioria (69,8%) dos hipertensos participantes das intervenções educativas (Grupo I) e os do Grupo II, que não participaram das intervenções (58,3%) foi aderente e estava com a pressão controlada, porém de forma menos acentuada nos hipertensos do Grupo II. Considera-se que as intervenções educativas sistemáticas podem ter efeito positivo sobre o controle da pressão e conseqüentemente na adesão ao tratamento. .Assim como no estudo de Strelec *et al.*[19], o Teste de Morisky e Green não se relacionou com o controle da pressão. Face a essas observações, talvez em nosso meio o referido teste não seja um instrumento adequado para relacionar o controle da pressão arterial e adesão Ao tratamento.

Ainda, com o intuito de avaliar adesão ao tratamento foi aplicado um instrumento que continha uma relação de fatores advindos da prática clínica junto à clientela de hipertensos. Os fatores mais citados pelos hipertensos e que podem dificultar o tratamento, se concentraram em: chegar para consulta e não ter médico (63,8%), esquecer de tomar os remédios (48,6%) e ter que esperar longo tempo para as consultas (41,7%). Dados do Conselho Federal de Medicina[86] revelam que na região sudeste existe um médico para cada 410 habitantes e no estado de São Paulo, um médico para cada 413 habitantes. Observa-se que dentre os estados da região sudeste São Paulo é o que concentra menor número de habitantes/ médico. Porém, longa espera para ser atendido não é um fato infreqüente e muitas vezes aliada à falta de profissionais em número suficiente para uma

adequada assistência., Quanto a “esquecer de tomar os remédios”, é uma atitude ligada diretamente à adesão podendo comprometê-la. A associação entre a pontuação dos fatores que podem dificultar adesão ao tratamento e o controle da pressão arterial, no final das intervenções educativas, não foi significativa.

Dentro do contexto das doenças crônicas, no qual se insere a hipertensão arterial, os fatores psicossociais também interferem na adesão ao tratamento. Artigo de revisão[87] sobre as barreiras para participação e adesão a programas de reabilitação em doenças cardíacas enumera diversos itens neste contexto. A auto-eficácia reflete a percepção individual ou as crenças sobre a capacidade em participar de determinadas atividades, com a finalidade de manter comportamentos para reduzir riscos. A automotivação relaciona-se ao componente individual da ação para garantir a adesão. A auto-estima relaciona-se à auto-eficácia. A auto-estima é importante na redefinição de auto conceito e nas mudanças de papéis e estilos de vida. A relação entre características da personalidade e adesão ao tratamento é controversa, porém, variáveis tais como sentimento de bem estar, socialização (aceitação de regras e regulamentos) e capacidade de ser igual a outros são elementos de medida da personalidade e podem se associar à adesão ao tratamento. No mesmo sentido, a ansiedade e a depressão também interferem no processo. Dentro do suporte social, a participação da família é altamente relevante na aquisição de hábitos saudáveis e mudanças de estilos de vida, assim como o auxílio no seguimento da proposta medicamentosa[48] .

Estudos psiquiátricos epidemiológicos têm verificado associação entre os transtornos mentais comuns, condições de vida e no contexto das doenças crônicas, principalmente as cardiovasculares e o *Self Report Questionnaire*-SRQ-20 é um instrumento de avaliação nesse contexto que pode ser útil no manejo dos hipertensos. Os resultados do presente estudo revelaram que cerca de 40% dos hipertensos apresentaram transtornos mentais comuns. Estudo realizado na zona da mata de Pernambuco-PE[88] e na cidade de Olinda-PE[89], encontrou prevalência de transtornos psiquiátricos

comuns de 36% e 35% respectivamente. Estudo transversalmente de base populacional, na cidade de Pelotas-RS[90] mostrou a prevalência de 23% de distúrbios psiquiátricos comuns.

Entre os hipertensos participantes do processo educativo (Grupo I) os homens apresentaram menos transtornos mentais comuns não psicóticos do que as mulheres (75,6% *vs* 53,2%, $p<0,05$), fato já evidenciado em outros estudos[91,92]. Entretanto, Bandeira *et al.*[93] encontraram maior porcentual de transtornos mentais comuns em homens, sendo que os transtornos mais referidos foram os ligados ao distúrbio do sono, enquanto nas mulheres foram os ligados ao desejo de morte. A presença de transtornos mentais comuns associada ao controle da pressão antes das intervenções educativas, mostrou que os hipertensos não controlados apresentaram mais transtornos que os hipertensos controlados (63,0% *vs* 37,0%, $p<0,05$). Os transtornos mais referidos pelos hipertensos foram: sentir-se nervoso e preocupado (67,6%), sentir-se triste ultimamente (46,6%) e cansar-se com facilidade (42,8%).

A ruptura de laços sociais afeta os sistemas de defesa do organismo de tal maneira que o indivíduo se torna mais suscetível a doenças. De acordo com essa idéia, os laços sociais teriam influência na manutenção da saúde, favorecendo condutas adaptativas em situações de estresse. Vários estudos investigaram a influência desses laços no risco de adoecer e morrer, e seus resultados indicam que dispor de uma rede social e receber ajuda dos indivíduos que pertencem a essa rede beneficiam a saúde e o bem-estar[43].

Quanto à disponibilidade de apoio social, os resultados do presente estudo mostraram que os hipertensos de ambos os grupos apresentaram nível satisfatório de apoio social (76,5±16,0) de acordo com os critérios de avaliação da escala. As situações referidas nas quais os hipertensos sempre podem contar com alguém foram: “ contar com alguém que o ame e o faça sentir-se querido” e “ contar com alguém que demonstre amor e afeto por você”, respectivamente, 81,4% e 79,9%. Na outra ponta da escala, as

situações mais referidas, nas quais os hipertensos nunca contam com alguém, foram: “contar com alguém que o ajude nas tarefas diárias se ficar doente”.. Houve relações positivas entre domínios da escala e o controle da pressão arterial, porém no modelo de regressão logística tais variáveis não se mantiveram. Estudo feito por Griep *et al.*[43] com 4.030 funcionários de uma universidade do Rio de Janeiro, também mostrou médias elevadas na pontuação da escala de apoio social (80,8). Entretanto, os autores ressaltam que essa médias elevadas podem ter sido conseguidas em virtude da população estudada ter média de idade em torno de 40 anos. Os autores comentam ainda que as maiores pontuações obtidas podem estar ligadas ao fato de a maior parte da população pesquisada ter freqüentado reuniões sociais no último ano, confirmando a disponibilidade de convívio social positivo.

Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do contexto da gravidade da hipertensão arterial e de sua alta prevalência, entendo que o grande desafio enfrentado pelos profissionais de saúde com relação a essa doença está no estabelecimento de estratégias que incentivem o doente a aderir ao tratamento e para isso é preciso que toda a equipe multiprofissional, envolvida no atendimento, esteja engajada e bem preparada para prestar a assistência com eficiência, competência e qualidade.

Em relação aos hipertensos, os conceitos básicos sobre hipertensão foram apresentados, bem como os grupos de alimentos e como usá-los, a importância da atividade física e o estímulo a uma atitude positiva frente a doença. Entretanto, após as reuniões, alguns mencionavam que era muito difícil promover todas as mudanças necessárias e que o uso correto dos medicamentos são a garantia de um controle efetivo da pressão. Para muitos, a mudança no estilo de vida e implementação de hábitos mais saudáveis são penosos e não são prioridades. Para outros essa mudança é necessária e é o que garante, junto com os medicamentos, o melhor controle da pressão e a diminuição da possibilidade do aparecimento de outras doenças ligadas à hipertensão.

Em relação ao processo educativo com a equipe de enfermagem, o maior contingente foi formado por agentes comunitários de saúde e auxiliares e menor contingente formado por enfermeiros e técnicos. Sendo assim, quando observamos a melhora no porcentual de acertos nas questões, podemos presumir que essa elevação tenha sido alavancada pelos auxiliares de enfermagem que possivelmente melhoraram sua compreensão sobre a temática e isso refletiu no maior porcentual de acertos.

Numa das unidades, na sexta intervenção, os agentes comunitários foram dispensados dos encontros pela coordenação da unidade, alegando que os profissionais em questão estavam participando de outro curso, não sobre o mesmo tema, e isso atrasou o andamento do cronograma proposto

inicialmente, além de poder ter refletido no porcentual de acerto dessa categoria que poderia ter sido maior.

Apesar de ter havido grande empenho em levar aos profissionais material áudio-visual interessante, com o tema atualizado e promovido interatividade nas intervenções, observou-se menos interesse que o esperado.

Precisa ser considerado também que a região oeste da cidade de São Paulo é local de inúmeras pesquisas, por ser esta onde se localiza o Centro de Saúde Escola do Butantã. Com isso, tanto a população quanto os profissionais de saúde das unidades básicas constantemente estão envolvidos em pesquisa. Essa situação foi percebida no decurso do estudo, já que muitos hipertensos, durante chamadas iniciais, alegaram que já terem participado recentemente de pesquisa semelhantes.

Mesmo com as dificuldades e desafios que o controle da hipertensão representam tanto para os hipertensos quanto para os profissionais da equipe de enfermagem, é importante que nenhuma das partes desista de buscar alcançar melhores índices de controle.

A enfermagem possui papel importante na elaboração de estratégias que favoreçam a adesão do paciente ao tratamento e que encorajem os hipertensos na mudança em seu estilo de vida através da adoção de hábitos mais saudáveis. O uso de *folders*, folhetos explicativos, telefonemas e correspondências são meios que, se usados em conjunto, comprovadamente acarretam melhora do entendimento do paciente sobre sua doença e conseqüentemente melhor adesão ao tratamento.

Outro ponto importante, é que essa equipe busque cada vez maior capacitação e aperfeiçoamento no conhecimento da doença e na assistência ao paciente hipertenso, além de desempenhar, no âmbito de sua competência, o seu melhor para o pleno e perfeito andamento do seu local de trabalho.

Mesmo com todas as intercorrências e dificuldades que um estudo abrangente encontra no decorrer de seu desenvolvimento, a recompensa

vem quando se observa, ao final dele, que as pessoas envolvidas foram beneficiadas por ele. É essa certeza que anima e motiva o enfermeiro educador a prosseguir.

Conclusão

8 CONCLUSÃO

1 - Os resultados do presente estudo realizado com cinqüenta e cinco membros da equipe de enfermagem, divididos em duas categorias (Agentes Comunitários, Categoria 1 e Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem, Categoria 2) pertencentes às Unidades Básicas de Saúde, Jardim Boa Vista e Vila Dalva, mostraram que, em relação às características biossócio-econômicas, 90,9% eram dos sexo feminino; 50,9% com idade ≤ 40 anos; 58,2% moram com companheiro; 67,3% com ensino médio; 67,3% eram Agentes Comunitários de Saúde, 20,0% eram Auxiliares, 9,1 eram Enfermeiros e 3,6% eram Técnicos em enfermagem; 96,4% atuavam em sua categoria profissional; 90,9% não possuíam outro emprego; 63,5% tinham renda mensal menor que três salários mínimos; 58,2% trabalhavam há mais de 36 meses na Unidade Básica de Saúde e 49,1% nunca participaram de curso ou capacitação em hipertensão arterial.

O questionário para avaliação do conhecimento sobre hipertensão foi baseado nas recomendações das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial[3]. Nas questões que deviam ser respondidas por todos as pessoas envolvidas no estudo, referentes ao conhecimento sobre a doença e tratamento, observou-se elevação estatisticamente significante no porcentual de acertos, quando comparadas as avaliações iniciais com as finais para o grupo formado por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem (84,6±12,0% *vs* 92,7±15,0%, $p<0,05$); enquanto que para Agentes Comunitários de Saúde, não houve mudança significante (80,8±12,2% *vs* 83,5±24,0%)..

2 - Os resultados obtidos com os duzentos e noventa pacientes hipertensos (144 pacientes submetidos a intervenções educativas sistemáticas – Grupo I e 146 que seguiram a rotina de atendimento normal da Unidade Básica – Grupo II), mostraram que em relação às características biossócio-econômicas, 62,1% eram do sexo feminino, idade de 60,1±11,8 anos, etnia branca (54,5%), com companheiro (61,0%), com ensino

fundamental ou médio (71,9%), autônomo (42,5%), com casa própria (82,1%), responsáveis pela renda familiar (46,9%) e com renda mensal de um a três salários mínimos.

Quanto aos hábitos de vida verificou-se que 53,5% não praticavam nenhuma atividade física, 60,6% nunca fumaram e 64,3% nunca beberam..

Em relação à doença, 43,7% eram hipertensos, há mais de dez anos, descobriram ser portadores de hipertensão por terem se sentido mal (52,7%), entre as mulheres 42,2% referiram não ter tido pressão alta na gravidez, 70,7% referiram ter o hábito de verificar a pressão regularmente, 69,2% em posto de saúde e 71,7% mencionaram não ter recorrido a atendimento no Pronto-Socorro, no último ano, por elevação da pressão arterial.

Para os antecedentes familiares e pessoais, verificou-se que 77,8% referiram ter, pelo menos, um familiar com hipertensão e 47,4% com diabetes. A doença mais citada pelo paciente, concomitantemente à hipertensão, foi hipercolesterolemia (48,3%) seguida do diabetes (34,7%).

Quanto às crenças e conhecimentos sobre a doença, 67,3% não sabiam que o tratamento da hipertensão pode evitar diabetes; 63,1% referiram que tratando a pressão alta pode-se evitar o infarto; 57,0% que o tratamento da hipertensão pode evitar o derrame e 72,4% e 79,0%, respectivamente, não sabiam que o tratamento da hipertensão pode evitar problemas renais e impotência sexual.

Quanto às atitudes frente ao tratamento, 91,6% citaram usar medicamento para controle da pressão; 70,0% nunca interromperam o tratamento, porém, entre os que o interromperam, os motivos mais citados foram: não sente nada (27,6%) e não sente necessidade de se tratar (24,1%). Quase um terço (27,1%) apontou faltar às consultas e os motivos mais citados foram esquecimento e para não faltar ao trabalho, sendo este estatisticamente significante para os hipertensos do Grupo II, quando comparado aos hipertensos que participaram das intervenções educativas (42,2% *vs* 6,9%, respectivamente, $p<0,05$)

Os dados referentes aos hipertensos que participaram do processo educativo (Grupo I) foram significativamente diferentes ($p<0,05$) dos pacientes que seguiram a rotina normal de atendimento na Unidade Básica de Saúde (Grupo II) em relação a: sexo, predomínio de mulheres (69,4% *vs* 45,2%), ocupação, "do lar" (40,4% *vs* 21,9%) e nunca bebem (71,3% *vs* 58,1%).

Com relação às crenças, mais hipertensos não sabiam que tratar a hipertensão, pode evitar: diabetes (75,4% *vs* 60,3%), problemas renais (82,5% *vs* 63,7%) e impotência sexual (89,0% *vs* 70,5%). Foi maior o número dos que referiram tomar medicamentos para controle da hipertensão (95,0% *vs* 88,4%) e dos que nunca interromperam o tratamento (83,3% *vs* 56,8%). Possuíam valores mais baixos de pressão sistólica e diastólica, no início e final das intervenções educativas (sistólica inicial, 141,7±23,3 *vs* 143,4±20,3 mmHg e sistólica final, 137,2±22,8 *vs* 140,5±22,0 mmHg; diastólica inicial, 82,6±12,0 *vs* 86,6±13,3 mmHg e diastólica final, 80,6±12,0 *vs* 81,6±12,1 mmHg) e maior controle inicial da pressão (46,5% *vs* 33,6%). Em relação à ingestão de bebida alcoólica pelo *Alcohol Use Disorders Identification Test* – AUDIT, nunca beberam (71,3% *vs* 58,1%).

Os hipertensos que não participaram das intervenções educativas (Grupo II), apresentaram índices menores de controle da pressão inicial que os hipertensos participantes (Grupo I) (33,6% *vs* 46,5%, $p<0,05$).

Os valores finais ao processo de intervenção educativa, para os hipertensos do Grupo I, o controle foi de 63,2% e para aos do Grupo II foi 56,8%. Quando comparados os valores de pressão inicial e final, houve acréscimo estatisticamente significante no controle do Grupo I, (46,5% vs 63,25, $p<0,05$). e Grupo II (33,6% vs 56,8%, $p<0,05$).

A adesão ao tratamento avaliada pelo Teste Morisky e Green mostrou que 64,75% dos hipertensos do Grupo I e 72,7% do Grupo II não eram aderentes ao tratamento. Na avaliação pelos fatores que interferem ao tratamento, 77,3% do Grupo I e 67,8% para do Grupo II eram aderentes ao tratamento.

Houve presença de transtornos mentais comuns pelo *Self Report Questionnaire* (SRQ 20) em 40,0%. dos hipertensos do Grupo I e em 43% do Grupo II. Mas a Escala de Apoio Social revelou valores das médias do total da escala, bem como dos seus diferentes domínios bem próximas entre os dois grupos de hipertensos estudados e alto valor de apoio social (76,1±17,9 Grupo I e 76,9±14,0 Grupo II).

Com relação ao controle da pressão, houve diferença estatisticamente significante ($p<0,05$) nas variáveis: sexo, predomínio de mulheres mais controladas que homens (66,7% *vs* 33,3%); etnia, brancos mais controlados que não brancos (62,3% *vs* 37,7%); os que tinham escolaridade entre ensino fundamental e médio, mais controlados que ensino superior e analfabetos, respectivamente (64,0% *vs* 57,1% *vs* 47,1%) e nunca beberam (70,4% *vs* 28,6%). Os que possuíam menor renda familiar apresentaram-se menos controlados (73,5% *vs* 26,5%) e os que não praticavam atividades físicas regularmente (75,0 *vs* 25,0%).

A análise de regressão logística indicou associação com o controle para as seguintes variáveis (OR *Odds ratio*, IC intervalo de confiança a 95%): **1)** etnia, (p=0,030, OR=1,939, IC 1,064-3,533), **2)** renda familiar (p=0,020, OR=0,447, IC 0,227-0,881) e **3)** ingestão de bebida alcoólica (p=0,001, OR=3,206, IC 1,573-6,536).

Concluiu-se que os hipertensos participantes do processo educativo apresentaram maior controle dos níveis de pressão arterial, ratificando a importância das ações educativas sistemáticas e motivadoras. Entretanto, os hipertensos que seguiram a rotina normal da unidade, também, apresentaram melhora no controle, indicando que o processo educativo, na equipe de enfermagem refletiu positivamente sobre eles, já que os profissionais participantes das intervenções foram os mesmos que prestaram assistência a todos hipertensos.

Referências

REFERÊNCIAS

(1) World Health Organization/International Society Hypertension statement on management of hypertension. J of Hypertens 2003; 21(11):1983-92.

(2) Organização Pan-Americana de Saúde / Organização Mundial de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde [on line] Brasília 2003. Disponível em http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf (11 Março 2008).

(3) V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2006.

(4) The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JCN 7. Bethesda: U. S Department of Health and Human Services, National Institute of Health (NIH); 2003. (Publication, n. 03-5233).

(5) Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus [on line] Brasília (DF) 2002. Disponível em: http://www.saude.gov.br (14 nov.2006).

(6) Régulo CA. Epidemiologia de la Hipertensíon Arterial no Peru. Acta Méd Peruana 2006; 23(2): 69-75.

(7) Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR *et al.*. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada and the United States. JAMA 2003; 289(18): 2367 or available from: http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/289/18/2363 (11 Março 2008).

(8) Campbell NR, Petrella R, Kaczorowski J. Public education on hypertension: a new iniciative to improve the prevention, treatment and control of hypertension in Canada. Can J Cardiol. 2006;22(7):599-603.

(9) Lessa I, Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. Informe Epidemiológico do SUS 1993; 3: 59-75.

_____ Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Rev Bras Hipertens 2006; 13(1) 39-46.

_____ Raça, Aderência ao tratamento e/ou Consultas e controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol 1997; 68(6), 443-49.

(10) Neder MM, Borges AAN. Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia? . Rev Bras Hipertens 2006; 13(2): 126-133.

(11) Revista do SUS - Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006; 15(1): 38.

(12) Gusmão JL, Mion Junior D. Adesão ao tratamento – conceitos. Rev Bras Hipertens 2006; 13(1): 23-25.

(13) Pierin AMG, Strelec MAAM, Junior DM. Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri (SP): Manole; 2004. p.276.

_____ A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório. Rev Esc Enferm USP 1989; 23: 35-48.

(14) Fuchs SC, Castro MS de, Fuchs FC. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Rev Hipertensão 2004; 7(3): 90-93.

(15) Di Matteo R, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherences and medical treatment outcomes: a meta-analysis. Med Care 2002; 40: 794-811.

(16) Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? Arch Intern Med 2004; 164: 722-32.

(17) Lyra Júnior DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. Rev. Latino-americana de Enfermagem 2006; 14(3): 435-41.

(18) Sala A, Nemes Filho A, Eluf-Neto J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em Unidade Básica de saúde. Rev Saúde Pública 1996; 30(2):161-67.

(19) Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Junior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol 2003; 81(4):343-48.

(20) Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa de Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. Acta Paul Enferm 2005; 18(3): 269-75.

(21) Alexander M, Gordon NP, Davis CC, Roland SC. Patient Knowledge and Awareness of hypertension is suboptimal: results from a large health maintenance organization. J Clin Hypertens 2003; 5(4):254-60.

(22) Sanchez CG, Pierin AMG, Mion Junior D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. Rev Esc Enferm USP 2004; 38(1): 90-8.

(23) Rabello CCP, Pierin AMG, Mion Junior D. O conhecimento insatisfatório de profissionais da área de saúde sobre a medida da pressão arterial. Rev Esc Enfermagem USP 2004; 38(2):127-34.

(24) Wetzel Junior W, Silveira MPT. Hipertensão arterial: um problema de todos. Nursing 2005;8(81):70-5. [edição brasileira].

(25) Giorgi DMA. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Rev Bras Hipertens 2006; 13(1): 48.

(26) Logan AG, Achber C, Milne B, Campbell WP, Haynes RB. Work-site treatment of hypertension by specially trained nurses. Lancet 1979; 2:1175-8.

(27) Lima MAD. Educação em saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de enfermagem. Rev Gaúcha enferm 1996; 17(2):87-91.

(28) Souza ALL, Jardim PCBV. A enfermagem e o paciente hipertenso em uma abordagem multiprofissional – relato de experiência. Rev Latino-am enfermagem 1994; 2(1): 5-17.

(29) Juliano IA, Senna SMD. Avaliando a qualificação profissional do técnico de enfermagem na assistência aos portadores de hipertensão arterial sistêmica. Rev. Sitientibus UEFS 2005; (33):61-84.

(30) Alonso ILK, Jesus MCP. Processo educativo em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional. São Paulo: Robe; 1995.

(31) Pierin AMG. Departamento de enfermagem da Sociedade Brasileira de Hipertensão. Atuação do enfermeiro e equipe na assistência ao hipertenso [on line]. São Paulo; 2006. Disponível em: <http:// www.sbh.org.br > (14 nov 2006).

(32) Ministério da Saúde (BR). Guia prático do Programa de Saúde da Família [on line] Brasília (DF), 2001. pte.1. Disponível em: http://www.saude.gov.br (14 nov 2006).

(33) Bengtson A, Drevenhorn E. The nurse's role and skills in hypertension care. Clin Nurse Spec 2003; 17(5):260-68.

(34) Santos IFS, Azevedo FDB, Brandão AC, Silva EP, Sousa ALL. Histórico da implantação do PSF no Estado do Tocantins. Revista UFG [periódico on line] 2004; 6(n.esp). Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/sumario.html (14 nov 2006).

(35) Brasil. Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias.[on line] Brasilia (DF) 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm(15 nov 2006).

(36) Cesarino CB. Eficácia da educação conscientizadora no controle da hipertensão arterial sistêmica [tese]. São José do Rio Preto (SP): Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2000.

(37) Benseñor IM, Lotufo PA. A Hipertensão Arterial no contexto nacional e internacional In: Pierin AMG. Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri (SP): Manole; 2004. p.11-25.

(38) Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciência & Saúde Coletiva 2004; 9(1):139-146.

(39) www.datasus.gov.br

(40) Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. Med Care 1986; 24:67-73.

(41) Mari JJ, Willians P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in city of São Paulo. Br J Psychiatry. 1986; 148:23-6.

(42) Araújo TM, Neto MAS, Reis EJFB, Dutra FRD, Azi GR, Alves RL. Trabalho docente e sofrimento psíquico: um estudo entre professores de escolas particulares de Salvador, BA. Rev Faeeba – Fac Edu Est Bahia 2003; 20:485-95.

(43) Griep RH, Chor Dóra, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-saúde. Cad Saúde Pública 2005; 21(3): 703-14.

(44) Costa AG, Lurdermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da zona da mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21(1): 73-9.

(45) The practical guide for identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. National Institute of Health. U.S.A [on line] 2000; 00-4084: 8-10. Available from: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/prctgd_c.pdf> (19 nov 2006).

(46) I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Associação Brasileira para Estudos da Obesidade. Arq Bras Cardiol. 2006;84 Supl 1

(47) Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Cálculo do Índice e Massa Corpórea (IMC). [on line] São Paulo; 2006. Disponível em: http://www.abeso.org.br>(17 nov 2006).

(48) Pierin AMG, Laranjeira C, Taveira LA, Marroni SN. Validação dos aparelhos automáticos e semi-automáticos de medida da pressão arterial: uma revisão sobre o assunto. Rev. Hipertensão 2004; 7:65-70.

(49) Jardim PCBV, Sousa ALL, Monego ET. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. Medicina Ribeirão Preto 1996; 29: 232-8.

_____ Cuidando da hipertensão no consultório. Arq Bras Cardiol 2005; 85(5): 348-9.

(50) Silva JA. O Agente Comunitário de Saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade? [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2001. Disponível em http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2001/sil001.pdf

_____ O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface – Comunic, Saúde, Educ 2002; 6(10): 75-83.

(51) Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev Saúde Pública 2003; 37(5): 635-42.

(52) Car MR, Pierin AMG, Aquino VLA. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. Rev Esc. Enferm USP 1991; 25(3): 259-69.

(53) Piccini RX, Victora CG. How well is hypertension managed in the community? A population-based survey in Brazilian city. Cad Saúde Publ 1997; 13(4): 595-600.

(54) Pierin AMG, Mion JR D, Fukushima J, Pinto AR, Kaminaga M. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. Rev Esc Enf USP 2001; 35:11-18.

(55) Sousa A L. Educando a pessoa hipertensa. In Pierin AMG In: Pierin AMG. Hipertensão arterial - Uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole, 2005. p.165-184.

(56) *Heart Disease and Stroke Statistics - 2008 Update: A Report form the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistic Subcommittee.* Disponível em www.circ.ahajournals.org. Acesso em 20 de Abril de 2008.

(57) Busnello RG, Melchior R, Faccin C *et al..* Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório referência. Arq Bras Cardiol 2004; 76: 349-51.

(58) Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol 2004; 83(5): 424-28.

(59) Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. Texto e Contexto Enfermagem 2007; 16(2): 263-70.

(60) Pierin AMG, Mion Junior D, Fukushima JT, Pinto AR, Kaminaga MM. O perfil de um grupo de pessoas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. Rev Esc Enferm USP 2001; 35(1): 11-8.

(61) Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza WKSB *et al.* . Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma Capital brasileira. Arq Bras Cardiol 2007; 88(4): 452-57.

(62) Laterza MC, Rondon MUPB, Negrão CE. Efeito anti-hipertensivo do exercício. Rev Bras Hipertens 2007; 14(2): 104-11.

(63) Fuchs FD, Moreira WD, Ribeiro JP. Efeitos do exercício físico na prevenção e tratamento da hipertensão arterial: avaliação por ensaios clínicos randomizados. Rev Hipertensão 2001; 4: 91-3.

(64) Barbosa RGB, Lima NKC. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. Rev Bras Hipertens 2006; 13(1): 35-8.

(65) Souza ARA, Costa A, Nakamura D, Mocheti LN, Stevanato PR, Ovando LA. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. Arq Bras Cardiol 2007; 88(4): 441-46.

(66) Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR. Hábitos de saúde e fatores de risco para a hipertensão. Rev Latino-am Enfermagem 2002; 10(3) 415-22.

(67) Costa JSD, Barcellos FC, Sclowitz ML, Sclowitz IKT, Castanheira M, Olinto MTA *et al.*. Prevalência de hipertensão arterial em adultos: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Arq Bras Cardiol 2007; 88(1): 59-65.

(68) Toscano CM. As campanhas nacionais para a detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. Ciênc. e Saúde Coletiva 2004; 9(4): 885-95.

(69) Avezum A, Piegas LS, Pereira JCR. Fatores de risco associados com o infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. Arq Bras Cardiol 2006; 84(3): 206-13.

(70) Polanczky CA. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos. Arq Bras Cardiol 2005; 84(3): 19-20.

(71) Coelho EB, Neto MM, Palhares R, Cardoso MCM, Geleilete TJM, Nobre F. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. Arq Bras Cardiol 2005; 85(3): 157-161.

(72) Martinez TLR, Santos RD, Armaganijan D, Torres KP, Vale AL, Magalhães ME *et al.*. National alert campaign about increased cholesterol. Determination of cholesterol levels in 81,262 Brazilians. Arq Bras Cardiol 2003; 80(6): 635-8.

(73) Rezende FAC, Rosado LEFPL, Ribeiro LCL, Vidigal FC, Vasques ACJ, Bonard IS *et al.*. Índice de Massa Corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. Arq Bras Cardiol 2006; 87(6): 728-34.

(74) Carneiro G, Faria AN, Ribeiro FF, Guimarães A, Lerário D, Ferreira SRG *et al.*. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. Rev Assoc Med Bras 2003; 49(3): 306-11.

(75) Peixoto MRG, Benício MHD, Latorre MRDO, Jardim PCBV. Circunferência da cintura e Índice de Massa Corporal como preditores da hipertensão arterial. Arq Brás Cardiol 2006; 87: 462-70.

(76) Cabral PC, Melo AMCA, Amado TCF, Santos RMAB. Avaliação antropométrica e dietética de hipertensos atendidos em ambulatório de um hospital universitário. Rev Nutr 2003; 16: 61-71.

(77) Gus M, Fuchs SC, Moreira LB, Moraes RS, Wiehe M, Silva AF *et al.* . Association between different measurements of obesity and the incidence of hypertension. American J Hypertens 2004; 17(1): 50-3.

(78) Cervi A, Franceschini SCC, Priore SE. Análise crítica do uso do Índice de Massa Corporal para idosos. Rev Nutr 2005; 18(6): 765-75.

(79) Marroni SN. Controle da hipertensão arterial em unidades básicas de saúde na região oeste da cidade de São Paulo. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.

(80) Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. Cad Saúde Pública 2003; 19(3): 717-24.

(81) Araújo JC, Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. Rev Saúde Pública 2007; 41(3): 368-74.

(82) Bengtson A, Drevenhorn E. The nurse´s roleand skills in Hypertension care: a review. Clin Nurse Spec 2003; 17(5): 260-68.

(83) Kyngas H, Lahdenpera T. Compliance of patients with hypertension and associeted factors. J Adv of Nursing 1999; 29(4): 832-39.

(84) Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo:uma análise conceitual. Rev Eletrônica de Enfermagem 2006; 8(2):259-72. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/pdf/v8n2a11.pdf

(85) Morisky, DE. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med. Care 1986; 24(1):67-73.

(86) http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp.

(87) Daly J, Sindone AP, Thompson DR, Hancock K, Chang RN, Davidson P. Barriers to participation in and adherene to cardiac rehabilitation programs: a critical literature review. Prog Cardiovsc Nurs. 2002;17(1):8-17.

(88) Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005; 21(1): 73-9.

(89) Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacionais associadas a transtornos mentais comuns. Rev Saúde Pública. 2002; 36(2): 213-21.
(90) Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. Rev Psiq Clin. 2006;32(1):15-20.

(91) Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa de Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2006; 22(8): 1639-48.

(92) Vorcaro CMR, Costa MFFL, Barreto SM, Uchoa E. Unexpected high prevalence of-1 month depression in a small Brazilian community: the Bambuí study. Acta Psychiatrica Scandinavica 2001; 104(4): 257-63.

(93) Bandeira M, Freitas LC, Carvalho JGT. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. J Bras Psiquiatr 2007; 56(1): 41-7.