**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Luzi Aparecida Faleiros Taveira

O nível socioeconômico dos pacientes hipertensos
atendidos em Unidades Básicas de Saúde na região oeste
da cidade de São Paulo

São Paulo

2005

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Luzi Aparecida Faleiros Taveira

O nível socioeconômico dos pacientes hipertensos
atendidos em Unidades Básicas de Saúde na região oeste
da cidade de São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós Graduação de Enfermagem na Saúde
do Adulto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Angela Maria Geraldo Pierin

**São Paulo
2005**

Dedicatória

À minha família, razão maior de minha vida,
À minha querida mãe, Marilena, e ao meu pai, José Luiz Gonzaga Faleiros,
Pelo apoio, incentivo e ajuda em todos os momentos.
Por terem mostrado a importância do estudo e serem
exemplos de vida para mim e toda a nossa família.

À minha tia Maria Ilná Faleiros (Tiná)
Que, mesmo distante, sempre me acompanhou e torceu pela minha vitória.

Ao meu esposo Alberto
Por estar sempre ao meu lado, com amor, auxiliando em todos os momentos, com a
certeza de que conseguiria alcançar meus objetivos.

Aos meus filhos, Bárbara (19 anos) Victor (5 anos),
Pelo amor, carinho e alegria que trazem à minha vida.
Pelas horas longe de seu convívio em prol desse trabalho
E a cada um que a seu modo,
Compartilhou esse período dando-me forças para continuar e finalizar esta pesquisa.

Agradecimentos

Agradeço à Professora Dr^a Angela Maria Geraldo Pierin que me ensinou o caminho do aprendizado, o amor pela pesquisa, a importância da dedicação e perseverança. Pela confiança e incentivo sempre presentes. Por sua competência e preciosa orientação

Às coordenadoras do curso de graduação de Enfermagem da Universidade Nove de Julho em especial Prof^a Maria da Penha Monteiro Oliva e Prof^a Neusa Fukuya pelo apoio e compreensão.

Às professoras pela amizade e força.

Aos colegas, amigos e funcionários do SAMU 192 São Paulo, pela minha disponibilidade profissional para realizar esse trabalho.

Às amigas Claudia Laranjeira e Sandra Marroni, por estamos juntas desde o início da Pós-graduação, pelo companheirismo e incentivo.

Às alunas Raquel, Andréa, Natália e minha aluna, hoje enfermeira, Roseli Jacob Nofoente pela colaboração na coleta de dados.

Às enfermeiras, agentes comunitários de saúde e demais profissionais do Distrito Saúde Escola do Butantã pela colaboração para a realização dessa pesquisa.

À Júlia Tizue Fukushima pela realização da consultoria estatística e Isaac Abraão pela orientação

À enfermeira Débora Cristina Alavarce pelo auxílio na consultoria de informática e formatação desse trabalho

A todos os professores e funcionários da EEUSP

Nadir da biblioteca da USP, pela revisão bibliográfica.

A todos que, mesmo não tendo seus nomes citados e que, direta ou indiretamente, participaram e apoiaram, mesmo nos mais difíceis momentos, um especial agradecimento pelas palavras de incentivo e força.

E finalmente aos pacientes que participaram dessa pesquisa.

Muito obrigada!

*“Não sei se a vida é curta
Ou longa demais para nós,
Mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
Se não tocarmos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.
E isso não é coisa do outro mundo,
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não seja nem curta,
Nem longa demais,
Mas que seja intensa, verdadeira, pura...
Enquanto durar”.*

*“Feliz aquele
Que transfere o que sabe
E aprende o que ensina.”*

Cora Coralina

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

	Páginas
1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS.....	24
2.1 Caracterizar os hipertensos em relação às variáveis:.....	24
2.2 Associar o nível socioeconômico em relação às variáveis:.....	24
3 CASUÍSTICA E MÉTODO	25
3.1 Delineamento do estudo	25
3.2 Local de realização do estudo.....	25
3.3 Amostragem.....	27
3.4 Critérios de exclusão.....	28
3.5 Critérios de inclusão.....	28
3.6 Coleta dos dados	30
3.7 Descrição do índice de renda de bens acumulados.....	37
3.8 A medida da pressão arterial	38
3.9 Análise dos dados	40
3.10 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa	41
4 RESULTADOS	42
4.1 Parte I - Descritivo das variáveis estudadas	42
4.1.1 Características gerais da população	42
4.2 Parte II - Associação entre as variáveis estudadas e características socioeconômicas e aspectos relacionados à adesão ao tratamento.....	58
5 DISCUSSÃO.....	73
6 CONCLUSÕES.....	95
7 REFERÊNCIAS	100
ANEXOS	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - apresenta as características das unidades de estudo e amostra estabelecida.....	28
Quadro 2 - Eletrodomésticos e seus respectivos valores em Real.....	38
Quadro 3 - Quanto ao item telefone:	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características biossociais dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005	42
Tabela 2 - Características dos dados do exame físico dos Hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005 - $p < 0,05$...	44
Tabela 3 - Características econômicas dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.	45
Tabela 4 - Hábitos de vida dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.....	47
Tabela 5 - As variáveis que caracterizam o powersocioeconômico. em relação ao controle da pressão arterial dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.	48
Tabela 6 - Características de como os hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde descobriram a doença e hábito de medida regular da pressão arterial. São Paulo, 2005.....	50
Tabela 7 - Questões relacionadas às crenças e conhecimentos sobre hipertensão arterial dos hipertensos entrevistados. São Paulo, 2005	52
Tabela 8 – Interrupção do tratamento da hipertensão arterial dos pacientes hipertensos atendidos em Unidades Básicas de saúde. São Paulo, 2005	53

Tabela 9 - Falta às consultas para tratamento da pressão arterial dos pacientes hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde São Paulo, 2005.....	54
Tabela 10 – Atitudes frente ao tratamento e doença referidas pelos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.....	55
Tabela 11 – Caracterização de como os pacientes se sentiam em relação à sua vida como um todo. São Paulo, 2005	56
Tabela 12 - Tratamento medicamentoso anti-hipertensivo e outros dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005	57
Tabela 13 - O Índice de bens acumulados em relação ao controle, interrupção ao tratamento e faltas dos pacientes hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005	58
Tabela 14 - O Índice de bens acumulados em relação ao controle dos pacientes hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.....	59
Tabela 15 - Grau de instrução e renda em relação ao controle do tratamento dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.....	60
Tabela 16 - Interrupção do tratamento e faltar à consulta médica em relação ao controle do tratamento dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005	61

Tabela 17 - O Índice de bens acumulados em relação à interrupção ao tratamento da pressão arterial dos pacientes hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.	62
Tabela 18 - Grau de instrução e renda, em relação à interrupção do tratamento, dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.	63
Tabela 19 - O índice de bens acumulados em relação a faltar à consulta dos pacientes hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.....	64
Tabela 20 - Instrução e renda familiar em relação a faltar à consulta dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo,2005. 65	
Tabela 21 - O Índice de bens acumulados em relação às variáveis biossociais dos pacientes hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo,2005.....	66
Tabela 22 - O índice de bens acumulados em relação às crenças e conhecimentos sobre hipertensão arterial. São Paulo, 2005.....	67
Tabela 23 - O índice de bens acumulados em relação às atitudes dos hipertensos frente ao tratamento. São Paulo, 2005.....	69
Tabela 24 - O índice de bens acumulados em relação à distribuição das respostas dos entrevistados sobre como se sente em relação à sua vida como um todo. São Paulo, 2005.....	71

RESUMO

Taveira LAF. O nível socioeconômico dos pacientes hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde na região oeste da cidade de São Paulo São Paulo. [Dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

Introdução: Vários fatores podem interferir na adesão ao tratamento dos hipertensos e conseqüentemente no controle da doença. Dentre estes se destaca o contexto socioeconômico em que vivem os hipertensos.

Objetivos: Caracterizar hipertensos atendidos em unidades básicas de saúde de acordo com o nível socioeconômico em relação às variáveis biossociais, econômicas, crenças, atitudes, conhecimento sobre a doença e tratamento, falta e interrupção do tratamento; e associar o nível socioeconômico com essas variáveis.

Casuística e método: O estudo foi realizado em três unidades básicas de saúde na região oeste da cidade de São Paulo. Para avaliação econômica foi feito o cálculo do índice de bens acumulados, por meio da somatória de preços de eletrodomésticos constantes na residência do paciente, dividido este por doze e posteriormente pelo valor do salário mínimo para equivalência do poder aquisitivo mensal. Os dados foram processados no sistema SPSS v.7.5. O nível de significância adotado foi de 0,05.

Resultados: Foram estudados 440 hipertensos. A maioria era do sexo feminino (66%), cor branca (51%), casados (56,8%), com ensino fundamental (52%), índice de massa corporal $29,99 \pm 6,0$ kg/m², idade de 57 ± 12 anos e renda mensal familiar de 1 a 3 salários mínimos (43,6%). Do total de hipertensos estudados que interromperam o tratamento (34,8%), verificou-se que interrompeu menos de forma significativa ($p < 0,05$) quem possuía mais televisão a cores. Em relação a faltar às consultas médicas houve associação significativa

($p < 0,05$) com geladeira duplex, verificou-se que aqueles com maior posse desse eletrodoméstico faltavam menos às consultas.

Os hipertensos que não concordaram com a crença de que “não há nada que se possa fazer para evitar a pressão alta” apresentaram índice de bens acumulados com valores significativamente mais elevados ($1,25 \pm 0,36$ vs $1,17 \pm 0,35$, $p < 0,05$). Em relação às atitudes frente ao tratamento, os hipertensos que afirmaram nunca chegarem atrasados às suas consultas apresentaram índice de bens acumulados com valores significativamente mais baixos ($1,20 \pm 0,3$ vs $1,31 \pm 0,32$, $p < 0,05$). Na avaliação de como os pacientes “se sentiam em relação a sua vida como um todo”, a referência de tristeza se associou com índice de bens acumulados com valor significativamente mais baixo ($0,98 \pm 0,35$ vs $1,28 \pm 0,36$ e $1,25 \pm 0,32$, $p < 0,05$).

Conclusão: A condição econômica dos hipertensos se associou com alguns aspectos relativos à adesão ao tratamento.

Palavras chave: 1- Hipertensão, 2- Nível socioeconômico, 3- Adesão

ABSTRACT

Taveira LAF. The socioeconomic level of hypertensive patients from the Health Basic Units in the West of Sao Paulo City. [Dissertation] Sao Paulo (SP): School of Nursing at University of Sao Paulo; 2005.

Introduction: A lot of factors can interfere at the adherence in the treatment and consequently control of the disease and detached among them the socioeconomic context where the hypertension people living.

Objectives: To make up the people with the hypertension attending in the health basic units in agree with the socioeconomic level and the biosocial economics variables such as believes, attitudes, knowledge about the disease and treatment, lack and interruption of the treatment; and associating the socioeconomic level with these variables.

Casuistic and Methods: The study was realized on three health basic units in the west region of Sao Paulo city. To economic survey was done a calculating of the accumulated capital assets from the sum up of the domestics appliances prizes in the patient residence divided for twelve and on the minimum salary value for equivalence of the monthly acquisitive power. The data were processed in the system of significance adopted were 0.05.

Results: Were studied 440 hypertensive patients. The great majority were females (66%), white colour (51%), married (56,8%), with fundamental degree (52%), body mass index $29,99 \pm 6,0 \text{ kg/ m}^2$, 57 ± 12 years of age and familiar income of 1 to 3 minimum salary monthly (43,6%). From the total of studied hypertensive patients with the interrupted the treatment (34,8%) was verified whom less significant way ($p < 0.05$) those with the coloured television. In relationship no attendance to the medical appointment have significant association ($p < 0.05$) with duplex freezer, those who have major posses of theses domestic appliances were less absent the medical consults. The

hypertensive patients that have not agreed with the belief that "they can not do anything about the high blood pressure" showed the accumulated capital assets index with the values significantly more elevated (1.25 ± 0.36 vs 1.17 ± 0.35 , $p < 0.05$). About the attitudes to the treatment, the hypertensive patients to referred never were late to a medical appointment showed accumulated capital assets index with lower values (1.20 ± 0.3 vs 1.31 ± 0.32 , $p < 0.05$). In the evaluation of the patients with "How to feel with the life" the reference with sadness have a association with accumulated capital assets index with lower values (0.98 ± 0.35 vs 1.28 ± 0.36 e 1.25 ± 0.32 , $p < 0.05$).

Conclusion: The economic situation of the hypertensive patients is linked with some aspects related to the adherence of treatment.

Key words: 1- Hypertension, 2- Socioeconomic Status, 3- Compliance,

1 INTRODUÇÃO

Vários fatores podem interferir na adesão ao tratamento dos hipertensos e conseqüentemente no controle da doença. Dentre eles se destaca o contexto socioeconômico em que vivem as pessoas hipertensas.

A hipertensão arterial é uma doença crônica, muitas vezes não tem nenhum sintoma aparente, fazendo com que o paciente não tenha a real dimensão de sua gravidade. O grande desafio para os hipertensos é aceitar a sua cronicidade, adaptar-se a este novo modo de vida e seguir o tratamento proposto. É importante que haja conhecimento sobre a doença como seus sinais, vontade de cooperar e ser persistente em seu tratamento, pois a hipertensão arterial, quando não controlada, pode acarretar complicações graves como: doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades ¹.

A partir da década de 60, as doenças cardiovasculares superavam as infecto-contagiosas como primeira causa de morte no país. Em 1998, foram registrados 930 mil óbitos no Brasil. Desse total, as doenças cardiovasculares

foram responsáveis por 27%. Excluindo-se os óbitos por causas mal definidas e por violência, tal cifra aproxima-se de 40% ¹.

Segundo o Sétimo Relatório da União Nacional do Comitê para Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial (VII JNC), são hipertensos aproximadamente 50 milhões de pessoas nos Estados Unidos e aproximadamente 1 bilhão da população mundial. Nesse documento foram divulgadas as novas diretrizes de classificação da hipertensão arterial, considerando-se que a medida da pressão >120/80 mmHg já é faixa de risco.²

Um terço da mortalidade da população mundial é proveniente das doenças cardiovasculares, sendo a hipertensão a principal e crescente causa para a sobrecarga da doença ao redor do mundo ³.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a prevalência atual da hipertensão em muitos países em desenvolvimento, particularmente em sociedades urbanas, é ainda tão elevada como nos países desenvolvidos ⁴.

Estudo comparativo entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos em relação à mortalidade por doença cardiovascular, constatou que nos primeiros este fato ocorre nas faixas etárias acima de 60-70 anos e nos outros esta mortalidade ocorre precocemente, causando grande prejuízo econômico e social ⁵.

Para o aparecimento da hipertensão arterial, alguns fatores de risco devem ser considerados, como a hereditariedade, idade, sexo, obesidade, uso abusivo do sal e de alimentos gordurosos, o cigarro, sedentarismo, alterações do perfil lipídico, baixo nível educacional e o estresse. Alguns destes fatores podem ser modificados tais como sedentarismo, fumo, obesidade, excesso de sal, porque o próprio paciente pode se auto-ajudar e a equipe pode atuar dando as orientações necessárias e incentivando a mudança de hábitos incorretos

A prevalência da hipertensão varia muito em relação aos fatores sociais e culturais, principalmente em relação aos fatores chamados estressores, sendo estes de percepção individual; apresenta um modelo complementar de influências sociais e culturais sobre o risco de doenças. Pesquisas no Brasil como, por exemplo, nas tribos isoladas da Amazônia que possuem valores baixos de pressão (< 110/ 70 mm Hg), sugerem que quanto maior a consonância cultural de um indivíduo, menor será sua pressão arterial

sendo consonância cultural o modelo comportamental de vida de indivíduos que são compartilhados pela comunidade ⁶.

Dados fornecidos pelo VII JNC informam que pesquisas de saúde pública mostraram que a redução de gorduras saturadas e sal no preparo alimentício e aumento das oportunidades para a atividade física podem alcançar uma mudança na distribuição da população hipertensa, assim há uma redução em potencial da morbidade, mortalidade e do risco do tempo dos indivíduos que se tornam hipertensos. Quando as estratégias de intervenção atingirem a diversidade de raça/etnia, cultura, lingüística, religião e fatores sociais envolvidos, a probabilidade de aceitação pela comunidade aumenta fazendo com que haja uma atração para interromper e prevenir a continuação do custo elevado de tratar a hipertensão, manter o tratamento e suas complicações com internações freqüentes e aposentadoria precoce ^{1,2}.

Considerando a escolaridade, estudo europeu avaliou o nível educacional de 812 pacientes com hipertensão em tratamento ambulatorial divididos em dois grupos, o primeiro com alto nível de estudo, correspondente ao 2º grau ou nível universitário completo e o outro com pouco estudo cujo nível de educação variava entre analfabeta e primária. Constatou-se que a educação está relacionada com melhor cuidado para a saúde e conhecimento para evitar

os fatores de risco, sendo estes relativamente desconhecidos para as pessoas com pouca ou baixa escolaridade ⁷.

A obesidade e o sobrepeso também podem se relacionar com o nível de escolaridade. Nesse sentido, pesquisa realizada no Brasil sobre obesidade entre 2002 e 2003 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde mostrou que o excesso de peso atinge 38,8 milhões de brasileiros, o que corresponde a 40,6% da população adulta. Destes, 10,5 milhões possuem o índice de massa corpórea (IMC) acima de 25 e foram considerados obesos. Verificou-se também que nas classes de rendimentos mais altos, mais da metade dos homens apresentou excesso de peso, ou seja, 56,2% dos homens nas classes de rendimentos superiores a cinco salários mínimos. O excesso de peso (42%) e a obesidade (14%) foram maiores entre as mulheres que vivem em família de classe de rendimentos de 1 a 2 salários mínimos *per capita* ⁸.

Segundo Pierin, a palavra que melhor representa o seguimento ao tratamento anti-hipertensivo proposto é “adesão”, sendo que não é fácil avaliar os índices da falta de adesão em nosso meio, principalmente em função da falta de estudos que quantifiquem a prevalência da hipertensão no Brasil ⁹. Considerando a relação entre nível da pressão arterial e fatores sócio econômicos, destaca-se a sua possível relação com o processo de adesão dos

hipertensos ao tratamento proposto. Para tanto, fazem-se necessárias algumas considerações sobre esta problemática.

Os indicadores da adesão são: intenção, participação nos regimes de saúde, responsabilidade e colaboração¹⁰. Os problemas de adesão nem sempre são fáceis de detectar e ainda mais difíceis de quantificar. Adesão é um processo comportamental complexo, muito influenciado pelo meio ambiente, pelo sistema de saúde e pelos cuidados de assistência médica ¹¹.

Verifica-se que o fator socioeconômico é de grande importância sendo que a falta de adesão ao tratamento ainda está presente nos diversos níveis da nossa sociedade, porém observa-se que a maior incidência está na baixa condição socioeconômica pela dificuldade de continuar o tratamento e conseguir a aquisição dos medicamentos. Esse não é um fato novo em nosso meio, na década de 80, o estudo realizado na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em que foram estudados 969 hipertensos com idade entre 21 -72 anos de ambos os sexos e que procuraram a Liga no período de 1980-1983, mostrou que 59% persistiram em seguimento ao tratamento e 224 (41%) o haviam abandonado. Houve associação significativa entre o abandono e as variáveis sexo, faixa etária e grau de instrução, prevalecendo sexo masculino, idade entre 20-40 anos e o analfabetismo ¹².

A mudança de comportamento, efetuada através de mudanças de estilo de vida, é praticamente impossível de ser prescrita sem a total aceitação do paciente. A prescrição do tratamento não farmacológico, por exemplo, a prática regular de exercícios e a redução de peso, para o paciente que prefere tomar remédios pode ser o primeiro passo para falta de adesão ao tratamento. Em outro estudo realizado na Liga de Hipertensão Arterial da Faculdade de Medicina do Hospital das Clínicas de São Paulo, foram entrevistados 353 pacientes sendo que 64% tinham nível de escolaridade até o primeiro grau, 88% com renda até 5 salários mínimos, 88% desconheciam o tratamento não farmacológico. Concluiu-se que a maioria dos hipertensos preferia tratamento medicamentoso, por via oral e acreditava que a hipertensão não pode ser tratada sem remédios ¹³.

Pode-se afirmar que o abandono é considerado o grau máximo da falta de adesão. Estudo realizado em Porto Alegre entre pacientes de ambos os sexos, verificou-se que 56% abandonaram o tratamento e 44% seguiram o acompanhamento regular durante um período de 12-24 meses. Constatou-se em análise multivariada que três variáveis se associavam com maior probabilidade de abandono: tabagismo atual, o que pode demonstrar menor preocupação com prevenção de doenças e promoção de saúde; escolaridade inferior ou igual há cinco anos, sendo que a baixa escolaridade é indicativa do perfil socioeconômico menos favorecido, e tempo de diagnóstico de hipertensão

inferior a cinco anos, provavelmente menor tempo de identificação da doença e favorecendo o não acompanhamento médico ¹⁴.

Variáveis bio sociais desfavoráveis podem se associar aos níveis tensionais mais elevados. Pesquisa feita em nosso meio com 205 pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial analisou o perfil bio social e sua relação com o conhecimento e grau de gravidade da doença. Os resultados mostraram que a maioria era do sexo masculino, com idade entre 20 e 40 anos, viúvo, não branco e peso normal. Pressão arterial mais elevada associou-se aos pacientes com mais de 60 anos, não casado, acima do peso, baixa escolaridade e baixa renda. Portanto, pessoas com condições socioeconômicas menos favorecidas apresentaram níveis pressóricos mais elevados, reforçando mais uma vez a possível relação entre essas variáveis ¹⁵.

Também relacionado às condições socioeconômicas, em outro estudo realizado no município de Araraquara SP em 1987, foram avaliadas 1.199 pessoas de ambos os sexos e os resultados mostraram maior porcentagem de hipertensos nos grupos étnicos negros e pardos, nos obesos e naqueles de menor renda, escolaridade e ocupação em estratos inferiores ¹⁶.

Além disso, diversos estudos mostram que renda e escolaridade estão significativamente relacionadas com fatores de risco para hipertensão

arterial como, por exemplo, mais presentes em estratos sociais com menos condições econômicas, como a presença de sedentarismo^{17, 18, 19, 20.}

Considera-se a raça/etnia como indicador secundário de nível socioeconômico, ou seja, quando controlada a variável social, desaparece a relação entre cor da pele e pressão arterial e, por sua vez, mantendo-se constante cor da pele há correlação inversa entre pressão arterial e status socioeconômico^{17, 18.}

Estudo realizado em hospital federal e universitário na cidade de Salvador, Bahia, com 200 hipertensos de baixa renda, mulheres (88%), pardos (45,5%) e negros (40,5%) matriculados em ambulatório, teve como critério de adesão o comparecimento às consultas e o controle da pressão arterial. Verificou-se que a principal razão para adesão foi controlar a pressão arterial e para a não adesão, esquecimento da data da consulta ou doença na data marcada. Chegou-se à conclusão que os pardos e negros aderiram menos ao tratamento que os brancos e quanto ao comparecimento às consultas este não foi importante para o controle da pressão arterial, pois não basta apenas comparecer às consultas, mas ser fiel ao tratamento proposto, devendo os pacientes merecerem atenção especial para melhor adesão ao tratamento²¹.

Observa-se que dados relevantes, quanto às condições socioeconômicas interferem no tratamento de hipertensos em vários países,

como em estudo realizado em Londres, que mostrou a relação direta da hipertensão com as doenças renais, coronárias, acidente vascular encefálico e que estas se associavam ao status socioeconômico baixo também ligado a hábitos de vida como etilismo e consumo de sal ²⁰.

De forma similar, estudo realizado com funcionários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo associou renda e escolaridade com nível da pressão arterial. A amostra foi composta por médicos, profissionais da enfermagem e demais funcionários (designados como outros), selecionados por randomização e estratificação por sexo, idade e ocupação. Constatou-se que os asiáticos apresentaram escolaridade e renda significativamente mais elevadas, pois apenas um não tinha superior completo e metade deles apresentava renda maior que 20 salários mínimos. Os brancos possuíam renda e escolaridade intermediárias e as pessoas mulatas e negras apresentaram os valores mais baixos de escolaridade (só 12% dos mulatos e dos negros tinham superior completo) e renda (apenas 8% dos mulatos e 6% dos negros tinham renda maior que 20 salários mínimos). Esse estudo também mostrou que houve uma tendência importante de que quanto menor a renda e escolaridade maiores foram os níveis pressóricos, ou seja, categorias menos favorecidas tendem a possuir mais hipertensão. Tal fato pode refletir a interferência do modo de vida nos níveis pressóricos, a pouca adesão a tratamentos e a falta de acompanhamento médico. Quanto à escolaridade

também se evidenciou que as categorias analfabetas + lê-escreve e primeiro grau incompleto apresentaram maior porcentagem de níveis elevados de pressão diastólica ²².

Destaca-se ainda, que a relação entre estratos de renda e escolaridade menores em relação a mulheres tem provavelmente ligação direta com elevação dos níveis pressóricos e necessidade de tratamento médico freqüente sendo esta relação mais evidente nos países ricos ²³.

Observa-se no Brasil e em diversos países, na maioria dos estudos, que o status socioeconômico apresentou relação inversa com os níveis pressóricos e taxas de hipertensão, sendo que quanto mais baixos os estratos de renda, ocupação e de escolaridade, maiores foram os níveis de pressão arterial^{24, 25, 26, 27}.

Outro ponto que merece destaque no contexto de vida das pessoas hipertensas em relação à elevação da pressão arterial, recai sobre as condições estressantes da vida cotidiana. Em pesquisa realizada na cidade de Curitiba com um grupo de pessoas hipertensas, os resultados obtidos mostraram inter-relação de situações estressantes com a hipertensão arterial sendo citadas como principais: condições financeiras, condições de trabalho, atendimento à saúde, relacionamento familiar e perdas ²⁸.

O processo de esclarecimento educacional é fundamental para a saúde dos pacientes hipertensos, ponto importante para obtenção de êxito no controle da pressão arterial elevada; com relevância também, na necessidade de direcionamento para o auto cuidado, no qual a enfermeira deve atuar como elemento central diretivo do processo ²⁹.

Observa-se que o enfermeiro é o profissional que atua diretamente na assistência de pacientes hipertensos, por elaborar um trabalho educativo junto às comunidades, grupos e ligas de hipertensão, atuar como direcionador do hipertenso para o auto cuidado, abordar aspectos relacionados ao tratamento medicamentoso, como dose, horário, indicações e efeitos; alimentação, uso do sal; hábitos de vida como fumo, bebida alcoólica, atividade física, entre outros³⁰. Porém, mesmo o enfermeiro atuando como educador e os pacientes estarem orientados, há falha na adesão ao tratamento. Conclui-se que somente a orientação e programa educacional não são suficientes para a adesão ao tratamento, inclusive por dificuldades inerentes ao contexto socioeconômico, fato verificado por Strelec *et al* que mostraram que o controle da hipertensão foi de apenas 35%, apesar dos pacientes terem relatado conhecimento satisfatório sobre a doença e tratamento ³¹.

Para Pierin, as preocupações sociais, econômicas e familiares são fatores que influenciam na elevação dos níveis pressóricos, merecendo atenção

por parte dos profissionais de saúde no momento em que forem planejar o atendimento aos hipertensos que deverá estar de acordo com as necessidades dessa população ³².

Os profissionais de saúde deveriam reconhecer o nível de conhecimento que cada paciente possui em relação à hipertensão, porque este conhecimento varia, cada paciente precisa de diferente qualidade e quantidade de cuidados e suporte. Os profissionais devem assegurar que os pacientes tenham suficiente esclarecimento sobre a doença e tratamento agindo de forma a promover o tratamento da hipertensão. A maneira para influenciar as atitudes e a motivação dos pacientes no tratamento, é uma questão difícil para os profissionais envolvidos. Junto aos pacientes, devem planejar metas para o tratamento, salientando que estes também são responsáveis pelo tratamento ³³.

Porém, destaca-se que, em relação ao conhecimento, o fato do paciente receber orientações não significa que haverá mudança de comportamento, com maior adesão ao tratamento e conseqüentemente controle dos níveis pressóricos. As mudanças muitas vezes ocorrem em longo prazo, pois dependem de uma série de fatores, que não só o conhecimento.

Estudo realizado em duas Unidades de Saúde do município de Ribeirão Preto, tendo como objetivo conhecer as atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas do hipertenso, constatou-se que aspectos psicossociais

e as crenças de saúde parecem intervir diretamente no conhecimento que o paciente tem sobre a doença hipertensão e nas práticas de saúde adotadas, sendo importante propor novas formas de orientação ao paciente³⁴.

Estudos comparativos em nosso meio, são de grande importância para caracterizar o perfil socioeconômico dos pacientes hipertensos. Como exemplo pode-se citar a pesquisa que comparou 100 pacientes hipertensos atendidos em pronto socorro e a mesma quantidade de pacientes em seguimento ambulatorial. Verificou-se que os hipertensos do pronto socorro tinham aumento da pressão arterial, diminuição da renda salarial, maior consumo de bebidas alcoólicas, mediam menos a pressão e deixavam de tomar remédios devido ao preço. Concluiu-se que características desfavoráveis podem contribuir para a não-realização do tratamento anti-hipertensivo, levando ao atendimento em unidades de emergência. Constatou-se ainda que apenas 35% dos hipertensos do ambulatório estavam com a pressão arterial controlada. A maioria dos hipertensos admitidos no pronto socorro apresentou níveis de hipertensão grave (43%) e moderada (30%) ³⁵.

Outro estudo comparativo entre pacientes em atendimento ambulatorial e na unidade de internação realizado para identificar a existência de diferenças nas dificuldades e facilidades dos hipertensos no seguimento do tratamento da hipertensão, mostrou que as dificuldades e facilidades referem-se

a condições financeiras, como a compra do medicamento e gastos com transporte; acessibilidade ao serviço; mudanças de hábito alimentar; e importância do apoio familiar neste contexto ³⁶ .

O aumento da pressão arterial com a idade não representa um comportamento biológico normal. Prevenir esse aumento constitui o meio mais eficiente de combater a hipertensão arterial, evitando assim as dificuldades e o elevado custo social do tratamento e complicações ¹.

Estudo realizado há quase uma década em uma unidade básica de saúde do município de São Paulo para avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial, demonstrou que os pacientes que aderiram à proposta de seguimento ao tratamento, obtiveram resposta terapêutica favorável.³⁷ Porém, pouco se conhece atualmente sobre os hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde, ainda mais no que se relaciona ao contexto socioeconômico em que estão inseridos esses hipertensos. Frente aos aspectos destacados, a presente investigação teve como finalidade estudar um grupo de pessoas hipertensas seguidas em Unidades Básicas de Saúde do Distrito de Saúde Butantã na cidade de São Paulo.

2 OBJETIVOS

2.1 Caracterizar os hipertensos em relação às variáveis:

- biossociais e econômicas; crenças, atitudes e conhecimento sobre a doença e tratamento; e
- falta à consulta e interrupção do tratamento.

2.2 Associar o nível socioeconômico em relação às:

- variáveis biológicas;
- crenças, atitudes e conhecimento sobre a doença e tratamento; e
- falta à consulta e interrupção ao tratamento.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com caráter exploratório de pesquisa de campo quantitativa, realizado em uma amostra da população usuária de Unidades Básicas de Saúde.

O estudo fez parte do Projeto de Políticas Públicas “Políticas de atenção ao adulto: prevenção, identificação e controle da hipertensão arterial Distrito Saúde Escola do Butantã”, com apoio da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP nº 03/06454-1, sob a Coordenação da Profª Drª Ângela Maria Geraldo Pierin.

3.2 Local de realização do estudo

Trata-se de uma pesquisa realizada na região oeste da cidade de São Paulo, no Distrito de Saúde do Butantã o qual pertence à Secretaria Municipal da Saúde.

O Distrito de Saúde do Butantã cuja população é aproximadamente de 385.768 e a área de 62,7 Km² atende diversas especialidades médicas, em todas as faixas etárias, do nascimento até o idoso.

O Distrito Saúde Escola do Butantã é composto por um Centro de Referência de DST/AIDS, um Centro de Saúde Escola, um Centro de

Convivência, um Ambulatório de Especialidades, um Pronto Socorro e quatro Hospitais e 14 Unidades Básicas de Saúde listadas a seguir:

- UBS Jardim Jaqueline
- UBS Paulo VI
- UBS Vila Borges
- USF Jardim Boa Vista
- USF Vila Dalva
- UBS Vila Nova Jaguaré
- UBS José Malta Cardoso
- UBS Jardim D'Abril
- UBS Jardim São Jorge
- CSII Butantã
- CSII Caxingui
- CSII Real Parque

- UBS Vila Sônia
- CSII Rio Pequeno

Essas Unidades oferecem aos usuários, além do agendamento de consultas a várias especialidades como: cardiologista, clínico geral, ginecologista, dentista, possuem grupos de hipertensão, caminhada e de Tai Chi.

Pela estrutura de atendimento das Unidades Básicas de Saúde, têm em seu corpo de funcionários tanto técnico administrativo e de apoio, como de enfermagem composto por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos.

3.3 Amostragem

A amostra foi constituída de 440 pacientes usuários das três Unidades Básicas de Saúde que foram escolhidas aleatoriamente: Unidades Saúde da Família Jardim Bom Vista, Unidade Vila Dalva e Unidade Jardim São Jorge. Mensalmente são atendidos cerca de 1.200 adultos em cada uma destas unidades.

A amostra foi calculada baseada no percentual esperado de erro de 5%, numa variação de 50%, ou seja, 0,2 (0,1-0,3), o cálculo da amostra não dependeu do número de pacientes cadastrados.

Quadro 1 - apresenta as características das unidades de estudo e amostra estabelecida.

Características das unidades	Unidade Básica de Saúde		
	Boa Vista	Vila Dalva	Jd. São Jorge
População da área de abrangência	16. 800	19.000	16. 416
Famílias cadastradas	5.515	6.387	4.370
Total de hipertensos cadastrados	1.108	1.263	1.744
Total de hipertensos acompanhados	991	1021	1.110
Amostra	150	150	150

3.4 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão de pacientes nessa amostra de estudo foram:

- pacientes grávidas; e
- pacientes com história de abuso de drogas ou distúrbios mentais que pudessem invalidar o consentimento livre e esclarecido.

3.5 Critérios de inclusão

Para compor a amostra em estudo os pacientes tiveram que atender os seguintes critérios:

- concordância do paciente para a participação no estudo, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;
- nível da pressão arterial maior ou igual a 140/90 mm Hg;
- hipertensos com idade maior ou igual a 18 anos;
- ambos os sexos;
- sem restrição de raça;
- pertencer à comunidade do Distrito de Saúde Escola do Butantã; e
- ter seu prontuário de atendimento em uma das unidades selecionadas para estudo.

Foram considerados hipertensos as pessoas com pelo menos uma das seguintes possibilidades:

Diagnóstico prévio de hipertensão descrito em prontuário, em uso de terapêutica anti-hipertensiva e/ou níveis tencionais acima ou igual a 140/90 mm Hg.

3.6 Coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2004 a fevereiro de 2005. Os dados foram coletados nas Unidades Básicas de Saúde Jardim Boa Vista, Vila Dalva e Jardim São Jorge.

Houve dificuldade na obtenção alguns dados da pesquisa, devido à pouca anotação nos prontuários. Faltaram informações e preenchimento de dados referente aos valores dos exames de laboratório e valores da pressão arterial em algumas consultas.

A coleta de dados foi realizada em local reservado com data e horário previamente definido, preferencialmente coincidente com a consulta médica ou grupo de hipertensão.

Quanto aos pacientes acamados e sem possibilidade de deslocamento próprio até a unidade de saúde, os dados foram coletados em suas próprias residências. Para isso contou-se com a ajuda dos agentes comunitários de saúde do programa de saúde da família, que acompanharam as pesquisadoras nas visitas domiciliares aos pacientes hipertensos, de suas respectivas áreas de atuação na comunidade.

Os usuários selecionados, dentro dos critérios de inclusão foram convidados a participar, sendo-lhes fornecidas todas as explicações, os

objetivos da pesquisa, necessidade e importância de sua participação. Os pacientes ouviram as explicações e a seguir assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias (Anexo 3). Uma via ficou com a pesquisadora e outra com os pacientes que participaram da pesquisa, para que em caso de desistência da participação da pesquisa, tivessem como entrar em contato com a pesquisadora.

A entrevista foi feita com os usuários, utilizando um formulário próprio (Anexo 1) que contém dados de identificação que inclui, os dados biossociais como

- a) data de nascimento;
- b) idade, sexo, estado civil, etnia;
- c) escolaridade;
- d) profissão, ocupação;
- e) endereço; e
- f) moradia -casa própria, alugada ou cedida.

O aspecto econômico e social foi avaliado da seguinte forma:

a) renda familiar onde se considerou o valor obtido pelo número de salários mínimos vigente;

b) responsável pela renda familiar;

c) componentes eletrodomésticos como televisão a cores, aspirador de pó, máquina de lavar, geladeira comum, geladeira duplex, freezer e telefone;

d) número de banheiros na residência;

e) automóvel; e

f) empregada mensalista.

Os dados sobre a doença e tratamento da pressão arterial incluíram:

a) tempo gasto para chegar até a unidade de saúde;

b) motivo que procurou o serviço;

c) tempo de doença e como descobriu;

d) antecedentes familiares;

e) hábitos de medir a pressão arterial;

f) conhecimento sobre gravidade e a cronicidade da hipertensão arterial; e

g) tipo de tratamento que poderá ser medicamentoso e não medicamentoso.

Crenças e conhecimento sobre a doença e tratamento foram avaliados nas questões como seguimento das orientações, hábito de medir pressão, formas de tomar e adquirir medicamentos.

Como tentativa de avaliar o sentimento do paciente em relação à sua vida como um todo, foi solicitado que apontasse em um diagrama, que naquele momento representasse como se sente em relação à sua vida como um todo (Anexo 2). Esse é teste utilizado numa estimativa global de resultados subjetivos associados à imagem que o paciente escolhe de acordo com o que está sentindo na sua vida ^{55,56}.

As variáveis biossociais que foram analisadas no presente projeto incluíram os dados que estão inseridos no instrumento nos itens:

a) escolaridade, ocupação;

b) responsável pela renda familiar;

c) relação de itens e quantidade que o entrevistado possuía em sua casa, incluindo televisão a cores, telefone, aspirador de pó, máquina de lavar, geladeira comum, geladeira duplex e freezer;

d) renda familiar calculada em salário mínimo, atualmente de R300,00, vigente desde primeiro de maio de 2005.

Para verificar o nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial e antecedentes familiares os dados foram coletados por meio de questões como: história familiar, fator hereditário para hipertensão arterial, conhecimento sobre a gravidade e complicações, tratamento e hábito de verificação da pressão arterial levantados nos seguintes itens:

a) tempo que sabe que tem hipertensão e como descobriu;

b) hábito de medir a pressão regularmente;

c) acredita que a hipertensão é tão grave como um câncer, para toda a vida como o diabetes ou passageira como um resfriado;

d) quanto tempo deve durar o tratamento da hipertensão; e

e) se a hipertensão tem cura.

Para indicar as crenças e atitudes perante o tratamento, foi solicitado ao paciente concordância ou não em relação às seguintes afirmações:

- a) não há nada que possa fazer para evitar a hipertensão;
- b) hipertensão é hereditária;
- c) pessoas jovens não têm pressão alta;
- d) hipertensão não tem sintomas; e
- e) hipertensão é quando for maior que 140/ 90 mm Hg.

Quanto às atitudes frente à tomada dos medicamentos foram avaliados itens como:

- a) esquece de tomar os remédios;
- b) toma os remédios sempre no mesmo horário;
- c) leva os remédios quando viaja;
- d) providencia os remédios antes que eles acabem;
- e) toma os remédios quando a pressão está controlada;

f) deixa de tomar os remédios por conta própria;

g) falta à consulta médica;

h) chega atrasado à consulta médica; e

i) segue orientações sobre a dieta alimentar.

O exame físico constou de medidas do peso, altura, circunferência da cintura e do membro superior esquerdo e o cálculo do índice de massa corpórea.

A verificação do tratamento anti-hipertensivo foi avaliado pelas drogas anotadas no prontuário na última consulta.

Para a análise de hábitos de vida foram inclusos tabagismo, o uso de bebida alcoólica, drogas ilícitas e atividade física.

Os dados foram coletados por duas alunas mestradas da Pós Graduação, “senso strito” da EEUSP, sendo uma delas a autora desse trabalho, três alunas bolsistas de iniciação científica e duas alunas de graduação em enfermagem que foram devidamente treinadas pelas mestradas e pela coordenadora do projeto.

3.7 Descrição do índice de renda de bens acumulados.

Para obter dados referentes ao poder aquisitivo dos pacientes, realizou-se consulta ao site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O poder aquisitivo foi calculado à semelhança do que o IBGE realiza. Para tanto, foram incluídas as quantidades dos seguintes eletrodomésticos: telefone, televisão a cores, aspirador de pó, máquina de lavar roupa, geladeira, geladeira duplex e freezer. A seguir fez-se a somatória dos preços equivalentes aos respectivos eletrodomésticos, conforme consta no quadro 2. O total obtido foi dividido por doze, para obtenção do valor mensal da renda de bens acumulados. No final esse valor foi dividido pelo valor do salário mínimo vigente, para obtenção do índice de equivalência de poder aquisitivo em salários mínimos. Os bens acumulados definem a que classe social o paciente pertence considerando os bens duráveis que possui e que adquiriu no decorrer dos anos.

Para a obtenção dos valores de cada eletrodoméstico, no mês de agosto de 2005 foi realizada uma pesquisa de preço em duas das principais redes de lojas que os comercializam, na cidade de São Paulo. Foi escolhida a loja considerada mais popular em todo Brasil.

Quanto ao item telefone, foi calculado tanto o aparelho como a linha telefônica, o valor da adesão, instalação e da assinatura mensal.

Quadro 2 - Eletrodomésticos e seus respectivos valores em Real.

Eletrodoméstico	Valor em Real (pesquisado em 06/08/2005)
Freezer 228 litros	2.066,00
Geladeira duplex 480 litros	1.999,00
Máquina de lavar roupa (8kg)	1.399,00
Geladeira (uma porta)	1.350,00
Televisão colorida 20 polegadas	499,00
Aspirador de pó	149,00

Quadro 3 - Quanto ao item telefone:

Linha telefônica (operadora oficial)	80,00
Aparelho telefone com fio de mesa	50,90
Assinatura mensal	32,00

3.8 A medida da pressão arterial

Medida da pressão arterial e da frequência cardíaca na posição sentada foi realizada em ambiente calmo, sem ruídos de acordo com o procedimento descrito a seguir:

a) a medida da pressão arterial foi feita pelo método indireto, utilizando-se aparelho automático, para minimizar a influência do observador, da marca OMRON-HEM 705 CP que foi validado de acordo com protocolos internacionais.³⁸

- b) no membro superior esquerdo;
- c) na posição sentada;
- d) com o braço apoiado na altura do coração;
- e) após 5 a 10 minutos de repouso; e

f) Foram realizadas 3 medidas consecutivas, sendo o intervalo entre uma e outra medida de 1 a 2 minutos.

Antes de realizar as medidas de pressão arterial foram tomados os seguintes cuidados:

Explicar o procedimento ao paciente, orientar que não fale e deixar que descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. Promover relaxamento, para atenuar o efeito do avental branco.

Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há 60-90 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, não fumou até 30 minutos antes; e não está com as pernas cruzadas.

Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%.

Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.

Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.

3.9 Análise dos dados

Todas as variáveis obtidas foram pré-codificadas e armazenadas em um banco de dados.

Os resultados foram apresentados nas formas de tabelas e gráficos.

As variáveis classificatórias foram colocadas descritivamente em tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%). A relação entre as variáveis foi avaliada com o teste Qui-quadrado ou teste da razão de verossimilhança ou teste exato de Fisher. Neste item estão incluídas as variáveis qualitativas, tais como: sexo, cor da pele, estado civil, escolaridade, ocupação e profissão.

As variáveis quantitativas são apresentadas em tabelas contendo média e desvio padrão. Nas variáveis quantitativas estão incluídos: idade, índice de massa corpórea e valores da pressão arterial. O nível de significância adotado foi de 0,05.

Os dados foram processados no sistema SPSS v 7.5.

3.10 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. (Anexo 4)

4 RESULTADOS

4.1 Parte I - Descritivo das variáveis estudadas

4.1.1 Características gerais da população

Tabela 1 - Características biossociais dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005

Variáveis	N	%
Sexo	440	100,0
Masculino	149	33,9
Feminino	291	66,1
Etnia	439	100,0
Branco	227	51,7
Mulato	104	23,7
Negro	89	20,3
Mestiça	16	3,6
Amarela	3	0,7
Estado civil	435	100,0
Casado	247	56,8
Viúvo	78	17,9
Solteiro	54	12,4
Separado	31	7,1
Amasiado	25	5,7
Escolaridade	438	100,0
1º Grau	228	52,1
Analfabeto	76	17,4
2º Grau	68	15,5
Lê e escreve	56	12,8
Superior	10	2,3
Ocupação	429	100,0
Do lar	135	31,5
Aposentado	133	31,0
Trabalhador mão de obra não especializada	95	22,1
Desempregado	22	5,1
Profissional liberal	18	4,2
Trabalhador mão de obra especializada	16	3,7
Outros	8	1,9
Funcionário público	2	0,5

Os dados da Tabela 1 mostram que a maioria dos hipertensos era do sexo feminino (66,1%), cor branca (51,7%), estado civil casado (56,8%). Em relação à escolaridade apesar de praticamente metade referir o 1º grau (52,1%), ressalta-se que cerca de um terço possuía baixa ou nenhuma escolaridade, representados pelos analfabetos ou que sabiam ler/escrever (30,2%). Quanto à ocupação observa-se que maioria significativa dos pacientes entrevistados era aposentada e do lar (62%), e nas demais atividades exerciam ocupações manuais não especializadas (22,1%), ou estavam desempregados (5,1%). Entre os entrevistados as menores percentagens de ocupação ficaram para atividade em serviço público (0,5%), profissional liberal (4,2%) e trabalhador com mão de obra especializada (7,9%), sendo que muitos dessa classe de ocupação informaram que tinham um plano de convênio médico e devido ao aumento das mensalidades, optaram pelo atendimento da Unidade Básica de Saúde.

Tabela 2 - Características do exame físico dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Variáveis	Média ± DP
Idade (anos)	57± 12,0
Peso (Kg)	78±15,0
Altura (m)	1,62± 0,1
Cintura (cm)	95,25± 15,5
Índice de massa corporal IMC (Kg/m ²)	29,99± 6,0
IMC (Kg/m ²) sexo feminino *	30,61±6,1
IMC (Kg/m ²) sexo masculino	28,77±5,7
Pressão arterial Sistólica (mm Hg)	139±23,0
Pressão arterial Diastólica (mm Hg)	89±13,0

* p < 0,05

Os dados da Tabela 2 mostram que a média de idade (57±12 anos) ficou entre a quinta e a sexta década. O IMC (29,99±6) mostra que os pacientes estão classificados entre pré-obesidade e obesidade grau I segundo índice de massa corpórea para maiores de 18 anos da Organização Mundial de Saúde e sexo feminino apresentou índices significativamente mais elevados ($p < 0,05$, 30,61±6,14) do que o sexo masculino (28,77±5,70). Os valores da pressão arterial sistólica (139±23 mm Hg) e a diastólica (89±13 mm Hg) revelam que os pacientes estavam com a média da pressão arterial bem próxima dos valores que indicam não controle dos níveis pressóricos.

Tabela 3 - Características econômicas dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Variáveis	n	%
Responsável pela renda		
Paciente	246	55,9
Cônjuge	112	25,5
Filho	40	9,1
Outro*	23	5,2
Casal	15	3,4
Não informou	4	0,9
Instrução do responsável pela renda familiar		
Analfabeto/ primário incompleto	178	41,4
Primário completo/ ginasial incompleto	98	22,8
Ginasial completo/ colegial incompleto	79	18,4
Colegial completo/ superior incompleto	64	14,9
Superior	11	2,6
Renda familiar (Salário mínimo)		
1 a 3	190	43,6
3 a 5	95	21,8
5 a 10	84	19,3
< 1	62	14,2
10 a 20	5	1,1
Tipos de moradia		
Casa própria	359	81,8
Alugada	33	7,5
Cedida	25	5,7
Outro	22	5,0

Em relação aos aspectos econômicos, os dados da Tabela 3 mostram que na maioria das vezes o próprio paciente foi o responsável pela renda familiar, (55,9%) seguido pelo cônjuge (25,5%), sendo que alguns referiram estar desempregados, ficando a renda sob a responsabilidade da esposa. Alguns pacientes informaram também que recebem ajuda dos filhos (9,1%), sendo estes os responsáveis diretos pela manutenção do lar. No item “outros”, os entrevistados informaram que o responsável pela renda era parente como sobrinho, irmãos e a mãe (5,2%). Verificou-se ainda, que o responsável pela renda tem baixa escolaridade, pois ou eram analfabetos ou tinham primário incompleto (41,4%), e observa-se que a minoria tem nível superior (2,6%). Quanto à renda familiar, constatou-se que a maior parte da renda familiar ficou entre 1 a 3 salários mínimos (43,6%), observa-se que houve relato de renda familiar inferior a 1 salário mínimo (14,2%) e uma minoria possuía renda mais elevada, de 10 a 20 salários mínimos (1,1%). Percentual significativo (81,8%) referiu possuir casa própria.

Tabela 4 - Hábitos de vida dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Hábitos	N	%
Fumo		
Não, nunca fumei.	258	67,9
Não, parei.	90	23,7
Sim	32	8,4
Bebidas alcoólicas		
Não, nunca bebi.	324	85,3
Não, parei.	40	10,5
Sim	16	4,2
Drogas ilícitas		
Não, nunca usei.	413	93,9
Não, parei.	26	5,9
Sim	1	0,2
Exercícios físicos		
Sim	138	37,3
Não, nunca pratiquei	197	53,2
Não, parei.	35	9,5

Em relação aos hábitos de vida, os dados da Tabela 4 mostram que a maioria dos entrevistados referiu que nunca fumou (67,9%), nunca ingeriu bebida alcoólica (85,3%), e percentual bastante significativo (93,9%) nunca usou drogas ilícitas, além de que quase metade nunca praticou exercícios físicos (53,2%).

Tabela 5 - As variáveis que caracterizam o poder socioeconômico dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Variáveis	N	%
Telefone		
Sim	363	82,8
Não	75	17,1
Televisão a cores		
1	228	52,1
2	163	37,2
3	35	8,0
4	7	1,6
Nenhuma	5	1,1
Banheiro		
1	167	38,1
2	65	14,8
3	5	1,1
4	1	0,2
Nenhum	1	0,2
Automóvel		
Nenhum	306	69,9
1	118	26,9
2	11	2,5
3	3	0,7
Empregada mensalista		
Nenhuma	434	99,1
1	4	1,0
Aspirador de pó		
Nenhum	358	81,7
1	80	18,3
Máquina de lavar		
1	313	71,5
Nenhuma	118	27,0
2	7	1,6
Geladeira comum		
1	293	66,9
Nenhuma	145	33,1
Geladeira duplex com freezer em cima		
Nenhuma	292	66,7
1	145	33,1
2	1	0,2
Freezer		
Nenhum	393	89,7
1	43	9,8
2	1	0,2
3	1	99,0

Os dados da Tabela 5 mostram que percentual significativo (82,87%) possuía telefone. Em relação a televisões a cores, 48% referiram possuir 2 ou mais televisores a cores. Quase a totalidade dos pacientes (99,08%) não possuía empregada mensalista, assim como a maioria expressiva referiu não possuir aspirador de pó (81,73%). A maioria também possuía pelo menos uma máquina de lavar roupa (71,46%) e geladeira comum (68,40%) e em menores freqüências geladeira com freezer (33,33%) e pequeno número possuía freezer (9,81%).

Tabela 6 - Características relativas à doença e hábito de medida regular da pressão arterial dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Variáveis	N	%
Tempo de hipertensão		
Mais que 10 anos	154	35,2
De 1 a 5 anos	128	29,2
De 5 a 10 anos	92	21,0
Até 1 ano	60	13,7
Como descobriu a doença		
Sentiu-se mal	210	47,7
Exame médico de rotina	172	39,1
Gravidez - consulta do pré natal	45	10,2
Campanha de medida de pressão	7	1,6
Farmácia	3	0,7
Exame de admissão	3	0,7
Hábito de medir a pressão		
Sim	305	69,5
Onde costuma medir		
Posto de saúde	244	79,2
Farmácia	37	12,0
Em casa	22	7,1

Os dados da Tabela 6 mostram que mais de um terço dos hipertensos referiu mais de 10 anos de doença (35,2%), a maior parte descobriu a hipertensão por ter sentido mal (47,7%) e ao passar no exame médico de rotina (39,1%). Relataram também outros motivos da forma que descobriram que eram hipertensos tais como durante uma consulta de pré-natal, ao ser submetido a uma cirurgia e ao tratar outra doença. A maioria

referiu ter o hábito de medir a pressão (69,5%) sendo o posto de saúde o local mais citado (79,2%) e a seguir a farmácia (12,0%)

Tabela 7 - Questões relacionadas às crenças e conhecimentos sobre hipertensão arterial dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Crenças e conhecimento	N	%
Acredita que a pressão alta é:		
Para toda a vida como o diabetes	254	58,4
Passageira como um resfriado	96	22,1
Tão grave como um câncer	85	19,5
Quanto tempo deve durar o tratamento para a pressão alta (anos)		
A vida toda	323	74,9
1 a 5 anos	68	15,8
< 1	40	9,3
Na sua opinião pressão alta tem cura?		
Sim	127	27,7
Não	273	72,3
Não há nada que eu possa fazer para evitar a pressão alta. O sr(a) concorda com isso?		
Sim	203	31,9
Não	297	68,1
Se meu pai ou mãe tem pressão alta eu também posso ter?		
Sim	364	83,7
Não	36	16,3
Pessoas jovens não têm pressão alta. O sr(a) concorda com isso?		
Não	342	78,8
Pressão alta não tem sintomas. O sr(a) concorda com isso?		
Sim	140	40,4
Não	260	59,6
Pressão alta é quando for maior que 140x90 mmHg. O sr(a) concorda com isso?		
Sim	383	88,0
Não	17	12,0

Em relação às crenças e conhecimentos sobre a hipertensão arterial, os dados da Tabela 7 mostram que a maioria acreditava que a hipertensão é para toda a vida como o diabetes (58,4%), o tratamento deve durar a vida toda (74,9%), conhecimento de que o fator hereditariedade influencia no aparecimento da hipertensão (83,7%), informaram concordar que pessoas jovens tem pressão alta (78,8%) e concordaram que pressão alta é maior que 140x90 mmHg (88,0%). O menor percentual de respostas foi para a ausência de sintomas na hipertensão arterial (59,6%).

Tabela 8 – Interrupção do tratamento da hipertensão arterial dos pacientes hipertensos atendidos em Unidades Básicas de saúde. São Paulo, 2005

Variáveis	N	%
Interrupção do tratamento		
Não	287	65,2
Sim	153	34,8
Motivo para interromper o tratamento		
Não sente necessidade de tratar	40	26,1
Não sente nada	29	18,9
Esquecimento	25	16,3
Acha que está curado	17	11,1
Acredita que deve tomar o remédio só quando se sentir mal	15	9,8
Não foi orientado sobre a necessidade de tomar remédios	14	9,1
Remédios muito caros	10	6,5
Acredita que hipertensão não é tão grave	10	6,5
Outro problema de saúde/gravidez	9	5,8
Ter que tomar várias vezes ao dia	8	5,2
Não há na farmácia do hospital ou não há distribuição gratuita	7	4,5
Parou para fazer exame	3	1,9

Os dados da Tabela 8 mostram que a maioria informou não ter interrompido o tratamento (65,2%), porém um terço dos pacientes afirmou ter interrompido o tratamento (34,8%), por diversos motivos, tendo alguns referido mais de um, sendo que os mais citados foram: não sente necessidade de tratar (26,1%), não sente nada (18,9%), por esquecimento (16,3%), por achar que está curado (11,1%), acredita que deve tomar o remédio só quando se sentir mal (9,8%) entre outros.

Tabela 9 - Falta às consultas para tratamento da pressão arterial dos pacientes hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde São Paulo, 2005.

Variáveis	n	%
Faltou às consultas		
Não	316	71,8
Sim	124	28,2
Motivos		
Esquecimento	43	34,6
Para não faltar ao trabalho	26	20,9
Necessidade de companhia	11	8,8
Deixar os filhos	8	6,4
Viagem	7	5,6
Horário de atendimento	7	5,6
Não gostou do médico	2	1,6
Dinheiro condução	5	4,0
Mal informado quanto ao retorno	3	1,6
Distância	4	3,2
Tempo de espera	4	3,2
Sentir-se bem	4	3,2

Os dados da Tabela 9 evidenciam que a maioria dos pacientes entrevistados (71,8%) afirmou que não faltou às consultas médicas. Quanto aos faltosos, mesmo sendo a minoria (28,2%) há uma diversidade de motivos que levou os pacientes hipertensos a faltarem na consulta médica, sendo os principais motivos o esquecimento (34,6%), para não faltar ao trabalho (20,9%), necessidade de companhia (8,8%), deixar os filhos (7,3%), entre outros.

Tabela 10 – Atitudes frente ao tratamento e doença referidas pelo hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Variáveis	Nunca		Raramente		Sempre	
	N	%	N	%	N	%
Leva os remédios quando viaja	9	2,1	25	5,8	398	92,1
Providencia os remédios antes de acabarem	11	2,5	42	9,7	380	87,8
Toma os remédios no mesmo horário	19	4,4	119	27,4	206	68,2
Toma remédio mesmo quando a pressão está controlada	52	12,1	91	21,2	286	66,7
Segue as orientações sobre a dieta	49	11,6	185	43,8	188	44,5
Esquece de tomar os remédios	208	48,4	161	37,4	61	14,2
Deixa de tomar o remédio por conta própria	277	64,0	129	29,8	27	6,2
Chega atrasado à consulta	330	75,3	73	16,7	35	8,0
Falta à consulta médica	340	77,6	95	21,7	3	0,7

Em relação às atitudes frente ao tratamento da hipertensão, os dados da tabela 10 mostram que percentual muito significativo informou que sempre leva os remédios quando viaja (92,1%), sempre providencia os remédios antes de acabarem (87,8%), seguidos por freqüências menores de

sempre tomar os remédios no mesmo horário (68,2%) e sempre tomar os remédios quando a pressão está controlada (66,7%). Dentre os entrevistados a maioria informou nunca faltar à consulta médica (77,6%) e também nunca chegar atrasado à consulta (75,3%) e nunca deixar de tomar os remédios por conta própria (64%). Destaca-se ainda que pouco menos da metade relatou raramente seguir as orientações sobre a dieta (43,8%), e menos ainda raramente tomar os remédios sempre no mesmo horário (27,4%).

Tabela 11 – Caracterização de como se sentiam em relação à sua vida como um todo dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Qual dessas faces representa a sua vida como um todo?		N	%
1		94	24,7
2		106	27,9
3		71	18,7
4		50	13,2
5		24	6,3
6		11	2,9
7		24	6,3

Com a finalidade de se avaliar a qualidade de vida, os hipertensos foram solicitados a associarem as faces impressas em um diagrama que melhor representava sua vida como um todo considerando sete possibilidades que inicia pela face mais feliz e termina com a mais triste. Assim, como mostram os dados da tabela 11, praticamente metade (52,6%). indicou as duas faces de expressão mais felizes. Apenas 9,2% se colocaram nas duas faces mais tristes.

Tabela 12 - Tratamento medicamentoso anti-hipertensivo dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Variáveis	N	%
Está tomando algum remédio para pressão alta?		
Sim	315	77,0
Não sabe o nome	67	16,4
Não	27	6,6
Drogas anotadas no prontuário		
Inibidores da ECA	171	49,7
Diuréticos	126	36,6
Betabloqueadores	23	6,7
Inibidores adrenérgicos	14	4,1
Bloqueadores dos canais de cálcio	10	2,9

Os dados da Tabela 12 mostram que a maioria dos hipertensos referiu uso de medicamentos anti-hipertensivos. As drogas anti-hipertensivas mais prescritas foram os inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (49,7%), seguidos pelos Diuréticos (36,6) e Betabloqueadores (6,7%).

4.2 Parte II - Associação entre as variáveis estudadas e características socioeconômicas e aspectos relacionados à adesão ao tratamento.

Tabela 13 - Índice de bens acumulados (salários mínimos, Média±DP) em relação ao controle da hipertensão, interrupção ao tratamento e faltas dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Variáveis	N	Índice de bens acumulados	Valor de p
Controle da hipertensão			0,8555
Não	238	1,23±0,37	
Sim	198	1,22±0,34	
Interrupção do tratamento			0,6517
Não	284	1,23±0,37	
Sim	152	1,21±0,32	
Falta às consultas			0,9513
Não	314	1,22±0,37	
Sim	122	1,22±0,32	
Poder socioeconômico total	436	1,22±0,36	

Os dados da tabela 13 apresentam o índice de bens acumulados em relação ao controle da hipertensão, interrupção ao tratamento e faltar alguma vez na consulta e verifica-se que não houve associação significativa em nenhum deles.

Tabela 14 – Variáveis econômicas em relação ao controle dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Variáveis econômicas	Não controlado		controlado		Valor de p
	n	%	n	%	
Telefone					0,483
Sim	199	54,8	164	45,2	
Não	41	54,7	34	45,3	
Televisão a cores					0,739
Nenhuma	4	80,0	1	20,0	
1	120	52,63	108	47,37	
2	91	55,83	72	44,17	
3	20	57,14	15	42,86	
4	4	57,14	3	42,86	
Banheiros					0,146
Nenhum	1	100	0	0,00	
1	167	51,86	155	48,10	
2	65	63,11	38	36,89	
3	5	45,45	6	54,55	
4	1	100	0	0,00	
Automóvel					0,253
Nenhum	166	54,2	140	45,7	
1	63	53,3	55	46,6	
2	7	63,64	4	36,6	
3	3	100	0	0,0	
Empregada Mensalista					
Nenhuma	237	54,61	197	45,3	
1	2	50,0	2	50,0	
Aspirador de pó					0,160
Nenhum	201	56,1	157	43,8	
1	38	47,5	42	52,5	
Máquina de lavar					0,722
Nenhuma	68	57,6	50	42,3	
1	167	53,3	146	46,6	
2	4	57,1	3	42,8	
Geladeira comum					0,557
Nenhuma	82	56,5	63	43,4	
1	157	53,58	136	46,4	
Geladeira Duplex					0,255
Nenhuma	153	52,4	139	47,6	
1	85	58,6	60	41,3	
2	1	100	0	0,00	
Freezer					0,389
Nenhum	216	54,9	177	45,0	
1	1	51,1	21	48,8	
2	1	100	0	0,00	
3	0	0,00	1	100	
Renda familiar					0,813
1 a 5 salários mínimos	192	55,3	155	44,7	
> 5 salários mínimos	48	53,9	41	46,1	

Os dados da tabela 14 apresentam as variáveis que foram usadas para caracterizar a condição sócio econômica dos hipertensos estudados. Os dados revelam que as variáveis como telefone, televisão a cores, banheiro, automóvel, empregados mensalista, aspirador de pó, máquina de lavar, geladeira comum, geladeira duplex, freezer e renda familiar não se associaram com o controle da hipertensão arterial.

Tabela 15 - Grau de instrução e renda em relação ao controle dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Variáveis	Hipertensos				Valor de p
	Não controlados		Controlados		
	N	%	N	%	
Grau de instrução					0,340
Analfabeto/primário incompleto	106	59,5	72	40,4	
Primário completo/ginasial incompleto	50	51,0	48	48,9	
Ginasial completo/colegial incompleto	42	53,1	37	46,8	
Colegial completo/superior incompleto	29	45,3	35	54,6	
Superior	6	54,5	5	45,4	
Renda familiar					0,302
Até 1 salário mínimo	40	64,5	22	35,4	
1 - 3	96	50,5	94	49,4	
3 - 5	56	58,9	39	41,0	
5 - 10	46	54,7	38	45,2	
10 - 20	2	40,0	3	60,0	

Os dados da Tabela 15 mostram que não houve associação entre o grau de instrução e renda em relação ao controle da hipertensão arterial.

Tabela 16 - Interrupção ao tratamento e falta às consultas médicas em relação ao controle do tratamento dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Variáveis	Hipertensos				Valor de p
	Não controlados		Controlados		
	N	%	N	%	
Interrupção do tratamento *					0,040 *
Não	147	51,2	140	48,78	0,085
Sim	94	61,4	59	38,5	
Falta às consultas					
Não	165	52,2	151	47,7	
Sim	76	61,2	48	38,7	

* $p < 0,05$

Os dados da Tabela 16 indicam que o grupo dos hipertensos não controlados interrompeu mais vezes o tratamento (61,2%) de forma significativa ($p < 0,05$) do que os controlados (38,5%). Quanto às faltas à consulta médica não houve associação significativa com o controle da hipertensão.

Tabela 17 – Variáveis econômicas em relação à interrupção ao tratamento dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Variáveis econômicas	Interrupção do Tratamento				Valor de p
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Telefone					0,090
Sim	128	84,0	235	15,7	
Não	24	32,0	51	68,0	
Televisão a cores*					0,038
Nenhuma	3	60	2	40	
1	70	30,7	158	69,3	
2	70	42,9	93	57,0	
3	8	22,8	27	77,14	
4	2	28,5	5	71,43	
Banheiros					0,342
Nenhum	1	100	0	0,00	
1	114	35,40	208	64,6	
2	36	34,9	67	65,0	
3	2	18,18	2	81,8	
4	0	0,00	1	100	
Automóvel					0,074
Nenhum	99	32,3	207	67,6	
1	48	40,6	70	59,3	
2	6	54,5	5	45,4	
3	0	0,00	3	100	
Empregada Mensalista					
Nenhuma	152	35,0	282	64,98	
1	1	25	3	75	
Aspirador de pó					0,306
Nenhum	129	36,0	229	63,9	
1	24	30	56	70	
Máquina de lavar					0,388
Nenhuma	39	33,0	79	66,9	
1	113	36	200	63,9	
2	1	14,2	6	85,7	
Geladeira comum					0,354
Nenhuma	55	37,9	90	62,0	
1	98	33,4	195	66,5	
Geladeira Duplex					0,514
Nenhuma	99	33,9	193	66,1	
1	54	37,2	91	62,76	
2	0	0,0	1	100	
Freezer					0,631
Nenhum	138	35,1	255	64,8	
1	15	34,8	28	65,1	
2	0	0,00	1	100	
3	0	0,00	1	100	

p < 0,05

Os dados da Tabela 17 mostram que as variáveis que caracterizaram a condição sócio econômica não se associaram de forma significativa com a interrupção ao tratamento, exceto no item televisão a cores, pois quem referiu não interromper o tratamento possuía mais televisão a cores.

Tabela 18 - Grau de instrução e renda, em relação à interrupção do tratamento, dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Variáveis	Interrupção do tratamento				Valor de p
	Sim		Não		
	N	%	n	%	
Grau de instrução					0,221
Analfabeto/primário incompleto	62	34,83	116	65,17	
Primário completo/ginasial incompleto	42	42,86	56	57,14	
Ginasial completo/colegial incompleto	23	29,11	56	70,89	
Colegial completo/superior incompleto	20	31,25	44	68,75	
Superior	2	18,18	9	81,82	
Renda familiar					0,463
Até 1 salário mínimo	23	37,1	39	62,9	
1 - 3	70	36,8	120	63,1	
3 - 5	30	31,5	65	68,4	
5 - 10	30	35,7	54	64,2	
10 - 20	0	0,00	5	100	

Os dados da Tabela 18 mostram que não houve associação significativa entre as variáveis grau de instrução e renda em relação à interrupção ao tratamento.

Tabela 19 - Variáveis econômicas em relação a faltar à consulta, dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005

Variáveis	Faltas às consultas				Valor de p
	SIM		NÃO		
	N	%	N	%	
Telefone					0,260
Sim	98	27,0	265	73,0	
Não	26	34,7	49	65,3	
Televisão a cores					0,228
Nenhuma	3	60,0	2	40,0	
1	71	31,1	157	68,8	
2	38	23,3	125	76,6	
3	8	22,8	27	77,14	
4	2	28,5	5	71,4	
Banheiros					0,368
Nenhum	0	0.00	1	100,0	
1	93	28,8	229	71,1	
2	26	25,2	77	74,7	
3	2	18,1	9	81,8	
4	1	100,0	0	0.00	
Automóvel					0,641
Nenhum	89	29,0	217	70,9	
1	28	23,7	90	76,2	
2	4	36,3	7	63,6	
3	1	33,3	2	66,6	
Empregada Mensalista					0,580
Nenhuma	122	28,1	312	71,9	
1	0	0.00	4	100	
Aspirador de pó					0,723
Nenhum	101	28,2	257	71,79	
1	21	26,2	59	73,7	
Máquina de lavar					0,165
Nenhuma	26	22,0	92	77,9	
1	95	30,3	218	69,6	
2	1	14,2	6	85,7	
Geladeira comum					0,057
Nenhuma	32	22,0	113	77,9	
1	90	30,7	203	69,8	
Geladeira Duplex*					0,048*
Nenhuma	89	30,48	203	69,5	
1	32	22,0	113	77,9	
2	1	100	0	0.00	
Freezer					0,694
Nenhum	111	28,2	282	71,7	
1	11	25,5	32	74,4	
2	0	0.00	1	100	
3	0	0.00	1	100	

* p< 0,05

Os dados da Tabela 19 mostram que não houve associação significativa entre as variáveis econômicas e não faltar às consultas para tratamento da hipertensão arterial, exceto apenas no item “possuir geladeira duplex”, ($p < 0,05$), pois se verificou tendência de quem possuía mais geladeira duplex faltar menos às consultas.

Tabela 20 - Instrução e renda familiar em relação a faltar à consulta dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Variáveis	Faltar às consultas				Valor de p
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Grau de instrução					0,194
Analfabeto/primário incompleto	57	13.25	121	28.13	
Primário completo/ginasial incompleto	31	7.20	67	15.58	
Ginasial completo/colegial incompleto	15	3.48	64	14.88	
Colegial completo/superior incompleto	17	3.95	47	10.93	
Superior	2	0.46	9	2.09	
Renda familiar					0,738
Até 1 salário mínimo	17	3.95	45	10.46	
1 - 3	58	13.48	132	30.69	
3 - 5	27	6.27	68	15.81	
5 - 10	19	4.41	65	15.11	
10 - 20	1	0.23	4	0.93	

Os dados da Tabela 20 mostram que não houve associação das variáveis instrução e renda familiar em relação ao fato dos hipertensos faltarem às consultas médicas.

Tabela 21 - O Índice de bens acumulados (salários mínimos, Média±DP) em relação às variáveis biossociais dos pacientes hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Variáveis	Índice de bens acumulados	Valor de p
Idade		0,2682
> 60 anos	1,20±0,34	
Sexo		
Sexo feminino	1,21±0,32	
Sexo masculino	1,26±0,41	
Raça		0,5446
Branca	1,23±0,34	
Não branca	1,21±0,38	
Estado civil		0,1136
Solteiro	1,18±0,40	
Casado/amasiado	1,25±0,34	
Separado	1,11±0,34	
Viúvo	1,22±0,35	
Escolaridade		
Analfabeto - lê/ escreve	1,18±0,32	
1º grau	1,23±0,38	
2º grau	1,27±0,32	
Superior	1,26±0,44	
Responsável pela renda familiar		0,1013
Paciente	1,23±0,37	
Cônjuge	1,23±0,30	
Filho, não informou e outro*	1,20±0,38	

Os dados da Tabela 21 mostram que não houve associação entre o índice para compra de bens acumulados em relação às variáveis idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade e quem é o responsável pela renda familiar.

Tabela 22 - O índice de bens acumulados (salários mínimos, Média±DP) em relação às crenças e conhecimentos sobre hipertensão arterial dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Variáveis	Índice de bens acumulados	Valor de p
Não há nada que eu possa fazer para evitar a pressão alta. Concorda com isso?		0,0235*
Sim	1,17±0,35	
Não	1,25±0,36	
Se seu pai ou mãe tem pressão alta eu também posso ter. Concorda com isso?		0,8194
Sim	1,23±0,35	
Não	1,22±0,40	
As pessoas jovens não têm pressão alta. Concorda com isso?		0,9531
Sim	1,23±0,34	
Não	1,22±0,36	
Pressão alta não tem sintomas. Concorda com isso?		0,8700
Sim	1,23±0,38	
Não	1,22±0,34	
Pressão alta é quando for maior que 140x90 mm Hg. Concorda com isso?		0,5016
Sim	1,23±0,35	
Não	1,19±0,40	
Usa outros tratamentos para pressão alta?		0,3609
Sim	1,19±0,35	
Não	1,23±0,36	

* p<0,05

Os dados da tabela 22 mostram que houve associação significativa entre o índice de bens acumulados e crenças sobre hipertensão arterial apenas no item "não há nada que eu possa fazer para evitar a pressão alta". Os hipertensos de menor índice de bens acumulados concordam que não há nada que eles pudessem fazer para evitar a pressão alta, enquanto os que não

concordaram apresentaram índices com valores significativamente mais elevados ($1,17 \pm 0,35$ vs $1,25 \pm 0,36$, $p < 0,05$)

Com os demais itens não houve associação tais como hereditariedade, pessoas jovens não apresentarem pressão alta, a pressão alta não apresentar sintomas, a pressão alta ser maior que 140x90 mmHg e usar outros tratamentos para a hipertensão.

Tabela 23 - O índice de bens acumulados (salários mínimos, Média±DP) em relação às atitudes frente ao tratamento dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Variáveis	Índice de bens acumulados	Valor de p
Esquece de tomar os remédios?		0,1947
Nunca	1,26±0,37	
Raramente/às vezes	1,19±0,32	
Sempre	1,21±0,37	
Toma os remédios sempre no mesmo horário?		0,1175
Nunca	1,16±0,33	
Raramente/às vezes	1,17±0,36	
Sempre	1,25±0,35	
Leva os remédios quando viaja?		0,3972
Nunca	1,32±0,47	
Raramente/às vezes	1,30±0,47	
Sempre	1,22±0,34	
Providencia os remédios antes de acabarem?		0,4588
Nunca	1,31±0,33	
Raramente/às vezes	1,27±0,44	
Sempre	1,22±0,35	
Toma remédio quando a pressão está controlada?		0,7157
Nunca	1,23±0,29	
Raramente/às vezes	1,19±0,39	
Sempre	1,24±0,36	
Deixa de tomar o remédio por conta própria?		0,0670
Nunca	1,25±0,36	
Raramente/às vezes	1,20±0,36	
Sempre	1,09±0,29	
Falta à consulta médica?		0,7137
Nunca	1,22±0,37	
Raramente/às vezes	1,25±0,32	
Sempre	1,28±0,08	
Chega atrasado à consulta?		0,0275*
Nunca	1,20±0,35	
Raramente/às vezes	1,30±0,36	
Sempre	1,31±0,32	
Segue as orientações sobre a dieta?		0,8644
Nunca	1,25±0,35	
Raramente/às vezes	1,22±0,35	
Sempre	1,22±0,37	

*p<0,05

Os dados referentes à tabela 23 mostram que em relação ao índice de bens acumulados e atitudes frente ao tratamento da hipertensão, houve associação significativa com os pacientes que referiram nunca chegar atrasado à consulta médica e os que sempre chegam atrasados ($1,20 \pm 0,3$ vs $1,31 \pm 0,32$, $p < 0,05$). Os demais dados dessa tabela não mostraram associação entre o Índice de bens acumulados e atitudes frente ao tratamento da doença como: esquecer de tomar remédio, tomar os remédios no mesmo horário, levar os remédios quando viaja, providenciar os remédios antes de acabarem, tomar os remédios quando a pressão está controlada, faltar à consulta médica e seguir as orientações sobre a dieta.

Tabela 24 - O índice de bens acumulados (salários mínimos, Média±DP) em relação à distribuição das respostas sobre como se sente em relação à sua vida como um todo dos hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 2005.

Como se sente em relação à sua vida como um todo	Índice de bens acumulados	Coeficiente de variação	Valor de p 0,0094*
1	1,20±0,34	28,3%	
2	1,28±0,36	28,1%	
3	1,25±0,32	25,6%	
4	1,16±0,36	41,8%	
5	0,98±0,35	35,7%	
6	1,12±0,39	34,8%	
7	1,25±0,39	31,2%	
p<0,05 , 5 vs 2, 3			

Os dados da Tabela 24 mostram que houve associação significativa ($p<0,05$) entre o índice de bens acumulados em relação às faces que representam como os hipertensos se sentiam em relação à sua vida como um todo, que vão de maior felicidade até maior tristeza. Evidenciou-se que menor índice foi para a face 5, com tendência à tristeza (0,98±0,35 salário mínimo). Outro aspecto importante a ser destacado na caracterização desses pacientes estudados é que o poder aquisitivo da face 5 é diferente das faces 2 e 3, ou seja as faces 1, 2, e 3 são mais felizes e têm índices maiores. De acordo com o

coeficiente de variação, ou seja, a dispersão da amostra, a face 5 equivale a 35,7%, e foi diferente das faces 2 com 28,1% e face 3 com 25,6%. Pode-se com esses dados verificar que os pacientes de baixo poder aquisitivo, representados pela face 5, apresentaram tendência de serem mais tristes do que felizes.

5 DISCUSSÃO

De acordo com os resultados houve pouca associação entre a avaliação econômica e aspectos da adesão. Os pacientes hipertensos não controlados interromperam mais o tratamento para a hipertensão, houve também associação positiva em relação a possuir televisão a cores, faltar às consultas e entre o índice de bens acumulados e às atitudes dos hipertensos frente ao tratamento.

Em relação às características biossociais dos hipertensos, o fato da maioria pertencer ao sexo feminino, pode ser indicativo de que as mulheres têm maior preocupação com a sua saúde, freqüentam mais os serviços de saúde, comparecem com mais freqüência às consultas médicas e são mais participativas do que os pacientes do sexo masculino.

O sexo é uma variável que deve ser considerada na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Estudo realizado no ambulatório de um Hospital Escola da Cidade de São Paulo, evidenciou que a falta de conhecimento está associada com o sexo masculino, a maioria dos pacientes desconheciam aspectos sobre a doença e controle da hipertensão arterial ¹⁵.

Em relação à idade verificou-se que a média (57 ± 12 anos) encontrada no presente estudo ficou muito próxima da faixa etária compatível com idosos, que é a sexta década. A população dos países desenvolvidos e

também nos países em desenvolvimento está envelhecendo ³⁹. Estima-se que 65% dos idosos brasileiros são hipertensos e a pressão arterial sistólica tende a aumentar com a idade e a pressão arterial diastólica tende a elevar-se até os 50 anos nos homens e aos 60 anos nas mulheres ¹. O presente estudo com médias de idade a partir dos 57 anos, confirmou outros estudos como o de Framingham onde se estimou que indivíduos normotensos até a idade de 55 anos têm 90% de risco de desenvolver hipertensão ⁴⁰.

Cerca da metade dos pacientes entrevistados era de etnia branca (51,7%), e questiona-se se essa variável pode influenciar no seguimento do tratamento proposto. Estudo realizado por Lessa relacionou raça e adesão ao tratamento em um ambulatório de hipertensão arterial na cidade de Salvador, de 200 hipertensos de baixa renda que compareceram em consultas por aproximadamente três meses. Nesse estudo considerou-se o comparecimento às consultas e tratamento e os dados mostraram que os pacientes de cor branca (53,6%) aderiram mais às consultas e ao tratamento do que os pacientes da raça negra (19,7%), indicando que os brancos aderiram mais ao tratamento do que os negros e pardos. Os negros compareceram menos ao tratamento e apresentaram níveis pressóricos mais elevados ²¹. Por outro lado, Strealec *et al* em estudo para avaliar grupos de hipertensos controlados e não controlados concluíram que não houve diferença estaticamente relevante em relação à etnia ³¹.

Em relação ao estado civil, a maioria dos pacientes estudados era casada (56,8), e os demais pacientes solteiros, separados e viúvos (37,4%). A presença familiar é importante no tratamento da hipertensão arterial, incentivando a busca e continuidade do tratamento. Esse incentivo pode muitas vezes começar no âmbito familiar, o que pode não ocorrer com os solteiros, separados e viúvos. Considera-se que o apoio e ajuda familiar é de grande valia para a obtenção de sucesso no tratamento da hipertensão arterial. Estudo realizado no México verificou que pacientes envolvidos no tratamento apresentavam melhor controle da pressão arterial (77,5%) do que os não envolvidos (27,5%). A maneira como o paciente segue o tratamento da hipertensão arterial vincula-se ao apoio que familiares oferecem ao enfermo. Os pacientes do grupo envolvidos com o tratamento tinham apoio familiar e observou associação principalmente com a motivação ao tratamento medicamentoso 47. Outro estudo feito em nosso país por Pierin *et al* verificou níveis pressóricos mais elevados (diastólica >110mmHg) em pessoas não casadas e também associou a esse achado provável ausência de apoio familiar¹⁵.

Outro aspecto importante na caracterização dos pacientes estudados foi o grau de escolaridade. O presente estudo constatou que a maioria dos hipertensos possuía baixa escolaridade ou nenhuma escolaridade (82,3%). Estudos mostram a existência de estreita relação entre a elevação da pressão

arterial e a baixa escolaridade, comprovando que a pressão arterial tende a se elevar nos hipertensos de baixa escolaridade 31 41. Sanches *et al* em trabalho comparativo com dois grupos de hipertensos atendidos em pronto socorro e ambulatório verificou ser a maioria de baixa escolaridade que compreendia analfabetos, primeiro grau completo e primeiro grau incompleto ³⁵. Em outra investigação realizada no Rio de Janeiro com 1183 funcionários de um banco estatal, verificou-se a freqüência de tratamento da hipertensão arterial e hábitos de vida relacionados à saúde, comparando-se hipertensos e não hipertensos. Os resultados mostraram que, dentre os hipertensos de ambos os sexos com escolaridade de nível superior completo ou superior incompleto (90%) e aqueles com segundo grau completo e incompleto (22,4%), pouco menos da metade estava sob tratamento (44,7%) ⁴⁴. Estudo realizado com funcionários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo também associou renda e escolaridade com nível da pressão arterial em uma amostra composta por médicos, profissionais de enfermagem e demais funcionários. Verificou-se que quanto menor a renda e escolaridade, maiores foram os níveis pressóricos, concluindo que categorias menos favorecidas tendem a possuir níveis mais elevados de pressão arterial ²². Também nessa

mesma linha, Vargas *et al* constatou que houve associação entre elevação da pressão arterial no grupo de pessoas com menos de doze anos de estudo, em relação àqueles com mais de doze anos de escolaridade ⁴⁸. Outro estudo realizado no Rio de Janeiro, com o objetivo de avaliar o ambiente socioeconômico na distribuição da hipertensão, obesidade e tabagismo e também na concordância em casais da presença ou ausência desses três fatores de risco, foi verificado que a concordância para hipertensão decresceu significativamente ($p < 0,001$) do nível educacional mais baixo para o mais alto. No caso da obesidade e tabagismo observou-se o inverso. Esse estudo concluiu que nos níveis socioeconômicos mais baixos os casais são mais concordantes para hipertensão e discordantes para tabagismo ⁴⁹. No nível internacional também se observa a preocupação em relacionar nível de escolaridade ao contexto das doenças crônicas. Estudo realizado em oito países europeus na década de 90 verificou a prevalência de 17 grupos de doenças crônicas e que foram analisadas em relação à escolaridade. Grande parte das doenças como acidente vascular encefálico, doenças do sistema nervoso, diabetes e artrite ($OR > 1,5$), mostrou alta prevalência entre o grupo de menor nível educacional. Para doenças cardíacas, diabetes e hipertensão,

diferenças socioeconômicas estavam mais evidenciadas nas mulheres quando comparadas com o sexo masculino. Doenças alérgicas foram mais comuns no grupo de maior nível educacional. Nenhuma diferença socioeconômica foi encontrada para as doenças do grupo de câncer, doenças de pele e dos rins⁵⁰.

Outro aspecto relevante na caracterização dos pacientes estudados foi a ocupação. Os dados mostraram que a maioria dos entrevistados era do lar (31,5%) ou aposentados (31,0%), a ocupação destacada foi trabalhador de mão de obra não especializada (22,1%). Tais aspectos provavelmente se relacionam à baixa escolaridade, identificada em muitos pacientes que referiram fazer serviços provisórios e sem vínculo empregatício. Vários pacientes referiram ser necessário executar qualquer tipo de trabalho por não possuírem estudo e profissão definida, bem como não terem estudado para se especializar em determinada profissão.

Vários estudos têm a preocupação de mostrar grupos de diferentes status profissionais e a relação com a hipertensão arterial, como por exemplo, estudo realizado com 73 trabalhadores de curtume do município de Botucatu, setor secundário da economia pouco especializado e com baixos salários. Foi encontrada prevalência bruta da hipertensão sistêmica de 56,1% sendo 15,8%

hipertensão arterial sistólica isolada e ambas se associaram ao tabagismo e etilismo ⁴². Outro estudo, realizado no município do Rio de Janeiro, avaliou a ocupação de operários, muitos migrantes de regiões do Nordeste do Brasil que realizavam trabalho pesado na construção civil, de mão-de-obra pouco qualificada. Foi colocado como limite de normalidade 140 / 90 mm Hg, a prevalência verificada da pressão diastólica foi mais elevada de 15,6%, comparada à média populacional geral, 12 % a 13 % ⁴³.

Quanto aos níveis da pressão arterial dos hipertensos estudados, verificou-se que a média da pressão arterial sistólica (139 ± 23 mmHg), e da diastólica (89 ± 13 mmHg), estão bem próximas aos valores que indicam o não controle da pressão arterial, próximo de 140/90 mmHg.

Em relação ao índice de massa corporal os pacientes do presente estudo apresentaram média de $29,9 \pm 6,06$ Kg/m² que se situa no limite superior da pré-obesidade e indicando obesidade grau I.O. índice de massa corpórea das mulheres $30,61 \pm 6,14$ Kg/m², foi superior ao sexo masculino $28,77 \pm 5,70$

Kg/m², porém, sem significância estatística. O índice de massa corpórea elevado, maior que 28Kg/m², está associado a complicações cardiovasculares, sendo conseqüentemente um indicador observado para a hipertensão arterial¹. A hipertensão está geralmente associada a outros fatores de risco cardiovascular e metabolicamente associado para dislipidemias, intolerância a glicose, obesidade central e índice de massa corporal elevado.

Estudo feito na região metropolitana da cidade de São Paulo, teve como objetivo analisar a prevalência da hipertensão arterial e mostrar associações entre obesidade e hipertensão arterial, constatou que as mulheres inseridas no mercado de trabalho não apresentavam fator de risco para a hipertensão, por outro lado as que não trabalhavam e apresentavam um estilo de vida sedentário houve aumento do índice para obesidade e também com relação à elevação da hipertensão arterial ⁴⁶. Em outro estudo realizado em 250 funcionários da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para investigar a presença de fatores de risco cardiovascular, verificou-se importante associação positiva entre índice de massa corporal, com o colesterol sérico (210 ±21,9 mg / dl), HDL (41,1±12,4 mg / dl), com os níveis de elevação da pressão arterial sistólica (129,7±24,0) e pressão arterial diastólica (80,4±17,7) ⁵¹.

Em relação à medida da circunferência abdominal, 43,6% dos hipertensos apresentaram medidas acima do limite máximo para o sexo masculino (102 cm) e 82,5% para o sexo feminino (88 cm). A medida da circunferência abdominal tem sido utilizada como marcador da obesidade central, que também se associa aos níveis elevados da pressão arterial e fator de risco cardiovascular.

Em relação às características econômicas dos hipertensos entrevistados constatou-se que a maioria (65,4%), mostrou ser o próprio paciente responsável pela renda familiar, com renda mensal variando entre um a cinco salários mínimos. A instrução do responsável pela renda familiar mostrou que grande parte possuía baixo nível de escolaridade, caracterizado pelos analfabetos e com primário incompleto (41,4%), observando-se dessa forma a estreita relação entre nível de escolaridade e a baixa renda familiar.

Estudo realizado em Porto Alegre não apontou associação significativa entre renda salarial e os níveis de pressão arterial, haja vista a maioria dos pacientes apresentou renda superior a cinco salários mínimos ⁴⁵.

Outro trabalho, apesar de não ser recente, realizado com 1773 pacientes do sexo masculino em sete grupos distintos, entre eles médicos, trabalhadores rurais, índios, operários de indústria, presidiários, praças e oficiais da marinha, encontrou predominância da hipertensão arterial (16,1%), nas classes menos favorecidas, por exemplo, no grupo de presidiários (26,3%) ⁵².

Em relação a hábitos de vida, a maioria dos pacientes entrevistados nunca fez uso do fumo (67,9%) e percentual mínimo de pacientes informou que fuma (8,4%). A maioria expressiva dos pacientes (85,3%) referiu nunca ter consumido bebida alcoólica e também nunca ter utilizado drogas ilícitas (93,9%).

O tabagismo é considerado um perigo para desencadear e agravar muitas doenças e, entre elas, de 35 a 40% estão incluídas as doenças do sistema cardiovascular ⁵³. Estudo sobre hipertensão arterial e hábitos de vida relacionados à saúde, verificou não haver nenhuma diferença importante entre indivíduos hipertensos e não hipertensos em relação à prevalência de tabagismo, alcoolismo e atividade física. Os hipertensos que estavam sob tratamento (44,7%) tinham condições associadas a ser ex-fumante, alta escolaridade, ter sobrepeso e obesidade e história familiar de doenças cérebro vasculares ⁵⁴. Porém, a relação entre consumo elevado de bebida alcoólica e elevação da pressão arterial é inquestionável, tem-se verificado que a redução

da ingestão de bebida alcoólica em hipertensos e normotensos reduz a pressão arterial nos consumidores de altas quantidades de bebida alcoólica ¹.

Em relação à atividade física cerca da metade (52,2%) relatou que não faz e também nunca praticou nenhum tipo de atividade física e pouco mais de um terço dos pacientes (37,3%) informou realizar atividade física. Destaca-se que as unidades de saúde envolvidas no estudo disponibilizam atividades como caminhada e Tai Chi.

As IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial apontam que o exercício físico regular reduz a pressão arterial em 3/2 mm Hg em normotensos e recomenda sua prática para todo adulto, pelo menos 30 minutos de atividade leve a moderada, de forma contínua na maioria dos dias da semana¹. Pierin *et al* em estudo realizado para avaliar o perfil biossocial de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença, constatou percentual ainda mais elevado (89%) de indivíduos que não praticavam nenhuma atividade física regular ¹⁵.

As variáveis que caracterizam o poder aquisitivo no presente estudo quanto à aquisição de bens duráveis mostraram que percentual significativo (82,8%), possuía telefone fixo e ou celular. A maioria dos pacientes declarou ter um ou mais televisores a cores em casa, assim como não possuir automóvel (69,8%). No item aspirador de pó a maioria referiu não ter nenhum (81,7%),

considerado como um eletrodoméstico de uso característico das classes sociais de melhor poder aquisitivo. Máquina de lavar é outro eletrodoméstico que a maioria referiu possuir (71,4%). Mais da metade dos pacientes referiu possuir geladeira comum (66,8%), geladeira duplex (66,6%), e maioria significativa (89,7%) informou não possuir freezer. Esses são eletrodomésticos de fundamental importância nos lares, para armazenar, manter, refrigerar, conservar os alimentos saudáveis assim como auxiliar na higiene, e facilitar a rotina da casa.

Quase um terço dos pacientes entrevistados tinha hipertensão arterial (35,2%) há mais de dez anos e relataram que descobriram que tinham hipertensão por sentir-se mal (47,7) ou ao fazer exame médico de rotina (39,1%). A maioria também referiu ter o hábito de medir a pressão (69,5%) e o posto de saúde foi o local de procura mais citado pelos pacientes do estudo (79,2%).

A avaliação de crenças e conhecimento sobre hipertensão arterial dos pacientes entrevistados mostrou que pouco mais da metade acreditava que a hipertensão arterial era uma doença para toda a vida como os diabetes (58,4%), o tratamento deve ser para toda a vida (74,9%), e também a maioria dos pacientes confirmou acreditar que a pressão alta não tem cura (72,3%), dados menores do que a expectativa, devido ser a hipertensão uma doença

crônica, esperava-se que os pacientes do presente estudo informassem que a hipertensão era para toda a vida assim como o seu tratamento.

Estudo realizado em nosso meio com 353 hipertensos para identificar o conhecimento e preferências em relação ao tratamento farmacológico e não-farmacológico, verificou preferência pelo tratamento farmacológico (56%), com elevado desconhecimento sobre o tratamento não-farmacológico (81%), indicando que o paciente hipertenso tem conhecimento e preferências que devem ser considerados na prescrição do tratamento ¹³. No contexto internacional estudo realizado na Finlândia indicou que o maior problema da adesão ao tratamento na hipertensão era mudar o comportamento e o estilo de vida dos hipertensos ³³. Outro estudo feito com 32 pacientes hipertensos em duas unidades de saúde de Ribeirão Preto, com o objetivo conhecer o portador de hipertensão arterial por meio da análise de suas atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas mostrou que os pacientes estudados (41%), não souberam definir o que era hipertensão arterial, pequena percentagem (18%) referiu sintomas como dor de cabeça e na nuca e alegaram conhecimento que as possíveis conseqüências seriam o derrame e o infarto (39%). As variáveis psicossociais e as crenças de saúde podem interferir diretamente no conhecimento que o paciente tem sobre sua doença ³⁴.

No presente estudo os pacientes informaram em sua maioria não terem interrompido o tratamento (65,2%) e os que interromperam (34,8%), os motivos mais citados foram não sentir necessidade de se tratar (26,1%), não sentir nada (18,9%), e por esquecimento (16,3%). Os dados sobre interrupção do tratamento revelam pouca importância para tratar a saúde, por deixar de persistir no tratamento proposto, por não sentir necessidade de se tratar.

Em relação às faltas nas consultas médicas, a maioria dos pacientes informou que não havia faltado (71,8%). Os pacientes que faltaram (28,2%), referiram como principais motivos o esquecimento (34,6%) e para não faltar ao trabalho (20,9%). As faltas às consultas e interrupção ao tratamento são dados importantes que podem influenciar no controle da hipertensão arterial, estabelecendo assim um parâmetro para a avaliação da adesão ao tratamento.

No presente estudo percentual bastante significativo (92,1%), responderam que levam sempre os remédios quando viajam, também maioria significativa (87,8%), demonstrou grande preocupação em adquirir os medicamentos antes de acabarem, provavelmente, em função muitas vezes não encontrar o medicamento na farmácia de distribuição do posto de saúde. Informaram ainda, tomar o remédio sempre no mesmo horário (68,2%) e nunca chegar atrasada às consultas (75,3%). Esses dados são importantes de serem

considerados no contexto da assistência aos hipertensos, pois podem contribuir na avaliação da adesão ao tratamento.

Os pacientes devem ter atitudes ativas e participativas frente ao tratamento da hipertensão o qual deverá fazer parte de sua vida diária, demonstrando responsabilidade na manutenção da sua saúde, seguindo o tratamento proposto pela equipe de saúde, comparecendo às consultas e realizando mudanças de estilo de vida indesejáveis.

A hipertensão arterial é uma doença crônica que poderá afetar o paciente de maneira degenerativa e progressiva e influenciando diretamente em sua qualidade de vida. Na caracterização de como os pacientes se sentiam em relação à sua vida como um todo, foi observado que as faces apontadas pela maioria dos pacientes foram as mais felizes, ou seja, as faces um e dois (52,6%), a seguir as faces de apatia e indiferença, demonstradas nas faces três e quatro (31,9%) e em menor quantidade as faces, demonstrando tristeza e descontentamento nas faces cinco, seis e sete (15,5%).

Essa avaliação de bem estar geral, foi baseada em estudo britânico que frente às sete “faces” era feita a seguinte pergunta: “qual dessas faces representa a forma como você se sente acerca de sua vida como um todo?” A primeira indicava muita felicidade e alegria expressada pelo largo sorriso, e reduzido de forma gradativa e negativa, até a sétima “face”, que expressava o

maior índice de infelicidade, tristeza e descontentamento. Perguntaram para 1000 pessoas como sentiam acerca de suas vidas. O resultado na escala subjetiva de bem-estar mostrou que a proporção de muito feliz foi de quatro para dez em relação aos tristes e infelizes. Verificaram que fatores como direito civil, responsabilidade e duração dos governos democráticos e tudo o que provoca satisfação de vida, deveria caminhar ao lado da saúde. Nesse estudo não foi possível mostrar em que proporção a felicidade das pessoas em nações saudáveis é baseada em dinheiro, ou se produtos de outras alegrias. Esse estudo também mostrou quatro características especiais para pessoas felizes, primeiro estão de bem consigo mesmas, segundo pessoas tipicamente felizes possuem auto controle, terceiro pessoas felizes são normalmente otimistas, quarto a maioria das pessoas felizes são extrovertidas mesmo estando sozinhas ou em convívio com outras pessoas ⁵⁵. Outro estudo americano nessa mesma linha realizado com a finalidade de medir satisfação na vida, descreve as escalas que medem níveis de satisfação e relata as mesmas carinhas do estudo britânico, usando as mesmas explicações ⁵⁶.

No presente estudo a maioria dos pacientes estava sob tratamento medicamentoso. Entre as drogas anti-hipertensivas anotadas no prontuário, quase a metade eram os inibidores da ECA (49,7%), seguido pelos diuréticos (36,6%) e betabloqueadores (6,7%). Atualmente a variedade de medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial é enorme e dotados de grande

eficácia e baixa incidência de efeitos colaterais ⁵⁷. Os efeitos indesejáveis podem contribuir para a baixa adesão ao tratamento. Estudo comparativo avaliou a diferença de qualidade de vida entre 180 pacientes normotensos e hipertensos. O grupo de hipertensos foi o que mais mostrou deficiência na qualidade de vida, quando comparados com os normotensos, eles faltavam mais no trabalho, com maior prejuízo psicológico e acentuado agravamento dos sintomas e efeitos da terapia medicamentosa ⁵⁸.

O presente estudo foi usado para avaliar a condição econômica, posse de bens como telefone, televisão em cores, aspirador de pó, máquina de lavar, geladeira comum, geladeira duplex e freezer. A partir desses bens foi calculado o índice de bens acumulados. Os bens isoladamente e na forma de índice foram associados com o controle da hipertensão arterial, interrupção ao tratamento e falta à consulta, na tentativa de se evidenciar possíveis influências da condição econômica e aspectos ligados à adesão ao tratamento.

Observou-se que não houve associação entre o índice de bens acumulados e o controle dos pacientes hipertensos.

O índice de bens acumulados também não se associou de forma significativa com falta às consultas e interrupção do tratamento. Em relação à interrupção do tratamento da hipertensão arterial, e a posse de bens como

televisão a cores, os hipertensos que não interromperam o tratamento, possuíam mais televisão a cores.

O índice de bens acumulados em relação às faltas nas consultas, verificou-se que os pacientes que possuíam mais geladeira duplex faltam menos às consultas.

O fator socioeconômico desfavorável é uma barreira para o controle da hipertensão arterial. Nos países menos desenvolvidos, observa-se relação direta entre o nível socioeconômico e a hipertensão arterial. Pessoas de países desenvolvidos e maior nível socioeconômico também possuem problema de controle da pressão arterial. Pesquisa realizada em seis países desenvolvidos da Europa entre eles Alemanha, Finlândia, Suécia, Inglaterra, Espanha e Itália, com o objetivo de comparar a prevalência da hipertensão arterial com a dos Estados Unidos e Canadá, constatou que as medidas de pressão arterial e prevalência da hipertensão arterial na América do Norte são mais altas do que nos países estudados da Europa. Não houve diferença quanto ao sexo e houve 60% maior prevalência da hipertensão na Europa comparado aos Estados Unidos e Canadá ⁵⁹. Dessa forma conclui-se que a prevalência da hipertensão arterial também é elevada nos países desenvolvidos.

Houve associação positiva entre o índice de bens duráveis em relação a crenças e conhecimento sobre hipertensão arterial, observou-se que

no item “não há nada que eu possa fazer para evitar a pressão alta”, os pacientes que concordaram com essa afirmação possuíam menor poder aquisitivo. Os pacientes que responderam essa questão possuíam maior grau de desconhecimento da doença, falta de estímulo e auto-estima. Estudo de revisão da literatura sobre as barreiras para participação e adesão em programas de reabilitação cardíaca, mostrou que componentes individuais como ansiedade e depressão podem interferir na adesão ao tratamento. Por outro lado aspectos positivos como auto-motivação, auto-estima, sentimento de bem-estar e aceitação das regras sociais, entre outros, são elementos de personalidade e partem do componente individual da ação para associar a adesão ao tratamento ⁶⁰.

Quanto às atitudes frente ao tratamento em relação ao índice de bens acumulados, houve associação positiva no item “chegar atrasado à consulta”. Os dados mostraram que chegar atrasado é característica de pacientes com maior poder aquisitivo sobre os que nunca chegam atrasados. Provavelmente por ser os pacientes com maior poder aquisitivo, aqueles com mais compromissos e atividade profissional e social ou não dão a atenção devida do seu tratamento e cumprimento do horário das consultas.

O índice de bens acumulados se associou de forma significativa à resposta dos entrevistados sobre “como se sente em relação à sua vida como

um todo”, pois houve associação significativa, que foi a face cinco com tendência à tristeza. De acordo com o coeficiente de variação, ou seja, a dispersão da amostra, a face cinco equivale a 35,7% e foi diferente da face dois, com 28,1%, e da face três, com 25,6%. Pode-se, com esses dados, mostrar que pacientes de baixo poder aquisitivo, representados pela face cinco, apresentaram tendência de serem mais tristes e talvez menos felizes.

Concluindo o presente estudo mostrou que houve pouca associação entre os dados usados para avaliação econômica e aspectos que se relacionam com a adesão ao tratamento. Desse modo, a condição econômica foi uma variável que interferiu de maneira pouco intensa na adesão ao tratamento.

O enfermeiro tem participação importante na assistência global ao paciente hipertenso, por ser o profissional que atua na comunidade, deve direcionar sua atenção para a prevenção primária, para evitar ou minimizar problemas de saúde pública da atualidade, objetivando reduzir a prevalência e incidência da hipertensão. Para a conscientização por parte do enfermeiro de que a hipertensão poderá ser evitada ou retardada, faz-se necessário conhecimento de suas causas e da maneira de evitá-la, conhecer os fatores de risco para a hipertensão arterial primária como idade, história familiar, sobrepeso, obesidade, consumo excessivo de sal e de bebidas alcoólicas,

tabagismo, doenças como diabetes, hipercolesterolemia, o sedentarismo, estresse psicológico e baixo nível socioeconômico.

O enfermeiro ao realizar a consulta de enfermagem, deverá orientar e incentivar a população assistida na adoção de estilos de vida saudáveis como redução do peso corporal, exercício físico regular, redução do consumo de sal, controle das dislipidemias, do estresse, do consumo de bebidas alcoólicas e interrupção do tabagismo. Todo o esforço por parte do enfermeiro deverá ser direcionado para captar os hipertensos para participarem dos grupos educativos de forma ativa. A combinação da educação apropriada, comportamento e estratégias de comunicação tem apresentado melhora na adesão ⁶¹.

A detecção precoce dos níveis pressóricos elevados, são obtidos através da medida correta da pressão arterial. Para isso é necessário realizar o procedimento correto da medida da pressão arterial. Os aparelhos deverão estar calibrados, as condições da bolsa e extensões de borracha do manguito, pêra e válvula, também mantidos íntegros. No uso de aparelhos automáticos e semi-automáticos deverão estar de acordo com normas internacionais de validação dos aparelhos ^{38 62}.

O esclarecimento educacional é fundamental para a saúde dos pacientes hipertensos, esse esclarecimento deverá direcionar para a

necessidade do auto cuidado, no qual o enfermeiro deve atuar como elemento central diretivo do processo ²⁹.

Face a todos os aspectos destacados no presente estudo, ressalta-se a importância do trabalho multidisciplinar na atenção às pessoas hipertensas. Cada um dos membros da equipe de saúde com o seu papel específico, porém todos com um único objetivo que é a assistência integral à pessoa hipertensa, visando a ampla adesão ao tratamento e favorecimento no controle da doença.

6 CONCLUSÕES

Os resultados desse estudo, realizado em uma amostra da população usuária de Unidades Básicas de Saúde do distrito Saúde Escola do Butantã, com 440 hipertensos entrevistados mostraram em relação aos dados biossociais que 66,1 % pertenciam ao sexo feminino; com idade de 57 ± 12 anos; 51,7% de etnia branca; 56,8% casados; índice de massa corporal de $29,9 \pm 6,0$ kg/m²; pressão arterial sistólica 139 ± 23 mm Hg e pressão diastólica 89 ± 13 mm Hg; 52,1% com escolaridade de primeiro grau; 36,6% sem ocupação lucrativa e 31% aposentados; 22,1% trabalhador de mão de obra não especializada; 3,7% trabalhador de mão de obra especializado.

Quanto às características socioeconômicas, 43,6% com renda de um a três salários mínimos; em 55,9% o próprio paciente era responsável pela renda familiar; e 81,8% possuíam casa própria.

Quanto aos hábitos de vida, 67,9% nunca fumaram; 85,3% não referiram uso de bebidas alcoólicas; 93,9% nunca usaram drogas ilícitas e 37,3% praticavam exercícios físicos.

Quanto aos bens acumulados os hipertensos referiram possuir: 82,8% telefone; 52% pelo menos uma televisão a cores; 26,9% um automóvel; 18,2% aspirador de pó; 71,4% máquina de lavar roupa; 66,8% geladeira comum; 33% geladeira duplex e 9,81%, freezer.

Quanto ao conhecimento sobre a doença, 35% tinham mais de 10 anos de hipertensão; 47,7% descobriram que tinham a doença quando sentiram mal; 69,5% têm o hábito de medir a pressão arterial e 79,2% o fazem no posto de saúde.

Referente às crenças de saúde 58,4% dos hipertensos acreditavam que a pressão alta é para toda a vida como o diabetes; 74,9% disseram que o tratamento deverá durar a vida toda; 72,3% acreditavam que a pressão alta não tem cura; 68,1% não concordaram em não haver nada que eles poderiam fazer para evitar a pressão alta; 83,7% acreditavam que a pressão alta é hereditária; 78,8% não concordavam que pessoas jovens não têm pressão alta; 59,6% concordavam que pressão alta tinha sintomas; 88%, concordavam que pressão alta é quando for maior que 140/90 mm Hg.

Quanto à interrupção do tratamento, 34,8% já tinham interrompido, desses, 26,1% por não sentir necessidade de tratar; 18,9% por não sentirem nada e 16,3% por esquecimento.

Em relação a faltar às consultas, 28,2% já faltaram. Desses, 34,6% por esquecimento e 20,9% para não faltar ao trabalho entre outros.

Referente às atitudes frente ao tratamento, 92,1% levavam os remédios quando viajavam; 87,8% providenciavam os remédios antes de

acabarem; 68,2% tomam os remédios no mesmo horário; 66,7% tomam os remédios mesmo quando a pressão estava controlada e 44,5% sempre seguem as orientações sobre a dieta.

Na avaliação de bem estar geral, 52,6% situaram-se nos dois primeiros níveis de felicidade; 31,9% nos dois níveis intermediários e 15,5% nos três últimos níveis que correspondem à tristeza.

No tratamento medicamentoso, os medicamentos mais usados foram inibidor de Enzima Conversora de Angiotensina (49,7%), seguido dos diuréticos (36,6%), betabloqueadores (6,7%), inibidores adrenérgicos (4,1%) e bloqueadores dos canais de cálcio (2,9%).

De acordo com os objetivos propostos, verificou-se as conclusões enumeradas a seguir:

1. O índice de bens acumulados que foi usado para caracterizar o poder socioeconômico dos pacientes hipertensos não se associou estatisticamente de forma significativa com o controle da pressão arterial, interrupção do tratamento e falta às consultas.
2. Do total de hipertensos que interromperam o tratamento (34,8%) verificou-se que os que interromperam menos se associou de forma significativa ($p < 0,05$) com o fato de possuir mais televisão a cores

($p < 0,05$), portanto, o fato de possuir televisão a cores influenciou na interrupção ao tratamento da hipertensão.

3. Em relação a faltar às consultas médicas houve associação significativa ($p < 0,05$) com geladeira duplex, verificou-se que aqueles com maior posse desse eletrodoméstico faltavam menos às consultas.
4. Houve associação significativa entre os hipertensos de menor índice de bens acumulados, com a concordância em que “não há nada que ele podia fazer para evitar a pressão alta”, enquanto os que não concordaram apresentaram índices com valores significativamente mais elevados ($1,17 \pm 0,35$ vs $1,25 \pm 0,36$, $p < 0,05$).
5. O índice de bens acumulados em relação às atitudes dos hipertensos frente ao tratamento associou-se de forma significativa com os hipertensos que afirmaram nunca chegar atrasado à consulta médica em relação aos que sempre chegam atrasados ($1,20 \pm 0,3$ vs $1,31 \pm 0,32$, $p < 0,05$).
6. Na avaliação de como os pacientes “se sentiam em relação a sua vida como um todo”, a referência de tristeza se associou com índice de bens acumulados com valor significativamente mais baixo ($0,98 \pm 0,35$ vs $1,28 \pm 0,36$ e $1,25 \pm 0,32$, $p < 0,05$).

Portanto, a condição econômica dos hipertensos se associou com alguns aspectos que podem interferir na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, no controle dos níveis da pressão arterial.

7 REFERÊNCIAS

1 IV Diretrizes de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão, Soc Bras Hipertensão, Soc Bras Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2002.

2 The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. JAMA. 2003; 289(19):2560-2574.

3 World Health Organization WHO. The World Report 2002: Risks to Health 2002. Geneva: World Health Organization.

4 World Health Organization WHO International Society of Hypertension Statement on Management of Hypertension. World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. JAMA, 2003; 291:1983-1992.

5 Lotufo PA. Mortalidade precoce por doença do coração no Brasil. Comparação com outros países. Arq Bras Cardiol, 1998;70:321-325.

6 Dressler WWW, Santos JE. Social and Cultural dimensions of hypertension in Brazil: A review. Cad Saúde Pública, 2000; 16 (2):303-315.

7 Tedesco MA, Di Salvo G, Caputo S, Natale F, Ratti G, Iarrusi D *et al.* Education level and hypertension: how socio economic differences condition health care. J Human Hypertension, 2001; 5:727-731.

8 IBGE e Ministério da Saúde disponível no site: www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002analise/comentario.pdf. Acessado em 03/03/2005.

9 Pierin AMG O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento in Uma proposta para para o cuidar. São Paulo; Ed Manole 2004, p275-89.

10 Kyngäs HA, Hentinen M, Koivukangas P, Ohinmaa A. Young diabetics' compliance in the framework of the MIMIC model. Adv J Nurs, 1996; 24: 997-1005.

11 Nobre F, Pierin AM, Mion Jr D. Adesão ao tratamento - O grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos editorial, 2001.

12 Giorgi DMA. Estudo sobre algumas variáveis que influenciaram a aderência ao tratamento em hipertensão arterial. Tese da Faculdade de Medicina da USP, 1989; p. 71.

13 Pierin AMG, Mion jr D, Ignes E, Ballas D, Marcondes M. Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. J. Brás. Nefrol, 1995; 17(4):229-236.

14 Busnello RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB *et al.* Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. Arq Bras Cardiol, 2001;76(5):349-51.

15 Pierin AMG, Mion Jr D, Fukushima JT, Pinto AR, Kaminaga MM. O perfil de um grupo de pessoas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. Rev Esc Enf USP, 2001;35(1):11-18.

16 Lolio CA, Pereira JCR, Lotufo PA, Souza JMP. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. Saúde Pública, 1993; 27(5):357-62.

17 Bone LR. Community health survey in a urban African-American neighborhood: distribution and correlates of elevated blood pressure. Ethn Dis, 200;10(1):87-95.

18 Menendez VC, Montes MA, Gamarra MT, Nunez LC, Alonso FA, Bujan GS. Influence of social support on patients with essential hypertension. Aten Primaria, 2003; 31(8):506-513.

19 Gaudemaris R, Lang T, Hamici L, Dienne E, Chatellier G, *et al.* Social and professional factors, occupational environmental strain and cardiovascular diseases. *Ann Cardiol Angeiol*; 2002; 51 (6):367-372.

20 Colhoun HM, Hemingway H, Poulter NR. Socioeconomic status and blood pressure: na overview analysis. *Journal Human of Hypertension*, 1998;12(2):91-110.

21 Lessa I, Fonseca J. Raça, Aderência ao tratamento e/ou consultas e ao controle da pressão arterial. *Arq Bras Cardiol*, 1997; 68(6):443-49.

22 Mion Jr D, Pierin AMG, Bambirra AP, Assunção JH, Monteiro JM, *et al.* Hypertension in employees of a University General Hospital. *Rev Hospital das Clínicas*, 2004;59:329-336.

23 Lawson EJ, Rodgers-Rose LF, Rajaram S. *Health Care Woman Int*, 199;20(3):279-289.

24 Singh RB, Sharma JP, Rastogi V, Niaz MA, Singh NK. Prevalence and determinants of hypertension in the indian social class and heart survey. *Journal Human of Hypertension*, 1997; 11(1):51-56.

25 Kaplan MS, Nunea A. The psychosocial determinants of hypertension. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 2003;13(1):52-59.

26 Hill MN, Bone LR, Kim MT, Miller DJ, Dennison CR, Levine DM. Barriers to hypertension care and control in young urban black man. *American Journal of Hypertension*, 1999; 12(12):1268-9.

27 Cordeiro RF, Fischer FM, Filho ECL, Moreira DCF. Ocupação e hipertensão. *Rev Saúde Pública*, 1993; 27:380-7.

28 Trentini M, Tomasi N, Polak Y. Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas. *Cogitare Enferm*, 1996;2(1):19-24.

29 Pierin AMG, Car MR. Instrumento de consulta de Enfermagem a pessoa com Hipertensão Arterial em tratamento ambulatorial. *Rev Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 1992; 26(1):17-32.

30 Car MR, Pierin AMG, Aquino VLA. Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. *Rev Esc Enf USP*, 1991;25(3):259-269.

31 Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Jr D. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. *Arw Bras Cardiol*, 2003;81(4):349-354.

32 Pierin AMG. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório. *Rev Esc Enf USP*, 1989;23:35-48.

33 Kyngas HA, Lahdenpera TS. Levels of compliance shown by hypertensive patients and their attitude toward their illness. *Adv J Nurs*, 2001;34(2):189-195.

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

35 Sanchez CG, Peirin AMG, Mion Jr D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em pronto Socorro e em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enf USP*, 2004;38(1):90-98.

36 Castro VC, Car MR. Dificuldades e facilidades dos doentes no seguimento do tratamento da hipertensão arterial. *Rev Esc Enf USP*, 1999;33(3):294-304.

37 Sal A, Nemes AF, Eluf-Neto J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. *Ver Saúde Pública*, 1996;30(2):161-167.

38 Pierin AMG, Ferreira A, Laranjeira C, Taveira LF, Marroni SM, Abe K. Validação dos aparelhos automáticos e semi-automáticos de medida da pressão arterial: uma revisão sobre o assunto. *Rev Hipertensão*, 2004;7(2):65-70.

39 Ramos LR. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil:uma questão de saúde pública. *Gerontologia* 1993;1:3-8.

40 The Framingham Heart Study. Lancet 358: 1682- 1686, 2001

41 Cabral AH Caracterização dos hipertensos atendidos nas unidades básicas de saúde da cidade de Sorocaba. [Dissertação].São Paulo(SP); Escola de Enfermagem da USP; 2000

42 Cordeiro R, LimaEF, Almeida IM, Pressão arterial entre trabalhadores de curtime.Rev. Saúde Pública1998;(32);5:467-76.

43 MelhadoJC, Mas AAP, Dine JM. Avaliação de níveis da pressão arterial em operários da construção civil

44 Chor D, Hipertensão arterial de um banco estatal do Rio de Janeiro.Hábitos de vida e tratamento .Arq. Brás. Cardiol;1998 71(5):653-660.

45 Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, BredemeirM, CardosoSC. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre: estudo de base populacional. Arq.Bras Cardiol 1995; 63:473-9

46 Martins IS, Marucci MFN, Meléndez GV, Coelho LT, Cervato AM. Doenças cardiovasculares arterioescleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população da área metropolitana da região sudeste do Brasil. III- Hipertensão. Ver Saúde Publica, 1997; 31:75-84

47 Reyes FM, Morán MR Apoyo familiar em el apego al tratamiento de la hipertension arterial esencial. Salud pública de México2001 43 (4).

48 Vargas CM, Ingram DD, Gillum RF, Incidence of hypertension and educational attainment.Am J Epidemiol.2000; 152:272-278.

49 Bloch KV, Klein CH, Souza e Silva NA, Nogueira AR, Salis LHA. Aspectos socioeconômicos da concordância em casais de hipertensão arterial, obesidade e tabagismo em uma comunidade do Rio de Janeiro, Brasil. Arq. Brás. Cardiol;2003 80 (2):171-78.

50 Dalstra JA, Knust AE, BorrellC, Breeze E, Cambois E, Costa G, Geurts JJ, Lhelma E, Van Oven H, Rasmussen NK, Regidor E, Spadea T, Mackenbach JP.Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: na overview of eight European contries.Int J Epidemiol. 2005; 34 (2) : 316-26.

51 Nogueira RN, Alves PM, Miranda RF, BoechatNL. Colesterol e outros fatores de risco cardiovascular nos servidores da UFRJ. Prevalência e influência de variáveis sociais. Arq Brás Cardiol, 1990, 55(4): 227-32.

52 Carvalho JJM, Silva NAS, Oliveira JM, Arguelles E, Silva JAF. Pressão arterial e grupos sociais. Estudo epidemiológico.1983Arq. Brás. Cardiol. 40 (2) 115-20

53 Martinez, JAB. Tabagismo In: Mion Jr D, Nobre F. Risco cardiovascular global. 2º ed. São Paulo, Lemos Editorial. 2000

54 Lima CT, Carvalho FM, Quadros C A, Gonçalves HR, Silva Junior JÁ, Peres MF, Bonfim MS, Arterial hypertension and alcoholism among workers in oil refinery. Rev Panam Salud Publ 1999; 6:185-191.

55 Myers DG, Diener E. Probing for happiness. The pursuit of happiness. Scientific american, 1996; 55-6

56 Andrews FM, Withey SB. Developing measures of perceived life quality: results from several national surveys. 1974. Social Indicators Research 1: 1-26

57 Pierin AMG O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento in Uma proposta para o cuidar. São Paulo; Ed Manole 2004, 119-38.

58 Battersby C, Hartley K, Fletcher AE *et al.* Quality of life in treated hypertension: a case control community based study. J Hum Hypertens 1995; 9 981-986.

59 Wolf- Maier K, Cooper RS, Banegas JR, Giampaoli S, Hense HW, Joffres M, *et al* Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 european countries, Canada and United States. JAMA ,2003; 289 (18): 2363-69.

60 Daly J, Sindone AP, Thompson DR, *et al.* Barriers to participation in and adherence to cardiac rehabilitation programs: a critical literature review. *Prog Cardiovasc Nurs* 2002; 17:8-17.

61 Miller NH. Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. *Am J Med.* 1997; 102(2A): 43-49.

62 Mion D J, Pierin AMG, Alavarce DC, VasconcellosJHC.Resultado da campanha de avaliação da calibração e condição de esfigmomanômetros. *Arq Brás Cardiol*,2000 74 (1), 31-4.

ANEXO 02

Expressão de bem estar geral

Referência David G. Myers and Ed Diener - The pursuit of happiness Scientific American may 1996.

ANEXO 03

Termo de consentimento livre e esclarecido

Coordenadoria de Saúde Butantã

Eu, _____.

documento de identidade Nº : _____, estou sendo convidado (a) pela pesquisadora _____, enfermeira, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para participar do estudo **“Política de atenção ao adulto: prevenção, identificação e controle da hipertensão arterial Distrito Saúde Escola do Butantã”**. Este é um estudo que tem como objetivos: verificar o número de pessoas adultas atendidas nesta unidade da Saúde que tem pressão alta; avaliar a quantidade de gordura e açúcar no sangue por meio de dados registrados no prontuário; avaliar a adesão ao tratamento, ou seja como os pacientes seguem o tratamento proposto e abandono ao tratamento. Também será avaliada a relação desses dados com a idade, sexo, raça, índice de massa corpórea (relação entre o peso e a altura), ocupação, escolaridade, região de acompanhamento, região de origem, além dos hábitos de fumar, ingerir bebidas alcoólicas, exercícios físicos, religião e como você adquire o(s) medicamento(s).

Para tanto, responderei perguntas sobre: idade, escolaridade, ocupação, profissão, naturalidade, residência atual, religião, hábitos de fumar, beber, realizar exercícios físicos, há quanto tempo que tenho pressão alta e outras doenças, medicamentos que tomo para pressão alta e outras doenças, como a medicação é adquirida, interrupção do tratamento, conhecimento sobre a doença e tratamento da pressão alta. Após estas perguntas, serão medidos peso, altura, circunferência da cintura, quadril e do membro superior esquerdo. Ficarei sentado por 5 minutos para medidas da pressão arterial e a frequência cardíaca por 3 vezes. Também, poderei ser convidado para realizar medida da pressão arterial em casa durante uma semana com aparelho automático emprestado pela pesquisadora.

Não são esperados riscos. Somente as medidas de pressão podem ocasionar leve desconforto no braço. A entrevista e realização das medidas devem durar cerca de 30 minutos.

Os benefícios do estudo incluem o possível avanço do conhecimento sobre o controle da pressão arterial e qual a melhor forma de ajudar as pessoas no controle correto da doença pressão alta.

A minha decisão de participar ou não do estudo é inteiramente voluntária e estou esclarecido também, que a decisão não afetará o tratamento ou terá influência direta sobre mim, pois não haverá penalidades ou perda de benefícios se decidir não participar ou se retirar do estudo a qualquer momento.

Foram esclarecidos ainda, os seguintes aspectos:

- acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.
- liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.

- salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

- disponibilidade de assistência na Unidade Básica de Saúde, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.

Estou ciente também, que os dados serão usados exclusivamente para o estudo, com posterior publicação dos resultados obtidos (Conforme resolução 196 de 10/10/1996). Portanto, concordo em participar do estudo.

São Paulo, de de 2004.

Assinatura do (a) paciente _____

RG: _____

Assinatura da pesquisadora _____

RG: _____