



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

MARICELI BARBOSA DE SOUZA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E SEUS
DETERMINANTES EM PACIENTES ATENDIDOS NO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

CAMPINA GRANDE - PB

2003

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL-UEPB

S725 a Souza, Mariceli Barbosa de
Adesão ao tratamento da hipertensão arterial e seus
determinantes em pacientes atendidos no Programa Saúde da
Família / Mariceli Barbosa de Souza.- Campina Grande:
UEPB, 2003.
111 p.

Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva)
Universidade Estadual da Paraíba.

1. Doença Hipertensão 2. Adesão 3. Tratamento I -
Título.

21 Ed. CDD 616.132

MARICELI BARBOSA DE SOUZA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E SEUS
DETERMINANTES EM PACIENTES ATENDIDOS NO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do grau Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde e Sociedade, linha de pesquisa Vigilância à saúde, elaborada após integralização curricular do Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva.

Orientação: Prof^a. Dr^a Lindomar de Farias Belém

**CAMPINA GRANDE-PB
2003**

MARICELI BARBOSA DE SOUZA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E SEUS
DETERMINANTES EM PACIENTES ATENDIDOS NO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento aos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração Saúde e Sociedade, linha de Pesquisa Vigilância à Saúde.

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Lindomar de Farias Belém - Dr^a. – (Presidente - Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba

Prof. Francisco Cleanto Brasileiro Dr. – (2º membro)
Universidade Federal de Campina Grande

Prof^a. Sônia Maria de Luna Maciel - Dr^a.(3º membro)
Universidade Estadual da Paraíba

Tudo tem seu tempo determinado, e há tempo para todo propósito debaixo do céu.

Há tempo de nascer; e tempo de morrer; tempo de plantar e tempo de arrancar o que se plantou;

Tempo de matar, e tempo de curar; tempo de derribar, e tempo de edificar;

Tempo de chorar, e tempo de rir; e tempo de prantear, e tempo de saltar;

Tempo de espalhar pedras, e tempo de ajuntar pedras; tempo de abraçar;

Tempo de buscar, e tempo de perder;

Tempo de guardar, e tempo de deitar fora;

Tempo de rasgar, e tempo de coser;

Tempo de estar calado, e tempo de falar;

Tempo de amar, e tempo de aborrecer;

Tempo de guerra, e tempo de paz.

Eclesiastes 3: 1-8

AGRADECIMENTOS

A Deus por todo aprendizado e pela consciência do muito que ainda tenho que aprender.

A Dr^a. Lindomar de Farias Belém pela orientação no curso deste trabalho.

Aos usuários hipertensos do PSF São Januário, pela generosidade com que aceitaram participar da pesquisa.

A Luíza Herbene Macedo, graduanda do Curso de Farmácia e Bioquímica pela ajuda na coleta de dados.

A Dr. Élson Soares dos Santos, pela colaboração na análise dos resultados.

A equipe de Saúde do PSF São Januário II pela colaboração e solidariedade.

A Ana Fábria da Mota Rocha, coordenadora do PSF, que contribuiu me liberando das atividades junto ao serviço, nos momentos necessários.

Aos meus pais Manuel e Bernadete pelo exemplo de vida, pelo amor sempre presente e pelo incentivo em toda a minha trajetória.

Ao meu querido Williams, que compartilhou comigo as alegrias e as dificuldades na realização deste projeto de vida.

Aos meus filhos Bárbara, Breno e Bruno pelo carinho e compreensão nos momentos de ausência.

As minhas irmãs, Mariluce, Marinalva, Marinalda e Elzinha que vibraram e torceram por mim em mais esta fase da minha vida. Aos meus cunhados que com certeza fizeram parte desta torcida.

Aos colegas do mestrado que, cada um com sua experiência enriqueceram minha vida profissional e pessoal.

RESUMO

A hipertensão arterial é considerada um grave problema de saúde pública por seu impacto social e econômico, sendo também um importante fator de risco para o aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares. Portanto, conquistar e manter a adesão do paciente ao tratamento representa um grande desafio, principalmente por ser uma doença crônica, cujo controle implica em um tratamento prolongado e em uma mudança de estilo de vida. Este estudo descritivo, teve como objetivo avaliar o grau de adesão ao tratamento e seus fatores determinantes, assim como identificar o perfil dos hipertensos cadastrados no Programa Saúde da Família. Os métodos utilizados para avaliar a adesão foram o auto-relato e revisão dos prontuários da família. Os resultados de acordo com os métodos estatísticos de Qui-Quadrado da Razão de Verossimilhança (χ^2 , RV), mostraram um maior percentual de hipertensos na faixa etária acima de sessenta anos (50%); com predomínio do sexo feminino (73,33%); renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (78%); casados (68%) e com baixo grau de escolaridade (41,34%). Quanto à presença dos fatores de risco: 82,67% não fumavam; 88,66% não ingeriam bebidas alcoólicas; 70,33% apresentavam sobrepeso/obesidade; 67,33% eram sedentários e 78,67% seguiam dieta hipossódica. A taxa de adesão observada pelo método do auto-relato foi 74,67% no grau mais aderente. Quanto à relação entre a adesão e controle pressórico, observou-se que 31,33% apresentavam pressão arterial controlada utilizando o critério da DBHA, IV., (2002). A análise de variância multivariada, determinada pelo teste Hotelling-Lawley para identificar os efeitos positivos entre as variáveis estudadas e grau de adesão mostrou que o gênero ($p = 0,0420$); não ingestão de bebidas alcoólicas ($p=0,0001$); “freqüentam grupo de hipertensão” ($p=0,0545$) e “reconhecem quando está com a pressão alta” ($p=0,0336$), tiveram efeitos significativos sobre a adesão. A principal razão apontada pelos hipertensos que contribuiu para a ocorrência de falhas no seguimento da prescrição médica foi o esquecimento (71%). Os resultados da pesquisa sugerem que é necessária uma abordagem ao tratamento da hipertensão que estimule o envolvimento do hipertenso no autocuidado, considerando seu conhecimento sobre a doença, tratamento e compromisso com a saúde, assim como um maior empenho da equipe de saúde em viabilizar estratégias que possam minimizar os fatores que interferem na aceitação ao tratamento.

Descritores: adesão, hipertensão arterial, tratamento

SUMMARY

The high blood pressure is considered a serious problem of public, health because of its social and economic impact, it is also an important factor of danger to the mortality increasing due to cardiac diseases. Therefore to keep a support to the patient into the treatment represents a big challenge, specially because it is a chronic disease whose control implies in an extended treatment and in a changing of lifestyle. The objective of this study is to evaluate the supporting degree to the treatment and the prediction factors, such as identify the profile of people with blood pressure who takes part in the family health program São Januário II in Campina Grande (PB). The method used to evaluate the support is the self report, medicine dispensation card and family record revision. According to the statistic methods of “Qui-Quadrado da razão de Verossimilhança (xRV)” the results show the largest numbers of people with high blood pressure that are over sixty years old (500%); the greater number are female (73,33%); family revenue between, 1 and 2 minimum wage (78%); illiterate people (41,34%) and unfinished school (54%) and married (68%). According to the factors of danger 78,67% follow a diet without salt; 82,67% do not smoke; 88,66% do not drink alcoholic drink; 70,33% presents some level of obesity and 67,33% are sedentary. It is observed that 74,67% are through the self report method and 77% through the dispensation card, that shows a high degree of agreement between the two used methods. As to the relation between the support and pressure control it is observed a control (31,33%) in the three degrees using the criterion III CBHA (1999), considering blood pressure < 140/90 mmHg. In the analysis determined by Hotelling-Lawley test to identify the prediction effects of variable studied and the degree of support it is observed that is ($p = 0,0001$), “attend to blood pressure group” ($p = 0,0545$) and “admit when they have high blood pressure” ($p = 0,0336$) had expressive effect. In different levels of probabilities the age ($p = 0,1296$) and the gender ($p = 0,0420$) had expressive effects although in different levels of probabilities. The main reason showed by high blood pressure people with the use of medicines was the forgetfulness (71%). The results of the research suggests that is necessary an approach to the high blood pressure treatment which stimulates the people with high blood pressure to take care of themselves considering their knowledge about the disease treatment and commitment with health. Such as a better interest from the health staff to create strategies that can reduce the factors that interfere in acceptance to the treatment.

Descriptions: support, high blood pressure, treatment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação Diagnóstica da Hipertensão Arterial (> de 18 anos)	29
Quadro 2 - Risco Estratificado e Quantificação do Prognóstico.....	30
Quadro 3 - Demonstrativo do Tratamento da Hipertensão Arterial.....	34
Figura 1 - Percentual dos 150 hipertensos por gênero	57
Figura 2 - Percentual dos 150 hipertensos por gênero em função da idade	59
Figura 3 - Percentual dos 150 hipertensos por gênero em função do estado civil	61
Figura 4 - Percentual de adesão ao tratamento dos 150 hipertensos segundo o método de auto-relato	69
Figura 5 - Percentual dos 150 hipertensos segundo os níveis pressóricos	72
Figura 6 – Percentual dos 150 hipertensos de acordo com a falha no seguimento da prescrição médica dos anti-hipertensivos	74
Figura 7 - Percentual dos 150 hipertensos por gênero, em função do grau de adesão ao tratamento	76
Figura 8 - Percentual dos 150 hipertensos por idade, em função do grau de adesão ao tratamento	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentual dos 150 hipertensos por gênero, segundo os fatores renda e grau de escolaridade..	63
Tabela 2 - Percentual dos 150 hipertensos por gênero, segundo os fatores de risco.....	65
Tabela 3 - Percentual dos 150 hipertensos segundo o grau de adesão ao tratamento e controle pressórico.	73
Tabela 4 - Percentual dos 150 hipertensos, por grau de adesão ao tratamento segundo faixa etária e escolaridade.....	78
Tabela 5 - Percentual dos 150 hipertensos, por grau de adesão ao tratamento segundo os fatores de risco.....	80
Tabela 6 - Percentual dos 150 hipertensos, por grau de adesão ao tratamento segundo as variáveis categóricas	84
Tabela 7 - Análise de variância multivariada dos fatores que interferem na adesão ao tratamento	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CHO = Contraceptivo Hormonal Oral

DCV = Doenças cardiovasculares

DCD = Doença Crônica Degenerativa

DBHA = Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

DCNT= Doença Crônica não Transmissível

DM = Diabetes melitus

DIP = Doenças Infecciosas e Parasitárias

ECA = Enzima Conversora da Angiotensina

GA = Grau de Adesão

GL = Grau de Liberdade

HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica

HVE = Hipertrofia Ventricular Esquerda

IMC = Índice de Massa Corpórea

JNC VI = Sexto Relatório do Comitê Nacional Conjunto em Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Pressão Arterial Alta

MS= Ministério da Saúde

OMS = Organização Mundial da Saúde

P = Probabilidade

P A = Pressão Arterial

PAD = Pressão Arterial Diastólica

PAS = Pressão Arterial Sistólica

PSF = Programa de Saúde da Família

χ^2 RV= Razão da verossimilhança

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	15
2 – REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 – Adesão ao tratamento	17
2.1.1 – Origem e conceito do termo	17
2.1.2 – Métodos usados para medir adesão medicamentosa	19
2.1.3 – Padrões de não adesão	20
2.1.4 – Classificação quanto à adesão e não adesão ao tratamento	21
2.1.5 – Magnitude da não adesão	22
2.1.6 – Fatores que interferem na adesão	23
2.2 – Adesão ao Tratamento anti-hipertensivo	25
2.3– Hipertensão Arterial Sistêmica.....	27
2.3.1 – Definição e classificação	27
2.3.2 – Diagnóstico	28
2.3.3 – Abordagem terapêutica.....	30
2.4 – Tratamento medicamentoso.....	32
2.5 – Tratamento não medicamentoso	35
2.5.1 – Redução do peso corporal.....	36
2.5.2 – Diminuição da ingestão de sal	37
2.5.3 – Redução do consumo de bebidas alcoólicas.....	38
2.5.4 – Suplementação do potássio, cálcio e magnésio	38
2.5.5 - Suspensão do tabagismo	39
2.5.6 – Prática de atividade física	39
2.5.7 – Abordagem multiprofissional	41
2.6 – Hipertensão Arterial Sistêmica como problema de Saúde Pública	42
2.7 – Hipertensão Arterial Sistêmica e o Programa Saúde da Família (PSF)	44
3 – OBJETIVO	46
3.1 – Objetivo geral	47
3.2 – Objetivos específicos.....	47

4 – METODOLOGIA.....	48
4.1 – Casuística.....	49
4.2 – Local de Pesquisa	49
4.3 – Tipo de Estudo.....	50
4.4– População estudada.....	51
4.5 – Critérios de inclusão	51
4.6 – Variáveis estudadas	51
4.7 – Instrumentos de coleta de dados.....	53
4.8 – Coleta de dados.....	53
4.9 – Adesão ao tratamento	54
4.10 – Análise dos dados	55
 5 – RESULTADOS E DISCUSSÕES	 56
5.1 – Características sócio-demográficas	57
5.2 – fatores de risco a HÁS	64
5.3 – Adesão ao tratamento anti-hipertensivo	69
5.3.1 – Segundo o método de auto-relato	69
5.4 – Associação entre o grau de adesão e níveis pressóricos.....	71
5.5 – Fatores relacionados às falhas no seguimento da prescrição médica	74
5.6 – Fatores que interferem na adesão ao tratamento da HÁS.....	75
5.6.1 – Características sócio - demográficas e adesão ao tratamento.....	75
5.6.2 – Presença de fatores de risco e adesão ao tratamento	79
5.6.3 – Percepção sobre a doença, tratamento e suporte social segundo o grau de adesão ao tratamento	82
5.7 – Análise de variância multivariada dos fatores que interferem na adesão ao tratamento	87
 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	 89
 7 - REFERÊNCIAS	 91
 APÊNDICES	 101
Apêndice A	102
Apêndice B	105

Apêndice C	106
ANEXOS	107
Anexos A.....	108
Anexos B.....	110
Anexo C.....	111



1 - Introdução

Fonte: Brasil (2002b).

Adesão, segundo (FERREIRA, 2001), é o ato ou efeito de aderir, juntar-se, unir-se. A adesão medicamentosa é um processo dinâmico que envolve o profissional e o paciente. Para que esta seja efetiva, o paciente precisa confiar no médico estabelecendo uma relação de cumplicidade, adequando sua rotina ao esquema de tratamento (ADÃO ; MERIGHI, 2002).

Desde que as drogas foram desenvolvidas no século XIX, a falta de adesão ao tratamento tornou-se um problema para a medicina, precisamente quando o paciente passa a ser responsável pelo próprio cuidado (NORMAN, 1986 apud MELCHIOR, 2000). A falta de adesão é considerada um fenômeno universal principalmente no tratamento das doenças crônicas (MION Jr et al, 2000)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um problema de saúde pública no Brasil, sendo um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares apresentando uma prevalência em torno de 20% (OLMOS; LOTUFO, 2002). Dentre essas doenças, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) são as mais freqüentes. Na faixa etária de 30 a 69 anos de idade essas doenças foram responsáveis por 65% do total de óbitos atingindo a população adulta em plena fase produtiva (BRASIL, 2001a).

A Campanha Nacional de Detecção de casos suspeitos de Diabetes melitus (DM), realizada nos meses de março e abril de 2001, identificou 2,9 milhões de suspeitos de DM, sendo que aproximadamente um milhão dessas pessoas são hipertensas (BRASIL, 2001b). Conforme Nobre; Lima, (1997) quanto maior a prevalência da hipertensão arterial numa população, maior a freqüência de AVE e doenças coronarianas, sendo que os hipertensos têm de 2 a 3 vezes mais eventos cardiovasculares do que os normotensos da mesma idade.

Hipertensão arterial Sistêmica (HAS) traz um grande desafio para o sistema de saúde brasileiro: a garantia do acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como

portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2001b). Sabe-se que uma vez diagnosticada a hipertensão arterial, manter a adesão do paciente ao tratamento representa um grande desafio, já que em se tratando de doenças crônicas o tratamento implica não somente na tomada de medicação, mas também na mudança de estilo de vida.

Diante disso, o Programa de Saúde da Família (PSF) representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência, respondendo a uma nova concepção de saúde, não mais centrada somente na assistência à doença, mas sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção de fatores que colocam a vida em risco (BRASIL, 2000).

Por todos esses motivos este estudo se faz importante, pois coloca em evidência a questão da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Dentro desse contexto, estudou-se a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e seus determinantes no Programa Saúde da Família (PSF) São Januário II, localizado na cidade de Campina Grande – PB.



2. Revisão de Literatura

Fonte: Brasil (2002b).

2.1 – Adesão ao tratamento

2.1.1- Origem e conceito do termo

A adesão ao regime terapêutico tem sido considerada um importante objeto de estudo e o aumento das publicações ao longo dos anos revela o crescente interesse dos estudiosos e a sua importância na área do conhecimento médico. Tornando-o assim um tema bastante importante principalmente quando se aborda doenças crônicas. (Blacwell, 1976 apud Teixeira, A., 1998), afirma que nos congressos científicos, o tema passou a ter maior destaque em abril de 1976, quando o “*First Internacional Congress on Patient Counseling*” (Primeiro Congresso sobre Aconselhamento ao Paciente) dedicou uma sessão maior para o tema “adesão do paciente com regimes terapêuticos”.

Na literatura internacional, os unitermos utilizados são *compliance* ou *adherence*. Todavia, Melchior,(2000) refere que há uma discussão a respeito do termo utilizado ressaltando que nos estudos de TURK et al (1986 apud MELCHIOR, 2000) “*compliance*” está ligado à tradicional relação dos serviços de saúde com os pacientes, onde o paciente responde passivamente a uma demanda médica e defendem “*adherenc*” como um termo que denota colaboração e interação relacional.

Ainda a respeito do tema Nemes, (2002) ressalta que o termo *adherence* vem se disseminando através de estudos, por expressar melhor o sentido de concordância autônoma do (ou *patient empowerment*) doente com o tratamento, já o termo *compliance* está mais próximo da idéia de cumprimento de regras (o *physician control*).

Tradicionalmente, o termo inglês “*compliance*” se traduz em português como aquiescência, consentimento, obediência, auto-entrega (MICHAELIS, 1998). Nela, o paciente

é visto como um cumpridor da prescrição médica não só de medicamentos mas de todas as orientações farmacológicas e comportamentais (LELO et al, 2002). Já o termo aderência ou adesão (*adherence, adhesion*) que em sentido figurado significa o ato de aderir, ajuntar-se, unir-se (FERREIRA, 2001), procura ressaltar a perspectiva do paciente como um ser capaz de tomar decisões mais conscientes e responsáveis por seu tratamento, que possui autonomia e habilidade para aceitar ou não as recomendações médicas (GONÇALVES et al, 2002). Este não apenas obedece à orientação médica, mas entende, concorda e segue a prescrição estabelecida pelo médico, existindo nesse processo uma “aliança terapêutica” não só entre médico e paciente, mas de todos (profissionais de saúde, família e amigos) que estão direta e indiretamente envolvidos no tratamento (VITÓRIA, 1998).

A literatura relata diversas definições para o termo, contudo, não há uma definição de adesão universal. Alguns autores definem como as condutas que fazem um tratamento fracassar ou triunfar, enquanto outros consideram como uma parte significativa da prescrição, independente do seu impacto na eficácia (GALINBERT et al, 2002). Nesta questão evidencia-se também freqüência às consultas, seguimento de dietas, tomada de medicação e outras orientações.

Por outro lado, o processo de adesão ao tratamento parece ser conhecido a muito, pois se atribui a Hipócrates a frase “Fiquem atento às falhas dos pacientes que fazem com que eles mintam a respeito do que foi prescrito” (MION Jr et al, 2000). As dificuldades apresentadas pelos pacientes na adesão ao tratamento, têm sido um desafio constante no dia-a-dia dos profissionais que trabalham nos serviços de saúde (ADÃO; MERIGHI, 2002).

Neste trabalho a opção pela utilização do termo “adesão” é justificada por entendermos que tal atitude sugere um envolvimento ativo e consciente do paciente em relação ao tratamento e não apenas o simples cumprimento de regras pré-estabelecidas.

2.1.2 – Métodos usados para medir a adesão medicamentosa

Há basicamente dois métodos de medidas de adesão ao tratamento: perguntar diretamente ao paciente (entrevistas ou *self-reports*) ou estimar por meio da contagem manual ou eletrônica dos comprimidos (*chips* eletrônico que marcam a abertura do recipiente), por marcadores biológicos ou por dosagem de metabólitos das drogas prescritas na urina ou no sangue (TEIXEIRA, 2000).

Para a hipertensão arterial os métodos utilizados nos países desenvolvidos são: inquéritos com os pacientes, métodos comportamentais, relatos dos efeitos colaterais, técnicas bioquímicas e revisão de resultados clínicos. Nos países em desenvolvimento foram encontradas metodologias como: revisão de prontuários, inquéritos com os pacientes, contagem de pílulas e técnicas bioquímicas (LESSA, 1998).

A contagem de comprimidos é a forma tradicionalmente usada e menos onerosa para avaliar a adesão, contudo, não é totalmente confiável, pois não há garantia de que ele tenha usado efetivamente o medicamento. Além disso, o resultado pode ser falseado caso o paciente tenha ingerido menor número de vezes ao dia ou se a dose diária, mesmo correta, foi usada em menor número de dias (MION Jr, 2000).

Em países do terceiro mundo, a medicação poderá ter um outro destino que não o uso pessoal, ou seja, poderá ser repartida com outros parentes e amigos que tenham a mesma doença, vendida ou reduzida por conta própria, para dispor de medicação por mais tempo

(LESSA, 1998).

Por outro lado, o auto-relato, quando feito adequadamente seria uma ótima maneira de se avaliar a adesão na prática clínica, (FIGUEIREDO et al, 2001; JÚNIOR et al, 2001), pois mesmo parecendo um método pouco confiável tem demonstrado boa correlação com a pressão arterial (MION Jr et al, 2000). Por todas essas dificuldades é bastante complexo avaliar a adesão ao tratamento, sendo importante a associação de vários métodos.

Nemes, (2000) afirma que o questionamento direto ao paciente tem sido muito utilizado e apesar de superestimar a medida de adesão, pode produzir bons indicadores da adesão real, desde que conduzidos de modo não coercitivo e que garanta ao entrevistado total sigilo e respeito pelas suas respostas. Por outro lado, as dificuldades teórico-metodológicas dos estudos de adesão parecem ser parcialmente atribuídas ao fato dos estudos utilizarem-se freqüentemente de uma única abordagem metodológica, em geral quantitativa, para o estabelecimento da medida e dos fatores associados à adesão.

Sendo assim, quantitativo e qualitativo se complementam e não são auto-excluentes. Não se trata, portanto, de desvalorizar instrumentos como o da análise multivariada, poderoso e reconhecido instrumento de análise de dados aglomerados. A pesquisa qualitativa preenche a necessidade de não restringir a realidade social ao que se pode ser observado e quantificado (MINAYO,1993).

2.1.3 - Padrões de não adesão

Para a maioria dos autores a adesão é definida por três fatores: aceitação, motivação e continuidade (GALIMBERT et al, 2002). A literatura considera cinco os padrões de não adesão ao tratamento entre pacientes adultos conforme esclarece: (LITT et al, 1980 apud

TEIXEIRA, A., 1998).

- O primeiro consiste na completa falha em tomar os medicamentos prescritos, nesta categoria, estão incluídos os pacientes que continuam mantendo contato com o médico, mas não tomam os medicamentos de acordo com a prescrição, e aqueles que abandonam totalmente o tratamento;
- O segundo diz respeito aos pacientes que tomam os medicamentos de forma errada porque não sabem com precisão o intervalo das dosagens;
- O terceiro inclui os pacientes que deixaram de tomar algumas doses;
- O quarto padrão ocorre quando os pacientes aumentam ou reduzem a dose ou o número de doses diárias prescritas;
- No quinto estão incluídos aqueles pacientes que tomam medicamentos com finalidades erradas, ou com validade vencida ou que foram suspensos.

2.1.4 - Classificação quanto à adesão e não adesão ao tratamento

Os estudos sobre doenças crônicas mostram que nem sempre é possível determinar um parâmetro de adesão com precisão aceitável. Sendo assim, a grande maioria dos estudos tem considerado como adesão taxas iguais ou maiores de 80% do total de medicamentos prescritos, porém várias outras definições têm sido adotadas conforme o tipo de estudo e doença (NEMES, 2000).

A classificação de adesão varia segundo a definição utilizada. Classicamente considera-se não adesão uma ou mais das seguintes condições: não tomar ou interromper a

medicação prescrita, tomar menos ou mais da dose prescrita, alterar intervalos de tempo prescritos ou omitir doses, não seguir recomendações dietéticas ou outras que acompanham a medicação (TEIXEIRA et al, 2000).

Tendo em vista a inexistência de padrões metodológicos, é extremamente importante que as avaliações e comparações entre níveis de adesão sempre considerem o método utilizado e o nível na qual a adesão foi definida (NEMES, 2000).

2.1.5 – Magnitude da não adesão

Na adesão a antibiocoterapia prescrita em crianças com pneumonia, verificou-se adesão e não adesão com taxas de 32,5% e 67,5% respectivamente (SANTOS, 1996). Com relação ao tratamento anti-hipertensivo, a falta de adesão ao tratamento é fato freqüentemente observado pelos profissionais da área da saúde, os índices de abandono, considerado o grau máximo de adesão, são de 30 a 40% (MION Jr et al, 1995).

Outro estudo sobre adesão ao tratamento em uma população de 65 crianças com leucemia linfoblástica (LLA), mostrou que 53,8% apresentaram falha na aderência (OLIVEIRA, 2003). Já no inquérito feito diretamente com a população e o confronto com níveis glicêmicos realizados durante o estudo da prevalência da Diabete melitus (DM) em Salvador, observou-se que 30,5% dos diabéticos estudados mencionaram tratamento irregular (LESSA, 1998).

Trabalhos recentes provenientes de países de primeiro mundo que mediram a adesão aos ARV (anti-retrovirais) em população geral, observaram taxas: 75%, 78% e 60% (NEMES, 2002). A taxa média de adesão observada tem se situado em 50% para todos os tratamentos. Claro que isto, deve variar muito em função da doença, do doente e do tratamento (NEMES,

2000).

Em outro estudo sobre a adesão à terapêutica da tuberculose no Rio Grande do Sul, foi observado que atualmente o maior problema apontado no tratamento da tuberculose é a não adesão. Por consequência os índices de incidência, mortalidade e de tuberculose resistente estão aumentando (GONÇALVES et al, 2002).

Galinbert et al (2002), estudando a contracepção hormonal oral (CHO) com 1300 mulheres, concluiu que 25% não respeitavam o “marco de segurança hormonal”, ao esquecer de tomar a pílula um dia não recuperava a dose no final do dia seguinte

Na Paraíba, um estudo epidemiológico evidenciou que somente 5,7% dos hipertensos haviam tomado a medicação nas últimas 24 horas e que, somente 27,69 % informaram estar fazendo uso regular de anti-hipertensivo (BARROS, 1986).

Nos estudos de Lessa; Fonseca, (2002) dos 200 hipertensos de baixa renda matriculados em ambulatório de hipertensão arterial na cidade de Salvador-BA, apenas 30,5% aderiram às consultas e ao tratamento; 37% somente às consultas; 11% somente ao tratamento e 21% foram considerados não aderentes. Portanto, a não adesão em nosso país constitui um grave problema de saúde pública interferindo negativamente no controle das doenças de larga abrangência populacional.

2.1.6 – Fatores que interferem na adesão

Na literatura existe atualmente um certo grau de consenso quanto ao conjunto de fatores que interferem na adesão principalmente em doenças crônicas

A explicação para tal fenômeno inclui entre outras o tempo de espera pela consulta,

ausência de sintomas, relação médico-paciente, idade, duração do tratamento, efeitos colaterais das drogas e o custo do tratamento (LESSA et al, 1983).

Os dados de inquéritos brasileiros sobre conhecimento prévio dos níveis de pressão arterial e sobre uso de tratamento mostram que as mulheres, em relação aos homens, sabem mais que são hipertensas, suas informações são mais fidedignas, tratam-se mais e estão mais controladas (LESSA, 1998). Todavia, as pesquisas não têm encontrado diferenças significativas entre a adesão do gênero masculino e feminino. Com relação à faixa etária a adesão tende a aumentar com a idade, exceto nos maiores de 75 anos, já que nesta faixa etária ocorrem com maior frequência múltiplas doenças e regimes terapêuticos mais complexos (TEIXEIRA et al, 2000).

Outro aspecto a ser considerado entre as possíveis justificativas para a baixa prevalência da adesão ao tratamento é a dificuldade de convencer o paciente muitas vezes assintomático, de que ele é doente, especialmente quando esse rótulo implica na mudança de hábitos prazerosos, ou ainda na obrigação de usar medicação para sempre (CHOR, 2002).

Características do tratamento medicamentoso também podem influenciar na adesão, destacando-se o custo do medicamento, sendo o acesso gratuito a premissa básica para o sucesso do tratamento (MION Jr et al, 2000). Por outro lado, a grande maioria dos trabalhos sobre adesão em doenças crônicas afirma ser baixo o poder preditor do status econômico, exceto nos extremos da pobreza (TEIXEIRA, op. cit., p.11).

Segundo a literatura as taxas de adesão declinam com o tempo. Portanto, o tratamento prolongado parece ser também um dos fatores mais importante relacionados aos baixos níveis de adesão para as mais diversas patologias. Por outro lado, observa-se que em alguns indivíduos quando os sintomas melhoram, acreditam que não estejam mais doentes já que a concepção de doença está ligada à presença dos sintomas indesejáveis, levando ao sentimento

da não necessidade da medicação (GONÇALVES et al, 2002, GIORGI, 1999, TEIXEIRA, op. cit., p15).

Vitória, (1998) afirma que é importante um maior investimento em estratégias que possibilitem o desenvolvimento de uma boa adesão principalmente nas primeiras semanas após o início do tratamento, sendo este um importante fator determinante da adesão a longo prazo.

É muito comum o abandono do tratamento ou o seu seguimento de forma irregular quando se prescrevem esquemas terapêuticos complexos principalmente para idosos portadores de outras patologias para as quais já tomavam outros medicamentos (FILHO; AZUL, 1983). Finalmente, outro aspecto que interfere na adesão ao tratamento é a relação médico-paciente sendo considerada de extrema relevância no processo, já que o relacionamento que se estabelece neste binômio pode ser a base de sustentação para a efetividade do tratamento (MION Jr et al, 2000). Por outro lado, Prisantti; Doll, (1997) afirmam que os pacientes e seus familiares devem receber orientações sobre a doença e seu tratamento através de conteúdos educativos simples e objetivos para maior entendimento e adesão ao tratamento e que o envolvimento da equipe multidisciplinar neste processo é o grande passo para conquistas futuras. Estratégias múltiplas devem ser adotadas com o intuito de integrar o paciente hipertenso, a sua família à equipe de saúde e ao tratamento.

2.2 – Adesão ao tratamento anti-hipertensivo

O grande desafio a ser vencido no tratamento da hipertensão é a baixa adesão dos pacientes. Diante dos métodos diagnósticos simples e baratos, tratamentos eficazes com o

mínimo de efeitos colaterais, esperava-se que a maioria dos hipertensos fosse beneficiada, todavia, não é o que se verifica já que um grande número de hipertenso não apresenta a pressão arterial controlada. Nos Estados Unidos, estima-se a existência de 50 milhões de hipertensos, os dados da *National Health and Nutrition Examination Survey de 1994* apontam que destes, 68% têm conhecimento da doença, 54% estão sob tratamento e apenas 27% estão controlados (MION Jr et al op. cit.; p.4).

Os inquéritos epidemiológicos sobre prevalência da hipertensão têm demonstrado que pelo menos 50% dos hipertensos não fazem nenhum tipo de tratamento e, dentre os poucos que fazem, uma parcela reduzida tem pressão arterial controlada (LESSA, 1998). Dados epidemiológicos mostram que os índices de abandono, considerado o grau máximo da falta de adesão, são de 30 a 40% (MION Jr et al, 1995). Portanto, segundo (OLMOS; LOTUFO; 2002) grande parte dos hipertensos desconhece sua condição e dos que conhecem apenas 30% apresentam um controle adequado

Giorgi, (1999) avaliou o problema da falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial e observou que dos 547 hipertensos, 59% persistiam no tratamento e apenas 23% estavam com pressão arterial controlada. (LELO et al, 2002) refere que o controle da hipertensão em nossa estimada população de 15 milhões de hipertensos situa-se baixo de 10%.

Os inúmeros estudos sobre a adesão ao tratamento investigam as características dos pacientes frente ao seu comportamento como aderente ou não aderente sem levar em consideração que o paciente é usuário e como tal, o seu conhecimento e preferências influenciam suas decisões no tratamento (MION Jr et al, 1995). Outrossim, Sedala; Mendes, (1996) afirmam que a cumplicidade entre o portador da HAS e seu tratamento depende diretamente da qualidade da comunicação que se estabelece entre ele e os profissionais de

saúde que interagem nas intervenções às quais se submetem .

O grande leque de opções para o tratamento da HAS veio acompanhado de uma série de reações adversas que não raramente levam a mudanças frequentes dos esquemas terapêuticos, concomitantemente o elevado custo dessas drogas contribui para a não adesão ao tratamento e, conseqüentemente, o não controle da hipertensão sobretudo nos estratos sociais mais baixos. Sendo assim, os programas assistenciais, devem manter-se constantes na distribuição gratuita da medicação anti-hipertensiva básica para cada nível assistencial (LESSA, 1998). Sendo importante considerar que o custo com a aquisição dos medicamentos, é significativamente inferior ao inerente a não realização do tratamento (MION Jr et al, 2000).

2.3 - Hipertensão Arterial Sistêmica

2.3.1 – Definição e classificação

Em 1958, expertos da Organização Mundial da Saúde (OMS), definiram a hipertensão arterial como uma elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou diastólica sem especificação da idade e sem detalhes sobre sua cronicidade (LESSA, 1998). Nos estudos de Weber (1994), introduziu-se a idéia de que a hipertensão arterial devesse ser entendida não apenas como uma situação patológica de cifras tensionais permanentemente elevadas, mas uma síndrome por ele denominada de síndrome hipertensiva (NOBRE; LIMA, 1997).

Para a DBHA.,IV, (2002), a HAS é uma doença multifatorial caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólica, hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofia cardíaca e vascular). Podendo ser caracterizada como doença por causar lesões em órgãos e tecidos, sendo portanto um fator de risco para as doenças

cardiovasculares. (DUCAN; FOPPA; 2002; FUCHS, 2002) afirmam existir ainda uma associação progressiva entre os níveis pressórico e a incidência de complicações cardiovasculares, e a redução desses valores é o principal mecanismo pelo qual se promove a prevenção destas doenças

A Hipertensão arterial pode ser classificada de duas formas: essencial ou primária considerada sem uma única causa definidora mas com importante componente genético ou familiar e a hipertensão secundária que ocorre como manifestação de uma doença ou por uso de medicação (NOBRE; LIMA, 1997). Estudos mostram que em 90% dos pacientes não se estabelece a etiologia da Hipertensão arterial, denominando-a de Essencial. Em contraposição a hipertensão secundária cuja causa é conhecida, pode ser de origem renal, vascular, endócrina e neurogênica, nesta classificação destaca-se a hipertensão arterial renal (5%) renovascular (4%), restando 1% para todas as outras causas.(SIMONETTI et al, 2002)

2.3.2 – Diagnóstico

A identificação dos hipertensos na população geral não é tarefa fácil, já que cerca de 50% deles são assintomáticos. Enfatiza-se a necessidade de extrema cautela antes de se rotular alguém como hipertenso tanto pelo risco do falso positivo como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante (DBHA, IV, 2002).

Admite-se como pressão arterial ideal, a condição em que o indivíduo apresenta o menor risco cardiovascular, PAS $\leq$ 120 mmHg e PAD $\leq$ 80 mmHg, sendo que a pressão arterial de um indivíduo adulto que não esteja em uso de medicação anti-hipertensiva e sem co-morbidades associadas é considerada normal quando a PAS é $<$ 130mmHg e PAD $<$ 85 mmHg. Níveis de PAS entre 130 e 139 mmHg e PAD entre 85 e 89 mmHg são considerados

limítrofes (BRASIL, 2001a). O quadro 1 mostra a classificação dos níveis pressórico em indivíduos com idade acima de 18 anos.

Pressão arterial diastólica (mmHg) PAD	Pressão arterial sistólica (mmHg) PÁS	Classificação
< 85	<130	Normal
85 -89	130 -139	Normal Limítrofe
90 - 99	140 -159	Hipertensão Leve (estágio 1)
100 - 109	160 - 179	Hipertensão moderada (estágio 2)
≥ 110	≥ 180	Hipertensão grave (estágio 3)
< 90	≥ 140	Hipertensão Sistólica isolada

FONTE: DBHA, IV., (2002).

Quadro 1: Classificação Diagnóstica da Hipertensão Arterial (> de 18 anos)

A hipertensão arterial é diagnosticada essencialmente por números, mais do que por sinais e sintomas como ocorre na maioria das patologias. Sendo assim, a metodologia e a acurácia na obtenção dos valores da pressão arterial é de crucial importância. (SANTELO et al, 1997)

Por outro lado, conhecer a pressão arterial fora o consultório é de suma importância para afastar a possibilidade da hipertensão do avental branco. O MAPA é um método automático de medida indireta e intermitente da pressão arterial durante 24 horas, enquanto o paciente realiza suas atividades rotineiras, inclusive durante o sono. Afasta-se, portanto, a possibilidade da influência do observador e do ambiente do consultório na medida da pressão arterial. Contudo, não existe evidência de que esse método deva ser empregado na avaliação rotineira do paciente hipertensão. Conforme (DBHA, IV, 2002)

O diagnóstico precoce da HAS resulta na possibilidade do estabelecimento inicial da terapia não medicamentosa devendo ser estabelecido pela correta medida da pressão arterial realizada com equipamentos adequados e obedecendo a uma técnica adequada (LELO et al, 2002). Para sua confirmação, a cada consulta deverão ser realizadas no mínimo duas medidas com intervalo de 1 a 2 minutos entre elas; caso as pressões obtidas apresentem diferenças superiores a 6 mmHg, sugere-se que sejam realizadas novas aferições, até que seja obtida medida com diferença inferior a este valor (DBHA, IV, 2002).

2.3.3 – Abordagem terapêutica

A decisão relativa à abordagem terapêutica de portadores de HAS, não deve ser baseada apenas nos níveis de pressão arterial mas também na presença de outros fatores de risco e de doença concomitantes, tais como: diabetes, lesão em órgãos-alvo (LOA), doença renal e cardiovascular. Devendo-se também considerar os aspectos familiares e socioeconômicos (BRASIL, 2001a). Oparil, (1999), refere que o tratamento da HAS deve abordar os seus múltiplos fatores de risco. Ressalta ainda os danos provocados pelo diabetes e afirma que tratamento agressivo nestes sujeitos pode diminuir os efeitos cardiovasculares deletérios desta doença.

O Ministério da Saúde define quatro categorias de risco cardiovascular para pacientes classificados nos estágios: Grau I, II e III podendo pertencer às categorias de maior ou menor risco, de acordo o quadro 2.

Outros fatores de Risco ou doenças	Grau I Hipertensão leve PAS 140–159 ou PAD 90 –99mmHg	Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109mmHg	Grau 3 Hipertensão grave PAS ≥160 ou PÁS ≥ 109mmHg
I – Sem fatores de risco	Risco Baixo	Risco médio	Risco alto
II –1-2 Fatores de risco	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
III – 3 ou outros fatores de risco	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
IV –Condições Clínicas Associadas (CCA)	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Fonte: Brasil, (2001a).

Quadro 2: Risco Estratificado e Quantificação do Prognóstico.

O Sexto Relatório do Comitê Nacional Conjunto em Prevenção, Detecção, Avaliação e tratamento da Pressão Arterial Alta (JNC VI), recomenda classificar a hipertensão em três categorias de P A: Normal alto (130 – 139mmHg/ 85 – 89mmHg); Hipertensão estágio I (140 – 159 mmHg/ 90 –99mmHg); Hipertensão estágio II e III (≥ 160 mmHg/100mmHg). No risco A foram incluídos os pacientes sem doença cardiovascular (DCV), lesão em órgão-alvo (LOA), (coração rins e cérebro) ou fator de risco. No risco B, os pacientes com um ou mais fatores de risco, idade > 60 anos, mulheres pós-menopausadas ou história familiar de doenças cardiovasculares. No risco C, foram incluídos os pacientes com diabetes melitus, DCV clinicamente manifestante ou lesão de órgão alvo (OLGDEN et al, 2001). A inclusão do grupos com cifras tensionais normal limítrofe (130 –139 mmHg/ 85 – 89mmHg), se deve ao fato, de que esses indivíduos se beneficiaram com as medidas preventivas (DBHA,. IV, 2002).

2.4 - Tratamento medicamentoso

Na década de 1950, o tratamento da hipertensão baseava-se em dieta hipossódica e simpatectomia que consiste na extirpação cirúrgica dos gânglios e nervos simpáticos tal indicação era muitas vezes questionada pelos cardiologistas. Já o tratamento farmacológico era naquela época considerado ineficaz e altamente iatrogênico (MOURA, 1995). Atualmente, pode-se dizer que ausência de medicamento eficaz está contornada. Contudo, problema consiste em fazer os pacientes utilizá-los continuamente, assim como seguir as recomendações não medicamentosas (FUCHS, 2002).

O tratamento Anti-hipertensivo avançou nas últimas duas décadas e meia, quando uma imensa gama de agentes anti-hipertensivos com mecanismos e locais de ação bastante diversificados foram colocados à disposição dos médicos (LESSA, 1998). Atualmente, estão disponíveis seis classes de anti-hipertensivos: 1º os diuréticos, 2º os inibidores adrenérgicos (os de ação central, alfa-1 bloqueadores e beta-bloqueadores), 3º os vasodilatadores diretos, 4º os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), 5º os antagonistas dos canais de cálcio e 6º os antagonistas do receptor da angiotensina II (BRASIL, 2001a). Os pacientes idosos são os principais consumidores e os maiores beneficiários da farmacoterapia moderna, mais de 80% tomam no mínimo um medicamento diariamente, e este é o mais poderoso processo de intervenção para melhorar o estado de saúde dos idosos desse grupo populacional (TEIXEIRA et al, 2001).

O objetivo primordial do tratamento anti-hipertensivo consiste principalmente na redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares utilizando medidas não medicamentosas isoladas como também associadas a medicamentos visando reduzir os níveis pressóricos para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão

diastólica, respeitando-se as características individuais, co-morbidade e a qualidade de vida dos pacientes (DBHA, IV, 2002).

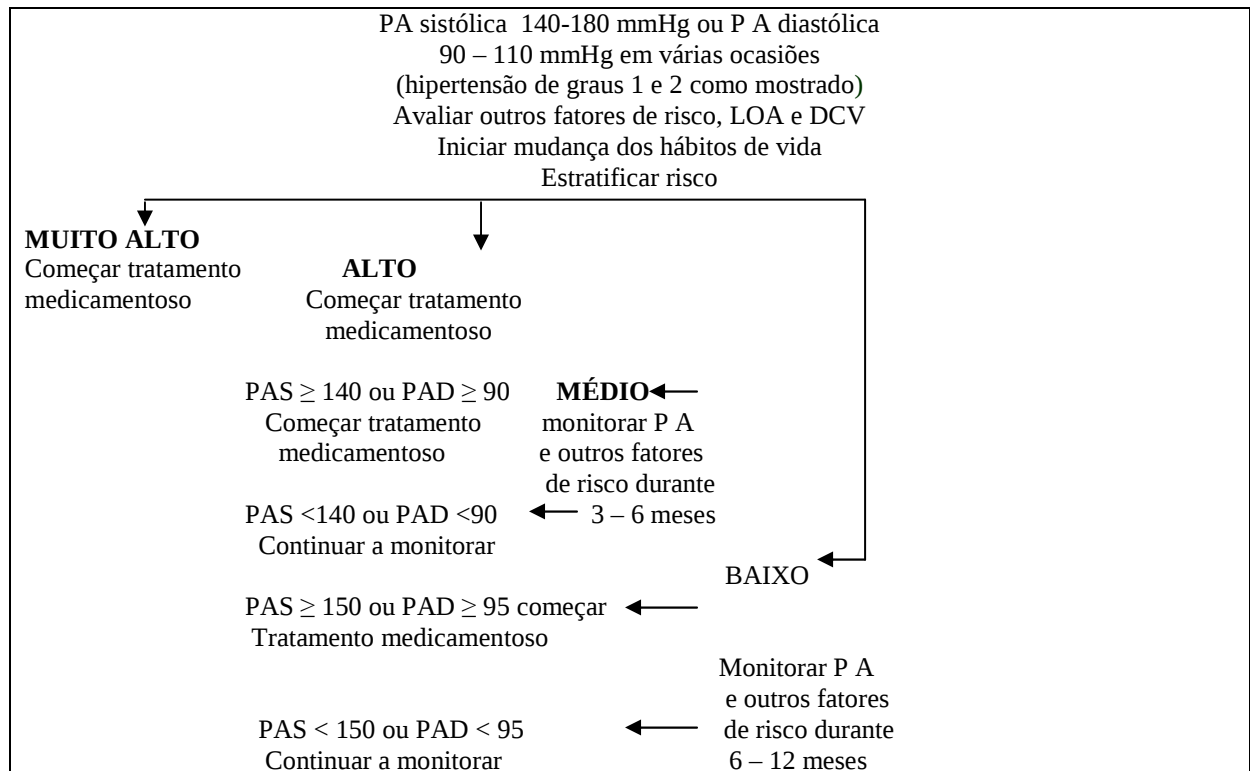
Após a confirmação da HAS e com o afastamento de fatores de risco, impõe-se à avaliação do grau de comprometimento dos órgãos alvos. Os quadros de hipertensão leve, sem o comprometimento de órgão alvo, devem ser tratados com a preconização de medidas higiêno-dietéticas, que consistem na mudança dos hábitos alimentares com restrição de sal e gordura, prática regular de exercícios físicos, redução do peso, interrupção do fumo e moderação no consumo de bebidas alcoólicas (FREITAS, 1997) Após estas medidas, se a redução da pressão arterial não for satisfatória a terapia farmacológica é recomendada (PRISANT; DOLL, 1997).

A recomendação do VI JNC em 1997, foi a utilização de um diurético ou um betabloqueador como terapia inicial desde que modificações no estilo de vida não reduzissem a pressão arterial a níveis desejados e, obviamente não houvesse contra indicações para o uso destes ou de uma indicação especial para o emprego de outros agentes anti-hipertensivos (JUNIOR, 2002). As drogas padronizadas pelo Ministério da Saúde, por razões científicas e de custo-benefício no âmbito populacional inclui como droga de primeira escolha a hidroclorotiazida (diurético) e/ou propranolol (betabloqueador), seguido do captopril (IECA), especialmente para os diabéticos, o alfametildopa para as gestantes e o monoxidil (vasodilatador de ação direta) para os casos graves (BRASIL, 2001a). O VI JNC recomenda prescrever tratamento inicial nos estágios 2 e 3 e naqueles com PA mais baixa mais com fatores de risco como diabetes, lesão em órgão alvo ou doença cardiovascular (OLGDEN et al, 2001).

De acordo com os princípios gerais do DBHA, IV, (2002) o medicamento deve ser eficaz por via oral e bem tolerado; deve-se administrar o menor número possível de tomada

diária podendo ser aumentadas gradativamente e/ou associar-se a outro hipotensor de classe farmacológica diferente; respeitar o período de quatro semanas para se proceder ao aumento das doses e/ou a associação de outras drogas, salvo em situações especiais; instituir o paciente sobre a doença, os efeitos colaterais dos medicamentos utilizados e sobretudo a planificação dos objetivos terapêuticos

As principais recomendações para o tratamento da hipertensão arterial segundo o protocolo Hipertensão sistêmica e Diabete melitus, (BRASIL, 2001a) baseadaS nas diretrizes da OMS/ISH (1999) serão detalhadas no quadro 3.



Fonte: Diretrizes de hipertensão da OMS/ISH,(1999) apud BRASIL, (2001a).

Quadro 3: Demonstrativo do Tratamento da Hipertensão Arterial.

2.5 - Tratamento não medicamentoso

Tendo em vista, que para qualquer doença crônica e de longa duração, o objetivo do tratamento é o seu controle, de modo a prevenir complicações, co-morbidade e, sobretudo, mortalidade precoce. Para a patologia sob enfoque são imprescindíveis mudanças no estilo de vida (LESSA, 1998). Alémany et al (2002) refere que este tipo de medida terapêutica consiste em modificar o estilo de vida reduzindo o sedentarismo, a ingesta de sódio e álcool.

A terapêutica não medicamentosa, tem como principal objetivo diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações no estilo e vida que favoreçam a redução da pressão arterial. As mudanças que comprovadamente reduzem a Pressão arterial são: redução do peso corporal, da ingesta de sal e do consumo de bebida alcoólica, combate ao tabagismo, suplementação de potássio, sódio, magnésio e a prática de exercício físico com regularidade (DBHA., IV, 2002). Estas modificações além de proporcionarem um maior controle da PA, melhoram a qualidade de vida dos hipertensos.

Silva (1996) refere que qualidade de vida é manter uma alimentação saudável, aumentando o nível de atividade física e não ter hábitos nocivos como usar bebidas alcoólicas, fumo e drogas, além disso, deve melhorar a relação com as outras pessoas e viver socialmente com menor nível de competição e estresse. Segundo a DBHA.,IV, (2002), o tratamento não medicamentoso é bem indicado porque: possui relação custo benefício favorável; influenciam favoravelmente outros fatores de riscos cardiovasculares; viabiliza a prevenção primária em grupos de risco aumentando a eficácia do tratamento medicamentoso principalmente em relação à redução da morbidade cardiovascular.

2.5.1 - Redução do peso corporal

O aumento da prevalência do excesso de peso é um problema sério não apenas nos países desenvolvidos, mas também em desenvolvimento. De acordo com o Consenso Latino Americano de Obesidade, cerca de 200 mil pessoas morrem por ano devido a doenças associadas ao excesso de peso. Os dados do Ministério da Saúde, mostram prevalência de 32% para sobrepeso e 8% para obesidade (SANTOS et al, 2002).

Em seus estudos Lessa, (1998) refere que a obesidade além de ser uma patologia, é sem dúvida um dos principais fatores de risco para as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e sua associação com a hipertensão é bastante freqüente. Por outro lado, observa-se que a obesidade se manifesta mais em indivíduos hipertensos que normotensos e que os obesos normotensos têm grande probabilidade de desenvolver a hipertensão (FILHO; AZUL, 1983). Halpern; Mancini, (2000), referem em estudos epidemiológicos que a prevalência da HAS aumentam de 50 a 300 % entre obesos, citando ainda, que a deposição abdominal de gordura é mais notável nesta correlação. Segundo Wilmore; Costil (2000), este fato poderia ser explicado pela presença na região abdominal dos principais vasos sanguíneos que levam gordura para o processo metabólico.

As principais recomendações genéricas para redução do peso corporal compreendem os princípios dietéticos e os programas de atividade física. Para manutenção do peso desejável em longo prazo, faz-se necessária a adequação dietética individualizada com particular atenção aos aspectos socioeconômicos e culturais e a motivação dos pacientes. Os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos num programa de redução de peso de modo a alcançar Índice de Massa Corpórea (ICM) inferior a 25Kg/m² em razão da associação do risco cardiovascular aumentado (DBHA., IV, 2002).

Este índice tem sido largamente utilizado nos estudos clínicos que relacionam a obesidade ao risco de infarto do miocárdio sendo facilmente calculado através da divisão do peso em Kg pelo quadrado da altura em metros (FILHO; AZUL, 1983).

2.5.2 - Diminuição da ingesta de sal

Há diversas evidências clínicas e principalmente experimentais demonstrando que a ingesta excessiva de sódio é uma das causas envolvidas na gênese da hipertensão arterial. Sendo assim, a dieta hipossódica é o ponto de partida da terapêutica anti-hipertensiva já que o consumo de sódio diminui a pressão em 10 mmHg na maioria dos pacientes e, em alguns casos, como na hipertensão diastólica discreta, pode haver normalização da pressão arterial (FILHO; AZUL, 1983)

O mecanismo fisiopatológico básico pelo qual uma sobrecarga salina pode levar a um incremento da pressão arterial está vinculado principalmente à incapacidade dos rins em excretar esta sobrecarga (SANTELLO et al, 1994).

Outra importante observação de que a intensidade do consumo de sódio pudesse ser excessiva veio dos índios brasileiros ianomâmis, cujos hábitos alimentares contemplam um consumo de 1 a 5 mg/Na/dia (cerca de 50 vezes menos que o consumo entre os não silvícolas). Nestes exóticos habitantes de Roraima não há hipertensão arterial (SANTELLO, 2002).

Para um maior controle deste fator de risco, o Ministério da Saúde recomenda reduzir o consumo diário de sal para 5g na hipertensão controlada e 2g na hipertensão leve (1 colher de chá rasa = 1g de sal), moderar o uso durante o preparo das refeições e evitar o consumo de alimentos industrializados (BRASIL, 2001a).

2.5.3 - Redução do consumo de bebidas alcoólicas

A redução do consumo de bebidas alcoólicas também é uma das medidas não farmacológicas de grande importância no tratamento da hipertensão. Estudos têm mostrado que o álcool tem um efeito bifásico sobre a PA, caracterizando uma curva em “J” ou “U”, nas quais baixas doses não produzem efeito e altas doses provocam um efeito hipertensivo (MACIEIRA et al,1997), constituindo assim, um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares e uma das causas da resistência à terapia anti-hipertensiva (DBHA.,IV, 2002).

Tem sido relatado que o consumo moderado (uma ou duas vezes por semana no limite de um cálice de vinho ou uma lata de cerveja ou 50 ml de uísque ou equivalente) é bem tolerada por pacientes bem controlados, desde que a bebida seja ingerida como parte de uma refeição (BRASIL, 2001a).

Por outro lado, aos pacientes que não conseguem se adaptar a esses limites torna-se necessário orientar a cessação do consumo de álcool, como forma de manter os níveis pressóricos dentro dos padrões de normalidade. Vale salientar que é de extrema importância o apoio familiar na busca das metas a serem atingidas pelas modificações do estilo de vida.

2.5.4 - Suplementação de potássio, cálcio e magnésio

A suplementação de potássio, cálcio e magnésio promove a redução da PA de forma modesta, portanto, sua ingestão deve ser estimulada através do aumento do consumo de: frutas, verduras e laticínios com baixo teor de gorduras e que apresentem quantidades apreciáveis destes nutrientes. Recomenda-se cautela no uso de medicamentos à base de potássio em usuários da enzima conversora da angiotensina (IECA), antagonista do receptor

AT, da angiotensina II (AII) ou diuréticos poupadores de potássio por serem susceptíveis à hiperpotassemia (DBHA.,IV, 2002).

2.5.5 - Suspensão do tabagismo

No Brasil, em 1989, existiam 30.6 milhões de fumantes na população com idade superior a cinco anos de idade, correspondendo a 23,9% da população brasileira dessa faixa etária o que demonstra relevância do problema em nosso país (DBHA., IV, 2002).

Apesar de não se conhecer a relação etiopatogênica da HAS com o fumo. Este deve ser desestimulado energicamente pelo clínico. Já que o tabagismo é considerado um importante fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, neoplasias e enfisema pulmonar (FREITAS et al, 2001). Mesmo não se conhecendo a associação etiológica do tabagismo com a prevalência da hipertensão é freqüente observar a elevação da PA durante o ato de fumar, além disso, adicionalmente o tabagismo restringe para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lipídeos séricos e induz resistência ao efeito de drogas anti-hipertensiva (DBHA., IV, 2002)

Dessa forma, evidencia-se o aconselhamento de forma consistente por parte dos profissionais de saúde, tentando sensibilizar o hipertenso sobre a importância do abandono definitivo do ato de fumar.

2.5.6 – Práticas de atividade física

A relação entre a atividade física e a saúde não é recente, tendo sido mencionada em antigos textos da China, Índia, Grécia e Roma. No entanto, somente nas três últimas décadas

foi possível confirmar que o baixo nível de atividade física representa um importante fator de risco para o desenvolvimento das DCNT, como: diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer (BRASIL, 2002). Pesquisadores sugerem que pode existir associação da obesidade e uma maior prevalência da hipertensão arterial na relação direta entre o peso excedente ao ideal relacionado à altura (LÓLIO et al, 1993).

Nos países em desenvolvimento como o Brasil, mais de 60% dos adultos que vivem em áreas urbanas não estão envolvidos em um nível satisfatório de atividade física. Os dados do censo de 2000 indicam que 80% da população brasileira que vive em cidades estão sujeitos a desenvolverem doenças associadas ao sedentarismo (BRASIL, 2002).

Estudos epidemiológicos referem a relação inversa entre a pressão arterial e à atividade física habitual ou o nível de condição física. Estes resultados têm levado os especialistas em cardiologia a preconizar o exercício físico como terapêutica não farmacológica da hipertensão (NEGÃO et al, 1994). A atividade física quando feita regularmente produz benefícios adicionais como a diminuição do peso corporal, ação coadjuvante no tratamento da resistência à insulina e dislipidemia e redução do risco de indivíduos normotensos desenvolverem hipertensão (DBHA., IV, 2002).

Lólio et al, (1993) referencia a importância de se adotar um estilo de vida ativo, como forma de alcançar uma melhor qualidade de vida, diminuindo assim o risco de desenvolver algum tipo de doença crônica. O Ministério da saúde afirma que os benefícios para a saúde podem ser conseguidos com uma alimentação saudável e balanceada aliada a níveis moderados de atividade física. Este nível de atividade pode ser alcançado com movimentos corporais da vida diária, como caminhar para o trabalho, subir escada e dançar, bem como atividades de lazer e esportes recreativos (BRASIL, 2002).

Freitas, (1997) refere que a atividade escolhida principalmente caminhar, nadar ou andar de bicicleta deve ser realizada sob orientação médica. No caso de indivíduos acima de 35 anos somente após avaliação cardiovascular e realização de teste ergométrico devendo ser executada por um tempo mínimo de 30 a 60 minutos com frequência semanal de pelo menos 3 a 5 vezes.

2.5.7 - Abordagem Multiprofissional

A hipertensão arterial é uma doença multifatorial. Sendo assim, o tratamento e controle requerem orientações voltadas para vários objetivos, fazendo-se necessário a atuação de outros profissionais de saúde além do médico.

Prevenir e tratar a hipertensão, envolve mudanças dos hábitos de vida, que na maioria das vezes requer um processo educativo lento e contínuo. A equipe multiprofissional poderá dar aos pacientes e a comunidade, motivação para adoção dessas mudanças. Todavia, o que determina a existência dessa equipe é a própria filosofia de trabalho do grupo que visa ao bem-estar do paciente e da comunidade (DBHA., IV, 2002).

MION Jr et al, (2000) referem que a utilização de estratégias de pré e pós-consultas com enfermeiras mostrou ser de importância prática ao aumentar a eficácia do tratamento, conduzindo a uma maior adesão ao tratamento, e conseqüentemente, a um maior índice de controle da PA. Outrossim, Silva, (2003) refere que a formação de equipes contendo médicos, psicólogos, nutricionistas, educadores físicos e assistentes sociais parece ser uma maneira eficaz de proporcionar ao hipertenso uma abordagem holística, contudo é necessário que haja uma comunicação eficiente entre os profissionais, sob o risco de continuar fragmentando a assistência ao hipertenso.

Finalmente, a DNHA., IV, (2002) afirmam que com este tipo de atuação o número de indivíduos atendidos e com maior adesão ao tratamento será nitidamente superior, assim como o número de hipertensos com PA controlada e adotando hábitos de vida saudáveis.

2.6 – Hipertensão Arterial Sistêmica como problema de Saúde Pública

As doenças cardiovasculares representam importante problema de saúde pública no país, sendo consideradas há algumas décadas a primeira causa de morte. Em 2000 estas doenças corresponderam a mais de 27% do total de óbitos, ou seja, neste ano 255.585 pessoas morreram em consequência de doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2001a)

A análise histórica da mortalidade proporcional por causa, indica uma alteração marcante e esperada no quadro da mortalidade brasileira, ou seja, o aumento da mortalidade proporcional por doenças crônico-degenerativa e ainda causas externas (acidentes e violência) e a diminuição progressiva mas ainda com espaço importante das doenças infecciosas e parasitárias (DIP). Sendo assim, as doenças infecciosas que representavam 45,7% do total de óbitos ocorridos no país em 1930, representaram em 1994 apenas 5,7 % dos óbitos, enquanto as doenças cardiovasculares aumentaram de 11,8% para 33,1% do total de óbitos ocorrido no mesmo período (BARRETO; CARMO, 1998).

No seu conjunto, as doenças cardiovasculares representaram para o país em 1994, 39,5% dos óbitos por causas conhecidas em pessoas a partir de 20 anos, sendo 34,4% no norte, 39,5 % no nordeste, 38,9% no sudeste, 40,9% o sul e 37,5% no centro-oeste (LESSA, 1998). Na faixa etária de 30 a 65 anos essas doenças foram responsáveis por 65% do total dos óbitos, atingindo a população adulta em plena fase produtiva (BRASIL, 2001a). A

expressividade destes valores é mais do que necessária, para que não se proteja medidas de prevenção e controle dessas doenças.

No que diz respeito aos indicadores sobre a morbidade das doenças crônico-degenerativas, as informações são limitadas, uma vez que não foram desenvolvidos sistemas organizados de registros desses agravos no plano nacional, dificultando a realização de comparação quanto a sua magnitude, bem como a análise das tendências no país (BARRETO; CARMO, 1998).

De modo geral, as causas cardiovasculares mais estudadas no país, do ponto de vista populacional, são por ordem: hipertensão, doenças cérebro-vasculares e as isquemias do coração (LESSA, 1998). O Ministério da Saúde registra uma prevalência da hipertensão arterial estimada em 20% da população com idade maior ou igual a 20 anos, podendo chegar a acometer 50% na população idosa (SGAMBATI et al., 2000). Segundo, Soufen; Ianni, (1999) muitos são portadores da hipertensão sem ter conhecimento, isto é bastante perigoso pelos danos que a doença provoca. Estudo realizado em Chicago e Peru, encontrou 38% da população que não tinham conhecimento de seu estado hipertensivo (SOTO, 2002).

Estudos mostram que a HAS, constitui um dos fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, estando relacionada a 80% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE) e a 60% dos casos de isquemia do coração (BRASIL, 2001). No entanto, as estimativas de prevalência deste agravo apresentam grandes variações em função dos diferentes critérios de classificação e instrumentos de medidas utilizadas. Assim, estudos referem prevalência entre 15 a 30% para homens e 15 a 27% para mulheres (CHOR, 2002).

A hipertensão arterial atinge 1 bilhão de pessoas no mundo, estimando-se que no Brasil haja, há pelo menos 35 milhões de pessoas que pelo fato de serem hipertensas já estão submetidas a um risco cardiovascular maior (SANTELLO, 2002).

No Brasil o Acidente Vascular Encefálico (AVE) vem em idade cada vez mais precoce e com uma letalidade hospitalar em um mês de 50%, dos que sobrevivem 50% ficam com algum grau de comprometimento haja vista, seu caráter crônico e incapacitante. Dados do INSS demonstram ainda que 40% das aposentadorias precoces decorrem da mesma (BRASIL, 2001a).

Tais considerações sugerem que um dos maiores desafios é certamente a mudança na forma de abordar essas doenças, especialmente a hipertensão e a diabetes, que pelas suas características patológicas e seus determinantes, não basta apenas detectar e identificar os portadores. Mais do que isso é preciso preparar as unidades e suas equipes para dar seguimento, acompanhar, transferir informações, tratar de maneira conveniente, referenciar e avaliar os impactos sobre as condições clínicas dos usuários ou mesmo sobre o conjunto da comunidade (BRASIL, 2001b).

2.7 – Hipertensão Arterial Sistêmica e o Programa Saúde da Família (PSF)

No que diz respeito ao modelo assistencial, cabe destacar que os conteúdos da Constituição Federal, das leis orgânicas municipais e legislativas ordinária do SUS vêm reforçando os princípios de integralidade, priorizando as ações preventivas e promocionais (PAIN, 1999) .

A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, foram definidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalização, a equidade, a integralidade, a hierarquização, a descentralização e o controle social (BRASIL, 2000).

Considerando todas essas proposições, é possível perceber que o mesmo não está totalmente solidificado em seus princípios, contudo tem avançado principalmente o processo de descentralização e municipalização.

Nesse contexto, o PSF apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios da territorialização, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais em maior risco de adoecer e morrer (TRAD; BARROS, 1998).

Este modelo de atenção preconizada pelo programa de saúde da família já foi tratado em vários países, como o Canadá, Reino Unido e Cuba. Sendo, nos últimos anos, a mais importante mudança estrutural já realizada na saúde pública no Brasil, que junto ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde permite a inversão da lógica anterior que sempre privilegiou o tratamento da doença nos hospitais (BRASIL, 2000).

O princípio operacional do PSF, de adscrição da clientela, proporciona maior vínculo das unidades básicas de saúde com a população, o que tem possibilitado o resgate da relação de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e usuários do serviço (BRASIL, 2002b).



3. Objetivos

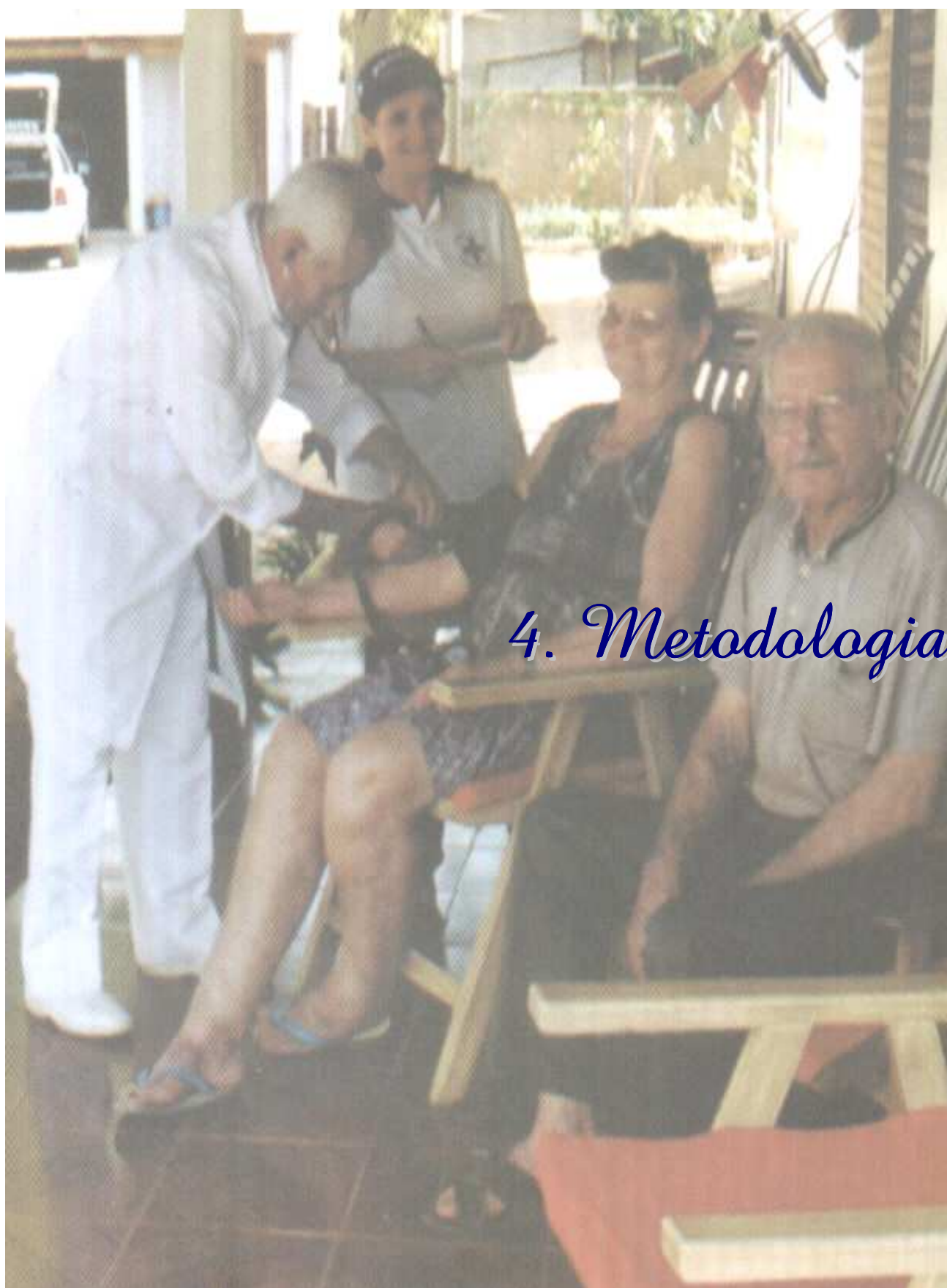
Fonte: Brasil (2002b).

3.1 - Objetivo geral

Avaliar o grau de adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial e seus determinantes em pacientes cadastrados pelo PSF São Januário II no município de Campina Grande – PB.

3.2 – Objetivos específicos

- Estimar a taxa de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
- Identificar os fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
- Descrever o perfil dos hipertensos cadastrados no PSF São Januário II.



4. Metodologia

Fonte: Brasil (2002b).

4.1 – Casuística

O estudo foi realizado com hipertensos cadastrados no PSF São Januário II do município de Campina Grande- PB

4.2 – Local de pesquisa

O PSF São Januário II localiza-se em um bairro da periferia de Campina Grande, fazendo parte do Distrito Sanitário II, trabalha com uma população adscrita de 2.441 habitantes compreendendo 600 famílias. Implantado em novembro de 2001, este serviço vem oferecendo a sua população uma assistência básica inserida em um novo modelo assistencial que visa à proteção e promoção da saúde. O Programa de Saúde da Família representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na doença, mas na promoção da qualidade de vida e intervenção dos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2000).

Na unidade de saúde o atendimento à população é executado através de ações programáticas por meio de grupos. A assistência ao grupo de hipertensos é realizada de forma individual com atendimento trimestral, alternando consultas médicas e de enfermagem, além das reuniões mensais dos grupos onde são desenvolvidas atividades educativas, aferição da pressão arterial e entrega de medicação.

4.3 – Tipo de estudo

A pesquisa desenvolvida classificou-se como descritiva, analítica e transversal com abordagem quali-quantitativa.

O estudo descritivo teve como objetivo informar a distribuição de um evento na população, em termos quantitativos conforme, Pereira, (1995), possibilitando o desenvolvimento de um nível de análise em que se permite identificar as diferentes formas dos fenômenos, sua ordenação e classificação (OLIVEIRA, 1997). Por vezes o termo transversal significa que os dados sobre as variáveis de interesse são feitos simultaneamente em um mesmo momento, sendo este definido pelo pesquisador que escolhe a época da coleta de dados (PEREIRA, 1995).

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa quali-quantitativa, tendo em vista, a classificação da adesão ao tratamento medicamentoso ser avaliada de forma qualitativa proporcionando assim uma maior flexibilidade metodológica e permitindo trabalhar os aspectos inerentes ao tema com maior profundidade. Os aspectos quantitativos foram analisados através de métodos estatísticos visando uma maior explicação dos achados referentes à pesquisa. Segundo Minayo, (1993) um verdadeiro modelo qualitativo descreve, compreende e explica, trabalhando nesta ordem, este tipo de abordagem serve para aprofundar a complexidade dos fenômenos, fatos, processos particulares e específicos e grupos delimitados. Este estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob nº 088/02 (Anexos B)

4.4 – População estudada

A população foi composta por 161 hipertensos cadastrados com indicação de uso de medicação anti-hipertensiva há no mínimo quatro semanas. Sendo que, destes, completou-se o estudo em 150 no período determinado para coleta de dados. Pois com os demais não foi possível pelos seguintes motivos: hospitalização; inconsistência de dados; não encontrados no domicílio no momento da entrevista; não ter condições biopsicológica de responder ao instrumento de coleta de dados.

4.5 - Critérios de inclusão

- Ter idade superior a 18 anos; ter diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica Primária; estar com indicação de uso de medicação anti-hipertensiva há no mínimo quatro semanas; após ter conhecimento e assinar o termo de conhecimento livre e esclarecido (Apêndice B) e o termo de compromisso do pesquisador (Apêndice C)

4.6 - Variáveis estudadas

4.6.1- Dados socioeconômicos como: idade, gênero, escolaridade, renda familiar, estado civil.

4.6.2 - Pressão arterial: a medida da pressão arterial foi realizada no início da entrevista, segundo a técnica estabelecida pela DNHA., IV, (2002) (anexo A). A análise da

PA monitorada em um intervalo de 24 horas seria ideal para conhecer o perfil de controle dos hipertensos, todavia por se tratar de um estudo transversal este tipo de conduta tornou-se inviável, optando-se por uma medida casual, já que a aferição da PA é uma rotina realizada pela enfermeira (entrevistadora) ou auxiliar de enfermagem da equipe na avaliação dos hipertensos atendidos no PSF, nas consultas trimestrais ou reuniões dos grupos de hipertensos ou visitas domiciliares, de modo que a aferição realizada por estes profissionais evitaria a elevação da PA do avental branco. Critério semelhante foi utilizado por Lessa; Fonseca, (2002).

4.6.3- Fatores de risco: quanto aos fatores: sobrepeso/obesidade classificou-se nesta categoria aqueles hipertensos que apresentaram Índice de Massa Corpórea (ICM) ≥ 25 . Utilizando-se o indicador de escolha para adulto (idade ≥ 20 anos), calculado pela divisão do peso (massa corporal em quilos) pelo quadrado da altura em metros (ENGSTROM et al, 1998); quanto ao sedentarismo utilizou-se o critério do Ministério da Saúde, que considera como sedentária a pessoa que não realiza atividades físicas regulares como: nadar, andar de bicicleta ou caminhadas no mínimo três vezes por semana com duração de 30 min/dia podendo ser fracionada em períodos de 10 minutos, três vezes ao dia. (BRASIL, 2001a); em dieta hipossódica foram assim considerados os hipertensos que relataram o uso moderado de sal segundo o que preconiza o Ministério da Saúde, de no máximo 5g diários para hipertensão controlada e 2g para hipertensão grave e que evitam usar alimentos ricos em sódio como: sal de cozinha e temperos industrializados, embutidos (salsichas, lingüiça, apresuntado, mortadela e paio), carne de charque, carne seca, bacalhau, alimentos conservados em sal, queijos em geral e salgadinhos tipo *snacks* (BRASIL, 2001a); como etilista considerou-se os hipertensos que consumiam doses superiores a 30 ml/dia. Para o tabagismo foram considerados não tabagistas os hipertensos que faziam abstenção total, não considerando o número de cigarros /dia.

4.6.4 -Percepção dos pacientes quanto à doença e tratamento: considerou-se o conhecimento das doenças causadas pela pressão alta; regime terapêutico utilizado; adesão ao tratamento; falhas no seguimento da prescrição médica dos anti-hipertensivos

4.6.5 - Suporte social: considerou-se a participação dos pacientes nos grupos de hipertensos e a ajuda que os pacientes recebem de seus familiares e ou amigos para tomar os medicamentos.

4.7 - Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas com perguntas abertas e fechadas contendo informações sobre as variáveis sócio-econômicas (idade, gênero, renda mensal, estado civil e grau de escolaridade), estilo de vida , percepção sobre a doença e tratamento (medicamentos prescritos e a posologia), assim com dados relativos à adesão, e prontuários da família. A entrevista segundo Gil, (1999) é uma técnica que envolve duas pessoas numa situação “face a face”, onde uma formula as perguntas e a outra responde.

4.8– Coleta de dados

Foi realizada no período de dezembro de 2002 a fevereiro de 2003, com a aplicação do instrumento (Apêndice A) pela mestrandia com a colaboração de Luíza Herbene Macedo, graduanda em farmácia, que recebeu treinamento anterior à realização da pesquisa. A primeira etapa constou de uma entrevista com os usuários para obtenção de dados sócio-

demográficos, percepção dos hipertensos sobre a doença, tratamento e aferição da pressão arterial.

Os pacientes foram abordados durante a reunião de hipertensos, consultas na unidade de saúde ou visitas domiciliares, para realização das entrevistas e aferições das pressões arteriais de acordo com a técnica (Anexo A). As perguntas para avaliar a adesão foram feitas de maneira que os pacientes não se sentissem julgados pela atitude.

Os prontuários da família foram utilizados para coletas de dados antropométricos (peso/altura), já que no período correspondente à coleta os hipertensos estavam sendo submetidos a um cadastro onde constavam os dados acima referidos, logo após a coleta calculou-se o IMC para classificação do sobrepeso/obesidade.

4.9- Adesão ao tratamento

Na determinação do grau de adesão dos 150 hipertensos pelo método de auto-relato os dados coletados durante as entrevistas foram avaliados e distribuídos em quatro extratos de aderência (de zero a três) seguindo o modelo de categorização usado por Melchior, (2000).

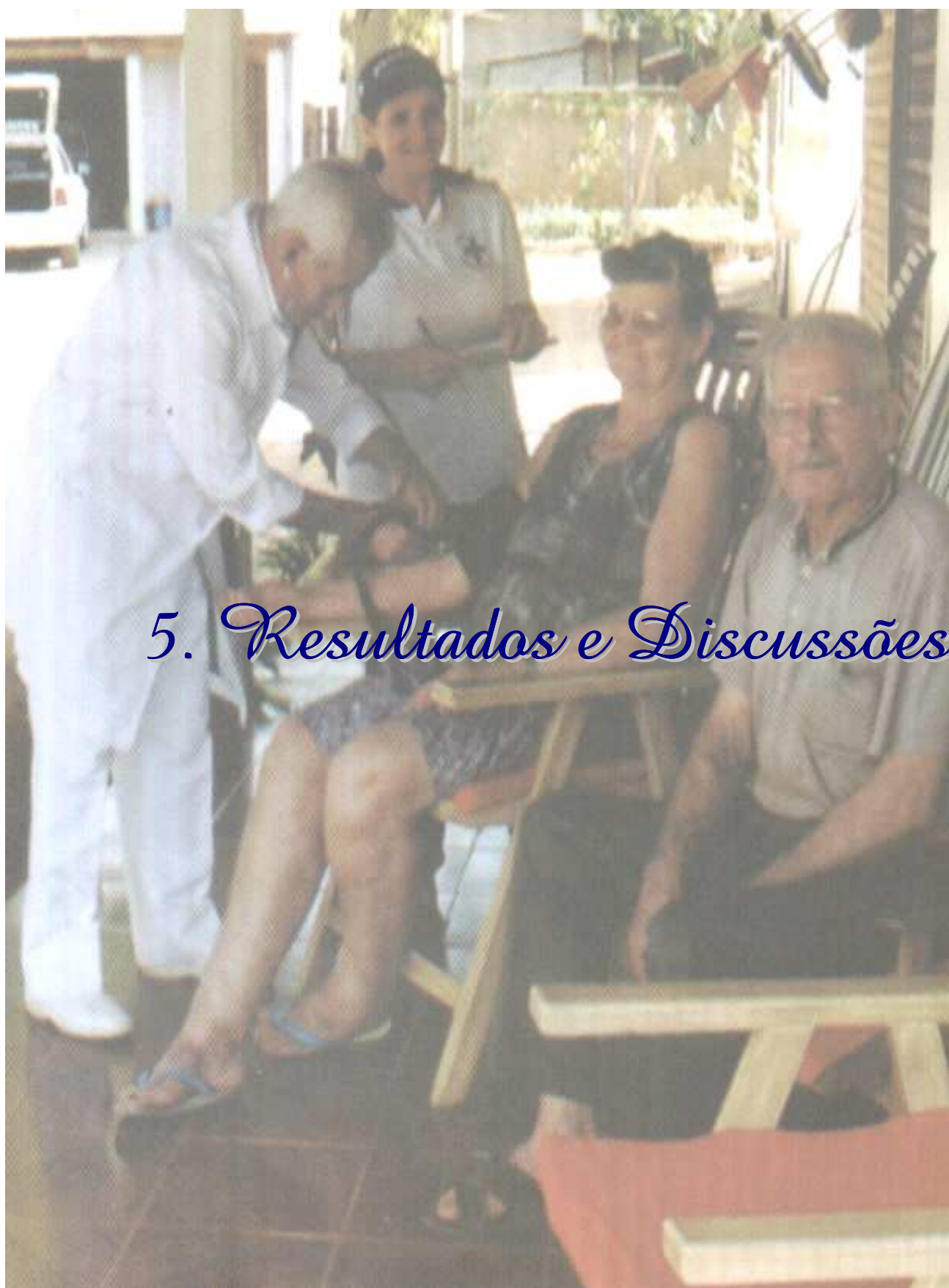
O grau 3 foi atribuído àqueles que tomam medicamentos exatamente como foi prescrito pelo médico ou com pequenas variações nos horários. O grau 2 foi atribuído aos pacientes que cumprem a prescrição médica mas, eventualmente perdem doses ou ficam alguns dias sem tomar a medicação. O grau 1 aos pacientes que pulam doses sistemáticas e o grau 0 foi atribuído aos pacientes que no momento da entrevista haviam parado completamente de tomar os medicamentos. Segundo esta categorização o grau 3 foi

considerado superaderente, o grau 2 aderente, o grau 1 pouco aderente e o grau zero como não aderente.

4.10 - Análise dos dados

Os dados referentes à amostra de 150 indivíduos hipertensos cadastrados no Programa Saúde da Família (PSF) São Januário II, de Campina Grande, PB, em diferentes faixas etárias foram submetidos à análise de distribuição conjunta de frequência para determinação do grau de adesão ao tratamento de hipertensão arterial (STEEEL e TORRIE, 1960; SNEDECOR e COCHRAN, 1967; SPIEGEL, 1975), utilizando-se o teste Qui-quadrado da Razão de Verossimilhança (χ^2_{RV}) para testar o grau de associação entre os fatores avaliados.

Os dados foram ainda submetidos à análise de variância multivariada para identificar efeitos independentes das variáveis categóricas estudadas sobre um maior grau de adesão ao tratamento, cuja significância dos efeitos foi determinada pelo teste de Hotelling-Lawley ao nível α de probabilidade. Todas as análises estatísticas foram feitas com auxílio do SAS (Statistical Analysis System), descrito pelo SAS INSTITUTE (1997).



5. Resultados e Discussões

Fonte: Brasil (2002b).

5.1 – Características sócio-demográficas

A distribuição percentual dos 150 hipertensos por gênero, revelou uma maior prevalência da HAS no gênero feminino (73,33%). (Figura 1)

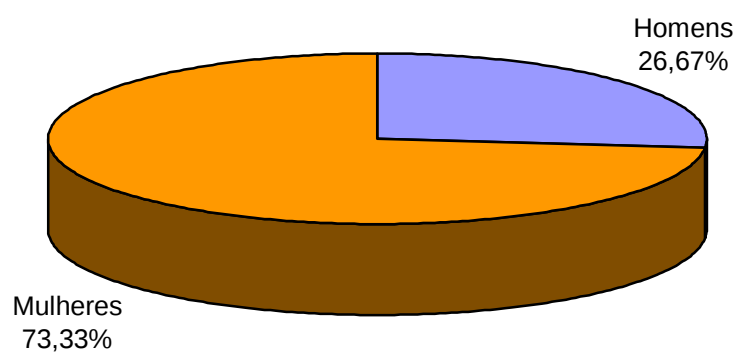


Figura 1 - Percentual dos 150 hipertensos por gênero.

Esses resultados corroboram com a literatura que ressaltou a prevalência da hipertensão arterial no gênero feminino em níveis similares ou superiores ao masculino.

Reis; Glashan, (2001) em estudo sobre a percepção da gravidade da doença e da qualidade de vida em adultos hipertensos observaram um maior percentual no gênero feminino (54,2%) encontrando-se na faixa etária de 50 e 69 anos (57,8%). Resultados semelhantes foram encontrados por Souza, (2003) que estudando a prevalência da HAS em uma região de São Paulo encontrou taxa de 59% no gênero feminino.

A prevalência da HAS no gênero feminino foi pronunciadamente mais elevada do que a maioria dos estudos relatados, todavia, neste estudo a prevalência relatou os casos

diagnosticados e não a prevalência real na comunidade. Resultados semelhantes foram encontrados por Teixeira, A., (1998), que discutindo sobre a adesão ao tratamento da hipertensão arterial observou que 70,1% dos entrevistados eram do gênero feminino.

Atualmente os Programas de Prevenção, detecção e controle da HAS com certeza contribuem para a melhoria das taxas de diagnósticos, todavia, percebe-se que os homens permanecem desconhecendo sua situação. É conhecido também que os homens têm menos contato com os serviços de saúde, e que habitualmente as mulheres apresentam mais queixas, tendem a se preocupar mais com a saúde e a cumprir com o tratamento (LEBRÃO et al, 1991; CEZAR; TANAKA, 1996).

Quando estratificada por faixa etária, a prevalência de HAS segundo o gênero não se mostrou significativa. Para essa distribuição de dispersão, foi utilizado o teste da razão de verossimilhança, cujo valor encontrado foi de 8,245, o que gerou um $p = 0,083$. No gênero masculino a maior prevalência da HAS foi observada na faixa etária acima de 60 anos (16%) seguida pela faixa etária de 50 - 59 anos (8,67%). No gênero feminino, a faixa etária mais atingida corresponde aos maiores de 60 anos com 34%, seguida da faixa etária de 50- 59 anos com 20% e 40 - 49 anos com 14% dos casos. (figura 2)

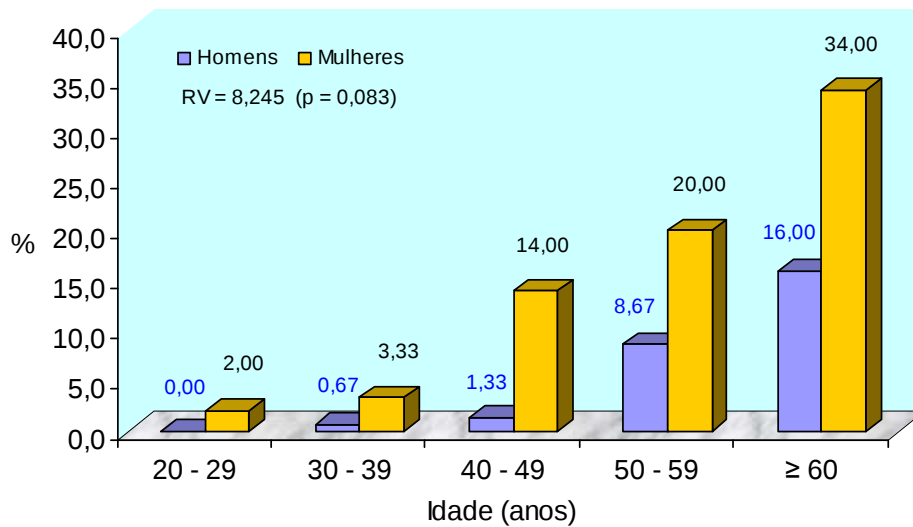


Figura 2 - Percentual dos 150 hipertensos por gênero em função da idade.

Na faixa etária de 50-59 anos a prevalência da HAS no gênero masculino aumentou abruptamente, quando o esperado seria uma maior prevalência até os 50 anos. Nesse aspecto, Lessa, (1998), afirma que a prevalência da HAS no gênero masculino nesta faixa etária pode ser atribuída aos fatores sociais como hábitos de vida inadequados e estresse ocupacional. Pierin et al, (1994) referem que o aumento da HAS a partir dos 50 anos nos dois gêneros é um fato esperado já que as manifestações próprias do envelhecimento predisporiam órgãos alvos a níveis elevados de PA.

Os resultados deste estudo mostraram que no gênero feminino a HAS ocorreu mais cedo, na faixa etária de 20 - 29 anos; no gênero masculino só foi encontrado aumento a partir da faixa etária de 30 - 39 anos. As mulheres apresentaram maior prevalência da em todas as faixas etárias. Souza, (2003), estudando a prevalência da HAS também encontrou maior percentual no gênero feminino sem distinção de faixa etária.

Lólio, (1990) afirma que no gênero feminino a prevalência da HAS tende a crescer após os 50 anos e no período pós-menopausa. Segundo Furtado et al, 1994 este fenômeno é explicado pela diminuição dos efeitos protetores dos estrogênios e pelos desajustes psicossociais crônicos como: ansiedade, depressão , frustração, insônia, estresses orgânicos , álcool e fumo. Afirmando ainda, que a mulher jovem pode tornar-se vulnerável à doença hipertensiva se for tabagista e fizer uso de CHO. Neste estudo este fator de risco não foi avaliado.

O estudo da prevalência da HAS por gênero em função do estado civil, mostrou que 68,00% dos hipertensos eram casados, destes 45,33% eram do gênero feminino; 9,33% eram solteiros e do gênero feminino; 22,67% eram viúvos, sendo 18,67% do gênero feminino. O valor do teste da razão de verossimilhança foi de 12,438 considerado altamente significativo ($p=0,002$).

Os resultados encontrados mostraram maior prevalência da HAS entre os casados e viúvos, sendo em sua maioria do gênero feminino. Resultados semelhantes foram observados por Mion Jr et al, (1995) que em estudo realizado com 353 pacientes encontraram uma maior prevalência da HAS no grupo dos casados (62%). Da mesma forma, Teixeira, A., (1988) observou prevalência da hipertensão no grupo dos casados (71,3%), seguida pelos viúvos (14,1%). (Figura 3)

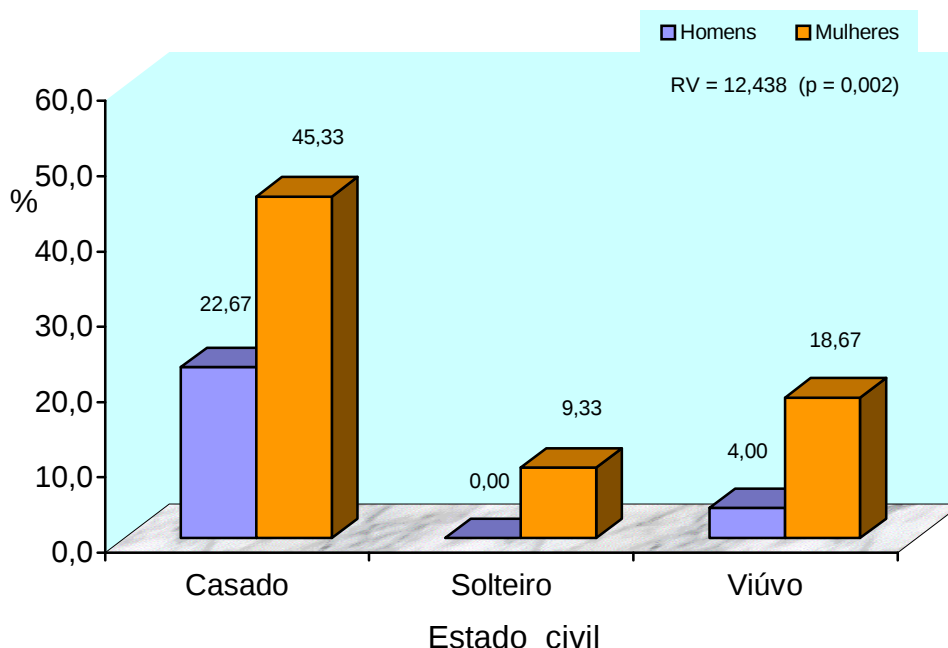


Figura 3 - Percentual dos 150 hipertensos por gênero em função do estado civil.

Embora seja observado maior prevalência da HAS entre os casados e viúvos na maioria dos estudos relatados. Contrariamente, Freitas et al, (2001) observaram maior prevalência (28,82%) no grupo dos não casados (divorciados e separados).

A associação entre estado civil e prevalência da HAS é pouco discutida na literatura. Alguns estudos têm aventado à teoria do suporte social como outra forma de abordagem da questão socioeconômica como fator de risco para as doenças cardiovasculares, esta teoria aborda as relações sociais (família e amigos) e o seu efeito atenuante sobre os estressores psicossociais que aumentariam o risco de adoecer. Na literatura epidemiológica, os eventos estressores têm sido associados a uma gama de doenças como: depressão, infarto do miocárdio, morte súbita e etc (BLOCH, 1998).

Dressler; Santos, (2001) referiram as consequências negativas do padrão social competitivo e estereotipado como gênese do estresse que conduz a HAS, podendo ser minimizado pela sensação de apoio social que se dá na rede familiar e amigos.

Portanto, este estudo evidencia mais uma vez que o ambiente familiar e as relações sociais estáveis contribuem para um melhor equilíbrio emocional atuando como efeito protetor e minimizador do processo saúde-doença, o que poderia ser considerado uma explicação plausível quando se observa a prevalência da HAS no grupo dos viúvos.

A prevalência da HAS por renda familiar em função do gênero foi constatada através do teste da verossimilhança de 12,281, altamente significativo ($p = 0,002$). Do total de pacientes estudados, 78% percebiam até dois salários mínimos, destes 58% eram do gênero feminino; 14% não tinham renda fixa, sendo 1,33% do gênero masculino, 8,00% recebiam 3 a 4 salários, sendo 5,33% do gênero masculino.

Quanto à associação entre HAS e nível de escolaridade por gênero, o valor do teste de verossimilhança foi de 0,104 não significativo ($p = 0,991$). Por outro lado, neste estudo 41,34% dos hipertensos eram analfabetos sendo 30,67% do gênero feminino; 54% não terminaram o fundamental dos quais 39,33% são mulheres; 2,67% cursaram o fundamental, sendo que as mulheres correspondem a 2,0%; e 2,0% concluíram o ensino médio sendo 1,33% de mulheres. (Tabela 1)

Tabela 1 - Percentual dos 150 hipertensos por gênero, segundo os fatores renda e grau de escolaridade.

Fator sócio-econômico	Gênero				Teste estatístico
	Masculino n(%)		Feminino n(%)		
Renda familiar					$\chi^2_{RV} = 12,281$
Sem renda fixa	2	1,33	19	12,67	p = 0,002
Até 2 SM	30	20,00	87	58,00	
3 – 4 SM	8	5,33	4	2,67	
Escolaridade					$\chi^2_{RV} = 0,104$
Analfabeto	16	10,67	46	30,67	p = 0,991
Fundamental incompleto	22	14,67	59	39,33	
Fundamental completo	1	0,67	3	2,00	
Ensino médio completo	1	0,67	2	1,33	

χ^2_{RV} (Razão de Verossimilhança)

Os resultados mostraram que grande parte dos hipertensos percebe até dois salários mínimos. Uma explicação plausível seria o fato da população estudada ser em sua maioria idosos, casados ou viúvos, e como tal vive dos pequenos benefícios oriundos de pensões e aposentadorias. Sobre este componente Chaimowicz, (1997) afirma que uma das características da população que envelhece no Brasil é a pobreza, aposentadorias e pensões constituem sua principal fonte de renda.

O grande percentual de hipertensos com baixos níveis sócio-econômicos encontrado neste estudo era esperado, já que o PSF prioriza esta parcela da população por apresentar maior risco de adoecer e morrer.

Entretanto, outros estudos relacionados à prevalência da HAS na população geral mostraram que a doença é inversamente proporcional à variável renda e grau de escolaridade. Lólio et al, (1993) observaram maior prevalência da HAS entre os analfabetos (26,8%) e com

fundamental incompleto (21,1%). Souza, (2003) afirma que conforme aumenta o grau de escolaridade a prevalência da HAS diminui, referindo que a doença tem se mostrado mais freqüente em trabalhadores situados nas classes menos favorecidas e com menor grau de escolaridade. Lessa, (1998) refere que a HAS encontra-se freqüentemente associada aos estratos sociais mais baixos e a baixa escolaridade, por estarem habitualmente submetidos a estresses sociais crônicos como: pobreza, hostilidade, estado marital, racismo, aglomerações e ocupações menos qualificadas.

É preciso afirmar que no geral, essa parcela da população tem menos acesso a informações sobre saúde. Sua alimentação por questões econômicas e culturais é inadequada e apresentam baixos níveis de atividade física. Além disso, num país capitalista, onde impera as desigualdades sociais, o alto índice de desemprego leva os indivíduos na luta pela sobrevivência a serem bombardeados por constantes situações de estresses e tensão social.

5.2 - Fatores de risco a HAS

Quanto à associação entre os fatores de risco modificáveis e a prevalência da HAS dos 150 hipertensos estudados segundo o gênero, os resultados mostraram, que em relação ao tabagismo 82,67% hipertensos não fumam, destes 62% do feminino. Apenas 17,33% apresentam o hábito de fumar. De acordo com o valor do teste χ^2_{RV} (Razão de Verossimilhança) de 0,974, não significativo ($p = 0,324$). Estes resultados indicam que o tabagismo não foi significativo na população estudada, Não havendo associação positiva entre prevalência da HAS e tabagismo por gênero. (Tabela 2)

Tabela 2 - Percentual dos 150 hipertensos por gênero, segundo os fatores de risco.

Fatores de risco à HAS	Gênero				Teste estatístico
	Masculino n(%)		Feminino n(%)		
Tabagismo					$\chi^2_{RV} = 0,974$
Sim	9	6,00	17	11,33	p = 0,324
Não	31	20,67	93	62,00	
Etilismo					$\chi^2_{RV} = 12,078$
Sim	11	7,33	6	4,00	p = 0,001
Não	29	19,33	104	69,33	
Dieta hipossódica					$\chi^2_{RV} = 0,427$
Sim	30	20,00	88	58,67	p = 0,514
Não	10	6,67	22	14,67	
Sobrepeso/obesidade					$\chi^2_{RV} = 0,089$
Sim	29	19,33	77	51,33	p= 0,765
Não	11	7,33	33	22,00	
Sedentarismo					$\chi^2_{RV} = 0,001$
Sim	27	18,00	74	49,33	p= 0,514
Não	13	8,67	36	24,00	

χ^2_{RV} (Razão de Verossimilhança)

Trindade et al, (1998) em seus estudos não encontraram associação positiva entre Tabagismo e HAS. Da mesma forma, Simonette et al, (2002) estudando hábitos de vida e fatores de risco em hipertensos observaram que 84,4% não fumavam.

A análise conjunta da distribuição da frequência dos 150 hipertensos segundo gênero e etilismo revelaram valor de χ^2_{RV} (Razão de Verossimilhança) de 12,078, altamente significativo (p = 0,001), mostrando que existe associação entre estes fatores: hipertensão e etilismo segundo gênero. Portanto, dos hipertensos que participaram do estudo, 133 não ingerem bebidas alcoólicas, destes, 69,33% são do gênero feminino. Dos 17 hipertensos que

referem o hábito de consumo etílico 7,33% são do gênero masculino. Portanto, nesse estudo a associação entre prevalência da HAS e etilismo mostrou-se significativa quando estratificados por gênero, revelando um percentual bastante significativo de mulheres não etilistas e hipertensas. A frequência de hipertensos não etilista e não tabagista é bastante expressiva demonstrando ser hábitos já bem controlados. Estes dados, corroboram com os estudos de Freitas et al (2001), que encontraram 84,4% de não fumantes e Busnello et al, (2001) que observaram abstenção de fumo e álcool em torno de 70% e 74% respectivamente.

Segundo, Bloch (1998) o álcool é uma substância tóxica que pode contribuir para a ocorrência da hipertensão. Existem indicações de que diferentes tipos de bebidas alcoólicas causam diferentes efeitos. Alguns estudos têm mostrado o efeito cardiovascular protetor do álcool quando consumido em pequenas quantidades, todavia quando ingeridos em grandes quantidades podem lesar o miocárdio, tornando-o mais irritável.

No presente estudo, não foi encontrada associação positiva entre a prevalência da HAS, tabagismo e etilismo como fatores de risco a hipertensão, observando-se que a maioria dos hipertensos não fuma e não ingere bebida alcoólica. Os resultados sugerem que a prevalência da HAS está fortemente relacionada à presença de outros fatores de risco como: idade maior que 60 anos, alto índice de sobrepeso/obesidade e sedentarismo.

Quanto à dieta hipossódica, observou-se que, 110 hipertensos referem dieta hipossódica dos quais 58,67% eram do gênero feminino e 20% masculino; dos que não realizam dieta com restrição salina, 6,67% homens e 14,67% mulheres. Não havendo portanto, associação entre a prevalência da HAS e dieta hipossódica segundo o gênero, pelo teste da razão de verossimilhança de 0,427, não significativo ($p=0,514$).

Estes resultados revelam a percepção dos hipertensos em restringir a ingesta de sal sendo a forma de tratamento não medicamentoso mais utilizada entre os hipertensos.

Corroborando com Chor, (2002) que encontrou em seus estudos 75% de hipertensos em dieta hipossódica. Recentemente, Simonetti et al, (2002) observou adesão à dieta hipossódica de 62,5%.

Com relação à prevalência da HAS e o fator de risco sobrepeso/obesidade. Observou-se que 73,33% dos hipertensos apresentaram sobrepeso e obesidade sendo que destes 51,33% eram do gênero feminino, enquanto que 29,33% dos hipertensos não apresentaram sobrepeso e obesidade, sendo que 22% eram do gênero feminino. Para esta distribuição de frequência, o valor encontrado no teste da Razão de Verossimilhança foi de 0,089 não significativo ($p = 0,765$).

Neste estudo, não houve associação significativa entre os fatores de risco: sobrepeso/obesidade e prevalência da HAS quando estratificado por gênero. Contudo, observou-se uma acentuada prevalência de sobrepeso e obesidade na população estudada. Este achado não pode ser descartado e indica que a obesidade é um importante fator de risco para a hipertensão arterial, corroborando com Chor, (2002) que estudando a prevalência da hipertensão arterial entre bancários, observou alta proporção de sobrepeso e obesidade (69,3%) entre homens hipertensos. Outrossim, Aquino et al, (2001) estudando a H A em trabalhadoras de enfermagem, observou percentuais de sobrepeso e obesidade de 40,2% e 65,9% respectivamente, afirmando ainda que a hipertensão foi 2,0 e 3,3 vezes superior àquela constada na faixa com IMC dentro da normalidade.

Bertolami (1994) afirma que a obesidade provoca um aumento da atividade do sistema nervoso simpático sugerindo que isso possa contribuir para a elevação da PA. Bloch, (1998) diz que o aumento da frequência da obesidade com a idade é considerado por muitos como o mais importante fator para a elevação da PA em indivíduos mais velhos.

Em seus estudos sobre a epidemiologia da obesidade Lessa , (1998) afirma que no que diz respeito ao ambiente, a obesidade é mais freqüente nos níveis sociais mais baixos e com menor escolaridade. Nos Estados Unidos, a pobreza é preditor da obesidade e em Porto Alegre a obesidade é mais prevalente nas mulheres de estratos sociais mais baixos.

Quanto à freqüência dos fatores sedentarismo e HAS por gênero, o valor de χ^2_{RV} (Razão de Verossimilhança) foi de 0,001, não significativo ($p = 0,979$), revelando não existir associação entre os fatores quando estratificados por gênero. Observou-se que 67,33% eram sedentários, sendo 18,00% homens e 49,33% mulheres, enquanto que 32,67% referem atividade física regular, sendo 24,% do gênero feminino. O alto índice de sedentarismo encontrado é extremamente importante, pois reflete a realidade dos hábitos de vida da população em evidência, confirmando a associação entre este fator de risco e a HAS.

Bloch, (1998) afirma que nas sociedades industrializadas a tecnologia eliminou largamente a necessidade de grandes esforços físicos no trabalho, em casa e como locomoção. Recentemente, a preocupação com a saúde ou apenas com a estética levou a um aumento do interesse pela atividade física em alguns países. No Brasil, a prevalência do sedentarismo nas horas de lazer é elevada tanto em homens como em mulheres, sendo ainda mais pronunciada nos níveis sociais mais baixos.

Finalmente Annete et al, (2002) sugerem o efeito direto do exercício físico sobre a PA, através de alterações no estado bioquímico do sangue que provocam uma vaso-dilatação periférica contribuindo para redução dos níveis pressórico.

Todas as variáveis acima citadas correspondem às mudanças no estilo de vida que comprovadamente interferem no controle dos níveis pressórico. Em relação aos fatores de risco que podem ser alterados, os resultados mostram que os fatores não controlados pela maioria dos hipertensos são: obesidade (70,66%) e sedentarismo (76,33%) estes dados são

bastante significativos considerando que juntamente com a hipertensão arterial são importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (HADAD et al, 1997; LIMA et al, 2001).

5.3 – Adesão ao tratamento anti-hipertensivo

5.3.1 - Segundo o método do auto-relato

Analisando-se a distribuição de frequência dos hipertensos segundo o grau de adesão pelo método de auto-relato, observou-se que 98,00% dos pacientes apresentaram graus de aderência 1, 2 e 3, sendo, respectivamente, 3,34% no grau 1 (pouco aderente), 23,33% no grau 2 (aderente), e 71,33% no grau 3 (muito aderente) e apenas 2% no grau 0 considerado não aderente.(Figura 4)

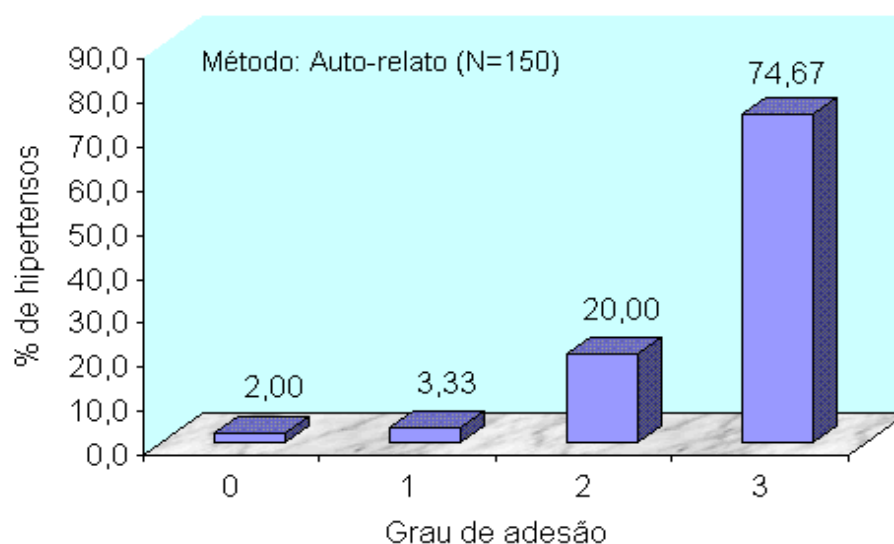


Figura 4 – Percentual de adesão ao tratamento dos 150 hipertensos segundo o método de auto-relato.

Salvo as variações na forma utilizada para determinar a adesão ao tratamento, faremos algumas comparações com outros estudos. Em estudos realizados por Asplund (1984 apud Teixeira., A, 1998) utilizando o método de contagem de comprimidos com 130 hipertensos encontrou-se taxas de adesão de 87,5%. Akashi et al, (1998) para avaliar os medicamentos anti-hipertensivos mais utilizados por pacientes em hospital, referiram através do método de entrevista um alto grau de adesão (66%).

Na Paraíba, Barros et al, (1986) em estudo epidemiológico realizado com 564 hipertensos avaliados em um período de dois anos após diagnóstico inicial, através da revisão de fichas individuais e entrevistas, referiu uma adesão de 27,8 % após os 12 meses e 23,7% ao final de 34 meses. Lessa; Fonseca, (2002) encontraram taxa de adesão pelo método de entrevista de 41,5%.

Teixeira., A, (1998), aplicando método de entrevista e contagem de comprimidos observou taxas de adesão aos anti-hipertensivos de 62,1% e 38,4% respectivamente. Estudos sobre adesão aos Anti-retrovirais e anti-hipertensivos pelo método de auto-relato, observaram taxas de 74% e 70%, respectivamente Junior et al, (2001); Inuii et al (1981 apud Teixeira.,A, 1998).

Como foi observada, a taxa de adesão ao tratamento apresenta valores bem específicos dependendo quase sempre do método, da definição de adesão, do regime terapêutico e do local. No presente estudo, a taxa de adesão ao tratamento estratificada por graus, mostrou-se mais elevada do que a maioria das citadas na literatura. Todavia, se observou que outros estudos utilizando o mesmo método observaram resultados similares.

Além disso, os hipertensos participantes da pesquisa são usuários do PSF, cujas bases operacionais incluem estratégias como: visitas domiciliares, equipe multiprofissional (médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem), maior acessibilidade, reunião em grupos e medicação

gratuita. Diversos autores evidenciam a importância dessas estratégias como forma de facilitar a adesão ao tratamento (GONÇALVES et al, 2002; MION Jr et al, 2000).

Busnelo et al, (2001), relacionou o alto índice de abandono ao acompanhamento de hipertensos atendidos em um ambulatório de referência a grande dispersão geográfica dos pacientes atendidos, chamando atenção para a questão do atendimento próximo a seus lares, constituição de grupos de apoio e busca de faltosos como forma de melhorar o controle da hipertensão.

5.4 - Associação entre o grau de adesão e níveis pressóricos

Dos 150 hipertensos avaliados, observou-se que 31,33% apresentaram PA controlada utilizando o critério do (DNHA., IV, 2003) que recomenda níveis abaixo de 140/90mmHg. Enquanto que, 19,33% apresentaram PA Leve (PAS140-159 ou PAD 90-99mmHg), 26,01% PA moderada (PAS 160-79mmHg ou PAD 100-109mmHg), 18% PA grave (PAS $\geq$ 180mmHg ou PAD $\geq$ 180mmHg) e 4,33% com níveis de PA sistólica isolada (PAS $\geq$ 140 ou PAD<90). (Figura 5)

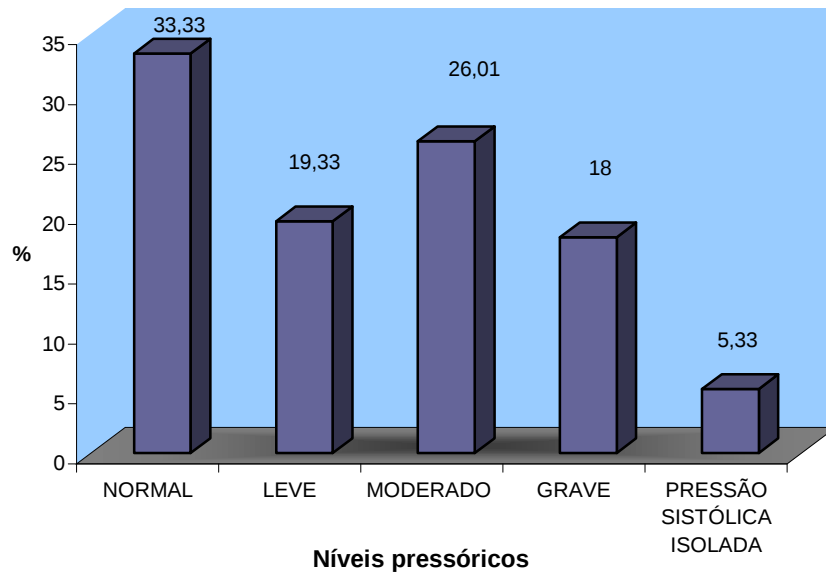


Figura 5 - Percentual dos 150 hipertensos segundo os níveis pressóricos

A associação entre níveis pressórico e adesão ao tratamento dos 150 hipertensos avaliados mostrou que 31,33% apresentaram PA controlada nos graus 2 e 3 de adesão. Enquanto, 45,34% mostraram níveis compatíveis com hipertensão leve e moderada, destes 32,34% se encontravam no grau 3 e 13,33% nos graus 1 e 2; 18,00% apresentaram níveis de hipertensão grave sendo que, apenas 2% apresentaram grau de adesão 0. Apenas 5,33% apresentaram PAS isolada, encontrando-se nos graus 2 e 3 de adesão. O valor encontrado de χ^2_{RV} (Razão de Verossimilhança) foi de 25,172, significativo ($p=0,048$), indicando associação entre os fatores de acordo com a tabela 3.

Tabela 3 - Percentual dos 150 hipertensos segundo o grau de adesão ao tratamento e controle pressórico.

Grau de adesão	Níveis Pressóricos					
	Normal	Limítrofe	Leve	Moderada	Grave	Sistólica
0	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (2,00)	0 (0,00)
1	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (2,67)	1 (0,67)	0 (0,00)	0 (0,00)
2	12 (8,00)	0 (0,00)	5 (3,33)	10 (6,67)	6 (4,00)	2 (1,33)
3	30 (20,00)	5 (3,33)	20 (13,33)	28 (18,67)	18 (12,00)	6 (4,00)

Teste estatístico: χ^2_{RV} (Razão de Verossimilhança) = 25,172 (p=0,048)

Com este estudo evidencia-se que manter a PA controlada não é tarefa fácil mesmo nos hipertensos em tratamento. No Brasil o percentual de controlados atinge 20 a 50%. Estes dados são conflitantes com a literatura internacional quando se observa que nos EUA, em sua ultima investigação, os hipertensos em tratamento apresentaram taxas de controle pressórico de 27,4% (FREITAS et al ,2002)

Semelhantemente, Freitas et al (2001) recorrendo sobre controle pressórico observaram taxas de 35,5% dos hipertensos em tratamento anti-hipertensivo com PA controlada. Giorgi, (1999) observando o comportamento de 547 hipertensos, verificaram que 59% persistiam em tratamento, destes apenas 23% estavam com pressão arterial controlada. Nos estudos de Fuchs et al (1994) foram encontrados 35,5% dos hipertensos com PA controlada.

Os resultados observados neste estudo não diferem de outras pesquisas, no entanto, segundo a literatura este fato pode estar relacionado ao alto grau de sobrepeso/obesidade e sedentarismo encontrados na população sendo considerado fatores agravantes. Freitas et al, (2002) encontraram entre pacientes em tratamento farmacológico anti-hipertensivo, um

percentual de controle pressórico de 24,4 %, observando que o controle da PA diminui e os hipertensos graves aumentam à medida que o IMC avança para a obesidade.

5.5 - Fatores relacionados às falhas no seguimento da prescrição médica

O percentual dos 150 hipertensos segundo a falha no seguimento da prescrição médica dos anti-hipertensivos, mostrou que dos hipertensos estudados, 4,6% referem a presença reação adversa; 71% esquecimento sendo esta a maior causa relatada; 3,1% parou para ingerir álcool; 7,7% não sente sintomas de HAS; 6% só tomam o medicamento quando a PA está alta e 7,7% referem-se ao esquema terapêutico complexo (Figura 6)

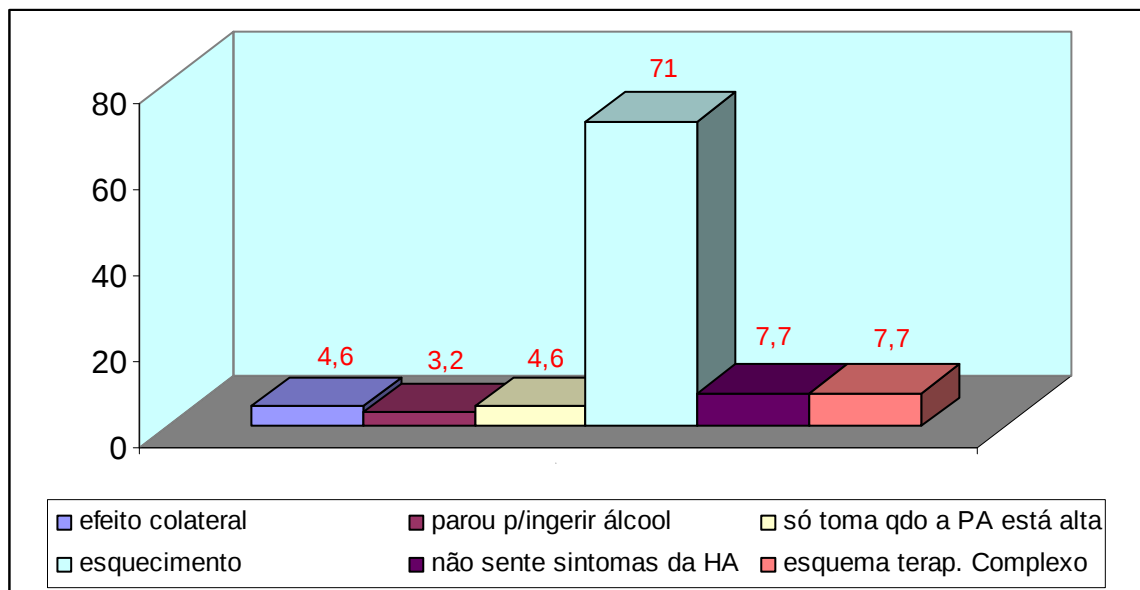


Figura 6 – Percentual dos 150 hipertensos de acordo com a falha no seguimento da prescrição médica dos anti-hipertensivos.

Tais resultados também foram relatados em outros estudos sobre adesão. Barros et al, (1986) observaram que 30,9% dos pacientes estudados referiram falha no uso de anti-hipertensivos por esquecimento.

Teixeira, A., (1998) encontrou 46% de erro na utilização de anti-hipertensivos pelo mesmo motivo. Junior et al (2001) em estudo sobre Anti-retrovirais de 17,33% dos pacientes relataram esquecimento.

Teixeira, J., et al, (1998), estudando o comportamento do idoso frente à adesão medicamentosa observaram que 45,9% apresentaram falha no seguimento da prescrição médica, sendo o esquecimento uma das principais causas.

Neste estudo, observou-se que o esquecimento na tomada de medicação, mesmo sendo referido em sua maioria por minutos ou horas é bastante peculiar já que 50% dos hipertensos entrevistados possuem idade superior a 60 anos contribuindo para as possíveis falhas no uso dos anti-hipertensivos, principalmente por se tratar de uma faixa etária que tomam um maior número de medicamento correndo o risco do esquecimento e confusão com o tratamento proposto.

Filho; Azul, (1983) já afirmaram que antes de se instituir o programa de tratamento é importante explicar ao idoso e se possível a família. O objetivo desta preleção é buscar o envolvimento da família ao tratamento proposto com forma de obter maiores níveis de controle da doença.

5.6 – Fatores que interferem na adesão ao tratamento da HAS

5.6.1 – Características sócio-demográficas e adesão ao tratamento

A frequência percentual dos 150 hipertensos por gênero e grau de adesão mostrou que 71,33% dos entrevistados apresentaram grau de adesão 3, destes 55,33% eram do gênero

feminino; 23,34% demonstram grau de adesão 2 sendo 14,67% do gênero feminino; 3,33% apresentaram grau de adesão 1 destes 2% eram do gênero feminino e apenas 2,00% não aderiram ao tratamento anti-hipertensivo. Portanto, o valor do teste estatístico χ^2_{RV} (Razão de Verossimilhança) foi de 3,334 não significativo ($p=0,343$), conforme os resultado apresentado na Figura 7.

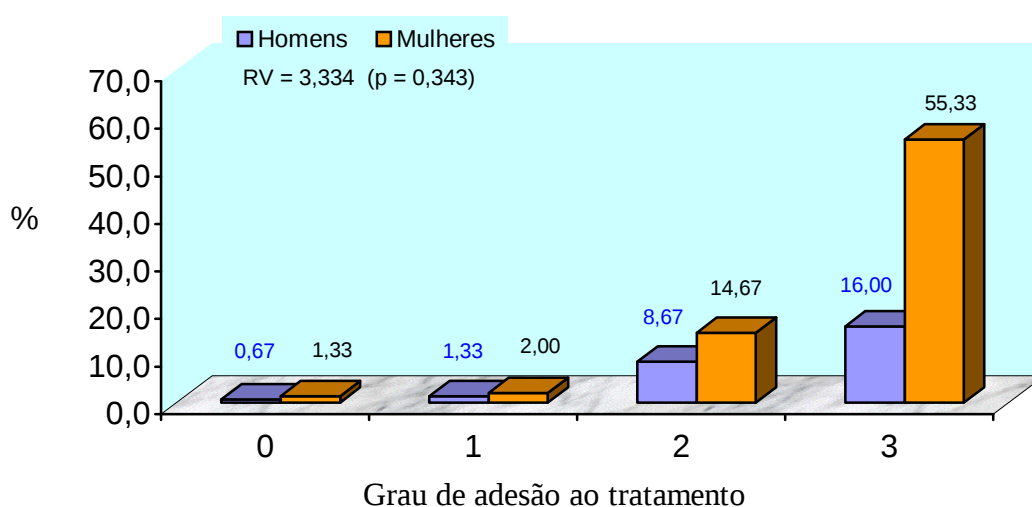


Figura 7. Percentual dos 150 hipertensos por gênero, em função do grau de adesão ao tratamento.

Os resultados mostraram grande número de mulheres no grau 3 de adesão, sugerindo que elas aderem mais ao tratamento. Estes resultados corroboram com os estudos de Chor, (2002) que encontrou uma proporção maior de mulheres em tratamento.

Neste estudo foi observado um maior percentual de mulheres hipertensas em todas as faixas etárias, este achado corrobora com Freitas et al (2002) que aventaram a hipótese de que as mulheres seriam mais conscientes com relação a sua doença e conseqüentemente apresentam maior adesão ao tratamento.

Analisando-se a distribuição conjunta de frequência dos 150 hipertensos estudados, segundo a idade e grau de adesão ao tratamento, observou-se não haver associação significativa entre esses fatores, comprovado pelo teste Qui-quadrado da razão de verossimilhança ($\chi^2_{RV} = 12,398$ $p=0,414$) conforme mostrado na Figura 8 e tabela 4.

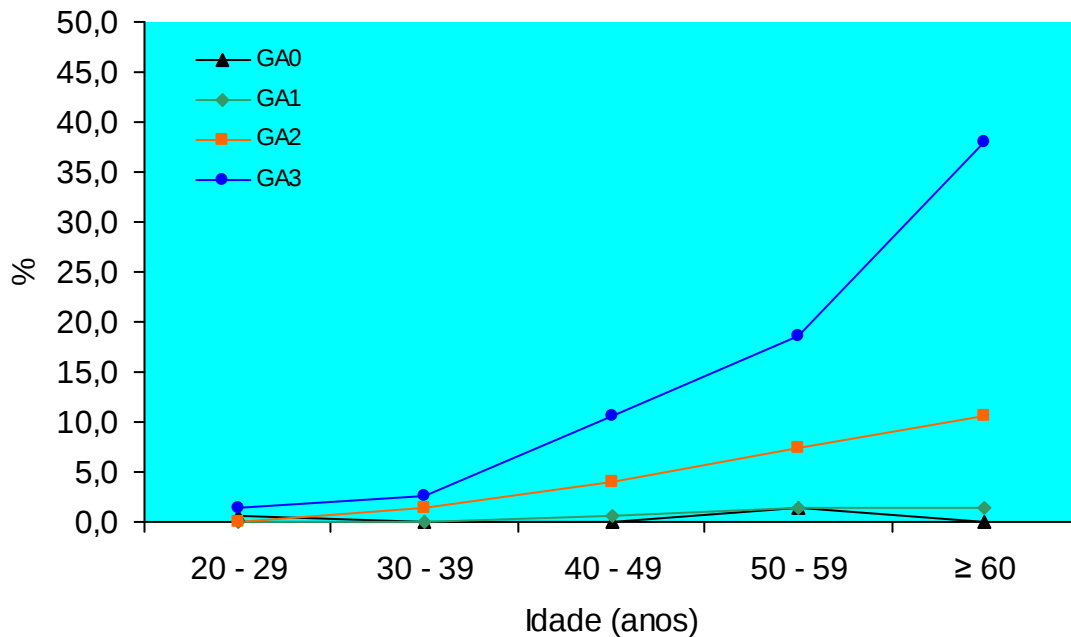


Figura 8 - Percentual dos 150 hipertensos por idade, em função do grau de adesão ao tratamento.

GA - Grau de adesão.

Nos resultados da tabela 4, observou-se não haver associação significativa entre idade e grau de adesão. Todavia, os hipertensos com mais de 60 anos apresentaram um maior percentual de adesão nos graus 2 e 3. Os resultados observados neste trabalho mostraram que a adesão ao tratamento aumentou linearmente com a idade, este dado pode ser atribuído a um maior compromisso com o tratamento entre os mais velhos como afirmam Júnior et al, (2001). Semelhantemente, Teixeira, A. , (1998) observou em seu estudo que os pacientes que tinham idade entre 31 e 60 anos apresentaram um maior percentual de adesão ao tratamento.

Com relação ao nível de escolaridade, observou-se que 71,33% dos hipertensos apresentaram grau de adesão 3, sendo que 28,67% eram analfabetos, 60% tinham nível fundamental incompleto, 2% fundamental completo e apenas 0,67% tinham nível médio completo. Não houve associação estatisticamente significativa entre os fatores nível de escolaridade e grau de adesão ao tratamento comprovada pelo teste da razão de verossimilhança, ($p=0,752$). (Tabela 4)

Tabela 4 - Percentual dos 150 hipertensos, por grau de adesão ao tratamento, segundo faixa etária e escolaridade.

Fatores sócio-demográficos	Grau de adesão n (%)				Teste estatístico
	0	1	2	3	
Idade (anos)					$\chi^2_{RV} = 12,398$
20 - 29	1 (0,67)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (1,33)	p = 0,414
30 - 39	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (1,33)	4 (2,67)	
40 - 49	0 (0,00)	1 (0,67)	6 (4,00)	16 (10,67)	
50 - 59	2 (1,33)	2 (1,33)	11 (7,33)	28 (18,67)	
≥ 60	0 (0,00)	2 (1,33)	16 (10,67)	57 (38,00)	
Escolaridade					$\chi^2_{RV} = 5,880$
Analfabeto	1 (0,67)	1 (0,67)	2 (1,33)	43 (28,67)	p = 0,752
Fundamental incompleto	2 (1,33)	4 (2,67)	15 (10,00)	60 (40,00)	
Fundamental completo	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,67)	3 (2,00)	
Ensino médio completo	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (1,33)	1 (0,67)	
χ^2_{RV} (Razão de Verossimilhança)					

A maior adesão ao tratamento foi observada entre os hipertensos com menor nível de escolaridade, embora este achado não tenha sido estatisticamente significativo já que a maioria da população estudada apresentou um baixo nível socioeconômico, ou seja, 43,45 eram analfabetos e 54 % cursaram apenas o fundamental incompleto. Estes dados concordam com Lessa; Fonseca, (2002) que observaram em seu estudo maior adesão nos

pacientes com baixo nível de escolaridade (92%), referindo ainda que um aspecto relevante para a maior adesão neste estrato social é a obtenção gratuita do medicamento.

5.6.2 – Presença de fatores de risco e adesão ao tratamento

Na distribuição percentual dos 150 hipertensos, quanto à presença dos fatores de risco e grau de adesão ao tratamento, 91,99% dos hipertensos não apresentaram o hábito de ingerir bebida alcoólica. Quando associado ao grau de adesão ao tratamento, observou-se que 68,00% estavam no grau 3, 17,33% no grau 2, e 3,33% no grau 1. Dos pacientes que ingeriam bebidas alcoólicas, 3,33% apresentaram grau de adesão 3; 6,00% grau de adesão 2 e apenas 2,00% não aderiram ao tratamento, sendo, portanto significativo, pelo teste da razão de verossimilhança ($\chi^2_{RV} = 25,729$ p = 0,001). (Tabela 5)

Tabela 5 - Percentual dos 150 hipertensos por grau de adesão ao tratamento, segundo os fatores de risco.

Fatores	Grau de adesão n (%)				Teste estatístico
	0	1	2	3	
Etilismo					$\chi^2_{RV} = 25,729$
Sim	3 (2,00)	0 (0,00)	9 (6,00)	5 (3,33)	p = 0,001
Não	0 (0,00)	5 (3,33)	26 (17,33)	102 (68,00)	
Tabagismo					$\chi^2_{RV} = 3,146$
Sim	0 (0,00)	1 (0,67)	9 (6,00)	16 (10,67)	p = 0,370
Não	3 (2,00)	4 (2,67)	26 (17,33)	91 (60,67)	
Sedentarismo					$\chi^2_{RV} = 2,562$
Sim	3 (2,00)	3 (2,00)	24 (16,00)	71 (47,33)	p = 0,464
Não	0 (0,00)	2 (1,33)	11 (7,33)	36 (24,00)	
Dieta hipossódica					$\chi^2_{RV} = 2,988$
Sim	2 (1,33)	3 (2,00)	25 (16,67)	88 (58,67)	p = 0,393
Não	1 (0,67)	2 (1,33)	10 (6,67)	19 (12,67)	

χ^2_{RV} (Razão de Verossimilhança)

A associação entre os fatores etilismo e grau de adesão ao tratamento foi altamente significativa sugerindo que as pessoas que ingerem bebidas alcoólicas tendem a ser mais resistentes à adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Estes dados corroboram com os estudos de Chor, (2002) que observou adesão duas vezes maior dos pacientes que não consumiam bebidas alcoólicas e naqueles que referiram beber apenas socialmente.

Os fatores tabagismo e grau de adesão não demonstraram associação significativa, conforme comprovado estatisticamente pelo teste da razão de verossimilhança, cujo valor encontrado $\chi^2_{RV} = 3,146$ foi ($p = 0,370$). Quando estratificado por grau de adesão, observou-se que 82,67% não fumavam, destes 60,67% apresentaram grau de adesão 3; 17,33% grau 2; 2,67 no grau 1 e apenas 2% não aderiram ao tratamento. Enquanto os hipertensos que

apresentaram o hábito de fumar (17, 33%), quando estratificado por grau de adesão, 10,67% apresentaram grau 3.

Os pacientes hipertensos portadores do hábito de fumar apresentaram um alto grau de adesão ao tratamento medicamentoso. Os resultados sugerem que aderir ao uso do medicamento é mais fácil que deixar o hábito de fumar mesmo que esse hábito seja constantemente desencorajado pelos profissionais de saúde.

As análises de dispersão de frequência envolvendo o sedentarismo e grau de adesão ao tratamento pelo teste da Razão de Verossimilhança de 2,562, não significativo ($p = 0,464$). Observou-se que 67,33% dos hipertensos eram sedentários, destes 47,33% apresentaram grau de adesão 3; 16,00% grau de adesão 2 e 2,0% grau de adesão 1 e apenas 2,0% apresentaram grau de adesão 0. Por outro lado, dos hipertensos que referiram prática de atividade física regular, todos aderiram ao tratamento de hipertensão embora em diferentes graus de adesão, sendo 24,00% no grau 3, 7,33% no grau 2 e 1,33%, no grau 1.

Os resultados mostraram que o sedentarismo como fator de risco para as doenças cardiovasculares ainda está muito presente na população estuda.

Na associação entre os fatores dieta hipossódica e grau de adesão, comprovado pelo teste da Razão de Verossimilhança, cujo valor encontrado foi de 2,988, não é significativo ($p = 0,393$). Observou-se que 77,34% dos hipertensos estavam em dieta hipossódica, destes 58,67% apresentaram grau de adesão 3 e 16,67% grau de adesão 2, enquanto apenas 2,00% apresentaram grau de adesão 1 e somente 1,33% não aderiram ao tratamento. Dos 21,34% que não estavam em dieta hipossódica, 12,67% apresentaram grau de adesão 3; 6,67% grau de adesão 2 e 1,33 grau de adesão 1, enquanto apenas 0,67% não aderiu ao tratamento.

Os pacientes hipertensos em dieta hipossódica apresentaram também um maior grau de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Este dado foi também referenciado por Chor,(1998) que observou em seus estudos ser o medicamento e a dieta com restrição de sal as modalidades mais utilizadas, sendo 81% e 75% respectivamente.

Na análise entre a associação dos fatores de risco (etilismo, obesidade, tabagismo, sedentarismo e dieta hipossódica) e adesão ao tratamento, apenas o etilismo se mostrou estatisticamente significativo. A associação entre adesão ao tratamento e dieta hipossódica, tabagismo e sedentarismo não foi estatisticamente significativa. Por outro lado, observou-se que os fatores de risco acima citados estão ausentes na maioria da população estudada, com exceção do sedentarismo e obesidade. Mas, considerando o fato de que a maioria dos hipertensos era do gênero feminino com idade superior a 60 anos, infelizmente a prática da atividade física ainda não está muito difundida na terceira idade.

(BRASIL, 2002) refere que a inatividade física é mais prevalentes entre mulheres, idosos, indivíduos de baixo nível sócio-econômico e incapacitado, além disso a atividade física diminui com idade.

5.6.3. Percepção sobre a doença, tratamento e suporte social, segundo o grau de adesão ao tratamento

Dos 150 hipertensos estudados, observou-se que 52,67% informaram “sim” quando indagados sobre “conhece as complicações HA”, destes 39,33% demonstraram grau de adesão 3; 10,67% grau de adesão 2; 2% grau de adesão 1 e apenas 0,67% não aderiram ao tratamento. Enquanto que, 47,33% responderam “não” destes 32% apresentaram grau de adesão 3; 12,67% grau de adesão 2; 1,33% grau de adesão 1 e apenas 1,33% não aderiram ao tratamento constatando-se com isto, não haver associação entre o fator "Conhece as

complicações da HAS" e grau de adesão, pelo teste da razão de verossimilhança, cujo valor foi de 1,505 , não sendo estatisticamente significativo ($p = 0,681$), ou seja, o desconhecimento das complicações não influi na adesão ao tratamento. Todavia, Mion Jr et, (2000) referem em estudos para identificar os motivos que contribuem para a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, que 50% desconheciam a gravidade da doença.

Os resultados da associação entre os fatores: percepção dos hipertensos sobre a doença, tratamento e suporte social segundo o grau de adesão ao tratamento estão apresentados na tabela 6.

Tabela 6 – Percentual dos 150 hipertensos, por grau de adesão ao tratamento, segundo variáveis estudadas.

Variáveis categóricas	Grau de adesão n (%)				Teste estatístico
	0	1	2	3	
Conta com ajuda para tomar remédios					$\chi^2_{RV} = 3,182$
Sim	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (4,00)	20 (13,33)	p = 0,364
Não	3 (2,00)	5 (3,33)	29 (19,33)	87 (58,00)	
Conhece as doenças causadas por PA					$\chi^2_{RV} = 1,505$
Sim	1 (0,67)	3 (2,00)	16 (10,67)	59 (39,33)	p = 0,681
Não	2 (1,33)	2 (1,33)	19 (12,67)	48 (32,00)	
Frequênta o grupo de HA					$\chi^2_{RV} = 14,276$
Sim	0 (0,00)	1 (0,67)	28 (18,67)	74 (49,33)	p = 0,003
Não	3 (2,00)	4 (2,67)	7 (4,67)	33 (22,00)	
Reconhece quando a PA está alta					$\chi^2_{RV} = 6,365$
Sim	1 (0,67)	4 (2,67)	31 (20,67)	98 (65,33)	p = 0,095
Não	2 (1,33)	1 (0,67)	4 (2,67)	9 (6,00)	
Regime terapêutico					$\chi^2_{RV} = 2,819$
Monodroga	1 (0,67)	4 (2,67)	15 (10,00)	55 (36,67)	p = 0,420
Droga associada	2 (1,33)	1 (0,67)	12 (8,00)	60 (40,00)	
Nº de comprimidos por dia					$\chi^2_{RV} = 8,609$
1	0 (0,00)	1 (0,67)	8 (5,33)	42 (28,00)	p = 0,474
2	2 (1,33)	4 (2,67)	13 (8,67)	49 (32,67)	
3	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (2,67)	15 (10,00)	
4	1 (0,67)	0 (0,00)	2 (1,33)	9 (6,00)	

χ^2_{RV} (Razão de Verossimilhança) .

Quanto ao fator "Conta com ajuda da família para tomar remédios" e grau de adesão, constatada pelo teste da razão de verossimilhança, de 3,182, não foi significativo (p = 0,364). Entretanto, 17,33% dos pacientes responderam que contam com ajuda da família para tomar remédios, destes 13,33% apresentaram grau de adesão 3 e 4 % no grau de adesão 2, dos

82,67% que responderam não contar com ajuda da família para tomar remédios, 58 % apresentaram grau de adesão 3, 19,33% grau de adesão 2, 3,33% grau de adesão 1 e apenas 2% não aderiram ao tratamento anti-hipertensivo.

Estes resultados são bastante significativos quando comparados com os estudos de Teixeira, J; Spínola, (1998) sobre o comportamento dos idosos frente à adesão ao tratamento ao observarem que 75% dos entrevistados contavam com ajuda de alguém para tomar os remédios. Referindo ainda que, não precisar de ajuda para tomar medicação demonstra que os hipertensos pela sua vivência já acostumaram com a rotina frente a doença demonstrando autonomia e compromisso. Por outro lado, é inegável a contribuição da estrutura familiar na condução do tratamento principalmente para os idosos.

Quando questionados sobre “reconhece quando a pressão está alta?”. Observou-se que 89,34% responderam sim, dos quais 65,33% apresentaram grau de adesão 3; 20,67% grau de adesão 2; 2,67% grau de adesão 1 e apenas 0,67% não aderiram ao tratamento. Dos 16 hipertensos que responderam não reconhecer quando a PA esta alta, 6% aderiram ao tratamento no grau 3, 4,67% no grau 2, 2,67% no grau e apenas 2% não aderiram ao tratamento. Este resultado evidenciou que provavelmente reconhecer quando está com pressão alta contribui para uma maior adesão ao tratamento de hipertensão. Todavia esta constatação não pode ser comprovada pelo teste da razão de verossimilhança de 6,365, estatisticamente não significativa ($p = 0,095$).

Este fator também foi evidenciado por Carvalho et al, (2002) que discorrendo sobre concepções da hipertensão na terceira idade afirmaram que a presença dos sinais e sintomas é o que faz com que os indivíduos atribuam a si mesmo a capacidade de administrar os medicamentos anti-hipertensivos, ou seja, em função dos sinais e sintomas por eles atribuídos à hipertensão.

Na associação entre os fatores “regime terapêutico” e “grau de adesão”, o teste da razão de verossimilhança, de 2,531, não foi significativo ($p = 0,420$). Observou-se que dos hipertensos estudados, 65,34% utilizavam regime terapêutico com monodroga, sendo que 36,67% apresentaram grau de adesão 3; dos 34,66% que faziam uso de mais de uma droga, 40% estavam incluídos no grau de adesão 3. Os hipertensos submetidos a regime terapêutico com droga associada apresentaram discretamente um maior grau de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Todavia a associação entre regime terapêutico e adesão ao tratamento da hipertensão não foi estatisticamente significativa.

Lessa et al, (1983) observando que a adesão dos pacientes em uso de uma droga em relação àqueles em uso de 2 ou mais drogas não foi estatisticamente significativa, todavia observou uma adesão (60%) maior entre os que utilizavam até 2 drogas.

Em relação ao número de comprimidos/dia e grau de adesão, observou-se maior índice de adesão entre os pacientes com esquema terapêutico menos complexo, ou seja, (60,67%) dos hipertensos com grau de adesão 3 tomavam apenas 1 a 2 comprimidos ao dia. Porém, esta associação não foi significativa ($p = 0,474$).

Neste estudo, foram utilizadas duas variáveis como suporte social: a ajuda que o paciente recebia da família para tomar os anti-hipertensivos e a sua participação no grupo de hipertensão. Apenas a associação entre a variável categórica “Freqüenta o grupo de hipertensão” e grau de adesão mostrou-se estatisticamente significativa ($p = 0,003$) pelo teste da razão de verossimilhança. Dos hipertensos analisados, 68,67% responderam que freqüentam o grupo e HA do PSF São Januário II, destes 49,33% apresentaram grau de adesão 3; 18,67% grau de adesão 2 e 0,67% grau de adesão 1. O suporte social tem sido referido como sendo um fator importante na adesão ao tratamento (Mion Jr et al, 2000).

Os resultados obtidos neste estudo confirmam a proposta do *Ministério da Saúde* que estimula a criação dos grupos de hipertensos e diabéticos no sentido de facilitar a adesão ao tratamento (BRASIL, 2001a).

5.7. Análise de variância multivariada dos fatores que interferem na adesão ao tratamento

Na análise de variância multivariada na identificação dos fatores que interferem significativamente sobre a adesão, observou-se que os fatores de risco, etilismo, gênero, "frequente grupo de pressão alta" e "reconhece quando a pressão está alta", tiveram efeitos significativos sobre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo ($p = 0,0001$, $p = 0,0545$ e $p = 0,0336$, $0,0425$ respectivamente). (Tabela 7)

Tabela 7 - Análise de variância multivariada dos fatores que interferem na adesão ao tratamento.

Fatores	Teste estatístico	Valor	GL	Prob
Idade	Hotelling-Lawley	0,06115	4	p = 0,1296
Estado civil	Hotelling-Lawley	0,00428	2	p = 0,7756
Gênero	Hotelling-Lawley	0,03551	1	p = 0,0420
Escolaridade	Hotelling-Lawley	0,01449	3	p = 0,6325
Renda	Hotelling-Lawley	0,04749	2	p = 0,0633
Tabagismo	Hotelling-Lawley	0,00231	1	p = 0,6012
Etilismo	Hotelling-Lawley	0,12954	1	p = 0,0001
Sedentarismo	Hotelling-Lawley	0,00702	1	p = 0,3626
Níveis pressóricos	Hotelling-Lawley	0,05095	5	p = 0,3074
Dieta hipossódica	Hotelling-Lawley	0,01499	1	p = 0,1843
Obesidade	Hotelling-Lawley	0,00595	1	p = 0,4017
Número de comprimidos/dia	Hotelling-Lawley	0,02691	3	p = 0,3656
Conta c/ajuda tomar remédio	Hotelling-Lawley	0,00089	1	p = 0,7454
Conhece doenças de PA	Hotelling-Lawley	0,00011	1	p = 0,9101
Freqüenta o grupo de HA	Hotelling-Lawley	0,03169	1	p = 0,0545
Reconhece quando está c/ PA	Hotelling-Lawley	0,03882	1	p = 0,0336
Regime terapêutico	Hotelling-Lawley	0,00001	1	p = 0,9339

PA - pressão alta GL - Graus de liberdade.



6. Considerações Finais

-
-
1. Ao término desta Pesquisa concluiu-se que o método de auto-relato foi bastante significativo para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
 2. O maior percentual de hipertensos tinha mais de 60 anos de idade; o sexo feminino foi predominante ; casados; encontrando-se com baixa faixa de renda e escolaridade.
 3. Os fatores de risco, observados entre os hipertensos foram o alto índice e sobrepeso/obesidade e sedentarismo.
 4. Dos pacientes que aderiram ao tratamento, 31,33% apresentaram níveis pressóricos controlados.
 5. “Participação nos grupos de hipertensos” ; “reconhece quando a pressão arterial está alta”; “não ingestão de álcool” e o gênero foram fatores determinantes a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
 6. O esquecimento foi citado como a principal causa na falha do seguimento da prescrição médica.



Fonte: Brasil (2002b).

ADÃO, V. M; MERIGHI, I. M. **Grupo de Adesão, Centro de Referência e de Treinamento DST/AIDS**, Disponível em: <www.aidsportugal.com>. Acesso em: 21 ago. 2002.

AKASHI, D et al. **Tratamento Anti-Hipertensivo. Prescrição e Custo de Medicamentos. Pesquisa em Hospital Terciário**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v7, n.1, São Paulo, 1998. Disponível em< <http://www.scielo.br>> Acesso em: 7 nov.2002.

ALEMANY, O.R; BADILLA, S. M; VALENZUELA, C.A et al. **Perfil do hipertenso adulto mayor tratado/Morbidity and mortality of treated elderly hipertensive patientes**. Revista médica. Chile, v.130, nº6, p616-622, 2002.

ANNETE, N.S; NISHA, C; HALLIWILL, J.R. **Influence of endurance exercise trainingstatus and gender on postexercise hypertension**. Jornal of applied fisiologi, v.92, issue 6, 2368-2374, 2002.

AQUINO, E. M. M. L. L et al. **Hipertensão Arterial em Trabalhadores de Enfermagem – Padrão de Ocorrência, Diagnóstico e Tratamento**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v. 76, n. 3, São Paulo, p197 – 202, 2001.

ASPLUND, J. et al. **Patients compliance in hypertension: he importance of number of tablets**. British Journal of Clinical Pharmacology, v.17, n.5, p.547- 542.1984.

BARROS, M. A.; SILVA, S. M; BRITO, I. M. **Hipertensão Arterial. Aderência ao Tratamento**, CCS, v.8, n.2, abr-mai-jun/ p7, 1986.

BARRETO, L. B; CARMO, E. I. **Tendências Recentes das Doenças Crônicas no Brasil**. In: LESSA, I. (org). O adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade – epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis, Hucitec, São Paulo-Rio de Janeiro, 1998, p.17-25.

BERTOLAMI, M.C. **Hipertensão Arterial e Obesidade**, Revista Hiper Ativo, v.1,nº 3, São Paulo, p44-49, 1994.

BLOCH, K.V. **Fatores de risco cardiovasculares e para o diabetes mellitus**. In: LESSA, I.(org). O adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade – epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis, Hucitec, São Paulo-Rio de Janeiro, 1998, p 43-69.

BRASIL, Ministério de Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Méllitus**. Caderno de Atenção Básica., 7, Brasília, p. 47-52, 2001a

BRASIL Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção hipertensão arterial e diabetes melitus fase de detecção de casos suspeitos de DM.** Revista de Saúde Pública, v. 35, n. 5, São Paulo, p 490-3, 2001b.

BRASIL Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família.** Revista de Saúde Pública, v 34, nº 3, São Paulo, p316-9, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial,** Revista de Saúde Pública, v.35, n. 6, São Paulo, p585-8, 2001c.

BRASIL Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil” - atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida.** Revista de Saúde Pública, v 32, n. 2, São Paulo, p.254 – 6, 2002a.

BRASIL Ministério da Saúde, **“Reforma da Reforma”** Revista Brasileira de Saúde da Família, ano II, n. 04, Brasília, p.2, 2002b.

BUSNELLO, R. G et al. **Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de pacientes Hipertensos Atendidos em um Ambulatório de Referência.** Arquivo Brasileiro e Cardiologia, v. 76, n. 5, São Paulo, p.349-51, 2001.

CARVALHO, F; JUNIOR, R. T; MACHADO, J. C. S. **Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial,** Caderno de Saúde Pública, v.14, n.3, Rio de Janeiro, jul/set,1998. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. acesso em 7 nov.2002.

CÉSAR, C.L.G; TANAKA, O.Y. **Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudeste da área metropolitana de São Paulo, 1989 – 1990.** Caderno de Saúde Pública, São Paulo, v.12, p59-70, 1996.

CHAIMOWICZ, F. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas projeções e alternativas,** Revista de Saúde Pública, v.31, n.2, São Paulo, p184-200, 1997.

CHOR, D. **Hipertensão Arterial entre Funcionários de Banco Estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de Vida e Tratamento.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.71, n.5, São Paulo,1998. Disponível em <http://www.scielo.br>>. Acesso em 7 nov, 2002.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL., IV., 2002, Campos do Jordão. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2002 .

DRESSLER, W.W.; SANTOS, J.E. **Correlações sócio-culturais da pressão arterial.** Revista Brasileira de Hipertensão, v.8, São Paulo, p. 225-9, 2001

DUCAN, B. B; FOPPA, M. **Tópicos de Epidemiologia clínica para o tratamento de hipertensão arterial**, Revista Brasileira de Cardiologia, v.9, n.1, São Paulo, p35-40 2002.

ENGSTROM, E. M. et al. **SISVAN: Instrumento para o Combate aos Distúrbios Nutricionais em Serviços de Saúde**, CRAN: Rio de Janeiro. julho, p 66, 1998.

FERREIRA. A. B de H. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 2001, p16.

FIGUEIREDO, R. M et al. **Adesão de pacientes com Aids ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposições de medidas atenuantes em um hospital escola**, Revista Latino-americana de enfermagem, v.9, n.4, p 50-5, 2001

FILHO, E. T. C; AZUL, L. G. C. C. S, **Tratamento da Hipertensão do Idoso**, Revista Geriatria em Síntese. n.1, maio, p 119-128,1983.

FREITAS E V. **Conduta não Farmacológica**. Arquivo de Geriatria e Gerontologia. v.2, n. 2, p52-59, 1997.

FREITAS, J.B et al. **Estudo Transversal sobre o Controle da Pressão Arterial no Serviço de Nefrologia da Escola Paulista de medicina – UNIFESP**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.79, n.2, São Paulo, p117-22, 2002.

FREITAS, O. C. et al. **Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica na População Urbana de Catanduva, SP**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.77, nº1, São Paulo, p9-15, 2001.

FUCHS, F. D. **Tratamento medicamentoso da hipertensão arterial considerações para a prática clínica**, Revista Brasileira de Hipertensão, v.9, nº 1, São Paulo, jan/mar, p54-7. 2002.

FUCHS, F. D, Et al. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre: estudo de base populacional**, Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.63, São Paulo, p 473-9, 1994.

FURTADO, M.R; MARTIN, J.F.V; FURTADO, M.A.L. **Hipertensão na mulher: antes e depois da menopausa**. Revista Hiper Ativo, v.1 ,n. 3, São Paulo, p51-57, 1994.

GALINBERT, et al. **Análises e Recomendações para melhorar a adesão ao uso dos Anticoncepcionais orais na América Latina**. Informe do Comitê Científico do Centro Latinoamericano de Salud e Mujer, Disponível em: <<http://boa.saude.uol.com.Br>>. Acesso em: 7nov.2002.

GIORGI, D.M.A. **Modelos Comportamentais e Estratégias para Melhoria da Adesão.** Revista de Hipertensão; São Paulo, v.2, p 8-9, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A. 1999. 159p.

GONÇALVES, H. et al. **Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas , Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente,** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em< <http://www.scielo.br>>Acesso em 5out.2002.

HADAD, S et al. **Efeito do Treinamento Físico de Membros Superiores Aeróbio de Curta Duração no Deficiente Físico com Hipertensão Leve.** Arquivo Brasileiro de Hipertensão, v 69, n. 3, São Paulo, p 169 –173, 1997.

JUNIOR, L, L ; GRECO, D.B; CARNEIRO, M. **Avaliação da Aderência aos Anti-retrovirais em pacientes com infecções pelo HIV/Aids,** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.35, n.6, p495 – 501, 2001.

JUNIOR, A.R. **Tratamento da Hipertensão Arterial baseado em Evidências,** Revista Brasileira de Hipertensão, São Paulo, v.9, n.1, p. 41-53, 2002

HALPENI, A ; MANCINI,M.C. **O tratamento da obesidade no paciente portador da Hipertensão arterial.** Revista Brasileira de hipertensão arterial, v.2, p. 66-7, 2000.

LAURENTE,R; BUCHALA, C.M. **Os Mitos a respeito das Doenças Cardiovasculares.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.76, n.2, São Paulo, p 99-104, 2001.

LEBRÃO,M.L; CARANINA, L; MALGADI, C. **Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu- Morbidade referida em entrevistas domiciliares.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.72, n.2, São Paulo, p 99-104, 2001

LIMA, E, G. et al. **Efeito do Condicionamento Físico Sobre a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial em Normotensos e Hipertensos.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.67, n.3, São Paulo, 2001.

LÓLIO et al. **Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco,** Revista de Saúde Pública, v 27, n. 5, São Paulo, p357 – 62, 1993.

LÓLIO, C.A. **Prevalência da hipertensão arterial em Araraquara,** Arquivo Brasileiro de Cardiologia ,v.55, n.3, São Paulo, p167-73, 1990.

LELO et al. **Adesão do hipertenso ao tratamento farmacológico: Desafio de médicos e outros profissionais de saúde.** Infarma, v.14, n. 11/12, p73-77, 2002.

LESSA. I. **Epidemiologia do Tratamento e da adesão ao tratamento da Hipertensão arterial e do Diabetes mellitus.** In: LESSA. I.(org) O adulto e as doenças da modernidade. São Paulo: ed HUCITEC, 1998, 228p.

LESSA, I; FILHO, D.E; SANTOS, M. E. G. E. **Adesão, Eficácia e Custo do tratamento da hipertensão arterial.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.4, n.2, São Paulo, p119-28.1983.

LESSA, I; FONSECA, J. **Raça, Aderência ao Tratamento e/ou Consultas e Controle da Hipertensão Arterial,** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.68, n.6, São Paulo, 1997.Disponível em <http://www.epub.org.br> >. Acesso em:3agost. 2002.

MACIEIRA, M. S. et al. **Efeito da Administração Crônica do Álcool sobre os Mecanismos Neurais de Regulação da Pressão Arterial.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, São Paulo, v.68, n.3, p149-154, 1997.

MELCHIOR. R. **Avaliação da aderência de usuários do sistema público de Assistência ao tratamento da AIDS: Uma análise qualitativa,** 80f Dissertação (Mestrado em saúde pública). Universidade de São Paulo, 2000.

MION Jr, D; PIERIN. M. G; ORTEGA. K. C. **Adesão ao Tratamento Importância e Perspectiva para o novo milênio.** Revista jovem médico, Edição especial, junho, p 8, 2000.

MION Jr, D. et al. **Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico,** Jornal Brasileiro de nefrologia, v.17, n.4, p 229-236, 1995.

MINAYO, M.C. S.; SANDRES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou complementariedade.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro,v.9, n.3, jul/set, p 239-282, 1993.

MICHAELIS, **Pequeno Dicionário inglês-português/português-inglês,** Melhoramentos, São Paulo, 11ed, 1998.

MOURA, R.S, **Breve Histórico sobre as Descobertas dos Anti-hipertensivos,** Rev. HiperAtiva, v.2, n.4, p.8, 1995.

NEGÃO. O. E; FORJAZ, C. L. M; BRUM. P. C. **Exercício físico e hipertensão Arterial.,** Revista HiperAtivo, n.1, Rio de Janeiro, p 9, 1994.

NEMES, M. I. B. **Aderência ao tratamento por Anti-retrovirais em Serviço Público de São Paulo**, Ministério da Saúde , Brasília, p 81-37, 2000.

NEMES, M. I. B. **Avaliação da Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais de usuários de Ambulatórios do Sistema Público de Assistência a AIDS no Estado de São Paulo**,1999, Disponível em: <<http://www.aids.gov.Br>>. Acesso em: 9jul. 2002.

NOBRE. F. LIMA. N. K. O. **Hipertensão arterial, conceito classificação e Epidemiologia**. IN: MON. D; NOBRE. F. (org). Medida da pressão arterial da Teoria à prática. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p 89-99.

OLIVEIRA, B. M. **Avaliação da adesão ao tratamento em crianças com leucemia linfoblástica, através de métodos clínicos e laboratoriais: Associação com fatores econômicos**, Disponível em <www.medicina.ufmg.br>. Acesso em: 16mai. 2003.

OLMOS, R. D; LOTUFO,P.A . **Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil e no mundo**, Revista Brasileira de Hipertensão, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p21-23, 2002.

OLGDEN, L. G et al . **Long-term absolute benefit of lowering blood pressure in hypertensive patients according to the JNC VI risk estratification**. Jornal Brasileiro de Nefrologia, São Paulo, v.23, n.2, p130-132, 2001.

OPARIL, S. **Treating multiple-risk hipertensive populations**. Am J Hypertens, 12 (11 Pt 2): nov, 2S-29S, 1999.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia Científica: projetos de Pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e Teses**. São Paulo: Pioneira, 1997.

PAIN, J. S. **A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais**, In: Rouquayrol, M. Z; FILHO, N. A. Epidemiologia & Saúde, 5. Ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, 600p.

PEREIRA, M.G, **Epidemiologia teoria e prática**, Ed. Guanabara Koogam S.A, Rio de Janeiro, 1995, p 271 - 275.

PICON, P; RIZZON, C. F.; OTT, W. P, **Tuberculose: Epidemiologia, Diagnóstico e Tratamento em Clínica e Saúde Publica**. Rio de Janeiro, Medsi, 1993.

PIERRIN, H; WAJNGARTEN, M; BARRETO; A.C.P. **Hipertensão Arterial em idosos** Revista Hiper Ativo, v.1, nº 3, São Paulo, p 19-27, 1994.

PRISANT. M. L.; DOLL. C. N. **Hipertensão a redescoberta da Terapia de combinação**, *Geriatrics*, v.52, n.11, p28-38, 1997.

REIS, M. G; GLASHAN, R. G. **Adultos Hipertensos Hospitalizados: Percepção de Gravidade da Doença e de Qualidade de Vida**, *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.9, n.3, São Paulo, p.51-7, 2001.

SADALA, M. L. A; MENDES, I. M. **Vivenciando a hipertensão arterial**, *Revista Sociedade cardiológica estado de São Paulo*, v.6, n.3, (Supl.1), p1-5, 1996.

SGAMBATTI, M. S et al. **A medida da Pressão Arterial no idoso**. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v.7, n.1, p 65-7, 2000.

SANTELO. J. L. **Sal e hipertensão: O grande elo entre a evolução e a evidência**: Ed. MedCultura, *Jornal da Hipertensão Arterial*, v.1, nº 1, São Paulo, p3, 2002

SANTELO. J. L; LIMA, N. K da C. L. M, HEIMAMN. J. C. **Papel da dieta com Restrição salina no tratamento da hipertensão arterial**., *Revista HiperAtiva*, n.1, Rio de Janeiro, p9, 1994.

SANTELLO, J. L; PIERIN, A. M. G; MION Jr, D. **Cem anos de Medida da Pressão Arterial**, in: MION Jr; NOBRE, F. (org) **Medida da Pressão Arterial: da Teoria à Prática**, Lemos Editorial, São Paulo, 1997, p13-21.

SANTOS, M. A. R. C, **Aderência a antibioticoterapia prescrita em crianças com pneumonia**. Rio de Janeiro, 1996. 114p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

SANTOS, R.D et al. **Excesso de Peso no Brasil. O Fator de Risco do Novo Milênio**, *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v.78, supl.1, São Paulo, 2002.

SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. **Hábitos de Vida e Fatores de Risco em Pacientes com Hipertensão Arterial**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 10, n.3, São Paulo, p45-22, 2002.

SILVA, A .S. **Prevalência e Fatores de risco da Hipertensão arterial sistêmica na população de Campina Grande**, 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual da Paraíba, 2003

SILVA, M. A. D. **A importância da manutenção da qualidade de vida**. *Rev. Soc. De Cardiologia* , v.5, São Paulo, p 657-60, 1996.

SOUSA, A. L. L. **Hipertensão Arterial: Perfil da Morbidade referida na Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1989-1990**, Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v.2, n.1, Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em 11agos. 2003.

SOTO, V.C. **Prev. da hipertension arterial em la ciudad de chiclae en el 2000: estudio plobacion**, Rev. Soc. do Peru , interna, v4, n. 3, p153-158. 2002.

SOUFEN, N.S; IANNI, B. M. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cardiologia Básica, São Paulo, 1.ed, ROCA, 1999.

SAS INSTITUTE. **User's guide: statistics**. Versão 6.12. Cary, USA: North Carolina State University, 1997. CD-ROM.

SNEDECOR, G. W.; COCHRAN, W. G. **Statistical methods**. Sixth edition Iowa, USA: The Iowa State University Press Ames, 1967. 593 p.

SPIEGEL, M. R. **Estatística**. Rio de Janeiro: SEDEGRA SOCIEDADE EDITORA E GRÁFICA LTDA, 1975. 580 p.

STEEL, R. G. D.; TORRE, J. H. **Principles and procedures of statistics**. New York: McGraw-Hill, 1960. 481 p.

TEIXEIRA. 1. J. N et al. **A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente Idoso. :** Revista de Saúde Publica, v 35, nº2, São Paulo, p3 –12, 2001.

TEIXEIRA, J. J. V; SPÍNOLA, A. W. P. **Comportamento do Paciente idoso frente à aderência medicamentosa**, Arquivo de geriatria e gerontologia, v.2, n.1, p3-12, 1998.

TEIXEIRA, A. C. R. **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório**. Dissertação. Mestrado em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

TEIXEIRA, P. R; PAIVA, V; SHIMMA, E. **Ta difícil de engolir? Experiências e adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo**, Programa Estadual DST/AIDS, São Paulo, 2000. p8-61.

TRAD. L. A. B: BASTOS. A. O de S. **O impacto do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação**. Caderno de Saúde Pública, São Paulo, v.14, n.12, abril/jun, 1998.Disponível em:<http://www.scielo.br>.Acessoem:5out.2002.

TRINDADE, I.S et al. **Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica na População**

Urbana de Passo Fundo (RS), Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.7, n.2, São Paulo, p 27-130, 1998.

VITÓRIA. M. A de A. **Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento anti-retroviral AIDS** – Boletim Epidemiológico, Brasília, p15-9, 1998.

WILMORE, J. ,H; CSTILL, D.L **Fisiologia o esporte e do exercício** . 2º ed. Tamboré-Barueri, São Paulo, 2000.



Apêndices

APÊNDICE A**ENTREVISTA**Nº

Data da Coleta ____/____/____.

1- Dados de identificação do hipertenso

Nome: _____

Idade: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: ____/____/____.

Estado Civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Divorciado

Sexo: M () F ()

2. Dados Sócio-econômicos

Nível de escolaridade:

() Analfabeto () Fundamental incompleto () Fundamental completo

() Ensino médio incompleto () Ensino médio completo.

Renda Familiar

Sem renda fixa () até 2 SM () 3 -4 SM

3. Fatores de risco

Fumante: () Sim () Não

Bebe: () Sim () não

Caso sim, com que frequência/intensidade: _____

Exercício Físico: () sim () não

Caso sim, com que frequência/intensidade: _____

Peso (Kg) (_____) altura (cm) (_____) IMC(_____)

Dieta hipossódica () sim () não

Obesidade () sim () não

PA: sentado (_____)

4. Percepção sobre a doença.

O(a) senhor(a) tem conhecimento das doenças causadas pela pressão alta?

() sim

() não

Quais? _____

O(a) senhor(a) reconhece quando está com a pressão alta?

() sim

() não

O que sente? _____

5. Percepção sobre o tratamento

Faz uso de medicação para a sua doença? () sim () não

Quais? _____

O(a) senhor(a) toma quantos comprimidos por dia?

() apenas 1

() acima de 5

() 2 a 3

() não sabe informar

() 4 a 5

6. Suporte social

O senhor(a) conta com a ajuda de alguém para tomar seus remédios?

() Sim

() não

10. O(a) senhor(a) frequenta as reuniões do grupo de hipertensão do PSF São Januário II?

() sim

() não

Por quê? _____

7. Adesão ao tratamento

O(a) senhor(a) tem tomado a medicação nos horários recomendados pelo médico?

() sim

() não

Por quê? _____

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente de consentimento Livre e Esclarecido, eu _____, me disponho em participar da pesquisa.

“Adesão ao tratamento da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes atendidos no Programa de Saúde da Família São Januário II do município de Campina Grande - PB“, sob a responsabilidade da pesquisadora Mariceli Barbosa Alves.

O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informado pelo pesquisador de que:

1 - A pesquisa se justifica por possibilitar a descrição e análise do controle público e social do sistema local de saúde de Campina Grande.

2 – Esta pesquisa pretende contribuir de modo significativo para futuros estudos sobre o uso de anti-hipertensivos.

3 - Os dados serão coletados através de técnicas e instrumentos interativos.

4 - As entrevistas serão gravadas se houver minha permissão.

5 - Minha participação é voluntária, tendo eu a liberdade de desistir durante o processo de coleta de dados, caso venha desejar, sem risco de qualquer penalização.

6 - Será garantido o meu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados, e guardado sigilo de dados confidenciais.

7 – Caso sinta necessidade contatar a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados poderei fazê-lo pelo telefone 335- 1321.

8 – Ao final da pesquisa se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma podendo discutir os dados, com o pesquisador.

APÊNDICE C**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinado, coordenadores do Projeto “Adesão ao tratamento da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes atendidos no Programa Saúde da Família”, assumo cumprir fielmente as diretrizes regulamentadas, emanadas da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde /MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93.933, de 24 de Janeiro de 1997, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado.

Reafirmo, outrossim, minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e o sigilo das fichas correspondentes à cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitados pelo CEP/UEPB (Conselho de Ética em Pesquisa/ Universidade Estadual da Paraíba), ou CONEP(Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, a Secretaria Municipal de Saúde/PMCG, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/UEPB, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Orientanda _____
Mariceli Barbosa de Souza

Orientadora _____
Profª. Lindomar de Farias Belém - Drª.
Universidade Estadual da Paraíba



Anexas

ANEXO A

As seguintes condições são recomendadas por (MION Jr e NOBRE. F, 1997)

- Explicar o paciente o procedimento
- Certificar-se de que o paciente: a) não está com a bexiga cheia b) não praticou exercícios físicos;c)não ingeriu bebidas alcoólicas, café,alimentos ou fumou até 30 minutos antes da medida.
- Deixar o paciente descansar por 5 a 10 minutos antes em ambiente calmo com temperatura agradável.
- Localizar a artéria braquial por palpação
- Colocar o manguito adequado firmemente,cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial.
- Manter o braço do paciente na altura do coração.
- Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
- Palpar o pulso radial, inflar o manguito até desaparecimento do pulso pela estimacão do nível da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar de 15 a 30 segundos antes de inflar novamente.
- Colocar o estetoscópio nos ouvidos com a curvatura voltada para frente.
- Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial,na fossa antecubital, evitando compressão excessiva
- Solicitar que o paciente não fale durante a medida
- Inflar rapidamente , de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar 5 a 6 mmHg o nível estimado da pressão sistólica.
- Proceder à deflação a velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após a determinação da sistólica, aumentar para 5 a 6 mmHg por segundo, evitando congestão venosa e desconforto para o paciente.
- Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de korotkoff)que se intensifica com o aumento da velocidade da deflação
- A pressão diastólica corresponde ao desaparecimento do som (Fase V de korotkoff) após auscultar o som proceder a deflação.

-
-
- Registrar os valores da pressão sistólica e diastólica. Deverá ser registrado sempre o valor da pressão obido na escala do manômetro, que varia de 2 em 2 mmHg, evitando –se arredondamento
 - Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas

ANEXO B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente de consentimento Livre e Esclarecido, eu _____, me disponho em participar da pesquisa.

“Adesão ao tratamento da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes atendidos no Programa de Saúde da Família São Januário II do município de Campina Grande - PB“, sob a responsabilidade da pesquisadora Mariceli Barbosa Alves.

O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informado pelo pesquisador de que:

1 - A pesquisa se justifica por possibilitar a descrição e análise do controle público e social do sistema local de saúde de Campina Grande.

2 – Esta pesquisa pretende contribuir de modo significativo para futuros estudos sobre o uso de anti-hipertensivos.

3 - Os dados serão coletados através de técnicas e instrumentos interativos.

4 - As entrevistas serão gravadas se houver minha permissão.

5 - Minha participação é voluntária, tendo eu a liberdade de desistir durante o processo de coleta de dados, caso venha desejar, sem risco de qualquer penalização.

6 - Será garantido o meu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados, e guardado sigilo de dados confidenciais.

7 – Caso sinta necessidade contatar a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados poderei fazê-lo pelo telefone 335- 1321.

8 – Ao final da pesquisa se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma podendo discutir os dados, com o pesquisador.

ANEXO C**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA****Comitê de Ética em Pesquisa - UEPB****FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA**

Data da aprovação: 04/12/2002

Protocolo: **n. 088/02**

TÍTULO: Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial e seus determinantes em pacientes atendidos no Programa de saúde da Família (PSF) São Januário II do Município de Campina Grande.

RESPONSÁVEL: Mariceli Barbosa Alves

PARTICIPANTE(S):

PARECER

O Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba avaliou o projeto acima mencionado, considerando-o **APROVADO**, de acordo com a resolução no.196 do CNS.

Relator (es): Jovany Luis Alves de Medeiros


Sebastián Sánchez Martín

Coordenador do Comitê de Ética da UEPB