

# Hipertensão Arterial Sistêmica: análise de Perfis dos níveis de adesão ao tratamento da doença <sup>1</sup>

Marina Mendes Soares<sup>2</sup>  
Maria Alice Balbino de Carvalho<sup>3</sup>  
Ananda Vieira Moraes<sup>4</sup>  
Suely Maria Rodrigues<sup>5</sup>  
Leonardo Oliveira Leão e Silva<sup>6</sup>  
Ana Maria de Oliveira Cintra<sup>7</sup>  
Gilvan Ramalho Guedes<sup>8</sup>  
Carlos Alberto Dias<sup>9</sup>

## Resumo

O maior desafio trazido pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é seu controle pelo paciente. Tendo como objetivo identificar as características de grupos com diferentes níveis de adesão ao tratamento, realizou-se este estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, entrevistando 104 hipertensos de Meia Idade e Terceira Idade de Governador Valadares-MG. Os dados indicam baixa predominância de comportamentos pró-saúde em todos os grupos, inferindo que os entrevistados emitem comportamentos de risco à própria saúde. A intervenção nesta realidade exige que se atente para as percepções do paciente sobre a doença e tratamento, bem como as características predominantes nas atitudes e comportamentos destes.

**Palavras-chave:** hipertensão, adesão ao tratamento, perfis.

**Sessão Temática:** Demografia

---

<sup>1</sup> Este artigo é um recorte da pesquisa “Hipertensão arterial sistêmica: práticas comportamentais, qualidade de vida e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento”, apoiada pelo CNPq Processo 401288/2013-7, pela FAPEMIG com concessão de Bolsas de Iniciação Científica e pela CAPES com concessão de Bolsa de Mestrado (PROSUP).

Este trabalho contou com o apoio da FAPEMIG.

<sup>2</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, bolsista do PROSUP(CAPES)

<sup>3</sup> Graduanda em Psicologia pela Universidade Vale do Rio Doce, bolsista do PIBIC/FAPEMIG

<sup>4</sup> Graduanda em Psicologia pela Universidade Vale do Rio Doce, bolsista do PIBIC/FAPEMIG

<sup>5</sup> Doutora em Saúde Coletiva, professora do Programa de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce

<sup>6</sup> Doutorando em Saúde Coletiva, professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro

<sup>7</sup> Doutora em Saúde Pública, professora da Universidade Federal de São João Del Rei

<sup>8</sup> Doutor em Demografia, professor da Universidade Federal de Minas Gerais

<sup>9</sup> Doutor em Psicologia, professor da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

## INTRODUÇÃO

Contrário ao que ocorria no passado, na atualidade, em função do avanço da Medicina e da Farmacologia as doenças crônicas não levam fatalmente a óbitos. Apesar de muitos casos serem passíveis de cura quando tratados em estágios iniciais, o aumento da sobrevida do paciente não garante uma melhor Qualidade de Vida (QV) ou eliminação do sofrimento. As condições debilitantes a que ficam sujeitos os pacientes conduzem necessariamente a múltiplas implicações práticas e psicológicas, que dificultam a adesão pelo paciente ao tratamento da doença (GUIMARÃES, 1999).

Há décadas, as doenças crônicas têm sido objeto de estudo de pesquisadores cujos resultados demonstraram que essas doenças, quando não são hereditárias, podem refletir a inadequada adesão às orientações dos profissionais de saúde: alimentação imprópria, hábitos indesejáveis, vida sedentária ou desregrada. Tais condições têm sido particularmente observadas em relação a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Esta é uma doença crônica, degenerativa, assintomática, caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados (LESSA, 2006). Como entidade isolada, está entre as mais frequentes morbidades do adulto, uma vez que não tratada adequadamente acarreta graves consequências a alguns órgãos-alvo (OPARIL, 2001).

A HAS é a mais prevalente doença vascular no mundo e possui elevado fator de risco para doenças cerebrovasculares. 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. Estatisticamente, a doença vascular cerebral tem sido a principal causa de morte no Brasil. Devido a investimentos nesta área, no período de 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular. Mesmo assim, em 2007 foram registrados 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (STOWASSER, 2009).

Uma das dificuldades encontradas no atendimento a pacientes hipertensos é a falta de adesão 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. 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.

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 HAS, porque a prevalência de níveis de PA acima de determinados limites ou de sua média é maior quanto mais elevada a idade (FUCHS *et. al.*, 1994; BORGES *et. al.*, 2008).

Se por um lado é na terceira idade que aumenta o risco de doenças crônicas, com destaque para as cardiovasculares associados à HAS, por outro, é nas fases anteriores

do ciclo da vida, Adulto Jovem e Meia Idade (40-49 anos), que são estruturados comportamentos que contribuem para a adesão ou não ao tratamento desta doença. Esse quadro faz com que seja necessário que os profissionais de saúde procurem conhecer, em profundidade, o modo como os hipertensos pertencentes a diferentes faixas etárias percebem a doença e a terapêutica, que por sua vez criam condições para que este ou aquele fator os impeçam de aderir ao tratamento.

O tratamento adequado é um passo fundamental para o controle da HAS e suas complicações. 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, 2006).

O alto índice de mortalidade da HAS, diretos ou indiretos e os baixos indicadores de controle da PA, demonstram a necessidade de se avaliar os fatores que podem interferir na adesão ao tratamento. O conhecimento existente a respeito da HAS e das medidas de controle constituem-se em elementos significativos capazes de reduzir drasticamente óbitos decorrentes desta doença, desde que aplicados corretamente em sua totalidade.

Percebe-se neste contexto uma estreita relação entre HAS, tratamento e complicações/morte de portadores da doença. Esta problemática encontra-se permeada de múltiplos fatores. A compreensão de tais fatores permite o entendimento de muitos comportamentos em saúde e conseqüentemente, a prevenção de muitos agravos.

Diante desses aspectos mencionados, o esforço conjunto da 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 adequados (JARDIM *et al.*, 1996).

Considerando tais pressupostos, julgou-se oportuno que este estudo tenha como objetivo identificar as características de grupos com diferentes níveis de adesão ao tratamento, a partir de dados coletados junto a hipertensos de Meia Idade e Terceira Idade de Governador Valadares-MG.

## METODOLOGIA

Este é um estudo de modelo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, que apresenta resultados preliminares obtidos a partir de dados coletados junto a 104 sujeitos participantes de uma pesquisa, cuja amostra é constituída por 640 hipertensos, funcionalmente independentes, de ambos os sexos, cadastrados nas ESFs da zona urbana do município de Governador Valadares.

Este Município é localizado na região leste do Estado de Minas Gerais cuja população é constituída por 263.689 habitantes, sendo que a maioria (95%) vive em perímetro urbano (IBGE, 2010). Neste, a população feminina corresponde a 138.452 habitantes (52,5%), e a população masculina, a 125.237 habitantes (47,4%) sendo todos assistidos por 37 ESFs e 4 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACs).

Foram incluídos os hipertensos com idade de 40-59 anos (Meia Idade) e 60 anos ou mais (Idosos), que fazem uso de medicamentos anti-hipertensivos por período superiores a seis meses, sorteados aleatoriamente. Para a ocorrência do sorteio fez-se um levantamento do número de pacientes cadastrados em cada ESF, conforme as cinco faixas etárias de interesse deste estudo, a saber: 40-49, 50-59, 60-69, 70-79 e 80 anos ou mais.

Em seguida, para identificar o número de sujeitos a serem incluídos na amostra, procedeu-se ao cálculo proporcional por ESF e por quantidade de assistidos de cada faixa etária. O número de participantes por faixa etária de cada ESF ficou determinado conforme indicado na Tabela 1.

Foram realizadas visitas às unidades de saúde participantes para levantar dados dos usuários hipertensos cadastrados e sorteados para compor a *Amostra*, em conformidade com as seguintes variáveis: Nome, Endereço, Idade, Sexo, ESF de cadastro e data dos três últimos comparecimentos às unidades para receber cuidados. Uma vez identificados os participantes da pesquisa, realizou-se visita domiciliar para coleta de informações. Neste ambiente foi identificado um local que garantisse maior privacidade e sigilo ao entrevistado.

Buscando testar o método de trabalho e as fontes de informações aplicáveis à pesquisa, um estudo piloto foi realizado. Os instrumentos de coleta bem como os procedimentos foram aplicados em dez hipertensos tendo sido utilizados todos os critérios de inclusão, não sendo os dados coletados nessa etapa considerados para o estudo principal. Segundo Gil (2002) a importância do Estudo Piloto consiste na possibilidade de verificar se os dados a serem levantados apresentam fidedignidade, validade e operacionalidade, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

Foram excluídos da pesquisa sujeitos que possuíam algum déficit cognitivo bem como os indivíduos de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais cujo estado funcional se enquadrava na categoria parcialmente independente e totalmente dependente. Excluiu-se ainda os pacientes que embora tenham aceitado participar da pesquisa, se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista guiada por um Roteiro Estruturado de Entrevista. Este se constituiu em um conjunto de questões agrupadas sobre os seguintes temas: Características Pessoais (idade, sexo, etnia/raça, estado civil, escolaridade, ocupação); Classificação socioeconômica; Avaliação da adesão ao

tratamento e fatores associados; e Práticas Comportamentais dos hipertensos com relação a doença e ao tratamento.

TABELA 1 - Números amostrais dos Hipertensos cadastrados nas Unidades de Saude da Zona Urbana do Municipio de Governador Valadares - 40 anos ou mais

ESF e PACS	Faixas etarias										Sub-Total	
	40-49	n	50-59	n	60-69	n	70-79	n	80 e +	n	População	Amostra
ESF Altinopolis 1	60	2	113	4	98	3	84	3	37	1	392	13
ESF Altinopolis 2	51	2	94	3	106	4	103	4	33	1	387	14
ESF Altinopolis 3	73	3	119	4	152	5	105	4	50	2	499	18
ESF Altinopolis 4	49	2	94	3	123	4	109	4	53	2	428	15
ESF Atalaia	68	2	121	4	123	4	75	3	27	1	414	15
ESF Azteca	58	2	141	5	131	5	85	3	34	1	449	16
ESF Bela Vista	40	1	91	3	97	3	65	2	22	1	315	11
ESF Caic 1	59	2	92	3	97	3	69	2	33	1	350	12
ESF Caic 2	49	2	90	3	80	3	58	2	25	1	302	11
ESF Carapina 1	69	2	91	3	109	4	77	3	38	1	384	14
ESF Carapina 2	22	1	26	1	36	1	23	1	30	1	137	5
ESF Fraternidade	58	2	109	4	113	4	79	3	43	2	402	14
ESF Ipê	49	2	93	3	139	5	80	3	32	1	393	14
ESF Jardim do Trevo	46	2	90	3	111	4	63	2	32	1	342	12
ESF Jardim Primavera	42	1	95	3	96	3	97	3	45	2	375	13
ESF Mae de Deus 1	33	1	84	3	85	3	59	2	23	1	284	10
ESF Mae de Deus 2	41	1	69	2	85	3	82	3	17	1	294	10
ESF Nova JK 1	54	2	86	3	87	3	55	2	25	1	307	11
ESF Nova JK 2	44	2	100	4	82	3	71	3	36	1	333	12
ESF Novo Horizonte	63	2	112	4	100	4	62	2	23	1	360	13
ESF Santa Efigenia	33	1	77	3	65	2	53	2	29	1	257	9
ESF Santa Helena 1	40	1	78	3	101	4	83	3	36	1	338	12
ESF Santa Helena 2	46	2	83	3	143	5	106	4	47	2	425	15
ESF Santa Paula	66	2	105	4	87	3	91	3	42	1	391	14
ESF Santa Rita 1	79	3	128	5	127	5	98	3	71	3	503	18
ESF Santa Rita 2	86	3	155	6	167	6	149	5	103	4	660	23
ESF Santa Rita 3	50	2	89	3	59	2	56	2	22	1	276	10
ESF Santa Rita 4	49	2	71	3	58	2	40	1	19	1	237	8
ESF Santa Teresinha	69	2	167	6	171	6	143	5	109	4	659	23
ESF Santos Dumond	80	3	97	3	112	4	80	3	30	1	399	14
ESF São Pedro	26	1	57	2	80	3	74	3	45	2	282	10
ESF Sir 1	60	2	138	5	120	4	74	3	34	1	426	15
ESF Sir 2	55	2	162	6	135	5	105	4	53	2	510	18
ESF Turmalina 1	63	2	125	4	100	4	81	3	32	1	401	14
ESF Turmalina 2	37	1	58	2	53	2	42	1	15	1	205	7
ESF Turmalina 3	47	2	72	3	68	2	60	2	26	1	273	10
ESF Vila do Sol	60	2	111	4	88	3	80	3	25	1	364	13
ESF Vila dos Montes	44	2	115	4	113	4	82	3	30	1	384	14
ESF Vila Park Ibituruna	40	1	103	4	111	4	110	4	62	2	426	15
PACS N. S. das Gracas	83	3	249	9	334	12	339	12	212	8	1217	43
PACS São Paulo	104	4	214	8	286	10	235	8	143	5	982	35
PACS Jardim Perola	117	4	285	10	396	14	309	11	177	6	1284	46
<b>Sub-Total</b>	<b>2362</b>	<b>84</b>	<b>4649</b>	<b>165</b>	<b>5024</b>	<b>178</b>	<b>3991</b>	<b>142</b>	<b>2020</b>	<b>72</b>	<b>18046</b>	<b>640</b>

Para determinação das condições socioeconômicas foi adotado os critérios de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2009). Esse critério de classificação se fundamenta em um sistema de pontos, baseado

na escolaridade e posse de itens (TV, rádio, banheiro, automóvel, empregada doméstica mensalista, aspirador de pó, máquina de lavar, videocassete ou DVD, geladeira, freezer independente) variando da classe A1, que possui as melhores condições socioeconômicas, à classe E condição socioeconômica mais desfavorável.

Para avaliação da adesão ao tratamento, além de entrevista estruturada, foi utilizado o questionário de Morisky Green (1986). Este consiste em um instrumento contendo quatro questões que verificam se o paciente esqueceu-se de administrar seu medicamento, se administrou na hora prescrita e se deixou de administrar por sentir-se melhor ou pior. As respostas são pontuadas em sim e não, sendo atribuído o valor de 1 para cada resposta afirmativa (em relação à não-adesão) e zero para as negativas (em relação à adesão). Escore zero indica máxima adesão, de 1 a 2, moderada adesão e de 3 a 4, baixa adesão.

Para análise dos dados foram utilizados os programas *Sphinx Lexica* e *Gom 3.4* executável no Ubuntu. Com o auxílio do software *Sphinx Lexica*, foi possível estabelecer o perfil sociodemográfico dos entrevistados e o nível de adesão ao tratamento a partir das respostas fornecidas ao questionário de Morisky Green.

Para construção das prováveis características dos grupos com diferentes níveis de adesão ao tratamento a partir de dados coletados junto a hipertensos de Meia Idade e Terceira Idade, utilizou-se o método *Grade of Membership (GoM)*. Este constitui-se em uma metodologia estatística de agrupamento que permite identificar elementos com características semelhantes ou distintas, dentro de uma base de dados heterogênea, delineando perfis e descrevendo as diferenças entre eles (GUEDES et. al., 2010). Este método tem sido amplamente usado no Brasil e em outros países e tem ganhado relevo nas áreas de Ciências Sociais e Ciências da Saúde. No presente trabalho aplicou-se esta metodologia para um conjunto de 22 variáveis que descrevem comportamentos e práticas dos hipertensos entrevistados em relação ao tratamento da doença. O valor E/O considerado para inclusão ou não de uma variável como identificadora de perfil foi o valor 1,5.

Uma base de dados heterogênea fornece parâmetros para a heterogeneidade amostral, que colaboram para a estrutura implícita dos dados, permitindo que haja associações entre as categorias das variáveis colocadas à prova (GUEDES et al., 2011).

O agrupamento dos elementos se dá por características similares entre eles e distintas entre os grupos, elevando ao máximo suas proximidades ou as similaridades entre os grupos. Sendo assim, os elementos se tornam o mais parecido possível dentro dos grupos. O GoM permite, ainda, maximizar a diferença entre os grupos distintos, ou seja, atribuir scores de pertencimentos (GUEDES et. al., 2010).

Desse modo, esse método resulta em encontrar padrões de respostas ou características que façam os elementos parecidos construir um perfil de modelo denominado de perfil extremo, e os elementos que apresentam respostas ou características distintas, um perfil misto.

Os modelos de perfis aplicados aos objetivos dessa proposta possibilitaram a descrição das características dos hipertensos das unidades cadastradas em relação ao modo como lidam com a hipertensão e seu tratamento. Essas descrições se farão pelo agrupamento máximo de características dos entrevistados nos modelos, descritas pelos perfis extremos ou mistos. Guedes e colaboradores (2010) consideram que essa é a grande diferença do GoM em relação a outras técnicas de agrupamento. Suas expressões são baseadas em

uma lógica fuzzy (difusa), ao invés de condicionar o agrupamento forçado, sendo, em decorrência, altamente apreciável entre os pesquisadores.

Essa diferença só é possível porque o método não considera que pessoas e objetos sejam organizados em conjuntos bem definidos. Aos conjuntos de prevalências ponderadas difusas são atribuídos graus de pertinência; portanto, o indivíduo pertence, ao mesmo tempo a diversos grupos, considerando-o um elemento difuso. Nesse sentido, quanto maior for o número de variáveis, melhor definido fica o conjunto (GUEDES et. al., 2011).

Segundo Guedes e colaboradores (2011), o GoM, enquanto recurso metodológico, constitui-se em ferramenta privilegiada na identificação de perfis em diversos estudos voltados para a área da saúde, dentre os quais destacam-se os desenvolvidos por Sawyer e colaboradores (2002) e Assis e colaboradores (2008). Para o delineamento dos perfis, essa metodologia fundamenta-se nos seguintes pressupostos (GUEDES et. al., 2010):

- a) O GoM não utiliza indivíduos como análise. As categorias de respostas fornecidas por cada indivíduo que é que são analisadas. Assim, por formar as categorias a partir das respostas, e não, dos indivíduos, torna-se possível identificar onde se encontram os indivíduos tomando por base suas respostas, que se aproximam ou distanciam das categorias estabelecidas;
- b) Os perfis extremos são conjuntos fechados;
- c) Os valores do grau de pertinência são distribuídos aos indivíduos e variam de 0 a 1;
- d) O grau de pertinência não determina um conjunto, é um valor dado à aproximação do indivíduo ao perfil; portanto, o indivíduo apresenta grau de pertinência a cada perfil, formando um conjunto difuso. Por esse motivo, quanto mais variáveis utilizadas para delineamento do perfil, mais puros são os elementos;
- e) Cada indivíduo apresenta uma medida de diferença entre os perfis gerados;
- f) A função de máxima verossimilhança é baseada em matriz de probabilidades iniciais; portanto, o método estima seus parâmetros por interatividade.

Fundamentalmente, o método procura definir um score de grau de pertinência ( $g_{ik}$ ) para cada indivíduo, em cada perfil. Para que isso fosse possível, o GoM faz uso da lógica *fuzzy*, concretizando uma partição do indivíduo entre os diversos perfis. O grau de pertencimento completo é 1 (um), e o de não pertencimento completo é 0 (zero). Portanto, o indivíduo na lógica *fuzzy* apresenta vários  $g_{ik}$ , ou seja, a cada perfil participativo, atribui-se um grau de pertencimento (GUEDES et al., 2011).

Para cada elemento “i” em um conjunto nebuloso existe um  $g_{ik}$ . Esse, por sua vez, representa o grau de aproximação do elemento “i” em relação ao perfil extremo k. Os scores dos  $g_{ik}$  representam a intensidade de pertinência do indivíduo a cada perfil, o que pode ser expresso pela seguinte equação:

$$g_{ik} \geq 0 \text{ para cada } i$$

O score 0 (zero) refere-se ao indivíduo que não pertence ao conjunto, e o score 1 (um) refere-se aquele indivíduo que pertence completamente ao conjunto (tipo puro). Porém deve-se considerar que o pertencimento ou não pertencimento é em relação a um determinado perfil. Isso significa que se um indivíduo possui um  $g_{ik}$  igual a 0,8, o  $g_{ik}$  restante que é de 0,2 refere-se a um outro perfil ou perfis, e não, àquele em pauta. Isso porque, na totalidade, o indivíduo pertence totalmente a algum ou alguns perfis multidimensionais. Assim, somando-se os dois  $g_{ik}$  ou seja, o *pertencimento* e o *pertencimento a outros perfis*, o resultado será sempre 1. Portanto, utiliza-se, para a formação desses escores, a seguinte restrição:

$$\sum_{k=1}^k g_{ik} = 1 \text{ para cada } i$$

Entretanto, convém lembrar que cada “i” possui um ou mais  $g_{ik}$  dependendo da quantificação de k gerados. Quanto mais o indivíduo se aproxima do perfil extremo, maior será seu score de pertinência e mais distante estará dos outros perfis (GUEDES *et al.*, 2011).

Os parâmetros que permitem definir as características dos conjuntos são as estimativas Lambdas ( $\lambda_{ik}$ ) das variáveis aleatórias representadas por (Y<sub>ijl</sub>), onde “i” se refere ao indivíduo, “j” à questão e “l” à categoria de resposta de cada indivíduo na variável (GUEDES *et al.*, 2010).

O desenvolvimento deste estudo respeitou todos os preceitos éticos que envolvem pesquisa com seres humanos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Para o desenvolvimento deste trabalho, foi obtida autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Governador Valadares, responsável pelas Unidades de ESF selecionadas. O projeto foi também submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Vale do Rio Doce (Parecer nº 002/2010).

Os resultados aqui apresentados são baseados nos dados preliminares até então coletados junto a 104 hipertensos participantes da pesquisa.

## RESULTADOS

Tomando-se como referência o teste de Morisky-Green (1986), os 104 participantes foram associados a três grupos conforme a pontuação obtida: G1 (aderidos ao tratamento) com 52 indivíduos; G2 (moderada adesão) com 44 indivíduos e G3 (não aderidos) com 8 indivíduos.

Conforme indicado na Tabela 2, a maior parte dos entrevistados possui idade na faixa dos 60 a 70 anos (29,8 %). As mulheres (81,7%), os indivíduos sem vínculo empregatício (51,9%), de etnia parda (51%), casados (53,8%), pertencentes a classe socioeconômica C (62,5%) constituem-se na maioria.

No G1, G2 e G3 a maior parte dos entrevistados também possui idade entre 60 e 70 anos (26,9%; 31,8%; 37,5% respectivamente). Os dados indicam ainda que em sua maioria os



entrevistados, são do sexo feminino (86,5%; 72,7%; 100%), casados (50%; 59,1%; 50%), de classe socioeconômica C (63,5%; 56,8%; 87,5%), com predominância daqueles sem vínculo empregatício (55,8%; 45,5%; 62,5%) e de etnia parda (48,1%; 54,5%; 50%).

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 Brasil (2002), onde afirma que a elevação da PA acima dos limites definidos parece mais frequente entre as mulheres do que entre os homens com idade acima de 40 anos.

**TABELA 2 – Fatores sócio-demográficos associados ao nível de adesão ao tratamento em hipertensos de Governador Valadares-MG**

Fatores sócio-demográficos associados	Geral		G1		G2		G3	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
<b>Idade</b>								
Menos de 50	14	13,5	8	15,4	4	9,1	2	25,0
50 a 60	26	25,0	13	25,0	11	25,0	2	25,0
60 a 70	31	29,8	14	26,9	14	31,8	3	37,5
70 a 80	23	22,1	12	23,1	10	22,7	1	12,5
80 e mais	10	9,6	5	9,6	5	11,4	0	0,0
<b>Sexo</b>								
Masculino	19	18,3	7	13,5	12	27,3	0	0,0
Feminino	85	81,7	45	86,5	32	72,7	8	100,0
<b>União Estável</b>								
Casado	56	53,8	26	50,0	26	59,1	4	50,0
Solteiro	7	6,7	3	5,8	4	9,1	0	0,0
Viúvo	29	27,9	19	36,5	7	15,9	3	37,5
União consensual	6	5,8	1	1,9	4	9,1	1	12,5
Separado	6	5,8	3	5,8	3	6,8	0	0,0
<b>Situação de Trabalho</b>								
Em exercício	20	19,2	9	17,3	9	20,5	2	25,0
Sem Vínculo	54	51,9	29	55,8	20	45,5	5	62,5
Aposentado	30	28,8	14	26,9	15	34,1	1	12,5
<b>Cor/Raça</b>								
Branca	28	26,9	16	30,8	10	22,7	2	25,0
Negra	23	22,1	11	21,2	10	22,7	2	25,0
Parda	53	51,0	25	48,1	24	54,5	4	50,0
<b>Classificação Econômica</b>								
A	1	1,0	1	1,9	0	0,0	0	0,0
B	11	10,6	6	11,5	5	11,4	0	0,0
C	65	62,5	33	63,5	25	56,8	7	87,5
D	25	24,0	12	23,1	12	27,3	1	12,5
E	2	1,9	0	0,0	2	4,5	0	0,0

Fonte: Pesquisa de Campo – 2014

Casos Válidos: 104

Para a identificação das características dos três grupos, representando os três níveis de adesão ao tratamento, fez-se uma comparação entre as características dos entrevistados com a probabilidade de ocorrência destas características na amostra como um todo, tal como indicado na Tabela 3. Estes Grupos e suas características podem ser descritos da seguinte forma, quanto aos seus tipos puros:

- G1 (Máxima Adesão) – neste grupo estão incluídos indivíduos que tendem a apresentar as seguintes características: ingestão moderada de bebidas alcoólicas;

falta de apoio familiar no tratamento da doença; crença de que não precisa mudar seus hábitos de vida; participação assídua em grupos de educação em saúde propostos pela ESF; ausência de locais convenientes para realizar atividades físicas.

- G2 (Moderada Adesão) – neste grupo estão incluídos indivíduos que possuem como indicadores preponderantes: consumo restrito de bebidas alcólicas; controle dos níveis pressóricos sempre que a Pressão Arterial (PA) é aferida e adequada frequência à ESF.
- G3 (Não Adesão) – Indivíduos pertencentes a este grupo apresentam os seguintes indicadores: uso intermitente da medicação quando se sentem bem; esquecimento de tomar o medicamento; ingestão rotineira de comidas pouco recomendadas como massas e frituras; crença de que não é necessário fazer mudanças em seu estilo de vida; não buscar outros meios para obter os medicamentos quando a Unidade de Saúde não os oferece; faltar às consultas para acompanhamento de sua condição de saúde; dificuldade de administrar a medicação quando necessita ingerir mais de dois comprimidos de uma só vez ou por repetidas vezes durante o dia; controle dos níveis pressóricos insatisfatório sempre que a PA é aferida; percepção de que sua vida é estressante; dificuldade na comunicação com profissionais de saúde; avaliação negativa do atendimento na Unidade de Saúde em que realiza acompanhamento.

**TABELA 3 - Relação E/O para as variáveis comportamentais incluídas no estudo. Governador Valadares, 2014.**

		1	2	3	Freq. Ob.	G1	G2	G3
						Max. Adesão	Mod. Adesão	Não Adesão
var1	0	0	0	0	1,9	0	1,3	0
	1	0	0,1	0	3,8	0	0	2,3
	2	0	0	0	1	0	0	1,4
	3	0	0,1	0	6,7	0	0	1,6
	4	0	0	0	1	1,1	0	0
var2	5	1	0,8	1	85,6	1,2	1,1	0,9
	0	0	0	0	1,9	0	1,4	0
	1	0	0,1	0	3,8	0	0	1,8
	2	0	0,1	0	3,8	0	0	1,8
	3	0,3	0,6	0	24	0	1,1	2,6
var3	4	0,2	0,2	0	10,6	0	2	1,9
	5	0,5	0	1	55,8	1,8	0,9	0,1
	1	0	0	0	1	1,1	0	0
	2	0	0	0	1,9	0	1,1	1,3
	3	0,1	0,1	0,1	10,6	1,2	0,9	0,8
var4	4	0	0,3	0,1	15,4	0,7	0,1	1,8
	5	0,9	0,6	0,7	71,2	1	1,2	0,9
	1	0,1	0,1	0	6,7	0,7	1,4	1,1
	2	0,1	0,1	0,1	6,7	0,8	1,4	1
	3	0,1	0,2	0,1	11,5	0,5	1,2	1,5
	4	0,2	0,3	0,3	26	1,1	0,8	1,1
	5	0,5	0,4	0,6	49	1,1	1	0,8

	1	0	0	0	1,9	0,9	1,3	0
	2	0	0	0	2,9	1,5	0,1	0
var5	3	0,2	0	0	6,7	0,4	2,3	0,6
	4	0,1	0	0	3,8	0,7	1,8	0,9
	5	0,8	0,9	0,9	84,6	1	0,9	1,1
	1	0	0,1	0	2,9	0	0	2
	2	0	0	0	1,9	0	0	1,4
var6	3	0,3	0,2	0,2	22,1	1	1,2	1
	4	0,4	0,1	0,3	26	1,1	1,4	0,5
	5	0,4	0,6	0,5	47,1	1,1	0,8	1,2
	1	0,3	0,5	0,6	45,2	1,3	0,7	1,1
	2	0,1	0,1	0	5,8	0	1,2	0,9
var7	3	0,3	0,1	0	11,5	0	2,5	0,7
	4	0,2	0,1	0,1	11,5	1,1	1,5	0,5
	5	0,2	0,3	0,3	26	1,2	0,7	1,2
	1	0,6	0,7	0,5	57,7	0,9	1,1	1,2
	2	0,1	0,1	0,1	8,7	0,9	0,8	1,3
var8	3	0	0	0,1	5,8	1,5	0	0,4
	4	0	0	0	1,9	1,2	0	0
	5	0,3	0,2	0,3	26	1,1	1,2	0,7
	1	0,4	0,6	0,4	46,2	0,9	0,9	1,3
	2	0	0	0	1,9	1,6	0	0
var9	3	0,1	0	0,1	11,5	1,2	1,2	0
	4	0	0	0	1	0	0	1,3
	5	0,5	0,4	0,4	39,4	1	1,1	1
	0	0	0	0	1	0	1,8	0
	1	0,3	0,3	0,6	41,3	1,4	0,8	0,7
var10	2	0	0,1	0	2,9	0	0	2,3
	3	0	0	0,1	8,7	1,5	0	0,5
	4	0	0	0	1	1,2	0	0
	5	0,6	0,6	0,3	45,2	0,6	1,4	1,3
	0	0,1	0	0	2,9	0	2	1
	1	0	0,1	0	3,8	0	0	1,6
var11	2	0	0	0	0	0	0	0
	3	0	0	0	0	0	0	0
	4	0	0	0	0	0	0	0
	5	0,9	0,9	1	93,3	1,1	1	1
	1	0	0,1	0	2,9	0	0,8	1,8
	2	0	0	0	1,9	1	0	1,2
var12	3	0	0,2	0	9,6	0	0	2
	4	0	0,1	0,1	6,7	1,1	0,7	1,3
	5	0,9	0,6	0,9	78,8	1,1	1,2	0,8
	0	0	0	0	1,9	0	1,3	0
	1	0,1	0,1	0	5,8	0	1,2	1
var13	2	0	0	0	1	0	0	1,4
	3	0	0,1	0	3,8	0,9	0	1,3
	4	0	0	0	1,9	0	0	1,4
	5	0,9	0,8	1	85,6	1,1	1,1	1

	0	0	0	0	1,9	0	1,2	0
	1	0	0,2	0	7,7	0	0	2,1
	2	0	0	0	1	1,1	0	0
var14	3	0	0,1	0	3,8	0,7	0	1,5
	4	0	0	0	1	1,4	0	0
	5	1	0,8	0,9	84,6	1,1	1,2	0,9
	0	0	0	0	1,9	0	1,2	0
	1	0	0,1	0	7,7	0,4	0	1,8
	2	0	0	0	1,9	0	1,3	1,5
var15	3	0	0	0	3,8	1	1,3	0,9
	4	0	0	0	1	0	0	1,3
	5	0,9	0,8	0,9	83,7	1,1	1,1	0,9
	0	0	0	0	1	0	0	1,5
	1	0,2	0,5	0,1	22,1	0,6	0,8	2,1
	2	0	0	0,1	6,7	1,3	0	0
var16	3	0,2	0,3	0,2	18,3	0,9	1,1	1,5
	4	0	0,3	0,4	24	1,5	0	1,1
	5	0,6	0	0,3	27,9	0,9	2,2	0
	1	0,1	0,6	0,1	26,9	0,5	0,5	2,2
	2	0,1	0,1	0,1	7,7	0,9	0,9	1,6
var17	3	0,3	0,3	0,2	25	1	1,2	1,2
	4	0,1	0	0	3,8	1,1	1,4	0
	5	0,4	0	0,5	36,5	1,4	1,2	0
	0	0	0	0	1	0	0	1,9
	1	0,7	0,7	0,4	51	0,7	1,3	1,4
	2	0	0	0	3,8	1	1,2	0
var18	3	0	0,1	0,1	7,7	0,9	0	1,6
	4	0	0,1	0	3,8	0,9	0	1,4
	5	0,3	0,1	0,5	32,7	1,5	0,9	0,3
	1	0	0,2	0	11,5	0	0	1,9
	2	0	0,1	0	3,8	0,6	0	1,9
var19	3	0	0	0	3,8	1,3	0	0,8
	4	0	0	0	0	0	0	0
	5	1	0,7	0,9	80,8	1,1	1,2	0,8
	0	0	0,1	0,1	4,8	1	0,9	1,2
	1	0,1	0,1	0,2	12,5	1,5	0,4	0,8
	2	0	0,1	0,1	4,8	1,2	0	1
var20	3	0,3	0,2	0,1	19,2	0,5	1,7	1,2
	4	0	0,2	0,1	13,5	0,9	0	1,3
	5	0,6	0,4	0,5	45,2	1,1	1,3	0,8
	0	0	0	0	2,9	0,7	0	1,5
	1	0	0	0	1,9	0	0,9	1,3
	2	0	0	0	2,9	0	0	1,6
var21	3	0	0,1	0,1	6,7	1	0,1	1,5
	4	0	0	0	1	1,4	0	0
	5	1	0,8	0,9	84,6	1,1	1,2	0,9
	0	0	0	0	1	0	1,1	0
	1	0,7	0,6	0,3	47,1	0,6	1,5	1,2
	2	0	0	0	2,9	1,7	0	0,1
var22	3	0	0	0	2,9	1,2	0	0
	4	0	0	0	1,9	1,5	0	0
	5	0,3	0,4	0,6	44,2	1,3	0,7	1

## DISCUSSÃO

Percebe-se que os tipos puros do G1 e G2 apresentaram maior probabilidade de consumir bebidas alcoólicas. Estudos indicam que a prevalência da HAS entre aqueles que ingerem quantidade excessiva de bebida alcoólica é significativamente maior do que entre os que não a ingerem. A causa mais comum de morte entre etilistas é de origem cardiovascular. Os efeitos do consumo de álcool dependem fundamentalmente de alguns fatores, tais como: quantidade e regularidade da ingestão; tipo de bebida consumida; estado nutricional do indivíduo; associação ao tabagismo; suscetibilidade individual e fatores genéticos (STOCCO; BARRETTO, 2000).

O consumo mínimo ou moderado de álcool relatado pelos entrevistados deste estudo, está associado a redução da mortalidade, principalmente pela redução da doença arterial coronariana. Em contrapartida, quanto maior o consumo maior é a mortalidade, principalmente devido a acidente vascular cerebral hemorrágico e doenças cardiovasculares. Por isso é importante identificar o limiar de consumo alcoólico acima do qual o equilíbrio de riscos e benefícios se torna desfavorável (STOCCO; BARRETTO, 2000). Portanto, pode-se inferir que o consumo moderado de bebida alcoólica na população estudada não está associado à baixa adesão ao tratamento da doença.

Em relação ao apoio familiar, a literatura afirma que o papel do cuidador do paciente hipertenso e seus familiares é significativo no processo de adesão à terapêutica. Neste sentido, o pouco conhecimento dos familiares sobre a doença faz com que não se envolvam no processo de tratamento, sobretudo quando não existe dependência do paciente (SARAIVA, 2007).

Nesta perspectiva, existem evidências de que a participação do familiar não é o fator determinante para a adesão ao tratamento, assim como verificado no G1, mas quanto maior o vínculo afetivo envolvido na relação, maior será a participação do familiar na provisão do cuidado. Por tal motivo a educação em saúde constitui-se em um instrumento fortalecedor do regime terapêutico. Com a adoção desta medida, ocorre uma maior interação entre os profissionais de saúde contribuindo para que o tratamento se torne mais efetivo e seguro (JÚNIOR, et. al., 2006).

Outro ponto a se destacar é a crença em saúde, por ser esta capaz de influenciar a adesão ao tratamento da HAS (PIRES, 2008). Em um estudo realizado com 263 hipertensos, no qual buscou-se identificar os fatores psicossociais relacionados com a adesão ao tratamento, concluiu-se que as crenças do paciente sobre o tratamento, o conhecimento adequado sobre as características da doença, a eficácia do tratamento e a percepção de redes adequadas de apoio social são comumente facilitadoras da aderência ao tratamento (MATOS et. al., 2007).

Apesar da percepção dos benefícios quanto à adoção de medidas de prevenção e controle da HAS não implicarem necessariamente coerência e efetividade de ações em busca da adesão, autores consideram que a crença é, por si só, um forte preditor do comportamento para busca do tratamento adequado. Apesar disso, observa-se na população estudada que aqueles classificados com máxima adesão ao tratamento não possuem como característica a percepção de que precisam mudar seu estilo de vida, mesmo apresentando comportamentos de risco à saúde.

A inatividade física é um dos fatores de risco mais associados a incidência da HAS. Além de acarretar doenças e sofrimento pessoais, eleva também significativamente os custos econômicos tanto para os indivíduos quanto para a sociedade, em vista das sequelas que causa (BRASIL, 2002).

A Inatividade física é um problema de saúde pública, reconhecido como um fator independente de risco para a doença coronariana. O risco relativo da inatividade para doença coronária é semelhante à da hipertensão, hipercolesterolemia e tabagismo. O sedentarismo está ainda associado ao aumento simultâneo nas doenças cardiovasculares. A prática regular de exercício físico de intensidade moderada induz uma série de adaptações corporais que produzem benefícios para a saúde. Diferentes estudos têm demonstrado uma correlação inversa entre exercício habitual e risco de eventos coronarianos e morte cardíaca (PEREZ, 2008).

Com relação ao G3, um fator que possivelmente pode interferir na forma como os pacientes fazem seu tratamento é a percepção da HAS como uma doença sintomática e a dificuldade de ingerir a medicação. É possível observar que o esquecimento da tomada da medicação está associado a não apresentar “sintomas” que poderiam ser associados ao aumento da PA. Tal situação leva o paciente a desistir da terapia medicamentosa, já que sentir nada é compreendido como ausência de doença, sendo assim é desnecessário o uso do medicamento.

Quanto ao tratamento farmacológico, pode-se afirmar que, dentre os fatores que interferem na adesão, estão a assintomatologia da doença e a quantidade de medicações ingeridas diariamente. Em estudo realizado por Osterberg e Blaschke (2005), mais da metade dos pacientes (54,7%) não utilizavam a medicação regularmente, propiciando a não adesão ao tratamento. Estudos indicam que quanto mais simples o esquema terapêutico, maior é a adesão ao tratamento (COELHO; NOBRE, 2006). Além disso, doses elevadas de medicamentos podem aumentar a incidência de reações adversas, sendo aversivo ao hipertenso continuar seguindo a terapia medicamentosa (COELHO; NOBRE, 2006).

Quanto ao tratamento não medicamentoso, ressalta-se como uma característica do G3 o consumo de alimentos não recomendados pelos profissionais de saúde. Em trabalho realizado com 72 hipertensos cadastrados e acompanhados no Centro de Saúde Escola, Baldissera (2009) concluiu que a maioria dos entrevistados não aderiu ao tratamento não farmacológico, principalmente por encontrarem dificuldades no cumprimento da dieta e da prática de atividade física. 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.

Outro ponto a se destacar é a influência dos estados emocionais do paciente na adesão ao tratamento e a percepção de que sua vida é estressante, tais como apresentado no G3. Mallion & Schmitt (2001) afirmam que a idade e a classe social têm pouca influência sobre a adesão do paciente. Características psicológicas desfavoráveis levam pacientes a perceber a HAS como uma consequência do estresse e ansiedade e, portanto, não seria necessário realizar um tratamento específico, apenas manter o controle emocional. O fato de associar a HAS a sintomas psicológicos como nervosismo, raiva, insônia e tristeza pode estar dificultando seu controle, pois os hipertensos deixam de tomar a medicação por acreditarem que esta conduta não é necessária para o controle da HAS.

Como apresentado no G3, alguns autores que abordam este tema indicam que a relação entre o profissional de saúde e paciente constitui-se em fator influenciador da adesão ao tratamento. É comum que o profissional abra mão da estratégia de conscientização e de seu papel de educador e auxiliar no tratamento. Dessa maneira o acompanhamento ao paciente tem sido realizado de maneira inadequada. Por força deste abandono, o usuário realiza o tratamento a seu modo, o que pode ser prejudicial à saúde do mesmo (REINERS, 2009).

Visando promover uma melhor qualidade de vida aos hipertensos, os profissionais de saúde, inseridos em uma equipe multiprofissional, devem atentar para 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.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A utilização do GoM neste estudo possibilitou identificar padrões de respostas ou características dos diferentes agrupamentos de hipertensos. Há uma baixa predominância de comportamentos pró-saúde nos três grupos de adesão (G1, G2, G3) indicando que os entrevistados emitem comportamentos de risco à própria saúde. Não existe uma clara compreensão sobre as variáveis que agravam os sintomas da doença, bem como da necessidade de uma efetiva adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, para manter a doença sob controle.

Deve-se atentar para o fato de que os participantes não aderentes ao tratamento tendem a apresentar as seguintes características: percepção de que a HAS é assintomática, dificuldade de ingestão de medicamentos, crença de que não necessita aderir as mudanças comportamentais propostas pelos profissionais de saúde, insatisfação com o serviço de saúde. Tais características pertencentes ao grupo indicam que o modo como os pacientes apreendem os conteúdos das prescrições, as orientações dos profissionais de saúde e percebem sua doença interfere em suas ações diante de fatos específicos.

Tal perspectiva indica a necessidade de políticas públicas em saúde que atendam as demandas das distintas faixas etárias de forma a facilitar a adesão dos hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Na formulação dessas políticas, bem como na execução de ações por ela determinada, devem ser consideradas as percepções a respeito da doença e do tratamento, bem como as características predominantes nas atitudes e comportamentos dos pacientes.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – ABEP. Critério de classificação Econômica Brasil. Disponível em [http://www.abep.org/codigosguias/Criterio\\_Brasil\\_2008.pdf](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. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 91 (2), 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.

CAR, M. R., PIERIN, A.M.G., AQUINO, V.L.A. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, 25, 259-69, 1991.

COELHO, E.B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens**, v.13, n.1, p.51-4, 2006.

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. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 63, 473-9, 1994.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GUEDES, G. R.; SIVIERO, P. C. L.; CAETANO, A. J.; MACHADO, C. J.; BRONDÍZIO, E. Identificabilidade e estabilidade dos parâmetros no método Grade of Membership (GoM): considerações metodológicas e práticas. **Rev. Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p. 21-33, Jan/Jun, 2010.

GUEDES, G. R.; SIVIERO, P. C. L.; MACHADO, C. J. Aspectos práticos na identificação de um modelo Grade of Membership (GoM) de máximo global: o uso da moda das probabilidades estimadas. **Rev. Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p. 473-478, Jul/Dez, 2011.

GUIMARÃES, S. S.. Psicologia da saúde e doenças crônicas. **Comportamento e saúde: explorando alternativas**, 22-45, 1999.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2010**. Rio de Janeiro: 2010.

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

JÚNIOR, D.P.L., AMARAL, R.T., VEIGA, E.V., CÁRNIO, E.C., NOGUEIRA MS, PELÁ, I.R.. Farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Rev Latino-Am Enfermagem**.;14(3):435-41,2006.

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

MALLION, J.M., SCHMITT, D. Patient compliance in the treatment of arterial hypertension. **Blood Press**, v.11, n.4, p.253-4, 2002.

Matos RY, Alfonso LM, Bayarre VH. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. **Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]** , 23(1), 2007; [acesso em 12 jan 2014]. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252007000100005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100005&lng=es).

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.

OPARIL, S. Hipertensão arterial. In: Goldman L, Bennet JC, organizadores. Cecil – Tratado de medicina interna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;. p. 289-92, 2001.

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

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Drug therapy: adherence to medication. **NEJM**, n.353, p.487-97, 2005.

PEREZ, Araceli Boraita. Exercise as the Cornerstone of Cardiovascular Prevention. **Rev Esp Cardiol.**, 61(5):514-28, 2008.

PIRES, C.G.S.; MUSSI, F.C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciênc Saúde Colet.**;13(2):2257-67, 2008.

REINERS, A.A.O.; NOGUEIRA, M.S. Conscientização do usuário hipertenso para a adesão ao tratamento. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.1, p.59-65, 2009.

SARAIVA, K. R. de 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.

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

STOCCO, R.; BARRETO, A.C.P. Influência de fatores ambientais na gênese e evolução das cardiopatias IN: GIANNINI, S.D. **Cardiologia Preventiva**. São Paulo: Atheneu, cap. 5. 405p, 2000.

STOWASSER, M. Update in primary aldosteronism. **J. Clinical Endocrinology Metabolism**, 94, 3623–3630, (2009).