UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LETÍCIA PALOTA

Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista

Ribeirão Preto

2010

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LETÍCIA PALOTA

Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista

Ribeirão Preto

2010

LETÍCIA PALOTA

Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar do Adulto com Doenças Agudas e Crônico Degenerativas

Orientador: Profª Drª Maria Suely Nogueira

RIBEIRÃO PRETO

2010

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Palota, Letícia

Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista. Ribeirão Preto, 2010.

96 p.: II ; 30cm

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

Orientadora: Nogueira, Maria Suely.

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

FOLHA DE APROVAÇÃO

PALOTA, L.
Título: **Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial**: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista.

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr (a).
_____

Instituição:
_____Assinatura_____

Prof. Dr (a).
_____

Instituição:
_____Assinatura_____

Prof. Dr (a).
_____

Instituição:
_____Assinatura_____

Prof. Dr (a).
_____

Instituição:
_____Assinatura_____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Carlos Roberto(in memorian) e Sônia, pelo exemplo de amor, por terem acreditado em mim, instruírem meu caminho, serem minha força de cada dia, minha luz em cada dúvida, por adiarem os seus sonhos para realização dos meus e por serem os autores do que hoje sou.

Ao meu pai, que esteve tão presente fisicamente no início desta obra e se fez tão eterno em nosso meio, sendo um dos maiores responsáveis pela minhas conquistas. Suas marcas serão eternas.

Ao meu irmão, Lucas Roberto, pelos momentos alegres e tristes que compartilhamos em nosso lar.

Ao meu noivo, pela incessável compreensão e pela simples presença que me fortaleceu. Meu amor!

Aos meus familiares, pelo apoio, incentivo e admiração!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser a fonte da minha existência e meu sustento a cada dia.

À Profª Drª Maria Suely Nogueira, pela orientação, paciência, sabedoria e inspiração. Minha gratidão e admiração.

À Profª Drª Leila Maria Marchi Alves e Profº Drº Evandro José Cesarino pelas contribuições no exame de qualificação.

À Profª Drª Claúdia Bernardi Cesarino, que me inspirou os primeiros passos da pesquisa. Minha admiração e gratidão.

À Drª Miyeko Hayashida pelas valiosas sugestões e aprimoramento deste trabalho.

À Silvana M. C. Fava, doutoranda da EERP-USP, pelas sugestões.

À Prefeitura Municipal de Novo Horizonte, em especial à Secretaria da Saúde, pelo incentivo, sem o qual não seria possível a concretização deste trabalho.

RESUMO

PALOTA, L. **Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial**: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista. 2010. 96 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Trata-se de um estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa, realizado entre 90 portadores de HA seguidos no Centro de Saúde de um município do interior paulista, tendo por objetivo avaliar a adesão ao tratamento. Para coleta de dados foram utilizados três instrumentos: um relativo a dados sociodemográficos, da doença e do tratamento; o Teste de Morisky e Green (TMG) para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e o Insrumento de Avaliar Atitudes Frente à Tomada de Remédios (IAAFTR). Os testes estatísticos foram realizados por meio do software Statistica 8.0 e os resultados foram considerados significativos quando o nível de significância foi ($p < 0.05$). Os sujeitos possuíam idade média de $66 \pm 10{,}4$ anos, 62,2% eram do sexo feminino, 86,7% brancos, 66,7% casados, 72,2% aposentados, 57,8% com dois ou mais dependentes, 52,2% residiam com outros membros da família e 91,1% informaram renda familiar entre um e três salários mínimos. As principais comorbidades associadas foram: diabetes mellitus (20%) e hipercolesterolemia (14,4%). Em relação aos hábitos de vida, 71,1% não realizavam atividade física, 12,2% eram tabagistas, 15,6% citaram uso de bebida alcoólica, 72,2% referiram não possuir alteração no padrão de sono, 57,8% se consideraram pessoas estressadas e 74,4% possuíam casos de HAS na família. Considerando o tratamento medicamentoso prescrito, que 13,5% utilizam diuréticos associados com Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA). Quando questionados se pararam de fazer uso de alguma medicação, 21,1% responderam sim, sendo que 35,8% referiram ser devido a efeitos colaterais; dos 36,7% que referiram algum efeito colateral, 36,4% apontaram a epigastralgia como sendo o principal. Houve significância estatística entre efeitos colaterais e adesão avaliada pelo método IAAFTR. Os indivíduos que relataram algum efeito colateral eram menos aderentes. Em relação ao custo das medicações 91,1% relataram não interferir no uso regular, 100% disseram saber da continuidade do tratamento, 86,7% referiram que o número de tomadas não interfere no uso das medicações e 87,8% referiram estar satisfeitos com a medicação. Relação significativa foi encontrada entre o número de tomadas da medicação e satisfação quando relacionados com adesão avaliada pelo método IAAFTR. Os indivíduos que responderam que o número de tomadas de medicação não interferia no seu uso regular e que se consideraram satisfeitos com as medicações prescritas se mostraram mais aderentes. Em relação a auto medicação 21,1% referiram parar de tomar as medicações quando se sentem melhores, 11,1% param quando se sentem piores e 25% tomam maior quantidade quando não sentem bem. Quanto aos dados clínicos avaliados, 20% apresentaram valores de PA maiores ou iguais a 140X90mmHg e 32,2% apresentaram aumento dos valores da PAS isolado; 40% eram obesos; 64,4% apresentaram valores de CC alterados e 51,1% valores da RCQ acima do preconizado. Quando avaliados pelo TMG 72,2% não apresentaram adesão e, dentre esses, 75,4% não apresentaram atitudes positivas quando avaliados pelo IAAFTR, o que demonstrou uma concordância discreta entre os dois métodos. Esses achados podem proporcionar subsídios para a realização de intervenções na assistência aos pacientes com HAS com o objetivo de aumentar as taxas de adesão e qualidade de vida.

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

ABSTRACT

PALOTA, L. **Adhesion to the hypertension treatment**: a study among users registered in the Health Center in a city of Sao Paulo. 2010. 99 f. Dissertation (Master's) – Nursing school of Ribeiraão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

This is a cross-sectional study of quantitative approach, carried out among 90 patients with hypertension followed in the health center in a city of São Paulo, aiming to assess adhesion to treatment. For the data collection was used three instruments: one for demographic data, disease and treatment; Morisky and Green Test (TMG) to assess adhesion to medicamental treatment and the Instrument for Assessing Position Towards Making Medicines (IAAFTR). Statistical tests were performed using the software Statistica 8.0 and the results were considered significant when the significance level was ($p < 0.05$). The participants study had a mean age of 66 +10.4 years, 62.2% were female, 86.7% white, 66.7% were married, 72.2% retired, 57.8% with two or more dependents, 52.2% lived with other family members and 91.1% reported family income between one and three minimum wages. The main comorbidities were diabetes mellitus (20%) and hypercholesterolemia (14.4%). About life habits, 71.1% did not perform physical activity, 12.2% were smokers, 15.6% reported use of alcohol, 72.2% reported having no change in sleep patterns, 57.8% people considered themselves stressed and 74.4% had cases of hypertension in the family. Considering the prescribed medicamental treatment and 13.5% used diuretics associated with Inhibitor Angiotensin-Converting Enzyme (ACE). When asked if they stopped doing some medication, 21.1% answered yes, while 35.8% reported because of side effects, of which 36.7% reported some side effects, 36.4% identified as the epigastralgia being the principal. Statistical significance was found between side effects and adhesion assessed by the method IAAFTR. Individuals who reported any side effects were less compliant. About the cost medication 91.1% reported not interfere with regular use, 100% said they knew the continuity treatment, 86.7% reported that the number of doses not interfere with the use of medications and 87.8% reported being satisfied with the medication. Significant relation was found between number of medicamental outlets and satisfaction as related adhesion evaluated by IAAFTR. Individuals who responded that the number of doses of medication did not interfere in its regular use and were satisfied with the prescribed medications were more compliant. In relation to 21.1% reported self-medication stop taking the medications when they feel better, 11.1% stop when they feel worse and 25% take much when they do not feel well.

To the clinical data assessed, 20% had BP values greater than or equal to 140x90mmHg and 32.2% showed increased values of SBP alone, 40% were overweight, 64.4% had values of 51.1% and CC values changed WHR above recommended levels. When evaluated by TMG 72.2% showed no adhesion, and among these, 75.4% had positive attitudes when evaluated by IAAFTR, which demonstrated a slight agreement between the two methods. These findings may provide allowances for the use of interventions in the care of patients with SAH with the goal of increasing rates of compliance and quality of life.

Key words: Hypertension. Medicament adhesion. Arterial pressure.

RESÚMEN

PALOTA, L. **La adhesión al tratamiento de la hipertensión**: un estudio entre los usuarios registrados en el Centro de Salud de un municipio del interior de Sao Paulo. 2010. 99 f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Este es un estudio transversal de enfoque cuantitativo, realizado entre 90 pacientes con hipertensión seguido en el Centro de Salud de una ciudad en el interior, con el objetivo de evaluar la adhesión al tratamiento. Para la recopilación de datos se utilizaron tres instrumentos: uno para los datos demográficos, la enfermedad y el tratamiento; Test Morisky y Green (TMG) para evaluar la adhesión al tratamiento farmacológico y el Instrumento de Evaluación de Actitudes hacia la toma de fármacos (IAAFTR) . Las pruebas estadísticas se realizaron mediante el software Statistica 8.0 y los resultados fueron considerados significativos cuando el nivel de significancia fue ($p < 0,05$). Los participantes del estudio tenían una edad media de 10,4 años 66, el 62,2% eran mujeres, 86,7% blancos, 66,7% estaban casadas, el 72,2% jubilados, el 57,8% con dos o más personas dependientes, 52,2% vivía con otros familiares, y 91.1% reportó ingresos familiares entre uno y tres salarios mínimos. Las comorbilidades principales fueron la diabetes mellitus (20%) e hipercolesterolemia (14,4%). En cuanto a los hábitos de vida, el 71,1% no ejercía actividad física, el 12,2% eran fumadores, el 15,6% informó el uso de alcohol, el 72,2% dijeron haber ningún cambio en los patrones de sueño, el 57,8% personas consideraban a sí mismos estresados y 74,4% han registrado casos de hipertensión en la familia. Teniendo en cuenta los fármacos prescritos que el 13,5% utiliza diuréticos asociada a inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ACE). Cuando se le preguntó si dejo de hacer algún tipo de fármaco, el 21,1% respondió que sí, mientras que el 35,8% informó que es debido a efectos secundarios, de los cuales 36,7% reportado algunos efectos secundarios, el 36,4% consideraron como epigastralgia siendo el director.
Se encontró significación estadística entre los efectos adversos y la adhesión evaluados por el método de IAAFTR. Las personas que reportaron efectos adversos fueron menos adherentes. En cuanto al costo de los fármacos 91,1% manifestaron no interferir con el uso regular, el 100% dijeron que sabían de la continuidad del tratamiento el 86,7% informó que no el número de dosis interferir con el uso de fármacos y 87,8% informaron estar satisfechos con la medicación. Se encontró relación significativa entre el número de dosis de la fármaco y la satisfacción como la adhesión relacionados evaluados por IAAFTR. Las personas que respondieron que el número de dosis de la medicación no interferir en su uso regular y estaban satisfechos con los fármacos prescritos fueron más dóciles. En cuanto al 21,1% sobre la auto-medicación deje de tomar los fármacos cuando se sienten mejor, dejar de 11,1% cuando se sienten mal y el 25% toma mucho cuando no me siento bien. A los datos clínicos evaluados, el 20% tenía valores de presión arterial mayor o igual a 140x90mmHg y el 32,2% mostró valores aumentados de PAS solos, el 40% eran obesos, el 64,4% tenía valores de 51,1% y CC valores cambiados RHO por encima de los niveles recomendados. Si se evalúa por TMG 72,2% no mostró la adhesión, y entre estos, el 75,4% tenían una actitud positiva cuando se evalúan por IAAFTR, que mostró una débil correlación entre los dos métodos. Estos resultados pueden proporcionar subsidios para el uso de intervenciones para ayudar a los pacientes con HSA, con el objetivo de las tasas más elevadas de cumplimiento y calidad de vida.

Palabras clave: Hipertensión arterial. Adhesión a lo fármaco. Presión arterial.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com as características sócio demográficas e sua relação quanto a adesão pelos métodos TGM e IAAFTR. Novo Horizonte, 2008-2009.....36

Tabela 2 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com a presença de comorbidades e sua relação quanto a adesão pelos métodos TGM e IAAFTR. Novo Horizonte, 2008-2009.....39

Tabela 3 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com tratamento não medicamentoso e fatores de risco e sua relação quanto a adesão pelos métodos TGM e IAAFTR. Novo Horizonte, 2008-2009.....41

Tabela 4 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com os antecedentes familiares e sua relação quanto a adesão pelos métodos TGM e IAAFTR. Novo Horizonte, 2008-2009.....44

Tabela 5 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com o tratamento medicamentoso anti-hipertensivo prescrito e sua relação quanto a adesão pelos métodos TGM e IAAFTR. Novo Horizonte, 2008-2009.....46

Tabela 6 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com o tratamento medicamentoso anti-hipertensivo prescrito e sua relação quanto a adesão pelos métodos TGM e IAAFTR. Novo Horizonte, 2008-2009. 47

Tabela 7 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com os fatores que interferem no controle terapêutico e sua relação quanto a adesão pelo método TGM. Novo Horizonte, 2008-2009.....49

Tabela 8 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com os fatores que interferem no controle terapêutico e sua relação quanto a adesão pelo método IAAFTR. Novo Horizonte, 2008-2009. 50

Tabela 9 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com a classificação da pressão arterial das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006). Novo Horizonte, 2008-2009. 53

Tabela 10 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com variáveis clínicas. Novo Horizonte, 2008-2009. 54

Tabela 11 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com variáveis clínicas e sua relação quanto a adesão pelo método TMG. Novo Horizonte, 2008-2009. 56

Tabela 12 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com variáveis clínicas e sua relação quanto a adesão pelo método IAAFTR. Novo Horizonte, 2008-2009. 57

Tabela 13 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com variáveis clínicas e sua relação quanto a adesão pelos métodos TMG e IAAFTR. Novo Horizonte, 2008-2009.....58

Tabela 14 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com a avaliação de concordância entre os dois instrumentos(TMG e IAAFTR) pelo coeficiente Kappa. Novo Horizonte, 2008-2009. 60

LISTA DE SIGLAS

HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
AVE	Acidente Vascular Encefálico
PA	Pressão Arterial
TMG	Teste de Morisky e Green
IAAFTR	Instrumento para Avaliar Atitudes Frente à Tomada de Medicamentos
CC	Circunferência da Cintura
CQ	Circunferência do Quadril
IMC	Índice de Massa Corporal
IECA	Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina
HA	Hipertensão Arterial
WHO	World Health Organization
HASI	Hipertensão Arterial Sistêmica Isolada

SUMÁRIO

1 **INTRODUÇÃO** 14

1.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: Conceito, Epidemiologia e Fatores de Risco 15

1.2 Diagnóstico, tratamento e seguimento da hipertensão arterial 17

1.3 Adesão medicamentosa: conceitos e índices de adesão no Brasil e no mundo 20

2 OBJETIVOS **25**

2.1 Geral: 26

2.2 Específicos: 26

3 MATERIAL E MÉTODO **27**

3.1 Tipo de estudo 28

3.2 Local de estudo e sujeitos da pesquisa 28

3.3 Sujeitos da pesquisa 28

3.4 Instrumento de coleta de dados 29

3.5 Coleta de dados 30

3.6 Organização e análise estatística 32

3.7 Questões éticas 33

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO **34**

4.1 Caracterização dos portadores de hipertensão arterial segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas 35

4.2 Características do portador de hipertensão arterial em relação ao tratamento não medicamentoso e fatores de risco 41

4.3 Características do portador de hipertensão arterial em relação ao tratamento medicamentoso prescrito 45

4.4 Características do portador de hipertensão arterial em relação aos dados clínicos 53

4.5 Taxa de adesão pelos métodos utilizados para avaliação da adesão ao medicamento anti hipertensivo 59

5 CONCLUSÕES **62**

5.1 Caracterização dos portadores de hipertensão arterial segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas 63

5.2 Características do portador de hipertensão arterial em relação ao tratamento não medicamentoso e fatores de risco..... 64

5.3 Características do portador de hipertensão arterial em relação ao tratamento medicamentoso prescrito..... 64

5.4 Características do portador de hipertensão arterial em relação aos dados clínicos..... 66

5.5 Taxa de adesão pelos métodos utilizados para avaliação da adesão ao medicamento anti hipertensivo 67

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 68

REFERÊNCIAS 71

APÊNDICES..... 84

ANEXOS 90

1 INTRODUÇÃO[1]

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

1.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: Conceito, Epidemiologia e Fatores de Risco

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma entidade clínica de origem multifatorial caracterizada por níveis de pressão arterial sistólica (PAS) e/ou diastólica (PAD) elevados, sendo classificada em HAS primária e secundária. A HAS primária é poligênica, de etiologia desconhecida e parece improvável que uma única causa explique suas diversas alterações hemodinâmicas e fisiopatológicas. Quaisquer que sejam os mecanismos patogenéticos envolvidos, eles podem acarretar um aumento da resistência periférica total vascular induzindo vasoconstricção ou a um aumento do débito cardíaco ou ambos (Castro, 1999), razão pela qual participam dessa gênese, os aspectos genéticos, vasculares, humorais, renais e neurais, podendo ser modificáveis (tabagismo, sedentarismo, alimentação, alcoolismo, obesidade) e não modificáveis (raça, sexo, faixa etária, hereditariedade) (NOBRE; LIMA; MOURA JÚNIOR, 1998). Por outro lado a HAS secundária está associada a uma causa específica que pode ser renal ou não (CASTRO, 1999).

A HAS é quantitativa, complexa e poligênica. Enquanto não se descobrirem genes marcadores para identificação de quem é susceptível, a participação do fator genético na gênese e sustentação da HAS não pode ser claramente definido (MORRIS, 1993). Dado o caráter multifatorial da HAS, recomenda-se o atendimento multiprofissional do portador de HAS.

A HAS pode ser entendida como uma síndrome, o que lhe confere um caráter multidisciplinar. Nesta síndrome, por exemplo, são contemplados aspectos cardiológicos, nefrológicos, endocrinológicos, neurológicos, vasculares, epidemiológicos, nutricionais e psicossociais, o que justifica a recomendação para o atendimento multiprofissional do portador de hipertensão com envolvimento de diferentes categorias profissionais da área de saúde (KOHLMANN JÚNIOR, 2000).

A HAS é o fator principal ou coadjuvante em mais de 200.000 mortes ao ano. A sua elevada prevalência na população brasileira situa-se em média 15% da população geral adulta variando conforme o estado e a localidade pesquisada de 9 a 30% (MANO, 2002). Inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades do Brasil mostram prevalência de hipertensão arterial (PA $\geq$140/90 mmHg) de 22,3% a 43,9%, como em Araraquara, São Paulo, Piracicaba, Porto Alegre, Cotia, Catanduva, Cavenge e Rio Grande do Sul (AYRES, 1991; FREITAS et al, 2001).

Schmidt (2009), em seu estudo "Prevalência de Diabetes e Hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade autorreferida" encontrou uma prevalência de hipertensão de 21,6%, sendo maior entre as mulheres (24,4%), variando de 15,1% em Palmas a 24,9% em Recife (PE). As prevalências aumentaram conforme aumento da idade. Estimou-se haver no Brasil um total de 25.690.145 adultos que referem ter hipertensão arterial.

Estima-se que pelo menos 60% dos idosos brasileiros, indivíduos com 60 anos ou mais, são hipertensos. A maioria apresenta elevação isolada ou predominantemente da pressão arterial sistólica, aumentando a pressão de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares. A prevalência de outros fatores de risco, tais como a síndrome metabólica, também aumenta com a idade, elevando ainda mais o risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006a).

No século XX, as doenças crônicas não transmissíveis foram a principal causa de mortalidade no mundo. A prevalência e incidência dessas doenças vêm crescendo de forma acelerada no planeta, atingindo todas as regiões e classes sociais. Estimativas do World Health Report 2000 indicam que essas enfermidades, juntas, têm contribuído para 60% da mortalidade global o que corresponde a 31,7 milhões de mortes. No Brasil, as doenças do aparelho circulatório representam importante problema de saúde pública. Há algumas décadas é a primeira causa de morte no país representando 27% do total de óbitos. Além disso, são a causa de grande parte das internações realizadas pelo SUS, levando a um custo anual de R$ 475 milhões (OLIVEIRA; ANDRADE, 2001).

Um hipertenso não tratado está em grande risco para desenvolver insuficiência ventricular esquerda incapacitante ou fatal, infarto do miocárdio, hemorragia ou infarto cerebral ou ainda insuficiência renal em estágio precoce. A HAS é o fator de risco mais importante para o Acidente Vascular Encefálico (AVE). É também um forte fator de risco para o desenvolvimento da aterosclerose coronária (CASTRO, 1999). A investigação do efeito da elevação dos níveis da pressão arterial (PA) sobre os riscos de AVE indica que a pressão sistólica é um preditor mais forte de AVE que a pressão diastólica (PUCHS; LESSA; NUNES, 2000). A aterotrombose é a principal causa de AVE. Nos anos 30 um estudo de autópsias indicou que mais de 50 % dos casos de AVE se deviam a aterotrombose e apenas 3% a embolia (JACOMINI; HANNOUCHE, 2001).

1.2 Diagnóstico, tratamento e seguimento da hipertensão arterial

A medida da PA é primordial para o diagnóstico da hipertensão, devendo ser sempre realizada pelos profissionais de saúde devidamente orientados e preparados para a obtenção de valores corretos durante os atendimentos. Existem vários métodos para avaliação da PA que podem auxiliar no diagnóstico, em caso de dúvida, e na efetividade do tratamento. Dentre estes, se destaca a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA). O uso da MAPA para o diagnóstico de hipertensão arterial vem sendo amplamente utilizado em várias diretrizes no mundo e pode ser um fator decisivo para a escolha adequada do tratamento (MICHELINI, 2004; V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006; GUSMÃO; PIERIN; MION JR., 2006; NOBRE; COELHO; MION JR., 2006).

Diversos são os métodos para determiná-la. O método direto fornece a pressão direta ou intra-arterial e por ser um método invasivo, exige equipamentos mais sofisticados. O método indireto mais simples utiliza a técnica auscultatória com estetoscópio que apesar de relativamente imprecisa, todos os dados que envolvem morbimortalidade pela Hipertensão Arterial foram obtidos por meio dela (BORTOLOTTO, 1996). Atualmente o esfigmomanômetro passou a ser definido como sendo o aparelho que serve para medir a pressão arterial, constituído por uma braçadeira inflável que se enrola em torno do braço, ligado a um manômetro (MANUILA, 1997). Habitualmente, são utilizados três tipos de sistemas de registros para a PA: coluna de mercúrio, eletrônico e aneróide (JARDIM, 1998). Mesmo considerando o aparecimento de aparelhos de grande precisão, os manômetros de mercúrio continuam sendo considerados os mais fidedignos em qualquer comparação realizada experimentalmente com os demais instrumentos (PIERIN, 2000).

A medida da PA está sujeita a erros que podem estar relacionados a quem executa a medida: o observador; ao equipamento utilizado: o esfigmomanômetro e o estetoscópio; ao paciente; ao local: o consultório médico ou fora dele; e a técnica propriamente dita. Quanto ao equipamento, o esfigmomanômetro pode ser fonte de erro quando não estiver calibrado (PIERIN, 2000).

No que se refere ao tratamento da HAS o objetivo primordial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do portador de hipertensão, aumentadas em decorrência dos elevados níveis tensionais e de outros fatores agravantes devendo ser utilizadas tanto medidas não medicamentosas isoladas como associação a utilização de fármacos anti-hipertensivos (HEYDE; HEYDE, 2004).

Prevenir e tratar a HAS envolve fundamentalmente ensinamentos para introduzir mudanças de hábitos de vida. A implementação dessas mudanças, porém, é lenta, e necessitam de medidas educativas que tenham continuidade. Devem ser promovidas por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender as necessidades específicas de cada indivíduo, de modo a serem mantidas ao longo do tempo (HEYDE; HEYDE, 2004).

Alterar hábitos requer a entrada em uma nova realidade, que eventualmente poderá produzir a perda de certas referências, como nas relações sociais e familiares. A adoção de um estilo de vida saudável está intimamente relacionada à melhora da qualidade de vida e interfere de forma positiva no controle dos fatores de risco cardiovasculares. Falar em estilo de vida saudável pressupõe, no mínimo, uma alimentação balanceada e a prática regular de atividades físicas, salientando-se que as orientações não farmacológicas são tão importantes quanto o uso de anti-hipertensivos (LUPATINI, 2008).

As medidas de intervenção comunitária para mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos mais saudáveis devem ser sustentáveis a longo prazo e devem incluir todos os grupos sociais, especialmente aqueles com menores possibilidades de escolha em razão da pobreza e da exclusão social. No entanto, alguns aspectos devem ser considerados para o desenvolvimento de estratégias efetivas de promoção da saúde na população geral (BARRETO, 2005).

O Programa de Saúde da Família (PSF) implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, centrado na atenção básica à saúde, com enfoque na família, surge como um modelo democrático, universal e integral. Este modelo objetiva reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, individualista, curativista, biologicista, hospitalar, ou seja, dar um salto qualitativo de um modelo procedimento-centrado para um modelo usuário-centrado (ALVES, 2005).

A atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilita às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções. É inquestionável o papel da família nesse processo, considerada como unidade básica da sociedade, pois é por meio desta que se adquirem condutas, hábitos e valores, aspectos fundamentais para o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (SECLEN-PALACIN, 2004).

Convém ressaltar ainda os princípios do PSF de territorialização, intersetorialidade, descentralização, hierarquização, regionalização, corresponsabilização e priorização de grupos populacionais de risco. O programa apresenta características como área de abrangência e adscrição de famílias; equipe multiprofissional; ação preventiva e de promoção

à saúde a partir de prioridades epidemiológicas da área adstrita; participação comunitária e controle social e ênfase em ações programáticas, que reduzam a demanda sobre centros de saúde e hospitais, o que está respaldado nos princípios de humanização das práticas de saúde, democratização do conhecimento sobre processo saúde e doença, acolhimento e cuidado à saúde (TRAD, 1998; AYRES, 2004).

Nos países em desenvolvimento, atualmente há um consenso sobre a importância da adoção precoce de hábitos de vida saudáveis para a prevenção de problemas de saúde. Todos os países concordam em colocar em prática programas de educação sanitária, com objetivo de prevenir doenças e complicações mediante modificações nos comportamentos humanos, destacando-se o PSF enquanto importante estratégia de atenção à saúde (CABRERA, 2004).

Neste sentido, vários estudos têm sido realizados para identificar conhecimentos, atitudes e práticas da população para diversas doenças, a fim de nortear as estratégias de educação em saúde. A existência de estilos de vida que tendem a ser estáveis com o tempo, o que inclui crenças, atitudes e hábitos comuns a todos, além dos prazeres individuais, exerce grande influência para que as pessoas não se motivem a adotar comportamentos saudáveis, como a prática de atividade física regular, moderação do sal, do álcool, de calorias e abstinência do fumo (LIMA, 2004).

Para o sucesso do tratamento e dada seu caráter multifatorial faz-se necessária a atuação da equipe multiprofissional. O trabalho em equipe contribuirá para fornecer ao indivíduo e a comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto com base no risco cardiovascular global (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006b).

Ensaios clínicos controlados têm demonstrado que o tratamento medicamentoso da HAS reduz, substancialmente, o risco de desfechos cardiovasculares. A despeito da disponibilidade de tratamento efetivo, o controle da HAS em escala populacional encontra-se distante do considerado ideal, sendo que a falta de adesão ao tratamento medicamentoso é a maior razão para a baixa efetividade do tratamento da HAS (COELHO; NOBRE, 2006).

Para a efetividade do tratamento quer seja farmacológico ou não, faz-se necessário o acompanhamento do portador de HAS. Esse acompanhamento propicia esclarecer dúvidas, minimizar angústias e dificuldades relacionadas à sua nova condição de adoecido crônico. O seguimento do portador de hipertensão dependerá da categoria de risco cardiovascular e dos níveis pressóricos de cada indivíduo, portanto se os fatores de risco e a PA estiverem controlados, a frequência das consultas poderá ser reduzida, além disso, em cada visita, deve

ser enfatizada a importância de modificações do estilo de vida e da adesão ao tratamento anti-hipertensivo (SANJULIANI, 2006).

Estudos observacionais têm demonstrado que a maior parte dos indivíduos com diagnóstico de hipertensão apresentam uma má adesão ao tratamento da pressão arterial (RUDD, 1995; BURT, 1995; WHELTON, 1994; TAO, 1995) embora, na prática clínica, observa-se que muitos pacientes sequer retornam às consultas médicas regulares. Fuchs e cols (1997) detectaram abandono do acompanhamento ambulatorial regular na ordem de 45% em uma coorte de portadores de hipertensão.

Busnello et al (2001) estudaram 945 indivíduos, com o objetivo de determinar as características associadas ao abandono do seguimento do tratamento em um ambulatório brasileiro especializado de hipertensão, sendo que 533 (56%) abandonaram o acompanhamento. A média de idade foi 52,3 anos. A maior probabilidade de abandonar o seguimento associou-se ao tabagismo atual, escolaridade inferior ou igual a cinco anos e duração de hipertensão inferior a cinco anos. O aumento da idade associou-se com maior probabilidade de seguimento.

1.3 Adesão medicamentosa: conceitos e índices de adesão no Brasil e no mundo

Uma das primeiras descrições na literatura sobre adesão ao tratamento foi citada por Hipócrates, na qual enfatizava a importância de observar as falhas do paciente em relação ao que havia sido prescrito (BARBOSA; LIMA, 2006).

A adesão ao tratamento é definida e caracterizada quando o conselho médico ou de saúde coincide com o comportamento do indivíduo, em relação ao hábito de usar medicamentos, isso é, seguir as mudanças no estilo de vida preconizadas e comparecer às consultas médicas (HAYNES, 2004). Essa definição expressa o sentido de *compliance*, em língua inglesa, o que implica concordância do paciente com as recomendações, pressupondo-se que o paciente conheça as alternativas terapêuticas e participe das decisões sobre seu tratamento (FUCHS, 2004). CAR et al (1991) em uma abordagem mais específica relacionada à HAS, definem adesão ao tratamento como o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a PA em níveis normais.

A adesão não se reduz a um ato de volição pessoal. É um processo intimamente associado à vida, que depende de uma série de intermediações que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo (BERTOLOZZI, 2001).

Várias são as formas de se estimar a adesão ao tratamento. Dentre elas destacam-se a frequência às consultas e o comportamento frente ao uso dos fármacos prescritos. Nesse sentido, o teste de escala de autorrelato de *Morisky-Green* (MORISKY, 1986), composto por quatro perguntas, para identificar atitudes e comportamentos em relação ao seguimento das recomendações, tem se mostrado útil para identificar indivíduos aderentes ou não ao tratamento medicamentoso. Os motivos relatados pelos mesmos, quanto ao controle da pressão arterial, constituem-se em outros fatores para melhor compreensão da adesão ao tratamento. Esses dados podem ajudar a otimizar o resultado da atuação da equipe de saúde, permitindo a identificação dos fatores envolvidos à não adesão ao tratamento (PIERIN, 2004).

Adesão ao tratamento é o fator mais importante para o controle efetivo da PA. É difícil detectar a falta de adesão e ainda mais difícil quantificá-la. Ela pode variar de 0 a mais de 100% em indivíduos que usam mais do que as medicações prescritas. Cerca de 40% a 60% dos indivíduos em tratamento não fazem uso da medicação anti-hipertensiva. A porcentagem é maior quando a falta de adesão relaciona-se a estilo de vida, como dieta, atividade física, tabagismo, etilismo, etc. Dada a escassez de dados de índices de adesão no Brasil e no mundo, os que existem foram obtidos em diferentes tipos de população e com critérios variados. Estudos no Japão, Noruega, Estados Unidos, China, Alemanha, Gâmbia, Seychelles, Grécia e Eslováquia apresentaram respectivos índices de adesão à medicação de 65%, 58%, 51%, 43%, 32,3%, 27%, 26%, 15% e 7% apesar da meta estimar em pelo menos 80%. A não adesão ao tratamento da HAS é o principal fator para a falta de controle da PA em mais de dois terços dos indivíduos hipertensos (BARBOSA; LIMA, 2006).

Em pesquisa realizada por Carrara (2003) que objetivou realizar um diagnóstico nos grupos de hipertensos e diabéticos do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Mandaguaçú-PR, visando identificar os fatores que interferem na atenção à saúde dos portadores de diabetes e hipertensão arterial, observou-se dificuldades tais como a resistência ao tratamento e abandono do mesmo quando há melhoria do quadro. Além disso, verificou-se que a troca constante das embalagens, da cor e do formato das medicações, a faixa etária elevada dos usuários, o alto índice de analfabetismo e o baixo nível socioeconômico do grupo contribuiu significativamente para dificultar a adesão ao tratamento e consequentemente, o controle da doença. O mesmo foi encontrado por Guerra (2003) em que o uso incorreto dos

medicamentos prescritos, alimentação inadequada, falta de atividade física (sedentarismo ou atividade física insuficiente), renda familiar baixa, nível de escolaridade e cultura, constituíram os fatores para não adesão.

O estudo dos fatores envolvidos na adesão ao tratamento da HAS tem mostrado a influência de variáveis estruturais, de fatores relacionados ao caráter crônico e assintomático da doença, da relação médico-paciente, da complexidade dos esquemas de tratamento utilizados entre outros (GIORGI, 2006). Tomando como base os diversos elementos necessários para a ocorrência da adesão, percebe-se a necessidade de considerar esse conceito como sendo multidimensional, pois envolve diferentes aspectos. Embora se deva considerar o portador de HAS como o foco central do processo, a ocorrência da adesão não depende unicamente dele, mas do conjunto de elementos constituintes do processo, ou seja, do portador de HAS, do profissional da saúde e do sistema de saúde. O esforço desenvolvido por um elemento isolado desse conjunto certamente não conduzirá a bons resultados, sendo necessária a ação conjunta para que a "Adesão ao tratamento anti-hipertensivo" seja alcançada. Visto a partir dessa perspectiva, não se reduz a complexidade da adesão ao âmbito individual, como muitas vezes ocorre na nossa prática diária (ARAÚJO, 2006).

Atualmente, a abordagem multiprofissional do atendimento do portador de hipertensão tem sido encorajada e a atuação dos diferentes elementos tem caráter complementar, aumentando a possibilidade de sucesso do tratamento anti-hipertensivo, tanto o farmacológico quanto o não farmacológico. Para cada indivíduo ou grupo de indivíduo existem estratégias, que, quando aplicadas, aumentam consideravelmente a adesão ao tratamento e a sua eficiência. Com o treinamento e motivação da equipe, a atuação de diversos profissionais da saúde é insubstituível no tratamento da HAS (GIORGI, 2006). Há forte indicativo de que a relação médico-paciente possa ser o elemento chave no enfrentamento desta dificuldade, que quando resolvida, sem dúvida, trará grande contribuição para o melhor controle da HAS e conseqüente diminuição da morbimortalidade (JARDIM, 2006).

Pesquisa convergente-assistencial, desenvolvida por Moreira e Araújo (2004), identificou que as relações interpessoais enfermeira/paciente/família propiciaram o aumento da adesão ao tratamento da HAS pelos participantes revelando a necessidade de um cuidar integral, sistêmico e com ênfase na interação.

Faé et al (2006) em sua pesquisa descritiva realizada com seis servidores hipertensos cadastrados em Programa de Saúde Ocupacional de um hospital de Vitória - ES encontrou que dos seis participantes do estudo, quatro não eram aderentes ao tratamento, os clientes aderentes, comparados aos não aderentes, apresentaram mais conhecimento sobre a dieta,

ganhos em saúde com atividade física, expectativa de lazer, menos conflito familiar, enfrentamento das dificuldades mais adequado e melhor interação social, concluindo que a adesão ao tratamento é um processo complexo, relacionado com fatores comportamentais como percepção e formas de enfrentamento das adversidades, e com fatores externos como problemáticas de vida e rede de apoio.

Em estudo realizado por Jesus (2008) foram verificados índices elevados de conhecimento sobre a doença e tratamento. Porém, o tratamento foi interrompido devido a medicações muito caras e falta de orientação e por acreditarem que deviam tomar os medicamentos somente quando se sentissem mal, além de faltarem à consulta médica, principalmente por esquecimento e problemas particulares. Em relação às atitudes frente ao tratamento, observou-se que esqueciam de tomar as medicações, não tomavam no mesmo horário, deixavam de tomar por conta própria, não seguiam as orientações e não praticavam exercícios físicos regularmente.

Muitas vezes, em decorrência da não adesão ao tratamento, a HAS não controlada é responsável pelo maior ônus social e econômico a população e ao setor saúde, repercutindo fortemente sobre a previdência social. O prejuízo social torna-se maior, na medida em que os gastos ocorrem, são elevados, mas não permitem o alcance das metas dos programas. Isso significa que os milhões de reais gastos anualmente pelo governo federal não resultam em qualquer impacto em curto, médio e longo prazos. Em outras palavras o governo esta desperdiçando recursos (LESSA, 2006).

Seu impacto direto é aferido por metodologias complexas, partindo de múltiplas fontes de informação. Na morbidade destaca-se: tratamento, controle e não adesão ao tratamento da HAS, registro dos custos hospitalares dos eventos agudos e da própria HAS não controlada, resultados dos desfechos dos grandes *clinical trials*, obtidos para hipertensos aderentes e não aderentes ao tratamento e para controlados e não controlados. Os efeitos do tratamento da HAS, com ou sem adesão, são detectados em longo prazo por estatísticas de tendências, viabilizadas pelo monitoramento dos fatores de risco comportamentais e por inquéritos periódicos de saúde. Efeitos negativos sobre as tendências decorrem, não somente da não adesão ao tratamento, como do subtratamento, inadequação da droga, dificuldade de acesso ao sistema de saúde, quantidade de drogas e número de doses diárias da medicação prescrita, efeitos adversos, resistência ao tratamento e presença de comorbidades (LESSA, 2006).

A falta de adesão ao tratamento é um impedimento para o alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se em uma fonte de frustração para os profissionais de saúde. O enfermeiro como elemento chave do processo assistencial ao portador de hipertensão deve

conhecer as características dessas pessoas e suas reais necessidades para que a partir delas, estratégias sejam implementadas para a obtenção de maior grau de adesão ao tratamento e o consequente controle dos níveis tensionais. Diante do exposto e, considerando a complexidade de fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento da HAS e tendo em vista a importância da atuação junto a portadores de hipertensão, contribuindo para minimizar complicações decorrentes da doença, bem como ao controle e tratamento da mesma, justifica-se a realização do presente estudo com os seguintes objetivos:

2.1 Geral:

Identificar, entre os portadores de hipertensão arterial cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista, os fatores relacionados ao abandono ao tratamento ou ao não cumprimento das orientações terapêuticas.

2.2 Específicos:

- Caracterizar os portadores de hipertensão segundo as variáveis sóciodemográficas e econômicas;
- Identificar os portadores de hipertensão segundo hábito de vida hábitos de vida (atividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica) e dados relacionados à HAS (comorbidades), uso de medicamentos anti-hipertensivos, controle dos níveis pressóricos);
- Caracterizar o portador de hipertensão arterial em relação aos dados clínicos (PA, IMC, CC, RCQ);
- Identificar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial por meio do Teste de Morisky e Green (TMG) e Instrumento para Avaliar Atitudes Frente à Tomada dos Remédios (IAAFTR);
- Relacionar as variáveis do estudo com a adesão ao tratamento da HA.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa.

3.2 Local de estudo e sujeitos da pesquisa

O presente estudo foi realizado no Centro de Saúde de um município do interior paulista entre portadores de hipertensão acompanhados pelo serviço e que aceitaram participar voluntariamente do estudo, que possuíam diagnóstico médico de hipertensão arterial e estavam em uso de medicação anti-hipertensiva.

O município possui população de 32.432 habitantes, com taxa de urbanização de 84,1%. Possui população economicamente ativa de 25%, sendo que 15,7% recebem até dois salários mínimos o que corresponde a 4.993 das pessoas ativas economicamente (CENSO, 2000). Possui sua economia voltada para agropecuária, sendo que a cultura predominante é a cana de açúcar com safras sazonais de abril a novembro. Possui duas grandes usinas de açúcar e álcool e 18 indústrias distribuídas em fábricas de mobiliários, refrigerante, confecção, industrialização de tomate seco e estruturas metálicas (PLANO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL/2000-2001).

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos foram selecionados a partir do cadastro de portadores de hipertensão arterial do Centro de Saúde dos portadores de hipertensão. Os critérios de exclusão utilizados basearam-se em possíveis fatores que poderiam interferir no controle da PA, no grau de conhecimento da doença, quais sejam: sujeitos menores de 18 anos; com escolaridade menor que um ano ou maior que oito anos; que apresentavam déficit cognitivo; com diagnóstico de HAS secundária; em uso de dois ou menos medicamentos; dependentes na administração de medicamentos; em uso de antidepressivos tricíclicos. Após esse levantamento foi realizada

busca ativa por meio de visita domiciliar e, posteriormente, agendadas consultas com a pesquisadora para aqueles que se enquadravam nos critérios de inclusão. Fizeram parte do estudo 90 portadores de HA de ambos os sexos. Antes da coleta de dados, os sujeitos foram informados detalhadamente sobre os objetivos da pesquisa e acerca de todos os procedimentos aos quais se submeteriam e, posteriormente, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

3.4 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados três instrumentos:

a. Formulário adaptado de Barbosa (2007), com questões estruturadas e semi-estruturadas, acerca da doença e tratamento medicamentoso e não medicamentoso; este é um método indireto de medida da adesão à terapia medicamentosa, com relato do próprio usuário, sendo de simples aplicação e de fácil entendimento, fornecendo indícios sobre as barreiras da adesão (Apêndice B).

b. O Teste de Morisky e Green foi utilizado para medir o grau de adesão dos sujeitos, sendo de fácil e simples execução e elaborado para a prática clínica diária, com a finalidade de detectar os pacientes não aderentes ao medicamento prescrito (Anexo A). É o único teste para avaliar a adesão disponível em tradução para o português e tem sido amplamente utilizado, principalmente em estudos nacionais para avaliar a adesão do paciente ao tratamento da HA. Trata-se de uma escala composta de quatro perguntas estruturadas que aborda os seguintes itens: se alguma vez o paciente esquece de tomar o remédio, se é descuidado com o horário das tomadas dos medicamentos, se quando esta se sentindo bem deixa de tomar o medicamento e se quando se sente mal deixa de tomá-lo. O grau de adesão é determinado por pontuação das respostas: Sim= 0 e Não= 1. Os resultados variam de 0 a 4, correspondendo, respectivamente, o menor valor aos não aderentes e o maior valor aos aderentes. O critério adotado para pontuação será de 0 a 3 pontos para os menos aderentes e 4 pontos para os mais aderentes (VIEIRA, 2004; MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; STRELEC; PIERIN, MION JR., 2003).

c. O Instrumento para Avaliar Atitudes Frente à Tomada dos Remédios (IAAFTR) (ANEXO B) composto de dez perguntas estruturadas, com respostas afirmativas ou negativas, possibilita obter informações dos pacientes sobre o horário dos medicamentos, rotinas das

tomadas dos medicamentos quando sai de casa ou viaja, se faz uso do medicamento quando ingere bebida alcoólica, se esqueceu de tomar algum medicamento nos últimos dias ou se faltou a alguma consulta médica recente. A nota de corte proposta é 7, sendo as pontuações menores ou iguais a 7 referentes a atitudes negativas e pontuações maiores que 7, atitude positiva (VIEIRA, 2004, STRELEC; PIERIN; MION Jr., 2003).

3.5 Coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio de entrevista individualizada, conduzida pela própria pesquisadora, em local privativo, no Centro de Saúde de um município do interior paulista, com duração aproximada de 30 minutos.

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

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

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

A medida da PA foi realizada de acordo com a padronização descrita pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (Anexo C), no membro superior direito, com o individuo sentado e em repouso de cinco minutos, uso de bolsa de borracha de 12cm de largura (ressalta-se que a circunferência braquial dos portadores de HA variou de 25 a 33cm), sendo utilizado o aparelho digital da marca Omron (Model HEM-471 CINT) com intuito de minimizar a influência do observador. Foram realizadas três medidas, com intervalo de 15 a

30 segundos entre elas, sendo considerado para fins deste estudo a média das duas últimas medidas da PA.

Para análise dos valores da PA adotou-se a classificação das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial apresentada no quadro 1.

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	<80
Normal	< 130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	>180	>110
Hipertensão sistólica isolada	>140	<90

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006)

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

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

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

Fonte: WHO (2000)

Quadro 2 – Classificação do Índice de Massa Corporal

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

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

3.6 Organização e análise estatística

Os dados foram organizados em uma planilha no Programa Excel, validados por dupla digitação. Os valores de PAS e PAD obtidos no prontuário em relação a primeira consulta e aqueles obtidos pela pesquisadora na última consulta, por ocasião da coleta de dados deste estudo (média das duas últimas medidas da PA), peso, altura, circunferência braquial e circunferências da cintura e do quadril foram submetidos ao teste de Shapiro-Wilk para análise de distribuição e ao teste de Levene para verificação da homogeneidade das variâncias. Quando as amostras apresentaram distribuição normal e variâncias homogêneas foram utilizados testes paramétricos e os resultados foram expressos em média ± desvio padrão. No entanto, se os pressupostos de normalidade e homogeneidade não foram encontrados, utilizou-se testes não paramétricos e os resultados foram expressos em mediana (mínimo-máximo).

Para a comparação entre duas amostras independentes (indivíduos aderentes *versus* não aderentes e RC/Q normal *versus* RC/Q alterada) foram utilizados os testes t ou Mann-Whitney quando as amostras foram paramétricas ou não paramétricas, respectivamente. Na comparação entre PAS e PAD observadas entre a 1ª e a última consulta foi utilizado o teste pareado de Wilcoxon.

Para avaliação da associação entre adesão ao tratamento e cada uma das variáveis do estudo foram utilizados os testes do qui-quadrado clássico, qui-quadrado com correção de Yates ou teste exato de Fisher. Além disso, a força de associação foi avaliada pelo cálculo do Odds Ratio (OR) ou razão de chances com intervalo de confiança de 95%.

A concordância entre os dois instrumentos de avaliação da adesão terapêutica (TMG e IAAFTR) foi analisada pelo coeficiente Kappa, com cálculo do intervalo de confiança de 95%.

Os testes estatísticos foram realizados por meio do software Statistica 8.0 (Statsoft, Inc. 2007) ou SPSS 17.0 (SPSS, Inc. 2008) e os resultados foram considerados significativos quando o nível de significância (p) foi menor que 0,05. Além disso, aquelas variáveis cujo intervalo de confiança do Odds Ratio contém o valor 1 não foram consideradas significativas na determinação da força de associação à adesão terapêutica.

3.7 Questões éticas

O projeto foi submetido a Secretaria Municipal de Saúde do município de Novo Horizonte – SP para avaliação e, após manifestação favorável à realização da pesquisa, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP (CEP-EERP/USP) para apreciação quanto aos aspectos éticos envolvendo pesquisa com seres humanos , tendo sido o mesmo aprovado (ANEXO D).

Os dados serão apresentados e discutidos seguindo a seguinte ordem: caracterização dos portadores de hipertensão arterial segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas; características relacionadas ao tratamento não medicamentoso e fatores de risco; características relacionados ao tratamento medicamentoso; relação de valores de PA, IMC, CC, CQ E RCQ com adesão; avaliação da adesão pelo TMG e IAAFTR.

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

Neste item, serão apresentados dados referentes às características gerais do grupo estudado, tais como idade, sexo, etnia, estado civil, ocupação, escolaridade e renda familiar, que encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com as características sóciodemográficas e sua relação quanto a adesão pelos métodos TGM e IAAFTR. Novo Horizonte, 2008-2009.

Variáveis sociodemográficas	TMG Aderentes (%)	Valor-p	OR (IC 95%)*	IAAFTR Aderentes (%)	Valor-p	OR (IC 95%)*
Idade						
30-40 anos	2 (66,7%)	0,172	6,00 (0,51-70,40)	2 (66,7%)	**0,046**	3,67 (0,32-42,55)
40-50 anos	4 (50,0%)		3,00 (0,68-13,32)	**6 (75,0%)**		**5,50 (1,03-29,38)**
50-60 anos	2 (18,2%)		0,67 (0,13-3,39)	7 (63,6%)		3,21 (0,85-12,07)
> 60 anos	17 (25,0%)		-	**24 (35,3%)**		-
Sexo						
Masculino	13 (38,2%)	0,084	2,27 (0,89-5,82)	**20 (58,8%)**	**0,021**	**2,78 (1,16-6,70)**
Feminino	12 (21,4%)		-	**19 (33,9%)**		-
Etnia						
Branco	23 (29,5%)	0,564	2,09 (0,42-10,30)	35 (44,9%)	0,453	1,63 (0,45-5,86)
Não branco	2 (16,7%)		-	4 (33,3%)		
Estado civil						
Casado/amasiado	21 (35,0%)	0,168	3,41 (0,90-12,87)	**33 (55,0%)**	**0,017**	**5,50 (1,66-18,20)**
Solteiro	0 (0,0%)		0,00	1 (33,3%)		2,25 (0,16-31,33)
Separado/desquitado	1 (20,0%)		1,58 (0,13-19,42)	1 (20,0%)		1,12 (0,10-12,96)
Viúvo	3 (13,6%)		-	**4 (18,2%)**		-
Ocupação						
Aposentado/pensionista	18 (27,7%)	0,700	-	26 (40,0%)	0,424	-
Trabalhador autônomo	2 (50,0%)		2,61 (0,34-19,96)	3 (75,0%)		4,50 (0,44-45,65)
Trabalhador com vínculo	2 (40,0%)		1,74 (0,27-11,29)	3 (60,0%)		2,25 (0,35-14,41)
Do lar	3 (20,0%)		0,65 (0,16-2,59)	6 (40,0%)		1,00 (0,32-3,15)
Do lar + pensionista	0 (0,0%)		0,00	1 (100,0%)		0,00
Reside sozinho						
Sim	1 (10,0%)	0,339	-	3 (30,0%)	0,573	-
Não	24 (30,0%)		3,86 (0,46-32,15)	36 (45,0%)		1,91 (0,46-7,92)
Quantas pessoas moram na casa						
Duas	11 (28,9%)	0,845	-	18 (47,4%)	0,685	1,20 (0,50-2,90)
Mais de duas	13 (31,0%)		1,10 (0,42-2,87)	18 (42,9%)		-
Renda familiar						
1 a 3 salários	22 (26,8%)	0,818	-	34 (41,5%)	0,440	2,35 (0,53-10,52)
4 a 5 salários	3 (37,5%)		1,64 (0,36-7,43)	5 (62,5%)		
Quantos dependentes						
Uma pessoa	10 (26,3%)	0,791	-	14 (36,8%)	0,288	1,59 (0,68-3,73)
Duas ou mais pessoas	15 (28,8%)		1,14 (0,44-2,90)	25 (48,1%)		

*OR (IC 95%): odds ratio com intervalo de confiança de 95%.

Obs.: Nas variáveis com valor-p significativo ($p < 0,05$ e destacado em negrito), o OR representa a chance do grupo apresentar maior adesão ao tratamento em relação ao grupo de referência, indicado pelo hífen (-).

*Renda familiar: valores calculados com base no salário mínimo vigente – R$465,00, segundo Lei n° 11.944 de 28 de maio de 2009, que dispões sobre o salário mínimo a partir de 1º de fevereiro de 2009 (SALÁRIO ..., 2009)

Fizeram parte do estudo 90 portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde, sendo 56 (62,2%) do sexo feminino, 78 (86,7%) brancos, com idade que variou de 34 a 84 anos, com média de 66 ±10,4 anos, 60 (66,7%) casados, com média de 3,4 ±2,3 filhos. As ocupações mais freqüentes foram 65 (72,2%) aposentados/pensionistas e 15 (16,7%) do lar, 82 (91,1%) com renda familiar de um a três salários mínimos, 52 (57,8%) com dois ou mais dependentes e 42 (52,2%) residiam com outros membros da família.

As características gerais deste grupo se encontram muito semelhantes com o grupo estudado por Barbosa (2007), da qual a idade média dos pacientes foi de 71,05 anos, destacando-se a prevalência do sexo feminino (63%), raça branca (60%), estado civil casado (63%), escolaridade média de 3,68 anos, aposentados, indivíduos morando com companheiro (65%), com renda familiar de 1 até 3 salários mínimos (60%), tendo como dependentes 1,81 pessoas.

A idade média destes indivíduos está de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), a qual estimou que mais de 60% dos idosos são portadores de hipertensão. Outro dado que merece consideração é que os homens até um tempo atrás tinham mais chances de desenvolver HA devido aos hábitos de vida, entretanto, com a mulher inserida cada vez mais no mercado de trabalho e as mudanças nos hábitos de vida houve aumento do número de mulheres hipertensas (PESSUTO, 1998). Neste estudo, o sexo feminino mostrou-se predominante (62,20%), resultado semelhante foi encontrado em pesquisa (Alfonso et al, 2003) sobre adesão de hipertensos ao tratamento médico. Estudos sugerem que a atividade laborativa extradomiciliar, possa ter influenciado esses achados. Contudo, esses argumentos não estão consistentemente estabelecidos na literatura devido à dificuldade de delineamento de grandes estudos, sobretudo, devido aos vieses que podem apresentar (FUCHS et al, 2004; ALFONSO, 2003).

Em estudo realizado por Araújo (2007), onde foram selecionados 135 portadores de hipertensão arterial, com objetivo de avaliar o impacto da implantação do Programa de Saúde da Família sobre o controle da PA, observou-se predominância de mulheres (84,4%), o que também tem sido observada em estudos de prevalência de hipertensão arterial e de adesão ao tratamento (SALA, 1996).

Constatou-se que relação significativa foi encontrada entre sexo e adesão pelo método IAAFTR. Os sujeitos do sexo masculino apresentaram uma maior adesão ao tratamento, segundo o IAAFTR. Enquanto 58,8% dos indivíduos do sexo masculino foram aderentes ao tratamento, apenas 33,9% dos indivíduos do sexo feminino aderiram ao tratamento (os indivíduos do sexo masculino apresentam uma chance de 2,78 (IC95% = 1,16-6,70) vezes

maior de aderirem ao tratamento em relação ao sexo feminino). A relação TMG e sexo não apresentou diferença estatisticamente significante. Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa sobre fatores associados a não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial (DOSSE et al, 2009).

Estudos apontam que indivíduos viúvos ou separados e os casados apresentam prevalências maiores de HAS quando comparados aos solteiros (HARTMANN, 2007). A presença de companheiro ou de laços familiares estáveis está relacionada com acesso aos serviços de saúde e, consequentemente, a uma maior possibilidade diagnóstica de hipertensão, o que justificaria o achado de maior prevalência de hipertensão nessas classes. O estado civil se associa também com a idade, que por sua vez se associa com a hipertensão arterial, isto é, as pessoas viúvas ou separadas são mais velhas e também têm mais hipertensão, de modo que estado civil se configura como variável de confusão (SAWYER E COLS, 2002).

Outro resultado significativo encontrado no estudo foi estado civil relacionado à adesão pelo IAAFTR. Mais da metade dos indivíduos casados (55%) ou amasiados foram aderentes ao tratamento (IAAFTR), em comparação com apenas 18,2% dos viúvos. Esse resultado mostra que os indivíduos que convivem com um acompanhante apresentam uma chance de 5,5 (IC95%=1,66-18,2) vezes de serem mais aderentes ao tratamento que os viúvos.

Estudo realizado por Barbosa (2007) encontrou que características sócioculturais como sexo, estado civil, raça, ocupação e nível sócioeconômico não tiveram influência na taxa de controle da PA e na adesão ao tratamento, avaliada pelo método TMG. Semelhante aos achados deste estudo que não evidenciou resultados significativos entre estas variáveis e adesão, pelo método TMG. Quando considerada adesão pelo teste IAAFTR, sexo e estado civil tiveram relação significativa.

A seguir serão apresentados dados relativos a comorbidades, conforme tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com a presença de comorbidades e sua relação quanto a adesão pelos métodos TGM e IAAFTR. Novo Horizonte, 2008-2009.

Presença de comorbidades	TMG - Aderentes (%)				IAAFTR - Aderentes (%)			
	Comorbidade		Valor-p	OR (IC 95%)*	Comorbidade		Valor-p	OR (IC 95%)*
	Ausente	Presente			Ausente	Presente		
Diabetes mellitus	15 (23,8%)	10 (37,0%)	0,199	1,88 (0,71-4,98)	27 (42,9%)	12 (44,4%)	0,889	1,07 (0,43-2,65)
Insuficiência renal	24 (27,9%)	1 (25,0%)	0,657	0,86 (0,09-8,69)	37 (43,0%)	2 (50,0%)	0,810	1,32 (0,18-9,84)
Infarto agudo do miocárdio	24 (32,4%)	1 (6,3%)	0,070	0,14 (0,02-1,11)	35 (47,3%)	4 (25,0%)	0,103	0,37 (0,11-1,26)
Insuficiência cardíaca congestiva	22 (28,2%)	3 (25,0%)	0,908	0,85 (0,21-3,43)	31 (39,7%)	8 (66,7%)	0,080	3,03 (0,84-10,94)
Acidente vascular cerebral	24 (27,9%)	1 (25,0%)	0,657	0,86 (0,09-8,69)	37 (43,0%)	2 (50,0%)	0,810	1,32 (0,18-9,84)
Depressão	23 (28,4%)	2 (22,2%)	1,000	0,72 (0,14-3,73)	35 (43,2%)	4 (44,4%)	0,777	1,05 (0,26-4,21)
Arritmia	25 (28,7%)	0 (0,0%)	0,557	0,35 (0,02-7,02)	38 (43,7%)	1 (33,3%)	0,813	0,64 (0,06-7,38)
Hipercolesterolemia	19 (26,4%)	6 (33,3%)	0,556	1,39 (0,46-4,24)	32 (44,4%)	7 (38,9%)	0,671	0,80 (0,28-2,29)
Enfisema pulmonar	25 (28,1%)	0 (0,0%)	1,000	0,84 (0,03-21,38)	39 (43.8%)	0 (0.0%)	1,000	0,43 (0,02-10,74)
Angina	21 (25,9%)	4 (44,4%)	0,433	2,29 (0,56-9,32)	35 (43,2%)	4 (44,4%)	0,777	1,05 (0,26-4,21)
Trombose venosa profunda	25 (28,1%)	0 (0,0%)	1,000	0,84 (0,03-21,38)	38 (42,7%)	1 (100,0%)	0,433	4,01 (0,16-101,22)
Osteoporose	24 (28,6%)	1 (16,7%)	0,875	0,50 (0,06-4,51)	38 (45,2%)	1 (16,7%)	0,348	0,24 (0,03-2,16)
Hipotiroidismo	21 (26,3%)	4 (40,0%)	0,589	1,87 (0,48-7,30)	33 (41,3%)	6 (60,0%)	0,430	2,14 (0,56-8,17)
Diverticulite	24 (27,9%)	1 (25,0%)	0,657	0,86 (0,09-8,69)	38 (44,2%)	1 (25,0%)	0,810	0,42 (0,04-4,21)
Obesidade	**22 (25,3%)**	**3 (100,0%)**	**0,020**	**20,38 (1,01-409,99)**	36 (41,4%)	3 (100,0%)	0,078	9,88 (0,50-197,08)
Hérnia de disco	25 (28,1%)	0 (0,0%)	1,000	0,84 (0,03-21,38)	38 (42,7%)	1 (100,0%)	0,433	4,01 (0,16-101,22)
Reumatismo	25 (28,1%)	0 (0,0%)	1,000	0,84 (0,03-21,38)	38 (42,7%)	1 (100,0%)	0,433	4,01 (0,16-101,22)
Artrose	25 (29,4%)	0 (0,0%)	0,317	0,21 (0,01-4,05)	38 (44,7%)	1 (20,0%)	0,536	0,31 (0,03-2,88)
Bronquite	25 (28,4%)	0 (0,0%)	1,000	0,50 (0,02-10,73)	38 (43,2%)	1 (50,0%)	1,000	1,32 (0,08-21,72)

*OR (IC 95%): odds ratio com intervalo de confiança de 95%.

Obs.: Nas variáveis com valor-p significativo ($p < 0,05$ e destacado em negrito), o OR representa a chance dos indivíduos que possuiam a comorbidade de apresentarem maior adesão ao tratamento em relação aos indíviduos que não relataram a presença da comorbidade.

A população estudada apresentava outras doenças associadas à hipertensão arterial, sendo, mais prevalente, o Diabetes Mellitus (20%) e a Hipercolesterolemia (14,14%). Relação significativa foi encontrada entre obesidade e adesão. Segundo os achados, pessoas obesas possuem 20,38% mais chances de serem aderentes que as não obesas, pelo método TMG.

Estudo transversal de base populacional realizado com dados referentes à população de 60 anos ou mais, não institucionalizada, residente em área urbana nos municípios de Campinas e Botucatu, na região sudoeste da Grande São Paulo (Itapecerica da Serra, Embu e Taboão da Serra) e no distrito do Butantã (Município de São Paulo), no período de 2001 e 2002, com o objetivo de avaliar a prevalência de diabetes autoreferido em idosos, identificou maior prevalência significativa de hipertensão entre os diabéticos (FRANCISCO et al, 2010).

A prevalência significativa de diabetes entre os hipertensos, verificada neste estudo, era esperada, em face das pesquisas clínicas que comprovam a relação entre tais

enfermidades. Como a hipertensão está associada a um maior grau de resistência à insulina, e os medicamentos anti-hipertensivos podem agravar este quadro, o hipertenso torna-se mais suscetível a desenvolver diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2005; FARIA, ZANELLA, 2002).

Estudos de base populacional transversal também registraram esta relação. Souza et al (2003) estimaram que o risco de apresentar diabetes é três vezes maior nos indivíduos hipertensos. Essa estreita associação é preocupante, tendo em vista que a hipertensão nos diabéticos aumenta o risco de complicações cardiovasculares, como acidente vascular cerebral e aterosclerose (LEBRÃO, 2003, SOUZA et al, 2003). O diabetes constitui ainda um fator de risco para a doença arterial coronariana e pode contribuir para o desenvolvimento de hipertrofia ventricular esquerda com evolução para insuficiência cardíaca (VLAGOPOULOS, 2005).

Estudo baseado em dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), coletados em 2006 nas capitais brasileiras e Distrito Federal, com o objetivo de estimar a frequência de hipertensão arterial sistêmica autoreferida e fatores associados, observou que a frequência de HAS foi maior entre indivíduos que relataram diagnóstico de DM e dislipidemia (FERREIRA et al, 2009).

A hipertensão também acelera o desenvolvimento da aterosclerose (STAMLER, 1989) e alguns dos fatores de risco para a aterosclerose, como as dislipidemias, parecem associadas ao agravamento da doença renal hipertensiva (KNOWLES, 2000), à hipertrofia miocárdica (SU, 2000) e aos eventos cardiovasculares do paciente hipertenso (NEATON, 1992). Por outro lado, o tratamento da hipertensão arterial pode modificar o perfil lipídico e a aterosclerose induzida pela hiperlipidemia (HERNANDEZ-PRESA, 1997).

A identificação dos fatores que interferem na adesão se inicia pelo reconhecimento das características do paciente como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida e culturais, e crenças de saúde. Aspectos relativos à hipertensão arterial, como a cronicidade da doença, em geral não associada a sintomatologia, também interferem na adesão ao tratamento. As características do tratamento, que englobam intervenções medicamentosas e não medicamentosas e, portanto, mudanças de comportamento; disponibilidade financeira;e tolerância a eventuais efeitos colaterais também devem ser considerados no processo de adesão (SARQUIS, L. M. M.; DELL'ACQUA, M. C. Q.; GALLANI, M. C. B. J., et al 1998).

4.2 Características do portador de hipertensão arterial em relação ao tratamento não medicamentoso e fatores de risco

Neste item, serão apresentados os dados referentes às características do portador de hipertensão arterial em relação ao tratamento não medicamentoso e fatores de risco, de acordo com a Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com tratamento não medicamentoso e fatores de risco e sua relação quanto a adesão pelos métodos TGM e IAAFTR. Novo Horizonte, 2008-2009.

Variáveis relacionadas ao estilo de vida	TMG Aderentes (%)	Valor-p	OR (IC 95%)*	IAAFTR Aderentes (%)	Valor-p	OR (IC 95%)*
Atividade física						
Pratica	10 (38,5%)	0,149	2,04 (0,77-5,44)	**16 (61,5%)**	**0,026**	**2,85 (1,11-7,31)**
Não pratica	15 (23,4%)		-	**23 (35,9%)**		**-**
Tabagismo						
Fuma	4 (36,4%)	0,749	1,58 (0,42-5,94)	4 (36,4%)	0,863	-
Não fuma	21 (26,6%)		-	35 (44,3%)		1,39 (0,38-5,14)
Estresse						
Sim	16 (30,8%)	0,459	1,43 (0,55-3,71)	23 (44,2%)	0,841	1,09 (0,47-2,54)
Não	9 (23,7%)		-	16 (42,1%)		-
Alteração de sono						
Sim	**3 (12,0%)**	**0,038**	**-**	8 (32,0%)	0,178	-
Não	**22 (33,8%)**		**3,75 (1,01-13,92)**	31 (47,7%)		1,94 (0,73-5,12)
Bebida alcoólica						
Sim	5 (35,7%)	0,692	1,56 (0,47-5,20)	8 (57,1%)	0,257	1,94 (0,61-6,13)
Não	20 (26,3%)		-	31 (40,8%)		-

*OR (IC 95%): odds ratio com intervalo de confiança de 95%.

Obs.: Nas variáveis com valor-p significativo (p < 0,05 e destacado em negrito), o OR representa a chance do grupo apresentar maior adesão ao tratamento em relação ao grupo de referência, indicado pelo hífen (-

Quanto aos hábitos de vida, apenas 26 (28,9%) realizavam atividade física regular, com predomínio da caminhada, 79 (87,8%) não fumavam, sendo que dos 12,2% pacientes que faziam uso de cigarros, 36,4% consumiam um maço de cigarro / dia, e 14(15,6%) citaram uso de bebidas alcoólicas, sendo a cerveja a mais apreciada, com consumo médio diário de uma

lata e meia. Em relação ao sono 65 (72,2%) relataram não possuir alterações e 52 (57,8%) referiram ser uma pessoa estressada.

Alguns estudos apontam maior prevalência de HA em ex-fumantes e não-fumantes. Costa e cols (2007) constataram prevalência maior de HA em ex-fumantes. Estudo realizado por Jardim e cols (2007) verificou associação positiva entre HA e abandono do fumo (ex-fumantes), porém a maior prevalência de HA foi verificada entre os não-fumantes. Em estudo realizado por Barreto e cols. (2001), maior prevalência de hipertensão foi encontrada na classe dos que nunca fumaram, seguidos pelos fumantes e ex-fumantes, respectivamente. Lessa e cols.(2006) mostraram maior prevalência de hipertensão arterial entre os não-fumantes em relação aos fumantes.

A ingestão de bebidas alcoólicas foi descrita como um hábito saudável por vários estudiosos no decorrer dos séculos. Dados de estudos epidemiológicos atuais apontam para uma relação inversa entre o consumo moderado de álcool e a morbimortalidade cardiovascular. Entretanto devemos considerar que existem riscos associados à ingestão de etanol, como é o caso do alcoolismo. As evidências epidemiológicas parecem sustentar uma relação inversa entre o consumo moderado de álcool e o risco cardiovascular, por outro lado, o consumo excessivo está associado com o aumento no risco de acidente vascular encefálico, aumento nos níveis pressóricos, aguda ou cronicamente e o aumento da prevalência e da incidência de hipertensão arterial. O álcool pode causar ainda atenuação da potência anti-hipertensiva das drogas (SOUZA; AMARAL, 2004).

Em estudo realizado por Mizuno (2008), que avaliou a influência do estilo de vida e adesão aos agentes anti-hipertensivos em portadores de hipertensão essencial, encontrou níveis de adesão maiores em não fumantes e diferença não significativa entre pessoas que consomem bebida alcoólica e aquelas que não consomem. Neste estudo não foram encontradas diferenças significativas em relação à adesão quando comparados fumantes e não fumantes, assim como pessoas que consomem bebida alcoólica com aquelas que não consomem.

Quando questionados em relação a ser ou não uma pessoa estressada 57,8% referiram sim, sendo que entre esses 78,80% referiram maior estresse em casa. A falta de consenso sobre o conceito de estresse tem causado muitas dificuldades na determinação do verdadeiro papel que ele exerce na epidemiologia das doenças cardiovasculares (DANTAS, 2003). No entanto, encontram-se na literatura alguns estudos que demonstram relação válida entre a hipertensão arterial e o estresse mental (FONSECA, 2009). Vários estudiosos têm enfatizado a relação entre estresse executivo (laboral) e o aumento do risco de enfermidades

cardiovasculares e desenvolvimento progressivo da hipertensão arterial (VRIJKOTTE, 2000). Em Nova York, estudos de casos e controles foram realizados com 196 empregados vinculados a diferentes tipos de trabalho, constatando-se que 76 sujeitos hipertensos (casos) eram 2,7 vezes mais propensos a ter tensão laboral que os 120 normotensos (controles) (ARMARIO, 2002).

Fonseca (2009) em seu estudo, cujo objetivo foi realizar revisão bibliográfica de artigos que abordam a relação entre hipertensão arterial e fatores emocionais, concluiu que a associação entre distúrbios emocionais e alterações nas funções viscerais, como a hipertensão arterial, se evidencia quando as estruturas límbicas, responsáveis pelas emoções, são acionadas e produzem respostas cardiovasculares e respiratórias, chegando a conclusão de que o risco de desenvolvimento da hipertensão arterial e a reatividade cardiovascular parecem ser influenciados por fatores emocionais como impulsividade, hostilidade, estressores, ansiedade e raiva. No entanto, mais estudos são necessários para melhor elucidar essas relações.

Em relação à atividade física apenas 28,9% indicaram realizar a caminhada. O índice de sedentarismo observado no presente estudo está maior do que a prevista pela OMS para a população mundial (cerca de 50%). Estudo com o objetivo de estimar a prevalência de tabagismo, sobrepeso/obesidade, atividade física insuficiente, hipertensão arterial e pressão arterial limítrofe entre homens adscritos à Estratégia Saúde da Família em área urbana de Juiz de Fora, Minas Gerais, Região Sudeste do Brasil, encontrou maior associação ao sedentarismo/atividade física irregular com idade e a cor/raça dos entrevistados. Quanto maior a faixa etária, maior a proporção de sedentários e sem atividade física regular. Os brancos apresentaram menor índice de atividade física do que os negros/outros (EYKEN, 2009), o que fundamenta nossos achados.

Relação significativa foi encontrada entre atividade física e adesão quando avaliados pelo método IAAFTR. Entre aqueles que praticam atividade física 61,5% eram aderentes, enquanto que apenas 35,9% dos que não realizam atividade física o eram. A relação teste de *Morisky-Green* e atividade física não apresentaram diferença estatisticamente significante.

Em relação ao sono 72,2% disseram não apresentar alterações do sono com freqüência. Vgontzas (2009), ao examinar o efeito conjunto da duração do sono, insônia e risco de hipertensão, concluiu que insônia com curta duração do sono está associada com aumento do risco de hipertensão, em um grau comparável ao de outros distúrbios do sono comum, associação não encontrada em nosso estudo. Resultado significativo foi encontrado em relação ao sono e adesão pelo TMG. Enquanto 33,8% dos que não relataram alterações de sono foram aderentes, apenas 12% dos indivíduos que relataram alterações do sono foram

aderentes (os pacientes sem alterações do sono possuem 3,75 mais chances de serem aderentes).

A seguir serão apresentados os dados relacionados a antecedentes familiares, de acordo com a tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com os antecedentes familiares e sua relação quanto a adesão pelos métodos TGM e IAAFTR. Novo Horizonte, 2008-2009.

Antecedentes familiares	TMG Aderentes (%)	Valor-p	OR (IC 95%)*	IAAFTR Aderentes (%)	Valor-p	OR (IC 95%)*
Hipertensão arterial						
Sim	20 (29,9%)	0,765	1,19 (0,38-3,75)	33 (49,3%)	0,172	2,10 (0,71-6,19)
Não	5 (26,3%)		-	6 (31,6%)		-
Diabetes mellitus						
Sim	7 (21,2%)	0,230	-	16 (48,5%)	0,631	1,24 (0,51-2,99)
Não	17 (33,3%)		1,86 (0,67-5,14)	22 (43,1%)		-
Angina						
Sim	6 (42,9%)	0,375	2,05 (0,63-6,69)	7 (50,0%)	0,663	1,29 (0,41-4,07)
Não	19 (26,8%)		-	31 (43,7%)		-
Infarto agudo do miocárdio						
Sim	9 (23,7%)	0,392	-	14 (36,8%)	0,295	-
Não	16 (32,0%)		1,52 (0,58-3,94)	24 (48,0%)		1,58 (0,67-3,75)
Acidente vascular cerebral						
Sim	10 (30,3%)	0,721	1,19 (0,46-3,07)	18 (54,5%)	0,117	2,00 (0,84-4,79)
Não	15 (26,8%)		-	21 (37,5%)		-
Insuficiência renal						
Sim	2 (22,2%)	1,000	-	2 (22,2%)	0,321	-
Não	23 (28,4%)		1,39 (0,27-7,18)	37 (45,7%)		2,94 (0,58-15,04)
Morte súbita						
Sim	6 (24,0%)	0,620	-	11 (44,0%)	0,937	1,04 (0,41-2,63)
Não	19 (29,2%)		1,31 (0,45-3,78)	28 (43,1%)		-

*OR (IC 95%): odds ratio com intervalo de confiança de 95%.

Considerando os antecedentes familiares, 67 (74,4%) têm casos de HAS na família, sendo 73,1% pai e/ou mãe. Estudos têm demonstrado que a herança genética está associada à hipertensão, bem como a outros fatores que aumentam o risco de doenças cardiovasculares (BROWN, 1997; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). Verifica-se que a história familiar positiva para hipertensão são problemas presentes e muitas vezes ignorados pelo grupo por desinformação, tornando-se necessárias medidas educativas que conscientizem os indivíduos e seus filhos sobre os possíveis fatores de risco para esta morbidade, bem como propostas e meios para modificação do estilo de vida (SIQUEIRA, 2002).

A identificação de populações com risco para o desenvolvimento futuro de hipertensão arterial é de fundamental importância, uma vez que se tem demonstrado que vários fatores e lesões atribuídos à hipertensão são, na realidade, concomitantes ou antecedentes a ela, tendo seu início de maneira precoce (LANGOWISKI, 2008). Além disso, com a detecção do risco para desenvolvimento da HAS, vários fatores ambientais (tabagismo, sobrepeso, sedentarismo e outros) relacionados à agressão vascular podem ser controlados de maneira a minimizar ou retardar a constatação de níveis tensionais elevados (RAVOGLI, 1990). É conhecida a herança genética da HAS. Rotimi et al (1999) estudaram 510 famílias nigerianas, encontrando uma taxa de herança de 45% para a pressão arterial sistólica e 43% para a pressão arterial diastólica nesta população.

Quando questionados quanto a outros tratamentos além do medicamentoso todos referiram o controle de peso ou da alimentação concomitante ao uso das medicações. Segundo Souza (2004), a adoção de um estilo de vida saudável está intimamente relacionada à melhora da qualidade de vida e interfere de forma positiva no controle dos fatores de risco cardiovascular. Contraditoriamente a tantas evidências de benefícios relacionados à atividade física regular, o que se observa é uma elevada prevalência de sedentarismo, assim como de obesidade, intolerância a glicose, dislipidemias, ou seja, fatores comumente associados à hipertensão.

4.3 Características do portador de hipertensão arterial em relação ao tratamento medicamentoso prescrito

Neste item serão apresentados dados do portador de hipertensão arterial em relação ao tratamento medicamentoso prescrito, de acordo com as Tabelas 5, 6 e 7.

Tabela 5 – Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com o tratamento medicamentoso anti-hipertensivo prescrito e sua relação quanto a adesão pelos métodos TGM e IAAFTR. Novo Horizonte, 2008-2009.

Medicação em uso para HAS	TMG - Aderentes (%)				IAAFTR - Aderentes (%)			
	Medicação		Valor-p	OR (IC 95%)*	Comorbidade		Valor-p	OR (IC 95%)*
	Não utiliza	Utiliza			Ausente	Presente		
Bloqueadores de canais de cálcio	15 (22,4%)	10 (43,5%)	0,051	2,67 (0,98-7,28)	26 (38,8%)	13 (56,5%)	0,139	2,05 (0,79-5,35)
Diuréticos	9 (23,7%)	16 (30,8%)	0,459	1,43 (0,55-3,71)	15 (39,5%)	24 (46,2%)	0,528	1,31 (0,56-3,07)
Inibidor adrenérgico	14 (30,4%)	11 (25,0%)	0,565	0,76 (0,30-1,93)	21 (45,7%)	18 (40,9%)	0,650	0,82 (0,36-1,90)
Antagonista do receptor AT1 da angiotensina II	24 (28,6%)	1 (16,7%)	0,875	0,50 (0,06-4,51)	36 (42,9%)	3 (50,0%)	0,932	1,33 (0,25-7,00)
Inibidores da enzima conversora da agiotensina (IECA)	14 (37,8%)	11 (20,8%)	0,075	0,43 (0,17-1,10)	19 (51,4%)	20 (37,7%)	0,200	0,57 (0,25-1,34)
Ação central	23 (29,5%)	2 (16,7%)	0,564	0,48 (0,10-2,36)	35 (44,9%)	4 (33,3%)	0,453	0,61 (0,17-2,21)

*OR (IC 95%): odds ratio com intervalo de confiança de 95%.

Obs.: O OR representa a chance dos indivíduos que utilizam determinada medicação de apresentarem maior adesão ao tratamento em relação aos indíviduos que não utilizam o medicamento, caso fosse observada diferença significativa ($p < 0,05$).

Em relação às medicações anti-hipertensivas em uso pelos portadores de hipertensão em estudo, 30 indivíduos utilizam esquema monoterápico, sendo que 11 (12,1%) faziam uso de Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA). A maioria dos indivíduos possui esquema de tratamento anti-hipertensivo politerápico, sendo que 12 (13,5%) indivíduos utilizam diuréticos associados com IECA e 11 (12,4%) utilizam associação de diuréticos, IECA e inibidores adrenérgicos. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado por Viana (2006) cujo objetivo foi descrever os aspectos relativos à terapêutica da hipertensão em pacientes atendidos no Ambulatório de Especialidades Médicas – UNISUL, onde se encontrou que mono e dupla terapias foram as mais frequentes em ambos os sexos e IECA e diurético foram os medicamentos mais utilizados.

Neste estudo o tipo da medicação anti-hipertensiva em uso não teve influência na taxa de adesão, conforme Tabela 5.

A seguir serão apresentados dados relacionados ao número de medicações anti-hipertensivas e uso de medicações naturais, pelo portadores de hipertensão que participaram deste estudo, de acordo com a Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com o tratamento medicamentoso anti-hipertensivo prescrito e sua relação quanto a adesão pelos métodos TGM e IAAFTR. Novo Horizonte,2008-2009.

Fatores relacionados ao tratamento medicamentoso	TMG Aderentes (%)	Valor-p	OR (IC 95%)*	IAAFTR Aderentes (%)	Valor-p	OR (IC 95%)*
Número total de medicamentos						
Até 3	9 (32,1%)	0,534	1,36 (0,51-3,61)	13 (46,4%)	0,690	1,20 (0,49-2,95)
4 a 10	16 (25,8%)		-	26 (41,9%)		-
Número de anti-hipertensivos						
Até 3	22 (26,5%)	0,625	-	35 (42,2%)	0,711	-
4 a 10	3 (42,9%)		2,08 (0,43-10,04)	4 (57,1%)		1,83 (0,38-8,69)
Tratamento não medicamentoso						
Utiliza	24 (30,0%)	0,339	3,86 (0,46-32,15)	36 (45,0%)	0,573	1,91 (0,46-7,92)
Não utiliza	1 (10,0%)		-	3 (30,0%)		-
Faz uso de algum medicamento natural?						
Sim	23 (30,3%)	0,367	2,60 (0,54-12,58)	35 (46,1%)	0,358	2,13 (0,62-7,41)
Não	2 (14,3%)		-	4 (28,6%)		-
Como identifica as medicações						
Pela cor	1 (14,3%)	0,223	-	1 (14,3%)	0,063	-
Pela embalagem	5 (14,7%)		1,03 (0,10-10,53)	10 (29,4%)		2,50 (0,27-23,53)
Pelo nome	19 (38,8%)		3,80 (0,42-34,08)	28 (57,1%)		8,00 (0,89-71,58)

*OR (IC 95%): odds ratio com intervalo de confiança de 95%.

Obs.: Em cada uma das variáveis, o OR representa a chance do grupo apresentar maior adesão ao tratamento em relação ao grupo de referência, indicado pelo hífen (-), caso fosse observada diferença significativa ($p < 0,05$).

Todos os entrevistados referiram estar em tratamento da hipertensão arterial desde o diagnóstico. O número total prevalente de medicamentos em uso contínuo pelos pacientes, colhidos dos receituários, foi de 3 a 4 (61,1%) medicamentos totais. Quanto aos anti-hipertensivos o número total prevalente foi de 1 a 2 (66,7%). Quando questionados se faziam ou não tratamento não medicamentoso 80 (88,9%) responderam sim. Em relação ao uso de medicação natural 76 (84,4%) referiram não fazer uso. Não houve diferenças significativas entre estas variáveis e adesão pelos métodos TMG e IAAFTR.

Em uma pesquisa que buscou estudar a relação entre estilo de vida e adesão ao tratamento anti-hipertensivo, foi encontrado que adesão foi significativamente menor nos portadores de hipetensão que tomam medicação duas ou mais vezes ao dia do naqueles que tomam uma vez ao dia, tendeu a ser menor em pacientes que tomam dois ou mais anti-hipertensivo e não foi diferente em relação ao tipo da medicação em uso. Quando os pacientes foram divididos em três grupos de acordo com o nível de satisfação com o tratamento anti-

hipertensivo atual, a adesão foi menor nos pacientes com insatisfação e maior em pacientes satisfeitos (MIZUNO, 2008). Estes resultados foram muito semelhantes ao deste estudo.

Resultado diferente foi encontrado em outra pesquisa que avaliou a persistência e aderência aos agentes anti-hipertensivos em um cenário da vida real. A taxa de persistência observada após um período de dois anos com diuréticos foi significativamente menor (52,8%) do que com qualquer outra classe de agentes anti-hipertensivos. A persistência de taxas de beta-bloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, bloqueadores dos receptores da angiotensina II e angiotensina-I inibidores da enzima conversora foram de 69,3%, 64,3%, 60,9% e 58,9%, respectivamente. Após dois anos, a proporção de pacientes que foram 80% aderente ao tratamento foi de 64,9% para angiotensina I e inibidores da enzima conversora, 65,0% para os bloqueadores dos receptores da angiotensina-II, 64,2% para os bloqueadores dos canais de cálcio, 60,3% para beta-bloqueadores e 50,9% para diuréticos. A proporção de pacientes que foram 80% aderente ao tratamento foi significativamente menor para os diuréticos do que com outros agentes anti-hipertensivos (LACHAINE, 2008).

As tabelas 7 e 8 mostram os fatores que interferem no controle terapêutico relacionado à adesão pelos métodos TMG e IAAFTR, respectivamente.

Tabela 7 – Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com os fatores que interferem no controle terapêutico e sua relação quanto a adesão pelo método TGM. Novo Horizonte, 2008-2009.

Fatores que interferem no controle terapêutico	TMG - Aderentes (%) Resposta ao questionário		Valor-p	OR (IC 95%)*
	Sim	Não		
Você lê a receita?	19 (32,2%)	6 (19,4%)	0,196	1,98 (0,70-5,63)
Está satisfeito com o medicamento?	24 (30,4%)	1 (9,1%)	0,264	4,36 (0,53-36,02)
Lembra de tomar todos os medicamentos?	**25 (41,7%)**	**0 (0,0%)**	**< 0,001**	**42,38 (2,47-726,23)**
Parou de tomar anteriormente?	4 (21,1%)	21 (29,6%)	0,461	1,58 (0,47-5,31)
Foram receitados muitos medicamentos de uma vez?	0 (0,0%)	25 (29,8%)	0,271	5,57 (0,30-102,65)
Necessidade de tomar muitas vezes ao dia?	0 (0,0%)	25 (28,1%)	0,618	1,19 (0,05-30,08)
Os medicamentos fazem sentir pior?	1 (12,5%)	24 (29,3%)	0,550	2,90 (0,34-24,83)
Acredita que não precisa dos medicamentos?	0 (0,0%)	25 (30,9%)	0,117	8,58 (0,48-153,08)
Medicamentos são muito caros?	0 (0,0%)	25 (28,1%)	0,618	1,19 (0,05-30,08)
Apresenta alguma dificuldade no uso da medicação?	6 (16,7%)	19 (35,2%)	0,055	2,71 (0,96-7,67)
Tem alguma queixa ou sente alguma coisa por causa dos medicamentos?	7 (21,2%)	18 (31,6%)	0,290	1,71 (0,63-4,68)
Os efeitos colaterais tem sido o motivo para o uso irregular?	0 (0,0%)	25 (31,3%)	0,088	9,65 (0,54-171,12)
O custo tem sido o motivo para o uso irregular?	2 (25,0%)	23 (28,0%)	0,818	1,17 (0,22-6,22)
O número de medicamentos (ou vezes) tem sido o motivo para o uso irregular?	0 (0,0%)	25 (32,1%)	0,051	11,92 (0,68-209,29)
Apresenta algum grau de dificuldade para seguir o tratamento?	**0 (0,0%)**	**25 (39,7%)**	**< 0,001**	**36,43 (2,13-624,35)**
Prefere medicamentos de uma única dose diária?	18 (24,3%)	7 (43,8%)	0,206	2,42 (0,79-7,43)
Já esqueceu alguma vez?	**1 (3,0%)**	**24 (42,9%)**	**< 0,001**	**24,00 (3,06-188,22)**
É descuidado para tomar o medicamento?	**1 (2,3%)**	**24 (52,2%)**	**< 0,001**	**46,91 (5,95-370,02)**
Quando se sente melhor, você para de tomar o medicamento?	**0 (0,0%)**	**25 (35,2%)**	**0,006**	**21,39 (1,24-369,15)**
Quando se sente pior, você para de tomar o medicamento?	0 (0,0%)	25 (31,3%)	0,088	9,65 (0,54-171,12)
Quando se sente pior, toma em maior quantidade?	4 (17,4%)	21 (31,3%)	0,197	2,17 (0,66-7,17)

*OR (IC 95%): odds ratio com intervalo de confiança de 95%.

Obs.: Nas variáveis com valor-p significativo ($p < 0,05$ e destacado em negrito), o OR representa a chance dos indivíduos cujas respostas ao questionário foi "Não" de apresentarem maior adesão ao tratamento em relação aos indivíduos que responderam "Sim", exceto para as três primeiras perguntas, em que a interpretação do OR se dá em virtude das respostas positivas.

Tabela 8 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com os fatores que interferem no controle terapêutico e sua relação quanto a adesão pelo método IAAFTR. Novo Horizonte, 2008-2009.

Fatores que interferem no controle terapêutico	IAAFTR - Aderentes (%) Resposta ao questionário		Valor-p	OR (IC 95%)*
	Sim	Não		
Você lê a receita?	26 (44,1%)	13 (41,9%)	0,846	1,09 (0,45-2,63)
Está satisfeito com o medicamento?	**39 (49,4%)**	**0 (0,0%)**	**0,006**	**22,43 (1,28-393,74)**
Lembra de tomar todos os medicamentos?	**34 (56,7%)**	**4 (13,8%)**	**< 0,001**	**8,17 (2,53-26,40)**
Parou de tomar anteriormente?	5 (26,3%)	34 (47,9%)	0,092	2,57 (0,84-7,90)
Foram receitados muitos medicamentos de uma vez?	0 (0,0%)	39 (46,4%)	0,073	11,29 (0,62-206,74)
Necessidade de tomar muitas vezes ao dia?	0 (0,0%)	39 (43,8%)	0,892	2,35 (0,09-59,18)
Os medicamentos fazem sentir pior?	1 (12,5%)	38 (46,3%)	0,142	6,05 (0,71-51,37)
Acredita que não precisa dos medicamentos?	**0 (0,0%)**	**39 (48,1%)**	**0,049**	**17,66 (1,01-313,53)**
Medicamentos são muito caros?	0 (0,0%)	39 (43,8%)	0,892	2,35 (0,09-59,18)
Apresenta alguma dificuldade no uso da medicação?	13 (36,1%)	26 (48,1%)	0,259	1,64 (0,69-3,90)
Tem alguma queixa ou sente alguma coisa por causa dos medicamentos?	12 (36,4%)	27 (47,4%)	0,310	1,58 (0,65-3,80)
Os efeitos colaterais tem sido o motivo para o uso irregular?	**0 (0,0%)**	**39 (48,8%)**	**0,009**	**19,99 (1,13-352,65)**
O custo tem sido o motivo para o uso irregular?	2 (25%)	37 (45,1%)	0,470	2,47 (0,47-12,95)
O número de medicamentos (ou vezes) tem sido o motivo para o uso irregular?	**0 (0,0%)**	**29 (50,0%)**	**0,003**	**25,00 (1,43-436,95)**
Apresenta algum grau de dificuldade para seguir o tratamento?	**1 (3,7%)**	**38 (60,3%)**	**< 0,001**	**39,52 (5,04-310,11)**
Prefere medicamentos de uma única dose diária?	**28 (37,8%)**	**11 (68,8%)**	**0,024**	**3,61 (1,14-11,49)**
Já esqueceu alguma vez?	**5 (15,2%)**	**33 (58,9%)**	**< 0,001**	**8,03 (2,70-23,91)**
É descuidado para tomar o medicamento?	**6 (13,6%)**	**33 (71,7%)**	**< 0,001**	**16,08 (5,49-47,05)**
Quando se sente melhor, você para de tomar o medicamento?	**2 (10,5%)**	**37 (52,1%)**	**0,003**	**9,25 (1,99-43,04)**
Quando se sente pior, você para de tomar o medicamento?	**0 (0,0%)**	**39 (48,8%)**	**0,009**	**19,99 (1,13-352,65)**
Quando se sente pior, toma em maior quantidade?	**5 (21,7%)**	**34 (50,7%)**	**0,015**	**3,71 (1,23-11,15)**

*OR (IC 95%): odds ratio com intervalo de confiança de 95%.

Obs.: Nas variáveis com valor-p significativo (p < 0,05 e destacado em negrito), o OR representa a chance dos indivíduos cujas respostas ao questionário foi "Não" de apresentarem maior adesão ao tratamento em relação aos indivíduos que responderam "Sim", exceto para as três primeiras perguntas, em que a interpretação do OR se dá em virtude das respostas positivas.

Verificou-se que 21,1% dos pacientes pararam de fazer uso de algum medicamento anteriormente, por algum efeito colateral da droga (35,8%), sendo que 4,5% foram Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA).

Quanto aos medicamentos em uso, 36,7% dos sujeitos referiram efeito indesejável associado a algum medicamento utilizado no momento. A queixa mais frequente foi epigastralgia em 36,4% dos pacientes. Quando questionados se lembram de tomar todos os medicamentos 32,6% responderam não. A classe dos Inibidores Adrenérgicos foi a mais referida como sendo a mais fácil de esquecer de tomar diariamente (24,1%). Porém 88,9% disseram que a presença de efeitos colaterais não tem sido motivo para o abandono do tratamento. Resultado significativo foi encontrado entre a presença de efeitos colaterais e adesão avaliada pelo método IAAFTR. Dos indivíduos que não relataram efeitos colaterais

48,8% eram aderentes, enquanto que dentre aqueles que relataram efeitos colaterais, nenhum era aderente.

Quando questionados sobre o tratamento medicamentoso 91,1% referiram que o custo do medicamento não tem sido motivo para o abandono do tratamento, 100% referiram que sabem da continuidade do tratamento, 70% disseram não ter algum grau de dificuldade para seguir corretamente seu tratamento, 86,70% disseram que o número de tomadas de um mesmo medicamento não tem sido motivo para não seguir o tratamento, porém 82,2% responderam que preferem medicamentos que possam ser tomados apenas uma vez ao dia. Em relação à satisfação com o medicamento que está tomando para HAS, 87,8% disseram estar satisfeitos. Relação significativa foi encontrada entre a resposta da questão "se o número de medicamentos interfere no uso regular" e adesão avaliada pelo método IAAFTR. Enquanto 50% dos indivíduos que responderam "não" serem aderentes, nenhum dos que responderam "sim" possuíam adesão. Quando questionados sobre a satisfação em relação à medicação, 49,4% dos que responderam "sim" serem aderentes, enquanto que nenhum dos que responderam "não" foram aderentes, segundo o método IAAFTR. Esses resultados mostram grande relação entre número de medicamentos e satisfação com a medicação com o grau de adesão.

Em relação ao acesso a medicação 82,2% dos entrevistados indicam o acesso à medicação na farmácia da UBS e compram quando necessário. Quando questionados se são descuidados quanto a tomar suas medicações, 48,9% disseram sim.

Em relação a automedicação 21,1% referiram que quando se sentem melhores param de tomar suas medicações, 11,1% disseram que param com as medicações prescritas quando se sentem piores e 25% responderam que se sentindo piores tomam maior quantidade de medicamentos.

Relação positiva com a adesão, avaliada pelos dois métodos, também foi encontrada quando questionados se "já esqueceu alguma vez", "é descuidado para tomar o medicamento", "quando se sente melhor para de tomar o medicamento", sendo que as respostas "não" foram encontradas na maioria dos aderentes. As questões "quando se sente pior para de tomar os medicamentos" e "quando se sente pior toma em maior quantidade", também tiveram relação significativa com a adesão avaliada pelo método IAAFTR .

Verificou-se que 37,1% dos entrevistados alguma vez já se esqueceram de tomar algum dos medicamentos prescritos.

A Tabela 6 mostra a relação de fatores que interferem no controle terapêutico, levantados através de questões, e adesão ao tratamento. Quando questionados se "lembram de

tomar todos os medicamentos", entre aqueles que responderam "sim" 41,7% eram aderentes pelo TMG, enquanto 56,7% o eram pelo método IAAFTR.

Mion (1996) ao estudar portadores de hipertensão para identificar os fatores que contribuíam para que não tomassem os medicamentos mostrou que, em relação aos medicamentos, 89% dos indivíduos referiram baixa adesão devido ao alto custo, 67% por ter de tomar várias vezes ao dia e 54% devido aos efeitos indesejáveis; em relação à doença, 50% referiram desconhecimento da gravidade e 36% ausência de sintomas; quanto a conhecimentos e crenças, 83% só tomavam o medicamento quando a pressão estava alta, 80% referiram não cuidar da saúde, 75% esqueciam de tomar os medicamentos, 70% desconheciam a cronicidade e as complicações da doença; e quanto à relação médico-paciente, 51% citaram falta de convencimento para tratar a doença e 20% relacionamento inadequado.

Apesar dos conhecidos benefícios da terapia anti-hipertensiva na prevenção das complicações cardiovasculares da hipertensão arterial, o percentual de portadores de hipertensão que alcançam os alvos-terapêuticos é baixo. Como os atuais agentes anti-hipertensivos são eficazes em reduzir a pressão arterial, a baixa adesão à terapia medicamentosa é uma das principais razões do baixo percentual de controle destes pacientes. Significativas diferenças na adesão têm sido demonstradas quando do uso de diferentes classes de anti-hipertensivos, evidenciando melhor adesão às medicações com menor perfil de efeitos colaterais. Esta revisão enfocou trabalhos sobre a adesão ao valsartana, um antagonista dos receptores do tipo 1 da angiotensina II, comparativamente a outros anti-hipertensivos. Os trabalhos levantados na literatura apontaram maior índice de adesão e persistência a terapia anti-hipertensiva com o uso do valsartana, mesmo quando comparado com drogas reconhecidamente bem toleradas, como os inibidores da enzima de conversão da angiotensina e os antagonistas dos canais de cálcio, indicando assim, que a escolha da classe de anti-hipertensivo, influencia a adesão ao tratamento medicamentoso, sendo, portanto, uma forma de melhorar os índices de controle da hipertensão arterial (MION, 2006).

4.4 Características do portador de hipertensão arterial em relação aos dados clínicos

Quanto aos valores de PA, de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), 18 (20%) dos portadores de HA apresentaram valores de PA maiores que 140X90mmHg, 29 (32,2%) apresentaram valores de PAS aumentados e 3(3,3%) apresentaram valores de PAD aumentados, dos quais 29 (32,2%) foram classificados como hipertensão sistólica isolada; 9 (10%), hipertensão estágio 1; 5 (5,6%), hipertensão estágio 2 e 8 (8,9%) hipertensão estágio 3 (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com a classificação da pressão arterial das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006). Novo Horizonte, 2008-2009.

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	N	%
Ótima	< 120	<80	14	15,6
Normal	< 130	<85	11	12,2
Limítrofe	130-139	85-89	15	16,7
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99	9	10
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109	5	5,6
Hipertensão estágio 3	>180	>110	8	8,9
Hipertensão sistólica isolada	>140	<90	28	31,1

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

No Brasil, estudos realizados por vários autores, também encontraram níveis elevados de PA, nos pacientes em tratamento, corroborando com os dados deste estudo (COLOMBO, 1995; STRELEC, PIERIN, MION JUNIOR, 2003).

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

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

Pelos dados da Tabela 10, constatou-se que 29 (32,2%) portadores de HA apresentaram sobrepeso e 36 (40%) obesidade. Em relação à CC 58 (64,4%) dos indivíduos apresentaram valores superiores aos preconizados. Quanto à RCQ, 46 (51,1%) apresentaram valores alterados.

Tabela 10 – Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com variáveis clínicas. Novo Horizonte, 2008-2009.

VARIÁVEIS	N	%
IMC (Kg/m$^{2)}$		
Eutrófico (18 a 24,9)	25	27,8
Sobrepeso (25 a 29,9)	29	32,2
Obesidade I (30 a 34,9)	25	27,8
Obesidade II (35 a 40)	7	7,8
Obesidade III (> 40)	4	4,4
Circunferência da cintura (cm)		
Valores preconizados	32	35,6
Valores alterados	58	64,4
Relação cintura/quadril		
Valores preconizados	44	48,9
Valores alterados	46	51,1

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

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

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2002), o excesso de peso aumenta de duas a seis vezes o risco de HAS, enquanto a diminuição de peso em normotensos reduz a pressão e a incidência de HA.

Galvão e Kohlman Júnior (2002) demonstram claramente uma relação linear entre peso corporal e PA tanto em indivíduos obesos como magros. A verificação do IMC é recomendada como primeira abordagem da gordura corporal dos indivíduos. Estima-se que um terço dos casos de hipertensão guarde alguma relação com a obesidade e que obesos tenham três vezes mais risco de desenvolver hipertensão.

Segundo Franco (2002), o peso corporal em excesso contribui para o aumento do nível de PA a partir da infância e é o fator de predisposição mais importante para causar hipertensão. A deposição de gordura em excesso na parte superior do corpo, classificada como visceral ou abdominal, foi associada ao risco de HAS, dislipidemia e diabetes.

Em estudo transversal realizado por Sarno (2007) com o objetivo de avaliar a importância relativa do Índice de Massa Corporal (IMC) e da circunferência abdominal na determinação da hipertensão arterial em adultos, encontrou-se que tanto o IMC quanto a circunferência abdominal se associam de forma importante com hipertensão arterial para ambos os sexos. Isso sugere que o incremento dos depósitos de gordura aumente o risco da doença, seja na região abdominal ou em outras regiões do corpo.

Estudo realizado com o objetivo foi estimar a prevalência da hipertensão arterial e de alguns fatores de risco cardiovasculares na população adulta de uma capital brasileira encontrou, a exemplo de outros estudos, uma correlação positiva entre a circunferência da cintura e a HA. Esse achado identifica uma medida simples, de baixo custo e fácil aplicabilidade, como importante marcador para a HA, e indica mais um caminho a seguir, com o incentivo para a adoção da medida da CC como rotina em todos os atendimentos à saúde e a adoção de atitudes preventivas precoces nos casos em que valores discrepantes sejam encontrados. Esse poderá ser também fator primordial para um melhor controle de

fatores de risco, inclusive evitando o aparecimento da HA e facilitando o seu controle nas situações em que já estiver estabelecida (JARDIM, 2007).

A seguir serão apresentadas as tabelas 12 e 13 que demonstram a relação dos dados clínicos com a adesão avaliada pelos métodos TMG e IAAFTR, respectivamente.

Tabela 11 – Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com variáveis clínicas e sua relação quanto a adesão pelo método TMG. Novo Horizonte, 2008-2009.

[redacted]

Segundo a Tabela 11, houve relação significativa entre PAS e adesão pelo método TMG. Os portadores de HA considerados aderentes pelo teste tiveram uma média do valor de PAS (128,1mmHg)) menor do que aqueles classificados como não aderentes (147 mmHg).

Em relação ao peso e circunferência da cintura, a média dos valores foi maior entre aqueles considerados aderentes pelo TMG.

Tabela 12 – Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com variáveis clínicas e sua relação quanto a adesão pelo método IAAFTR. Novo Horizonte, 2008-2009.

[redacted]

Segundo a Tabela 12, houve diferença estatisticamente significativa entre os valores de PAS e adesão pelo método IAAFTR. Os portadores de HA considerados aderentes pelo teste tiveram uma média do valor de PAS (130mmHg) menor do que aqueles classificados como não aderentes (147 mmHg).

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

Tabela 13 – Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com variáveis clínicas e sua relação quanto a adesão pelos métodos TMG e IAAFTR. Novo Horizonte, 2008-2009.

[redacted]

Segundo a Tabela 13, não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis clínicas (PA, IMC, CC, RCQ) e adesão.

Borges (2008) em seu estudo que buscou avaliar associação entre hipertensão arterial e excesso de peso concluiu que a população estudada apresenta uma alta prevalência de excesso de peso e de hipertensão arterial (ainda que possivelmente subestimada), sendo evidente a forte associação entre ambos. Observa-se que o excesso de peso constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial em ambos os sexos, e, embora algumas variáveis interfiram nesta relação, o excesso de peso mostra-se determinante. Desse modo, o controle do peso mostra-se como principal medida para a redução dos índices de hipertensão arterial e, consequentemente, para a promoção da saúde.

4.5 Taxa de adesão pelos métodos utilizados para avaliação da adesão ao medicamento anti-hipertensivo

Os dados apresentados a seguir referem-se aos diferentes métodos utilizados para a medida da adesão ao medicamento anti-hipertensivo nos sujeitos estudados.

De acordo com o TMG considera-se aderente ao tratamento proposto o paciente que obteve pontuação máxima de 4 pontos e não aderente aquele que obteve 3 pontos ou menos (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986). Dos hipertensos estudados 72,2% avaliados pelo TMG não aderem ao tratamento anti-hipertensivo prescrito pelo médico e 56,7% dos pesquisados não tem atitudes positivas frente ao tratamento recomendado quando avaliados pelo IAAFTR.

Existem poucos estudos no Brasil e no mundo que descrevem índices de adesão entre os pacientes hipertensos. Os estudos muitas vezes não são comparáveis, por abordarem diferentes perfis de indivíduos e utilizarem diferentes métodos para identificar a adesão. Nos últimos anos, a adesão terapêutica tornou-se um dos maiores problemas enfrentados na prática médica pela sua complexidade. Cerca de 40%a 60% dos pacientes não fazem uso da medicação prescrita (HIGGINS, 2004). Essa porcentagem aumenta quando a falta de adesão relaciona-se a itens como estilo de vida, ressaltando-se dieta, sedentarismo, tabagismo, etilismo, entre outros fatores (BÉRIA, 1996).

Um estudo descritivo, realizado com 68 hipertensos em um Grupo de Hipertensão Arterial do Hospital-Escola da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – SP, de acordo com o preconizado no teste de *Morisky-Green*, mostrou que 86,93% dos pacientes apresentaram pontuação menor ou igual a 3, caracterizando-se a não adesão ao tratamento medicamentoso (DOSSE et al, 2009).

Quanto à adesão às consultas, um estudo realizado na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC_FMUSP), na década de 1980, verificou-se que 33,5% dos pacientes compareciam a apenas uma consulta, sendo pior a adesão dos mais jovens do sexo masculino (GIORGI, 1985). Após dez anos, havendo um médico fixo para cada paciente, a taxa de abandono reduziu-se para 25%, mas apenas 41% dos pacientes compareceram a quatro consultas previstas (KRASILCIC, 1996).

Outro estudo transversal analisou as razões que levavam os pacientes à interrupção do tratamento para hipertensão arterial. Foram entrevistados 401 pacientes em diferentes centros

do estado da Bahia e as maiores razões observadas, que levaram a não adesão, foram: a normalização da pressão arterial, efeitos colaterais da medicação, esquecimento de tomar as medicações, custo das medicações, medo de misturar medicamentos e bebida alcoólicas, desconhecimento da necessidade de continuidade do tratamento, uso de tratamentos alternativos, medo de intoxicação, medo de hipotensão e medo de misturar a medicação anti-hipertensiva com outras drogas (ANDRADE, 2002).

Em relação à concordância dos dois métodos de avaliação da adesão ao tratamento da hipertensão, houve discreta concordância (Tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde de um município do interior paulista de acordo com a avaliação de concordância entre os dois instrumentos(TMG e IAAFTR) pelo coeficiente Kappa. Novo Horizonte, 2008-2009.

TMG	IAAFTR		Total
	Não aderente	Aderente	
Não aderente	49 (75,4%)	16 (24,6%)	65 (72,2%)
Aderente	2 (8,0%)	13 (92,0%)	15 (27,8%)
Total	51 (56,7%)	39 (43,3%)	90 (100,0%)

Percentual de concordância: 72/90 (80,0%)

Percentual de discordância: 18/90 (20,0%)

Coeficiente Kappa (IC 95%) = 0,575
(0,399 - 0,750)

Interpretação: concordância discreta

A avaliação da adesão utilizando os dois instrumentos (TMG e IAAFTR) mostrou que dos 65 (72,2%) portadores de HA que não tiveram adesão pelo TMG, 49 (75,4) também não tiveram atitudes positivas quando da aplicação do IAAFTR.

O conceito tradicional de adesão refere-se à situação na qual o comportamento do paciente corresponde ao conselho do médico ou de saúde, avaliada pelo comparecimento às consultas marcadas, às tomadas das prescrições ou pelas mudanças de estilo de vida. Contudo, em hipertensão arterial a taxa de seu controle ainda está muito aquém dos valores desejáveis. Provavelmente, a baixa adesão ao tratamento medicamentoso seja o fator mais importante responsável pelo reduzido controle pressórico. Há diversos métodos, diretos e indiretos, de avaliação ao tratamento, todos com vantagens e desvantagens (Oigman, 2006).

Dentre os métodos indiretos pode-se citar: relatório do próprio paciente, opinião do médico, diário do paciente, contagem de comprimidos, reabastecimento de receitas, resposta clínica, que não levam a confirmação de que o paciente tenha realmente tomado a medicação, porém são de fácil aplicação (Oigman, 2006).

Já a análise biológica e adição de um traçador são exemplos de métodos diretos de avaliação ao tratamento. Possuem a vantagem de confirmar se realmente houve a ingestão do medicamento, porém são de maior custo (Oigman, 2006).

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

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

As conclusões serão apresentadas de acordo com a sequência dos resultados apresentados anteriormente.

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

Fizeram parte do estudo 90 portadores de hipertensão arterial em seguimento no Centro de Saúde, sendo 56 (62,2%) do sexo feminino, 78 (86,7%) brancos, com idade que variou de 34 a 84 anos, com média de 66 $\pm$10,4 anos, 60 (66,7%) casados, com média de 3,4 $\pm$2,3 filhos. As ocupações mais frequentes foram 65 (72,2%) aposentados/pensionistas e 15 (16,7%) do lar, 82 (91,1%) com renda familiar de um a três salários mínimos, 52 (57,8%) com dois ou mais dependentes e 42 (52,2%) residiam com outros membros da família.

Constatou-se que relação significativa foi encontrada entre sexo e adesão pelo método IAAFTR. Os sujeitos do sexo masculino apresentaram uma maior adesão ao tratamento, segundo o IAAFTR. Enquanto 58,8% dos indivíduos do sexo masculino foram aderentes ao tratamento, apenas 33,9% dos indivíduos do sexo feminino aderiram ao tratamento (os indivíduos do sexo masculino apresentam uma chance de 2,78 (IC95% = 1,16-6,70) vezes maior de aderirem ao tratamento em relação ao sexo feminino). A relação TMG e sexo não apresentaram diferença estatisticamente significante.

Outro resultado significativo encontrado no estudo foi estado civil relacionado à adesão pelo IAAFTR. Mais da metade dos indivíduos casados (55%) ou amasiados foram aderentes ao tratamento (IAAFTR), em comparação com apenas 18,2% dos viúvos. Esse resultado mostra que os indivíduos que convivem com um acompanhante apresentam uma chance de 5,5 (IC95%=1,66-18,2) vezes de serem mais aderentes ao tratamento que os viúvos.

A população estudada apresentava outras doenças associadas à hipertensão arterial, sendo, mais prevalente, o Diabetes Mellitus (20%) e a Hipercolesterolemia (14,14%). Relação significativa foi encontrada entre obesidade e adesão.

5.2 Características do portador de hipertensão arterial em relação ao tratamento não medicamentoso e fatores de risco

Quanto aos hábitos de vida, apenas 26 (28,9%) realizavam atividade física regular, com predomínio da caminhada, 79 (87,8%) não fumavam, sendo que dos 12,20% dos pacientes faziam uso de cigarros, 36,40% consumiam 1 maço de cigarro por dia, e 14(15,60%) citaram uso de bebidas alcoólicas, sendo a cerveja a mais apreciada, com consumo médio diário de 1 lata e meia. Em relação ao sono 65 (72,2%) relataram não possuir alterações e 52 (57,8%) referiram ser uma pessoa estressada.

Relação significativa foi encontrada entre atividade física e adesão quando avaliados pelo método IAAFTR. Entre aqueles que praticam atividade física 61,5% eram aderentes, enquanto que apenas 35,9% dos que não realizam atividade física o eram. A relação teste de *Morisky-Green* e atividade física não apresentaram diferença estatisticamente significante.

Considerando os antecedentes familiares, 67 (74,40%) têm casos de HAS na família, sendo 73,10% pai e/ou mãe.

Quando questionados quanto a outros tratamentos além do medicamentoso todos referiram o controle de peso ou da alimentação concomitante ao uso das medicações.

5.3 Características do portador de hipertensão arterial em relação ao tratamento medicamentoso prescrito

Em relação às medicações anti-hipertensivas em uso pelos portadores de hipertensão em estudo, 30 indivíduos utilizam esquema monoterápico, sendo que 11 (12,1%) faziam uso de Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA). A maioria dos indivíduos possue esquema de tratamento anti-hipertensivo politerápico, sendo que 12 (13,5%) indivíduos utilizam diuréticos associados com IECA e 11 (12,4%) utilizam associação de diuréticos, IECA e inibidores adrenérgicos. Neste estudo o tipo da medicação anti-hipertensiva em uso não teve influência na taxa de adesão.

Todos os entrevistados referiram estar em tratamento da hipertensão arterial desde o diagnóstico. O número total prevalente de medicamentos em uso contínuo pelos pacientes, colhidos dos receituários, foi de 3 a 4 (61,10%) medicamentos totais. Quanto aos anti hipertensivos o número total prevalente foi de 1 a 2 (66,70%). Quando questionados se faziam

ou não tratamento não medicamentoso 80 (88,9%) responderam sim. Em relação ao uso de medicação natural 76 (84,4%) referiram não fazer uso. Não houve diferenças significativas entre estas variáveis e adesão pelos métodos TMG e IAAFTR.

Verificou-se que 21,1% dos pacientes pararam de fazer uso de algum medicamento anteriormente, por algum efeito colateral da droga (35,80%), sendo que 4,49% foram Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA).

Quanto aos medicamentos em uso, 36,70% dos sujeitos referiram efeito indesejável associado a algum medicamento utilizado no momento. A queixa mais frequente foi epigastralgia em 36,4% dos pacientes. Quando questionados se lembram de tomar todos os medicamentos 32,6% responderam não. A classe dos Inibidores Adrenérgicos foi a mais referida como sendo a mais fácil de esquecer de tomar diariamente (24,10%). Porém 88,90% disseram que a presença de efeitos colaterais não tem sido motivo para o abandono do tratamento. Resultado significativo foi encontrado entre a presença de efeitos colaterais e adesão avaliada pelo método IAAFTR. Dos indivíduos que não relataram efeitos colaterais 48,8% eram aderentes, enquanto que dentre aqueles que relataram efeitos colaterais, nenhum era aderente.

Quando questionados sobre o tratamento medicamentoso 91,10% referiram que o custo do medicamento não tem sido motivo para o abandono do tratamento, 100% referiram que sabem da continuidade do tratamento, 70% disseram não ter algum grau de dificuldade para seguir corretamente seu tratamento, 86,70% disseram que o número de tomadas de um mesmo medicamento não tem sido motivo para não seguir o tratamento, porém 82,20% responderam que preferem medicamentos que possam ser tomados apenas uma vez ao dia. Em relação à satisfação com o medicamento que está tomando para HAS, 87,80% disseram estar satisfeitos. Relação significativa foi encontrada entre a resposta da questão “se o número de medicamentos interfere no uso regular” e adesão avaliada pelo método IAAFTR. Enquanto 50% dos indivíduos que responderam “não” eram aderentes, nenhum dos que responderam “sim” eram. Quando questionados sobre a satisfação em relação à medicação, 49,4% dos que responderam “sim” eram aderentes, enquanto que nenhum dos que responderam “não” eram, segundo o método IAAFTR. Esses resultados mostram grande relação entre número de medicamentos e satisfação com a medicação com o grau de adesão.

Em relação ao acesso a medicação 82,2% dos entrevistados indicam o acesso à medicação na farmácia da UBS e compram quando necessário. Quando questionados se são descuidados quanto a tomar suas medicações, 48,90% disseram sim.

Em relação a automedicação 21,1% referiram que quando se sentem melhores param de tomar suas medicações, 11,1% disseram que param com as medicações prescritas quando se sentem piores e 25% responderam que se sentindo piores tomam maior quantidade de medicamentos.

Relação positiva com a adesão, avaliada pelos dois métodos, também foi encontrada quando questionados se "já esqueceu alguma vez", "é descuidado para tomar o medicamento", "quando se sente melhor pára de tomar o medicamento", sendo que as respostas "não" foram encontradas na maioria dos aderentes. As questões "quando se sente pior pára de tomar os medicamentos" e "quando se sente pior toma em maior quantidade", também tiveram relação significativa com a adesão avaliada pelo método IAAFTR .

Verificou-se que 37,10% dos entrevistados alguma vez já se esqueceram de tomar algum dos medicamentos prescritos. Quando questionados se "lembram de tomar todos os medicamentos", dos que responderam "sim" 41,7% eram aderentes pelo TMG, enquanto 56,70% o eram pelo método IAAFTR.

5.4 Características do portador de hipertensão arterial em relação aos dados clínicos

Quanto aos valores de PA, de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), 18 (20%) dos portadores de HA apresentaram valores de PA maiores que 140X90mmHg, 29 (32,2%) apresentaram valores de PAS aumentados e 3(3,3%) apresentaram valores de PAD aumentados, dos quais 29 (32,2%) foram classificados como hipertensão sistólica isolada; 9 (10%), hipertensão estágio 1; 5 (5,6%), hipertensão estágio 2 e 8 (8,9%) hipertensão estágio 3.

Constatou-se que 29 (32,2%) dos portadores de HA apresentaram sobrepeso e 36 (40%) obesidade. Em relação à CC 58 (64,4%) dos indivíduos apresentaram valores superiores aos preconizados. Quanto à RCQ, 46 (51,1%) apresentaram valores alterados.

Houve relação significativa entre PAS e adesão pelo métodos TMG e IAAFTR. Os portadores de HA considerados aderentes pelo teste tiveram uma média do valor de PAS menor do que aqueles classificados como não aderentes.

Em relação ao peso e circunferência da cintura, a média dos valores foi maior entre aqueles considerados aderentes pelo TMG. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis clínicas (PA, IMC, CC, RCQ) e adesão.

5.5 Taxa de adesão pelos métodos utilizados para avaliação da adesão ao medicamento anti hipertensivo

Dos hipertensos estudados 72,2% avaliados pelo TMG não aderem ao tratamento anti hipertensivo prescrito pelo médico e 56,7% dos pesquisados não tem atitudes positivas frente ao tratamento recomendado quando avaliados pelo IAAFTR.

Em relação à concordância dos dois métodos de avaliação da adesão ao tratamento da hipertensão, houve discreta concordância.

A avaliação da adesão utilizando os dois instrumentos (TMG e IAAFTR) mostrou que dos 65 (72,2%) portadores de HA que não tiveram adesão pelo TMG, 49 (75,4) também não tiveram atitudes positivas quando da aplicação do IAAFTR.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo.

A luta contra a não adesão aos tratamentos da HA constitui grande desafio tanto para o Estado como para os profissionais de saúde, pois depende da implementação de programas multidisciplinares em todos os níveis de atendimento aos pacientes hipertensos, para que as intervenções sejam mais eficazes.

Somando-se a isso, as modificações de estilo de vida também são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

As medidas de intervenção comunitária para mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos mais saudáveis devem ser sustentáveis a longo prazo e devem incluir todos os grupos sociais, especialmente aqueles com menores possibilidades de escolha em razão da pobreza e da exclusão social.

O Programa de Saúde da Família (PSF) implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, centrado na atenção básica à saúde, com enfoque na família, surge como um modelo democrático, universal e integral. Este modelo objetiva reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, individualista, curativista, biologicista, hospitalar, ou seja, dar um salto qualitativo de um modelo procedimento-centrado para um modelo usuário-centrado e favorece as medidas de intervenção para mudança no estilo de vida.

Apesar dessas evidências, hoje, incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado.

De acordo com os dados levantados neste estudo, entende-se que há necessidade de organizar atendimento a essa população, no sentido de fortalecer a importância da adesão e de mudanças no estilo de vida. Acredita-se que a educação da população portadora de

hipertensão arterial seja o melhor caminho para o alcance desses objetivos. Dessa forma, o manejo adequado de medidas educativas e preventivas é fundamental para reduzir as prevalências observadas, a fim de proporcionar maior qualidade de vida e redução de eventos cardiovasculares futuros.

Levando-se em conta todos esses fatores intimamente relacionados, é de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas, individuais e coletivas, a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos.

Em conclusão, apesar de haver limitações dos dados disponíveis, os índices de adesão ao tratamento para hipertensão arterial ficam abaixo da recomendação de 80% nas populações de vários países, sendo encontradas taxas mais elevadas em serviços de saúde especializados. A não adesão a terapia é o principal fator para a falta de controle da pressão arterial que ocorre em mais de dois terços dos indivíduos que têm hipertensão. Esses achados podem proporcionar subsídios para a realização de intervenções na assistência aos pacientes com HAS com o objetivo de aumentar as taxas de adesão e qualidade de vida e servirá como base para o planejamento das ações de saúde do município, onde foi realizado.

ALFONSO, L.M.; AGRAMONTE, M.S.; VEA, H.D.B. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento en pacientes hipertensos. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, v.19, n.2, 2003. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_2_03/mgi09203.htm.>. Acesso em: 25 mar. 2010.

ALMEIDA, O. P. Instrumentos para avaliação de pacientes com demência: escalas de avaliação clínica erm psiquiatria e psicomarfacologia. **Psiquiatria clínica**, v. 25, p. 5-6, 1999.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação., Saúde e Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2004/2005.

ANDRADE, J. P. et al. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hipertension. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 79, n.4, p. 375-384, 2002.

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006.

ARAÚJO, J.C.; GUIMARÃES, A.C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n.3, p. 369-374, 2007.

ARMARIO, P.; HERNÁNDEZ, R.; MARTÍN-BARANERA, M. Estrés, enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial. **Medicina Clinica**, v. 119, p. 23-29, 2002.

AYRES, J.E. Prevalence of hypertension in the city of Piracicaba. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 57, p. 33-36, 1991.

AYRES JR, C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Revista Saúde e Sociedade,** v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

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

_____ et al. Avaliação da adesão medicamentosa em idosos hipertensos em serviço ambulatorial de geriatria. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 8, p.30, 2005.

_____; LIMA, N. K.C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no Mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 35-38, 2006.

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

BARRETO, S.M. et al. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in southeast Brazil-The Bambui Health and Ageing Study. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 77, p. 576-581, 2001.

_____ et al. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da saúde. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde,** v. 14, n. 1, p. 41-68, 2005.

BÉRIA, J.U. **Prescrição de medicamentos. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. Porto Alegre: Artmed, 1996.

BERTOLOZZI, M.R. **A adesão ao Programa de Controle da Tuberculose na perspectiva da estratégia do Tratamento Diretamente Observado ("DOTS") no Município de São Paulo**. 2001. Tese (livre-docência). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2001.

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

BORGES, H.P.; CRUZ, N.C.; MOURA, E.C. Associação entre hipertensão arterial BROWN, M.J. Science, medicine and future: hypertension. **British Medical Journal**, n. 314, p. 1258, 1997.

BORTOLOTTO, L.A.; GIORGI, D.M.A. Diagnóstico e quadro clínico de hipertensão arterial. In: SOUZA, A.B. **SOCESP Cardiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 336-342.

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

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

BURT, V.L. et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adults US population: data from the health examination surveys, 1960 to 1991. **Hypertension,** v. 26, p. 60-69, 1995.

BUSNELLO, R.G. et al. Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de Pacientes Hipertensos Atendidos em um Ambulatório de Referência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 76, n. 5, p. 349-351, 2001.

CABRERA-PIVARAL, C.E. et al. Impacto de la educación participativa en el índice de masa corporal y glicemia en individuos obesos con diabetes tipo 2. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 20, n. 1, 2004.

CAR, M.R. et al. Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 25, p. 259-269, 1991.

CARRARA, K. M**. Fatores que interferem na estratégia de educação à saúde para o usuário portador de hipertensão arterial e diabetes**. 2003. Dissertação (Pós-graduação) – Escola de Saúde Pública do Paraná, Mandaguacú, 2003.

CASTRO, I. **Cardiologia: príncipios e práticas**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CESARINO, C. B. **Eficácia da educação conscientizadora no controle da hipertensão arterial sistêmica**. 2000. 147 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2000.

COELHO, E.B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 51-54, 2006.

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

COSTA, J.S.D. et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 1, p. 59-65, 2007.

DANTAS, J. **Hipertensão arterial e fatores psicossociais no trabalho em uma refinaria de petróleo.** 2003. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

DOSSE, C. et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.17, n. 2, p. 201-206, 2009.

EYKEN, E.B.B.D.V.; MORAES, C.L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n.1, p. 111-123, 2009.

FAÉ, A. B. et al. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 14, n. 1, p. 32-36, 2006.

FARIA, A.N.; ZANELLA, M.T. Tratamento de diabetes e hipertensão no paciente obeso. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**, v. 46, p. 137 -142, 2002.

FERREIRA, S.R.G. et al. Freqüência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, 2009.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. **Journal Psychiatry**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

FONSECA, F.C.A. et al. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial**.** **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** v. 58, n. 2, 2009.
FRANCISCO, P.M.S.B.; BELON, A.P.; BARROS, M.B.A.; CARANDINA, L.; ALVES, M.C.G.P.; GOLDBAUM, M.; CESAR, C.L.G. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 26, n. 1, p. 175 – 184, 2010.

FRANCO, R.P.S. Antagonista. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 9, n. 3, p. 312-315, jul./set. 2002.

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

FREITAS, O.C. et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the State of São Paulo, Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 77, n. 1, p. 9-21, 2001.

FUCHS, S.C.; CASTRO, M.S.; FUCHS, F.C. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Hipertensão**, v. 7, n. 3, p. 90 – 93, 2004.

FUCHS, F.D.; LUBIANCA, J.F.; MORAES, R.S. et al. Blood pressure effects of antihypertensive drugs and lifestyle modification in a Brazilian hypertensive cohort. **Journal of Hypertension**, v. 15, p. 783-792, 1997.

GALVÃO, R.; KOHLMAN JÚNIOR, O. Hipertensão arterial no paciente obeso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 9, n. 3, p. 262-267, jul./set. 2002.

GIORGI, D. M. et al. Aderência ao tratamento em hipertensão arterial: influência de variáveis estruturais estratégias que visam a sua melhoria. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 4, p. 167-176, 1985.

GIORGI, D. M. A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 47-50, 2006.

GUERRA, M. M. F. **Causas da não adesão ao tratamento para hipertensão arterial**. 2003. Dissertação (Pós-graduação) - Curso de pós graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.

GUSMÃO, J.L.; PIERIN, A.M.G.; MION JR, D. Medida casual ou de consultório da pressão arterial. In: Brandão, A.A.; AMODEO, C., NOBRE, F.; FUCHS, F.D. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2006, p. 107-114.

HARTMANN, M. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1857-1866, 2007.

HAYNES, R.B. et al. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**. Oxford: Update Software; 2004.

HERNANDEZ-PRESA, M.; BUSTOS, C.; ORTEGO, M. et al. Angiotensin-converting enzyme inhibition prevents arterial Nuclear Factork B activation, monocyte chemoattractant protein-1 expression, and macrophage infiltration in a rabbit model of early accelerated atherosclerosis. ***Circulation,*** v. 95, p. 1532-1541, 1997.

HEYDE, R. V.; HEYDE, M. E. D. V. Implementando modificações no estilo de vida. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 11, n. 2, p. 102-104, 2004.

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

JACOMINI, C. Z.; HANNOUCHE, R. Z. Retinopatia hipertensiva. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.8, n.3, p. 372-382, 2001.

JARDIM, P.C.B. Hipertensão arterial. In: Porto, C.C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 87, p. 453-456.

JARDIM, P. C. B. V.; JARDIM, T. S. V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 26-29, 2006.

JARDIM, P.C.B.V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 4, p. 452-457, 2007.

JESUS, E.S.; AUGUSTO, M.A.O.; GUSMÃO, J.; JÚNIOR, D.M.; ORTEGA, K.; PIERIN, A.M.G. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 59-65, 2008.

KNOWLES, J.W. et al. Enhanced atherosclerosis and kidney dysfunction in eNOS-/-ApoE-/- mice are ameliorated by enalapril treatment. *The* **Journal of Clinical Investigation**, v. 105, p. 451-458, 2000.

KOHLMAMM JÚNIOR, O. O título de especialista em hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.7, n.4, 2000.

KRASILCIC, S. et al. Liga de Hipertensão: reavaliação de adesão após uma década. Tema livre**, XVIII Congresso Brasileiro de Nefrologia**, 1996, São Paulo.

LACHAINE, J.; PETRELLA, R.J.; MERIKLE, E.; ALI, F. Choices, persistence and adherence to antihypertensive agents: evidence from RAMQ data. **Canadian Journal of Cardiology**, v. 24, n. 4, p. 269-273, 2008.

LANGOWISKI, A. R. et al. Monitorização ambulatorial da pressão arterial em filhos de hipertensos. **Revista da Associação Medica Brasileira**, v. 54, n. 2, p. 163-166, 2008.

LEBRÃO, M.L. Condições de saúde. In: Lebrão, M.L.; Laurenti, R. **SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O Projeto Sabe no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 73-91.

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

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial. In:_____. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. Rio de Janeiro: Ucitec ABRASCO, 1996. cap. 5, p. 86.

_____Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 39-46, 2006.

_____et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, n. 6, p. 747-756, 2006.

LIMA, M.T.; BUCHER, J.S.N.F.; LIMA, J.W.O. A Hipertensão Arterial sob o olhar de uma população carente: Estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 20, n. 4, p. 1079-1087, 2004.

LUNELLI, R. P.; PORTAL, V. L.; ESMÉRIO, F. G.; MORAES, M.A.; SOUZA, E.N. Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. **Acta Paulista de Enfermagem**., São Paulo, v. 22, n. 4, p. 367-373, 2009.

LUPATINI FILHO, J.O. et al. Síndrome de vida e estilo de vida. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.29, n.1, p. 113-120, 2008.

MANCINI, M. Métodos de avaliação da obesidade e alguns dados epidemiológicos. **Revista Abeso**, São Paulo, n. 11, 2005. Disponível em: http://www.abeso.org.br._Acesso em 15 nov. 2009.

MANO, R. **Epidemiologia da hipertensão arterial**. 2002. Disponível em: <http: www.manuaisdecardiologia.med.br/inicio.htm>. Acesso em: 03 jul. 2007.

MANUILA, L.; MANUILA, A.; NICOULIM, M. **Dicionário médico Andrei**. 1. ed. São Paulo: Andrei, 1997. p. 276.

MICHELINI, L.C. Conceitos básicos sobre a pressão arterial. In: Mion Jr, D; Oigman, W.; Nobre, F. **MAPA Monitorização Ambulatorial da pressão Arterial**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 1 – 9.

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

MION Jr, D.; PIERIN, A.M.G. Causas de baixa adesão ao tratamento e o perfil de pacientes hipertensos. In: **Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão** 5, São Paulo, 1996. Anais, p.120.

MIZUNO, R. et al. Influence of Living Style and Situation on the Compliance of Taking Antihypertensive Agents in Patients with Essential Hypertension. **Internal Medicine**, v. 47, n. 19, p. 1655-1661, 2008.

_____. et al. A importância da medicação anti hipertensiva na adesão ao tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 55-58, 2000.

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L. Verificação da eficácia de uma proposta de cuidado para aumento da adesão ao tratamento da hipertensão arterial**. Acta Paulista de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 268-277, 2004.

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

MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical Care, v. 24, n. 1, p. 67-73, 1986.

MORRIS, B. J. Identification of essential hipertension genes. **Journal of the Hypertension**, v.11, p.115-120, 1993.

NEATON, J.D.; BLACKBURN, H.; JACOBS, D. et al. Serum cholesterol levels and mortality findings for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. **Archives of Internal Medicine**, v. 152, p. 1490-1500, 1992.

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

NOBRE, F.; COELHO, E.B.; MION Jr. D. Monitorização ambulatorial da pressão arterial. In: Brandão, A.A.; AMODEO, C.; NOBRE, F.; FUCHS, F.D.. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2006. P. 115-132.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n. 1, p. 30-34, 2006.

OLIVEIRA, R. M. C.; ANDRADE, L. A. F. Acidente vascular cerebral. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 8, n. 3, p. 281-283, jul./ set. 2001.

PÉRES, D.S.; MAGNA, J.M.; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública,** v. 37, n. 5, 2003.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E.C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 33-39, 1998.

PIERIN, A.M.G.; ALAVARCE, D.C.; LIMA, J.C.; MION Jr, D. A medida indireta da pressão arterial: como evitar erros. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 7, n. 1, p. 31-38, 2000.

PIERIN, A.M.G. et al. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 1, 2001.

PIERIN, A.M.G.; GUSMÃO, J.L.; CARVALHO, L.V.B. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. **Revista de Hipertensão**, v. 7, n. 3, p. 100-103, 2004.

PUCHS, S. C.; LESSA, J. R.; NUNES, A. H. Hipertensão arterial sistêmica e acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 10, n. 2, p. 134-139, abr./jun. 2000.

RAVOGLI, A. et al. Early 24-hour blood pressure elevation in normotensive subjects with parental hypertension. **Hypertension,** v. 16, n. 5, p. 491-497, 1990.

ROTIMI, C.N. et al. Maximum-likelihood generalized heritability estimate for blood pressure in Nigerian families. **Hypertension**, v. 33, n. 3, p. 874-878, 1999.

RUDD, P. Clinicians and patients with hypertension: unsettled issues about compliance. **American Heart Journal**, v. 130, p. 572-579, 1995.

SALA, A.; NEMES, F. A.; ELUF, N. J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 161-167, 1996.

SALÁRIO mínimo brasileiro. 2009. Disponível em: http/www.portalbrasil.net/salariominimo_2009.htm . Acesso em: 20 de abril 2009.

SANJULIANI, A.F. Avaliação clínica e complementar do paciente hipertenso. In: Brandão, A.A.; AMODEO, C.; NOBRE, F.; FUCHS, F.D. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier. 2006. p. 149-155.

SARNO, F.; MONTEIRO, C. A. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, 2007.

SARQUIS, L. M. M. et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 32, n. 4, dez. 1998.

SCHMIDT, M. I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 74-82, 2009.

SECLEN-PALACIN, J.A. Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. In: FERNANDES, A.S., SECLEN-PALACIN, J.A., organizadores. **Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: Caso Brasil**. [Série Técnica, Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 8]. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p.15-29.

SHAH, N.D.; STEINER, M.A.E.; VERMEULEN, L. C.; FLEMING, L.A.; CORY, P.R. The role of medication adherence as a determinant of blood pressure control in a managed care population. **Disease Management and Health Outcomes**, Amsterdam, v. 15, n. 4, p. 249-256, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atualização brasileira sobre diabetes**. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA: IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial: prevenção primária. **Revista Brasileira de Hipertensão,** v. 9, n. 4, p. 365-367, out./dez. 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**: situações especiais. 2006. Disponível em: < http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2010.

SOUZA, W.K.S.B.; AMARAL, G.F. Álcool, hipertensão arterial e doença cardiovascular. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 11, n.2, p. 112-114, abr./jun. 2004.

_____. Benefícios da atividade física na hipertensão arterial e orientações práticas. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 11, n.2, p. 115-116, abr./jun. 2004.

SOUZA, L.J. et al. Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**, v. 47, p. 69-74, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**: abordagem multiprofissional. 2006b. Disponível em: < http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2010.

SPIECHLER, E. et al . Sobrevida de pacientes submetidos à amputação de extremidades como conseqüência da aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 69, p. 90-94, 1997.

STAMLER, J.; NEATON, J.D.; WENTWORTH, D.N. Blood pressure (systolic and diastolic) and risk of fatal coronary heart disease. **Hypertension**, v. 13, p. 2-12, 1989.

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

STRELEC, M.A.A.M.; PIERIN, A.M.G.; MION Jr, D. A influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 81, n. 4, p. 343-348, 2003.

SHENG-FANG, S. et al. Effects of pravastatin on left ventricular mass in patients with hyperlipidemia and essential hypertension. **American Journal of Cardiology**, v. 86, p.514-518, 2000.

TAO, S. et al. Hypertension prevalence and status of awareness, treatment and control in China. **Chinese Medical Journal**, v. 108, p. 483-489, 1995.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.

VGONTZAS, A.N. et al. Insomnia with objective short sleep duration is associated with a high risk for hypertension. **Sleep,** v. 32, n. 4, p. 491-497, 2009.

VIANA, M. A.; RAMOS, L. D.; PIAZZA, E. E. Avaliação do tratamento medicamentoso ambulatorial em pacientes hipertensos. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 3, p. 42-48, 2006.

VLAGOPOULOS, P.T. et al. Anemia as a risk factor for cardiovascular disease and all-cause mortality in diabetes: the impact of chronic kidney disease. **Journal of the American Society of Nephrology**, v. 16, p. 3403-3410, 2005.

VRIJKOTTE, T.G.M.; DOORNEN, L.J.P.; GEUS, E.J.C. Effects on work stress on ambulatory blood pressure, heart rate, and heart rate variability. **Hypertension**, v. 35, p. 880-886, 2000.

WANG, T.J.; VASAN, R.S. Epidemiology of Uncontrolled Hypertension in the United States. **Circulation,** v. 112, p; 1651-1652, 2005.

WHELTON, P.K. Epidemiology of hypertension. **Lancet**, v. 344, p. 101-106, 1994.

WILKINGS, S. V. B.; BELANGER, A.; KANNEL, W.B; D'AGOSTINO, R.B.; STEEL, K. Determinants of isolated systolic hypertension. **Journal Of the American Medical Association**, Chigaco, v. 260, p. 3451-3455, 1988.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2002**: reducing the risks, promoting healthy life. http://www.who.int/whr/2002/en/ (acessado em 25/03/2010).

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

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Estamos realizando estudo com o título: "Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: estudo entre usuários cadastrados no programa Hiperdia no município de Novo Horizonte -SP, ou seja queremos saber quais as dificuldades que os pacientes que tem pressão alta e que são atendidos aqui no centro de Saúde II ,desejamos saber também o que o (a) senhor(a) sabe sobre a doença "pressão alta" e como sua idade e salário ajudam ou atrapalham o seu tratamento para pressão alta.

Assim, estamos convidando-o para participar deste estudo. Estas informações serão obtidas por mim por meio de entrevistas que serão realizadas no Centro de Saúde II do município de Novo Horizonte - SP, em um horário de sua e de minha disposição. Estes dados farão parte de uma pesquisa e os seus resultados poderão ser apresentados em publicações e eventos científicos.

A sua participação não envolverá despesas, riscos e não será remunerado.Você não será identificado e poderá obter informações sobre o estudo a qualquer hora em que desejar, podendo inclusive deixar de participar mesmo que já tenha manifestado interesse anteriormente pela sua participação.

Eu,_____RG N°_____

ciente das informações recebidas concordo em participar da pesquisa acima descrita, que será realizada pela aluna de pós-graduação em Enfermagem Letícia Palota, sob orientação da Profa Dra Maria Suely Nogueira da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP; e estou ciente que:

1- Os resultados deste estudo farão parte de uma pesquisa científica que poderão ser apresentados em publicações e eventos científicos;
2- A minha participação não envolverá remuneração ou custos por mim.
3- Estou livre de qualquer risco proveniente da pesquisa;
4- Terei a garantia de não ser identificado;
5- A qualquer momento poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável;
6- Poderei desistir a qualquer momento mesmo que a minha manifestação anterior tenha sido favorável a participação nesta pesquisa;
7- Ao assinar este documento, terei sob meu poder cópia do mesmo, ficando outro em poder dos pesquisadores.

_____	_____	_____
Assinatura do paciente	Letícia Palota(pesquisadora)	M. Suely. Nogueira
	Tel(17)96041904	Tel(16)36023423
	lpalota@yahoo.com.br	msnog@eerp.usp.br

APÊNDICE B - instrumento adaptado de Barbosa de coleta de dados

DATA DA ENTREVISTA __/__/__ Entrevista nº:_____

A)DADOS PESSOAIS
01. Iniciais:_____ N° prontuário:_____
02. Idade: _____ 03.Data de Nascimento:__/__/__ 04. Sexo: M( ) F( )
05. Etnia: Branca( ) Negra( ) Amarela( ) Parda( ) Mulato( )
06. Estado civil: Casado( ) Solteiro( ) Viúvo( ) Outros( ):_____
Nº Filhos:_____
07. Ocupação: Aposentado( ) Desempregado( ) Trabalhador autônomo( )
Trabalhador com vínculo( ) Do lar( ) Outros( ) _____
08. Naturalidade:_____
09. Reside sozinho: Sim( ) Não( ) Quantas pessoas moram na casa?____
10. Escolaridade: Não alfabetizado( ) 1ºgrau completo( ) 1º grau incompleto( )
2º grau completo( ) 2º grau incompleto( ) Superior completo( )
Superior incompleto( ) Profissionalizante( )
11. Renda familiar: Salário Referência (salário mínimo R$415,00)
( )menos de um salário mínimo ( )1-3 salários mínimos
( )4-5 salários mínimos ( )mais de 5 salários mínimos
12. Quantas pessoas dependem dessa renda?_____
13.Endereço:
Rua/Av:_____ nº_____Bairro:_____
CEP:_____Cidade:_____ Fone:_____

B)DADOS CLÍNICOS

1. Valores de Pressão Arterial:
Data 1ª consulta:__/__/___ Valor PA:_____X_____mmHg
Data última consulta:__/__/__ Valor PA: ____X_____mmHg
Valor da PA na coleta de dados:
Sentado MSD:1ª_____X_____mmHg Pulso:_____bpm
2ª_____ X____mmHg CB - MSD:____cm
3ª_____X____mmHg largura manguito:___cm
Média das 2 últimas medidas:____X_____mmHg
02. Peso:____Kg , Altura:____ m , IMC:_____Kg/m^2 ,
CC:___cm,CQ:___cm,RC/Q:____
03. Co-morbidades: ( )DM ( )Insuficiência renal ( )IAM ( )ICC ( )AVC
( )depressão ( )Outros_____
04. Diagnóstico médico
(prontuário):_____
_____
__
06. Faz tratamento para HAS? ( ) Sim ( ) Não
07. Há quanto tempo? _____anos
08.Acha que a pressão alta tem cura?
( ) sim ( ) não Como:_____
09. Quais riscos que a pressão alta pode lhe trazer?
( ) IAM ( ) Insuficiência renal
( ) AVC ( ) outros.Quais:_____

10. Sabe quais outras doenças tem?
( ) sim ( ) não Quais:_____
11.Faz outros tratamentos para o controle da pressão alta , além do uso de medicamentos ?
( ) sim ( ) não Quais:_____
12. Medicação em uso para HAS: (de acordo com prontuário):
Nome Dose Frequência
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
( )bloqueadores de canais de cálcio – Nome_____Dose:_____
( )Diuréticos – Nome_____ Dose:_____
( )Inibidor adrenérgico – Nome_____ Dose:_____
( )Vasodilatadores diretos – Nome_____ Dose:_____
( )Antagonista do receptor AT1 da angiotensina II –Nome_____Dose:_____
( )Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) – Nome_____Dose:_____
13.Outras medicações prescritas:_____
_____
_____
Informações do paciente:

Nome Medicação	Dose	n°com-primido	Tempo de uso	Uso contínuo ou ocasional	Horá-rio	Indica-ção	Prescri-ta por:	Obs

14. Medicações que o paciente não citou:_____
_____
( )Faltou informação sobre a dose
( )Erros de dosagem
( )Freqüência das medicações
15. Número total de medicamentos:____ 16. Número de anti-hipertensivos:____

C)Fatores que Influenciam o Controle Terapêutico da HAS:

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

( )Pela cor, tamanho ou forma da medicação
( )Pela embalagem da medicação
( )Pelo nome da medicação
02. Parou de tomar algum medicamento para pressão alta anteriormente?
( )Sim ( )Não Qual?_____Por quê?_____
03. Quais os motivos para não tomar os medicamentos conforme o seu médico receitou?
a)Ele receitou muitos remédios de uma vez
b)Ter de tomar muitas vezes ao dia
c)Fazem-se sentir pior
d)Acha que não precisa deles
e)Medicamentos são muitos caros
f) Não sente nada
04. Apresenta alguma dessas dificuldades em relação ao uso da medicação?
A)Relacionadas ao acesso:
( )econômica, mas não chega a ficar sem a medicação
( )econômica, chegando a ficar sem a medicação
( )não encontrou na farmácia
( )depende de outra pessoa para comprar
( )não tem dificuldades
B) Relacionadas ao uso correto:
( )não aceita a medicação
( )não entendeu a letra do médico
( )consegue entender a letra, mas não sabe o que significa
C) Relacionados à administração:
( )dificuldade para deglutição
( )referente ao comprimido (forma, tamanho, sabor)
05. Tem alguma queixa ou sente alguma coisa por causa dos medicamentos?
( )Não ( )Sim Quais?_____
06. Os efeitos colaterais tem sido o motivo para você abandonar o tratamento ou fazê-lo de forma irregular? ( )Sim ( )Não
07. O custo dos medicamentos tem sido o motivo para você abandonar o tratamento ou fazê-lo de forma irregular? ( ) Sim ( )Não
08. Você tem consciência que o tratamento deve ser contínuo? ( )Sim ( )Não
09.O número de tomadas de um mesmo medicamento ou mais de um medicamento para HAS tem sido a razão para você não seguir o tratamento de maneira correta?( )Sim ( )Não
10. Você tem algum grau de dificuldade para seguir corretamente o seu tratamento para HAS? ( ) Sim ( )Não
11. Você prefere medicamentos que possam ser tomados apenas uma vez ao dia?
( )Sim ( )Não
12. Você está satisfeito com o medicamento que está tomando atualmente para HAS?
( )Sim ( )Não
13. Como consegue a medicação?
( )Farmácia da unidade de Saúde
( )Farmácia do bairro
( )Farmácia de manipulação
( )Médico (amostra gratuita)
( )Compra
( )Outros_____
14. É muito fácil esquecer de tomar os medicamentos. Lembra de tomar todos?
( )Sim ( )Não
15. Qual é o medicamento mais fácil de esquecer de tomar?
_____
_____

16. Você alguma vez já esqueceu de tomar seus medicamentos para a pressão alta?
( )Sim ( )Não
( )Na última semana ( )No último mês ( )No último ano
17. Às vezes, você é descuidado quanto a tomar seu medicamento para a pressão alta?
( )Sim ( )Não
18. Quando se sente melhor, às vezes você pára de tomar os medicamentos para a pressão alta?( )Sim ( )Não
19. Às vezes, quando se sente pior ao tomar os medicamentos para pressão alta, você pára de tomá-los? ( )Sim ( )Não
20. Quando você se sente pior, você toma maior quantidade de medicamentos para pressão alta? ( )Sim ( )Não
21. O Sr. costuma ler a receita médica?
( )Sim ( )Não Quem lê? ( )Farmacêutico ( )Familiares
( )Balconista ( )Outros_____
22. Faz uso de algum medicamento natural?
( )Não ( )Sim Qual?_____
23. Antecedentes familiares:
Tem alguém da família com ou que já teve uma das doenças indicadas abaixo?

HAS	DM	Angina	IAM	AVC	Insuf. Renal	Morte Súbita
( )sim ( )não ( )não sabe ( )pai ()mãe ( )irmã ( )outros	( )sim ( )não ( )não sabe ( )pai ()mãe ( )irmã ( )outros	( )sim ( )não ( )não sabe ( )pai ()mãe ( )irmã ( )outros	( )sim ( )não ( )não sabe ( )pai ()mãe ( )irmã ( )outros	( )sim ( )não ( )não sabe ( )pai ()mãe ( )irmã ( )outros	( )sim ( )não ( )não sabe ( )pai ()mãe ( )irmã ( )outros	( )sim ( )não ( )não sabe ( )pai ()mãe ( )irmã ( )outros

D) Dados Relacionados ao Estilo de Vida

1-Atividade Física
Faz exercício físico? ( )Sim ( )Não
Tipo de exercício que pratica:_____
Freqüência na semana_____ Duração diária_____
Há quanto tempo pratica?_____
2-Tabagismo
É fumante atualmente? ( )Sim ( )Não
Há quanto tempo?_____ Quantidade: ___cigarros/dia
3-Estresse
Você considera-se uma pessoa estressada ou nervosa? ( )Sim ( )Não
Em quais situações você se considera mais estressado?
( )na rua ( )em casa ( )no trabalho ( )outros Especificar_____
Você apresenta alterações no sono com freqüência? ( )Sim ( )Não
Caso afirmativo, atribui essas alterações a quais fatores:
( )mudança de hábito ( )ambiente estranho,ausência da família,horário alterado devido ao serviço e/ou lazer...) ( )doenças ( )uso de drogas ( )estado emocional
( )uso de bebidas alcoólicas ( )outros Especificar_____
4-Bebida alcoólica
Faz uso de bebida alcoólica? ( )sim ( )não
Se sim, qual o tipo de bebida consome:_____
Qual a quantidade aproximada diariamente?_____

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Estamos realizando estudo com o título: "Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: estudo entre usuários cadastrados no programa Hiperdia no município de Novo Horizonte -SP, ou seja queremos saber quais as dificuldades que os pacientes que tem pressão alta e que são atendidos aqui no centro de Saúde II ,desejamos saber também o que o (a) senhor(a) sabe sobre a doença "pressão alta" e como sua idade e salário ajudam ou atrapalham o seu tratamento para pressão alta.

Assim, estamos convidando-o para participar deste estudo. Estas informações serão obtidas por mim por meio de entrevistas que serão realizadas no Centro de Saúde II do município de Novo Horizonte - SP, em um horário de sua e de minha disposição. Estes dados farão parte de uma pesquisa e os seus resultados poderão ser apresentados em publicações e eventos científicos.

A sua participação não envolverá despesas, riscos e não será remunerado.Você não será identificado e poderá obter informações sobre o estudo a qualquer hora em que desejar, podendo inclusive deixar de participar mesmo que já tenha manifestado interesse anteriormente pela sua participação.

Eu,_____RG N°_____

ciente das informações recebidas concordo em participar da pesquisa acima descrita, que será realizada pela aluna de pós-graduação em Enfermagem Letícia Palota, sob orientação da Profa Dra Maria Suely Nogueira da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP; e estou ciente que:

1- Os resultados deste estudo farão parte de uma pesquisa científica que poderão ser apresentados em publicações e eventos científicos;
2- A minha participação não envolverá remuneração ou custos por mim.
3- Estou livre de qualquer risco proveniente da pesquisa;
4- Terei a garantia de não ser identificado;
5- A qualquer momento poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável;
6- Poderei desistir a qualquer momento mesmo que a minha manifestação anterior tenha sido favorável a participação nesta pesquisa;
7- Ao assinar este documento, terei sob meu poder cópia do mesmo, ficando outro em poder dos pesquisadores.

_____	_____	_____
Assinatura do paciente	Letícia Palota(pesquisadora)	M. Suely. Nogueira
	Tel(17)96041904	Tel(16)36023423
	lpalota@yahoo.com.br	msnog@eerp.usp.br

APÊNDICE B - instrumento adaptado de Barbosa de coleta de dados

DATA DA ENTREVISTA __/__/__ Entrevista nº:_____

A)DADOS PESSOAIS
01. Iniciais:_____ N° prontuário:_____
02. Idade: _____ 03.Data de Nascimento:__/__/__ 04. Sexo: M( ) F( )
05. Etnia: Branca( ) Negra( ) Amarela( ) Parda( ) Mulato( )
06. Estado civil: Casado( ) Solteiro( ) Viúvo( ) Outros( ):_____
Nº Filhos:_____
07. Ocupação: Aposentado( ) Desempregado( ) Trabalhador autônomo( )
Trabalhador com vínculo( ) Do lar( ) Outros( ) _____
08. Naturalidade:_____
09. Reside sozinho: Sim( ) Não( ) Quantas pessoas moram na casa?____
10. Escolaridade: Não alfabetizado( ) 1ºgrau completo( ) 1º grau incompleto( )
2º grau completo( ) 2º grau incompleto( ) Superior completo( )
Superior incompleto( ) Profissionalizante( )
11. Renda familiar: Salário Referência (salário mínimo R$415,00)
( )menos de um salário mínimo ( )1-3 salários mínimos
( )4-5 salários mínimos ( )mais de 5 salários mínimos
12. Quantas pessoas dependem dessa renda?_____
13.Endereço:
Rua/Av:_____ nº_____Bairro:_____
CEP:_____Cidade:_____ Fone:_____

B)DADOS CLÍNICOS

1. Valores de Pressão Arterial:
Data 1ª consulta:__/__/___ Valor PA:_____X_____mmHg
Data última consulta:__/__/__ Valor PA: ____X_____mmHg
Valor da PA na coleta de dados:
Sentado MSD:1ª_____X_____mmHg Pulso:_____bpm
2ª_____ X____mmHg CB - MSD:____cm
3ª_____X____mmHg largura manguito:___cm
Média das 2 últimas medidas:____X_____mmHg
02. Peso:____Kg , Altura:____ m , IMC:_____Kg/m^2 ,
CC:___cm,CQ:___cm,RC/Q:____
03. Co-morbidades: ( )DM ( )Insuficiência renal ( )IAM ( )ICC ( )AVC
( )depressão ( )Outros_____
04. Diagnóstico médico
(prontuário):_____
_____
__
06. Faz tratamento para HAS? ( ) Sim ( ) Não
07. Há quanto tempo? _____anos
08.Acha que a pressão alta tem cura?
( ) sim ( ) não Como:_____
09. Quais riscos que a pressão alta pode lhe trazer?
( ) IAM ( ) Insuficiência renal
( ) AVC ( ) outros.Quais:_____

10. Sabe quais outras doenças tem?
( ) sim ( ) não Quais:_____
11.Faz outros tratamentos para o controle da pressão alta , além do uso de medicamentos ?
( ) sim ( ) não Quais:_____
12. Medicação em uso para HAS: (de acordo com prontuário):
Nome Dose Frequência
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
( )bloqueadores de canais de cálcio – Nome_____Dose:_____
( )Diuréticos – Nome_____ Dose:_____
( )Inibidor adrenérgico – Nome_____ Dose:_____
( )Vasodilatadores diretos – Nome_____ Dose:_____
( )Antagonista do receptor AT1 da angiotensina II –Nome_____Dose:_____
( )Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) – Nome_____Dose:_____
13.Outras medicações prescritas:_____
_____
_____
Informações do paciente:

Nome Medicação	Dose	n°com-primido	Tempo de uso	Uso contínuo ou ocasional	Horá-rio	Indica-ção	Prescri-ta por:	Obs

14. Medicações que o paciente não citou:_____
_____
( )Faltou informação sobre a dose
( )Erros de dosagem
( )Freqüência das medicações
15. Número total de medicamentos:____ 16. Número de anti-hipertensivos:____

C)Fatores que Influenciam o Controle Terapêutico da HAS:

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

( )Pela cor, tamanho ou forma da medicação
( )Pela embalagem da medicação
( )Pelo nome da medicação
02. Parou de tomar algum medicamento para pressão alta anteriormente?
( )Sim ( )Não Qual?_____Por quê?_____
03. Quais os motivos para não tomar os medicamentos conforme o seu médico receitou?
a)Ele receitou muitos remédios de uma vez
b)Ter de tomar muitas vezes ao dia
c)Fazem-se sentir pior
d)Acha que não precisa deles
e)Medicamentos são muitos caros
f) Não sente nada
04. Apresenta alguma dessas dificuldades em relação ao uso da medicação?
A)Relacionadas ao acesso:
( )econômica, mas não chega a ficar sem a medicação
( )econômica, chegando a ficar sem a medicação
( )não encontrou na farmácia
( )depende de outra pessoa para comprar
( )não tem dificuldades
B) Relacionadas ao uso correto:
( )não aceita a medicação
( )não entendeu a letra do médico
( )consegue entender a letra, mas não sabe o que significa
C) Relacionados à administração:
( )dificuldade para deglutição
( )referente ao comprimido (forma, tamanho, sabor)
05. Tem alguma queixa ou sente alguma coisa por causa dos medicamentos?
( )Não ( )Sim Quais?_____
06. Os efeitos colaterais tem sido o motivo para você abandonar o tratamento ou fazê-lo de forma irregular? ( )Sim ( )Não
07. O custo dos medicamentos tem sido o motivo para você abandonar o tratamento ou fazê-lo de forma irregular? ( ) Sim ( )Não
08. Você tem consciência que o tratamento deve ser contínuo? ( )Sim ( )Não
09.O número de tomadas de um mesmo medicamento ou mais de um medicamento para HAS tem sido a razão para você não seguir o tratamento de maneira correta?( )Sim ( )Não
10. Você tem algum grau de dificuldade para seguir corretamente o seu tratamento para HAS? ( ) Sim ( )Não
11. Você prefere medicamentos que possam ser tomados apenas uma vez ao dia?
( )Sim ( )Não
12. Você está satisfeito com o medicamento que está tomando atualmente para HAS?
( )Sim ( )Não
13. Como consegue a medicação?
( )Farmácia da unidade de Saúde
( )Farmácia do bairro
( )Farmácia de manipulação
( )Médico (amostra gratuita)
( )Compra
( )Outros_____
14. É muito fácil esquecer de tomar os medicamentos. Lembra de tomar todos?
( )Sim ( )Não
15. Qual é o medicamento mais fácil de esquecer de tomar?
_____
_____

16. Você alguma vez já esqueceu de tomar seus medicamentos para a pressão alta?
( )Sim ( )Não
( )Na última semana ( )No último mês ( )No último ano
17. Às vezes, você é descuidado quanto a tomar seu medicamento para a pressão alta?
( )Sim ( )Não
18. Quando se sente melhor, às vezes você pára de tomar os medicamentos para a pressão alta?( )Sim ( )Não
19. Às vezes, quando se sente pior ao tomar os medicamentos para pressão alta, você pára de tomá-los? ( )Sim ( )Não
20. Quando você se sente pior, você toma maior quantidade de medicamentos para pressão alta? ( )Sim ( )Não
21. O Sr. costuma ler a receita médica?
( )Sim ( )Não Quem lê? ( )Farmacêutico ( )Familiares
( )Balconista ( )Outros_____
22. Faz uso de algum medicamento natural?
( )Não ( )Sim Qual?_____
23. Antecedentes familiares:
Tem alguém da família com ou que já teve uma das doenças indicadas abaixo?

HAS	DM	Angina	IAM	AVC	Insuf. Renal	Morte Súbita
( )sim ( )não ( )não sabe ( )pai ()mãe ( )irmã ( )outros	( )sim ( )não ( )não sabe ( )pai ()mãe ( )irmã ( )outros	( )sim ( )não ( )não sabe ( )pai ()mãe ( )irmã ( )outros	( )sim ( )não ( )não sabe ( )pai ()mãe ( )irmã ( )outros	( )sim ( )não ( )não sabe ( )pai ()mãe ( )irmã ( )outros	( )sim ( )não ( )não sabe ( )pai ()mãe ( )irmã ( )outros	( )sim ( )não ( )não sabe ( )pai ()mãe ( )irmã ( )outros

D) Dados Relacionados ao Estilo de Vida

1-Atividade Física
Faz exercício físico? ( )Sim ( )Não
Tipo de exercício que pratica:_____
Freqüência na semana_____ Duração diária_____
Há quanto tempo pratica?_____
2-Tabagismo
É fumante atualmente? ( )Sim ( )Não
Há quanto tempo?_____ Quantidade: ___cigarros/dia
3-Estresse
Você considera-se uma pessoa estressada ou nervosa? ( )Sim ( )Não
Em quais situações você se considera mais estressado?
( )na rua ( )em casa ( )no trabalho ( )outros Especificar_____
Você apresenta alterações no sono com freqüência? ( )Sim ( )Não
Caso afirmativo, atribui essas alterações a quais fatores:
( )mudança de hábito ( )ambiente estranho,ausência da família,horário alterado devido ao serviço e/ou lazer...) ( )doenças ( )uso de drogas ( )estado emocional
( )uso de bebidas alcoólicas ( )outros Especificar_____
4-Bebida alcoólica
Faz uso de bebida alcoólica? ( )sim ( )não
Se sim, qual o tipo de bebida consome:_____
Qual a quantidade aproximada diariamente?_____