

Influência de práticas comportamentais no processo de adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica¹

Ananda Vieira Moraes²
Maria Alice Balbino de Carvalho³
Marina Mendes Soares⁴
Suely Maria Rodrigues⁵
Leonardo Oliveira Leão e Silva⁶
Ana Maria de Oliveira Cintra⁷
Gilvan Ramalho Guedes⁸
Carlos Alberto Dias⁹

Resumo

Uma das maiores dificuldades enfrentadas pela Saúde Pública é a falta de adesão do hipertenso ao tratamento, elevando os custos da Previdência Social. Objetivando traçar o perfil sociodemográfico e identificar práticas comportamentais de hipertensos atendidos pelas Estratégias Saúde da Família (ESFs) do município de Governador Valadares–MG, desenvolveu-se este estudo transversal, descritivo, quantitativo, apresentando resultados obtidos a partir de dados coletados junto a 104 pacientes. Constatou-se que o aumento da adesão implica na efetiva orientação de pacientes com relação a doença e implementação de estratégias de educação em saúde que motivem os hipertensos a adotar hábitos de vida saudáveis.

Palavras-chave:

Hipertensão, práticas comportamentais, adesão ao tratamento, educação em saúde

Sessão temática: Demografia

¹ 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).

² Graduada em Psicologia pela Universidade Vale do Rio Doce, bolsista do PIBIC/FAPEMIG

³ Graduada em Psicologia pela Universidade Vale do Rio Doce, bolsista do PIBIC/FAPEMIG

⁴ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, bolsista do PROSUP(CAPES)

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

⁶ Doutorando em Saúde Coletiva, professor da Universidade Federal de Juiz de Fora

⁷ Doutora em Saúde Pública, professora da Universidade Federal de São João Del Rei

⁸ Doutor em Demografia, professor da Universidade Federal de Minas Gerais

⁹ Doutor em Psicologia, professor da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença cardiovascular causada pela elevação dos níveis tensionais do sangue. É altamente prevalente nos países em desenvolvimento sendo considerada um dos maiores problemas de Saúde Pública. Além de acarretar consequências decisivas na vida do indivíduo, predispõe o aparecimento de outras doenças, dentre elas as cardíacas.

Dados apresentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) afirmam que 17,6% das internações estão relacionadas com a hipertensão, o que corresponde a 5,9% dos recursos pagos pelo SUS (MIRANZI et al., 2008). Vários estudos demonstraram que a HAS tem inúmeros casos no Brasil, variando entre 14 e 34% dentre os adultos (GUS et al., 2004; LESSA et al., 2006; NUNES FILHO et al., 2007).

Estes dados ressaltam a relevância social do estudo da HAS, considerando que o envelhecimento populacional aumenta a probabilidade dos indivíduos desenvolverem a doença. Visto que o Brasil está passando por um processo de transição demográfica, atenção especial deve ser dada a população de meia idade e idosa (IBGE, 2003). Estas, sobretudo a idosa, são mais suscetíveis de desenvolver a HAS, considerando que a prevalência de níveis de PA acima de determinados limites fixados ou a média da PA, é tanto maior quanto mais elevada for 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 associadas à HAS, por outro, é nas fases anteriores do ciclo da vida, Adulto Jovem e Meia Idade, que são estruturados comportamentos que contribuem para a adesão ou não ao tratamento desta doença. O efetivo controle da HAS por pacientes em diferentes faixas etárias propicia um melhor manejo das condições de risco na terceira idade. Esse quadro faz com que seja necessário que os profissionais de saúde procurem conhecer, em profundidade, o modo como os hipertensos percebem a doença e a terapêutica, que por sua vez criam condições para que este ou aquele fator os impeçam de aderir ao tratamento.

A HAS é uma síndrome multifatorial, multicausal e multisistêmica, cujo principal determinante é o estilo de vida inadequado. Além das variáveis comportamentais, como sedentarismo, estresse, tabagismo, alcoolismo, alimentação insalubre e obesidade, considera-se também os fatores constitucionais, como sexo, idade, raça/cor e história familiar.

Em decorrência de seu curso silencioso (assintomático), o hipertenso poderá ter dificuldades em aderir às mudanças comportamentais eficazes para o controle da pressão arterial (PA). Isto porque, via de regra, normalmente considera que tais modificações no dia-a-dia são desnecessárias para a manutenção de sua saúde. O não cumprimento das orientações dos profissionais de saúde e a ausência de consequências imediatas decorrentes da suspensão do tratamento tendem a acarretar complicações da doença, tais como infarto, derrame, AVC, e insuficiência renal. Este contexto caracteriza a HAS como uma assassina silenciosa.

Por ser uma doença crônica a HAS exige do paciente comprometimento e adesão rigorosa ao tratamento. Esta adesão consiste na observância da ingestão de medicamentos, que pode ocorrer por toda vida, bem como em mudanças associadas a práticas comportamentais.

O indivíduo nesse contexto é visto como um ser ativo e capaz de operar e cooperar com as condições do seu ambiente e se responsabilizar pelo cuidado com sua saúde. A adesão ao tratamento não depende apenas do seguimento das recomendações estipuladas, mas do controle que o paciente se propõe a ter no seu contexto social.

O modo como as pessoas fazem seu tratamento está entre os maiores desafios no enfrentamento da HAS. Pode-se afirmar que a eficácia da terapêutica depende da forma como o indivíduo percebe e representa sua doença. Entretanto, este tipo de agravante é influenciado por vários determinantes, incluindo características da personalidade, mecanismos de enfrentamento utilizados, autoconceito e autoimagem, experiência com este agravo e atitudes dos cuidadores da área de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2011).

A parceria entre quem cuida e quem é cuidado é fator de interesse do paciente. A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende que a adesão ao tratamento envolve a equipe multiprofissional nesse conjunto de ações (WHO, 2003). A presença de nutricionistas, médicos, psicólogos, assistentes sociais e também educadores físicos contribui para que o paciente crie hábitos favoráveis ao tratamento não medicamentoso e perceba que ele é de suma importância para o alcance de um melhor resultado quando associado às medidas higienodietéticas.

A alta incidência de HAS na população e a falta de adesão ao tratamento produzem elevadas despesas para os sistemas de saúde e previdência social, famílias e para os próprios portadores devido à ocorrência de mortalidade e/ou invalidez precoce. Por estes motivos o Ministério da Saúde vem adotando 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.

Considerando que 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, julgou-se oportuno que este estudo tenha como objetivo traçar o perfil sociodemográfico e identificar as práticas comportamentais de hipertensos atendidos pelas Estratégias Saúde da Família (ESFs) do município 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 está 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 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.

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 etárias										Sub-Total	
	40-49	n	50-59	n	60-69	n	70-79	n	80 e +	n	População	Amostra
ESF Altinópolis 1	60	2	113	4	98	3	84	3	37	1	392	13
ESF Altinópolis 2	51	2	94	3	106	4	103	4	33	1	387	14
ESF Altinópolis 3	73	3	119	4	152	5	105	4	50	2	499	18
ESF Altinópolis 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
Sub-Total	2362	84	4649	165	5024	178	3991	142	2020	72	18046	640

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, data de nascimento, sexo, etnia/raça, estado civil, escolaridade, ocupação); Classificação socioeconômica; Avaliação da adesão ao tratamento e fatores associados (tabagismo, prática de exercícios físicos, características do acesso e atendimento ao serviço de saúde e relação com os profissionais de saúde); e, Práticas Comportamentais dos hipertensos com relação a doença e ao tratamento.

Para determinação das condições socioeconômicas foi adotado os critérios de classificação econômica 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, 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 estrutura, 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.

Com o objetivo de apresentar fidelidade quanto ao registro das informações coletadas, as entrevistas foram registradas com o auxílio de um gravador de voz digital, mediante consentimento dos participantes. As entrevistas foram transcritas pelos pesquisadores imediatamente após a sua realização.

Para análise dos dados foi utilizado o *software Sphinx Lexica*. Com o auxílio desse *software*, foi possível estabelecer o perfil sociodemográfico dos entrevistados. Através dele, foi realizado o cálculo da distribuição de frequência e avaliado o grau de dependência entre as variáveis identificadas, com base no teste *Qui2*. O uso desse teste tende a ser recomendado quando se pretende estabelecer possíveis relações causais entre variáveis que apresentam frequências diferentes.

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.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Adesão à terapêutica da HAS

Segundo a literatura, o problema da adesão ao tratamento começa quando o médico prescreve a medicação, pois o paciente pode ou não cumprir as recomendações estipuladas. Quando a taxa inicial de não cumprimento é baixa, a descontinuação do tratamento após um período de seis meses tende a aumentar progressivamente. (OIGMAN, 2006).

Existem dois tipos de métodos para avaliar a adesão ao tratamento, diretos e indiretos. Dentre os métodos indiretos, os mais conhecidos são: relato do próprio paciente, opinião do médico, diário do paciente, contagem de comprimidos, reabastecimento de receitas e entrevista estruturada (Teste de Morisky-Green). Por sua aplicação mais acessível e de menor custo a entrevista estruturada tende a ser o método mais utilizado. O maior problema apontado para esse método é a superestimação da adesão, considerando a possibilidade de que o paciente 'esconda' do entrevistador ou da equipe de saúde a forma como, na realidade, efetivou o tratamento prescrito. Devido a este e outros fatores, tais métodos não são capazes de assegurar categoricamente se o paciente realmente faz uso da medicação, porém são de fácil aplicação (OIGMAN, 2006).

Como método direto, o mais aceito pela literatura médica é o desfecho clínico via exame sanguíneo ou urinário para verificar se ocorreu a ingestão de medicamentos. Apesar de parecerem mais fidedignos, muitas vezes entram em conflito com a praticidade e a pouca facilidade para realizar o procedimento (OIGMAN, 2006). Por este motivo a Aferição da Pressão Arterial tem sido amplamente utilizada, sendo considerada um parâmetro de verificação da efetiva adesão do paciente ao tratamento.

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.

Perfil Socioeconômico dos pacientes hipertensos

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. Estes são indicadores do baixo nível socioeconômico dos participantes da amostra.

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.	%
Idade								
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
Sexo								
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
União Estável								
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
Situação de Trabalho								
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
Cor/Raça								
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
Classificação Econômica								
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

No G1, G2 e G3 a maior parte dos entrevistados 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%).

A alta prevalência de indivíduos idosos (61,5%) neste estudo indica que a ocorrência de níveis de PA acima de determinados limites fixados ou de sua média, é maior quanto mais elevada a idade. A maioria das pessoas possui a PA sistólica mais baixa no nascimento, crescendo continuamente ao longo da vida. Se por um lado a PA diastólica eleva-se até a

quinta década de vida para os homens e a sexta década de vida para as mulheres, por outro ela declina com o avançar da idade (FUCHS et. al., 1994; BORGES et. al., 2008).

Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% em sujeitos com idade acima de 65 anos. Estudos demonstraram que entre metalúrgicos do Rio de Janeiro e de São Paulo, a prevalência de HAS foi de 24,7% e a idade acima de 40 anos foi a variável que determinou maior risco para essa condição (MARTINEZ; LATORRE, 2006).

Quanto ao sexo, verifica-se que as mulheres são mais atingidas pela HAS devido ao fato de estarem sujeitas a situações especiais que por si só contribuem para o surgimento/agravamento da doença. São exemplos destas, o uso de contraceptivo oral (CO), a gestação e a menopausa (DIRETRIZES, 2010). 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; o contrário ocorre nas faixas etárias abaixo de 40 anos (BRASIL, 2002).

Em um estudo realizado em Araraquara, SP, observou-se que as prevalências específicas de hipertensão por idade e sexo mostraram maior proporção de casos da doença no sexo feminino. Os resultados apontam para este grupo uma maior proporção na faixa etária de 55-64 anos, havendo ligeiro declínio desta proporção na dos 65-74 anos. Entre os homens, a prevalência cresce com a idade até a faixa dos 45-54 anos, e, após esta idade, tende a se estabilizar. A prevalência bruta de hipertensão é maior no sexo masculino, e o mesmo ocorre com a prevalência ajustada por idade, mostrando que tal diferença não decorre das composições etárias das populações masculina e feminina (LOLIO, 1990).

Apesar da maior predisposição das mulheres para desenvolver a HAS, o sexo feminino representa 86,5% do total de pacientes aderidos ($Qu^2 = 4,98$, $gl = 2$, $1-p = 91,72\%$). Este dado corrobora para afirmar que as mulheres se inserem mais facilmente no processo de adesão que os homens. Em estudos realizados por MEDEL (1997), foi verificado que as mulheres aderiam mais do que os homens ao tratamento. A menor tendência dos homens a adesão pode ser explicada pela baixa preocupação destes com os problemas de saúde (Araújo et al., 2006).

Quanto a classe socioeconômica, não foi encontrado no grupo avaliado dependência significativa ($Qu^2 = 4,09$, $gl = 4$, $1-p = 60,62\%$) entre esta e o comportamento de adesão ao tratamento. A baixa dependência pode ser decorrente do fato de que a maioria dos entrevistados seja pertencente a classe C, dificultando uma análise mais acurada pelo teste do Qu^2 . Resultados conclusivos poderão ser obtidos quando a análise puder ser realizada com a amostra total. Se tal tendência persistir, ficará confirmada a asserção de alguns autores de que o nível social que o indivíduo está inserido não é fator desencadeante no processo de adesão ao tratamento.

Estudos afirmam que o baixo nível socioeconômico é um fator de risco independente para a cardiopatia, estando a pobreza associada à maior prevalência de todas as doenças, bem como à maior mortalidade por todas as causas, inclusive nas faixas etárias mais jovens. Alguns estudos indicam que a elevação da renda familiar pode ajudar manter os níveis de pressão arterial normais (BRASIL, 2002).

Dragano et al. (2007), em sua combinação dos dados de dois estudos baseados nas populações da Alemanha e República Checa, buscaram analisar a associação entre os fatores de riscos cardiovasculares e as características sociodemográficas. Eles

observaram que a classe social poderia impor às pessoas um estilo de vida que contribuiria para uma maior exposição a alguns fatores de risco.

Martins *et al.* (1997), em um estudo transversal de base populacional, analisaram a prevalência da HAS, segundo sexo e grupo etário, em grupamentos sociais, estabelecidos de acordo com critérios socioeconômicos. Eles concluíram que seus resultados contrariam a hipótese de que a mulher integrada ao mercado de trabalho torna-se mais exposta aos fatores de risco de doenças não transmissíveis. Frisaram que a HAS é um grave problema de saúde pública, com importante determinação social. Galobardes *et al.* (2003) deixaram claro em seu estudo que as pessoas com pior posição socioeconômica possuem concentração de fatores de risco. Tabagismo, obesidade, pressão arterial elevada e inatividade física são mais prevalentes entre pessoas de baixa posição socioeconômica.

Alguns autores atribuem a falta de adesão ao tratamento aos aspectos socioeconômicos, ou seja, quanto mais baixos os níveis socioeconômicos, menores são as taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (OIGMAN, 2006). Em contrapartida, a OMS afirma que o nível socioeconômico dos pacientes não está relacionado de maneira relevante ao processo de adesão. Ela considera que outros fatores como a maneira que o paciente representa sua doença e seu nível de escolaridade, podem estar associados de maneira mais direta. Ainda nesta direção, a literatura registra que não existe evidência de associação significativa para as variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, cor/raça, ocupação e renda mensal. A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil a HAS é mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade (DIRETRIZES, 2010).

Práticas comportamentais que interferem na adesão ao tratamento da HAS

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 influência de diversas variáveis relacionadas 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; apoio familiar em auxílio ao tratamento; dificuldades em seguir as orientações da equipe de saúde; uso de tabaco e prática de exercícios físicos.

Conforme indicado na Tabela 3, observou-se que a maioria dos idosos e indivíduos de meia idade participantes do presente estudo compareceu na última consulta (86,5%), participam das atividades desenvolvidas pelos ESFs (62,5%), não interromperam nenhuma vez o tratamento medicamentoso (78,8%), não recebem apoio familiar no tratamento (55,8%), não encontram dificuldades em aderir ao tratamento (80,8%), não fazem uso de tabaco (88,5%), não praticam exercícios físicos (60,6%).

Mesmo não sendo em sua totalidade, existe acompanhamento destes pacientes pela equipe de saúde. Isto se verifica no G1, G2 e G3 pelo fato de que a maioria dos entrevistados compareceu na última consulta (82,7%; 90,9%; 87,5%). Nota-se que o envolvimento dos hipertensos nas atividades do programa é parcial, uma vez que no G1 a maioria (51,9%) participa das atividades desenvolvidas nas ESFs e no G2 e G3 a maioria

não participa ou nunca participou destas atividades (63,6%; 62,5%). Quanto a interrupção do tratamento medicamentoso, no G1 e G2 predominam os indivíduos que nunca o interromperam (84,6%; 84,1%) enquanto no G3 aqueles que deixaram (62,5%) de tomar a medicação por 4 vezes ou mais. Verificou-se que no G3 a interrupção do tratamento medicamento é estatisticamente significativo em relação aos demais grupos ($Qui^2 = 33,59$, $gl = 4$, $1-p = > 99,99\%$).

TABELA 3 – Fatores associados à adesão ao tratamento da HAS em pacientes residentes em Governador Valadares - MG

Fatores associados à adesão ao tratamento ligados ao paciente	Geral		G1		G2		G3	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Presença na Última consulta								
Sim	90	86,5	43	82,7	40	90,9	7	87,5
Não	14	13,5	9	17,9	4	9,1	1	12,5
Participação nas Atividades em Grupo								
Sim	65	62,5	27	51,9	16	36,4	3	37,5
Não	39	37,5	25	48,1	28	63,6	5	62,5
Interrupção do Tratamento Medicamentoso								
Nenhuma	82	78,8	44	84,6	37	84,1	1	12,5
1 a 4	12	11,5	7	13,5	3	6,8	2	25,0
4 e mais	10	9,6	1	1,9	4	9,1	5	62,5
Ajuda da Família								
Sim	46	44,2	23	44,2	20	45,5	3	37,5
Não	58	55,8	29	55,8	24	54,5	5	62,5
Dificuldade em Seguir as Orientações								
Sim	20	19,2	9	17,3	8	18,2	3	37,5
Não	84	80,8	43	82,7	36	81,8	5	62,5
Cigarro								
Sim	12	11,5	4	7,7	6	13,6	2	25,0
Não	92	88,5	48	92,3	38	86,4	6	75,0
Exercícios Físicos								
Sim	41	39,4	25	48,1	14	31,8	2	25,0
Não	63	60,6	27	51,9	30	68,2	6	75,0

Fonte: Pesquisa de Campo – 2014

Casos Válidos: 104

É oportuno salientar que a utilização de medicamentos pode ser decisiva para o controle e prevenção de problemas relacionados às doenças crônicas. Representa uma importante ferramenta terapêutica, mesmo não sendo a única forma de tratamento (PEREIRA *et al*.,2012). Para o efetivo controle da HAS são indicados medicamentos de uso contínuo associados, muitas vezes, a anti-hipertensivos. Dessa maneira, é importante que o médico se especialize e conheça as novas combinações medicamentosas, de forma a prescrever medicamentos capazes de favorecer a adesão através do menor número de comprimidos a serem ingeridos e determinação de horários mais confortáveis (CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL,1998).

A maioria dos participantes de todos os grupos afirma não receber ajuda familiar para um adequado cuidado à saúde (55,8%; 54,5%; 62,5%), bem como não relatam dificuldades de seguir as orientações dos profissionais de saúde (82,7%; 81,8%; 62,5%). O uso de tabaco não foi totalmente abandonado pelos pacientes embora predomine nos três grupos aqueles que dele não fazem uso (92,3%, 86,4%; 75%). Os dados evidenciam o baixo envolvimento em atividades físicas pelos indivíduos pertencentes aos três grupos (51,9%; 68,2%; 75%).

Vale destacar que embora seja pouco significativa ($Qu^2 = 3,12$, $gl = 1$, $1-p = 92,25\%$), a participação em atividades de grupos tende a ser relevante para o processo de adesão ao tratamento. Isto foi evidenciado, sobretudo pelo cruzamento das variáveis: sujeitos de Máxima Adesão e Moderada/Baixa Adesão com aqueles que Sempre e Ocasionalmente/Nunca participam de atividades grupais promovidas pelas ESFs. Os resultados obtidos concordam com o exposto na literatura que indica a necessidade de uma melhor educação e informações mais claras ao paciente sobre a doença e suas possíveis complicações, bem como da necessidade de 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 as principais variáveis que contribuem para que o paciente abandone o tratamento, estão os relacionados ao medicamento: 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 prescrita para os hipertensos.

Gusmão *et al.* (2009) 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, Gusmão *et al.* (2009) indicam como propostas para melhorar 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.

Além do tratamento medicamentoso, um dos fatores intervenientes no controle efetivo da PA é a prática regular de atividade física (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 1998). Ensaios clínicos controlados demonstraram que os exercícios aeróbios (isotônicos), promovem reduções de PA, estando indicados para a prevenção e o tratamento da HAS. Para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, é recomendado que todo adulto realize pelo menos cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, desde que em condições de realizá-la (DIRETRIZES, 2010).

Satisfação dos usuários em relação à assistência prestada pelos Serviços de Saúde

Na Tabela. 4, estão indicadas as respostas fornecidas pelos entrevistados às questões relacionadas ao serviço de saúde no que se refere a satisfação com os serviços de saúde e formas de obtenção dos medicamentos.

Não foram identificadas grandes divergências entre o G1, G2 e G3 quanto aos fatores Satisfação com os serviços de saúde. No G1, G2 e G3 a maioria dos pacientes (78,8%; 86,4%; 87,5 respectivamente) demonstraram estar satisfeitos com os serviços de saúde e não apresentam dificuldades na obtenção de medicamentos quando recorrem ao SUS (69,2%; 75%;75%).

Os idosos, por conviverem frequentemente com doenças crônicas, utilizam em grande escala os serviços de saúde e fazem alto consumo de medicamentos. Em países desenvolvidos, as pessoas com mais de sessenta anos consomem aproximadamente a metade dos fármacos prescritos e são responsáveis por 60% dos custos com medicamentos, ainda que representem cerca de 12% da população nesses países (WHO, 2008).

Considerando as dificuldades para os idosos em arcar com os custos de medicamentos para cuidar da própria saúde, em um estudo sobre HAS, Lessa et al. (2006) sugerem que a distribuição gratuita da medicação é fator essencial para a adesão do paciente ao tratamento com medicamento anti-hipertensivo. No entanto, no grupo estudado não foi encontrada dependência significativa ($Qui^2 = 0,73$, $gl = 3$, $1-p = 13,32\%$) entre recebimento gratuito de medicamentos e adesão ao tratamento. Mesmo tendo o G2 maior proporção de hipertensos recebendo medicação gratuitamente, não impediu que os maiores índices de não adesão ao tratamento fosse identificado neste grupo. Esta ocorrência pode indicar que a distribuição gratuita do medicamento não se constitui em uma variável determinante para o processo de adesão.

TABELA 4 – Nível de satisfação de hipertensos com os serviços de saúde de Governador Valadares-MG, e meio de obtenção dos medicamentos prescritos

Nível de Satisfação e meios de obtenção dos medicamentos	Geral		G1		G2		G3	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Satisfação com os Serviços								
Satisfeito	86	82,7	41	78,8	38	86,4	7	87,5
Parcialmente Satisfeito	9	8,7	6	11,5	2	4,5	1	12,5
Insatisfeito	9	8,7	5	9,6	4	9,1	0	0,0
Local de Obtenção de Medicamentos								
SUS	75	72,1	36	69,2	33	75,0	6	75,0
Necessita Comprar	10	9,6	5	9,6	4	9,1	1	12,5
Ambos	19	18,3	11	21,2	7	15,9	1	12,5

Fonte: Pesquisa de Campo – 2014

Casos Válidos: 104

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sujeitos participantes desta pesquisa são em sua maioria mulheres, pertencentes a classe socioeconômica C, de etnia parda, casadas. Apesar de possuírem acesso às informações sobre a doença e seu tratamento, apresentam adesão insatisfatória ao uso de medicamentos e pouca participação nos grupos informativos em saúde organizados pelas ESFs.

Um dos principais fatores que influenciam no reduzido controle dos níveis pressóricos é o curso assintomático da doença. Seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, resultando na baixa adesão do paciente ao tratamento prescrito, principalmente com relação às mudanças comportamentais.

A participação em atividades desenvolvidas nas ESFs e a não interrupção do tratamento medicamentoso são fatores fundamentais da adesão ao tratamento ou controle da HAS. A adesão depende da efetiva orientação dos pacientes com relação a doença e da implementação de estratégias de educação em saúde que motivem os hipertensos a

adotarem práticas comportamentais adequadas. Dentre estas práticas as mais significativas, no grupo estudado, são o correto uso dos medicamentos e a adoção de medidas higienodietéticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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. 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.

CONSELHO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. III Consenso brasileiro de hipertensão arterial. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** 43-4, 1998.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. VI. **Hipertensão 2010**

DRAGANO, 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.

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.

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

GUSMAO, J. L. P., GERALDO, A.M . Instrumento de avaliação da qualidade de vida para hipertensos de Bulpitt e Fletcher. **Rev. esc. enferm. USP** [online]., vol.43, n.spe, pp. 1034-1043. ISSN 0080-6234. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Rio de Janeiro: 2003.

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, 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.

LIMA, T.M.; MEINERS, M.M.M.A.; SOLER, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, 1(2):113-120, 2010.

LIPP, M.E.N.; CABRAL, A.C.; GRUN, T.B. Estudo de caso: treino cognitivo de controle de raiva em paciente com hipertensão leve. **Revista Brasileira de terapia Comportamental e Cognitiva**. v.11, Campinas. 2009

LÓLIO C. A. Prevalência de hipertensão arterial em Araraquara. **Arq Bras Cardiol**, 55, 167-73, 1990.

MARTINEZ, M.C.; LATORRE, M.R.D.O. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes mellito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arq Bras Cardiol.**;87:471-9, 2006.

MARTINS, M. S., GONÇALVES, M.; GUIMARAES, L.V.V., AMARAL L. C. . Hipertensão arterial e estilo de vida em Sinop, Município da Amazônia Legal. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2010, vol.94, n.5, pp. 639-644. Epub ISSN 0066-782X. Apr 23, 1997.

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. **Anais**, p.120. São Paulo. 1996.

MIRANZI, S. S. C.; et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto contexto - enferm.** [online]. vol.17, n.4, pp. 672-679. ISSN 0104-0707, 2008.

MORAES, A.B.A.; ROLIM, G.S.; JUNIOR, A.L.C. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. **Revista Brasileira de terapia Comportamental e Cognitiva**. v.11, Campinas. 2009

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.

NUNES FILHO, J. R. et al. Prevalência de Fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 89, n. 5, Nov. 2007.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. III Consenso brasileiro de hipertensão arterial. **Rev. Bras. Cardiol.**; 1:92-133. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Active ageing: a policy framework. Ageing and life course. Geneva, 2002, p.5-58.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Library Cataloguing-in-Publication, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Library Cataloguing-in-Publication, 2003.