UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANA CAROLINA NASCIMENTO RAYMUNDO

**O MONITORAMENTO DE ENFERMAGEM EM UM
PROGRAMA DE GESTÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS:
SEGUIMENTO DE UM GRUPO DE HIPERTENSOS**

SÃO PAULO
2014

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ANA CAROLINA NASCIMENTO RAYMUNDO

**O MONITORAMENTO DE ENFERMAGEM EM UM
PROGRAMA DE GESTÃO DE DOENÇAS
CRÔNICAS: SEGUIMENTO DE UM GRUPO DE
HIPERTENSOS**

Versão corrigida da Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem Da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências. O Original se encontra na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Programa Enfermagem na Saúde do Adulto

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

**SÃO PAULO
2014**

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

Assinatura: _____

Data: __/__/__

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Raymundo, Ana Carolina Nascimento

O monitoramento de enfermagem em um programa de gestão de doenças crônicas: seguimento de um grupo de hipertensos / Ana Carolina Nascimento Raymundo. São Paulo, 2014.132 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

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

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Enfermagem. 2. Doença crônica. 3. Hipertensão.
I. Título.

Nome: Ana Carolina Nascimento Raymundo

Título: O Monitoramento de Enfermagem em um Programa de gestão de doenças crônicas: seguimento de um grupo de hipertensos

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

Aprovado em: __/__/__

Banca Examinadora

Prof. Dr.
Instituição:
Julgamento:
Assinatura:.....

Prof. Dr.
Instituição:
Julgamento:
Assinatura:.....

Prof. Dr.
Instituição:
Julgamento:
Assinatura:.....

Prof. Dr.
Instituição:
Julgamento:
Assinatura:.....

Prof. Dr.
Instituição:
Julgamento:
Assinatura:.....

DEDICATÓRIA

*À minha amada família, pelo amor incondicional e pelo
apoio em todas as minhas escolhas.*

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, nosso pai, que me permitiu trilhar este caminho de conhecimento;

A minha orientadora **Profª Drª Angela Maria Geraldo Pierin**, pelo aprendizado, paciência e preciosa orientação;

À enfermeira **Giovana de Almeida Silva** pelo apoio no início deste trabalho;

À estatística **Júlia Fukushima** pela assessoria estatística;

À **equipe** do departamento de Gestão de Doenças Crônicas do Grupo Fleury;

Aos **amigos** pelo incentivo e compreensão pela ausência;

Aos amigos do **Grupo de Hipertensão** pelo incentivo, sugestões e auxílio.

“O melhor modo de encontrar a si próprio é perder-se à serviço de outros.”

Mahatma Gandhi

Ana Carolina Nascimento Raymundo. O Monitoramento de Enfermagem em um programa de gestão de doenças crônicas: seguimento de um grupo de hipertensos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

Introdução: A hipertensão arterial tem alta prevalência, porém o controle dos níveis pressóricos é pouco satisfatório, provavelmente devido a baixa adesão ao tratamento. Assim, faz-se necessário buscar estratégias para aumentar o controle e adesão ao tratamento e modificar o estilo de vida. O Objetivo principal desse estudo foi caracterizar um grupo de hipertensos monitorados por enfermeiros dentro de um programa de gestão de doenças crônicas.

Casuística e Métodos: O estudo foi realizado com 283 hipertensos em uma instituição particular na cidade de São Paulo, que praticava a gestão de doenças crônicas. Os hipertensos foram orientados por um período de 17 meses, com contatos telefônicos mensalmente e duas visitas domiciliares nos meses 9 e 17. A pressão arterial, peso e altura foram referidos nos contatos telefônicos e aferidos nas visitas domiciliares. Foram avaliados também ingestão de bebida alcoólica, tabagismo e sedentarismo. A adesão ao tratamento medicamentoso foi avaliada pelo teste de Morisky Green. A avaliação foi realizada em cinco momentos (a cada três meses) e nas duas visitas domiciliares. Valores de $p < 0,05$ foram considerado significantes.

Resultados: A maioria do sexo feminino (62,5%), idade 73,4 (10,9) anos. Houve mudança significativa no comportamento das seguintes variáveis ($p < 0,05$): Etilismo (10,2% vs 3,2%); Sedentarismo (96,8% vs 71,7%); Adesão avaliada por Morisky Green (25,1% vs 85,5%); Pressão Arterial Sistólica (128,8 (11,4) vs 125,1 (11,6) mmHg); Pressão Arterial Sistólica (78,9 (7,8) vs 77,2 (8,0) mmHg). O Controle da pressão arterial se associou ao tabagismo no momento 5 do acompanhamento ($p = 0,02$), verificou-se menor controle entre os tabagistas (3,7% vs 11,9%). A adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky Green se associou ($p < 0,05$) a presença de insuficiência renal crônica, houve maior adesão na presença dessa comorbidade (20,6% vs 3,3%), ao uso de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (18,6% vs 3,3%) e uso de Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (53,0% vs 73,3%). A segunda pergunta do teste de Morisky Green "Você é desatento, de vez em quando sobre tomar o seu remédio" se associou ($p < 0,05$) ao uso de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (21,3% vs 12,0%). A terceira pergunta do instrumento "Deixa de tomar a medicação caso sinta-se melhor?" se associou ao histórico de infarto do miocárdio (8,2% vs 2,0%), uso de Bloqueadores do Receptor de Angiotensina (62,6% vs 51,1%), uso de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (21,7% vs 8,1%) e com os tabagistas no primeiro e no terceiro momento de participação no programa respectivamente (7,1% vs 1,6%) e (10,1 vs 3,3%). A quarta pergunta do teste de Morisky Green "Deixa de tomar a medicação caso sinta-se pior?" se associou com portadores de Insuficiência Renal Crônica (22,5 % vs 8,1%), o uso de Diuréticos (93,2% vs 6,8%), uso de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (20,6% vs 6,8%) e etilistas no segundo, terceiro e quarto momentos de participação no programa respectivamente (8,1 vs 1,9%), (8,1% vs 1,9%) e (8,1% vs 1,9%). Houve associação estatisticamente significativa entre o uso de Bloqueadores do Receptor de Angiotensina e a ocorrência de internação hospitalar, houve maior número de internações entre aqueles em uso desta classe farmacológica (63,0% vs 48,7%).

Conclusão: Os hipertensos monitorados pela enfermagem dentro do programa de doenças crônicas apresentaram ao longo do seguimento mudanças significativas na pressão arterial, nos hábitos de vida e aumento da adesão ao tratamento medicamentoso.

Palavras-Chave: Hipertensão/Enfermagem/Doenças Crônicas

Ana Carolina Nascimento Raymundo. The Monitoring Nursing program management of chronic disease: follow-up of a group of hypertensive patients [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2014..

ABSTRACT

Introduction : Hypertension has a high prevalence , but the control of the hypertension is unsatisfactory , probably due to poor adherence to treatment . Thus , it is necessary to develop strategies to increase the control and treatment adherence and modify lifestyle . The main objective of this study was to characterize a group of hypertensive patients monitored by nurses within a program of chronic disease management .

Methods: The study was conducted with 283 hypertensive patients in a private institution in the city of São Paulo , who practiced the management of chronic diseases . Hypertensive patients were instructed for a period of 17 months, with monthly telephone contacts and home visits in the months 9:17 . Blood pressure , height and weight were said to phone contacts and home visits measured . Alcohol consumption , smoking and physical inactivity were also evaluated . The adherence to therapy was assessed by the Morisky Green test . The evaluation was performed in five times (every three months) and in home visits . P values < 0.05 were considered significant.

Results: Most women (62.5 %) , age 73.4 (10.9) years. Was no significant change in the behavior of these variables ($p < 0.05$) : Alcohol consumption (10.2 % vs 3.2%) ; Sedentary lifestyle (96.8 % vs 71.7 %) ; Adhesion evaluated by Morisky Green (25.1% vs. 85.5%) ; Systolic blood pressure (128.8 (11.4) vs 125.1 (11.6) mmHg) ; Systolic blood pressure (78.9 (7.8) vs 77.2 (8.0) mmHg) . Control of blood pressure was associated with smoking at the time of the 5 follow-up ($p = 0.02$) , there was less control among smokers (3.7% vs. 11.9 %) . Adherence to drug treatment assessed by the Morisky Green test was associated ($p < 0.05$) the presence of chronic renal failure , there was greater adherence in the presence of this comorbidity (20.6 % vs 3.3%) , the use of inhibitors Angiotensin Converting Enzyme (18.6% vs 3.3%) and use of Angiotensin Receptor blockers (53.0 % vs 73.3 %) . The second question Morisky Green test "You're inattentive, from time to time about taking your medicine" was associated ($p < 0.05$) at the use of inhibitors of Angiotensin Converting Enzyme (21.3 % vs 12.0 %). The third question of the instrument " Stop taking the medication if you feel better? " was associated with a history of myocardial infarction (8.2% vs 2.0%) , use of Angiotensin Receptor Blockers (62.6 % vs 51.1 %) , use of inhibitors of Angiotensin Converting Enzyme (21 , 7 % vs 8.1%) and smokers in the first and third moment of participation in the program respectively (7.1% vs 1.6%) and (10.1 vs. 3.3%) . The fourth question of the Morisky Green " Stop taking the medication if feel worse? " Test was associated with patients with chronic renal failure (22.5 % vs 8.1%) , use of diuretics (93.2 % vs 6.8%) , use of inhibitors of Angiotensin Converting Enzyme (20.6 % vs 6.8%) and alcoholics in the second , third and fourth moments of participation in the program respectively (8.1 vs. 1.9 %) (8.1% vs 1.9%) and (8.1% vs 1.9 %) . a statistically significant association between the use of Angiotensin Receptor Blockers and the occurrence of hospitalization , a greater number of hospitalizations among those using this drug class (63.0 % vs 48.7 %) .

Conclusion : Hypertensive monitored by nursing within the chronic disease program presented along the following significant changes in blood pressure , in lifestyle and increased adherence to medication .

Keywords: Hypertension/Nursing/ Chronic Diseases

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas (Classe IIa, Nível C) 19
Figura 2 -	Fluxograma de Inclusão 32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Parâmetros biométricos e hábitos de vida dos hipertensos no ingresso ao programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.	46
Tabela 2 –	Exames laboratoriais dos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.....	48
Tabela 3 -	Comorbidades, drogas anti-hipertensivas, internação, adesão e controle ao tratamento dos participantes do programa de gestão de doenças crônicas São Paulo, 2013.....	50
Tabela 4 -	Evolução dos parâmetros biométricos e hábitos de vida dos hipertensos durante os cinco momentos do programa.....	52
Tabela 5 -	Evolução dos parâmetros biométricos e hábitos de vida dos hipertensos durante as duas visitas domiciliares. São Paulo, 2013.....	53
Tabela 6 -	Controle da pressão arterial dos hipertensos no ingresso ao programa de gestão de doenças crônicas (Inicial) e no final do seguimento. São Paulo, 2013.....	54
Tabela 7 -	Controle da pressão arterial em relação ao sexo e idade dos hipertensos acompanhados no programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.	55
Tabela 8-	Controle da pressão arterial em relação aos hábitos de vida e índice de massa corporal dos hipertensos durante os programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.....	56
Tabela 9 -	Controle da pressão arterial durante as visitas domiciliares, em relação a hábitos de vida e adesão medicamentosa avaliada pelo teste de Morisky Green. São Paulo, 2013.....	57
Tabela 10 -	Controle da Pressão Arterial em relação às comorbidades dos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.	58
Tabela 11 -	Controle da pressão arterial em relação ao tratamento farmacológico dos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.	59

Tabela 12 –	Controle da Pressão Arterial em relação a auto percepção de saúde dos hipertensos durante o acompanhamento do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.....	60
Tabela 13 –	Controle da Pressão Arterial em relação a auto percepção de saúde dos hipertensos durante as visitas domiciliares. São Paulo, 2013.	60
Tabela 14 -	Adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky Green em relação ao sexo e idade dos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.....	61
Tabela 15 -	Adesão ao tratamento medicamentoso (teste de Morisky Green) em relação aos parâmetros biométricos e hábitos de vida dos hipertensos durante os momentos de avaliação no programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.....	62
Tabela 16 -	Adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky Green em relação aos hábitos de vida dos pacientes hipertensos durante as visitas domiciliares. São Paulo, 2013.	63
Tabela 17-	Adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky Green em relação às comorbidades dos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.....	64
Tabela 18 -	Adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky Green em relação à classe farmacológica e a quantidade de medicamentos utilizados pelos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.	65
Tabela 19 –	Adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky Green em relação a auto percepção de saúde dos hipertensos durante o acompanhamento. São Paulo, 2013.....	66
Tabela 20 –	Adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky Green em relação a auto percepção de saúde dos hipertensos durante as visitas domiciliares. São Paulo, 2013.....	67
Tabela 21 -	Respostas ao Teste de Morisky Green no primeiro momento em relação ao sexo dos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.....	67

Tabela 22 -	Respostas ao Teste de Morisky Green no primeiro momento em relação às comorbidades relatadas pelos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.....	69
Tabela 23 –	Respostas ao Teste de Morisky Green no primeiro momento em relação às classes farmacológicas utilizadas pelos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.	72
Tabela 24 –	Respostas ao Teste de Morisky Green nos cinco momentos em relação ao tabagismo durante o programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.....	75
Tabela 25 –	Respostas ao Teste de Morisky Green nos cinco momentos em relação ao etilismo durante o programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.....	77
Tabela 26 –	Respostas ao Teste de Morisky Green nos cinco momentos em relação ao sedentarismo durante o programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.....	79
Tabela 27 –	Internação Hospitalar em relação ao sexo e idade dos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo. 2013.....	80
Tabela 28 -	Internação hospitalar em relação às comorbidades dos pacientes hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.	81
Tabela 29 -	Internação hospitalar em relação as classe farmacológica e a quantidade de medicamentos utilizados pelos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.....	82

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	EPIDEMIOLOGIA	15
1.2	FATORES RELACIONADOS À GÊNESE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	16
1.3	TRATAMENTO.....	18
1.4	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO HIPERTENSO	20
1.5	CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL	22
1.6	ADESÃO AO TRATAMENTO.....	23
1.7	ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR O CONTROLE E A ADESÃO	24
1.8	GESTÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS	25
2	OBJETIVOS	30
2.1	OBJETIVO GERAL.....	30
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
3	CASUÍSTICA E MÉTODOS	31
3.1	POPULAÇÃO.....	31
3.2	AMOSTRA	31
3.3	LOCAL DO ESTUDO	32
3.3.1	Descrição do Serviço	33
3.4	DESENHO DO ESTUDO.....	35
3.4.1	Critérios de Inclusão.....	35
3.4.2	Critérios de Exclusão	35
3.4.4	Contatos Telefônicos.....	36
3.4.5	Visitas Domiciliares	39
3.5	COLETA DE DADOS	39
3.5.1	Pressão Arterial	39
3.5.2	Índice de Massa Corporal.....	40
3.5.3	Atividade Física.....	40
3.5.4	Tabagismo	40
3.5.5	Etilismo.....	40
3.5.6	Internação hospitalar	41
3.5.7	Adesão Farmacológica	41
3.5.8	Auto Percepção de saúde	41
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	42
4	ANÁLISE DOS DADOS.....	43
4.1	ANÁLISE ESTATÍSTICA	43
4.2	ACOMPANHAMENTO TELEFÔNICO	43
4.3	VISITAS DOMICILIARES	44
5	RESULTADOS	45
5.1	CARACTERIZAÇÃO: VARIÁVEIS BIOMÉTRICAS, ESTILOS DE VIDA, COMORBIDADES, AUTO PERCEPÇÃO SAÚDE, PERFIL LIPIDICO, MEDICAMENTOS, DOS HIPERTENSOS NO INGRESSO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS.....	45
5.2	EVOLUÇÃO DOS PARAMÊROS BIOMÉTRICOS E DE HÁBITOS DE VIDA	52
5.3	CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL	54
5.4	ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	61

5.5	INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	80
6	DISCUSSÃO	84
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS HIPERTENSOS	84
6.2	PARÂMETROS BIOMÉTRICOS E DE ESTILO DE VIDA	87
6.2.1	Índice de Massa Corporal.....	87
6.2	TABAGISMO.....	89
6.2.3	Etilismo.....	90
6.2.4	Sedentarismo	91
6.2.4	Pressão Arterial	94
6.3	CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL E ADESÃO AO TRATAMENTO	96
6.5	AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE.....	105
6.5	PROGRAMAS DE GESTÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS	106
6.6	LIMITAÇÕES.....	108
7	CONCLUSÕES.....	111
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	117

1 INTRODUÇÃO

1.1 EPIDEMIOLOGIA

Ao longo da última década, as doenças cardiovasculares, principalmente a doença coronariana isquêmica (infarto do miocárdio), o acidente vascular cerebral, a doença hipertensiva e a insuficiência cardíaca congestiva; tornaram-se as principais causas de mortalidade em todo o mundo, representando cerca de 30% de todas as mortes e até 50% da mortalidade pelo conjunto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que causam por si só 17 milhões de mortes no mundo¹.

A hipertensão arterial é reconhecida como um dos maiores problemas de saúde pública atual. No período de 2003 a 2008, uma revisão sistemática quantitativa de 44 estudos em 35 países revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres². Nos países europeus, as taxas variam de 30% a 45%³ e nos Estados Unidos a prevalência estimada foi de 29%⁴, porém foi apontado índice bem menor no Canadá, que em um recente estudo de abrangência nacional apresentou prevalência de 19,7%⁵.

No Brasil, não existe estudo de magnitude nacional que caracterize a sua prevalência. Estudos de base populacional, realizados na última década em cidades brasileiras, apontam prevalências variadas como a da cidade de Luzerna (SC)⁶ com 14,7%, em Sinop (MT)⁷ com 23,2%, Pelotas (RS) com 23,6%⁸, Salvador (BA)⁹ com 29,9%, São Paulo (SP)¹⁰ a prevalência foi referida em 32%, Goiânia (GO)¹¹ com 36,4% e Campo Grande (MS)¹² com 41,4%.

A Hipertensão arterial está relacionada à progressão da aterosclerose em diversos sistemas orgânicos. No sistema

cardiovascular, particularmente no coração, ela é responsável pela hipertrofia ventricular, doença arterial coronariana e insuficiência cardíaca congestiva, no sistema nervoso central está intimamente ligada ao acidente vascular encefálico e, nos rins, provoca nefroesclerose e insuficiência renal crônica¹³. Já está bem estabelecida, por estudos de caso controle como o INTERSTROKE¹⁴ e o INTERHEART¹⁵, a relação entre pressão arterial e vasculopatia. Esses estudos trazem, mediante o rastreamento das diversas etnias, o caráter universal e cumulativo dos clássicos fatores de risco para doença aterosclerótica. Segundo esses estudos, o risco atribuível da hipertensão arterial para infarto do miocárdio seria de 17,9% e para acidente vascular encefálico de 34,6%, significando que o controle da pressão arterial na população resultaria em aproximadamente 18% menos infartos e 35% menos acidentes vasculares encefálicos¹⁶.

Há ainda o custo elevado da hipertensão: estima-se que o custo anual direto do tratamento de hipertensão, em 2005, foi de aproximadamente US\$ 398,9 milhões para o sistema público de saúde e US\$ 272,7 milhões para o sistema privado. O montante das despesas em saúde compreende cerca de 7,6% do PIB brasileiro, representando 1,11% dos custos totais em saúde – 1,43% das despesas totais para o sistema único de saúde e 0,83% das despesas para o sistema privado de saúde¹⁷.

1.2 FATORES RELACIONADOS À GÊNESE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial é uma condição clínica, caracterizada por níveis de pressão arterial elevados e sustentados. O limite escolhido clinicamente para definir a presença de hipertensão arterial em

indivíduos acima de 18 anos refere-se a níveis tensionais iguais ou maiores que 140 mmHg e/ou 90 mmHg¹⁸.

De acordo com o National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI), os fatores de risco para hipertensão arterial são: idade avançada, raça/etnia, gênero, sobrepeso ou obesidade e hábitos de estilo de vida não saudáveis, sedentarismo, tabagismo e ingestão excessiva de sal. O NHLBI considera também que outros fatores de risco estão associados à pressão arterial elevada, tais como a predisposição genética e o nível de estresse ¹⁹ A idade está diretamente relacionada ao aumento da pressão arterial, sendo a prevalência superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos¹⁸.

A prevalência global de hipertensão arterial entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos. Em relação à cor, a hipertensão é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram maior predomínio de hipertensão em mulheres negras em relação às brancas²⁰.

O excesso de peso associa-se a uma maior prevalência de hipertensão, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, assim, o incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal acarreta maior risco de desenvolvimento de hipertensão ²¹.

A Ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada à elevação da pressão arterial. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras ²².

O consumo de álcool, por períodos prolongados de tempo, pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular em geral. A atividade física reduz a incidência de hipertensão²³.

A contribuição de fatores genéticos para a gênese da hipertensão está bem estabelecida na população, porém não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para predizer o risco individual de desenvolvê-la.²⁴

1.3 TRATAMENTO

De acordo com o *Eighth Joint National Committee*²⁵, o objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é atingir e manter a meta terapêutica. O tratamento também deve oferecer redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Os medicamentos anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais e, se possível, a taxa de mortalidade. Aspectos importantes devem ser considerados na escolha do anti-hipertensivo: é imprescindível que a medicação seja eficaz por via oral e permita um menor número possível de tomadas, com preferência para dose única diária¹⁸.

A decisão terapêutica deve basear-se não apenas no nível da pressão arterial, mas também no risco cardiovascular e considerar a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida.²⁶

Figura 1 - Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas (Classe IIa, Nível C)

Outros fatores de risco ou doenças	Normotensão			Hipertensão		
	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120–129 ou PAD 80–84	Limitrofe PAS 130–139 ou PAD 85–89	Estágio 1 PAS 140–159 PAD 90–99	Estágio 2 PAS 160–179 PAD 100–109	Estágio 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1–2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ 3 fatores de risco, LOA ou SM – DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

LOA - lesão de órgãos-alvos; SM - síndrome metabólica; DM - diabetes melito.

Fonte VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão

A monoterapia é a estratégia anti-hipertensiva inicial mais utilizada para pacientes com hipertensão arterial estágio 1 e com risco cardiovascular baixo ou moderado¹⁸. Para a população não negra em geral, incluindo aqueles com diabetes, o tratamento anti-hipertensivo inicial deve conter diurético do tipo tiazídico, bloqueador de canal de cálcio, inibidor da enzima conversora ou bloqueador do receptor da angiotensina²⁵. O tratamento deve ser individualizado e a escolha inicial do medicamento como monoterapia deve basear-se nos seguintes aspectos:¹⁸:

- capacidade de o agente escolhido reduzir morbidade e mortalidade cardiovasculares;
- perfil de segurança do medicamento;
- mecanismo fisiopatológico predominante no paciente a ser tratado;
- características individuais;
- doenças associadas e
- condições socioeconômicas.

Embora o tratamento medicamentoso seja de extrema importância para o alcance das metas terapêuticas, o tratamento não-medicamentoso é essencial para a sua manutenção. O tratamento não-medicamentoso pode controlar a hipertensão leve e,

quando associado com o tratamento farmacológico, pode melhorar o controle do paciente com hipertensão moderada/grave.

Existem várias medidas não-farmacológicas que, quando praticadas, resultam em grande benefício em relação ao controle da pressão arterial e comorbidades comumente encontradas no paciente hipertenso.

Entre as medidas com eficácia comprovada e de melhor impacto na pressão arterial, merecem destaque a redução do peso, a redução do sódio da dieta e a prática regular de atividade física.

Em relação à perda de peso, já foi demonstrado que pequena redução (5% por cento do peso total) resulta em melhor controle da pressão arterial e das alterações metabólicas associadas e regressão da hipertrofia cardíaca. A redução moderada do sal da dieta (6 g/dia) resulta em queda significativa da pressão arterial do paciente hipertenso. O benefício da atividade física no tratamento da hipertensão arterial ainda não estava bem estabelecido até recentemente; porém novos estudos têm demonstrado que a prática de exercícios do tipo isotônico de carga moderada resulta na redução sustentada da pressão arterial. Outras medidas, tais como suplementação de potássio e aumento do consumo do ácido graxo ômega 3, também resultam em queda da pressão arterial²⁷.

1.4 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO HIPERTENSO

A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas,

psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. Como a hipertensão é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é conduta desejável, sempre que possível¹⁸.

Como a hipertensão arterial envolve orientações voltadas para vários objetivos, seu tratamento poderá requerer o apoio de outros profissionais de saúde, além do médico. O objetivo são as diferentes abordagens, e a formação da equipe multiprofissional. O estudo de Saounatsou et al²⁸ com o bjetivo de examinar a relação entre a educação de pacientes por meio da intervenção que consistia em um programa estruturado centrado nas necessidades do paciente portador de hipertensão arterial. O programa aplicado por enfermeiros trouxe significativa melhora na adesão dos pacientes em relação ao regime medicamentosos.

A orientação de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, cabe em grande parte ao enfermeiro, uma vez que a função educativa faz parte de suas atribuições, a qual é redimensionada pelo contato constante junto ao paciente. Dessa forma o desenvolvimento da relação entre o profissional de saúde e o paciente é estimulado criando desse modo o vínculo pessoal com o intuito de incentivar mudanças radicais e profundas nos hábitos de vida desse pacientes ²⁹.

O enfermeiro deve atuar diretamente na promoção da saúde, contribuindo com o diagnóstico precoce da doença, por meio da medida rotineira da pressão arterial e orientação da equipe sob sua responsabilidade. Uma vez instalada a doença, a atuação recai em orientar sobre os benefícios do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, manejo da doença e suas complicações quando não controlada, bem como adesão a estilos de vida saudáveis.

O papel do enfermeiro nesta equipe multiprofissional é, consulta de enfermagem, medida da pressão arterial, investigação sobre fatores de risco e hábitos de vida, estratificação do risco individual, orientação sobre a doença, o uso de medicamentos e seus efeitos adversos, avaliação de sintomas e orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares, acompanhamento do tratamento dos pacientes com pressão arterial sob controle, encaminhamento ao médico pelo menos anualmente, e com maior frequência nos casos em que a pressão não estiver devidamente controlada ou na presença de outras intercorrências, administração dos serviços (controle de retornos, busca de faltosos e controle de consultas agendadas) e delegação das atividades do técnico/auxiliar de enfermagem³⁰.

1.5 CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Além de sua alta prevalência, acrescenta-se a esse cenário o controle pouco satisfatório da hipertensão arterial. Estudos de base populacional apresentam dados variados como o realizado em microrregiões do Rio Grande do Sul: em 2004³¹, apenas 10,4% dos hipertensos estavam controlados; em Tubarão (SC)³², 2007, 21,6%; em Canaã (PE)³³, 2012, 31,3% e estudo em 100 municípios encontrou taxa de controle de 57,6%³⁴.

É possível perceber a diferença entre os índices de controle apresentados entre as diferentes regiões analisadas, o estudo realizado em microregiões do Rio Grande do Sul mostrou um índice de quase 40% menor do que o estudo realizado entre 100 municípios brasileiros.

O impacto da hipertensão arterial não controlada pode ser medido pelos custos das complicações, usando metodologias complexas, combinadas e múltiplas fontes de informação. A primeira

forma está relacionada às prevalências da hipertensão arterial, abrangendo as formas desconhecida, conhecida não tratada, subtratada (não controlada), controlada e a não adesão ao tratamento. Outras formas estão ligadas a: incidência dos eventos agudos das complicações, registro dos custos hospitalares dos eventos pela hipertensão arterial não controlada, registro dos custos para o tratamento dos casos graves após a alta hospitalar e resultados dos desfechos dos grandes ensaios clínicos, obtidos para hipertensos aderentes e não aderentes aos tratamentos e para controlados e não controlados ^{35 36 37}. O efeito do controle da hipertensão arterial para a sociedade depende obrigatoriamente da adesão ao tratamento.

1.6 ADESÃO AO TRATAMENTO

Além de sua alta prevalência, acrescenta-se a esse cenário o controle pouco satisfatório da hipertensão arterial. Estudos de base populacional apresentam dados variados como o realizado em microrregiões do Rio Grande do Sul: em 2004³⁸, apenas 10,4% dos hipertensos estavam controlados; em Tubarão (SC)³⁹, 2007, 21,6%; em Canaã (PE)⁴⁰, 2012, 31,3% e estudo em 100 municípios encontrou taxa de controle de 57,6%⁴¹.

É possível perceber a diferença entre os índices de controle apresentados entre as diferentes regiões analisadas, o estudo realizado em microrregiões do Rio Grande do Sul mostrou um índice de quase 40% menor do que o estudo realizado entre 100 municípios brasileiros.

O impacto da hipertensão arterial não controlada pode ser medido pelos custos das complicações, usando metodologias complexas, combinadas e múltiplas fontes de informação. A primeira forma está relacionada às prevalências da hipertensão arterial, abrangendo as formas desconhecida, conhecida não tratada, subtratada (não controlada), controlada e a não adesão ao tratamento. Outras formas estão ligadas a: incidência dos eventos agudos das complicações, registro dos custos hospitalares dos eventos pela hipertensão arterial não controlada, registro dos custos para o tratamento dos casos graves após a alta hospitalar e resultados dos desfechos dos grandes ensaios clínicos, obtidos para hipertensos aderentes e não aderentes aos tratamentos e para controlados e não controlados ^{42 43 44}. O efeito do controle da hipertensão arterial para a sociedade depende obrigatoriamente da adesão ao tratamento.

1.7 ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR O CONTROLE E A ADESÃO

Promover a adesão ao tratamento da doença, por meio de estratégias que elevem o controle da hipertensão arterial, traz benefícios não só para as instituições de saúde, bem como melhoram o tratamento nesse nível de intervenção.

A simplificação do tratamento anti-hipertensivo é uma das intervenções capazes de ajudar no controle da pressão arterial em pacientes ambulatoriais⁴⁵.

Em uma metanálise, identificou-se que a utilização de um sistema organizado de revisão regular dos serviços prestados, associado a uma rigorosa farmacoterapia anti-hipertensiva, foi uma

estratégia eficaz para aumentar o controle dos pacientes hipertensos. Neste mesmo estudo, revelou-se promissor para o controle da hipertensão a participação de farmacêuticos e enfermeiros nos cuidados do paciente⁴⁶.

No Brasil, o Programa Saúde da Família é uma estratégia que representa um dos principais eixos de ação do ministério da Saúde para mudar o modelo de assistência à saúde no país. A estratégia prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, integral e/ou contínua. Com base em manuais editados pelo Ministério da Saúde, o programa oferece grande ajuda na detecção precoce da hipertensão arterial realizando medidas regulares da pressão arterial, assim como, prevenindo e controlando outras doenças crônicas, com o acesso dos profissionais de Saúde da Família para os hipertensos há o favorecimento nos esforços de prevenção, incentivando tanto portadores da doença como seus familiares a adotarem hábitos de vida mais saudáveis, controlando, corrigindo e evitando complicações⁴⁷.

1.8 GESTÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS

Uma das soluções propostas para potencializar a adesão ao tratamento é a utilização de modelos de gestão de doenças crônicas. Esse novo modelo de assistência teve início nos hospitais americanos na década de 1980, quando o *Medicare* (seguro-saúde americano) proporcionou aos hospitais forte incentivo para encurtar o tempo de permanência hospitalar. De maneira independente, o crescimento das *Health Maintenance Organizations* e a constatação de que o gerenciamento ambulatorial eficiente poderia prevenir inteiramente a hospitalização determinaram a expansão dos

programas ambulatoriais de gerenciamento de doenças nos anos de 1990.⁴⁸

A gestão de saúde, realizada por uma equipe especialmente treinada composta por enfermeiras, mostrou ser, em alguns estudos^{49 50 51 52 53}, uma das mais eficazes estratégias para melhorar o gerenciamento dos fatores de risco cardiovasculares.

O estudo COACH⁴⁹ (*Community Outreach and Cardiovascular Health*) descreveu os resultados de um ensaio clínico randomizado para avaliar a efetividade de um programa de grande abrangência para redução de risco cardiovascular. Realizados por enfermeiras e agentes comunitários de saúde *versus* um grupo de cuidados usuais, o estudo buscava melhorar os níveis de lipídios, pressão arterial, hemoglobina glicada e a percepção dos pacientes em relação ao cuidado de suas condições crônicas em um centro de saúde urbano da Johns Hopkins University em Baltimore, nos Estados Unidos. A intervenção da enfermeira/agente comunitário de saúde incluiu gerenciamento e educação em relação ao tratamento farmacológico, aconselhamento comportamental para mudança do estilo de vida e resolução de problemas para melhorar a adesão e o controle. Em comparação ao grupo do cuidado usual, os participantes da intervenção, em 12 meses, tiveram melhora significativa no colesterol total (diferença de 19.7 mg/dL), LDL (diferença de 15.9 mg/dL), triglicérides (diferença, 16.3 mg/dL), pressão arterial sistólica (diferença de 6.2 mm Hg), pressão arterial diastólica (diferença de 3.1 mm Hg), HbA1c (diferença de 0.5%) e em relação a percepção da qualidade do cuidado de suas condições crônicas (diferença de 1.2 pontos).

Outro estudo, ⁵⁰ feito na mesma universidade para avaliar o gerenciamento da hipercolesterolemia em adultos com doenças coronarianas, demonstrou a efetividade das intervenções realizadas por enfermeiras de gestão de crônicos.. Nesse estudo (ensaio clínico

randomizado), um total de 228 adultos elegíveis foram recrutados durante hospitalização após procedimento de revascularização coronária. Os participantes foram alocados de maneira aleatória em 2 grupos. Os do primeiro grupo receberam as bases da gestão de saúde em relação aos lipídios, incluindo modificações individualizadas no estilo de vida e intervenção farmacológica fornecidas por uma enfermeira por um ano após a alta mais o cuidado usual, e o outro grupo era composto por participantes que receberam cuidados usuais de um médico clínico geral ou cardiologista. Os resultados mostraram que significativamente mais participantes do grupo acompanhados pela enfermeira mais o cuidado usual atingiram níveis recomendados de LDL (100 mg/dL, 65% vs 35%, $p=.0001$). Com isso, os autores concluíram que o controle da hipercolesterolemia em pacientes submetidos à revascularização coronária podem obter melhora com programas de gestão de crônicos realizados por enfermeiros (as).

Da mesma forma, em um ensaio clínico randomizado para avaliar o efeito do programa de gestão de doenças crônicas feito por enfermeiras para redução de risco cardiovascular em portadores de diabetes tipo 2, o grupo do estudo, constituídos de pacientes participantes do programa e recebendo acompanhamento médico regular, apresentou uma maior taxa de controle (21,9%) em relação a parâmetros como glicemia, pressão arterial e níveis lipídicos, em comparação ao grupo controle que só recebia atenção médica regular (10,1%)⁵⁴.

Em nosso meio, estudo realizado com hipertensos em seguimento ambulatorial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo realizou uma abordagem para avaliar a importância de fornecer orientações aos pacientes, via contato telefônico, para gerenciamento da pressão arterial e prevenção do abandono do tratamento. Os resultados mostraram que tanto o grupo submetido às ligações telefônicas, quanto o outro

grupo apresentaram redução significativa da pressão arterial no final do tratamento ($p < 0,00001$). Um dos achados desse estudo, apesar de não apresentar significância estatística, foi que os pacientes pertencentes ao grupo que recebiam as ligações apresentaram melhor controle da pressão arterial (80%) em comparação com os pacientes do grupo que não recebiam ligações (71%), além disso, um número significativamente menor de pacientes do grupo que recebia as ligações telefônicas abandonou o tratamento comparado com os que não recebiam (4 vs. 30). Os autores concluem que as orientações fornecidas por meio de contatos telefônicos ativos é uma forma de reduzir o abandono do tratamento ⁵⁵ de maneira significativa.

Como os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população, eles devem guardar uma coerência com a situação de saúde. As modificações na estrutura etária do Brasil têm sido notáveis, indicando uma aceleração em direção a um maior envelhecimento da população. Um processo rápido de envelhecimento da população significa um crescente incremento relativo às condições crônicas, em especial às doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade, dessa forma é uma necessidade traçar planos para redução de morbidades⁵⁶. No Brasil, o serviço de gerenciamento de crônicos é relativamente novo e é praticado por algumas empresas em torno de uma década.

O presente estudo será desenvolvido com intuito de mostrar um dos papéis do enfermeiro nos dias de hoje e focar o trabalho de Gerenciamento em programas de Gestão de Doenças Crônicas, que têm como finalidade minimizar danos à saúde promovendo um suporte para o conhecimento da doença e incentivo à adesão ao tratamento, ao autocuidado e à mudança de comportamento. O monitoramento feito por enfermeiros a esses clientes tem como meta a prevenção aos agravos provocados por doenças crônicas, neste estudo da hipertensão arterial.

A motivação primordial deste projeto de pesquisa está relacionada à escassez de material publicado no meio científico nacional sobre o tema, além da participação ativa da autora em um serviço de Gestão de Doenças Crônicas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar um grupo de hipertensos submetidos ao monitoramento de enfermagem dentro de um programa de gestão de doenças crônicas em três momentos: ingresso no programa, nove e quinze meses de permanência no programa.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os clientes atendidos no programa de gerenciamento de doenças crônicas com diagnóstico de hipertensão de acordo com as seguintes variáveis:

- Idade, sexo;
- Níveis pressóricos, índice de massa corporal;
- Níveis lipídicos;
- Atividade física, Tabagismo e Etilismo;
- Internações hospitalares;
- Tratamento medicamentoso anti-hipertensivo;
- Autopercepção de Saúde;
- Adesão ao tratamento farmacológico e
- Controle da pressão arterial.

Descrever o comportamento das variáveis clínicas, hábitos e estilos de vida, adesão ao tratamento e internações hospitalares no ingresso, durante 15 meses de participação e em 2 visitas domiciliares do programa.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 POPULAÇÃO

A população de clientes portadores de hipertensão arterial que eram acompanhados pelo programa de gestão de doenças crônicas constituída por 1365 pessoas.

3.2 AMOSTRA

Foi constituída por 283 clientes hipertensos atendidos pelo programa de gestão de doenças crônicas, que foram todos os hipertensos atuais que se encaixaram no critério de inclusão do estudo.

Figura 2 – Fluxograma de Inclusão

3.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no departamento de gerenciamento de doenças crônicas de uma instituição particular de grande porte com sede na região sul da cidade de São Paulo, onde desde 2008 é aplicada a prática do gerenciamento de doenças crônicas. Este programa foi instituído após contratação de um software de prontuário eletrônico desenvolvido por uma empresa norteamericana, a qual é pioneira em programas de gestão de doenças crônicas. Este programa era realizado por uma equipe

constituída somente por enfermeiros, estes eram divididos em duas equipes, os enfermeiros monitores, responsáveis por realizar os contatos telefônicos e os enfermeiros visitantes, responsáveis por realizar as visitas domiciliares.

3.3.1 Descrição do Serviço

3.3.1.1 Inclusão no Programa

O programa de gestão de doenças crônicas em análise era um serviço particular, contratado por operadoras de saúde. O processo de seleção de clientes para o programa de gerenciamento era feito pela operadora de saúde que selecionava clientes que potencialmente apresentassem alguma cronicidade. Estas pessoas eram convidadas a ingressar no programa por meio do envio de uma carta que informava sobre a parceria de sua operadora de saúde com este programa e avisava sobre um contato telefônico de uma enfermeira que explicaria o programa e avaliaria seu interesse em participar. Assim, quando o cliente possuía alguma condição crônica elegível e manifestava interesse verbal por consentimento telefônico em participar, ele era incluído no programa.

Neste primeiro contato de inclusão do cliente no programa, eram coletados dados sobre história de saúde pregressa, diagnósticos médicos, medicamentos em uso, dados biométricos e informações sobre a equipe de saúde que o atendia.

3.3.1.2 Classificação de Risco e Periodicidade dos Contatos

Após a abordagem inicial, já identificada patologia de base era feita por meio de regras clínicas preestabelecidas a classificação

de risco. Esta classificação era utilizada para nortear a periodicidade dos contatos telefônicos e das visitas domiciliares que o cliente receberia. Dentro deste serviço trabalhava-se com a seguinte classificação:

Status 1: Eram clientes classificados como risco extremo. A periodicidade de contato telefônico era de no máximo de 10 em 10 dias. Recebiam 4 visitas anuais com intervalos trimestrais.

Status 2: Eram clientes classificados como alto risco. A periodicidade de contato telefônico era de no mínimo 10 e de no máximo 21 dias. Recebiam 4 visitas anuais com intervalos trimestrais.

Status 3: Eram clientes classificados como risco moderado. A periodicidade de contato telefônico era de no mínimo 15 e no máximo 30 dias. Recebiam 4 visitas anuais com intervalos trimestrais.

Status 4: Eram clientes classificados como baixo risco. A periodicidade de contato telefônico era de no mínimo 30 e no máximo 60 dias. Recebiam visitas domiciliares caso fosse identificado pela enfermeira monitora a necessidade, caso contrário, só era acompanhado por meio de contato telefônico.

Status 5: Eram clientes classificados como auto cuidado. A periodicidade de contato telefônico era de no máximo 90 dias. Não recebiam visitas domiciliares.

O primeiro contato telefônico de acompanhamento ocorria invariavelmente 30 dias após o cliente ter aceitado ingressar no programa, independente da sua classificação de risco. A classificação de risco tinha aspecto dinâmico, em toda ligação

verificava-se a auto - percepção de saúde, e conforme a resposta do cliente era feita sua classificação. Desta forma um cliente anteriormente classificado como alto risco, em um próximo contato caso apresentasse melhor controle e uma percepção de saúde excelente poderia ser reclassificado como risco moderado.

3.4 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo com abordagem quantitativa de clientes hipertensos atendidos pelo programa de gestão de doenças crônicas no período de janeiro de 2011 a maio de 2012.

3.4.1 Critérios de Inclusão

Clientes atendidos pelo programa de gestão de doenças crônicas que atenderam aos seguintes requisitos:

- Diagnóstico de hipertensão arterial;
- Sejam classificados como Status 2 ou 3;
- Tenham ingressado no programa a partir de janeiro de 2011;
- Participação Efetiva de no mínimo até maio de 2012; e
- Tenham recebido pelo menos duas visitas domiciliares dentro do período de realização do estudo.

3.4.2 Critérios de Exclusão

- Portadores de doenças neurológicas; e
- Clientes dependentes de cuidadores ou familiares para contato com as enfermeiras.

3.4.4 Contatos Telefônicos

Os contatos telefônicos eram atrelados a abertura do prontuário eletrônico do cliente. No início de cada contato confirmava-se um dado do cliente para certificar-se de que o prontuário em questão correspondia ao cliente que estava ao telefone. Os participantes eram atendidos por todas as enfermeiras, para isso existia um plano de ação que era seguido.

Iniciava-se a orientação seguindo o plano de ação montado pela enfermeira no primeiro contato. O plano de ação estava localizado na folha de trabalho, do prontuário eletrônico, para facilitar a continuidade da assistência, cada ação tinha um método de classificação de prioridade. Este método consistia na utilização de estrelas para caracterizar a prioridade da ação. As ações podiam ter de 1 a 5 estrelas, quanto mais estrelas, maior a prioridade para se trabalhar. Além deste método visual, a enfermeira também podia datar a ação para que ela fosse trabalhada na data especificada. Desta forma em cada contato a enfermeira sabia qual ação devia trabalhar, ao final do contato organizava o plano de ação para a próxima ligação.

Além do plano de ação, em todo o contato existiam itens que deviam ser atualizados. Esses itens estavam organizados dentro dos módulos do prontuário eletrônico. No Módulo “Triagem Rápida” era verificado em todo contato qual a auto – percepção de saúde do cliente, que continha as seguintes opções: “ Excelente; Muito Boa; Boa; Regular ou Ruim. Na triagem rápida também era verificado se

cliente apresentou hospitalização nos 30 dias que antecederam o contato. No Módulo Biométrico eram atualizados o peso, a pressão arterial sistólica e diastólica. No Módulo Medicamentos eram confirmados nome e dose dos medicamentos em uso e caso o cliente relatasse alteração da prescrição médica a enfermeira realizava a atualização no prontuário. E finalmente no módulo estilo de vida, era verificado, tabagismo, etilismo, atividade física, hábitos alimentares e qualidade do sono.

Ao finalizar o plano de ação a enfermeira realizava a anotação do que foi discutido na ligação. Isto facilitava a abordagem do cliente no contato posterior.

Dentro do prontuário eletrônico, existia um banco com cerca de 100 folhetos que constituem o material didático do programa. A cada ligação, dependendo do que foi trabalhado com o cliente, era enviado pela enfermeira ao menos um folheto, com a intenção de reforçar as informações. Por exemplo, se é feita uma orientação em relação aos cuidados com a alimentação para o hipertenso, enviava-se um material informativo que continha essas informações.

Procurava – se trabalhar nos contatos:

- O que é Hipertensão Arterial - Descrição detalhada, em que juntos, cliente e enfermeira, discutiam sobre o estado de saúde, esclarecimento de dúvidas, e o mais importante o conhecimento fisiopatológico.
- Fatores de risco - Trabalhava-se com o reconhecimento e necessidade da mudança de hábitos não saudáveis, como:
 - Obesidade;
 - Ingestão excessiva de sal e gorduras;
 - Tabagismo;
 - Sedentarismo;
 - Estresse.

Orientava – se:

- Adoção de alimentação pobre em sódio, calorias e gorduras;
- Aferição regular da Pressão Arterial;
- Controles e realização de exames (glicemia de jejum, colesterol total e frações, fundo de olho e função renal);
- Uso de medicamentos anti-hipertensivos;
- Diminuição da Ingestão de Álcool;
- Controle de Peso;
- Prática de atividade física; e
- Abandono de tabagismo.

3.4.5 Visitas Domiciliares

As visitas domiciliares tinham um aspecto complementar em relação aos contatos telefônicos. As visitas eram realizadas por enfermeiras treinadas, para realizar exame físico e as aferições de pressão arterial, glicemia, circunferência abdominal de maneira padronizada. Em relação a pressão arterial, esta era aferida com aparelho digital validado, e era feita somente uma medida e sempre no braço esquerdo.

As visitas tinham duração de 40 minutos, eram anotados os resultados de exames laboratoriais e eram reforçadas as orientações em relação à saúde. Após as visitas, as enfermeiras visitadoras, atualizavam os dados do cliente em seus prontuários eletrônicos e realizavam a anotação da visita.

As visitas tinham a finalidade de reforçar a adesão do participante ao programa e fornecer valores além dos referidos para avaliar a evolução dos clientes.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados do Banco foi realizada no período de outubro de 2012 a novembro de 2012, após anuência dos comitês de ética e pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e da Instituição.

3.5.1 Pressão Arterial

Foi coletado o valor inserido no prontuário eletrônico do cliente, tanto pelas enfermeiras monitoras (referida) quanto pelas visitadoras (aferida) dentro do módulo “Biométrico”.

3.5.2 Índice de Massa Corporal

Foi coletado o valor inserido no prontuário eletrônico do cliente, tanto pelas enfermeiras monitoras (referido) quanto pelas visitadoras (aferido) dentro do módulo “Biométrico”.

3.5.3 Atividade Física

Foram avaliadas as respostas dicotômicas (sim e não) a pergunta contida no item “Estilo de Vida”: Um exercício físico pode ser considerado regular quando é praticado de 5 a 7 vezes por semana por pelo menos 30 minutos em um ritmo MODERADO, ou seja, um ritmo que aumente um pouco sua frequência respiratória e faça você suar um pouco, por exemplo, caminhada, aeróbica, andar de bicicleta, natação, dança, etc OU 3 vezes por semana por 20 minutos em um ritmo INTENSO, ou seja, um ritmo que aumente muito sua frequência respiratória ou cardíaca e torne difícil falar durante o exercício como por exemplo uma corrida. Você pratica exercícios regulares?

3.5.4 Tabagismo

Foram avaliadas as respostas dicotômicas (sim e não) a pergunta contida no item “Estilo de Vida”: Atualmente você fuma?

3.5.5 Etilismo

Foram avaliadas as respostas dicotômicas (sim e não) a pergunta contida no item “Estilo de Vida”: Atualmente ingere bebida alcoólica?

3.5.6 Internação hospitalar

Foram coletadas as respostas dicotômicas (sim e não) dadas à pergunta realizada no ingresso do programa “Teve hospitalização nos últimos 30 dias?” contidas no item “Triage Rápida”

3.5.7 Adesão Farmacológica

Foram utilizadas as respostas oferecidas pelo instrumento de Morisky e Green⁵⁷, aos quais os clientes responderam de forma dicotômica (sim/não), considerando que um não equivale a zero ponto, enquanto um sim equivale a um ponto. Considera-se alta adesão quando não se pontua e à medida que se soma pontos o grau de adesão diminui, sendo que a soma de quatro pontos é considerada a mais baixa adesão.

- Você costuma esquecer de tomar seus remédios?
- Você é desatento, de vez em quando sobre tomar o seu remédio?
- Deixa de tomar a medicação caso sinta-se melhor?
- Deixa de tomar a medicação caso sinta-se pior?

3.5.8 Auto Percepção de saúde

Foram utilizadas as respostas à pergunta realizada em toda a ligação, no módulo “Triage Rápida” – Como você considera seu estado de saúde hoje?

- Excelente

- Muito Boa
- Boa
- Regular

A resposta “Ruim” não foi utilizada para este estudo, pois, todos os participantes que referiam sua auto percepção como ruim eram automaticamente classificados como ‘status 1’ e este grupo não foi acompanhado.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Usp sob o nº 07792512.3.0000.5392 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a coleta dos dados, sob o nº 01/2013 .Além disso, foi solicitado e obtido o consentimento do diretor do Serviço de Gestão de Doenças Crônicas, após explicação dos objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada para a realização da mesma.

4 ANÁLISE DOS DADOS

4.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada com a ajuda de uma assessora estatística, utilizando um nível de significância de $p < 0,05$. As variáveis classificatórias foram apresentadas descritivamente em tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%). A relação entre as variáveis foi avaliada com o teste Qui-quadrado e teste exato de Fisher. As variáveis quantitativas foram apresentadas em tabelas contendo média e desvio padrão. As médias foram comparadas com teste paramétrico t-Student.

O acompanhamento de dezessete meses realizado de janeiro de 2011 a maio de 2012 foi segmentado para análise estatística, sendo analisados quinze meses de acompanhamento telefônico e duas visitas domiciliares.

4.2 ACOMPANHAMENTO TELEFÔNICO

O acompanhamento telefônico foi dividido em cinco trimestres, nomeados “momentos”, neste estudo. Essa divisão foi feita por escassez de dados em todos os meses do acompanhamento, assim, utilizamos pelo menos uma medida das variáveis estudadas nos momentos analisados.

:

- Momento 1 – Janeiro, Fevereiro e Março de 2011;
- Momento 2 – Abril, Maio e Junho de 2011;

- Momento 3 – Julho, Agosto e Outubro de 2011;
- Momento 4 – Novembro e Dezembro de 2011 e Janeiro de 2012; e
- Momento 5 – Fevereiro, Março e Abril de 2012.

4.3 VISITAS DOMICILIARES

Os meses em que ocorreram as visitas domiciliares foram analisados separadamente dos meses do acompanhamento telefônicos citados no item 4.3. Elas foram nomeadas “Visita 1” e “Visita 2” de acordo com a ordem em que aconteceram. Abaixo a descrição dos meses em que as visitas foram realizadas:

- Visita 1 – Setembro de 2011; e
- Visita 2 – Maio de 2012.

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em itens de acordo com o conteúdo analisado: Caracterização dos hipertensos, evolução dos parâmetros biométricos e hábitos de vida, controle da pressão arterial, adesão ao tratamento medicamentoso e internação hospitalar.

5.1 CARACTERIZAÇÃO: VARIÁVEIS BIOMÉTRICAS, ESTILOS DE VIDA, CO-MORBIDADES, AUTO PERCEPÇÃO SAÚDE, PERFIL LIPIDICO, MEDICAMENTOS, DOS HIPERTENSOS NO INGRESSO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS

Tabela 1 - Parâmetros biométricos e hábitos de vida dos hipertensos no ingresso ao programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.

HIPERTENSOS		
Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	177	62,5
Masculino	106	37,5
Tabagismo		
Sim	10	3,5
Não	273	96,5
Etilismo		
Sim	29	10,2
Não	254	89,8
Sedentarismo		
Sim	274	96,8
Não	9	3,2
Auto percepção de Saúde		
Excelente	10	3,5
Muito Boa	28	9,9
Boa	82	29,0
Regular	163	57,6
IMC (kg/m²)		
<18,5	3	1,1
18,5 – 24,9	82	30,8
25 – 29,9	97	36,5
30-34,9	59	22,2
35-39,9	19	7,1
>40	6	2,3
Imc média, (dp), kg/m2	27,7 (4,9)	
Idade média, (dp), anos	73,4 (10,9)	
Faixa Etária		
Até 40 anos	2	0,7
41 à 50 anos	8	2,8
51 à 60 anos	21	7,4
61 à 70 anos	73	25,8
71 à 80 anos	100	35,3
Acima de 80 anos	79	27,9
Classificação Pressão Arterial (n=261)		
Ótima (<120/80 mmHg)	34	13,0
Normal (<130/85 mmHg)	104	39,8
Limítrofe (130-139/85-89 mmHg)	25	9,6
Estágio 1 (140-159/90-99 mmHg)	24	9,2
Estágio 2 (160-179/100-109 mmHg)	13	5,0
Estágio 3 (> 180/110 mmHg)	11	4,2
Sistólica Isolada >140/<90 mmHg)	50	19,2
Pressão Arterial média, (dp), mmHg		
Sistólica	128,8 (11,4)	
Diastólica	78,9 (7,8)	
>40	6	2,3
Imc média, (dp), kg/m2	27,7 (4,9)	
Idade média, (dp), anos	73,4 (10,9)	
Faixa Etária		
Até 40 anos	2	0,7
41 à 50 anos	8	2,8
51 à 60 anos	21	7,4
61 à 70 anos	73	25,8
71 à 80 anos	100	35,3
Acima de 80 anos	79	27,9
Classificação Pressão Arterial (n=261)		
Ótima (<120/80 mmHg)	34	13,0
Normal (<130/85 mmHg)	104	39,8
Limítrofe (130-139/85-89 mmHg)	25	9,6
Estágio 1 (140-159/90-99 mmHg)	24	9,2
Estágio 2 (160-179/100-109 mmHg)	13	5,0
Estágio 3 (> 180/110 mmHg)	11	4,2
Sistólica Isolada >140/<90 mmHg)	50	19,2
Pressão Arterial média, (dp), mmHg		
Sistólica	128,8 (11,4)	
Diastólica	78,9 (7,8)	

Os dados da tabela 1 mostram que a maioria dos participantes hipertensos do programa de gestão doenças crônicas era do sexo feminino (62,5%) com média da idade na sétima década (73,4 (10,9) anos) e 89% acima dos 60 anos de idade. Quanto aos hábitos e estilo de vida, verificou-se que apenas 3,5% dos indivíduos referiram ser tabagistas, 10,2% etilistas e uma alta prevalência de sedentarismo (96,8%). Em relação à auto percepção de saúde dos hipertensos, verificou-se baixo relato de saúde excelente (3,5%) e que mais da metade dos hipertensos classificou sua saúde como regular (57,6%). Quanto aos parâmetros biométricos, verificou-se que no Índice de massa corporal, apenas cerca de um terço dos hipertensos (30,8%) estava na faixa da normalidade e os demais com sobrepeso e obesidade, apesar da média manter na faixa de sobrepeso (27,7 (4,9) kg/m²). Destaca-se que pouco mais de 10% apresentaram obesidade grau II (7,1%) ou mórbida (2,1%).

Em relação a pressão arterial, os participantes apresentaram média dos valores dentro da faixa da normalidade (128,8 (11,4)/78,9 (7,8) mmHg). Quanto a classificação, pouco mais da metade dos participantes (52,8%) estavam com a pressão arterial ótima/normal, aproximadamente um terço (37,6%), estava com a pressão acima dos limites recomendados (maior ou igual a 140/90 mmHg) entre estes, 19,2% apresentaram hipertensão arterial sistólica isolada.

Tabela 2 – Exames laboratoriais dos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.

Hipertensos		
Variáveis	N	%
Exames Laboratoriais <i>média, (dp),mg/dL</i>		
Colesterol Total	177,3	(39,0)
Colesterol HDL	49,2	(12,8)
Colesterol LDL	101,7	(32,2)
Triglicérides	136,5	(68,5)
Classificação Colesterol Total (n=195)		
Desejável (< 200 mg/dl)	145	74,2
Limítrofe (200-239 mg/dl)	35	17,7
Alto (≥ 240 mg/dl)	15	8,2
Classificação LDL Colesterol (n=190)		
Ótimo (< 100)	105	55,3
Desejável (100-129)	51	26,8
Limítrofe (130-159)	25	13,2
Alto (160-189)	7	3,7
Muito alto (≥ 190)	2	1,1
Classificação HDL Colesterol (n=192)		
Desejável (> 60 mg/dl)	30	15,6
Normal (40 – 60 mg/dl)	112	58,3
Baixo (< 40 mg/dl)	50	26,0
Classificação Triglicérides (n=189)		
Desejável (<150 mg/dl)	124	65,6
Limítrofe (150-200 mg/dl)	30	15,9
Alto (200-499 mg/dl)	34	18,0
Muito alto (≥ 500 mg/dl)	1	0,5

Os dados da tabela 2 mostram que a análise das médias dos resultados dos exames de colesterol total, frações e triglicérides estavam dentro dos padrões normais. A observação da classificação dos níveis lipídicos mostrou que em relação ao colesterol total, 25,9% dos participantes estavam com níveis acima dos desejáveis, porém, apenas 8,2% apresentaram níveis classificados como altos. Em relação a fração LDL do colesterol 82,1% dos participantes apresentaram níveis ótimos ou desejáveis, sendo que 55,3% apresentaram níveis ótimos, e somente 4,8% apresentaram níveis altos ou muito altos. Quanto a fração do HDL do colesterol, apenas 15,6% apresentaram níveis desejáveis, a maioria (58,3%) dos participantes apresentou resultados normais para esta fração do colesterol e 26% estavam com os níveis abaixo dos recomendados. Em

relação ao triglicérides, menos de 20% dos participantes apresentou alteração, 81,5% apresentaram níveis desejáveis e limítrofes, sendo que 65,6% estavam com níveis desejáveis.

Tabela 3 - Comorbidades, drogas anti-hipertensivas, internação, adesão e controle ao tratamento dos participantes do programa de gestão de doenças crônicas São Paulo, 2013.

Hipertensos		
Variáveis	N	%
Comorbidades		
Diabetes tipo 2	218	77,0
Insuficiência Cardíaca	105	37,1
Dislipidemia	79	27,9
Insuficiência Renal Crônica	53	18,7
Doença Arterial Coronariana	38	13,4
Acidente Vascular Encefálico	30	10,6
Infarto do Miocárdio	17	6,0
Diabetes tipo1	10	3,5
Número de Comorbidades		
0	81	28,6
1	104	36,7
2	70	24,7
3	24	8,5
4	4	1,4
Medicamentos em uso		
BRA	156	55,1
Estatinas	151	53,4
Diuréticos	149	52,7
Betabloqueadores	108	38,2
Hipoglicemiantes	105	37,1
BCC	78	27,6
IECA	48	17,0
Insulinas	29	10,3
Antiarrítmicos	22	7,8
Agonistas Adrenérgicos Centrais	4	1,4
Quantidade Anti-hipertensivos		
0	17	6,0
1	79	27,9
2	47	16,6
3	75	26,5
4	37	13,1
5	24	8,5
6	4	1,4
Internações		
Sim	127	44,9
Não	156	55,1
Quantidade de Internações		
1	99	78,0
2	21	16,5
3	7	5,5
Adesão ao tratamento medicamentoso (Teste Morisky Green)		
Sim	71	25,1
Não	212	74,9
Controle da pressão arterial (n=261)		
Sim	163	62,4
Não	98	37,6

BRA: Bloqueadores do Receptor de Angiotensina

BCC: Bloqueadores do Canal de Cálcio

IECA: Inibidores da enzima conversora de Angiotensina

Os dados da tabela 3 mostram que em relação às comorbidades, houve maior prevalência de diabetes mellitus tipo 2 (77%), verificou-se também que pouco mais da metade dos hipertensos (56,5%) era portadora de cardiopatias (Insuficiência Cardíaca, Doença Arterial Coronariana e Infarto do Miocárdio), 27,9% relataram dislipidemia e ainda 18,7% portadores de insuficiência renal. Quanto às classes dos medicamentos anti-hipertensivos, cerca da metade informou uso de bloqueadores dos receptores de angiotensina (55,1%) , seguidos por estatinas (53,4%), diuréticos (52,7%) e mais de 30% em uso de Betabloqueadores. Quanto à quantidade de medicamento anti-hipertensivo utilizado, cerca de um terço relatou fazer uso de apenas um medicamento anti-hipertensivo (27,9%), e pouco mais (43,1%) o uso de duas ou três medicações, embora seja uma amostra de indivíduos hipertensos, 6% relataram não utilizar nenhuma medicação anti-hipertensiva. Quanto às internações hospitalares, pouco menos da metade (44,9%) relatou hospitalização nos últimos 30 dias anteriores à data de ingresso no programa, destes, 22% informaram dois ou três eventos dentro do período citado. Um quarto dos hipertensos era aderente ao tratamento anti-hipertensivo avaliado pelo teste de Morisky-Green (25,1%) e mais de um terço não estava com a pressão arterial controlada (37,6%).

5.2 EVOLUÇÃO DOS PARÂMETROS BIOMÉTRICOS E DE HÁBITOS DE VIDA

Tabela 4 - Evolução dos parâmetros biométricos e hábitos de vida dos hipertensos durante os cinco momentos do programa

VARIÁVEIS	MOMENTOS DE AVALIAÇÃO									
	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tabagismo										
Sim	10	3,5	7	97,5	16	5,7	17	6,0	16	5,7
Não	273	96,5	276	2,5	267	94,3	266		267	94,3
								94,0		
Valor p			0,45		0,14		0,14		0,15	
Etilismo										
Sim	29	10,2	10	3,5	10	3,5	10	3,5	9	3,2
Não	254	89,8	273	96,5	273	96,5	273	96,5	274	96,8
Valor p			0,00		0,00		0,00		0,00	
Sedentarismo										
Sim	274	96,8	255	90,1	235	83,0	209	73,9	203	71,7
Não	9	3,2	28	9,9	48	17,0	74	26,1	80	28,3
Valor p			0,00		0,00		0,00		0,00	
Adesão ao tratamento medicamentoso (teste Morisky Green)										
Sim	71	25,1	150	53,0	184	65,0	209	73,9	242	85,5
Não	212	74,9	133	47,0	99	35,0	74	26,1	41	14,5
Valor p			0,00		0,00		0,00		0,00	
Pressão Arterial <i>média, (dp) mmHg</i>										
Sistólica	128,8 (11,4)		128,2 (11,9)		127,8 (11,90)		126,1 (10,9)		125,1 (11,6)	
Valor p			0,61		0,23		0,02		0,00	
Diastólica	78,9 (7,8)		79,7 (9,4)		78,5 (7,3)		77,3 (7,0)		77,2 (8,0)	
Valor p			0,11		0,95		0,03		0,05	
IMC <i>média, (dp) kg/m²</i>	27,7 (4,9)		27,5 (5,1)		27,6 (5,0)		27,5 (5,0)		27,6 (5,0)	
(dp)										
Valor p			1,00		1,00		1,00		1,00	

*Valores de p momento 1 versus 2,3,4 e 5

Os dados da tabela 4 mostram que em relação à evolução dos parâmetros biométricos e hábitos de vida, houve mudança significativa ($p < 0,05$) observados na comparação do momento 1 com os momentos 2,3 4 e 5, sendo percebidos a partir da comparação do momento 1 vs o momento 2 e sustentando-se na comparação dos demais momentos entre si para as seguintes variáveis: redução do

hábito de ingestão de bebida alcoólica (10,2% vs 3,2%); aumento do número de indivíduos praticantes de atividade física (3,2% vs 29,3%); Adesão à terapia medicamentosa avaliada por meio do teste de Morisky Green houve aumento significativo de indivíduos aderentes (25,1% vs 85,5%). Para a variável pressão arterial, houve redução significativa ($p < 0,05$) tanto dos níveis sistólicos (128,8 (11,4) mmHg vs 125,1 (11,6) mmHg) quanto dos níveis diastólicos na comparação do momento 1 com os momentos 4 e 5 (78,9 (7,8) mmHg vs 77,2 (8,0) mmHg). Não houve mudança significativa no comportamento dos indivíduos em relação ao tabagismo (3,5% e 5,7%) e ao índice de massa corporal, que se manteve em 27 (5,0) kg/m².

Tabela 5 - Evolução dos parâmetros biométricos e hábitos de vida dos hipertensos durante as duas visitas domiciliares. São Paulo, 2013.

VISITAS (N=283)					
VARIÁVEIS	1		2		Valor p
	N	%	N	%	
Tabagismo					1,00
Sim	8	2,8	8	2,8	
Não	275	97,2	275	97,2	
Etilismo					0,62
Sim	10	3,5	8	2,8	
Não	273	96,5	275	97,2	
Sedentarismo					0,00
Sim	194	68,6	224	79,2	
Não	89	31,4	59	20,8	
		0,00			
Adesão ao tratamento medicamentoso (teste Morisky Green)					
Sim	197	69,6	253	89,4	
Não	86	30,4	30	10,6	
Controle da Pressão Arterial					
Sim	199	70,3	216	76,3	0,11
Não	84	29,7	67	23,7	
Pressão Arterial <i>média, (dp), mmHg</i>					
Sistólica	133,1	14,1	130,3	11,4	0,04
Diastólica	78,7	9,4	77,6	8,7	0,13
IMC <i>média, (dp), kg/m2</i>	27,4	4,9	27,5	4,9	1,00

IMC: Índice de Massa Corporal

Os dados da tabela 5 mostram que em relação à evolução dos parâmetros biométricos e hábitos de vida avaliados durante as duas visitas domiciliares, houve mudança significativa em relação ao comportamento das seguintes variáveis: Adesão à terapia medicamentosa avaliada por meio do teste de Morisky Green com aumento (69,6% vs 89,4) de indivíduos aderentes, redução do valor da pressão sistólica (133,1 (14,1) mmHg vs 130,3 (11,4) mmHg), porém houve aumento de indivíduos sedentários (68,6% vs 79,2%). Não houve diferença em relação ao comportamento do tabagismo, etilismo, pressão diastólica e o índice de massa corporal que manteve-se inalterado.

5.3 CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Tabela 6 - Controle da pressão arterial dos hipertensos no ingresso ao programa de gestão de doenças crônicas (Inicial) e no final do seguimento. São Paulo, 2013

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL	INICIAL (N=261)		FINAL (N=283)	
	N	%	N	%
Sim	163	62,4	216	76,3
Não	98	37,6	67	23,7
Valor p	0,11			

Os dados da tabela 6 mostram que não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao controle da pressão arterial inicial e o controle final (70,3% e 76,3).

Tabela 7 - Controle da pressão arterial em relação ao sexo e idade dos hipertensos acompanhados no programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL					
VARIÁVEIS	SIM		NÃO		Valor p
	N	%	N	%	
Sexo					
Feminino	135	62,5	42	62,7	0,98
Masculino	81	37,5	25	37,3	
Idade <i>média, (dp) anos</i>	73,6 (10,9)		72,7(11,0)		0,55

Os dados da tabela 7 mostram que não houve influência do sexo e da idade dos hipertensos na taxa de controle da pressão arterial, no final do acompanhamento no programa de gestão de doenças crônicas.

Tabela 8- Controle da pressão arterial em relação aos hábitos de vida e índice de massa corporal dos hipertensos durante os programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL																				
MOMENTOS	1				2				3				4				5			
VARIAVÉIS	SIM		NÃO		SIM		NÃO		SIM		NÃO		SIM		NÃO		SIM		NÃO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tabagismo																				
Sim	6	2,8	4	6,0	6	2,8	1	1,5	9	4,2	7	10,4	10	4,6	7	10,4	8	3,7	8	11,9
Não	210	97,2	63	94,0	210	97,2	66	98,5	207	95,8	60	89,6	206	95,4	60	89,6	208	96,3	59	88,1
Valor p	0,25				1,00				0,06				0,13				0,02			
Etilismo																				
Sim	22	10,2	7	10,4	8	3,7	2	3,0	8	3,7	2	3,0	8	3,7	2	3,0	8	3,7	1	1,5
Não	194	89,8	60	89,6	208	96,3	65	97,0	208	96,3	65	97,0	208	96,3	65	97,0	208	96,3	66	98,5
Valor p	0,95				1,00				1,00				1,00				0,69			
Sedentarismo																				
Sim	208	96,3	66	98,5	192	88,9	63	94,0	176	81,5	59	88,1	163	75,5	46	68,7	157	72,7	46	71,7
Não	8	3,7	1	1,5	24	11,1	4	6,0	40	18,5	8	11,9	53	24,5	21	31,3	59	27,3	21	31,3
Valor p	0,69				0,22				0,21				0,27				0,52			
Adesão ao tratamento medicamentoso (teste Morisky Green)																				
Sim	51	23,6	20	29,9	111	51,4	39	58,2	137	63,4	47	70,1	155	71,8	54	80,6	183	84,7	59	88,1
Não	165	76,4	47	70,1	105	48,6	28	41,8	79	39,6	20	29,9	61	28,2	13	19,4	33	15,3	8	11,9
Valor p	0,30				0,32				0,31				0,15				0,49			
IMC (kg/m2) (dp)	27,4 (5,1)		28,5 (4,2)		27,2 (5,0)		28,4 (5,1)		27,3 (5,0)		28,5 (5,1)		27,3 (5,1)		28,0 (4,8)		27,4 (5,0)		28,3 (4,8)	
Valor p	0,14				0,09				0,11				0,34				0,22			

IMC: índice de Massa Corporal

Os dados da tabela 8 mostram que houve associação estatisticamente significativa do controle da pressão arterial em relação ao tabagismo, apenas no momento 5 de avaliação, verificou-se menor controle entre os tabagistas (3,7% vs 11,9%). Não houve associação do controle ($p > 0,05$) com as seguintes variáveis : Tabagismo nos demais momentos, Etilismo, Sedentarismo, Adesão medicamentosa avaliada pelo teste de Morisky Green e Índice de Massa Corporal.

Tabela 9 - Controle da pressão arterial durante as visitas domiciliares, em relação a hábitos de vida e adesão medicamentosa avaliada pelo teste de Morisky Green. São Paulo, 2013.

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL								
VISITAS	VISITA 1				VISITA 2			
	SIM		NÃO		SIM		NÃO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tabagismo								
Sim	6	2,8	2	3,0	4	1,9	4	6,0
Não	210	97,2	65	97,0	212	98,1	63	94,0
Valor p	1,00				0,09			
Etilismo								
Sim	8	3,7	2	3,0	7	3,2	1	1,5
Não	208	96,3	65	97,0	209	96,8	66	98,5
Valor p	1,00				0,68			
Sedentarismo								
Sim	146	67,6	48	71,6	166	76,9	58	86,6
Não	70	32,4	19	28,4	50	23,1	9	13,4
Valor p	0,53				0,09			
Adesão ao tratamento medicamento so (teste Morisky Green)								
Sim	146	67,6	51	76,1	191	88,4	62	92,5
Não	70	32,4	16	23,9	25	11,6	5	7,5
Valor p	0,18				0,34			
IMC (média,kg/m2) (dp)	27,2(5,0)		28,3(4,7)		27,4(5,1)		28,1(4,5)	
Valor p	0,13				0,32			

Os dados da tabela 9 mostram que não houve associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre o controle avaliado nas visitas domiciliares e as seguintes variáveis avaliadas.

Tabela 10 - Controle da Pressão Arterial em relação às comorbidades dos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL							
COMORBIDADES	SIM		Não		Total		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Diabetes tipo 1							
Sim	7	3,2	3	4,5	10	3,5	0,70
Não	209	96,8	64	95,5	273	96,5	
Diabetes tipo 2							
Sim	163	75,5	55	82,1	218	77,0	0,26
Não	53	24,5	12	17,9	65	23,0	
Cardiopatias							
Sim	99	45,8	31	46,3	130	45,9	0,53
Não	117	54,2	36	53,7	153	54,1	
Insuficiência Renal Crônica							
Sim	38	17,6	15	22,4	53	18,7	0,38
Não	178	82,4	52	77,6	230	81,3	
Acidente Vascular Encefálico							
Sim	25	11,6	5	7,5	30	10,6	0,34
Não	191	88,4	62	92,5	253	89,4	
Dislipidemia							
Sim	63	29,2	16	23,9	79	27,9	0,40
Não	153	70,8	51	76,1	204	72,1	
Número de Comorbidades							
0	63	77,8	18	22,2	81	100,0	0,88
1	78	75,0	26	25,0	104	100,0	
2	53	75,7	17	24,3	70	100,0	
3	18	75,0	6	25,0	24	100,0	
4	4	100,0	0	0,0	4	100,0	

Os dados da tabela 10 mostram que não houve associação estatisticamente significativa em relação ao controle da pressão arterial, as comorbidades e a quantidade relatadas pelos hipertensos.

Tabela 11 - Controle da pressão arterial em relação ao tratamento farmacológico dos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL					
MEDICAMENTOS	SIM		NÃO		Valor p
	N	%	N	%	
BRA					
Sim	118	54,6	38	56,7	0,76
Não	98	45,4	29	43,3	
Estatinas					
Sim	119	55,1	32	47,8	0,29
Não	97	44,9	35	52,2	
Diuréticos					
Sim	115	53,2	34	49,3	0,32
Não	101	46,8	33	50,7	
Betabloqueadores					
Sim	84	38,9	24	35,8	0,65
Não	132	61,1	43	64,2	
Hipoglicemiantes					
Sim	75	34,7	30	44,8	0,14
Não	141	65,3	37	55,2	
BCC					
Sim	55	25,5	23	34,3	0,16
Não	161	74,5	44	65,7	
IECA					
Sim	33	15,3	15	22,4	0,17
Não	183	84,7	52	77,6	
Insulinas					
Sim	21	9,8	8	11,9	0,61
Não	194	90,2	59	88,1	
Antiarrítmicos					
Sim	18	8,4	4	6,1	0,54
Não	197	91,6	62	93,9	
Agonistas Adrenérgicos Centrais					
Sim	2	0,9	2	3,0	0,24
Não	214	99,1	65	97,0	
Quantidade de Medicamentos anti-hipertensivos					
0	16	94,1	1	5,9	0,33
1	61	77,2	18	22,8	
2 e 3	91	74,6	31	25,4	
4,5 e 6	48	73,8	17	26,2	

BRA: Bloqueadores do Receptor de Angiotensina

BCC: Bloqueadores do Canal de Cálcio

IECA: Inibidores da enzima conversora de Angiotensina

Os dados da tabela 11 mostram que não houve associação estatisticamente significativa entre o controle da pressão arterial com

as diferentes classes farmacológicas utilizadas pelos hipertensos, bem como quantidade de medicamentos.

Tabela 12 – Controle da Pressão Arterial em relação a auto percepção de saúde dos hipertensos durante o acompanhamento do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.

AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE									
CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL	EXCELENTE		MUITO BOA		BOA		REGULAR		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Momento 1									
Sim	8	88,9	25	83,3	63	75,0	120	75,0	0,61
Não	1	11,1	5	16,7	21	25,0	40	25,0	
Momento 2									
Sim	9	90,0	24	82,8	65	77,4	118	73,8	0,50
Não	1	10,0	5	17,2	19	22,6	42	26,3	
Momento 3									
Sim	8	88,9	24	80,0	66	77,6	118	74,2	0,69
Não	1	11,1	6	20,0	19	22,4	41	25,8	
Momento 4									
Sim	9	90,0	22	78,6	65	77,4	120	74,5	0,69
Não	1	10,0	6	21,4	19	22,6	41	25,5	
Momento 5									
Sim	2	100,0	50	73,5	91	76,5	73	77,7	0,80
Não	0	0,0	18	26,5	28	23,5	21	22,3	

Os dados da tabela 12 mostram que não houve associação estatisticamente significativa entre o controle da pressão arterial e a auto percepção de saúde dos hipertensos durante o programa de gestão de doenças crônicas

Tabela 13 – Controle da Pressão Arterial em relação a auto percepção de saúde dos hipertensos durante as visitas domiciliares. São Paulo, 2013.

AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE									
CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL	EXCELENTE		MUITO BOA		BOA		REGULAR		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
VISITA 1									
Sim	8	88,9	24	85,7	66	76,7	118	73,7	0,43
Não	1	11,1	4	14,3	20	23,3	42	26,3	
VISITA 2									
Sim	4	100,0	55	78,6	94	75,2	63	75,0	0,66
Não	0	0,0	15	21,4	31	24,8	21	25,0	

Os dados da tabela 13 mostram que não houve associação estatisticamente significativa entre o controle da pressão arterial e a auto percepção de saúde dos hipertensos durante as visitas domiciliares.

5.4 ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Tabela 14 - Adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky Green em relação ao sexo e idade dos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.

Adesão ao tratamento (Morisky Green)					
Variáveis	Sim		Não		Valor p
	N	%	N	%	
Sexo					
Feminino	163	64,4	14	46,7	0,57
Masculino	90	35,6	16	53,3	
Idade (média, anos) (dp)	73,3(11,0)		73,7(9,8)		0,85

Os dados da tabela 14 mostram que não houve associação estatisticamente significativa entre a adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky Green realizado no último trimestre de participação no programa e as variáveis sexo e idade.

Tabela 15 - Adesão ao tratamento medicamentoso (teste de Morisky Green) em relação aos parâmetros biométricos e hábitos de vida dos hipertensos durante os momentos de avaliação no programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.

ADESÃO AO TRATAMENTO (MORISKY GREEN)																				
MOMENTOS	1				2				3				4				5			
VARIÁVEIS	SIM		NÃO		SIM		NÃO		SIM		NÃO		SIM		NÃO		SIM		NÃO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tabagismo																				
Sim	10	4,0	0	0,0	6	2,4	1	3,3	15	5,9	1	3,3	15	5,9	2	93,3	14	5,5	2	93,3
Não	243	96,0	30	100,0	247	97,6	29	96,7	238	94,1	29	96,7	238	94,1	28	6,7	239	94,5	28	6,7
Total	253	100,0	30	100,0	253	100,0	30	100,0	253	100,0	30	100,0	253	100,0	30	100,0	253	100,0	30	100,0
Valor p	0,60				0,55				1,00				0,69				0,68			
Etilismo																				
Sim	28	11,1	1	3,3	9	3,6	1	3,3	9	3,6	1	3,3	9	3,6	1	3,3	8	3,2	1	3,3
Não	225	88,9	29	96,7	244	96,4	29	96,7	244	96,4	29	96,7	244	96,4	29	96,7	245	96,8	29	96,7
Total	253	100,0	30	100,0	253	100,0	30	100,0	253	100,0	30	100,0	253	100,0	30	100,0	253	100,0	30	100,0
Valor p	0,33				1,00				1,00				1,00				1,00			
Sedentarismo																				
Sim	245	96,8	29	96,7	229	90,5	26	86,7	209	82,6	26	86,7	188	74,3	21	70,0	184	72,7	19	63,3
Não	8	3,2	1	3,3	24	9,5	4	13,3	44	17,4	4	13,3	65	25,7	9	30,0	69	27,3	11	36,7
Total	253	100,0	30	100,0	253	100,0	30	100,0	253	100,0	30	100,0	253	100,0	30	100,0	253	100,0	30	100,0
Valor p	1,00				0,52				0,57				0,61				0,28			
Pressão Arterial (média, mmHg) (dp)																				
Sistólica	129,0	(11,7)	126,6	8,9	128,2	11,8	128,6	13,1	128,0	12,3	125,2	7,7	126,1	11,1	126,8	8,9	124,7	11,7	128,2	9,1
Valor p	0,29				0,88				0,23				0,73				0,13			
Diastólica	78,7	8,1	79,8	5,4	79,2	8,7	83,7	13,3	78,5	7,0	78,3	9,2	77,2	7,1	77,6	6,4	77,0	8,2	78,2	7,2
Valor p	0,36				0,12				0,89				0,75				0,45			
IMC (média, kg/m2) (dp)																				
	27,7	5,1	27,7	4,2	27,6	5,2	26,9	3,9	27,6	5,0	28,0	4,9	27,5	5,1	27,6	4,4	27,6	5,1	27,8	4,7
Valor p	0,97				0,39				0,65				0,94				0,88			

IMC: Índice de Massa Corporal

Os dados da tabela 15 mostram que não houve associação estatisticamente significativa entre os parâmetros biométricos, as variáveis ligadas aos hábitos de vida e a adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky Green no momento 5 de participação no programa.

Tabela 16 - Adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky Green em relação aos hábitos de vida dos pacientes hipertensos durante as visitas domiciliares. São Paulo, 2013.

ADESÃO AO TRATAMENTO (MORISKY GREEN)									
VARIÁVEIS		VISITA 1				VISITA 2			
		SIM		NÃO		SIM		NÃO	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Tabagismo									
Sim		8	3,2	0	0,0	8	3,2	0	0,0
Não		245	96,8	30	100,0	245	96,8	30	100,0
Valor p		1,00				0,09			
Etilismo									
Sim		9	3,6	1	3,0	7	2,8	1	3,0
Não		244	96,4	29	97,0	246	97,2	29	97,0
Valor p		1,00				0,60			
Sedentarismo									
Sim		171	67,6	23	76,7	199	78,7	25	83,3
Não		82	32,4	7	23,3	54	21,3	5	16,7
Valor p		0,31				0,55			
Controle da pressão arterial									
Sim		179	70,9	20	66,7	191	75,5	25	83,3
Não		74	29,2	10	33,3	62	24,5	5	16,7
Valor p		0,64				0,34			
IMC (média, kg/m2) (dp)		27,5 (5,0)		27,3(4,3)		27,6(5,0)		27,5(4,8)	
Valor p		0,90				0,98			
Pressão Arterial (média, mmHg) (dp)									
Sistólica		133,2(14,4)		132,5 (11,6)		130,2(11,4)		131,4(11,3)	
Valor p		0,19				0,54			
Diastólica		78,9(9,4)		76,3 (9,8)		77,6(8,7)		78,0(9,4)	
Valor p		0,88				0,17			

Os dados da tabela 16 mostram que não houve associação estatisticamente significativa entre os hábitos de vida e a adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky Green realizado no momento 5 de participação no programa durante as visitas domiciliares.

Tabela 17- Adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky Green em relação às comorbidades dos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.

ADESÃO AO TRATAMENTO (MORISKY GREEN)							
COMORBIDADES	SIM		NÃO		TOTAL		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Diabetes tipo 1							
Sim	9	3,6	1	3,3	10	3,5	1,00
Não	244	96,4	29	96,7	273	96,5	
Diabetes tipo 2							
Sim	193	76,3	25	83,3	218	77,0	0,38
Não	60	23,7	5	16,7	65	23,0	
Cardiopatias							
Sim	116	45,8	14	46,7	130	45,9	0,54
Não	137	54,2	16	53,3	153	54,1	
Insuficiência Renal Crônica							
Sim	52	20,6	1	3,3	53	18,7	0,02
Não	201	79,4	29	96,7	230	81,3	
Acidente Vascular Encefálico							
Sim	25	9,9	5	16,7	30	10,6	0,34
Não	228	90,1	25	83,3	253	89,4	
Dislipidemia							
Sim	69	27,3	10	33,3	79	27,9	0,48
Não	184	72,7	20	66,7	204	72,1	
Números de Comorbidades							
0	70	86,4	11	13,6	81	100,0	0,60
1	96	92,3	8	7,7	104	100,0	
2	62	88,6	8	11,4	70	100,0	
3	22	91,7	2	8,3	24	100,0	
4	3	75,0	1	25,0	4	100,0	

Os dados da tabela 17 mostram que houve associação estatisticamente significativa entre adesão medicamentosa avaliada pelo teste de Morisky Green realizado no momento 5 de participação no programa e a presença de insuficiência renal crônica, houve maior adesão dos hipertensos com presença dessa comorbidade (20,6% vs 3,3%). Não houve associação entre a adesão medicamentosa, as outras comorbidades e o número relatado pelos hipertensos.

Tabela 18 - Adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky Green em relação à classe farmacológica e a quantidade de medicamentos utilizados pelos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.

ADESÃO AO TRATAMENTO (MORISKY GREEN)							Valor p
MEDICAMENTOS	SIM		NÃO		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
BRA							
Sim	134	53,0	22	73,3	156	55,1	0,03
Não	119	47,0	8	26,7	127	44,9	
Estatinas							
Sim	136	53,8	15	50,0	151	53,4	0,70
Não	117	46,2	15	50,0	132	46,6	
Diuréticos							
Sim	133	52,6	16	53,3	149	52,7	0,23
Não	120	47,4	14	46,7	134	47,3	
Betabloqueadores							
Sim	96	37,9	12	40,0	108	38,2	0,83
Não	157	62,1	18	60,0	175	61,8	
Hipoglicemiantes							
Sim	91	36,0	14	46,7	105	31,1	0,25
Não	162	64,0	16	53,3	178	62,9	
BCC							
Sim	70	27,7	8	26,7	78	27,6	0,91
Não	183	72,3	22	73,3	205	72,4	
IECA							
Sim	47	18,6	1	3,3	48	17,0	0,03
Não	206	81,4	29	96,7	235	83,0	
Insulinas							
Sim	25	9,9	4	13,3	29	10,3	0,53
Não	227	90,1	26	86,7	253	89,7	
Antiarrítmicos							
Sim	18	7,2	4	13,3	22	7,8	0,27
Não	233	92,8	26	86,7	259	92,2	
Agonistas Adrenérgicos Centrais							
Sim	4	1,6	0	0,0	4	1,4	1,00
Não	249	98,4	30	100,0	279	98,6	
Quantidade de Medicamentos							
0	16	94,1	1	5,9	17	100,0	0,48
1	69	87,3	10	12,7	79	100,0	
2 e 3	107	87,7	15	12,3	122	100,0	
4,5 e 6	61	93,8	4	6,2	65	100,0	

BRA: Bloqueadores do Receptor de Angiotensina

BCC: Bloqueadores do Canal de Cálcio

IECA: Inibidores da enzima conversora de Angiotensina

Os dados da tabela 18 mostram que houve associação entre a adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky

Green realizado no momento 5 de participação no programa e o uso de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (18,6% vs 3,3%) enquanto verificou-se também uma associação negativa em relação a adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky Green e o uso de Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (53,0% vs 73,3%). Não houve associação entre adesão medicamentosa avaliada pelo teste de Morisky Green, as outras classes farmacológicas e a quantidade de medicamentos utilizada pelos hipertensos.

Tabela 19 – Adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky Green em relação a auto percepção de saúde dos hipertensos durante o acompanhamento. São Paulo, 2013.

ADESÃO – MORISKY GREEN	AUTO PERCEPÇÃO SAÚDE								p
	EXCELENTE		MUITO BOA		BOA		REGULAR		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Momento 1									
Sim	8	88,9	27	90,0	76	90,5	142	88,8	0,98
Não	1	11,1	3	10,0	8	9,5	18	11,2	
Momento 2									
Sim	9	90,0	26	89,7	76	90,5	142	88,8	0,98
Não	1	10,0	3	10,3	8	9,5	18	11,2	
Momento 3									
Sim	8	88,9	27	90,0	77	90,6	141	88,7	0,96
Não	1	11,1	3	10,0	8	9,4	18	11,3	
Momento 4									
Sim	9	90,0	25	89,3	76	90,5	143	88,8	0,98
Não	1	10,0	3	10,7	8	9,5	18	11,2	
Momento 5									
Sim	2	100,0	61	89,7	108	90,8	82	87,2	0,82
Não	0	0,0	7	10,3	11	9,2	12	12,8	

Os dados da tabela 19 mostram que não houve relação entre a adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky e Green realizado no momento 5 de participação no programa e a auto percepção de saúde durante o acompanhamento no programa de gestão de doenças crônicas.

Tabela 20 – Adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky Green em relação a auto percepção de saúde dos hipertensos durante as visitas domiciliares. São Paulo, 2013.

ADESÃO – MORISKY GREEN	AUTO PERCEPÇÃO SAÚDE								p
	EXCELENTE		MUITO BOA		BOA		REGULAR		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Visita 1									
Sim	8	88,9	25	89,3	78	90,7	142	88,8	0,97
Não	1	11,1	3	10,7	8	9,3	18	11.2	
Visita 2									
Sim	4	100,0	62	88,6	113	90,4	74	88,1	0.85
Não	0	0.0	8	11.4	12	9.6	10	11.9	

Os dados da tabela 20 mostram que não houve relação entre a adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky e Green realizado no momento 5 de participação no programa e a auto percepção de saúde durante as visitas domiciliares.

Tabela 21 - Respostas ao Teste de Morisky Green no primeiro momento em relação ao sexo dos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.

VARIÁVEIS	TESTE MORISKY GREEN															
	COSTUMA ESQUECER DE TOMAR REMÉDIOS				VOCÊ AS VEZES SE DESCUIDA DE TOMAR SEU MEDICAMENTO?				DEIXA DE TOMAR A MEDICAÇÃO CASO SINTA-SE MELHOR?				DEIXA DE TOMAR A MEDICAÇÃO CASO SINTA-SE PIOR?			
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo																
Feminino	46	64,8	131	61,8	95	63,3	82	61,7	114	62,0	63	63,6	77	36,8	29	39,2
Masculino	25	35,2	81	38,2	55	37,6	51	38,3	70	38,0	36	36,4	132	63,2	45	60,8
Valor p	0,38				0,43				0,44				0,41			

Os dados da tabela 21 mostram que não houve associação estatisticamente significativa entre o sexo e as respostas ao teste de Morisky e Green.

Tabela 22 - Respostas ao Teste de Morisky Green no primeiro momento em relação às comorbidades relatadas pelos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.

COMORBIDADES	TESTE MORISKY GREEN															
	COSTUMA ESQUECER DE TOMAR REMÉDIOS?				ÀS VEZES DESCUIDA DE TOMAR MEDICAMENTO?				DEIXA DE TOMAR A MEDICAÇÃO CASO SINTA-SE MELHOR?				DEIXA DE TOMAR A MEDICAÇÃO CASO SINTA-SE PIOR?			
	Sim N	%	Não N	%	Sim N	%	Não N	%	Sim N	%	Não N	%	Sim N	%	Não N	%
Diabetes 1																
Sim	2	2,8	8	3,8	4	2,7	6	4,5	6	3,3	4	4,0	8	3,8	2	2,7
Não	69	97,2	204	96,2	146	97,3	127	95,5	178	96,7	95	96,0	201	92,2	72	97,3
Valor p	0,52				0,30				0,49				0,49			
Diabetes 2																
Sim	51	71,8	167	78,8	111	74,0	107	80,5	137	74,5	81	81,8	160	76,6	58	78,4
Não	20	28,2	45	21,2	39	26,0	26	19,5	47	25,5	18	18,2	49	23,4	16	21,6
Valor p	0,15				0,13				0,10				0,44			
Insuficiência Cardíaca																
Sim	17	23,9	88	41,5	50	33,3	55	41,4	65	35,3	40	40,4	78	37,3	27	36,5
Não	54	76,1	124	58,5	100	66,7	78	58,6	119	64,7	59	59,6	131	62,7	47	63,5
Valor p	0,05				0,10				0,24				0,51			
Insuficiência Renal Crônica																
Sim	21	29,6	32	15,1	30	20,0	23	17,3	38	20,7	15	15,2	47	22,5	6	8,1
Não	50	70,4	180	84,9	120	80,0	110	82,7	146	79,3	84	84,8	162	77,5	68	91,9
Valor p	0,07				0,33				0,16				0,04			
Infarto do Miocárdio																
Sim	4	5,6	13	6,1	8	5,3	9	6,8	15	8,2	2	2,0	13	6,2	4	5,7
Não	67	94,4	199	93,9	142	94,7	124	93,2	160	91,8	97	98,0	196	93,8	70	94,6
Valor p	0,57				0,40				0,03				0,53			

Continua

Continuação

COMORBIDADES	TESTE MORISKY GREEN															
	COSTUMA ESQUECER DE TOMAR REMÉDIOS?				ÀS VEZES DESCUIDA DE TOMAR MEDICAMENTO?				DEIXA DE TOMAR A MEDICAÇÃO CASO SINTA-SE MELHOR?				DEIXA DE TOMAR A MEDICAÇÃO CASO SINTA-SE PIOR?			
Dislipidemia																
Sim	18	25,4	61	28,8	43	28,7	36	27,1	54	29,3	25	25,3	53	25,4	26	35,1
Não	53	74,6	151	71,2	107	71,3	97	72,9	130	70,7	74	74,7	156	74,6	48	64,9
Valor p	0,35				0,43				0,28				0,07			
Doença Arterial Coronariana																
Sim	7	9,9	31	14,6	16	10,7	22	16,5	24	13,0	14	14,1	29	13,9	9	12,2
Não	64	90,1	181	85,4	134	89,3	111	83,5	160	87,0	85	85,9	180	86,1	65	87,8
Valor p	0,21				0,10				0,46				0,44			
Acidente Vascular Encefálico																
Sim	7	9,9	23	10,8	13	8,7	17	12,8	21	11,4	9	9,1	21	10,0	9	12,2
Não	64	90,1	189	89,2	137	91,3	116	87,2	163	88,6	90	90,9	188	90,0	65	87,8
Valor p	0,51				0,18				0,35				0,38			

Os dados da tabela 22 mostram que houve associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a resposta “sim” à pergunta do instrumento de avaliação de adesão ao tratamento medicamentoso de Morisky e Green - "Deixa de tomar a medicação caso sintam-se melhor?" e os hipertensos com histórico de infarto do miocárdio (8,2% vs 2,0%), verificou-se um comportamento negativo em relação a adesão à medicação, pois os hipertensos com o histórico de infarto agudo do miocárdio deixavam de tomar a medicação quando sentiam-se melhores. Houve também associação estatisticamente significativa entre a resposta “sim” à pergunta do instrumento " Deixa de tomar a medicação caso sintam-se pior?" e hipertensos portadores de Insuficiência Renal Crônica (22,5 % vs 8,1%), verificou-se um comportamento negativo em relação à adesão à medicação, pois os hipertensos portadores de Insuficiência renal crônica deixavam de tomar a medicação quando sentiam-se piores. Não houve associação estatisticamente significativa entre as demais respostas às quatro perguntas do instrumento de Morisky Green e as demais comorbidades analisadas.

Tabela 23 – Respostas ao Teste de Morisky Green no primeiro momento em relação às classes farmacológicas utilizadas pelos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.

CLASSES	TESTE MORISKY GREEN															
	COSTUMA ESQUECER DE TOMAR REMÉDIOS?				ÀS VEZES SE DESCUIDA DE TOMAR SEU MEDICAMENTO?				DEIXA DE TOMAR A MEDICAÇÃO CASO SINTA-SE MELHOR?				DEIXA DE TOMAR A MEDICAÇÃO CASO SINTA-SE PIOR?			
	Sim N	%	Não		Sim	Não N	%		Sim N	%	Não N	%	Sim N	%	Não N	%
BRA																
Sim	37	52,1	119	56,1	78	52,0	78	58,6	94	51,1	62	62,6	108	51,7	48	64,9
Não	34	47,9	93	43,9	72	48,0	55	41,4	90	48,9	37	37,4	101	48,3	26	35,1
Valor p	0,32				0,16				0,04				0,03			
Estatinas																
Sim	33	46,5	118	55,7	77	51,3	74	55,6	96	52,2	55	55,6	112	53,6	39	52,7
Não	38	53,5	94	44,3	73	48,7	59	44,4	88	47,8	44	44,4	97	46,4	35	47,3
Valor p	0,11				0,27				0,34				0,50			
Diuréticos																
Sim	54	76,1	95	44,8	67	44,7	82	61,6	63	34,2	86	86,9	80	38,3	69	93,2
Não	17	23,9	117	55,2	83	55,3	51	38,4	121	65,8	13	13,1	129	61,7	5	6,8
Valor p	0,08				0,62				0,36				0,03			
Betabloqueadores																
Sim	26	36,6	82	38,7	55	36,7	53	39,8	72	39,1	36	36,4	81	38,8	27	36,5
Não	45	63,4	130	61,3	95	63,3	80	60,2	112	60,9	63	63,6	128	61,2	47	63,5
Valor p	0,43				0,33				0,37				0,42			
Hipoglicemiantes																
Sim	23	32,4	82	38,7	53	35,3	52	39,1	65	35,3	40	40,4	76	36,4	29	39,2
Não	48	67,6	130	61,3	97	64,7	81	60,9	119	64,7	59	59,6	133	63,6	45	60,8
Valor p	0,21				0,30				0,24				0,38			

Continua

Continuação

BCC																
Sim	17	23,9	61	28,8	36	24,0	42	31,6	51	27,7	27	27,3	149	71,3	56	75,7
Não	54	76,1	151	71,2	114	76,0	91	68,4	133	72,3	72	72,7	60	28,7	18	24,3
Valor p	0,26				0,10				0,53				0,29			
IECA																
Sim	16	22,5	32	15,1	32	21,3	16	12,0	40	21,7	8	8,1	43	20,6	5	6,8
Não	55	77,5	180	84,9	118	78,7	117	88,0	144	78,3	91	91,9	166	79,4	69	93,2
Valor p	0,10				0,03				0,00				0,00			
Insulinas																
Sim	5	7,0	24	11,4	11	7,4	18	13,5	15	8,2	14	14,1	19	9,1	10	13,5
Não	66	93,0	187	88,6	138	92,6	115	86,5	168	91,8	85	85,9	189	90,9	64	86,5
Valor p	0,21				0,06				0,08				0,20			
Antiarrítmicos																
Sim	4	5,8	18	8,5	10	6,8	12	9,0	16	8,8	6	6,1	16	7,7	6	8,1
Não	65	94,2	194	91,5	138	93,2	121	91,0	166	91,2	93	93,9	191	92,3	68	91,9
Valor p	0,33				0,31				0,28				0,54			
Agonistas Adrenérgicos Centrais																
Sim	1	1,4	3	1,4	1	0,7	3	2,3	3	1,6	1	1,0	4	1,9	0	0,0
Não	70	98,6	209	98,6	149	99,3	130	97,7	181	98,4	98	99,0	205	98,1	74	100,0
Valor p	0,74				0,27				0,56				0,29			

Os dados da tabela 23 mostram que houve associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a terceira (62,6% vs 51,1%) e a quarta (64,9% vs 51,7%) pergunta do instrumento de avaliação de adesão ao tratamento medicamentoso de Morisky e Green e os hipertensos em uso de Bloqueadores do Receptor de Angiotensina, verificou-se um comportamento positivo em relação à adesão à medicação já que esses referiram não deixar de tomar a medicação quando sentiam-se melhores ou piores. Houve associação estatisticamente significativa com as respostas dos hipertensos que relataram o uso de Diuréticos e a quarta pergunta do instrumento (93,2% vs 6,8%), verificou-se um comportamento positivo em relação à adesão à medicação, já que esses referiram não deixar de tomar a medicação quando sentiam-se piores. Houve também associação estatisticamente significativa entre as respostas "sim" e as seguintes perguntas do instrumento e o uso de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina "Você às vezes se descuida de tomar seu medicamento?" (21,3% vs 12,0%), "Deixa de tomar a medicação caso sinta-se melhor?" (21,7% vs 8,1%) e "Deixa de tomar a medicação caso sinta-se pior?" (20,6% vs 6,8%), verificou-se um comportamento negativo em relação à adesão a medicação nos hipertensos em uso de IECA já que esses relataram ser descuidados quanto a medicação e deixar de tomar esta quando sentiam-se melhores ou piores. Não houve associação estatisticamente significativa entre as respostas do instrumento de Morisky Green e as demais classes farmacológicas.

Tabela 24 – Respostas ao Teste de Morisky Green nos cinco momentos em relação ao tabagismo durante o programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.

TESTE DE MORISKY GREEN	TABAGISMO																			
	1				2				3				4				5			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Você costuma esquecer de tomar seus remédios?																				
sim	2	2,8	69	97,2	1	1,4	70	98,6	2	2,8	69	97,2	3	4,2	68	95,8	2	2,8	69	97,2
Não	8	3,8	204	96,2	6	2,8	206	97,2	14	6,6	198	93,4	14	6,6	198	93,4	14	6,6	198	93,4
Valor p	0,52				0,44				0,19				0,34				0,19			
Você as vezes se descuida de tomar seu medicamento?																				
Sim	3	2,0	147	98,0	2	1,3	148	98,7	6	4,0	144	96,0	7	4,7	143	95,3	5	3,3	145	96,7
Não	7	5,3	126	94,7	5	3,8	128	96,2	10	7,5	123	92,5	10	7,5	123	95,2	11	8,3	122	91,7
Valor p	0,12				0,18				0,15				0,22				0,06			
Deixa de tomar a medicação caso sintá-se melhor?																				
Sim	3	1,6	181	98,4	2	1,1	182	98,9	6	3,3	178	96,7	8	4,3	176	95,7	5	2,7	179	97,3
Não	7	7,1	92	92,9	5	5,1	94	94,9	10	10,1	89	89,9	9	9,1	90	90,9	11	11,1	88	88,9
Valor p	0,02				0,05				0,02				0,09				0,05			
Deixa de tomar a medicação caso sintá-se pior?																				
Sim	9	4,3	200	95,7	5	2,4	204	97,6	11	5,3	198	94,7	11	5,3	198	94,7	10	4,8	199	95,2
Não	1	1,4	73	98,6	2	2,7	72	97,3	5	6,8	69	93,2	6	8,1	68	91,9	6	8,1	68	91,9
Valor p	0,21				0,59				0,41				0,27				0,21			

Os dados da tabela 24 mostram que houve associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a resposta “sim” à pergunta do instrumento de avaliação de adesão ao tratamento medicamentoso de Morisky e Green "Deixa de tomar a medicação caso sintasse-se melhor?" e os tabagistas no primeiro e no terceiro momento de participação no programa respectivamente (7,1% vs 1,6%) e (10,1 vs 3,3%), verificou-se um comportamento positivo em relação à adesão à medicação entre os tabagistas que referiram não deixar de tomar a medicação quando sentiam-se melhores. Não houve associação estatisticamente significativa entre as respostas do instrumento de Morisky Green e os demais momentos analisados.

Tabela 25 – Respostas ao Teste de Morisky Green nos cinco momentos em relação ao etilismo durante o programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.

TESTE DE MORISKY GREEN	ETILISMO																			
	1				2				3				4				5			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Você costuma esquecer de tomar seus remédios?																				
Sim	8	11,3	63	88,7	2	2,8	69	97,2	2	2,8	69	97,2	2	2,8	69	97,2	2	2,8	69	97,2
Não	21	9,9	191	90,1	8	3,8	204	96,2	8	3,8	204	96,2	8	3,8	204	96,2	7	3,3	205	96,7
Valor p	0,45				0,52				0,52				0,52				0,60			
Você as vezes se descuida de tomar seu medicamento?																				
Sim	15	10,0	135	90,0	4	2,7	146	97,3	4	2,7	146	97,3	4	2,7	146	97,3	4	2,7	146	97,3
Não	14	10,5	119	89,5	6	4,5	127	95,5	6	4,5	127	95,5	6	4,5	127	95,5	5	3,8	128	96,2
Valor p	0,52				0,30				0,30				0,30				0,42			
Deixa de tomar a medicação caso sinta-se melhor?																				
Sim	18	9,8	166	90,2	5	2,7	179	97,3	5	2,7	179	97,3	5	2,7	179	97,3	5	2,7	179	97,3
Não	11	11,1	88	88,9	5	5,1	94	94,9	5	5,1	94	94,9	5	5,1	94	94,9	4	4,0	95	96,0
Valor p	0,44				0,24				0,24				0,24				0,39			
Deixa de tomar a medicação caso sinta-se pior?																				
Sim	19	9,1	190	90,9	4	1,9	205	98,1	4	1,9	205	98,1	4	1,9	205	98,1	4	1,9	205	98,1
Não	10	13,5	64	86,5	6	8,1	68	91,9	6	8,1	68	91,9	6	8,1	68	91,9	5	6,8	69	93,2
Valor p	0,19				0,02				0,02				0,02				0,05			

Os dados da tabela 25 mostram que houve associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a resposta “sim” à pergunta do instrumento de avaliação de adesão ao tratamento medicamentoso de Morisky e Green "Deixa de tomar a medicação caso sintasse-se pior?" e os etilistas no segundo, terceiro e quarto trimestre momentos de participação no programa respectivamente (8,1 vs 1,9%), (8,1% vs 1,9%) e (8,1% vs 1,9%), verificou-se comportamento positivo em relação à tomada da medicação entre os etilistas já que estes referiram não deixar de tomar a medicação quando sentiam-se melhores. Não houve associação estatisticamente significativa entre as respostas do instrumento de Morisky Green e os demais momentos analisados.

Tabela 26 – Respostas ao Teste de Morisky Green nos cinco momentos em relação ao sedentarismo durante o programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.

TESTE DE MORISKY GREEN	SEDENTARISMO																			
	1				2				3				4				5			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Você costuma esquecer de tomar seus remédios?																				
Sim	67	94,4	4	5,6	65	91,5	6	8,5	57	80,3	14	19,7	53	74,6	18	25,4	53	74,6	18	25,6
Não	207	97,6	5	2,4	190	89,6	22	10,4	178	84,0	34	16,0	156	73,6	56	26,4	150	70,8	62	29,2
Valor p	0,16				0,42				0,29				0,50				0,32			
Você as vezes se descuida de tomar seu medicamento?																				
Sim	144	96,0	6	4,0	137	91,3	13	8,7	125	83,3	25	16,7	109	72,7	41	27,3	107	71,3	43	28,7
Não	130	97,7	3	2,3	118	88,7	15	11,3	110	82,7	23	17,3	100	75,2	33	24,8	96	72,2	37	27,8
Valor p	0,31				0,30				0,51				0,36				0,49			
Deixa de tomar a medicação caso sinta-se melhor?																				
Sim	177	96,2	7	3,8	164	89,1	20	10,9	151	82,1	33	17,9	135	73,4	49	26,6	131	71,2	53	28,8
Não	97	98,0	2	2,0	91	91,9	8	8,1	84	84,8	15	15,2	74	74,7	25	25,3	72	72,7	27	27,3
Valor p	0,33				0,30				0,34				0,46				0,45			
Deixa de tomar a medicação caso sinta-se pior?																				
Sim	201	96,2	8	3,8	187	89,5	22	10,5	170	81,3	39	18,7	156	74,6	53	25,4	152	72,7	57	27,3
Não	73	98,6	1	1,4	68	91,9	6	8,1	65	87,8	9	12,2	53	71,6	21	28,4	51	68,9	23	31,1
Valor p	0,27				0,37				0,13				0,36				0,31			

Os dados da tabela 26 mostram que não houve associação estatisticamente significativa entre as respostas dadas às quatro perguntas do instrumento de Morisky Green e o sedentarismo ao longo do programa de gestão de doenças crônicas.

5.5 INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Tabela 27 – Internação Hospitalar em relação ao sexo e idade dos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo. 2013.

VARIÁVEIS	INTERNAÇÕES				p
	SIM		NÃO		
	N	%	N	%	
Sexo					
Feminino	76	59,8	101	64,7	0,40
Masculino	51	40,2	55	35,3	
Idade (média, anos) (dp)	72,9(10,2)		73,8(11,5)		0,51

Os dados da tabela 27 mostram que não houve associação estatisticamente significativa entre o sexo ou a idade com o evento da internação hospitalar dos hipertensos, anterior ao ingresso no programa.

Tabela 28 - Internação hospitalar em relação às comorbidades dos pacientes hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.

COMORBIDADES		INTERNAÇÃO				TOTAL		Valor p
		SIM		NÃO				
		N	%	N	%	N	%	
Diabetes tipo 1								
	Sim	7	5,5	3	1,9	10	3,5	0,12
	Não	120	94,5	153	98,1	273	96,5	
Diabetes tipo 2								
	Sim	100	78,7	118	75,6	218	77,0	0,54
	Não	27	21,3	38	24,4	65	23,0	
Cardiopatas								
	Sim	63	49,6	67	42,9	130	45,9	0,16
	Não	64	50,4	89	57,1	153	54,1	
Insuficiência	Renal							
Crônica								
	Sim	23	18,1	30	19,2	53	18,7	0,81
	Não	104	81,9	126	80,8	230	81,3	
Acidente	Vascular							
Encefálico								
	Sim	16	12,6	14	9,0	30	10,6	0,32
	Não	111	87,4	142	91,0	253	89,4	
Dislipidemia								
	Sim	42	33,1	37	23,7	79	27,9	0,08
	Não	85	66,9	119	76,3	204	72,1	
Número	de							
Comorbidade								
0		49	60,5	32	39,5	81	100,0	0,32
1		60	57,7	44	42,3	104	100,0	
2		36	51,4	34	48,6	70	100,0	
3		9	37,5	15	62,5	24	100,0	
4		2	50,0	2	50,0	4	100,0	

Os dados da tabela 28 mostram que não houve associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de internação hospitalar, as comorbidades e o número relatado pelos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas.

Tabela 29 - Internação hospitalar em relação as classe farmacológica e a quantidade de medicamentos utilizados pelos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas. São Paulo, 2013.

MEDICAMENTOS	INTERNAÇÃO				TOTAL		p
	SIM		NÃO				
	N	%	N	%	N	%	
BRA							
Sim	80	63,0	76	48,7	156	55,1	0,02
Não	47	37,0	80	51,3	127	44,9	
Estatinas							
Sim	72	56,7	79	50,6	151	53,4	0,31
Não	55	43,3	77	49,4	132	46,6	
Diuréticos							
Sim	72	52,9	77	52,4	149	52,7	1,00
Não	64	47,1	70	47,6	134	47,3	
Betabloqueadores							
Sim	57	44,9	51	32,7	108	38,2	0,04
Não	70	55,1	105	67,3	175	61,8	
Hipoglicemiantes							
Sim	47	37,0	58	37,2	105	31,1	0,97
Não	80	63,0	98	62,8	178	62,9	
BCC							
Sim	41	32,3	37	23,7	78	27,6	0,11
Não	86	67,7	119	76,3	205	72,4	
IECA							
Sim	25	19,7	23	14,7	48	17,0	0,27
Não	102	80,3	133	85,3	235	83,0	
Insulinas							
Sim	15	11,8	14	9,0	29	10,3	0,44
Não	112	88,2	141	91,0	253	89,7	
Antiarrítmicos							
Sim	12	9,6	10	6,4	22	7,8	0,32
Não	113	90,4	146	93,6	259	92,2	
Agonistas Adrenérgicos Centrais							
Sim	1	0,8	3	1,9	4	1,4	0,63
Não	126	99,2	153	98,1	279	98,6	
Quantidade de Medicamentos							
0	13	76,5	4	23,5	17	100,0	0,35
1	51	64,6	28	35,4	79	100,0	
2 e 3	60	49,2	62	50,8	122	100,0	
4,5 e 6	32	49,2	33	50,8	65	100,0	

BRA: Bloqueadores do Receptor de Angiotensina

BCC: Bloqueadores do Canal de Cálcio

IECA: Inibidores da enzima conversora de Angiotensina

Os dados da tabela 29 mostram que houve associação estatisticamente significativa entre o uso de Bloqueadores do Receptor de Angiotensina e Betabloqueadores e a ocorrência de

internação hospitalar. Verificou-se que houve maior número de internações entre aqueles que relataram utilizar estas classes farmacológicas (63,0% vs 48,7%) e (44,9% vs 32,7%). Não houve associação entre a internação, as demais classes farmacológicas e quantidade de medicamentos utilizados pelos hipertensos.

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS HIPERTENSOS

As variáveis sexo e idade, no contexto da hipertensão, são de extrema importância pois podem se relacionar não só com a ocorrência da doença, mas também no processo de adesão ao tratamento e controle dos níveis tensionais. Verificou-se que a maioria era do sexo feminino (62,5%) e este fato merece atenção, apesar de não se ter identificado associação estatisticamente significativa com as demais variáveis do estudo. Considera-se que as mulheres apresentam maior conscientização em relação ao cuidado com a saúde, pela própria condição feminina, o que justifica maior participação e procura por serviços de saúde e pode explicar a maior quantidade de participantes do sexo feminino em um programa de gestão de doenças crônicas. Estudo ⁵⁸ realizado em nosso meio mostrou que homens, jovens, não brancos se relacionaram com desconhecimento sobre a hipertensão e tratamento, característica que pode influenciar negativamente no controle da hipertensão. Sousa ⁵⁹ em investigação sobre a prevalência da hipertensão arterial referida, percepção de sua origem e formas de controle em área da metropolitana de São Paulo, mostrou que as mulheres foram as que mais procuraram pela assistência e pondera que as mulheres parecem ter uma percepção mais acurada de sua condição de saúde e também desenvolvem maiores relações com os serviços de saúde em razão de seus atributos e funções reprodutivas. Estudo de abrangência nacional que teve como objetivo deprever a distribuição de indicadores referentes à hipertensão no programa HiperDia, também identificou predomínio de pacientes do sexo feminino cadastradas, (66%)⁶⁰.

Embora a hipertensão arterial atinja igualmente homens e mulheres, uma revisão sistemática demonstrou a relação entre sexo e hipertensão. Estudo realizado em uma capital brasileira mostrou maior prevalência de hipertensão entre homens (41,8%) que entre mulheres (31,8%)^{Error! Bookmark not defined.}. Outro estudo que se propôs a identificar a prevalência de hipertensão em Campo Grande, MS, também encontrou maior prevalência nos homens (51,8%), que entre as mulheres (33,1%)^{Error! Bookmark not defined.}. Apesar destes estudos revelarem maior prevalência em homens, outro estudo de base epidemiológica, que se propôs estimar a prevalência da hipertensão auto referida entre adultos de ambientes rurais e urbanos brasileiros, encontrou prevalência maior entre as mulheres em relação aos homens (23,9% e 17,7%) e aumento com a idade⁶¹. Os resultados relativos ao ano de 2012 do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) trouxe no conjunto da população adulta das 27 cidades brasileiras estudadas, a frequência de diagnóstico prévio de hipertensão arterial de 24,3%, sendo maior em mulheres (26,9%) do que em homens (21,3%)⁶². Dados obtidos em estudo⁶³ com 426 idosos na cidade de Campinas (SP) mostrou prevalência de HAS de 51,8%, sendo 55,9% sexo feminino e 46,4% do sexo masculino.

A média de idade dos hipertensos estudados revelou população idosa, manteve-se na sétima década (73,4 (10,9) anos). Tal dado era esperado por tratar-se de um contingente especial, pois o Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas incluía pessoas a partir da indicação das seguradoras de saúde, e essas por sua vez selecionavam aqueles com crescente problemática de saúde, muito frequente com o avançar da idade. Destaca-se ainda, que a pressão arterial aumenta conforme a idade e acomete um número maior de indivíduos de faixas etárias mais avançadas.

Estudo que avaliou a prevalência da hipertensão arterial referida em mulheres acima de 60 anos demonstrou que o fato de

apresentar idade acima de 75 anos elevou em 25% a chance de ter hipertensão arterial referida⁶⁴. No presente estudo 63,2% dos hipertensos apresentavam idade acima dos 71 anos.

Em relação à presença de comorbidades, 77% dos hipertensos referiu diabetes mellitus tipo 2, fato bem frequente. Estudo que realizou a Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial trouxe uma prevalência de 34,3% de Diabetes entre os hipertensos, com maior prevalência para aqueles atendidos em pronto-socorro (42,3%)⁶⁵. Da mesma forma, outro estudo apontou prevalência de 41% de Diabetes nos hipertensos atendidos em uma unidade básica de saúde acompanhados pelo programa de saúde da família⁶⁶. O estudo que se propôs avaliar a hipertensão referida em mulheres idosas, trouxe uma prevalência de 80,2% de Diabetes nas mulheres que referiram hipertensão arterial⁶⁴. Observou-se que o achado do presente estudo apresenta acima da média de outros estudos com populações hipertensas, porém, ao se comparar com estudo composto por população idosa, a prevalência foi semelhante.

Em relação à presença de cardiopatias, observou-se que pouco mais da metade (56,5%) era portadora de doenças como Insuficiência Cardíaca, Doença Arterial Coronariana e Infarto do Miocárdio. no estudo de comparação dos perfis entre hipertensos atendidos no pronto-socorro e os acompanhados em ambulatório, a prevalência de cardiopatias no total dos dois grupos foi de 11,7%⁶⁵. Entre aqueles acompanhados pelo programa saúde da família a prevalência foi de 16%⁶⁶. Entre as mulheres idosas que referiam hipertensão a prevalência foi de 77,0%⁶⁴. Enquanto a população do presente estudo encontra-se acima da média da prevalência de cardiopatias encontrada em hipertensos, ao comparar-se com este estudo compreendido por mulheres que referiram hipertensão, a prevalência é quase 20% menor (56,5% e 77%).

Quanto à presença de Insuficiência renal crônica 18,7% referiram ser portadores de insuficiência renal a esse dado foi similar ao relatado por hipertensos atendidos em pronto socorro (16,7%) em estudo que se propôs comparar o perfil dos hipertensos atendidos no pronto-socorro e os acompanhados em ambulatório⁶⁵. A presença do relato de insuficiência renal merece atenção especial, considerando as complicações renais decorrentes da hipertensão arterial. Geralmente elas são identificadas mais tardiamente, quando a lesão renal se faz presente de forma mais acentuada, inclusive com grave perda funcional.

No presente estudo apenas 22% dos hipertensos não apresentavam comorbidades. Tal dado evidencia mais uma vez a importância da extratificação de risco dos hipertensos, considerando não só os níveis tensionais, mas também a lesão de órgãos alvo. Os hipertensos com grau de maior complexidade merecem atenção especial por parte dos profissionais de saúde. Estudo com hipertensos complicados (PAD $\geq$ 110 mmHg com ou sem tratamento, com lesões em órgãos-alvo ou outras doenças) mostrou que os hipertensos complicados desconheciam que o tratamento pode evitar problemas renais⁶⁷.

6.2 PARÂMETROS BIOMÉTRICOS E DE ESTILO DE VIDA

6.2.1 Índice de Massa Corporal

A Obesidade e hipertensão arterial estão intimamente relacionados pois o ganho de peso pode causar elevação da pressão arterial e, ao contrário, a redução de peso pode diminuir a pressão arterial de pacientes hipertensos. No entanto, os mecanismos fisiopatogênicos que favorecem o desenvolvimento de hipertensão na obesidade são complexos e multifatoriais. Entre

essas alterações destacam-se alterações hemodinâmicas sistêmicas e renais. Isso torna a obesidade um dos fatores de risco clássico para hipertensão arterial.

Estudo de uma coorte com 1.132 homens brancos participantes iniciais do *Johns Hopkins Precursors Study* analisou a associação do índice de massa corporal em três fases da vida: idade adulta jovem, meia-idade e quando idosos. Os achados mostraram que homens que tinham Índice de Massa corporal normal na idade de 25 anos, mas estavam com sobrepeso ou obesidade aos 45 anos apresentaram um risco maior de desenvolver hipertensão (HR, 1,57, 95% CI, 1,20-2,07). Os homens que estavam com sobrepeso ou obesos na idade de 25 anos que permaneceram com sobrepeso ou obesidade aos 45 anos apresentaram quase o dobro do risco de desenvolver hipertensão (HR, 1,91, 95% CI, 1,46-2,49), em comparação com os homens que estavam com Índice de Massa corporal dentro dos padrões normais aos 25 anos e aos 45 anos⁶⁸. Estudo com 511 pessoas hipertensas em tratamento ambulatorial mostrou Índice de Massa Corporal no limite superior da faixa de sobrepeso ($29,04 \pm 4,35$ kg/m²), 32,9% dos homens e 74,1% das mulheres tinham cintura maior que o recomendado. Apenas 22% dos hipertensos estavam controlados e, os que conheciam que o tratamento inclui a redução de peso estavam mais controlados ($p < 0,05$, 24% vs 9%)⁶⁹.

No presente estudo, o Índice de Massa corporal, a média foi de 27,7 (4,9) kg/m² porém houve predomínio de hipertensos com sobrepeso e obesidade, pois apenas um terço dos hipertensos estava na faixa da normalidade. Considerando predomínio de idade elevada, acima dos 70 anos e presença de comorbidades e prováveis lesões de órgãos alvo, torna a amostra estudada ainda mais especial. acrescenta-se ainda o fato de que ao analisar a evolução desses hipertensos, não houve alteração significativa ($p = 1,00$) do Índice de Massa corporal nos momentos analisados. No

momento inicial, de entrada no programa (momento 1) a média do Índice de Massa corporal era de 27,7 (4,9) kg/m², no último momento de avaliação (momento 5) a média foi de 27,6 (5,0) kg/m².

6.2 TABAGISMO

O tabagismo é um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, porém, a relação entre o tabagismo e o desenvolvimento de hipertensão arterial não está bem estabelecido. Uma coorte prospectiva com homens normotensos acompanhados por onze anos, demonstrou que aqueles que fumavam mais de 20 cigarros por dia apresentaram mais que o dobro de chances de desenvolver hipertensão⁷⁰. O estudo *Framingham* foi um dos primeiros a demonstrar a associação entre fumo e acidente vascular encefálico, número de cigarros fumados e o efeito de parar de fumar. Fumantes de mais de 40 cigarros/dia apresentaram risco relativo duas vezes maior que fumantes de menos que dez cigarros/dia. Parar de fumar reduz o risco de forma significativa já após dois anos, atingindo o patamar de não fumantes em cinco anos⁷¹.

A prevalência do tabagismo, em nosso meio, vem em constante decrescência.. No Brasil o inquérito VIGITEL apontou uma frequência de fumantes no conjunto das capitais de 14,8%, sendo maior entre os homens (18,1%) do que entre as mulheres (12%), fato verificado em todas as capitais. Em São Paulo o índice foi de 22%. Houve redução da prevalência de fumantes e fumantes pesados entre homens e entre indivíduos com idade de 35 a 54 anos. Para fumantes, também houve redução no estrato de 9 a 11 anos de estudo e regiões Norte e Centro-oeste. Para fumantes pesados, a queda foi na Região Nordeste. A política regulatória adotada pelo Brasil tem sido responsável pelo declínio nas prevalências do tabaco⁷².

No presente estudo, a prevalência de tabagismo no momento de ingresso no programa de gestão de doenças crônicas foi de 3,5%, bem abaixo dos dados encontrados em estudos no nosso meio. Isso talvez possa ser explicado pelo predomínio de hipertensos do sexo feminino e pela média de idade elevada, acima de 70 anos. Durante a evolução dos hipertensos seguidos no programa de gestão de doenças crônicas, apesar de ligeiro declínio na frequência de tabagistas do momento inicial para o momento final (3,5% para 5,7%) não houve alteração significativa no comportamento desta variável ($p>0,05$).

6.2.3 Etilismo

A influência do consumo de álcool na hipertensão é bastante analisada pela literatura. Um estudo com propósito de investigar a associação entre o padrão do consumo de álcool e o risco para desenvolver hipertensão demonstrou que a quantidade de etanol e a frequência de ingestão, aumenta o risco de hipertensão independentemente da quantidade ingerida⁷³. Estudo⁷³ que realizou a monitorização ambulatorial de 24h entre bebedores pesados (100 g de etanol/dia), durante a ingestão de bebidas alcoólicas e após 30 dias de abstinência, mostrou redução significativa nos níveis pressóricos e os autores recomendam que a cessação do consumo de bebidas alcoólicas seja uma das prioridades entre indivíduos hipertensos. Da mesma forma outra investigação⁷⁴ avaliou o consumo alcoólico e o risco de hipertensão arterial entre homens e mulheres, verificando uma diferença entre o sexo e o consumo de bebidas alcoólicas, concluindo que o consumo moderado de álcool diminuiu o risco de hipertensão arterial entre as mulheres, sendo o inverso entre os homens. Entretanto, outros estudos mostraram uma associação inversa entre a ingestão moderada de bebidas alcoólicas, em especial, o vinho e as doenças

cardiovasculares. Essa associação seria resultante da ação antiplaquetária e antioxidante dos polifenóis presentes nessa bebida, mas, apenas lembrando que os polifenóis estão presentes na casca e sementes da uva como também no chá verde, portanto, ingerir chá verde e suco de uva traria os mesmos benefícios de ingerir vinho^{75,76,77}.

O consumo de álcool no presente estudo, foi referido por 10,2% dos hipertensos estudados e apresentou mudança estatisticamente significativa ($p=0,00$) ao comparar-se o momento de ingresso e do final do acompanhamento dos hipertensos no programa de gestão de doenças crônicas. Ao final do acompanhamento o índice de etilistas caiu para 2,8%, valor também referido na última visita domiciliar feita aos hipertensos. Destaca-se que a redução do consumo de bebida alcoólica nesse grupo de hipertensos, também possa ter contribuído para o decréscimo significativo observado nos níveis da pressão arterial, durante o período de acompanhamento. Ao comparar-se com a frequência demonstradas em outros estudos com hipertensos, o presente estudo apresentou frequência abaixo do relatado no estudo que comparou as características biossociais entre hipertensos controlados e não controlados, a ingestão alcoólica foi de 61,5% entre os não controlados e 38,5% entre os controlados⁷⁸. Outro estudo que se propôs a identificar a prevalência referida de hipertensão arterial por meio de contato telefônico, identificou que entre aqueles indivíduos classificados como hipertensos, 39,1% relataram o consumo de álcool^{Error! Bookmark not defined.}.

6.2.4 Sedentarismo

A organização mundial de saúde (OMS) recomenda a prática de atividade física regular moderada ao menos 5 dias por semana, por no mínimo 30 minutos⁷⁹. Estudo realizado entre os

carteiros e os trabalhadores de escritório do serviço postal e entre os cobradores de ônibus de dois andares de Londres, mostrou nos trabalhadores com maior gasto energético durante o trabalho, menores taxas de mortes por doenças coronarianas.⁸⁰.

A prática regular de atividades físicas é parte primordial das condutas não medicamentosas de prevenção e tratamento da Hipertensão¹⁸. A literatura confirma a redução da pressão arterial após o exercício, principalmente em hipertensos^{81,82}. O principal mecanismo relacionado à redução da pressão arterial após o exercício está ligado à inibição da atividade simpática (noradrenalina), a redução de angiotensina II, adenosina e endotelina circulantes, e dos seus recetores no sistema nervoso central, favorecendo sistemicamente a redução da resistência vascular periférica e aumentando a sensibilidade barorreflexa. O efeito vasodilatador das prostaglandinas e óxido nítrico, libertados durante o exercício, também contribui⁸³. Um estudo de coorte clássico que acompanhou por dez anos 14.998 indivíduos, demonstrou que aqueles que praticavam atividade física de forma regular apresentaram 35% menor risco para hipertensão arterial do que os sedentários⁸⁴.

Estudo de revisão sobre atividade física e síndrome metabólica também encontrou evidências sugestivas de que atividade física regular de moderada intensidade pode prevenir a síndrome metabólica, sendo que atividade física de maior intensidade pode exercer maior benefício. Destaca-se que um maior condicionamento cardiorrespiratório tem demonstrado forte associação negativa com a síndrome metabólica⁸⁵. Outro dado da região metropolitana de São Paulo, um dos primeiros levantamentos no início da década de 90, indicou que 69,3% dos adultos não eram suficientemente ativos, fato ainda mais evidente em mulheres (80,2%) do que em homens (57,3%). Dados sobre a evolução da frequência de atividade física no tempo livre (lazer) do Ministério da

Saúde do estudo VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) de 2006 a 2010 foram, respectivamente: 14,9%, 15,2%, 15,0%, 14,7% e 14,9%⁶².

No presente estudo, apenas 3,2% dos hipertensos relataram praticar atividade física no momento do ingresso do programa. Esse dado é bastante relevante, pois trata-se de níveis elevados de sedentarismo. Ao longo do acompanhamento esta variável apresentou mudança significativa em seu comportamento ($p=0,00$) pois ao final do período de acompanhamento houve um aumento de 25,1% de indivíduos praticantes de atividades físicas (3,2% vs 28,3%). Em relação à atividade física e hipertensão arterial estudos têm evidenciado os benefícios da prática regular de atividade física e a incidência ou risco de desenvolvimento da hipertensão arterial, bem como a redução da pressão arterial^{86,87,88,89,90}. O estudo *CARDIA* que acompanhou durante 15 anos 3993 homens e mulheres, de 18 a 30 anos mostrou que a incidência de hipertensão arterial foi igual a 0,83 (IC 95% 0,73-0,93), independente da raça, sexo, idade, educação e história familiar de hipertensão arterial⁹¹. Investigação que analisou a relação da atividade física com a redução da pressão arterial em diferentes momentos do dia, identificou uma redução estatisticamente significativa na pressão sistólica (-3,3 IC 95%, -5,8 a -0,9) e na pressão diastólica (-3,5 IC95%, -5,2 a -1,9)⁹². Nessa mesma linha, Forjaz *et al* identificaram que a duração do exercício determinou a magnitude e duração da hipotensão pós-exercício: quanto maior o tempo de exercício maior foi a duração da hipotensão⁹³.

Deste modo observa-se que os efeitos benéficos do exercício físico devem ser aproveitados e incentivados pela equipe multiprofissional no tratamento do hipertenso, visando evitar o uso ou reduzir o número de medicamentos, promover saúde e prevenir outras doenças. Em indivíduos sedentários e hipertensos, reduções

cl clinicamente significativas na pressão arterial podem ser conseguidas com o aumento relativamente modesto na atividade física, acima dos níveis dos sedentários, além do que o volume de exercício requerido para reduzir a pressão arterial pode ser relativamente pequeno, possível de ser atingido mesmo por indivíduos sedentários⁹⁴. No contexto da enfermagem, orientações sobre os benefícios da atividade física, devem fazer parte do plano assistencial. Nessa linha realizou-se estudo para avaliar o efeito de atividades com uso do pedômetro, orientadas pela enfermagem, na prática de atividade física e na mudança de comportamento em hipertensos acompanhados em Estratégia Saúde da Família. Foram avaliados dois grupos (controle=130 e intervenção=133) no início e no final do de 10 semanas de acompanhamento em relação a nível de atividade física, estágio de mudança de comportamento, medida casual e medida residencial da pressão arterial (MRPA). Os principais resultados mostraram que houve diminuição significativa da pressão arterial nos dois grupos, porém as mudanças de comportamento frente à atividade física e aumento do número de passos, ao final do estudo, foram mais acentuadas nos hipertensos do grupo que recebeu as intervenções orientadas pela enfermagem⁹⁵.

6.2.4 Pressão Arterial

A média da pressão arterial inicial dos hipertensos estava dentro dos padrões de normalidade, porém, ao longo do acompanhamento no programa de gestão de doenças crônicas, houve redução do valor. A redução foi significativa ao comparar-se o momento 1, momento inicial de avaliação, em relação aos outros momentos, apenas a partir do momento 4 ($p < 0,05$) tanto na pressão sistólica ($p = 0,02$) quanto na diastólica ($p = 0,03$). Na avaliação pressórica realizada durante as visitas domiciliares ao comparar-se a

primeira e a segunda visita, a redução foi significativa apenas para a pressão sistólica ($p=0,04$). Tais achados são de extrema importância e podem ser reflexo da inserção desses hipertensos no programa de gestão de doenças crônicas, aliado às mudanças de comportamento ocorridas, como aumento da atividade física e redução de ingestão de bebida alcoólica.

Um estudo em nosso meio que acompanhou por 12 meses pacientes hipertensos divididos em sem complicações e com complicações ofereceu um programa de assistência especial composto por visitas clínicas a cada dois meses, doação de todos os medicamentos anti-hipertensivos, reuniões com uma equipe multidisciplinar e contatos telefônicos ativos. Após os 12 meses de seguimento verificou-se apresentou valores de média de pressão dos pacientes hipertensos sem complicações e com complicações respectivamente $128(17)/75(13)$ e $128(15)/83(11)$ mm Hg, valores similares aos do presente estudo. Os autores concluem que uma atenção especial aos hipertensos reduziu a pressão arterial e aumentou o controle pressórico, sem interferir na qualidade de vida, que também foi avaliada⁹⁶.

Cabe destacar que, embora os hipertensos estudados tenham mantido níveis tensionais dentro da faixa da normalidade, menores que 130/85 mmHg, de acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, ao analisar-se a estratificação de risco dessas pessoas, elas possuem risco adicional no mínimo moderado, devido a presença de comorbidades em 71,4% dos hipertensos, destes 77% sendo diabéticos e 68,1% com sobrepeso ou obesidade. O grau do risco, provavelmente seria até mais elevado, considerando a possibilidade de dois ou mais fatores associados. A recomendação para evitar o aumento do risco cardiovascular na população com estas características é que mantenham índices de pressão arterial de 120 - 129/80 – 84 mmHg¹⁸.

6.3 CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL E ADESÃO AO TRATAMENTO

A principal meta do tratamento anti-hipertensivo é o controle da pressão arterial, ou seja, manter valores iguais ou menores que 140/90 mmHg¹⁸. O controle da hipertensão arterial pode envolver múltiplos fatores, tais como características do paciente, socioeconômicos, culturais, crenças, hábitos e estilos de vida, ligados ao sistema de saúde, à doença e tratamento. Tais relações são consideradas pela estreita relação entre o controle e processo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. No presente estudo apesar de não ter havido alteração estatisticamente significativa ($p=0,11$) entre o controle inicial da pressão arterial, momento 1 (62,4%) e o controle verificado no final, momento 5 (76,3%), ressalta-se que as taxas de controle encontradas foram mais elevadas, quando comparadas Ao cenário nacional atualmente. Os alto valores mais elevados podem estar relacionados ao acesso a serviços de saúde, já que todos os participantes tinham uma plano de saúde particular, e também a questão da procura por cuidado, já que estavam inscritos em um programa de acompanhamento condições crônicas.

No cenário nacional o controle da pressão arterial apresenta taxas de controle variadas e índices de abrangência nacional são desconhecidos. Uma revisão sistemática⁹⁷ que descreveu o panorama do controle da hipertensão arterial no Brasil com base nas publicações existentes em uma base de dados trouxe que em estudos de base populacional, o índice mais elevado de controle foi de 57,6% foi de um estudo multicêntrico realizado em 100 municípios e na cidade de São José do Rio Preto (52,4%), no estado de São Paulo, e os menores percentuais, em torno de 10%, foram identificados em microrregiões do Rio Grande do Sul e no município de Tubarão, Santa Catarina.

Houve associação estatisticamente significativa entre o controle da pressão arterial no momento 5 e o tabagismo ($p=0,02$), verificou-se menor controle entre os tabagistas (3,7% vs 11,9%). Corroborando esses dados, estudo que avaliou pacientes de consultório médico e se propôs a conhecer o percentual de pacientes sob tratamento anti-hipertensivo que estavam dentro das metas estabelecidas para a sua condição específica, mostrou que a a probabilidade de controle em tabagistas foi menor (29%)⁹⁸. Nessa mesma linha, estudo que avaliou abandono ao tratamento anti-hipertensivo, considerado o mais alto grau de falta de adesão ao tratamento, mostrou relação direta com o tabagismo, risco relativo 1,46 (1,04-2,06)⁹⁹.

Ressalta-se que de um modo geral o controle da hipertensão em nosso arterial é pouco satisfatório. Vários fatores podem contribuir para tal, como a redução insuficiente dos níveis da pressão arterial pela proposta de tratamento pouco eficaz e a pouca ou falta de adesão ao tratamento. Os dados de baixo controle da hipertensão arterial, aliados a outras observações decorrentes da prática dos profissionais da área da saúde, reforçam a hipótese de que o diagnóstico da hipertensão arterial é fácil, bem como a orientação do tratamento. Mas, apesar da eficácia das medidas terapêuticas anti-hipertensivas existentes, o controle tensional não é uma tarefa fácil, tendo em vista que, na maioria das vezes, o tratamento é para toda a vida. Os problemas de adesão nem sempre são fáceis de se detectar e ainda mais difícil é quantificá-los. Para melhorar o controle da hipertensão arterial, é importante reunir esforços no sentido de identificar os pacientes não aderentes ao tratamento proposto. Adesão é um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica. A não adesão é um impedimento ao alcance dos objetivos terapêuticos

e pode constituir-se em uma fonte de frustração para os profissionais de saúde.^{Error! Bookmark not defined.}

O desafio da adesão ao tratamento é tarefa que exige o envolvimento e a participação dos hipertensos e da equipe de saúde. Para que se possa atingir e manter os níveis tensionais controlados, faz-se necessário estímulos constantes que podem contribuir para as mudanças do estilo de vida e ajuste ao tratamento medicamentoso. Os pacientes hipertensos devem ser observados a intervalos regulares, tendo como principal objetivo obter o controle dos níveis de pressão arterial, assim como a sua manutenção em longo prazo. O principal motivo do controle inadequado da hipertensão arterial parece ser o não cumprimento do tratamento em longo prazo, tanto em modificações em estilo de vida, quanto no que se refere à observação da prescrição medicamentosa. Dessa forma, a proposta de gerenciamento de doenças crônicas atinge diretamente esses propósitos.

Vários são os fatores que interferem no processo de adesão ao tratamento. As variáveis biossociais como idade, sexo, raça, escolaridade, nível sócio-econômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde devem ser considerados. Estudo de coorte realizado na cidade de Porto Alegre mostrou que o abandono ao tratamento anti-hipertensivo se associou com tabagismo, escolaridade inferior ou igual a 5 anos e menos de 5 anos de doença, e aumento da idade com maior probabilidade de seguimento⁹⁹. Por outro lado, investigação com hipertensos na cidade de São Paulo evidenciou que maiores níveis tensionais no seguimento destas pessoas se relacionaram com idade acima de 60 anos, além de baixa escolaridade, baixa renda e mais de cinco anos de hipertensão⁵⁸. Mudanças de hábitos e estilos de vida, bem como aspectos culturais, também podem influenciar a adesão ao tratamento e requerem determinação por parte do paciente e equipe.

O conhecimento sobre a doença e tratamento é outro fator a ser considerado. Os fatores psicossociais e a cronicidade da doença e ausência de sintomatologia específica, bem como complicações a longo prazo também exercem influência no processo de adesão. A relação com os membros da equipe de saúde que assiste a pessoa hipertensa também merece atenção e características do tratamento medicamentoso podem influenciar a adesão, destacando-se os efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos e tratamento por toda vida.

No presente estudo, a adesão ao tratamento medicamentoso foi avaliada através do teste de Morisky e Green e os hipertensos foram classificados como aderentes ou não aderentes.

Há muitos métodos que podem ser utilizados para avaliar a adesão ao tratamento, sendo os mais comuns: o controle efetivo da pressão arterial; a informação do paciente; a informação de profissionais de saúde ou familiares; comparecimento às consultas médicas e de enfermagem; técnicas de contagem dos comprimidos; e técnicas bioquímicas, com dosagem das drogas no sangue ou urina. Os métodos indiretos, tais como, relato do paciente, juízo subjetivo do médico, nível de conhecimento da doença, são os mais utilizados, porém há o inconveniente de não serem totalmente objetivos e apenas identificarem uma parte dos pacientes não aderentes. Para que se possa melhorar o controle da hipertensão arterial, é importante identificar os pacientes não aderentes ao tratamento proposto. Sem dúvida, mensurar a adesão do hipertenso ao tratamento não é fácil, porque qualquer um dos métodos disponíveis apresenta vários problemas. Os mais exatos são os métodos diretos, tais como, controle da pressão arterial, comparecimento às consultas, técnicas de contagem dos comprimidos tomados/sobras e dosagens bioquímicas séricas ou secretórias dos fármacos prescritos. Porém,

tais métodos são mais onerosos e geralmente estão fora do alcance da prática clínica.

Na década de 70, Green et al¹⁰⁰ realizaram um estudo para avaliar as estratégias educativas nos cuidados de saúde com pacientes hipertensos, na cidade de Baltimore, nos Estados Unidos. Os pesquisadores verificaram que os pacientes tinham conhecimento suficiente a respeito da hipertensão arterial, mas não se achavam suficientemente motivados e faltava-lhes confiança em sua própria capacidade para controlar a pressão arterial através da adesão às prescrições médicas. Paralelamente à pesquisa com os pacientes, foi realizado um estudo exploratório com os profissionais de saúde que cuidavam do grupo de hipertensos. Entre as conclusões às quais a equipe chegou, salienta-se a importância da educação em saúde e considerou-se parte do programa educacional promover mudanças organizacionais capazes de influenciar o sistema a responder, de forma mais adequada, ao controle da hipertensão arterial. Alguns anos mais tarde, em 1986, Morisky e Green et al realizaram um estudo com 400 pacientes hipertensos, com o objetivo de descrever uma técnica que avaliasse o comportamento do paciente na tomada do remédio, em duas clínicas de um grande Hospital Escola na Califórnia. Os pacientes eram 91% negros, 70% mulheres com faixa etária média de 54 anos e sob tratamento, em média, há 6 anos. Baseados na avaliação das necessidades prévias dos pacientes atendidos nas clínicas, desenvolveram um programa com 13 intervenções educacionais complementares, por um período de 18 meses, direcionado para a explicação e reforço de como melhorar a adesão ao tratamento. Os autores também descrevem uma abordagem alternativa, com a apresentação de uma escala de auto-relato, Teste de Morisky e Green, composta de quatro perguntas para medir o comportamento frente à tomada de medicamentos em pacientes hipertensos. Os pacientes foram entrevistados no final desse programa educacional.

O estudo mostrou que os erros de omissão ao medicamento poderiam ocorrer de várias formas: esquecimento, descuido ou negligência, interrupção do medicamento quando se sentiam melhor ou iniciar a tomada do medicamento apenas quando se sentiam pior. Um total de 290, dos 400 pacientes que participaram do estudo, foram acompanhados tanto em relação ao comportamento de adesão ao medicamento como no controle da pressão, por um período de 2 a 5 anos, para testar a hipótese de que o comportamento de tomada de medicamentos tem tanto validade preditiva como simultânea, tendo como padrão o controle da pressão arterial. Em um intervalo de seis meses, uma relação significativa foi encontrada entre as variáveis da pontuação obtida nos quatro itens do Teste Morisky e Green e o controle da pressão arterial. Os indivíduos que obtiveram alta pontuação no teste apresentavam maior probabilidade de terem a pressão sob controle, comparados com aqueles que apresentaram pontuação baixa no teste. Na avaliação realizada após 42 meses, 75% dos indivíduos que obtiveram pontuação alta no teste estavam com a pressão arterial sob controle, enquanto apenas 47% dos que obtiveram pontuação média ou baixa estavam com a pressão arterial controlada.

As propriedades do Teste Morisky e Green são designadas para facilitar a identificação e avaliação dos problemas e barreiras para uma adesão adequada. O teste pode ser utilizado inicialmente como uma ferramenta de diagnóstico para avaliar os níveis de cumprimento da prescrição por parte dos pacientes e seus comportamentos de adesão. Uma característica importante do Teste de Morisky e Green é a identificação de problemas relacionados com atitudes e comportamentos e a conseqüente utilização de medidas adequadas para resolvê-los.

Um dos achados mais relevantes do presente estudo foi o aumento da adesão ao tratamento medicamentoso ($p=0,00$) avaliado pelo Teste de Morisky e Green ao longo do período de avaliação dos

hipertensos no programa de gestão de doenças crônicas. A taxa de adesão apresentou uma elevação de aproximadamente 60%, pois passou de 25,1% no momento 1, de ingresso no programa, para 85,5% no último momento, momento 5. Esse dado é importante pois, mais da metade dos pacientes que estão sendo tratados para a hipertensão tendem a abandonar os cuidados inteiramente dentro de um ano de diagnóstico¹⁰¹ e índices aceitáveis de adesão ao tratamento medicamentoso devem estar acima de 80%¹⁰².

Um estudo realizado em nosso meio que se propôs a avaliar a taxa de adesão ao tratamento da hipertensão arterial em idosos com média de idade de 71 (6) anos apresentou uma taxa de adesão de acordo com o teste de Morisky-Green de 36%. Valor bem abaixo dos achados no presente estudo.

Embora não tenha havido associação estatística entre a adesão e variáveis como sexo e a idade dos participantes, merecem ser considerados na adesão ao tratamento medicamentoso. A média de idade dos participantes (73,4 anos (10,9)) pode ter contribuído de maneira positiva para o aumento do nível de adesão a terapia medicamentosa, já que o nível de adesão tende a ser maior acima dos 60 anos^{99,103}. Outro fator que pode ter colaborado para o aumento da adesão medicamentosa, foi o predomínio de participantes do sexo feminino (62,5%), isto é esperado pois a mulher possui uma melhor relação quanto ao serviço de assistência a sua saúde global e tende a ser mais cuidadosa quanto ao acompanhamento médico e as medidas de controle de suas condições de saúde.

Quanto à adesão em relação às comorbidades relatadas, houve associação entre a adesão ao tratamento medicamentoso e os hipertensos portadores de insuficiência renal crônica ($p=0,02$). Os hipertensos com insuficiência renal crônica mostraram-se mais

aderentes ao tratamento medicamentoso avaliado pelo Teste de Morisky Green (20,6% vs 3,3%).

Embora os hipertensos portadores de Insuficiência renal crônica tenham se mostrado mais aderentes ao tratamento medicamentoso, ao analisar a adesão à medicação em relação a cada pergunta que compõe o instrumento de Morisky Green, estes apresentaram um comportamento negativo estatisticamente significativo ($p=0,03$) pois relataram “deixar de tomar medicamento quando sentiam-se piores.

Houve associação significativa entre o comportamento negativo dos hipertensos com histórico de infarto do miocárdio em relação à adesão avaliada pelo teste de Morisky green e a resposta à pergunta "Deixa de tomar o medicamento caso sintam-se melhor?" ($p=0,03$), já que estes informaram abandonar o tratamento medicamentoso caso sintam-se melhores.

Quanto a adesão em relação ao tratamento farmacológico houve associação entre adesão e os hipertensos em uso de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina ($p=0,03$), na avaliação geral da adesão medicamentosa pelo instrumento de Morisky Green, os hipertensos que referiram o uso desta classe farmacológica mostraram-se mais aderentes dos que não faziam o uso (18,6% vs 3,3%).

Houve também associação entre a adesão medicamentosa e o uso de Bloqueadores do receptor de angiotensina ($p=0,03$). A associação refletiu uma atitude negativa entre os hipertensos em uso de Bloqueadores do receptor de angiotensina, houve menor relato de adesão entre eles (53,0% vs 73,3%).

Esse dado é diferente do encontrado em uma meta-análise canadense realizada para fornecer estimativas de

indicadores de risco independentes associados ao abandono do tratamento anti-hipertensivo. Nesta revisão constatou-se que hipertensos em uso de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina em comparação com hipertensos em uso de Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina tem 30% a mais de chance de não serem aderentes¹⁰⁴.

Na análise das respostas às perguntas que compõe o instrumento de Morisky e Green, os hipertensos em uso dos Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina demonstraram uma atitude negativa em relação à tomada da medicação e este comportamento foi significativo estatisticamente ($p < 0,05$) pois eles responderam “sim” para às seguintes perguntas: “Você às vezes se descuida de tomar seu medicamento?” “Deixa de tomar medicamento caso sinta-se melhor?” e “Deixa de tomar a medicamento caso sinta-se pior?”. Entretanto, os hipertensos em uso de Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina apresentaram uma atitude positiva quando se realizou a análise a cada pergunta do instrumento, em relação a não abandonar o tratamento quando sentiam-se melhores ou piores ($p = 0,04$ e $0,03$). Esse comportamento pode estar relacionado a reações adversas mais comuns em pacientes em uso de dos Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina do que em pacientes em uso de Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina¹⁰⁴.

Reconhece-se ser difícil seguir o tratamento de uma doença como a hipertensão arterial e entre suas justificativas mais conhecidas está a ausência de sintomas. Outros fatores contribuem a adesão ou não ao tratamento, a exemplo de: relacionamento profissional-cliente, os efeitos colaterais das drogas, a quantidade de drogas a ser tomada pelo hipertenso todos os dias e os horários dos medicamentos, fatores econômicos e mesmo a dificuldade em aceitar a cronicidade da condição¹⁰⁵.

Para Araújo ¹⁰⁶ a adesão está reacionada a uma estrutura: antecedentes, atributos e consequências. Nos antecedentes da

adesão estão os fatores relacionados ao paciente, à terapêutica e ao sistema de saúde; nos atributos têm-se a participação ativa no tratamento e a realização de mudanças no estilo de vida, e nas consequências encontram-se as pressões arteriais controladas, redução na incidência ou retardamento na ocorrência de complicações e melhoria da qualidade de vida. Esta estrutura traz um sistema de retroalimentação e as consequências da adesão servem de reforço para o elemento atributos.

6.5 AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE

No início, a maioria dos hipertensos (56,9%) classificou sua saúde como regular seguidos por classificação boa (29,3%) e muito boa (10,6%) . Ao final do acompanhamento, no momento 5, a classificação passou a ser, regular (46,3%) boa (35,0%) e muito boa (15,2%).

A evolução deste parâmetro não se modificou de forma estatisticamente significativa e não houve associação com auto percepção de saúde, o controle da pressão arterial e a adesão ao tratamento.

É importante ressaltar que a percepção da saúde sofre influência de diferentes processos, que incluem suporte social, acesso aos serviços de saúde, entre outros, não analisados no presente estudo¹⁰⁷.

Um estudo que se propôs a verificar a associação entre auto - percepção de saúde e presença de fatores de risco

cardiovascular demonstrou uma forte associação entre número de fatores de risco e pior percepção da saúde¹⁰⁸

Outro estudo, regional, se propôs a investigar a auto-percepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos verificou que os idosos hipertensos tinham uma percepção mais negativa da sua própria saúde em comparação com os não hipertensos. A classificação entre os não hipertensos, diferiu principalmente na classificação de saúde razoável, onde o predomínio foi de idosos portadores de hipertensão (40,7% vs 24,8%)¹⁰⁹.

Um estudo que buscou investigar a associação entre auto percepção de saúde e fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população brasileira, trouxe que entre as mulheres e pessoas com idade acima de 65 anos, houve maior prevalência de percepção da saúde ruim, 44,4% e 62,2% respectivamente. Além disso entre as pessoas que relataram ser portadores de 3 ou mais morbidades, a prevalência da percepção ruim foi de 73,6%¹¹⁰.

A auto percepção de saúde foi classificada como regular pela maior parte dos hipertensos, isso pode estar associado a idade elevada, ao número de comorbidades, e a cronicidade da condição de saúde.

6.5 PROGRAMAS DE GESTÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS

A gestão de doença crônicas é definida na prática clínica como uma abordagem organizada, pró-ativa, centrada no paciente para entrega de saúde que envolve todos os membros de uma população definida, que tem uma doença específica (ou uma subpopulação com fatores de risco específicos). Os cuidados são focados e integrados em todo o espectro da doença e suas

complicações, prevenção de comorbidades. Componentes essenciais incluem a identificação da população, implementação de diretrizes de prática clínica ou outras ferramentas de tomada de decisão¹¹¹.

A evidência disponível mostra que, para adultos com diabetes, o melhor controle glicêmico é conseguido com cuidados fornecidos por modelos de gestão de doenças crônicas do que em comparação a pacientes que recebem somente cuidados usuais. Um estudo encontrou que para adultos com hipertensão melhor controle da pressão arterial é conseguido por meio da gestão de doenças crônicas em comparação com os cuidados usuais. Foram identificados relevantes revisões sistemáticas relevantes^{112 113} comparando o cuidado de grupo com o cuidado usual em adultos com diabetes. Estudos com um total de 4652 pacientes e idade média 59,3 anos (a partir de estudos relatando informações de idade), uma revisão sistemática foi publicada em 2013, no Canadá e incluiu 13 Ensaios Clínicos Randomizados e 13 não randomizados. Uma revisão sistemática foi publicada em 2012 nos Estados Unidos e incluiu 15 Ensaios Clínicos Randomizados e quatro estudos não randomizados, com um total de 5072 pacientes. Dos 19 estudos incluídos na revisão sistemática treze estudos foram em adultos de idade média de 61 anos, e três estudos foram em adultos mais velhos, com taxas de alta utilização de serviços de saúde e de idade média 74,1 anos;

Um Ensaio Clínico Randomizado com hipertensos que comparou um grupo que recebia cuidado usual com um grupo que recebia além dos cuidados usuais, assistência de um programa de gestão de doenças crônicas feito por nutricionistas mostrou que em relação ao controle, o grupo de intervenção apresentou uma melhora estatisticamente significativa na pressão arterial, peso e índice de massa corporal¹¹⁴.

Os programas de gestão de doenças crônicas tem um número de participantes com média de idade acima de 60 anos, pela característica das próprias condições crônicas que costumam se manifestar após esta idade. Este modelo de cuidado é feito por equipes multiprofissionais, em sua maioria, por enfermeiros e farmacêuticos.

6.6 LIMITAÇÕES

As principais limitações deste estudo são o Tipo do Estudo realizado e a coleta de dados feita a partir de prontuário eletrônico.

Um estudo de natureza observacional não permite avaliar a relação entre causa e efeito. Embora possa-se observar alterações nas variáveis estudadas ao longo do tempo, a ausência de um grupo controle não permite relacioná-las a intervenção aplicada nestes tipos de estudo.

No prontuário do paciente que estão contidas as informações escritas que refletem o atendimento e tratamento prestado. A evolução do paciente deve ser registrada, utilizando-se termos que expliquem os fatos de maneira clara. A equipe de enfermagem deve prever o tempo para fazer os registros no prontuário de cada paciente, pois faz parte das responsabilidades legais da enfermagem.

A coleta dos dados foi feita diretamente do Banco de dados, este banco era alimentado pelos dados preenchidos no prontuário. Por se tratar de um prontuário, a ausência de dados prejudicou a análise de algumas variáveis, como por exemplo, exames laboratoriais. Muitos prontuários não continham informações suficientes durante o período analisado. Não é possível atribuir a

falta de dados a ausência de anotações do profissional enfermeiro ou a falta de conhecimento dos participante em relação aos valores.

7 CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo realizado com 283 hipertensos participantes do programa de gestão de doenças crônicas do grupo privado mostraram com relação às características biossociais que 62,5% eram do sexo feminino, e a idade média apresentada foi de 73,4 (10,9) anos e 63,2 % tinham idade superior a 71 anos.

Quanto a características antropométricas, apresentaram índice de massa corporal de 27,7 (4,9) kg/m² com 68,1% situando-se em faixa de sobrepeso ou obesidade. Esse parâmetro não se alterou ao final do acompanhamento.

Quanto aos hábitos de vida 3,5% eram tabagistas no início do programa e após os 17 meses de acompanhamento 2,2% referiram o hábito de fumar. 10,2% referiram inicialmente o consumo de bebida alcoólica e ao final do acompanhamento apenas 2,8% referiram etilismo, alteração estatisticamente significativa. Inicialmente 3,2% praticavam exercícios físicos, ao final do acompanhamento 28,3% referiram pratica regular de atividade física, uma mudança estatisticamente significativa.

Os níveis lípidicos dos hipertensos só foi avaliado no ingresso ao programa de gestão de doenças crônicas. A média inicial do Colesterol Total foi de 177,3 mg/dl (39,0) sendo que 74,2% estavam com níveis desejáveis (< 200 mg/dl), 17,7% limítrofe (200-239 mg/dl) e 8,2% alto ($\geq$ 240 mg/dl). A média da fração HDL do colesterol foi de 49,2 mg/dl (12,8), sendo que 15,6% estavam com níveis desejáveis (> 60 mg/dl), 58,3% com níveis normais (40 – 60 mg/dl) e 26% com níveis baixos (< 40 mg/dl). A média da fração LDL do colesterol foi de 101,7 mg/dl (32,2), de acordo com a

classificação, 55,3% apresentavam níveis Ótimos(< 100), 26,8% níveis desejáveis (100-129), 13,2% limítrofe (130-159), 3,7% com níveis altos (160-189) e apenas 1,1% com níveis muito alto ($\geq$ 190). Quanto aos triglicérides, a média foi de 136,5 mg/dl (68,5), sendo que 65,6% apresentaram níveis desejáveis (<150 mg/dl), 15,9% limítrofe (150-200 mg/dl), 18% níveis altos (200-499 mg/dl) e 0,5% Muito alto ($\geq$ 500 mg/dl).

Quanto aos níveis pressóricos, no momento do ingresso a média referida da pressão arterial foi de 128,8 (11,4)/78,9 (7,8)mmHg. Ao final do acompanhamento a média foi de 125,1 (11,6)/ 77,2 (8,0) mmHg. A média aferida na primeira visita domiciliar foi de 133,1(14,1)/ 78,7 (9,4) mmHg e na última visita 130,3 (11,4)/ 77,6 (8,7)mmHg. Ambas medidas apresentaram um comportamento estatisticamente significativo ao longo do acompanhamento.

O controle da pressão arterial dos hipertensos que participaram do programa inicialmente foi de 62,4% e ao final do estudo de 76,3%.

No aspecto da adesão houve mudança significativa estatisticamente, 25,1% foram classificados inicialmente como aderentes pelo teste de Morisky e Green. Ao final do acompanhamento esse índice foi de 85,5%.

Quanto as internações hospitalares, foram analisadas somente as internações referidas 30 dias antes do ingresso no programa, 44,9% dos participantes referiram internação antes de ingressar no programa, 78% destes apresentaram uma única ocorrência.

Quanto ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, este dado foi referido no início do programa. 55,1% referiram uso de Bloqueadores do Receptor de Angiotensina, 52,7% referiram uso de Diuréticos, os diuréticos foram agrupados, entre estes, estão

diuréticos tiazídicos, de alça e poupadores de potássio. 38,2% faziam uso de Betabloqueadores. 27,6% referiram utilizar Bloqueadores dos Canais de Cálcio. 17,0% referiram utilizar Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina e apenas 1,4% referiram usar Agonistas Adrenérgicos Centrais. Em relação ao número de anti-hipertensivos utilizados, 6% dos hipertensos não relatou não fazer uso de medicação anti-hipertensiva. 27,9% referiu monoterapia, ou seja, utilizava apenas um anti-hipertensivo. 16,6% referiu utilizar 2 classes de medicações anti-hipertensivas. 26,5% utilizava 3 medicamentos para controle da pressão arterial. 13,1% fazia uso de 4 drogas anti-hipertensivas. 8,5% referiu utilizar 5 medicamentos e apenas 1,4% relatou fazer uso de 6 medicamentos anti-hipertensivos.

A auto percepção de saúde dos hipertensos foi um dado referido e classificada inicialmente por 3,2% como Excelente por 3,2%, por 10,6% como Muito Boa, por 29,3% como Boa e por 56,9% como Regular. Ao final do acompanhamento 3,5% classificaram sua saúde como Excelente(3,2%), 15,2% como Muito Boa, 35,0% como Boa e por 46,3% como Regular.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou participantes de um programa de gestão de doenças crônicas existente. Todas as análises das variáveis foram feitas a partir dos instrumentos disponíveis no prontuário. Por ser um programa contratado por operadoras de saúde particulares, a característica dos participantes como por exemplo o seu grau de acesso a saúde é diferente da população que conta apenas com serviços de saúde pública.

Embora não se possa atribuir a melhora em relação aos parâmetros observados às orientações realizadas pelos enfermeiros, o acompanhamento trouxe o que se busca no tratamento da hipertensão arterial, aumentar a adesão e com isso os níveis de controle.

Houve um aumento significativo em relação a adesão ao tratamento medicamentoso comparando-se o momento inicial ao momento final. Além do tratamento medicamentoso, houve mudança nos parâmetros do estilo de vida, muito importantes para o tratamento não medicamentoso.

Como o gasto com intervenções hospitalares a pacientes crônicos descompensados cresce a cada dia, é importante lançar mão de estratégias como esta, que acompanham o hipertenso, fornecem orientação e melhoram seu auto-cuidado, o que evita posteriores complicações da doença.

Faz-se necessário realizar um estudo que consiga comprovar a efetividade desta intervenção para que este modelo possa ser seguramente aplicado como uma política de saúde.

Este modelo de atenção à saúde traz ainda um novo papel de atuação do enfermeiro, onde, como educador, trabalha com orientações em saúde e estratégias para a mudança do estilo de vida. É importante ressaltar a autonomia do profissional frente as orientações realizadas e como a comunicação, embora feita por telefone, é uma ferramenta importante da assistência ao cuidado do paciente, principalmente para minimizar agravos à saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Organização Pan-americana de Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. 2011.
- 2 Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertension* 2009; 27(5): 963–975.
- 3 Mancia et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension* 2013;31(7): 1281-1357.
- 4 Heart disease and stroke statistics - update 2009 - a report from the American Heart Association committee and stroke statistics subcommittee. *Circulation* 2009; 119: e21- e181. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/119/3/e21.full.pdf+html>
- 5 McAlister FA, Wilkins K, Joffres M, Leenen F, Fodor G, Gee M, M Tremblay, Walker R, Johansen H, Campbell N. Changes in the rates of awareness, treatment and control of hypertension in Canada over the past two decades. *CMAJ* 2011; 183(9): 1007–1013.
- 6 Nunes Filho JR, Debastiani D, Nunes AD, Peres KG. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. *Arq. Bras. Cardiol.* 2007; 89(5): 319-324.
- 7 Martins MSAS, Ferreira MG, Guimarães LV, Vianna LAC. Hipertensão arterial e estilo de vida em SINOP, município da Amazônia Legal. *Arq Bras Cardiol* 2010; 94(5): 639-644.
- 8 Costa JSD, Barcellos FC, Sclowitz ML, Sclowitz IKT, Castanheira M, Olinto MTA, Menezes AMB, Gigante DP, Macedo S, Fuchs SC. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arq. Bras. Cardiol* 2007;88(1): 59-65.

-
- 9** Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Almeida Filho N, Aquino E, Oliveira MMC. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador(BA) – Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.* 2006; 87(6): 747-756.
- 10** Mion D, Pierin AMG, Bensenor IM, Marin JCM, Costa KRA, Henrique LFO, Alencar NP, Couto RC, Laurenti TE, Machado TAO. Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: prevalência referida por contato telefônico. *Arq. Bras. Cardiol.*; 2010; 95(1): 99-106.
- 11** Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza WKS, *et al.* Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira . *Arq. Bras. Cardiol.* 2007; 88(4): 452-457.
- 12** Souza ARA, Costa A, Nakamura D, Mocheti LN, Stevanato Filho PR, Ovando LA. Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. *Arq. Bras. Cardiol.* 2007; 88(4): 441-446.
- 13** Zeller CB, Naia E, Reis H, Aramayo J, Ritt LE, França M, Gonzaga CC, Sousa MG, Passarelli O, Borelli FAO, Amodeo C. Hipertensão arterial e órgão-alvo. A importância do tratamento. *Rev. Bras. Hipertens.* 2007;14(1): 60-62.
- 14** O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, *et al.* Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet.* 2010;376: 112-23.
- 15** McQueen MJ, Hawken S, Wang X *et al.* Lipids, lipoproteins, and apolipoproteins as risk markers of myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study). *Lancet* 2008;372: 224-33.
- 16** Kaiser, SE. Estratificação de risco cardiovascular e metas de terapia anti-hipertensiva: [revisão]. *Rev. Bras. Hipertens.* 2010; 17(3): 160-168.
- 17** Dib MW, Riera R, Ferraz MB. Estimated annual cost of arterial hypertension treatment in Brazil. *Rev. Panam. Salud Pública.* 2010;27(2): 125–31.

18 VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Hipertensão, 17(1) – 2009.

19 National Heart Lung and Blood Institute. Who is at risk for high blood pressure? Disponível em: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/hbp/atrisk.html>

20 Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pág 337–362.

21 Zhang R, Reisin E. Obesity-hypertension: the effects on cardiovascular and renal systems. Am J Hypertens 2000 13: 1308-1314.

22 Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. Dash Collaborative Research Group. N Eng J Med 1997; 336(16): 117–124.

23 Stranges S, Wu T, Dorn JM, Freudenheim JL, Muti P, Farinaro E, Russel M, Nochajsky TH, Trevisan M. Relationship of alcohol drinking pattern to risk of hypertension: a population-based study. Hypertension 2004; 44: 813-819.

24 de Oliveira CM, Pereira AC, de Andrade M, Soler JM, Krieger JE. Heritability of cardiovascular risk factors in a Brazilian population: Baependi Heart Study BMC Medical Genetics 2008, 9: 32.

25 James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014;311(5): 507-520.

26 Institute of Medicine. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, DC: National Academies Press; 2011. Disponível em : <http://www.iom.edu/Reports/2011>.

27 Lopes HF *et al.* Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo 2003;13(1):148-155.

28 Saounatsou M, Patsi O, Fasoi G, Stylianou M, Kavga A, Economou O, *et al.* The influence of the hypertensive patient's education in compliance with their medication. Public Health Nurs 2001; 18(6): 436-42.

29 Comitê de Consulta de Enfermagem. Rev Bras Enferm 1979; 32:42-8.

-
- 30** Araujo TL Hipertensão arterial - um problema de saúde coletiva e individual. In: Damasceno MMC, Araujo TL, Fernandes AFC. Transtornos vitais no fim do século XX: diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase. Fortaleza (CE): Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999:33-8.
- 31** Gus, Iseu et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. Arq. Bras. Cardiol., Nov 2004, vol.83, no.5, p. 424-428.
- 32** Pereira, Marcia Regina et al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. Cad. Saúde Pública, Out 2007, vol.23, no.10, p. 2363-2374.
- 33** Lyra, Rüy et al. High prevalence of arterial hypertension in a Brazilian Northeast population of low education and income level, and its association with obesity and metabolic syndrome. Rev. Assoc. Med. Bras., Apr 2012, vol.58, no.2, p. 209-214.
- 34** Piccini, Roberto Xavier et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. Rev. Saúde Pública, Jun 2012, vol.46, no.3, p. 543-550.
- 35** Hansson L, Lloyd A, Anderson P, Kopp Z. Excess morbidity and cost of failure to achieve targets for blood pressure control in Europe. Blood Press 2002;11: 35-45.
- 36** Lloyd A, Schmieder C, Marchant N. Financial and Health costs of uncontrolled blood pressure in the United Kingdom. Pharmacoeconomics 2003;21(Suppl 1): 33-41.
- 37** Black HR. The burden of cardiovascular disease following the link from hypertension to myocardial infarction and heart failure. Am J Hypertens 2003;16:(9Pt2): 4S-6S.
- 38** Gus, Iseu et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. Arq. Bras. Cardiol., Nov 2004, vol.83, no.5, p. 424-428.

- 39** Pereira, Marcia Regina et al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. *Cad. Saúde Pública*, Out 2007, vol.23, no.10, p. 2363-2374.
- 40** Lyra, Rüy et al. High prevalence of arterial hypertension in a Brazilian Northeast population of low education and income level, and its association with obesity and metabolic syndrome. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, Apr 2012, vol.58, no.2, p. 209-214.
- 41** Piccini, Roberto Xavier et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, Jun 2012, vol.46, no.3, p. 543-550.
- 42** Hansson L, Lloyd A, Anderson P, Kopp Z. Excess morbidity and cost of failure to achieve targets for blood pressure control in Europe. *Blood Press* 2002;11: 35-45.
- 43** Lloyd A, Schmieder C, Marchant N. Financial and Health costs of uncontrolled blood pressure in the United Kingdom. *Pharmacoeconomics* 2003;21(Suppl 1): 33-41.
- 44** Black HR. The burden of cardiovascular disease following the link from hypertension to myocardial infarction and heart failure. *Am J Hypertens* 2003;16:(9Pt2): 4S-6S.
- 45** Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings (Review). *The Cochrane Library* 2008;4:1 – 30.
- 46** Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S, Glynn L. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(2):CD005182.
- 47** Mano GMP, Pierin AMG. Evolução de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa saúde da Família em um centro de Saúde Escola. *Acta Paul Enferm* 2005;18(3): 269-275.

48 Zitter M. A new paradigm in health care delivery: disease management in disease management – a systems approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Publishing.1997;1: 1-25.

49 Allen JK., Dennison-Himmelfarb CR., Szanton SL., Bone L., Hill MN., Levine DM., West M., Barlow A., Lewis-Bower LP., Donnelly-Strozzo M., Curtis C., Anderson K. Community Outreach and Cardiovascular Health (COACH) Trial: A randomized Controlled Trial of Nurse Practitioner/Community Health Worker Cardiovascular Disease Risk Reduction in Urban Community Health Centers. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2011 Nov 1;4(6): 595-602.

50 Allen JK, Blumenthal RS, Margolis S, Young DR, Miller ER III, Kelly K. Nurse case management of hypercholesterolemia in patients with coronary heart disease: results of a randomized clinical trial. *Am Heart J*. 2002;144: 678–686.

51 Hill MN, Han HR, Dennison CR, Kim MT, Roary MC, Blumenthal RS, Bone LR, Levine DM, Post WS. Hypertension care and control in underserved urban African American men: behavioral and physiologic outcomes at 36 months. *Am J Hypertens*. 2003;16: 906 – 913.

52 Whittemore R, Melkus GDE, Sullivan A, Grey M. A nurse-coaching intervention for women with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2004;30: 795–804

53 Stone RA, Rao RH, SevickMA, et al. Active care management supported by home telemonitoring in veterans with type 2 diabetes: the DiaTel randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2010;33: 478–484.

54 Effect of Nurse Case Management Compared With Usual Care on Controlling Cardiovascular Risk Factors in Patients With Diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2011 Aug;34(8): 1689-94.

55 Ortega KC, Gusmão JL, Pierin AM, Nishiura JL, Ignez EC, Segre CA, Ventura CG, Mano GP, Fontes V, Cunha FM, Mion D Jr. How to avoid discontinuation of antihypertensive treatment: The experience in São Paulo, Brazil. *Clinics (Sao Paulo)*. 2010;65(9): 857-63.

56 Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

57 Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.

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

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

60 Boing AC, Boing AF. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. *Rev Bras Hipertens* 2007; 14(2): 84-88.

-
- 61** Moreira JPL, Moraes JR, Raggio LR. Prevalence of self-reported systemic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study. *Cad. Saúde Pública* 2013;29(1): 62-72.
- 62** Vigitel Brasil 2012 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
- 63** Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados, práticas de controle no município de Campinas. *Cad Saúde Pública* 2006;22(2):285-294.
- 64** Oliveira SMJV, Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Pierin AMG. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto contexto - enferm.* 2008; 17 (2) 241-249.
- 65** Sanches CG, Pierin AMG, Mion D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. *Rev. esc. enferm. USP* 2004; 38(1): 90-98.
- 66** Gomes TJO, Silva MVR, Santos AA. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Hipertens* 2010;17(3):132-139.
- 67** Pierin AMG, Jesus ES, Augusto MAO, Josiane Gusmão, Ortega K, Mion Jr D. Biopsychosocial Variables and Attitudes towards Treatment Influence Complicated Hypertension. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(5): 648-654.

- 68** Shihab HM, Meoni LA, Chu AY, Wang NY, Ford DE, Liang KY, *et al.* Body mass index and risk of incident hypertension over the life course: the Johns Hopkins Precursors Study. *Circulation* 2012; 126(25): 2983-9.
- 69** Serafim TS, Jesus ES, Pierin AMG. Influence of knowledge on healthy lifestyle in the control of hypertensive. *Acta Paul Enferm* 2010;23(5):658-4.
- 70** Niskanen L *et al.* Inflammation, Abdominal Obesity, and Smoking as Predictors of Hypertension. *Hypertension* 2004; 44: 859-865.
- 71** Mion Junior D, Nobre F. Risco cardiovascular global. São Paulo: Lemos; 1999.
- 72** Malta DC *et al.* Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011. *Cad. Saúde Pública* 2013 29(4): 812-822.
- 73** Aguiera MT *et al.* Effect of Alcohol Abstinence on Blood Pressure Assessment by 24-Hour Ambulatory Blood Pressure Monitoring. *Hypertension*. 1999; 33: 653-657.
- 74** Sesso HD, Cook NR, Buring JE, Manson JE, Gaziano J. Alcohol Consumption and the Risk of Hypertension in Women and Men. *Hypertension*. 2008; 51: 1080-1087.
- 75** Van Golde PH, Sloots LM, Wermeulen WP, Wielders JP, Hart HC , Bouma BN *et al.* The role of alcohol in the anti low density lipoprotein oxidation activity of red wine. *Atherosclerosis*. 1999; 147 (2): 365-370.
- 76** Mukamal KJ, Massaro JM, Ault KA, Mittleman RA, Sutherland PA, Lipinska I *et al.* Alcohol consumption and platelet activation and

aggregation among women and men: the Framingham offspring study. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005; 29 (10): 1906-1912.

77 Muia C, Mazzon E, Di Paola R, Genovese T, Menegazzi M, Caputi AP et al. Green tea polyphenol extract attenuates ischemia/reperfusion injury of the gut. *Arch Pharmacol.* 2005; 371 (5): 3364-3376.

78 Pierin, AMG et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16(1): 1389-1400.

79 WHO. Physical activity. Consultado em 3 de abril de 2014 em <http://www.who.int/hpr/physactiv/health.shtml>

80 Pitanga FJG. Epidemiologia , atividade física e saúde. *Rev Bras Ciênc e Mov.* 2002; 10 (3): 49-54.

81 Pescatello LS, Kulikowich JM. The aftereffects of dynamic exercise on ambulatory blood pressure. *Med Sci Sports Exerc.* 2001;33:1855-61.

82 MacDougall JD, Tuxen D, Sale DG, Moroz JR, Sutton JR. Arterial blood pressure response to heavy resistance exercise. *J Appl Physiol.* 1985;58:785-90.

83 Casonatto J, Doederlein M. Post-exercise Hypotension: a Systematic Review. *Rev Bras Med Esporte.* 2009;15:151-7.

-
- 84** Paffenbarger RS, Wing AL, Hyde RT, Jung DL. Physical activity and incidence of hypertension in College Alumni. *Am J Epidemiol* 1983; 117:245-257.
- 85** Churilla JR, Zoeller RF. Physical activity and the metabolic syndrome: a review of the evidence. *American Journal of lifestyle medicine*, 2006; 10:1-8.
- 86** Paffenbarguer RS, Hyde RT, Wing AL, Lee I, Jung DL, Kampert JB. The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Engl J Med*. 1993; 328:583-45.
- 87** Blumenthal JA, Sherwood A, Gulhette ECD, Babyak M. Exercise and weight loss reduce blood pressure in men and women with mild hypertension. Effects on cardiovascular, metabolic, and hemodynamic functioning. *Arch Intern Med*, 2000; 160:1947-58.
- 88** Andersen LB, Schnohr P, Schroll M, Wein HO. All cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. *Arch Intern Med*, 2000;160:1621-8.
- 89** Monteiro MF, Filho Sobral DC. Exercício físico e o controle da pressão arterial. *Rev Bras Med Esporte*, 2004;10(6).
- 90** Farinatti PTV, Oliveira RB, Pinto VLM, Monteiro WD, Francischatti E. Programa domiciliar de exercícios: efeitos de curto prazo sobre a aptidão física e pressão arterial de indivíduos hipertensos. *Arq Bras Cardiol*, 2005; 84(6).
- 91** Parker ED, Schmitz KH, Jacobs DR, Dengel DR, Shreiner PJ. Physical Activity in Young Adults and Incident Hypertension Over 15

Years of Follow-Up: The CARDIA Study. American Journal of Public Health 2007; 97:703-9.

92 Fagard RH, Cornelissen VA. Effect of exercise on blood pressure control in hypertensive patients. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, 2007;4(1): 12-17.

93 Forjaz CLM, Santaella DF, Rezende LO, Barretto ACP, Negrão CE. A duração do exercício determina a magnitude e a duração da hipotensão pós-exercício. Arq Bras Cardiol, 1998;70(2): 99-104.

94 Brasil. Ministério da saúde. Secretaria da atenção básica a saúde. Departamento de atenção básica. Hipertensão arterial sistêmica para o SUS/mesentério da saúde, secretaria de atenção a saúde, departamento de atenção básica.-Brasília mins saúde, 2006; 58 p.-(caderno de atenção básica;16)serie a normas e manuais

95 Mano GPM. A atuação da enfermagem na promoção e incentivo à prática de atividade física em hipertensos sedentários acompanhados em estratégia saúde da família. 2013. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

96 Gusmão JL, Mion D, Pierin AMG. Health-related quality of life and blood pressure control in hypertensive patients with and without complications. Clinics 2009; 64(7): 619-628.

97 Pinho NA, Pierin AMG. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. Arq. Bras. Cardiol.2013;101(3) 65-73.

98 Nobre F, Ribeiro AB, Mion D. Controle da pressão arterial em pacientes sob tratamento anti-hipertensivo no Brasil: Controlar Brasil. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 94(5): 663-670.

99 Busnello RG, Melchior R, Faccin CS, Vettori DV, Petter JG, Moreira LB, *et al.* Characteristics associated with the dropout of hypertensive patients followed up in an outpatient referral clinic. *Arq. Bras. Cardiol* 2001;76 (5): 352-354.

100 Green, L.W. *et al.* Clinical trials of health education for hypertensive outpatients: design and baseline data. *Prev. Med.* 1975; 4(4):417-25.

101 Mapes RE. Physicians' drug innovation and relinquishment. *Social Science & Medicine* 1977 ; 11:619–624.

102 Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *NEJM* 2005;353 (5):487-97.

103 Hadi N, Rostami-Gooran N. Determinant factors of medication compliance in hypertensive patients of Shiraz, Iran. *Arch Iran Ed.* 2004; 7(4):292-296.

104 Lemstra M, Blackburn D, Crawley A, Fung R. Proportion and risk indicators of nonadherence to antihypertensive therapy: a meta-analysis. *Can J Cardiol.* 2012; 28(5):574-80.

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

106 ARAÚJO, G.B.S. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise conceitual. 2002. 119f. UFPB. 2002. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem): Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002.

107 Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordstrom E, Eriksson HG, *et al.* Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and

self-rated health among men and women in Sweden. *European journal of public health*. 2006;17:125-33.

108 Pereira J, Barreto S, Passos V. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(6):491-8.

109 Rabelo DF, Lima CFM, Freitas PM, Santos JC. Qualidade de vida, condições e auto-percepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. *Revista Kairós Gerontologia* 2010; 13(2): 115-130.

110 Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Cad. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad.Saúde Pública* 2013; 29(4):723-734.

111 Norris SL, Glasgow RE, Engelgau MM, O'Connor PJ, McCulloch D. Chronic Disease Management. *Disease Management & Health Outcomes* 2003; 11(8): 477-488.

112 Edelman D, McDuffie JR, Oddone E, Gierisch JM, Nagi A, Williams JW. Shared medical appointments for chronic medical conditions: a systematic review. *Department of Veterans Affairs*; 2012.

113 Housden L, Wong ST, Dawes M. Effectiveness of group medical visits for improving diabetes care: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2013;185(13): 635- 644.

114 Ferrara AL, Pacioni D, Di F, V, Russo BF, Staiano L, Speranza E, et al. Lifestyle educational program strongly increases compliance

to nonpharmacologic intervention in hypertensive patients: a 2-year follow-up study. J Clin Hypertens 2012 ;14(11):767-72.