

Idosos hipertensos do município de Governador Valadares – MG: perfil socioeconômico e processo de adesão ao tratamento¹

Leonardo Oliveira Leão e Silva²
Marina Mendes Soares³
Líbia Gomes Monteiro⁴
Eliza de Oliveira Braga⁵
Suely Maria Rodrigues⁶
Carlos Alberto Dias⁷
Universidade Vale do Rio Doce

RESUMO

O maior desafio trazido pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é seu controle pelo paciente. Esse estudo do tipo transversal objetivou traçar o perfil socioeconômico de idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Governador Valadares/MG e identificar o nível de adesão ao tratamento. Participaram 99 idosos hipertensos. Os dados foram obtidos através de entrevista estruturada. Constatou-se que a maioria dos idosos pertence às classes econômicas C e D e não utilizam adequadamente a terapêutica recomendada. Conclui-se que embora a maioria tenha conhecimento da doença e do tratamento, poucos efetivamente seguem orientações dos profissionais de saúde.

Palavras chave: Hipertensão. Adesão ao Tratamento. Perfil socioeconômico. Idosos.

ÁREA TEMÁTICA: Demografia

¹ Trabalho apresentando um recorte de dados coletados na pesquisa *Portadores de hipertensão arterial sistêmica: representações dos pacientes a respeito da doença*, apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) através da concessão de Bolsa de Iniciação Científica.

² Enfermeiro, Mestre em Gestão Integrada do Território, Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Bolsista do PAPG da FAPEMIG.

³ Graduanda em Psicologia pela Universidade Vale do Rio Doce, Bolsista de Iniciação Científica da FAPEMIG.

⁴ Graduanda em Psicologia pela Universidade Vale do Rio Doce, Bolsista de Iniciação Científica da FAPEMIG.

⁵ Graduanda em Psicologia pela Universidade Vale do Rio Doce, Bolsista de Iniciação Científica da FAPEMIG.

⁶ Doutora em Saúde Coletiva, Professora do Programa de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território, da Univale.

⁷ Doutor em Psicologia Clínica, Professor do Programa de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território, da Univale.

A Hipertensão Arterial Sistêmica: definição e dados epidemiológicos

A HAS, manifestação clínica multifatorial, é descrita como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos, como hipertrofia cardíaca e vascular (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO, 1999). Representa um dos principais problemas de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento (DOLL *et al.*, 2002). Quando não tratada adequadamente, a HAS pode acarretar graves conseqüências a alguns órgãos alvos (CAR *et al.*, 1991. Como entidade isolada está entre as mais frequentes morbidades do adulto (LESSA *et al.*, 1998).

Esta doença é responsável em muitas vezes pela causa multifatorial da cardiopatia isquêmica e por quase metade da etiologia dos acidentes vasculares cerebrais, sendo a causa da cardiopatia hipertensiva. Como fator de risco para cardiopatia isquêmica e fator etiológico da cardiopatia hipertensiva, a HAS está frequentemente ligada à insuficiência cardíaca. De forma similar, o comprometimento isquêmico e as alterações glomerulares diretas tornam a HAS uma das mais frequentes causas de insuficiência renal crônica. Estas doenças, mesmo quando não são letais, levam o indivíduo, com frequência, à invalidez parcial ou total, além de trazer graves repercussões não só à pessoa acometida, mas também à família e sociedade (BRASIL, 2002).

Essa multiplicidade de conseqüências coloca a HAS na origem das doenças crônico-degenerativas. Desta forma, ela caracteriza-se como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2002).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2003), cerca de 17 milhões dos óbitos ocorridos no mundo foram causados por doenças cardiovasculares. Dentre elas sobressaíram-se as Cardiopatias e Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC). No Brasil, as mortes por doenças cardiovasculares têm aumentado anualmente, a saber: 27,4% em 2003, 27,9% em 2004, 28,2% em 2005, e 29,4% em 2006. Segundo Lotufo (2005), a principal causa de morte em todas as regiões do Brasil são os AVC, acometendo as mulheres em maior proporção.

Estes dados ressaltam a relevância social do estudo da HAS, considerando-se que é um problema de Saúde Pública que cresce com o envelhecimento. Visto que o Brasil está passando por um processo de transição demográfica, atenção especial deve ser dada à população idosa (IBGE, 2003). Esta é mais suscetível de desenvolver a doença, porque a prevalência de níveis de Pressão Arterial (PA) acima de determinados limites ou de sua média é maior quanto mais elevada a idade (FUCHS *et al.*, 1994; BORGES *et al.*, 2008).

As formas de tratamento da HAS consistem na adoção de tratamento medicamentoso ou não medicamentoso, ou ainda na associação de ambos (LESSA, 1998). O tratamento medicamentoso é indicado para hipertensos moderados e graves, bem como para pacientes com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou lesão importante de órgãos-alvo. No entanto, poucos hipertensos controlam adequadamente a PA através de um único agente terapêutico e, muitas vezes, faz-se necessária a associação do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, principalmente em indivíduos idosos e com comorbidades relevantes (LESSA *et al.*, 1998). O tratamento não medicamentoso exige a mudança de hábitos de vida consistindo no controle de peso, restrição alcoólica, abandono do tabagismo, cuidados alimentares e prática regular de atividade física (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 1998).

O modo como as pessoas fazem seus tratamentos está entre os maiores desafios no enfrentamento das doenças crônicas. Isto porque o tratamento dessas doenças envolve mudanças dietéticas, comportamentais, de estilo de vida e, em especial, uso de múltiplos medicamentos por períodos prolongados, ou mesmo, por toda a vida. Entende-se que os pacientes que têm a sua PA bem controlada são aqueles que, presumidamente, mantêm uma boa aderência. Aqueles que não têm a sua pressão sob controle são os que têm uma aderência ao tratamento passível de questionamento.

Apesar da grande variedade e disponibilidade dos agentes anti-hipertensivos disponíveis para o tratamento da HAS, menos de 1/3 dos pacientes hipertensos adultos tem a sua pressão adequadamente controlada. Dados epidemiológicos da população dos Estados Unidos da América têm evidenciado que, de 54% das pessoas que sabem ser hipertensas e recebem tratamento para esta condição, apenas 27% têm a sua PA controlada em níveis recomendados (VI *JOINT NATIONAL COMMITTEE*, 1997).

Dificuldades da adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

Devido a multiplicidade de fatores que a influenciam e as diversas formas de tratamento, a HAS representa um dos maiores desafios em saúde para o próprio hipertenso e para a sociedade, visto que uma das dificuldades encontradas no atendimento a pacientes hipertensos é a falta de aderência ao tratamento (CAR *et al.* 1991; LESSA, 2006). Segundo Lessa *et al.* (1998), 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tipo de tratamento e, dentre aqueles que o fazem, poucos têm a PA controlada. Entre 30% e 50% dos pacientes interrompem o tratamento no primeiro ano e 75%, depois de cinco anos de tratamento. Dentre os fatores que interferem na adesão ao tratamento, estão as condições de oferta do serviço de saúde; o relacionamento dos familiares e cuidadores com o hipertenso; o nível de conhecimento destes sobre a HAS; a quantidade de medicações ingeridas; o esquecimento e as mudanças de estilo de vida tais como seguimento da dieta e prática de atividades físicas.

A não-adesão do paciente ao tratamento tem constituído um grande desafio para os profissionais que o acompanha, e possivelmente tem sido responsável pelo aumento dos custos sociais com absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde, e aposentadorias por invalidez. Tal conclusão se deve ao fato de a HAS ter aumentado os custos destas complicações (SANTOS *et al.*, 2005).

Entre os hipertensos que iniciam o tratamento, de 16 a 50% abandonam a medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso, mostrando ser a não-adesão um fator relevante para a saúde pública. O impacto desses dados explica a alta prioridade dos profissionais de saúde em desenvolver estratégias que favoreçam o hipertenso continuar seguindo uma determinada terapêutica adotada, seja ela farmacológica ou não-farmacológica (RIERA, 2000).

Santos *et al.* (2005), em um estudo exploratório-descritivo, cujo objetivo foi analisar a adesão do cliente hipertenso ao tratamento com abordagem interdisciplinar, concluíram que a adesão ao tratamento foi insatisfatória. Tal observação acentua-se principalmente em relação às condutas higienodietéticas. Este fato estava associado a alguns fatores, tais como: o déficit de conhecimento sobre a doença e as condutas terapêuticas; ausência de sintomatologia da HAS; prática inadequada das atividades de autocuidado; custo e efeitos colaterais da medicação e participação sem efetividade nas atividades educativas. Os autores

desse estudo relatam como uma conduta primordial para a adesão ao tratamento a atuação interdisciplinar da equipe de saúde junto à clientela hipertensa. Tal ação, segundo eles, contribui para a adesão às condutas de manutenção e promoção da saúde.

Além de uma visão restrita ao doente, é necessária uma visão ampla, voltada à família, já que sua participação é imprescindível no processo de adesão da pessoa hipertensa ao tratamento. O familiar cuidador se encontra pressionado a adotar mudanças compatíveis com o objetivo de aderir a um novo formato de vida, o qual costuma demandar uma grande carga de energia, tolerância e boa vontade. Essas mudanças ocorrem de forma muito penosa. Por assim ser, as condutas terapêuticas devem ser pensadas como forma de favorecer o acesso e a permanência do portador de HAS em tratamento, tanto quanto fornecer apoio para que a família possa participar efetivamente do cuidado com este (SARAIVA *et al.*, 2007).

A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois, segundo a literatura, vários fatores a ela estão associados: paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); doenças (cronicidade, assintomatologia); crenças, hábitos culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, autoestima); tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida); instituição (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e de atendimento); e relacionamento com equipe de saúde (envolvimento e relacionamento inadequados) (SANTOS *et al.*, 2005).

Considerando-se a alta incidência de HAS na população e seu impacto sobre o bem-estar das pessoas, principalmente quando não cuidada adequadamente, o custo econômico das doenças crônico-degenerativas produz elevadas despesas para os sistemas de saúde e previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces, e, sobretudo para a sociedade, famílias e as pessoas portadoras dessas doenças. Diante disso, o Ministério da Saúde vem adotando várias estratégias e ações para reduzir o ônus das doenças cardiovasculares na população brasileira. Atualmente os principais esforços estão voltados para a estruturação da Atenção Primária em Saúde.

Uma das ações de reestruturação foi realizada a partir da criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ela trabalha com adscrição de clientela, cadastro e acompanhamento da população e se coloca como porta de entrada do sistema, na busca da resolutividade dos problemas de saúde locais. É importante registrar que a adoção da ESF como política prioritária de atenção primária, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais para a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2006).

O programa de controle da HAS do SUS propõe controlar os fatores de risco a essa patologia, fornecer suporte para prevenção secundária mediante o diagnóstico precoce e distribuição de medicamentos, bem como, minimizar as internações, complicações e mortalidade (BRASIL, 2002).

O tratamento adequado, que pode consistir tanto na adoção de estilo de vida saudável, quanto no uso de medicação ou a associação de ambos, baseado nas evidências científicas e consensos de especialistas é um passo fundamental para o controle da HAS e suas complicações.

A HAS, por ser uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos, terá seu tratamento mais efetivo com o apoio de vários profissionais de saúde. Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens, e a

formação de uma equipe multiprofissional proporcionará essa ação diferenciada, ampliando o sucesso do controle da HAS e dos demais fatores de risco cardiovascular. Prevenir e tratar a HAS envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Diante desses aspectos mencionados, o esforço conjunto de equipe multidisciplinar no sentido de entender melhor os pacientes e o empenho no sentido da mudança de estilo de vida podem resultar em melhor controle da HAS e em redução do risco cardiovascular global. A abordagem do paciente hipertenso não deve ser exclusivamente de um único profissional ou de competência de uma única especialidade (LOPES *et al.*, 2003).

As equipes multidisciplinares voltadas para o tratamento da HAS devem contar com diferentes profissionais da área da saúde tais como médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, professores de educação física, farmacêuticos e assistentes sociais. Na impossibilidade de reunir todos os tipos de profissionais, deve-se ao menos agregar aqueles disponíveis em cada local, desde que estejam imbuídos dos mesmos ideais de atendimento conjunto. É importante uma unidade de pensamento para atuação e treinamento adequado (JARDIM *et al.*, 1996).

As tarefas de cada um são específicas, mas em diversos momentos ocorre uma imbricação natural de funções, o que será revertido em benefício dos pacientes. Estes, sendo submetidos a um volume muito maior de informações sobre seus males e como evitá-los, acabarão por incorporar hábitos mais adequados e serão, efetivamente, elementos ativos no seu tratamento (JARDIM *et al.*, 1996).

Indubitavelmente a adesão ao tratamento da HAS, conforme as recomendações dos profissionais de saúde, é fundamental para que o paciente tenha um controle eficaz da PA. Por outro lado, sabe-se que esta adesão sofre influência de fatores ambientais, socioeconômicos e culturais a partir do qual são criados comportamentos que não favorecem o controle da PA, colocando em risco a saúde dos pacientes. Considerando tais pressupostos, julgou-se oportuno que este estudo tenha como objetivo identificar, dentre os pacientes idosos hipertensos atendidos pelas Estratégias Saúde da Família (ESFs), aqueles que estão aderidos (G1) ou não aderidos (G2) ao tratamento da doença e traçar o perfil dos dois grupos de pacientes (G1 e G2) abordando os aspectos socioeconômicos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal no qual utilizou-se uma abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa tem predominado nas áreas biomédicas, utilizando-se técnicas bioestatísticas, ciências físicas e epidemiológicas, para associar exposições e o aparecimento de doenças. Sua ênfase está em verificar uma hipótese ou teoria levantada, de forma dedutiva (Satange *et al.*, 1989; Steckler *et al.*, 1992; Santos, 1999). Pode-se citar como suas grandes vantagens: ser um método dedutivo, permitir o controle estatístico das variáveis, além de produzir um banco de dados que podem ser generalizados (Santos, 1999).

O estudo foi realizado na cidade de Governador Valadares-MG, mais especificamente nos distritos de Chonin de Cima e Chonin de Baixo com os idosos cadastrados nas ESFs desses distritos. Cada distrito conta com uma ESF

responsável pelo atendimento da população local. A escolha desses dois distritos deve-se ao fato de ter sido realizada no ano de 2007 uma pesquisa onde observou-se uma alta prevalência de HAS na população estudada, sobretudo entre os idosos, onde a prevalência encontrada estava em torno de 54% da população (CARDOSO, 2007).

Este estudo possui amostra censitária, pois foi realizado com todos os idosos hipertensos cadastrados nas unidades de ESF dos distritos envolvidos.

Na amostra foram incluídos 99 idosos hipertensos, com idade de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, de estado funcional independente. Foram excluídos idosos que possuíam estado funcional parcialmente independente e totalmente dependente, bem como aqueles que possuíam algum déficit cognitivo.

Os idosos, antes de serem submetidos aos procedimentos de coleta, foram informados dos objetivos da pesquisa e, ao demonstrarem estar de acordo em participar da investigação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, conforme estabelece o item IV da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Na coleta de dados fez-se uso de uma entrevista junto aos idosos e para garantir a uniformidade de procedimentos esta foi apoiada por um Roteiro Estruturado de Entrevista contendo questões abertas e fechadas. A técnica de entrevista atende principalmente às finalidades exploratórias, é bastante utilizada para o detalhamento de questões e formulações mais precisas dos conceitos relacionados.

Para determinação das condições socioeconômicas dos idosos participantes da pesquisa, foram utilizados como base os critérios de classificação econômica do Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Esse critério de classificação se fundamenta num sistema de pontos, baseado na escolaridade e posse de itens (TV, rádio, banheiro, automóvel, empregada doméstica mensalista, aspirador de pó, máquina de lavar roupas, videocassete ou DVD, geladeira, *freezer* independente) variando da classe A1, que possui as melhores condições socioeconômicas, à classe E, condição socioeconômica mais desfavorável (ABEP, 2009).

O formulário de entrevista contém um tópico para avaliação da PA, que segue os critérios da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Desta forma, para a realização da aferição da PA foi utilizada uma área ou sala arejada, no domicílio do participante, com reduzida influência ambiental criando uma atmosfera calma, sem tumultos e com o mínimo de ruídos. Neste local os idosos foram orientados a sentar-se e esperar no mínimo cinco minutos para que os conflitos, discussões e o deslocamento não interferissem nos resultados da aferição da PA. Certificou-se antes da aferição se o paciente não estava com a bexiga cheia, ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou nos últimos 30 minutos (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Para garantir a correta mensuração da PA, foram realizadas pelo menos três medidas, com intervalo de um minuto entre elas, sendo a média das duas últimas considerada a PA do idoso. Quando as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentaram diferença maior que 4 mmHg entre elas, foram realizadas novas medidas até que se obteve medidas com diferença inferior ou igual a 4 mmHg, utilizando-se a média das duas últimas medidas como a PA do idoso.

Quanto ao equipamento, o esfigmomanômetro utilizado foi do tipo aneróide devidamente calibrado. Para realização da calibração foi realizada a testagem contra um aparelho de coluna de mercúrio usando conector em forma de Y.

Foi utilizada na pesquisa a classificação de PA proposta pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Por ela, o idoso foi classificado no estágio apontado pelo componente mais elevado entre a PA sistólica ou diastólica (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Para a avaliação da adesão ao tratamento da HAS, foi inserido no Roteiro de Entrevista a Escala de Autorrelato da Adesão desenvolvida por Morisky *et al.* (1986). Esta Escala consiste em um questionário contendo quatro questões que verificaram se o paciente se esqueceu de administrar seu medicamento, se administrou na hora prescrita e se deixou de administrar por sentir-se melhor ou pior. As respostas foram pontuadas em sim e não, sendo atribuído o valor de 1 para cada resposta afirmativa (em relação à não-adesão) e zero (em relação à adesão) para as negativas. Escore zero indica máxima adesão, de 1 a 2, moderada e de 3 a 4, baixa adesão.

Os locais de coleta foram as residências dos participantes. Procurou-se identificar no domicílio do idoso um ambiente que apresentasse boa iluminação, ventilação adequada, cadeiras confortáveis, tranquilidade e silêncio, procurando assegurar a privacidade dos participantes.

Durante a realização da entrevista, o entrevistador fazia a pergunta prevista e assumia uma postura de instigador, explorando ao máximo a fala do informante, buscando verificar o entendimento das questões. Cada entrevista teve a duração de 30 a 40 minutos. Esse tempo permitiu que todas as dimensões fossem abordadas adequadamente sem, no entanto, causar fadiga, desatenção ou dispersão dos participantes.

Para o desenvolvimento deste trabalho, foi obtida a autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Governador Valadares, responsável pelas Unidades de ESF selecionadas. Este projeto também foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIVALE antes da sua execução, obtendo parecer favorável para sua execução conforme PARECER CEP/UNIVALE 002/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Adesão ao tratamento da HAS

Há diversos métodos, diretos e indiretos, de avaliação da adesão ao tratamento, todos com vantagens e desvantagens. Dentre os métodos indiretos, podem-se citar: relatório do próprio paciente, opinião do médico, diário do paciente, contagem de comprimidos, reabastecimento de receitas e desfecho clínico. Esses métodos não levam à confirmação de que o paciente tenha realmente tomado a medicação, porém são de fácil aplicação (OIGMAN, 2006).

Um dos métodos mais utilizados é a entrevista estruturada, por sua aplicação mais acessível e de menor custo. O maior problema apontado para esse método é a superestimação da adesão decorrente da possibilidade de que o paciente 'esconda' do entrevistador ou da equipe de saúde a forma como, na realidade, efetivou o tratamento prescrito (OIGMAN, 2006).

O teste de Morisky *et al.* (1986) tende a superestimar a não adesão, ao contrário do que ocorre com os métodos indiretos. Sendo o teste baseado em formulário padronizado não levando em consideração os aspectos subjetivos do paciente, alguns autores chamam a atenção para o fato de que a validade do teste depende da sinceridade do entrevistado e da existência de uma relação de confiança entre este e o avaliador. Embora confiável, é criticado por não dar ao

paciente a oportunidade de expressar suas dificuldades e seu entendimento a respeito do tratamento (LEITE & VASCONCELOS, 2003).

De acordo com o teste de Morisky (1986), considera-se aderente ao tratamento proposto o paciente que obteve pontuação máxima de 4 pontos e não aderente aquele que obteve 3 pontos ou menos. Com base na avaliação realizada conforme o teste de Morisky, dos idosos estudados, 62 (62,6%) não aderem ao tratamento anti-hipertensivo prescrito pela equipe médica.

Tomando-se como referência os resultados obtidos com base neste teste, os idosos foram divididos em dois grupos: G1, com 37 idosos aderentes ao tratamento; G2, com 62 idosos não aderentes ao tratamento.

Perfil Socioeconômico dos idosos hipertensos

A classe socioeconômica foi identificada em diversos trabalhos como um fator de risco independente para as doenças cardíacas (BRASIL, 2002). Estes estudos relatam ainda que a classe socioeconômica poderia impor aos indivíduos um estilo de vida, resultando no acúmulo de alguns fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DRAGANO *et al.*, 2007). Dentre estes fatores o tabagismo, a obesidade, a PA elevada e a inatividade física são mais prevalentes entre pessoas de baixa posição socioeconômica.

Conforme indicado na TAB. 1, a maior parte dos idosos participantes do presente estudo possui idade em torno de 60 a 70 anos (48,5%), tendo o mais novo 60 e o mais velho 93, perfazendo uma média de 70,4 anos (DP= \pm 7,46). As mulheres (62,6%) e aposentados (60,6%) constituem a maioria, com predominância da etnia negra (33,3%). Mais da metade (51,5%) dos idosos vive em regime de uma união estável, e a maior parte foi classificada entre as classes C (38,4%) e D (52,5%). Estes dados demonstram o baixo nível socioeconômico dessa população.

O G1 possui idosos com idade em torno de 60 a 70 anos, perfazendo uma média de 70,3 anos (DP= \pm 8,04). Em sua maioria, são do sexo feminino (70,3%), aposentados (51,4%) com predominância daqueles classificados dentro da classe socioeconômica C (45,9%). Já o G2 possui boa parte dos idosos com idade em torno de 60 a 70 anos, perfazendo uma média de 70,5 anos (DP= \pm 7,16). Esse grupo constitui-se em sua maioria de mulheres (58,1%), aposentados (66,1%) e categorizados dentro da classe socioeconômica D (58,1%).

Em suma, o G2 possui uma maior proporção de idosos com idade em torno de 70 a 80 anos (43,5%), classe socioeconômica mais baixa (64,2%), D e E, e maior número de indivíduos de etnia negra (37,1%). Possivelmente, estas condições contribuíram para uma alta taxa de não adesão ao tratamento entre os idosos hipertensos deste grupo. Tal fato está de acordo com os achados de Machado *et al.* (2008), onde afirmam que as condições socioeconômicas são preditoras da falta de adesão ao tratamento, ou seja, quanto mais baixos os níveis socioeconômicos, menores são as taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Os mesmos autores atribuem ainda essa situação ao menor conhecimento da doença e ao difícil acesso aos serviços de saúde. Contudo, tal assertiva não foi verificada no presente estudo, já que os idosos em questão demonstraram ter conhecimento acerca da HAS, bem como um acesso facilitado à medicação e aos serviços de saúde.

TABELA 1 – Fatores sócio-demográficos associados ao nível de adesão ao tratamento em idosos de um distrito rural de Governador Valadares - MG.

Fatores sócio-demográficos associados	Geral		Grupo G1		Grupo G2	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Idade						
60 a 70	48	48,5	18	48,6	30	48,4
De 70 a 80	40	40,4	13	35,1	27	43,5
80 e mais	11	11,1	6	16,2	5	8,1
Sexo						
Masculino	37	37,4	11	29,7	26	41,9
Feminino	62	62,6	26	70,3	36	58,1
União Estável						
Sim	51	51,5	19	51,4	32	51,6
Não	48	48,6	18	48,6	30	48,4
Situação de Trabalho						
Aposentado	60	60,6	19	51,4	41	66,1
Em Exercício	12	12,1	7	18,9	5	8,1
Sem Vínculo	27	27,2	11	29,7	16	25,8
Cor/Raça						
Negra	33	33,3	10	27,0	23	37,1
Outras	66	66,6	27	73,0	39	62,9
Classificação da Classe Socioeconômica						
B	1	1,0	1	2,7	0	0,0
C	38	38,4	17	45,9	21	33,9
D	52	52,5	16	43,2	36	58,1
E	8	8,1	3	8,1	5	8,1

Fonte: Pesquisa de Campo – 2010

Casos Válidos: 99

Adesão ao tratamento e fatores intervenientes

O conceito tradicional de adesão refere-se à situação na qual o comportamento do paciente corresponde à recomendação da equipe de saúde. No entanto, tal comportamento pode sofrer a ação de diversos fatores relacionados ao próprio paciente, ao serviço de saúde, ou então, à própria doença.

Em relação ao próprio paciente, foram avaliados os seguintes fatores: presença e tempo decorrido da última consulta para controle da HAS; participação nas atividades em grupo; abandono do tratamento medicamentoso em algum momento da vida; ajuda da família no tratamento; presença de dificuldades em seguir as orientações para o tratamento; uso de tabaco; consumo de álcool; prática de exercícios físicos; frequência de exercícios físicos e concomitante problema de saúde.

Observou-se que o tempo decorrente entre a entrevista e a última consulta foi em média de 3,5 meses (DP= ±6,59). Embora a maioria, 92 (92,9%), tenha comparecido à última consulta, menos da metade, 44 (44,5%), foi atendida num tempo inferior a dois meses. Um total de 41 (41,4%) dos entrevistados possuía dificuldades em seguir as orientações da equipe de saúde; e apenas 34 (34,3%)

receberam ajuda da família para realização do tratamento. Outro ponto a destacar é o fato de que apenas 33 (33,3%) dos entrevistados tinham participado, em algum momento, das atividades educativas propostas pela equipe de saúde (TAB. 2).

O consumo de tabaco, a ingestão de bebidas alcoólicas e a prática de exercícios físicos foram questionados para observar a interferência destes na adesão. Desta forma, observa-se que entre os idosos apenas 10 (10,1%) fazem o uso de álcool, 16 (16,2%) usam algum tipo de tabaco, e 27 (27,3%) praticam exercícios físicos. Destes últimos, 16 (59,3%) o fazem diariamente e 11 (40,7%), ao menos três vezes por semana. Quanto à presença de outras doenças concomitantes à HAS, apenas 28 (28,3%) possuíam doenças como diabetes *mellitus*, câncer, dentre outras (TAB. 2).

No que diz respeito à presença de idosos na última consulta para tratamento da HAS, pode-se dizer que tanto o G1 (91,9%) quanto o G2 (93,5%) se mostram assíduos. No G1, o tempo médio decorrente entre a entrevista e a última consulta foi de 2,7 meses (DP= $\pm 2,62$), tendo sido observado maiores índices da prática de exercícios físicos (35,1%) e menores dificuldades em seguir as orientações prescritas pela equipe de saúde (24,3%), em relação ao G2. Neste último, o tempo médio decorrente entre a entrevista e a última consulta foi de 3,9 meses (DP= $\pm 8,08$). A participação nos grupos operativos realizados nas unidades de saúde é baixa (38,7%), embora os idosos desse grupo (37,1%) recebam maior ajuda dos familiares para o tratamento. Além disso, esse grupo apresenta maiores índices quanto a dificuldades em seguir as orientações da equipe de saúde (51,6%), consumo de bebidas alcoólicas (11,3%), uso de tabaco (19,4%), bem como maior número (32,2%) daqueles que, em algum momento, abandonaram o tratamento medicamentoso (TAB. 2).

Os dados apresentados pelo G1 mostram concordância com o exposto na literatura onde se aponta a necessidade de uma melhor educação e informações mais claras ao paciente sobre a doença e suas possíveis complicações, bem como acompanhamento periódico dos pacientes por meio de consultas para aumento da adesão ao tratamento (LESSA *et al.*, 2006). Em um estudo realizado com 353 hipertensos, Mion & Pierin (1996) apontam que, dentre os principais motivos que contribuem para o paciente abandonar o tratamento, estão aqueles relacionados ao medicamento: o alto custo, tomar várias vezes ao dia, efeitos indesejáveis, desconhecimento das complicações, ausência de sintomatologia, esquecimento, falta de conhecimento para tratar. Esses achados evidenciam a necessidade de uma educação em saúde e orientação pelos profissionais de saúde acerca da terapêutica utilizada pelos idosos.

Gusmão *et al.* (2009) e Fae *et al.* (2006) relatam que o baixo índice de adesão ao tratamento da HAS entre idosos tem relação direta com a falta de informação sobre o tratamento. Quando a conscientização adequada ao paciente é negligenciada, pode acarretar o uso incorreto do medicamento e levá-lo a não seguir de maneira satisfatória as prescrições médicas. Gusmão *et al.* (2009) ainda acrescentam que a complexidade do regime terapêutico, como número de doses, comprimidos e horário das tomadas, duração do tratamento, falha de tratamentos anteriores, mudanças frequentes no tratamento e influência deletérea na qualidade de vida também são fatores que determinam a forma como o paciente vai se portar e aceitar o tratamento. Em decorrência, Fae *et al.* (2006) indicam como propostas para potencializar o regime terapêutico e aumentar a adesão ao tratamento uma melhor avaliação inicial para evitar constantes mudanças de esquema terapêutico e, sempre que possível, a prescrição de menor número de medicamentos.

TABELA 2 – Fatores associados à adesão ao tratamento da HAS, pacientes idosos residentes num distrito de Governador Valadares - MG

Fatores associados à adesão ao tratamento ligados ao paciente	Geral		Grupo G1		Grupo G2	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Presença na Última Consulta						
Sim	92	92,9	34	91,9	58	93,5
Não	7	7,1	3	8,1	4	6,5
Tempo da Última Consulta (Meses)						
Menos de 1	8	8,1	4	10,8	4	6,5
De 1 a 2	36	36,4	13	35,1	23	37,1
De 2 a 3	16	16,2	5	13,5	11	17,7
De 3 a 4	8	8,1	3	8,1	5	8,1
Acima de 5	31	31,3	7	18,9	17	27,4
Participação nas Atividades em Grupo						
Sim	33	33,3	9	24,3	24	38,7
Não	66	66,7	28	75,7	38	61,3
Abandono do Tratamento Medicamentoso						
Nenhuma	72	72,7	30	81,1	42	67,7
1 a 3 vezes	15	15,2	5	13,5	10	16,1
4 ou mais	12	12,1	2	5,4	10	16,1
Ajuda da Família						
Sim	34	34,3	11	29,7	23	37,1
Não	65	65,7	26	70,3	39	62,9
Dificuldade em Seguir as Orientações						
Sim	41	41,4	9	21,3	32	51,6
Não	58	58,6	28	75,7	30	48,4
Consumo de Bebidas Alcoólicas						
Sim	10	10,1	3	8,1	7	11,3
Não	89	89,9	34	91,9	55	88,7
Cigarro						
Sim	16	16,2	4	10,8	12	19,4
Não	83	83,8	33	89,2	50	80,6
Exercícios Físicos						
Sim	27	27,3	13	35,1	14	22,6
Não	72	72,7	24	64,9	48	77,4
Frequência de Exercício físico						
Todos os dias	16	59,3	7	53,8	9	64,3
Até três vezes por semana	11	40,7	6	46,2	5	35,7
Problema de Saúde Concomitante						
Sim	28	28,3	12	32,4	16	25,8
Não	78	78,8	28	75,7	50	80,6

Fonte: Pesquisa de Campo – 2010

Casos Válidos: 99

.Em trabalho realizado com 72 hipertensos cadastrados e acompanhados no Centro de Saúde Escola, Baldissera *et al.* (2009) concluíram que a maioria dos entrevistados não aderiu ao tratamento não-farmacológico, principalmente em relação à dieta e à prática de atividade física. Tal achado foi observado no presente estudo, sendo que o G2 obteve os piores índices de prática de exercícios, bem como em relação ao consumo de tabaco e álcool. Segundo Baldissera *et al.* (2009), este fato pode estar associado ao entendimento de que as restrições da dieta, como por exemplo, a diminuição da ingestão de sódio, denotam a ideia de castigo por

estarem ligadas ao prazer em degustar alimentos, ou ainda, associado à perda da liberdade de escolha.

Em relação ao serviço de saúde, foram avaliados os seguintes fatores: satisfação com os serviços de saúde; acesso aos medicamentos; profissionais de quem recebeu orientações e forma de obtenção dos medicamentos (TAB. 3).

Observou-se que 50 (50,4%) idosos possuíam acesso a toda a medicação prescrita e 38 (38,4%) demonstraram possuir baixa satisfação com o serviço de saúde. A maioria, 71 (71,7%), relatou ter recebido do médico as orientações relacionadas ao tratamento medicamentoso, e ainda um número mais expressivo, 74 (74,8%), relatou ter obtido a medicação junto ao serviço público de saúde (TAB. 3).

TABELA 3 – Fatores associados à adesão ao tratamento da HAS ligados aos serviços de saúde responsáveis pela atenção aos idosos residentes em distritos de Governador Valadares - MG

Fatores associados a adesão ao tratamento ligados ao Serviço de Saúde	Geral		Grupo G1		Grupo G2	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Satisfação com os Serviços						
Satisfeito	60	60,6	23	62,2	37	59,7
Parcialmente satisfeito	28	28,3	7	18,9	21	33,9
Insatisfeito	10	10,1	6	16,2	4	6,5
Acesso a Medicamentos						
Sim	50	50,5	15	40,5	35	56,5
Não	44	44,4	19	51,4	25	40,3
NA	5	5,1	3	8,1	2	3,2
Orientações Recebidas						
Médico	71	71,7	31	57,4	40	43,5
Enfermeiro	38	38,4	13	24,1	25	27,2
Técnico de Enfermagem	14	14,1	3	5,6	11	12,0
Agente Comunitário de Saúde	11	11,1	3	5,6	8	8,7
Outros	12	12,1	4	7,4	8	8,7
Local de Obtenção de Medicamentos						
SUS	74	74,8	26	70,3	48	77,4
Necessita comprar	23	23,2	10	27,0	13	21,0
Ambos	2	2,0	1	2,7	1	1,6

Fonte: Pesquisa de Campo – 2010

Casos Válidos: 99

Não foram identificadas grandes divergências entre o G1 e G2 quanto aos fatores *Satisfação com os serviços* e *Local de obtenção de medicamentos*. A maior divergência entre eles refere-se ao *Acesso a medicamentos*, que está disponível para apenas 15 (40,5%) dos idosos do G1, contra 35 (56,5%) do G2; e, ao *Profissional de quem receberam as orientações*, que segundo 31 (57,4%) idosos do G1, foi do médico, contra 40 (43,5%) do G2 (TAB. 3).

Tais fatores analisados são discutidos por um estudo de Lessa *et al.* (2006) sobre HAS, onde sugerem que a distribuição gratuita da medicação é fator essencial para a adesão do paciente ao medicamento anti-hipertensivo. No entanto, mesmo o G2 tendo maior proporção de idosos recebendo medicação gratuitamente, isso não impediu de terem maiores índices de não adesão ao tratamento. Isso indica que nesse grupo essa não foi uma variável determinante da não adesão.

Por outro lado, Andrade *et al.* (2002) observaram, que entre as razões da não adesão mais citadas pelos participantes de seu estudo, uma se referia à falta de

uma comunicação adequada entre o paciente e seu médico. Havia uma falta de trocas de informações relativas à doença e às sérias consequências do abandono do tratamento. Tais achados foram observados no presente estudo, uma vez que os participantes do G2 recebem orientações de profissionais de saúde do nível técnico com maior frequência que os do G1. Esta ocorrência constitui-se um fator de redução dos momentos de comunicação entre o médico ou enfermeiro com os pacientes. Manfroi e Oliveira (2006) consideram que a comunicação entre profissional (de nível superior devidamente capacitado) e paciente tem por objetivo tentar corrigir as dificuldades, juntamente com o paciente, para melhorar o controle da HAS.

A relação entre o profissional de saúde e o paciente constitui-se fator influenciador da adesão ao tratamento. Em um estudo descritivo qualitativo, Reiners (2009) concluiu que na interação entre o profissional de saúde e o usuário hipertenso, muitas vezes o profissional abre mão da estratégia de conscientização, deixando de exercer seu papel de educador e auxiliar do tratamento. Dessa maneira, o acompanhamento do paciente tem sido realizado de maneira inadequada. Diante do abandono, o usuário realiza o tratamento a seu modo, o que pode ser prejudicial à saúde dele.

Em relação à doença, foram avaliados os seguintes fatores: controle da pressão; classificação da PA; tempo de diagnóstico; reconhecimento das consequências da HAS (TAB. 4).

TABELA 4 – Classificação, controle e fatores da HAS entre idosos de um distrito rural de Governador Valadares-MG

Classificação e controle da HAS	Geral		Grupo G1		Grupo G2	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Classificação da Pressão Arterial						
Ótima	7	7,1	2	5,4	5	8,1
Normal	6	6,1	2	5,4	4	6,5
Normal Alta	12	12,1	6	16,2	6	9,7
Hipertensão Estágio 1	38	38,4	13	35,1	25	40,3
Hipertensão Estágio 2	21	21,2	8	21,6	13	21,0
Hipertensão Estágio 3	15	15,2	6	16,2	9	14,5
Controle da Pressão						
Sim	24	24,2	9	24,3	15	24,2
Não	75	75,8	28	75,7	47	75,8
Tempo de Diagnóstico						
Menos de 10	39	39,4	12	32,4	27	43,5
De 10 a 20	27	27,3	12	32,4	15	24,2
De 20 a 30	19	19,2	6	16,2	13	21,0
30 e mais	14	14,1	7	18,9	7	11,3
Reconhecimento das consequências da HAS						
Sim	88	88,9	31	83,8	57	91,9
Não	11	11,1	6	16,2	5	8,1

Fonte: Pesquisa de Campo – 2010
Casos Válidos: 99

Foi registrada uma taxa de controle pressórico de apenas 25%, sendo esta muito aquém dos valores aceitáveis. Tomando-se como referência as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, há uma prevalência de 75,8% de idosos com a PA acima dos limites considerados para normalidade. O tempo médio de diagnóstico

da HAS entre os idosos foi de 15 anos (DP= $\pm 11,2$) e cerca de 88 (88,9%) reconhecem que esta pode debilitar sua saúde com o passar dos anos (TAB. 4).

Conforme os dados apresentados na TAB. 4, não foram identificadas grandes divergências entre o G1 e G2 quanto aos fatores *controle da PA e reconhecimento da consequências da HAS*. A maior divergência entre eles refere-se ao tempo de diagnóstico da HAS, onde se percebe que o G1 possui um tempo médio de diagnóstico maior, 17,2 (DP= $\pm 13,98$), quando comparado ao G2, 13,7 (DP= $\pm 10,41$). Vale salientar que, sendo o G1 composto de sujeitos aderidos ao tratamento, no presente estudo o maior tempo de diagnóstico parece ter influenciado positivamente nesta adesão.

CONCLUSÃO

Foi possível observar que os idosos desta pesquisa formam um grupo de indivíduos com maior participação de mulheres. Possui pouca escolaridade e baixa renda econômica.

Percebeu-se ainda que estes idosos apesar de possuírem acesso às informações sobre a doença e seu tratamento, apresentam adesão insatisfatória ao uso de medicamentos.

A HAS é importante causa direta ou indireta da morbidade e mortalidade por doenças do aparelho circulatório. Seu controle depende de medidas dietéticas e de mudança no estilo de vida e, quando necessário, do uso regular de medicamentos. No entanto, tal controle está sendo negligenciado. A insuficiente adesão ao tratamento medicamentoso ou não medicamentoso tem sido apontada como um dos importantes determinantes desse problema.

Considera-se que a adesão ao tratamento da HAS é fundamental para que o paciente tenha uma melhor qualidade de vida e menor risco de complicações cardiovasculares. A realidade apontada nesse trabalho assinala a importância do papel dos profissionais de saúde no tratamento da HAS, já que são corresponsáveis pela promoção da saúde de seus pacientes. Tais profissionais, atuando de forma interdisciplinar, devem desenvolver estratégias para que seus pacientes superem as dificuldades de adoção de terapêuticas adequadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, J. P. *et al.* Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 79, n. 4, Oct., 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – ABEP. **Critério de classificação Econômica Brasil**. Disponível em http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf. Acessado em 5 de Agosto de 2009.

BALDISSERA, V. D. A.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009 mar;30(1):27-32.

BORGES, H. P.; CRUZ, N. C.; MOURA, E. C. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 91, n. 2, Aug. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus**: Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 102p. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 399. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006** - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. 2006.

CAR, M. R.; PIERIN, A. M. G.; AQUINO, V. L. A. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da Hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enferm.**, 25, 259-69, 1991.

CARDOSO, R. F. **Prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em duas unidades do Programa Saúde da Família (Chonim e Caic) de Governador Valadares (MG), 2007** [Dissertação]. Governador Valadares: Universidade Vale do Rio Doce. Mestrado em Ciências Biológicas, 2007.

CONSELHO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. III Consenso brasileiro de hipertensão arterial. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** 43-4, 1999.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. 4. **Hipertensão 2002**; Sociedade Brasileira de Cardiologia. 5, 123-63.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. 5. **Hipertensão 2006**; Sociedade Brasileira de Cardiologia. 6.

DRAGANO, N.; BOBAK, M.; WEGE, N. *et al.* Neighbourhood socioeconomic status and cardiovascular risk factors: a multilevel analysis of nine cities in the Czech Republic and Germany. **BMC Public Health.** n 7, 255, 2007.

DOLL, S.; PACCAUD, F.; BOVET, P.; BURNIER, M.; WIETLISBACH, V. Body mass index, abdominal adiposity and blood pressure: Consistency of their association across developing and developed countries. **Int J Obes Relat Metab Disord.** 26, 48-57, 2002.

FAE, A. B.; OLIVEIRA, E. R. A.; SILVA, L. T.; CADÊ, N. V.; MEZADRI, V. A. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2006 jan/mar; 14(1):32-6.

FUCHS, F. D.; MOREIRA, L. B.; MORAIS, R. S.; BREDEMEIER, M.; CARDOZO S. C. Prevalência de hipertensão e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. **Arq. Bras. Cardiol**, 63, 473-9, 1994.

GUSMÃO, J. L.; GINANI, G. F.; SILVA, G. V.; ORTEGA, K. C.; JÚNIOR, D. M. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens** vol.16(1):38-43, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: 2003.

JARDIM P. C. B. V., *et al.* Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina, Ribeirão Preto**, 29: 232-238, abr./set. 1996.

JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE. - The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **Arch. Intern. Med.**, 157:2413-46, 1997.

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

LESSA I.; *et al.* **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

LESSA, Í. *et al.* Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 87, n. 6, Dec. 2006.

LOPES, H. F. *et al.* Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Rev Soc Cardiol**, São Paulo, Vol. 13, nº 1, Janeiro/Fevereiro, 2003.

LOTUFO, P. A. Stroke in Brazil: a neglected disease. **Med J**, Sao Paulo.123(1):3-4, 2005.

MACHADO, C. A.. Adesão ao tratamento – Tema cada vez mais atual. **Rev. Bras. Hipertensão**, vol.15(4): 220-221, 2008.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com**, Rio de Janeiro, v.2, nº 7, out /dez, 2006.

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

MORISKY D. E.; GREEN L. W.; LEVINE D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**, 24: 67-74, 1986.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003.

REINERS, A. A. O.; NOGUEIRA, M. S. Conscientização do usuário hipertenso para a adesão ao tratamento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.17 no.1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2009.

RIERA, A. R. P. **Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêutica**. São Paulo: Atheneu; 2000.

SANTOS, S. R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **Jornal de Pediatria**, v.75, n.6, p.401-406, 1999.

SANTOS, Z. M. S. A. *et al* . Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, Sept. 2005.

SARAIVA, K. R. O. *et al* . O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, Mar. 2007.

SATANGE, K. C. *et al*. Integrating qualitative and quantitative research methods. **Farm. Med.**, v.21, n.2, p.448-451, 1989.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Diretrizes brasileiras de hipertensão**. 5. 78p. 2006.

STECKLER, A. *et al*. Towards integrating qualitative and quantitative methods: an introduction. **Health Educat.**, v.19, n.1, p1-8, 1992.