



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MAYCKEL DA SILVA BARRETO**

**NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA EM INDIVÍDUOS COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MARINGÁ – PARANÁ**

**MARINGÁ  
2012**

**MAYCKEL DA SILVA BARRETO**

**NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA EM INDIVÍDUOS COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MARINGÁ – PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sonia Silva Marcon

**MARINGÁ  
2012**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

B273m Barreto, Mayckel da Silva  
Não-adesão à terapêutica medicamentosa em indivíduos com hipertensão arterial em Maringá - Paraná / Mayckel da Silva Barreto. -- Maringá, 2012. 159 f. : il., quadros, tabs.

Orientadora: Prof.a Dr.a Sonia Silva Marcon.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.

1. Hipertensão arterial. 2. Enfermagem. 3. Atenção primária à saúde. 4. Enfermagem de saúde pública. 5. Adesão à medicamentos. 6. Atitudes e práticas em saúde. I. Marcon, Sonia Silva, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 22.ed. 616.132

SOI-000843

MAYCKEL DA SILVA BARRETO

**NÃO-ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA EM INDIVÍDUOS COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MARINGÁ – PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 19 de outubro de 2012.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sonia Silva Marcon (Orientadora)  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Annelita Almeida Oliveira Reiners  
Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laura Misue Matsuda  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

## **DEDICO**

À minha família e namorada, que amo incondicionalmente. Sem a ajuda de vocês, este objetivo jamais seria alcançado.

## AGRADECIMENTOS

No feliz ensejo desta conclusão do Mestrado em Enfermagem e da respectiva dissertação, comprazo-me em externar meus mais sinceros agradecimentos a todos que comigo se fizeram presentes e me apoiaram ao longo deste percurso, principalmente:

- a **Deus** pela força, coragem e paz que sempre me transmitiu, mesmo nos momentos mais desgastantes, Ele sempre esteve ao meu lado.

- à minha amada família, **Maria Sonia da Silva Trvisan, Moisés Trvisan, Gabriella da Silva Barreto e Ronaldo Alencar Barreto Júnior**, pelos momentos felizes de sorrisos, brincadeiras e amizade.

- ao meu pai **Ronaldo Alencar Barreto** (*in memorian*), que mesmo distante, se fez presente durante a vivência das mais diversas emoções.

- à minha doce e linda namorada **Jéssica Rossetti Costa**, quem sempre me deu forças e me incentivou. Obrigado por acreditar mais em mim, do que eu mesmo. Você foi, é, e continuamente será essencial em minhas conquistas. Amo-te.

- à professora e amiga de longa data, **Sonia Silva Marcon**, não apenas pela dedicação e presteza com que orientou a realização deste trabalho, mas também pelos momentos de ensinamento pessoal, de descontração e cuidado materno.

- às professoras **Ieda Higarashi, Maria Angélica Pagliarini Waidman** (*in memorian*) e **Thais Aidar de Freitas Mathias** pela grande contribuição em minha formação como pesquisador e profissional.

- à secretária do Programa de Pós-graduação **Cristiane Druciak**, pela amizade, ajuda, e por nos atender rapidamente e escondido no período da manhã.

- às novas amizades que se formaram durante este longa jornada percorrida, em especial, à **Mara Cristina Ribeiro Furlan, Leydiane Karina Rissardo, Gabriella Benedetti, Simone Vidmantas, Eloana Ferreira D'artibale, Eni do Carmo, Andressa Pandini, Willian Oliveira, Jocimara Mazzola e Flávia Antunes**, pelas tardes e noites de muita risada, sem vocês o caminho teria sido bem mais tortuoso.

- à professora **Dr<sup>a</sup>. Annelita Almeida Oliveira Reiners** e a professora **Dr<sup>a</sup>. Laura Misue Matsuda** pela importante contribuição no Exame Geral de Qualificação e na finalização deste trabalho.

- à **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pela contribuição financeira, por meio da bolsa de estudo fornecida durante o período de 10 meses.

- à **Secretaria Municipal de Saúde de Maringá**, na pessoa da **Márcia de Fátima Serra**, pela facilitação nos trâmites de autorização para a realização da pesquisa.

- aos **acadêmicos da graduação e pós-graduação** que auxiliaram na coleta dos dados, sem vocês o tempo teria sido um grande inimigo.

- às **422 pessoas com hipertensão** que aceitaram participar deste estudo, contribuindo assim, com o avanço da ciência e a qualificação profissional.

E, finalmente a **todos** que de alguma forma colaboraram direta ou indiretamente para a consolidação deste trabalho.

Semelhantemente, vós outros que sois mais jovens, sede submissos aos anciãos. Todos vós, em vosso mútuo tratamento, revesti-vos de humildade, porque Deus resiste aos soberbos, mas dá a sua graça aos humildes. Humilhai-vos, pois, debaixo da poderosa mão de Deus, para que Ele vos exalte no tempo oportuno. Confia-lhe todas as vossas preocupações, porque Ele tem cuidado de vós (I São Pedro 5, 5-7).

BARRETO, M. S. **Não adesão à terapêutica medicamentosa em indivíduos com hipertensão arterial em Maringá – Paraná.** 159 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

## RESUMO

A hipertensão arterial apresenta gênese multifatorial, caráter crônico insidioso e evolução oligossintomática ou assintomática, o que contribui para a não adesão ao tratamento e, por conseguinte, para o inadequado controle pressórico. Por sua vez, a manutenção de níveis tensionais elevados constitui fator de risco para o surgimento de complicações a médio e longo prazo. Sendo assim, o enfermeiro, como elemento-chave no processo assistencial à pessoa com hipertensão, deve conhecer suas características, potencialidades, dificuldades e reais necessidades para, a partir delas, elaborar e implementar estratégias de intervenção que favoreçam a adesão ao tratamento e o controle da pressão arterial. Diante do exposto, os objetivos principais do estudo foram: identificar os índices de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva no município de Maringá (PR), verificar a associação de fatores socioeconômicos, assistenciais e pessoais com a não adesão ao tratamento medicamentoso, o inadequado controle pressórico e a hospitalização de pessoas com hipertensão acompanhadas pela atenção primária, e ainda compreender como os indivíduos com hipertensão percebem a influência da família na adesão/não adesão ao tratamento. O estudo foi desenvolvido em duas vertentes metodológicas: a quantitativo-descritiva de corte transversal, realizada com 422 indivíduos com hipertensão, e a qualitativo-descritiva, realizada com 18 sujeitos hipertensos. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2011 a março de 2012, por meio de visitas domiciliares, utilizando-se um questionário semiestruturado. Os resultados demonstraram que, em sua maioria, os entrevistados eram do sexo feminino (59,48%), casados (68,96%), idosos (63,25%), de baixa renda familiar (82,94%), com comorbidades (61,14%), de baixo nível educacional (63,51%) e com pouco tempo de diagnóstico (56,16%). De acordo com o instrumento utilizado, 180 (42,65%) indivíduos foram considerados não aderentes ao tratamento medicamentoso, e aqueles que apresentaram pouco conhecimento sobre a doença, farmacoterapia complexa e insatisfação com o serviço de saúde tiveram maior resistência a aderir à terapêutica. Outro achado importante foi que quase a metade dos entrevistados (44 89%) apresentou inadequado controle pressórico, o qual esteve significativamente associado à idade mais elevada, não adesão à farmacoterapia, não comparecimento às consultas agendadas e prescrição medicamentosa de três ou mais drogas anti-hipertensivas. Os casos de hospitalização por complicações da doença foram poucos (12,08%) e em grande parte se deveram a crises hipertensivas ou pseudocrises hipertensivas (47,05%). Homens, idosos, não aderentes à farmacoterapia e indivíduos que apresentavam inadequado controle pressórico e comorbidades foram os mais comumente hospitalizados. Na análise dos dados qualitativos apreendeu-se que a família foi descrita como agente facilitador da adesão ao tratamento e incentivador da adoção de práticas de autocuidado, e quando isto não ocorria, geralmente o motivo era que os indivíduos se sentiam responsáveis pelo controle da doença; no entanto alguns

participantes referiram não receber apoio familiar na proporção desejada. Todos estes achados reforçam a necessidade de o enfermeiro da Atenção Primária trabalhar buscando, pela simplificação dos esquemas terapêuticos, o desenvolvimento de maior vínculo com o indivíduo hipertenso e sua família, e realizar mais atividades de promoção à saúde, com repasse de informações e sensibilização da população hipertensa acerca dos danos ocasionados pela não adesão ao tratamento.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Adesão à medicação. Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. Atenção primária à saúde. Enfermagem.

BARRETO, M. S. **Non compliance drug treatment in individuals with arterial hypertension in Maringá – Paraná.** 159 f. Dissertation (Master in Nursing) – State University of Maringá, Maringá, 2012.

## ABSTRACT

Arterial hypertension has multi-factor genesis, insidious chronic character and oligo-/asymptomatic evolution, all of which contribute to treatment non-compliance, resulting in inadequate blood pressure control. For its part, maintaining high tension levels represents a risk factor for the onset of medium- to long-term complications. Therefore nurses, as key elements in the process of assisting hypertensive persons should learn and acknowledge their characteristics, potentials, difficulties and true needs, so that from those, they can devise and implement intervention strategies that favor treatment compliance and blood pressure control. With that, the main objective of the study was to identify the prevalence of non-compliance to drug treatment in the city of Maringá (PR) and assess the association of socioeconomic, assistance and personal factors with non-compliance with drug treatment, inadequate blood pressure control and hospitalization of individuals with hypertension monitored by primary care, and also understand how individuals with hypertension perceive the influence of family on treatment compliance/non-compliance. The study had two different methodological dimensions: one quantitative, descriptive and cross-sectional performed with 422 hypertensive individuals; and another, qualitative and descriptive, performed with 18 subjects with hypertension. Data were collected during the months of December 2011 and March 2012, through home visits using a semi-structured questionnaire. The results showed that most interview subjects were female (59.48%), married (68.96%), elderly (63.25%), with low family income (82.94%), with other co-morbidities (61.14%), low educational level (63.51%) and recent diagnosis (56.16%). According to the instrument used, 180 individuals (42.65%) were regarded as non-compliant with drug treatment; those with little knowledge about the illness, complex drug treatment and dissatisfaction with health services had the highest likelihood of not complying with therapy. Another important finding was that more than half of all interviewed subjects (44.89%) showed inadequate blood pressure control, which was significantly associated with older age, non-compliance with drug treatment, non-attendance of scheduled appointments and three or more anti-hypertensive drug prescriptions. The prevalence of hospitalization from complications of the illness was small (12.08%) and in most cases occurred due to a hypertensive or pseudo-hypertensive crisis (47.05%), with the greatest likelihood of being hospitalized coming from males, elderlies, those non-compliant with drug treatment, with inadequate blood pressure control and comorbidities. The analysis of qualitative data evidenced that the family was described as a facilitator of treatment compliance and motivator of self-care practices, and when this situation did not occur, it was because the individuals felt responsible for controlling their own illness; however, some participants reported not receiving family support at the desired level. All of these findings reinforce the need for primary care nurses to work to develop closer bonds with hypertensive individuals and their families, as well simplify the

therapeutic protocols and perform more health promotion activities, relaying information and raising awareness among the hypertensive population regarding the harm caused by non-compliance to treatment.

**Key words:** Hypertension. Medication adherence. Health knowledge. Attitudes practice. Primary health care. Nursing.

BARRETO, M. S. **No adhesión a la terapéutica medicamentosa en individuos con hipertensión arterial en Maringá – Paraná.** 159 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Líder: Sonia Silva Marcon. Maringá, 2012.

## RESUMEN

La hipertensión arterial presenta génesis multifactorial, carácter crónico insidioso y evolución oligoasintomática, lo que contribuye para la no-adhesión al tratamiento, y por consiguiente para el inadecuado control de presión. Por su vez, el mantenimiento de niveles tensionales elevados constituye factor de riesgo para el surgimiento de complicaciones a medio y largo plazo. Así, el enfermero como elemento clave en el proceso asistencial a la persona con hipertensión debe (re)conocer sus características, potencialidades, dificultades y reales necesidades para que a partir de ellas, elabore y implemente estrategias de intervención que favorezcan la adhesión al tratamiento y el control de la presión arterial. Delante de lo expuesto el objetivo principal del estudio fue identificar la prevalencia de no-adhesión a la farmacoterapia en el municipio de Maringá (PR) y verificar la asociación de factores socioeconómicos, asistenciales y personales con la no adhesión al tratamiento medicamentoso, al inadecuado control de presión y a la hospitalización de personas con hipertensión acompañadas por la atención primaria, y aun comprender cómo los individuos con hipertensión perciben la influencia de la familia en la adhesión/no-adhesión al tratamiento. Estudio con dos vertientes metodológicas una cuantitativa descriptiva de corte transversal, realizada junto a 422 individuos con hipertensión, y otra cualitativa descriptiva realizada junto a 18 sujetos con hipertensión. Los datos fueron recolectados durante los meses de diciembre de 2011 a marzo de 2012, por medio de visitas domiciliarias utilizándose un cuestionario semiestructurado. Los resultados demostraron que la mayoría de los entrevistados era del sexo femenino (59.48%), casada (68.96%), anciana (63.25%), con baja renta familiar (82.94%), presencia de co-morbilidades (61.14%), bajo nivel educacional (63.51%) y poco tiempo de diagnóstico (56.16%). De acuerdo con el instrumento utilizado, 180 (42.65%) individuos fueron considerados no adherentes al tratamiento medicamentoso, puesto que aquellos que presentaron poco conocimiento sobre la enfermedad, farmacoterapia compleja e insatisfacción con el servicio de salud tuvieron mayores oportunidades de no adherir a la terapéutica. Otro hallazgo importante fue que casi la mitad de los entrevistados (44.89%) presentó inadecuado control de presión, que estuvo significativamente asociado a la edad más elevada, no-adhesión a la farmacoterapia, no comparecencia a las consultas citadas y prescripción medicamentosa de tres o más drogas antihipertensivas. La prevalencia de hospitalización por complicaciones de la enfermedad fue pequeña (12.08%) y en la mayoría de los casos ocurrió por crisis hipertensiva o pseudocrisis hipertensiva (47.05%), siendo que hombres, ancianos, no-adherentes a la farmacoterapia y los que presentaban inadecuado control de presión y comorbilidades presentaron mayores oportunidades de que fueran hospitalizados. En el análisis de los datos cualitativos se apprehendió que la familia fue descrita como agente facilitador de la adhesión al tratamiento y estimuladora

de la adopción de prácticas de autocuidado, sin embargo cuando tal situación no ocurría era porque los individuos se sentían responsables por el control de la enfermedad, no obstante algunos participantes refirieron no recibir apoyo familiar en la proporción deseada. Todos estos hallazgos refuerzan la necesidad de que el enfermero de la atención primaria trabaje con vistas al desarrollo de mayor vínculo con el individuo hipertenso y su familia, así como por la simplificación de los esquemas terapéuticos y realización de más actividades de promoción a la salud con repase de informaciones y sensibilización de la población hipertensa acerca de los daños ocasionados por la no-adhesión al tratamiento.

**Palavras clave:** Hipertensión. Cumplimiento de la medicación. Conocimientos, actitudes y práctica em salud. Atención primaria de salud. Enfermería.

## APRESENTAÇÃO

O presente estudo é parte integrante do projeto de pesquisa “Assistência à Hipertensão Arterial no município de Maringá – PR: atuação do serviço e comportamento/perspectiva dos usuários”, desenvolvido com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo 485807/2011-4). Um de seus subprojetos, o qual é objeto desta dissertação, teve por objetivo principal estudar a não adesão farmacológica à terapêutica anti-hipertensiva, no município.

De acordo com o recente modelo proposto pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), os resultados que compõem esta dissertação estão apresentados em forma de artigos científicos – cinco ao todo - os quais são nominados a seguir.

Artigo 01: **Perfil biossocioeconômico de hipertensos aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso**, que teve como objetivo identificar os índices de não adesão ao tratamento medicamentoso e sua associação com fatores biossocioeconômicos;

Artigo 02: **Conhecimento sobre a doença e fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico de pessoas hipertensas**, o qual atendeu a dois objetivos: 1) identificar o conhecimento das pessoas com hipertensão arterial acerca de sua doença; e 2) verificar a existência da associação de fatores socioeconômicos, assistenciais, pessoais e do tratamento medicamentoso com a não adesão à farmacoterapia;

Artigo 03: **Fatores associados ao inadequado controle pressórico de pacientes acompanhados na Atenção Básica**, o qual buscou determinar se existe associação de fatores socioeconômicos, pessoais, de cuidado à saúde e do tratamento medicamentoso com o inadequado controle pressórico em pacientes acompanhados na Atenção Básica;

Artigo 04: **Hospitalização por agravos da hipertensão arterial em pacientes acompanhados pela Atenção Básica**, o qual atendeu aos objetivos de determinar a prevalência e os fatores associados à hospitalização em indivíduos com hipertensão arterial assistidos na Atenção Básica;

Artigo 05: **Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial: uma complexa rede de apoio** - artigo qualitativo que objetivou compreender como pessoas com hipertensão arterial percebem a influência da família na adesão/não adesão ao tratamento.

As demais seções da dissertação estão estruturadas em Introdução, Justificativa, Objetivos, Metodologia, Considerações Finais e Referências, comuns a todo estudo. Vale ressaltar ainda que, apesar de as normas das revistas científicas diferirem quanto à formatação dos manuscritos para a submissão, nesta versão da dissertação todo o trabalho foi redigido seguindo-se um único modelo de apresentação.

## LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS	Agente Comunitário da Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DAC	Doença Arterial Coronariana
DC	Doença Crônica
DM	<i>Diabetes mellitus</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IC	Intervalo de Confiança
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICFT	Índice de Complexidade da Farmacoterapia
MRCI	<i>Medication Complexity Regimen Index</i>
MS	Ministério da Saúde
NEPAAF	Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PSF	Programa Saúde da Família
QAM-Q	Questionário de Não Adesão de Medicamentos da Equipe Qualiaids
QV	Qualidade de Vida
RR	Risco Relativo
SAS®	<i>Statistical Analysis System</i>
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Classificação da pressão arterial segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão .....	23
Quadro 2	Amostragem estratificada dos indivíduos com hipertensão cadastrados em Maringá. Maringá – PR, 2011 .....	41
Figura 1	Fórmula para o cálculo da porcentagem de adesão .....	45
Figura 2	Modelo explicativo para a não adesão à farmacoterapia .....	49
Figura 3	Modelo explicativo para o inadequado controle pressórico .....	50

### **ARTIGO 02**

Figura 1	Modelo explicativo para a não adesão à farmacoterapia .....	78
----------	---	----

### **ARTIGO 03**

Figura 1	Modelo explicativo para o inadequado controle pressórico .....	94
----------	--	----

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 01

Tabela 1	Distribuição das características socioeconômicas e de acompanhamento à saúde de uma população de hipertensos aderentes e não aderentes ao tratamento farmacológico. Maringá (PR), 2012 .....	60
Tabela 2	Distribuição do tipo de não adesão em uma população de hipertensos não aderentes ao tratamento farmacológico. Maringá (PR), 2012 .....	62

### ARTIGO 02

Tabela 1	Análise univariada da associação da não adesão à farmacoterapia a fatores socioeconômicos, assistenciais, pessoais e do tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos. Maringá (PR), 2012 .....	79
Tabela 2	Distribuição dos hipertensos aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso de acordo com as respostas obtidas no formulário para avaliar o conhecimento sobre a HAS. Maringá (PR), 2012 .....	80

### ARTIGO 03

Tabela 1	Análise univariada da associação do inadequado controle pressórico a fatores socioeconômicos, assistenciais, pessoais e do tratamento medicamentoso de indivíduos com hipertensão arterial. Maringá (PR), 2012 .....	91
Tabela 2	Distribuição dos indivíduos com hipertensão hospitalizados de acordo com o controle pressórico. Maringá (PR), 2012 .....	97

### ARTIGO 04

Tabela 1	Distribuição dos fatores associados à hospitalização de indivíduos com hipertensão arterial. Maringá (PR), 2012 .....	109
----------	---	-----

## SUMÁRIO

1	<b>APROXIMAÇÃO COM O TEMA</b> .....	21
2	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	23
2.1	<b>Quadro teórico</b> .....	25
2.1.1	Fatores relacionados a não adesão à farmacoterapia .....	26
2.1.2	Família e a terapêutica .....	30
2.1.3	Consequências da não adesão .....	32
3	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	34
4	<b>OBJETIVOS</b> .....	37
4.1	<b>Geral</b> .....	37
4.2	<b>Específicos</b> .....	37
5	<b>METODOLOGIA</b> .....	38
5.1	<b>Tipos de estudos</b> .....	38
5.1.1	Abordagem quantitativa .....	38
5.1.2	Abordagem qualitativa .....	39
5.2	<b>Local do estudo</b> .....	40
5.3	<b>População de estudo</b> .....	40
5.4	<b>Amostra e amostragem</b> .....	41
5.5	<b>Período e coleta de dados</b> .....	43
5.6	<b>Instrumentos de coleta de dados e tratamento das informações</b> ...	44
5.6.1	Dados quantitativos .....	44
5.6.2	Dados qualitativos .....	48
5.7	<b>Análise estatística</b> .....	48
5.8	<b>Aspectos éticos</b> .....	50
6	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	52
6.1	<b>Artigo 01: Perfil bio-sócio-econômico de hipertensos aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso</b> .....	53
6.2	<b>Artigo 02: Conhecimento sobre a doença e fatores associados a não adesão ao tratamento farmacológico de pessoas hipertensas</b> .....	72

6.3	<b>Artigo 03: Fatores associados ao inadequado controle pressórico de pacientes acompanhados na atenção básica .....</b>	<b>88</b>
6.4	<b>Artigo 04: Hospitalização por agravos da hipertensão arterial em pacientes acompanhados na atenção básica .....</b>	<b>105</b>
6.5	<b>Artigo 05: Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial: uma complexa rede de apoio .....</b>	<b>114</b>
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>133</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>137</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>147</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>155</b>

## 1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA

Quando morava em Goioerê, um município de pequeno porte do Interior do Estado do Paraná, aos quinze anos, durante nove meses, trabalhei em uma farmácia, onde realizava atividades como entregas, cobranças, verificação de pressão arterial e administração de injeções intramusculares. Este foi o meu primeiro contato próximo com a área da saúde. Apesar de haver em minha família três enfermeiras, nunca havia me atentado para a beleza e importância da profissão.

No início do terceiro ano do Ensino Médio me mudei para Maringá, comecei a me preparar para meu primeiro vestibular, que foi para o Curso de Farmácia, prestado em julho de 2006; porém não fui contemplado com a aprovação. Estudei com mais afinco e no vestibular de dezembro do mesmo ano me inscrevi para o curso de Enfermagem, a pedido de uma amiga que também tentara a inserção neste curso de graduação, na Universidade Estadual de Maringá (UEM). Desta vez, com muito esforço e com a graça divina, fui aprovado.

Iniciei minha faculdade aos dezessete anos, e a cada dia que passava mais eu me encantava e me apaixonava pela profissão. Com esta minha inquietude, sempre buscava por maiores vivências e conhecimentos, os quais não eram proporcionados apenas pelas aulas e estágios. Desta maneira, desde muito cedo ingressei em projetos de iniciação científica, e já no meu primeiro ano do curso de graduação tive a oportunidade de participar de um projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da atenção à hipertensão arterial na macrorregião Noroeste do Paraná: Doenças cerebrovasculares como evento sentinela”. Minha participação se concretizava por meio de visitas domiciliares aos familiares de indivíduos que iam a óbito por doenças cerebrovasculares antes dos 60 anos de idade.

Tive ainda a oportunidade de participar de um projeto de extensão intitulado “Assistência e Apoio à Família de Pacientes Crônicos no Domicílio no Município de Maringá- PR”, que é vinculado ao NEPAAF (Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família), no qual realizava visitas domiciliares semanais às famílias dos indivíduos com doenças crônicas. Desta forma, pude

me iniciar nas temáticas de família e doença crônica, em especial na hipertensão arterial sistêmica.

Quando cursava o terceiro ano da graduação me vi em uma situação que - confesso - não foi muito agradável, pois aos dezenove anos fui diagnosticado como hipertenso, sem causa definida. A temática sobre a qual já havia realizado alguns estudos bateu à minha porta. O diagnóstico de uma doença crônica, principalmente aos dezenove anos, não é fácil de ser compreendido, todavia com o passar dos dias a rotina da vida diária se reestabeleceu.

Sendo assim, a hipertensão arterial não diminuiu meus sonhos nem alterou as minhas metas. Sempre tive grande anseio pela docência, sobretudo em decorrência da participação em congressos e apresentação de trabalhos em que podia desenvolver a oratória. Destarte, ao final do quarto ano do curso de Enfermagem submeti-me ao processo seletivo para inserção no Mestrado em Enfermagem da UEM, e mais uma vez, com muito esforço e com a graça divina, fui a aprovado, aos vinte e um anos.

Continuei na mesma linha de pesquisa, uma vez que minha orientadora do mestrado era a mesma professora com quem, desde o primeiro ano do curso de graduação, participava de projetos, desenvolvia pesquisas e elaborava artigos.

Não obstante, o que mais me instiga enquanto pesquisador é uma questão pessoal, pois me vejo em uma situação dual: ao mesmo tempo em que, enquanto profissional enfermeiro, tenho conhecimento acerca das complicações que a hipertensão arterial pode acarretar, sei também quão difícil é para o indivíduo com esta doença seguir todas as orientações e recomendações dos profissionais de saúde. Diante desta dualidade resolvi estudar meus pares e verificar o que interfere na adesão/não adesão à terapêutica farmacológica anti-hipertensiva, bem como desvelar o papel da família neste complexo processo de adesão ao tratamento.

## 2 INTRODUÇÃO

Atualmente, pode-se observar que houve transformações quanto à incidência e à prevalência das doenças, bem como nas principais causas de morte. O estágio atual da transição demográfico/epidemiológica, pela qual passa a população brasileira, está relacionado ao envelhecimento populacional, e conseqüentemente aos altos índices de óbitos causados pelas Doenças Crônicas (DC) (MARTINS et al., 2007).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma DC de natureza multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA), frequentemente associada a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos do próprio organismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Os valores de referencia da PA estão sumarizados no Quadro 1.

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

Quadro 1 – Classificação da pressão arterial segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão\*

\* Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação. Critérios para maiores de 18 anos.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010).

Quando caracterizado como hipertenso, o indivíduo deve ser acompanhado por uma equipe multiprofissional de saúde, uma vez que a doença é tida como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais e

afecções cardíacas e cerebrovasculares, o que acarreta altos custos médicos e socioeconômicos (MIRANZI et al., 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O número estimado de indivíduos com HAS no Brasil é de aproximadamente 18 milhões. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontam a prevalência da HAS acima de 30%. Entre os sexos, a prevalência estimada é de 35,8% para os homens e de 30,0% para as mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Um estudo do tipo revisão sistemática quantitativa que analisou 44 artigos de 35 países, publicados entre 2003 e 2008, revelou prevalência global de HAS na faixa de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (PEREIRA et al., 2009), próximo aos valores encontrados no Brasil. Pesquisa recente do Ministério da Saúde apontou que a HAS atinge 23,3% da população brasileira, no entanto o diagnóstico se torna mais comum com o avançar da idade, acometendo cerca de 8% dos indivíduos entre os 18 e os 24 anos e mais de 50% na faixa etária de 55 anos de idade ou mais (BRASIL, 2010a).

Independentemente da idade, estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são extremamente importantes para a redução dos eventos cardiovasculares. No Brasil, catorze estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos, com 14.783 indivíduos, revelaram que apenas 19,6% dos hipertensos diagnosticados e tratados conseguem controlar a PA, índice considerado muito baixo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Dentre os fatores que comprometem o controle da PA, verifica-se que os principais são: a não realização das medidas não farmacológicas pelos pacientes (mudança do estilo de vida e da dietética) e/ou o não seguimento da terapêutica farmacológica, assim como, a não adesão ao tratamento em longo prazo (CALHOUN et al., 2008).

Diante dos números apresentados verifica-se a magnitude econômica e social da doença e sua importância para a Saúde Pública brasileira e mundial.

Desta forma, é de extrema relevância a realização de estudos que abordem a temática, em especial os que tomem como objeto o processo da adesão/não adesão, uma vez que este influencia diretamente o surgimento de agravos e complicações.

## 2.1 Quadro teórico

Estudar a adesão/não adesão ao tratamento é algo complexo. Deste modo, sua definição varia de acordo com a fonte utilizada, sendo uma das premissas dos profissionais que trabalham com a temática da adesão ao tratamento, a definição de seu conceito. Diferentes autores trazem terminologias distintas, como por exemplo: aderência, observância, fidelidade, *compliance* (SANCHEZ; PIERIN; MION-JUNIOR, 2004). A diferença entre esses termos se encontra no papel que o paciente e o médico exercem no processo de aderência à terapêutica.

O termo *compliance*, cunhado por Haynes (1979) sugere que o paciente se encontra em uma situação passiva no que tange às decisões a serem tomadas acerca de seu tratamento, ou seja, o plano terapêutico não foi baseado em uma aliança estabelecida entre o paciente e o médico. Na tentativa de preencher esta lacuna, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o uso do termo adesão ou aderência, que é definido como a extensão em que cada comportamento pessoal – em relação à frequência de consultas, aos cuidados, à execução de mudanças de estilo de vida e à adesão à terapia não medicamentosa e à medicamentosa por tempo prolongado – corresponde com as recomendações acordadas com um provedor de atenção à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Os dois termos, por sua vez, são considerados incompletos e não informativos quanto às descrições dos comportamentos que envolvem a tomada fiel de medicamentos, sugerindo-se cautela em sua utilização, bem como sua reavaliação (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005). Não obstante, como recomenda a OMS, o termo utilizado neste estudo foi aderência/adesão e não aderência/não adesão, pois, independentemente do termo empregado, as definições de

adesão/não adesão devem sempre abranger e reconhecer a disposição do indivíduo a participar e colaborar com seu tratamento (GUSMÃO; MION-JUNIOR, 2006).

Vários estudos tem sido realizados acerca da adesão/não adesão à terapêutica anti-hipertensiva (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; GUSMÃO et al., 2009; OSHIRO; CASTRO; CYMROT, 2010; SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010a). No entanto, ainda não foi encontrada uma estratégia para fidelizar o paciente ao tratamento. Estimativas indicam que o grau de não adesão mundial aos tratamentos de DC varia de 25% a 50% (MARTINEZ, 2004), devendo os profissionais de saúde atentar para a não adesão ao tratamento medicamentoso. Um estudo de revisão da literatura com metanálise sugere que a melhoria da adesão aos fármacos diminui a mortalidade, as consultas de emergência, as internações e os custos médicos e promove o bem-estar do paciente, melhorando sua qualidade de vida (QV) (SIMPSON et al., 2006).

### 2.1.1 Fatores relacionados a não adesão à farmacoterapia

As causas da baixa adesão ao tratamento medicamentoso são difíceis de serem mensurados pelos profissionais de saúde e pesquisadores, pois envolvem um amplo contexto, relacionado ao modo de ser e viver do indivíduo (MELCHORS, 2008). Porém, são relatados na literatura alguns fatores que influenciam na não adesão ao tratamento, destacando-se o pouco conhecimento do paciente sobre a doença, o comportamento relapso frente à aquisição e condicionamento dos remédios e a insatisfação com o serviço de saúde (STRELEC; PIERIN; MION-JUNIOR, 2003).

Fatores socioeconômicos como baixa renda e baixa escolaridade também se associam à não adesão. Um estudo revelou que 87,3% dos indivíduos com hipertensão arterial não aderentes à farmacoterapia se enquadravam em estratos socioeconômicos mais baixos (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010a). O menor nível educacional está associado, ainda, com a dificuldade em compreender as recomendações dos profissionais de saúde, o que a caracteriza

como um fator socioeconômico influente quanto à não adesão ao tratamento (JOHNELL et al., 2005).

A relação do paciente com o serviço de saúde representa outro importante fator que pode contribuir para a não adesão à terapêutica farmacológica. A boa relação dos profissionais com o paciente hipertenso pode ser compreendida como um dos resultados intermediários desejáveis do trabalho em saúde no tocante ao controle clínico da doença (SANTA-HELENA et al., 2007) que pode ser alcançado somente quando os profissionais buscarem pela autonomização dos indivíduos, tornando-os agentes integrantes, participantes e conferindo-lhes poder decisório sobre seu próprio tratamento.

Observa-se que a baixa adesão é mais frequente no nível primário de atenção do que entre os pacientes de serviços especializados de acompanhamento à saúde, pelo fato de estes últimos apresentarem maior satisfação e vínculo com o serviço de saúde e seus profissionais (CALHOUN et al., 2008).

No entanto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) implementada no Brasil em 1994, por meio do Programa Saúde da Família (PSF), busca romper com paradigmas cristalizados e incorporar novo pensar e agir para a modificação do modelo assistencial, possibilitando a entrada de cenários, sujeitos e linguagens no âmbito da atenção à saúde, que geram potenciais para a reconstrução das práticas e da atuação profissional. Desta forma, visa-se construir maiores relações de vínculo com o usuário, considerando-o como protagonista do acompanhamento à saúde (AYRES, 2005).

O serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, necessita desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Para o desenvolvimento dessas competências deve primar pela incorporação das práticas relacionais em seu processo de trabalho, como, por exemplo, acolher e criar vínculos, para obter melhores resultados na promoção da saúde dos sujeitos (MERHY, 1998).

Apesar dos inúmeros avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) no alcance dos seus propósitos, ainda existem vários desafios importantes a serem superados, como: melhor adequação do acolhimento, pouca valorização do trabalho em saúde, não formação de vínculo entre os usuários e as equipes e a

fragmentação das ações no processo de atenção e acompanhamento do usuário (BRASIL, 2006).

Verifica-se que fatores relacionados ao serviço e às características da estrutura e da organização do trabalho em saúde próprios de cada unidade de atendimento, e em especial a relação profissional de saúde-paciente, mais especificamente a relação enfermeiro-paciente, por ser este profissional o elo mais forte entre os usuários e o serviço de saúde, podem influir na satisfação dos pacientes com o serviço e, por conseguinte, em sua adesão à terapêutica (SHERBOURNE et al., 1992).

Um estudo transversal sobre adesão ao tratamento da HAS e seus determinantes realizado com 177 pacientes de um ambulatório do SUS em Fortaleza (CE) demonstrou que indivíduos hipertensos com poucas consultas e grandes intervalos entre elas tinham maiores dificuldades em compreender as orientações médicas e tendência ascendente a não aderir à terapêutica medicamentosa (TEIXEIRA, 1998). Neste sentido, a assistência prestada pela equipe de saúde representa um facilitador do processo de adesão, já que ajuda o indivíduo a compreender a importância de se aderir corretamente ao tratamento farmacológico.

Alguns outros fatores que dificultam a adesão à farmacoterapia são relatados, como, por exemplo, tratamento de doenças assintomáticas, diminuição da capacidade cognitiva e prescrição de esquemas terapêuticos complexos. Nesse aspecto, médicos e enfermeiros da ESF necessitam atentar para a complexidade da terapia medicamentosa, pois atualmente a farmacoterapia é o principal recurso terapêutico de controle e cura de doenças, devendo-se evitar a prescrição de tratamentos complexos, uma vez que dificultam a adesão dos pacientes crônicos à sua terapêutica (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

A complexidade do regime terapêutico varia de acordo com o tratamento estipulado. Diversas definições de complexidade da farmacoterapia podem ser encontradas na literatura. As menos elaboradas consideram apenas o número de medicações e/ou o número de doses ao dia. Por sua vez, as mais completas definem que a complexidade do regime consiste de múltiplas características do tratamento instituído, incluindo: número de diferentes medicações prescritas; número de doses por dia; número de unidades de dosagem por dose; número

total de unidades por dia e; restrições alimentares associadas à dose (STONE et al., 2001; DILORIO et al., 2003).

Essa variedade de definições indica que a complexidade não tem sido medida de maneira uniforme e, como consequência, alguns aspectos são ignorados, como instruções especiais associadas com a medicação (ex.: ingerir após ou durante as refeições) e ações requeridas de gerenciamento para tomar a medicação (ex.: ingerir metade do comprimido ou triturar a medicação) (DILORIO et al., 2003).

Diversos estudos identificam a complexidade da farmacoterapia como fator substancial da não adesão ao tratamento (LEVY, 2001; DILORIO et al., 2003, CALHOUN et al., 2008; MELCHORS, 2008; OBRELI-NETO et al., 2010), como o caso de pacientes hipertensos e diabéticos, em que o número de medicações ou a frequência de dosagem têm sido associados a menor adesão ao tratamento e a pior controle pressórico ou metabólico (MELCHORS; CORRER; LLIMOS, 2007). Observa-se também que a adesão ao tratamento é melhor em indivíduos que nunca mudaram de esquema terapêutico e que tomam apenas um comprimido por dia (GUSMÃO et al., 2009). Desta forma, é essencial que a equipe da ESF atente para a complexidade da terapia farmacológica, buscando facilitar a adesão, por meio da prescrição de esquemas simplificados.

É necessário ainda que os profissionais de saúde avaliem e reavaliem continuamente o processo de adesão/não adesão dos indivíduos em tratamento farmacológico contínuo, evitando-se o extremo negativo da não adesão, que é o abandono do seguimento farmacológico (GUSMÃO et al., 2009).

Existem várias estratégias para avaliar o grau da adesão de um paciente já em tratamento, mas nenhum consenso. Os métodos de mensuração desta adesão podem ser diretos ou indiretos. Métodos diretos são, por exemplo, contagem manual de comprimidos, relato do profissional (impressão médica), desfecho clínico favorável, registros farmacêuticos, monitoramento eletrônico de doses e relato do paciente, mediante escalas visuais ou questionários estruturados. Como métodos diretos utilizam-se a dosagem em líquidos corporais do princípio ativo metabólito da droga ou mesmo marcadores inertes e a observação direta da tomada da medicação. Tanto os métodos diretos como os indiretos possuem vantagens e desvantagens, porém o relato do paciente é um

dos meios mais utilizados para avaliar a não adesão, por sua simplicidade, efetividade e baixo custo (GORDIS, 1979; GUSMÃO et al., 2009).

A falta de adesão ao tratamento farmacológico é um impedimento para o alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se em uma fonte de frustração para os profissionais de saúde, pois melhorar a adesão é um investimento importante e necessário no caso da DC e requer esforço do sistema de saúde e de seus servidores para encontrarem novas soluções diante do problema secular da não adesão (OSHIRO; CASTRO; CYMROT, 2010).

Diante de diversos fatores complexos e interdependentes que permeiam, influenciam e condicionam o comportamento da não adesão à terapêutica farmacológica, é de extrema importância que o enfermeiro, como elemento-chave do processo assistencial aos indivíduos com hipertensão arterial, reconheça as características dessas pessoas e suas reais necessidades para, a partir delas, elaborar e implementar estratégias com o intuito de obter maior grau de adesão à terapêutica e o consequente controle dos níveis tensionais.

### 2.1.2 Família e a terapêutica

Independentemente da causa da não adesão ao tratamento farmacológico, a família possui papel primordial nesta conduta, uma vez que apoia seus membros em situação de doença, compreende as modificações relacionadas à condição e torna-se permeável aos ajustamentos impostos pela doença para garantir o suporte necessário ao seu familiar doente, facilitando a adesão ao tratamento bem como a recuperação e/ou melhora de sua saúde (MOREIRA, ARAÚJO; PAGLIUCA, 2001)

A família, independente do seu tipo, nuclear (formada pelos pais e seus filhos) ou expandida (incluindo outras pessoas consideradas da família, mesmo sem laços consanguíneos ou parentais), se constitui na fonte primária de cuidados e auxílio aos seus integrantes, desde a etapa do nascimento até a morte. Esta função é mais facilmente evidenciada em situações de DC, por esta

razão ela deve ser incluída e valorizada no plano assistencial desde os momentos iniciais de descoberta da doença (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007).

Vale ressaltar que o diagnóstico de uma DC exerce um impacto profundo sobre os indivíduos e seus familiares, com a possibilidade de afetar o convívio social da pessoa e provocar prejuízos físicos e mentais. Deste modo, quando a DC atinge qualquer membro da família, podem ocorrer muitas mudanças relacionadas à preocupação com o doente, modificando a realização das atividades habituais do dia a dia, o que interfere em toda a estrutura familiar (RIBEIRO, 2002; PAULA; NASCIMENTO; ROCHA, 2008).

Vários fatores influenciam o modo de a família enfrentar a situação de um agravo crônico à saúde em um de seus membros, entre eles, o estágio da vida familiar, o papel desempenhado pela pessoa doente na família, as implicações que o impacto da doença causa em cada elemento da família e o modo como esta se organiza durante os episódios de agravamento/complicações da doença (RIBEIRO, 2002; PAULA; NASCIMENTO; ROCHA, 2008). Neste contexto, para assistir a família e sobre ela intervir de maneira qualificada é fundamental compreender o processo sociocultural de viver de cada família, que é dinâmico e sujeito a modificações ao longo dos diferentes estágios do ciclo de vida familiar.

Cada família tem uma forma de vivenciar suas relações, de enfrentar situações adversas e de sentir e perceber cada uma dessas conjunturas com suas singularidades, porém, de modo geral, o mesmo impacto sofrido pelos doentes crônicos também é observado em suas famílias, o que interfere de maneira significativa na evolução e no enfrentamento da doença pelos indivíduos. Isto significa que a vivência de uma DC em um contexto familiar estruturado exerce um importante papel em todo o processo de relação do doente com a sua morbidade, seu tratamento e sua adaptação a um novo estilo de vida (SARAIVA et al., 2007a; BRITO, 2009).

O suporte familiar é apontado como significativamente associado aos comportamentos relacionados ao autocuidado na DC, sejam estes a dieta, o exercício físico ou a adesão ao tratamento medicamentoso. A mudança de hábito requer um forte engajamento de todos os envolvidos, que, no caso desta reflexão, são as pessoas em condição crônica de doença, seus familiares, pessoas de seu convívio mais próximo e os profissionais de saúde responsáveis pelo processo de

ensino-aprendizagem na promoção e manutenção da saúde (SANTOS et al., 2005). Os enfermeiros devem buscar a participação ativa dos familiares no cuidado, por esta representar um papel significativo no controle dos fatores de risco da HAS, mormente os relacionados aos fatores modificáveis, contribuindo concretamente para o tratamento da pessoa hipertensa (SARAIVA et al., 2007b).

Para tanto, os enfermeiros necessitam estar sensibilizados e instrumentalizados para atuar com as famílias que vivenciam a cronicidade de uma doença em um de seus membros, pois uma prática profissional avançada baseia-se no modo de pensar do profissional, na linguagem que utiliza, nas questões que formula e nos relacionamentos que valoriza. O enfermeiro deve também compartilhar o cuidado, envolvendo os familiares no processo saúde-doença do paciente crônico, ensinando-lhes os cuidados básicos necessário para se conviver com a doença no domicílio (ELSEN et al., 2009).

Desta forma, atribui-se ao profissional de saúde o papel de articulador das relações familiares de cuidado, uma vez que não é o único responsável pela assistência ao doente crônico.

### 2.1.3 Consequências da não adesão

Apesar dos notáveis avanços ocorridos nas últimas décadas no tratamento da HAS, os índices de controle pressórico adequado ainda são considerados baixos em diversos países, inclusive no Brasil. O indivíduo hipertenso que apresenta valores de pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$ mmHg e/ou de pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$ mmHg, é caracterizado como hipertenso não controlado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

É comum indivíduos com hipertensão procurarem por serviços de pronto-atendimento motivados por PA elevada, decorrente, em geral, de um controle ambulatorial inadequado (MONTEIRO-JUNIOR et al., 2008).

Sabe-se, não obstante, que o controle da HAS não é tarefa fácil, uma vez que seu caráter crônico-insidioso contribui para a não adesão ao tratamento (JESUS et al., 2008). Diante desta realidade, estimativas apontam que apenas um terço das pessoas regularmente acompanhadas em serviços básicos de saúde tem sua PA mantida em níveis desejáveis (KROUSEL-WOOD et al., 2009). Isso favorece a ocorrência anual de mais de um milhão de internações por doenças do aparelho circulatório processadas pelo SUS, com um custo aproximado de um bilhão e oitocentos milhões de reais, o que as mantém como a principal causa agrupada de mortes no Brasil (BRASIL, 2012).

Um estudo realizado com cem pacientes no pronto-socorro e cem no ambulatório de um hospital universitário de São Paulo (SP) comprovou que a não adesão ao tratamento medicamentoso foi mais frequente entre os pacientes do setor emergencial (35,0% contra 19,0%), ratificando que a menor adesão ao tratamento medicamentoso resulta em maior procura dos pacientes por serviços de emergência (SANCHEZ; PIERIN; MION-JUNIOR, 2004).

Desta forma, evidências apontam que a não adesão tem como principais consequências o aumento do uso de terapias não convencionais (no caso, o uso de plantas medicinais), resultados clínicos negativos e aumento da morbimortalidade por doenças cerebrovasculares, das aposentadorias precoces e dos custos para o sistema de saúde, pelo aumento do consumo deste serviço (KROUSEL-WOOD et al., 2004).

Em pessoas hipertensas, quando seguem rigorosamente um tratamento farmacológico adequado, reduz-se significativamente a morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório, proporcionando aumento da expectativa e da qualidade de vida (BUBACH; OLIVEIRA, 2011). Sendo assim, o controle dos níveis tensionais é fundamental para o correto monitoramento da HAS, principalmente quando há um cofator que aumenta a gravidade da doença.

### 3 JUSTIFICATIVA

O Brasil e outros países da América Latina passam por um processo de transição demográfico-epidemiológica que tem como causas, entre outras, o desenvolvimento econômico e a melhoria da distribuição de renda, da infraestrutura, saneamento básico e da assistência à saúde e a modificação do modo de viver das populações. Com isso, houve progressivos declínios das taxas de fecundidade e mortalidade e uma ampliação da longevidade dos indivíduos, com aumento da proporção de idosos (PAES-SOUSA, 2002).

Nas duas últimas décadas verificou no município de Maringá um acentuado crescimento da população com idade superior a 40 anos. Em 1990, a proporção de pessoas que se encontravam nesta faixa etária era de 27,1%, no ano de 2000 eram 31,3% e em 2010 já representavam 38,5% do contingente populacional (BRASIL, 2010), sendo estes indivíduos os mais susceptíveis a desenvolver DC, em especial a HAS (SANTA-HELENA, 2007).

Nos últimos cinco anos o número de pessoas com hipertensão cadastradas no município e daquelas acompanhadas pela Atenção Primária aumentou em aproximadamente 30% e 12% respectivamente (BRASIL, 2010b). Com a ampliação no número de indivíduos com hipertensão diagnosticados, concomitantemente, aumenta também o número de sujeitos que não controlam a PA, por não aderirem ao tratamento medicamentoso, o que em médio prazo pode desencadear agravos e complicações à saúde.

Ainda, em Maringá, os agravos da HAS, como as doenças do aparelho circulatório, foram responsáveis por 2.069 hospitalizações em 2008, 2.373 em 2009 e 2.670 em 2010 (BRASIL, 2010b), observando-se neste triênio uma inclinação ascendente no número de hospitalizações pelas complicações da HAS não tratada, sendo estas internações, em sua maioria, consideradas sensíveis à atuação da atenção básica.

Diante destes números verifica-se uma tendência de crescimento do envelhecimento da população maringaense, do desenvolvimento e diagnóstico da HAS e do sofrimento com as complicações acarretado por um tratamento inadequado. Além do mais, empiricamente observa-se que a problemática da

adesão/não adesão é um constante desafio a ser superado pelos funcionários que atuam na Atenção Básica.

Neste contexto, os profissionais da saúde, preponderantemente os da enfermagem, necessitam buscar formas para aumentar a adesão do indivíduo com hipertensão ao tratamento, que se torna um procedimento menos complexo e mais fácil de realizar quando a equipe de saúde conhece as reais causas que interferem no processo de aderência à terapêutica.

Além da redução do número de hospitalizações e de óbitos decorrentes dos agravos da HAS, que são situações desgastantes e estressoras para o sujeito e seus familiares, a adesão ao tratamento medicamentoso objetiva a diminuição dos gastos para o sistema público de saúde, uma vez que 75% da assistência à saúde realizada no Brasil se dão por meio da rede pública do SUS.

Como exemplo dos gastos com os agravos da HAS, pode-se observar que em novembro de 2009 houve no Brasil 91.970 internações por doenças cardiovasculares, resultando em um custo de R\$165.461.644,33 aos cofres públicos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Tais valores certamente podem diminuir se os profissionais de saúde da Atenção Básica possuírem conhecimentos que subsidiem sua prática junto aos indivíduos com hipertensão, de modo a incentivá-los a aderir, por tempo prolongado e de forma correta, ao tratamento farmacológico.

Diante disto, acredita-se que os resultados deste estudo podem trazer luz à problemática da não adesão ao tratamento medicamentoso, por se propor a levantar alguns fatores que influenciam este processo. Os achados podem auxiliar também na reformulação das ações educativas desenvolvidas junto aos sujeitos com hipertensão, por meio da elaboração, por parte da enfermagem, de estratégias de intervenção no acompanhamento a esses indivíduos.

A atuação deve ocorrer de acordo com as especificidades e a metodologia de trabalho de cada unidade de atenção à saúde; no entanto, de modo geral, ela pode ser desenvolvida nos grupos de HIPERDIA, ou mesmo de forma individualizada, nas visitas domiciliares ou nas consultas médicas e de enfermagem, quando os profissionais podem esclarecer as dúvidas do usuário e estimulá-lo a seguir seu regime terapêutico.

Este trabalho vem ao encontro da necessidade de construir maiores conhecimentos e solidificar os já existentes, no tocante à não adesão à terapia farmacológica de indivíduos com hipertensão, identificando os fatores que substancialmente influenciam este comportamento.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 Geral

- ✓ Analisar a não adesão farmacológica à terapêutica anti-hipertensiva, no município de Maringá-PR.

### 4.2 Específicos

- ✓ Determinar a prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS;
- ✓ Analisar a associação entre os fatores bio-sócio-econômicos, assistenciais, pessoais e do tratamento medicamentoso e a não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva;
- ✓ Identificar o nível de conhecimento dos hipertensos acerca de sua doença;
- ✓ Estabelecer a associação entre fatores bio-socio-econômicos, pessoais, de cuidado à saúde e do tratamento medicamentoso e o inadequado controle pressórico;
- ✓ Determinar os índices de incidência e os fatores associados à hospitalização de indivíduos com hipertensão arterial acompanhados pela Atenção Primária;
- ✓ Compreender como os indivíduos com hipertensão arterial percebem a influência da família na adesão/não adesão ao tratamento.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Tipo de estudo

Estudo com duas vertentes metodológicas: uma quantitativa descritiva de corte transversal, realizada junto a 422 indivíduos com HAS, e outra, qualitativa descritiva, realizada junto a 18 sujeitos também com HAS, desenvolvido no município de Maringá, Paraná, Brasil.

#### 5.1.1 Abordagem quantitativa

A investigação quantitativa atua nos níveis da realidade mensurável e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Os métodos utilizados nessa abordagem permitem avaliar a importância, a gravidade, o risco e a tendência de agravos e ameaças (MINAYO; SANCHES, 1993). Tratam ainda de probabilidades e associações estatisticamente significantes que são importantes para se conhecer uma realidade. São classificados como métodos fortes em termos de validade externa, uma vez que os resultados adquiridos são generalizáveis para o conjunto da comunidade (MINAYO; SANCHES, 1993; SERAPIONI, 2000).

Este delineamento metodológico e seus instrumentos - um questionário estruturado - são indicados nos casos em que o objeto de estudo está bem-definido por meio de outras pesquisas que tenham acumulado um corpo suficiente de conhecimentos sobre o tema, pois com eles se busca somente verificar se tal corpo de conhecimentos é válido em situações ainda não exploradas cientificamente (SERAPIONI, 2000).

Levando-se isto em consideração, observa-se, por meio de outros estudos, que em diferentes realidades a não adesão ao tratamento farmacológico das DC, principalmente ao da HAS, constitui-se como grande problema de saúde pública;

mas como, em Maringá, esta situação é observada apenas empiricamente, o escopo desta pesquisa é identificar se os fatores elencados em outras localidades como interferentes no processo da não adesão à terapêutica farmacológica anti-hipertensiva são válidos para a população maringaense. Para tanto foi preciso um estudo com abordagem quantitativa.

### 5.1.2 Abordagem qualitativa

A investigação qualitativa permite descrever, registrar e analisar a realidade dos indivíduos, e assim, compreender melhor o cotidiano e a visão de mundo em relação aos aspectos socioeconômicos e culturais diante de uma situação-problema segundo suas próprias perspectivas; ou seja, permite compreender as expressões de sentimentos, valores, temores e atitudes que explicam as ações dos sujeitos diante de uma situação ou problema específico. Os pesquisadores qualitativistas procuram, então, entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que estes representam, buscando conhecer a fundo suas vivências e a maneira como as pessoas compreendem essas experiências de vida (PRAÇA; MERIGHI, 2003; TURATO, 2005).

As relações familiares de auxílio, conforto e apoio ao sujeito com hipertensão, ou mesmo a falta dessa rede social, é considerada como um fenômeno que possui múltiplas dimensões, como, por exemplo, a física, a psicológica, a cultural e a social, cada uma comportando vários aspectos. Desta maneira, pretendendo-se captar a subjetividade da experiência de apoio familiar na adesão ou não à terapêutica farmacológica e não farmacológica do indivíduo e a importância conferida à sua família neste processo, optou-se pela realização do estudo qualitativo.

## 5.2 Local do estudo

Maringá é um município brasileiro do Noroeste do estado do Paraná. É uma cidade médio-grande planejada e de urbanização recente, sendo a terceira maior do estado em população. Destaca-se pela qualidade de vida de seus habitantes e por ser um importante entroncamento rodoviário regional. A cidade é uma das mais arborizadas do país.

Por ser a cidade pólo de uma região metropolitana, Maringá é referência para os municípios próximos no que tange a bens e serviços, assim como a turismo e saúde. Essa região metropolitana, em fevereiro de 2010, após sanção do então governador Roberto Requião, passou a ser constituída de 25 cidades, totalizando aproximadamente 700.000 pessoas.

O município encontra-se em gestão plena do sistema de saúde, e, apesar de todas as mudanças ocorridas neste setor nos últimos anos, após a implantação do SUS, especialmente com a incorporação da ESF, observa-se que o modelo de assistência, não apenas em Maringá, mas em todo o país, continua dando ênfase na doença, no indivíduo, no atendimento médico, na livre demanda e na produção de serviços. Contudo a cobertura da ESF vem crescendo e fortalecendo suas políticas e ações.

Em dezembro de 2009 esta cobertura atingia 74,2% da população maringaense, uma vez que, das 66 equipes habilitadas pelo Ministério da Saúde (MS), apenas 53 equipes eram de Saúde da Família. As outras treze equipes eram de agentes comunitários da saúde (ACS) e não contavam com médicos.

## 5.3 População do estudo

Atualmente, no perímetro urbano de Maringá, existem 23 unidades básicas de saúde (UBS), e segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em 2011, 40.073 pessoas maiores de 15 anos eram hipertensas e

estavam cadastradas no município. Destas, 18.239 faziam acompanhamento periódico pelo grupo de HIPERDIA (BRASIL, 2011).

O HIPERDIA é um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos que são assistidos pelo Plano Nacional de Reorganização da Atenção à HAS e ao diabetes *Mellitus* (DM) em todas as unidades ambulatoriais do SUS. O sistema informatizado tornou possível a descrição do perfil epidemiológico dos pacientes acompanhados, bem como a geração de informações para os gerentes locais e gestores das secretarias municipais e estaduais de saúde e MS (BRASIL, 2001).

Além do cadastro, esse sistema permite o acompanhamento periódico e a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, a médio prazo, permitirá a definição do perfil epidemiológico desta população em um longo espaço de tempo, com o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que poderão modificar o quadro atual, a melhoria da QV dessas pessoas e a redução do custo social com os agravos da doença (BRASIL, 2001).

#### **5.4 Amostragem e amostra**

O tamanho da amostra estudada foi calculado com base na população de hipertensos cadastrados em Maringá (40.073 pessoas), considerando uma proporção de 50% de indivíduos que viessem a apresentar a característica de interesse (não adesão), conforme apontam análises internacionais segundo as quais o grau de não adesão mundial aos tratamentos de DC varia de 25% a 50% (MARTINEZ, 2004), um erro de estimativa de 5% e 95% de intervalo de confiança (IC), com mais 10% para possíveis perdas, resultando em uma amostra de 422 indivíduos.

Procedeu-se então à amostragem aleatória estratificada, distribuindo-se o tamanho amostral proporcionalmente entre as pessoas com HAS cadastradas em cada UBS (Quadro 2).

<b>UBS</b>	<b>Número de hipertensos</b>	<b>Amostra</b>
Vila Operária	1.402	16
Internorte	1.479	17
Aclimação	938	12
Maringá Velho	1.234	15
Mandacarú	2.435	25
Cidade Alta	1.795	18
São Silvestre	1.214	13
Zona Sul	1.179	13
Universo	592	09
Iguaçu	2.472	25
Industrial	1.099	12
Ney Braga	1.482	17
Olímpico	1.246	13
Morangueira	1.890	21
Tuiutí	1.881	20
Alvorada I	1.906	20
Alvorada III	2.046	21
Guaiapó-Requião	1.578	15
Parigot de Souza	1.613	16
Pinheiros	4.771	44
Vila Esperança	1.034	13
Grevíleas	1.514	17
Quebec	3.273	30
<b>Total</b>	<b>40.073</b>	<b>422</b>

Quadro 2 – Amostragem estratificada dos indivíduos com hipertensão arterial cadastrados em Maringá. Maringá – PR, 2011.

Além de estarem cadastrados e residirem no município de Maringá, os indivíduos com hipertensão arterial deveriam ter idade igual ou superior a 18 anos e estar em tratamento medicamentoso há mais de um ano, pois, segundo a literatura (GILGOSAMO et al., 2008) o abandono do tratamento anti-hipertensivo ocorre mais intensamente nos primeiros meses, variando, no primeiro ano de tratamento, entre 11% e 22%.

Foram excluídas da pesquisa duas mulheres com contraindicação de terapia anti-hipertensiva que haviam usado fármacos para o controle pressórico durante a gestação, pois tinham desenvolvido a *Doença Hipertensiva Específica da Gestação* (DHEG), embora no momento da entrevista não mais os utilizassem. Outros quinze indivíduos foram excluídos pelo fato de estarem vivenciando o diagnóstico psiquiátrico de transtorno mental em fase aguda, pois estes, pelos

próprios motivos da doença, tendem a não aderir fielmente à terapêutica, prejudicando o adequado controle pressórico.

Os sujeitos com hipertensão arterial que participaram do estudo qualitativo foram selecionados intencionalmente e por conveniência durante a aplicação dos instrumentos de coleta de dados quantitativos, sendo convidados a responder a uma questão norteadora os indivíduos que mencionaram a família como facilitadora ou dificultadora no processo de adesão ao tratamento. A busca por informações aconteceu até o momento em que os dados começaram a se tornar repetitivos, indicando terem sido atingidos os objetivos da pesquisa.

### **5.5 Período e coleta de dados**

Obteve-se da Secretaria Municipal de Saúde uma listagem dos dados cadastrais das pessoas com hipertensão (nome, data de nascimento, sexo e nome da mãe) atendidas pela Atenção Primária. Todos os indivíduos da lista receberam uma numeração e por meio de sorteio eletrônico foram determinados os possíveis entrevistados. Nos casos em que o indivíduo sorteado não atendia aos critérios de inclusão ou se negava a participar da pesquisa, automaticamente o próximo da lista era convidado a responder o questionário, repetindo-se esta operação por até três vezes.

Após a permissão dos gerentes das UBS, os endereços e telefones da pessoa sorteada e das três subsequentes na listagem foram levantados por meio do cadastro do prontuário eletrônico. Em alguns casos, para a realização desta operação, foi necessário o auxílio da equipe de ACS e da enfermeira da unidade.

As datas dos encontros eram previamente agendadas por telefone, sendo as entrevistas realizadas no domicílio, em sua maioria pelo pesquisador principal deste estudo e em menor proporção por alunos da graduação em enfermagem, devidamente treinados. As informações foram coletadas no período de dezembro de 2011 a março de 2012, junto aos indivíduos com hipertensão arterial residentes na área das UBS.

As entrevistas abertas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, sendo utilizado ainda, um diário de campo, para que as percepções do entrevistador sobre a comunicação não-verbal dos partícipes pudessem compor e enriquecer as análises.

## **5.6 Instrumentos de coleta de dados e tratamento das informações**

### **5.6.1 Dados quantitativos**

Foram coletadas informações sobre o perfil pessoal e socioeconômico dos entrevistados. A classe econômica foi construída com base nos Critérios de Classificação Econômica do Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), que se fundamenta em um sistema de pontos baseado na escolaridade do chefe da família e posse de alguns itens de bens de consumo (APÊNDICE A), o qual estratificou os participantes do estudo de acordo com o poder aquisitivo da família variando de classe A1 (melhores condições) até classe E (piores condições).

Para se mensurar a não adesão à farmacoterapia foi utilizado um instrumento de avaliação indireta, o Questionário de Não Adesão de Medicamentos da Equipe Qualiaids (QAM-Q) (APÊNDICE B), que foi desenvolvido para abordar o ato (se o indivíduo toma e o quanto toma de seus medicamentos), o processo (como ele toma o medicamento no período de sete dias), e o resultado da adesão (no caso, se sua PA estava controlada) (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008).

O instrumento foi elaborado e validado por Santa-Helena, Nemes e Eluf-Neto (2008) e consta de três perguntas baseadas nos últimos sete dias:

1) Em quais dias da semana o(a) senhor(a) não tomou ou tomou a mais pelo menos um comprimido deste remédio?

2) Nestes dias, quantos comprimidos o(a) senhor(a) deixou de tomar ou tomou a mais?

3) Como estava sua pressão na última vez em que o(a) senhor(a) mediu?

Essas perguntas somente foram realizadas após a aplicação de um inventário de atividades do entrevistado dos últimos sete dias, seguido de um comentário introdutório que teve por objetivo reduzir qualquer sensação de juízo de valor negativo por parte do entrevistador, caso o entrevistado mencionasse não ter tomado seus medicamentos (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008). Vale ressaltar que para cada medicação anti-hipertensiva, foram realizadas as duas primeiras questões, para verificar o modo como o indivíduo fazia uso de cada um de seus medicamentos.

No QAM-Q as respostas resultam em uma medida composta em que somente é considerado aderente o indivíduo que relata ter tomado de 80% a 120% das doses prescritas. Esses valores são obtidos mediante a multiplicação do número de comprimidos consumidos pelo número de vezes e dividido o resultado pelo número de comprimidos prescrito multiplicado pelo número de vezes. Por fim, o resultado é multiplicado por cem e obtida a porcentagem (Figura 1).

$$\frac{\text{Comprimidos consumidos} \times \text{N}^{\circ} \text{ de vezes}}{\text{Comprimidos prescritos} \times \text{N}^{\circ} \text{ de vezes}} \times 100$$

Figura 1 – Fórmula para o cálculo da % de adesão.

A adesão ainda está condicionada à tomada que tenha ocorrido de modo adequado, ou seja, sem “feriados” (não tomar qualquer medicamento durante um dia), “troca de horário” (tomar a dose correta, porém em horários errados), “troca de dose” (aumentar ou diminuir a quantidade do medicamento ou entre os medicamentos) “tomada errática” (deixar de tomar os medicamentos em dias e horários variados), “meia adesão” (tomar corretamente um medicamento e outro de maneira incorreta), “abandono parcial” (deixar de tomar um ou mais de seus medicamentos) ou “abandono” (não tomar nenhuma dose de todos os medicamentos nos últimos sete dias), e ao relato de que sua PA estava normal na última aferição (desfecho clínico).

Optou-se por utilizar este instrumento em detrimento da associação da contagem manual de comprimidos, do teste de Morisky-Green-Levine (MORISKY;

GREEN; LEVINE, 1986) e do desfecho clínico, que juntos são considerados o padrão-ouro, pelo fato de ser demonstrado na literatura que o QAM-Q, é um instrumento abrangente, apresentando a mesma efetividade do uso concomitante dos outros, pois abarca três diferentes dimensões do construto da adesão, que são a dose, o comportamento e o desfecho clínico, porém de mais fácil e rápida aplicação (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008).

O conhecimento sobre a doença foi verificado por intermédio de dez questões, com respostas dicotômicas (sim/não), as quais foram desenvolvidas e vêm sendo utilizadas em publicações nacionais (STRELEC; PIERIN; MION-JUNIOR,, 2003; SANCHEZ; PIERIN; MION-JUNIOR, 2004; MELCHORS, 2008). A partir do instrumento, os indivíduos que respondem corretamente a todas as perguntas obtêm nota 10 (100%), sendo considerados excelentes conhecedores, e aqueles que erram todas as questões obtêm nota 0 (zero). Nesta investigação, conforme usado em outro estudo (MELCHORS, 2008), o conhecimento foi considerado satisfatório para os pacientes com notas iguais ou superiores a sete ou 70% e insatisfatório para os demais.

Foram elaboradas e respondidas ainda questões sobre a assistência e os cuidados com a saúde e a presença ou não de agravos e complicações da HAS, medidas de acordo com a frequência de hospitalizações provocadas pela doença no ano anterior ao da entrevista, a fim de verificar as consequências da não adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo (APÊNDICE C).

A complexidade da farmacoterapia foi avaliada por meio do *Medication Complexity Regimen Index* (MRCI), instrumento desenvolvido por George (2004) que foi traduzido e validado para a língua portuguesa do Brasil por Melchors (2007), intitulado: Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT), que tem sido utilizado em algumas pesquisas nacionais (MELCHORS, 2008; OBRELI-NETO et al., 2010).

O ICFT é um instrumento dividido em três seções: A, B e C. A seção A corresponde às informações sobre formas de dosagens; a seção B, às informações sobre frequências de doses; e a seção C, a informações adicionais, como por exemplo, horários específicos, partir ou triturar o comprimido e usá-lo com alimentos (APÊNDICE D). A seção é pontuada a partir da análise da farmacoterapia do paciente, sendo construído um escore individual para cada

seção. O ICFT é obtido pela soma dos pontos (escores) das três seções, na qual quanto mais alta a pontuação, mais complexa é a farmacoterapia (MELCHIORI; CORRER; LLIMOS, 2007).

Durante a coleta das informações acerca da complexidade do tratamento farmacológico foi considerado todo o tratamento contínuo do indivíduo, uma vez que foram incluídas as medicações por ele usadas contra as comorbidades, quando existentes. A exclusão de outros medicamentos poderia representar uma limitação para os resultados do estudo, por mascarar uma terapêutica medicamentosa complexa, quando levados em consideração apenas os anti-hipertensivos.

A satisfação do usuário com o serviço de saúde foi estimada por meio de oito questões previamente validadas (DANELUZ et al., 2006) referentes aos seguintes aspectos: estrutura e acesso ao serviço (duas questões); atendimento, tratamento e cuidado dos profissionais da unidade (três questões); satisfação com o tratamento e com o médico (duas questões); e satisfação geral (1 questão). A escala de pontuação é do tipo *likert*, com quatro possíveis respostas, correspondendo a pontuação “um” a “máxima satisfação” e “quatro” a “total insatisfação” (APÊNDICE E).

Para verificar a satisfação do usuário com o serviço de saúde, constituiu-se um índice de satisfação geral, obtido pela composição dos escores médios das oito questões. Após a obtenção destes valores, dividiu-se a amostra pela mediana, constituindo-se o grupo dos “mais satisfeitos” e o dos “menos satisfeitos”, conforme sugerem publicações que utilizaram o instrumento (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010a).

Para a identificação do controle pressórico dos entrevistados foi utilizado o prontuário eletrônico, pois se buscou analisá-lo do modo mais fidedigno possível. Foi realizado, junto à UBS, um levantamento dos prontuários dos partícipes, no qual eram verificadas as cinco últimas aferições da PA, no intervalo máximo de um ano e registradas no instrumento de coleta de dados (APÊNDICE C). A classificação dos valores pressóricos foi baseada em diretrizes brasileiras e internacionais (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2004; NEVES; KASAL, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010), sendo

considerado como hipertenso não controlado os indivíduos que em três das cinco últimas aferições apresentavam medidas de Pressão Arterial Sistólica (PAS)  $\geq$  140mmHg e/ou de Pressão Arterial Diastólica (PAD)  $\geq$  90mmHg.

### 5.6.2 Dados qualitativos

Finalmente, buscando-se verificar, por meio de uma abordagem qualitativa a percepção que o sujeito com hipertensão arterial possui sobre o papel de sua família na adesão, ou não, à terapêutica farmacológica e não farmacológica, realizou-se uma entrevista aberta composta por uma questão norteadora, a saber: *Fale sobre o papel da sua família no seu tratamento.*

A análise das falas baseou-se na técnica de análise de conteúdo do tipo temática, no sentido da compreensão das comunicações, do conteúdo manifesto ou latente, das manifestações explícitas ou ocultas, de acordo com as inferências do pesquisador. Para a o desenvolvimento desta técnica foram seguidas suas fases operacionais fundadas na constituição do corpus, leitura flutuante, exploração do material, composição das unidades de registro correspondentes a unidade de significação (recorte das falas) que foram posteriormente classificadas para compor as categorias, sendo estas formadas pelo critério semântico, ou seja, os conteúdos com sentidos semelhantes foram agrupados, o que culminou em categorias temáticas (BARDIN, 2008).

### 5.7 Análise estatística

As informações foram digitadas em uma planilha do Excel *for Windows* 2007<sup>®</sup> e posteriormente analisadas estatisticamente com auxílio do *software Statistical Analysis System – SAS*<sup>®</sup>. As variáveis de interesse foram dicotomizadas, realizando-se uma análise descritiva dos dados e apresentadas em tabelas de frequência absoluta e relativa. Para verificar a associação das

variáveis em estudo com o desfecho de interesse e sua medida de associação foram utilizadas análises estatísticas, por meio do teste não-paramétrico *Qui-quadrado* de Pearson, com nível de significância  $p < 0,05$  e calculado o Risco Relativo (RR).

Para aprofundamento no estudo dos fatores associados à não adesão à farmacoterapia foi realizada a regressão logística do tipo *Stepwise Backward Elimination*, na qual foram inseridas diversas variáveis no modelo (Figura 2). Após a aplicação dos testes foram mantidas no modelo ajustado somente as variáveis que possuísem significância estatística com  $p < 0,20$ . Ao nível de 5% de significância permaneceram no modelo final da regressão logística somente as variáveis *conhecimento sobre a doença, índice de complexidade da farmacoterapia e satisfação com o serviço de saúde*.

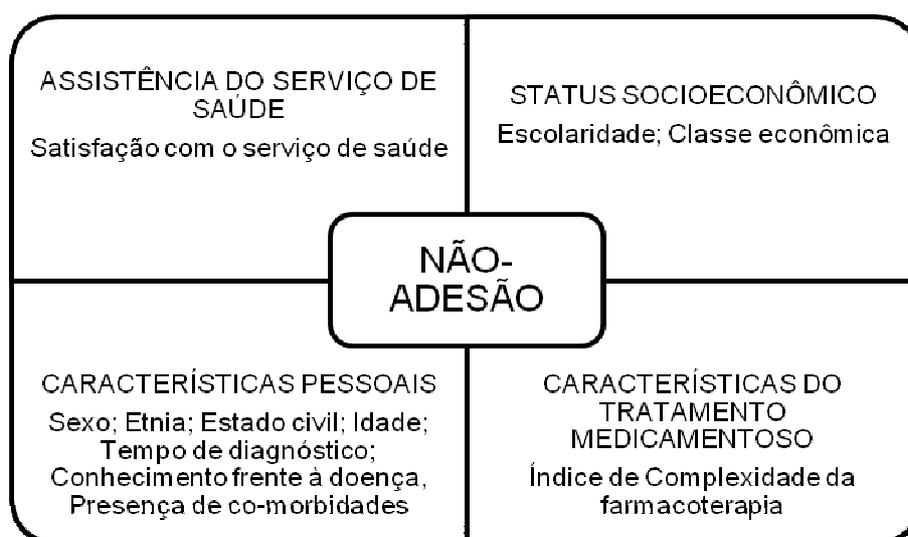


Figura 2 – Modelo explicativo para a não adesão à farmacoterapia.

Para o estudo dos fatores associados ao inadequado controle pressórico também foi realizada uma regressão logística do tipo *Stepwise Backward Elimination*, na qual foram inseridas diversas variáveis no modelo (Figura 3), sendo as mesmas retiradas paulatinamente com base no nível de significância ( $p < 0,20$ ). Após as análises mantiveram-se no modelo final da regressão logística ( $p < 0,05$ ) somente as variáveis: idade, não adesão à farmacoterapia, comparecimento às consultas e número de medicamentos consumidos.

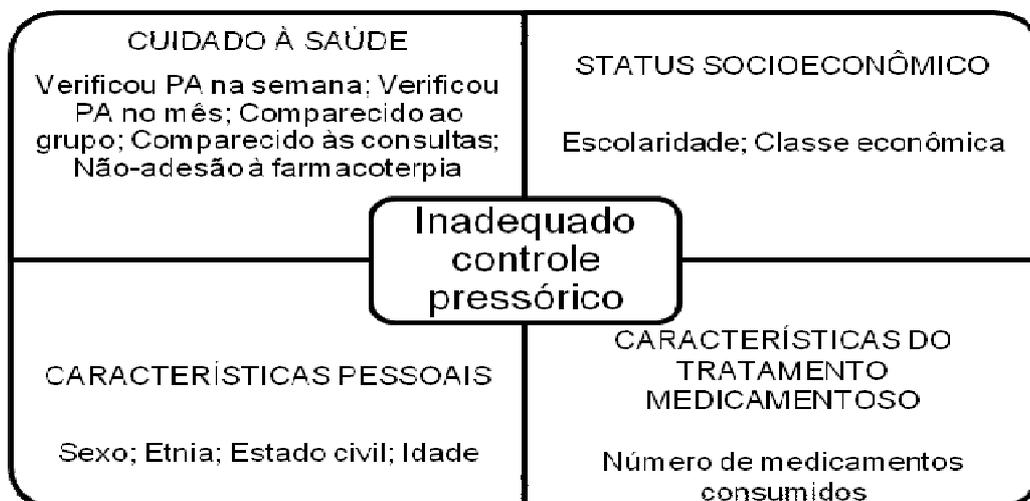


Figura 3 – Modelo explicativo para o inadequado controle pressórico.

### 5.8 Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS. O projeto foi apreciado pelo Centro de Capacitação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (UEM) (ANEXOS A e B).

A opção por realizar as entrevistas no domicílio dos pacientes teve por objetivo minimizar possível viés nas respostas relativas ao tratamento e ao serviço de saúde que pudessem ocorrer se as respectivas perguntas fossem feitas nas dependências da UBS. O direito à livre participação e ao anonimato foi garantido aos entrevistados, os quais leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (ANEXO C).

No estudo qualitativo os sujeitos estão identificados com a letra M, se do sexo masculino, e F, se do feminino, seguidas de um número arábico indicativo da ordem de realização da entrevista e de sua idade. Ex: (M01, 72 anos...).

A devolução das informações encontradas neste estudo será realizada por meio da divulgação dos resultados à Secretaria Municipal de Saúde e às UBS, desde que em comum acordo e para os usuários por meio da confecção de folhetos explicativos acerca dos danos ocasionados pela não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e ainda à comunidade científica, por meio da publicação em periódicos dos achados da pesquisa.

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Com vista a uma melhor organização dos achados desta investigação e à posterior publicação dos dados, os resultados foram construídos e estão apresentados no formato de artigos científicos.

## 6.1 Artigo 01

### **PERFIL BIO-SÓCIO-ECONÔMICO DE HIPERTENSOS ADERENTES E NÃO ADERENTES AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**

BIOSOCIOECONOMIC PROFILE OF HYPERTENSIVE PATIENTS, COMPLIANT AND NON-COMPLIANT WITH DRUG TREATMENT

PERFIL BIO-SOCIO-ECONÓMICO DE HIPERTENSOS ADHERENTES Y NO ADHERENTES AL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

#### **RESUMO**

O objetivo do estudo foi determinar o grau da não adesão ao tratamento medicamentoso e sua associação com fatores biosocioeconômicos. Consiste de uma pesquisa descritiva de corte transversal realizada junto a 422 indivíduos hipertensos de Maringá - PR. As informações foram coletadas por meio de entrevistas domiciliares realizadas entre dezembro de 2011 e março de 2012. Os resultados mostraram que predominaram indivíduos do sexo feminino, casados, com baixa renda familiar, pouco tempo de diagnóstico e idade média de 62,29 anos. Foram considerados não aderentes ao tratamento medicamentoso 42.65% dos entrevistados. Os hipertensos não brancos, os de menos de oito anos de estudos, os que não frequentavam assiduamente as consultas médicas, utilizavam mais de duas medicações anti-hipertensivas e não possuíam convênio particular apresentaram maiores dificuldades em aderir ao tratamento medicamentoso. Esses achados reforçam a necessidade de se intervir junto à população hipertensa de acordo com a realidade social na qual ela está inserida.

**DESCRITORES:** Hipertensão; Adesão à medicação; Perfil de saúde; Atenção primária à saúde; Enfermagem.

#### **ABSTRACT**

The objective of the study was to assess the prevalence of non-compliance with drug treatment and its association with biosocioeconomic factors. It was a descriptive, cross-sectional study, performed with 422 hypertensive individuals living in Maringá (PR), Brazil. Data were collected through home interviews, conducted between December 2011 and March 2012. The results showed a predominance of married female subjects, with low family income, recent diagnosis and mean age of 62.29 years. A total of 42.65% of interviewed individuals were regarded as non-compliant with the drug treatment. Non-Caucasian hypertensive patients, with fewer than eight years of schooling, who did not regularly attend doctor's appointments, took more than two anti-hypertensive medications and did not have private health insurance, showed higher likelihood of not complying with the drug treatment. These findings reinforce the need to intervene to assist the hypertensive population, according to the social reality in which these people are inserted.

**DESCRIPTORS:** Hypertension; Medication adherence; Health profile; Primary health care; Nursing.

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de la no-adhesión al tratamiento medicamentoso y su asociación con factores bio-socio-económicos. Investigación descriptiva de corte transversal, realizada junto a 422 individuos hipertensos de Maringá (PR). Las informaciones fueron recolectadas, por medio de entrevistas domiciliarias realizadas entre diciembre de 2011 y marzo de 2012. Los resultados mostraron que hubo predominio del sexo femenino, casados, con baja renta familiar, poco tiempo de diagnóstico y edad media de 62,29 años. Fueron considerados no adherentes al tratamiento medicamentoso 42.65% de los entrevistados. Los hipertensos no-blancos, con menos de ocho años de estudio, que no frecuentaban asiduamente las consultas médicas; utilizaban más de dos medicaciones antihipertensivas y que no poseían convenio particular presentan mayores oportunidades de no adherir al tratamiento medicamentoso. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de intervenir junto a la población hipertensa de acuerdo con la realidad social en la que ella está insertada.

**DESCRITORES:** Hipertensión; Cumplimiento de la medicación; Perfil de salud; Atención primaria de salud; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população brasileira, que decorre, entre outros motivos, das modificações na situação econômica, política e sanitária do país, acarretou transformações na incidência de doenças e nas principais causas de morte (OLIVEIRA; BUBACH; FLEGELER, 2009). Entre as Doenças Crônicas (DC) que mais modificaram os indicadores de saúde nas últimas décadas, destacamos a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como um importante problema de saúde pública nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, além de ser responsável por um grande número de óbitos em todo o mundo (ARAÚJO et al., 2008).

A referida doença possui etiologia multifatorial e se caracteriza por níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA), frequentemente associada a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos do próprio organismo. É considerada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais, doenças cardíacas e cerebrovasculares, repercutindo fortemente na previdência social, por demandar altos custos médicos e socioeconômicos, decorrentes, sobretudo das complicações que a acompanham (MIRANZI et al., 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Para exemplificar a magnitude dos agravos da HAS em nosso meio podemos observar que o Estado Paraná apresenta a maior taxa de internações (43 por 10 mil habitantes em 2011), a segunda maior taxa de mortalidade (14,79 por 10 mil habitantes em 2010) e os mais elevados custos médios com hospitalização para as doenças cardíacas e cerebrovasculares do Sul do Brasil (BRASIL, 2012).

A fim de se reduzir esses eventos traumáticos para o indivíduo e sua família e conseqüentemente os custos com o tratamento em níveis mais complexos da assistência, estudos clínicos demonstraram que independentemente da idade, a detecção precoce, o tratamento e o controle da HAS são extremamente importantes. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos revelaram que apenas 19,6% dos hipertensos diagnosticados e tratados conseguem controlar a PA, índice avaliado como muito baixo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Considera-se que o controle pressórico insatisfatório tenha relação direta com a baixa adesão ao tratamento (JESUS et al., 2008)<sup>(6)</sup>. A adesão ou aderência é a extensão em que cada comportamento pessoal – em relação à frequência de consultas, autocuidado, execução de mudanças no estilo de vida e adesão à terapia medicamentosa por tempo prolongado – está em conformidade com as recomendações acordadas com um provedor de atenção à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Já a não adesão é classicamente considerada como um fenômeno complexo e multideterminado, que impede o alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se em uma fonte de frustração para os profissionais de saúde (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b). Estimativas indicam que o grau de não adesão mundial aos tratamentos de DC varia de 25% a 50%, sendo mais evidente no tratamento medicamentoso (MARTINEZ, 2004).

As causas da baixa adesão ao tratamento medicamentoso são difíceis de serem mensurados pelos profissionais de saúde e pesquisadores, pois envolvem um amplo contexto, relacionado ao modo de ser e viver do indivíduo (MELCHORS, 2008). Não obstante, são relatados na literatura alguns fatores que

influenciam a não adesão ao tratamento, destacando-se o conhecimento do paciente sobre a doença, o comportamento quanto ao uso dos remédios e a satisfação com o serviço de saúde (STRELEC; PIERIN; MION-JUNIOR, 2003).

O enfermeiro, como elemento-chave do processo assistencial à pessoa hipertensa na Atenção Primária, deve conhecer suas características, potencialidades, dificuldades e reais necessidades para a partir delas elaborar e implementar estratégias de intervenção que favoreçam um maior grau de adesão ao tratamento e o consequente controle dos níveis tensionais.

Instigados pela necessidade de se conhecer a prevalência de não adesão à terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva e os fatores possivelmente associados a este comportamento, fez-se necessária a realização deste estudo, que teve por objetivos: 1) determinar a prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso de indivíduos com HAS e 2) verificar a associação da não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva com fatores bios-sócio-econômicos e assistenciais

## **METODOLOGIA**

O estudo consiste de uma pesquisa descritiva de corte transversal realizada junto a 422 indivíduos com hipertensão de Maringá, Paraná, Brasil. O município tem uma população de aproximadamente 357 mil habitantes, assistidos na Atenção Primária por 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS) organizadas em cinco regionais de saúde, sendo que todas possuem equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) referenciadas.

Para os fins desta pesquisa, utilizou-se a área das 23 UBS localizadas no perímetro urbano do município. O tamanho da amostra estudada foi calculado com base na população de hipertensos cadastrados em Maringá (40.073 pessoas), considerando-se uma proporção de 50% de indivíduos que viessem a apresentar a característica de interesse (não adesão), um erro de estimativa de 5% e 95% de intervalo de confiança, com mais 10% para possíveis perdas, resultando em uma amostra de 422 indivíduos. Procedeu-se então à amostragem aleatória estratificada, distribuindo-se o tamanho amostral proporcionalmente entre as pessoas com HAS cadastradas em cada UBS.

Além de estarem cadastrados e residirem no município de Maringá, os hipertensos deveriam possuir idade igual ou superior a 18 anos e estar em tratamento medicamentoso há mais de um ano, pois estudos revelam que o abandono do tratamento anti-hipertensivo ocorre mais intensamente nos primeiros meses, sendo que no primeiro ano de tratamento o abandono varia de 11% a 22% (GILSOGAMO et al., 2008). Foram excluídos do estudo indivíduos com contraindicação para a terapia anti-hipertensiva (dois casos) e com diagnóstico psiquiátrico de transtorno mental em fase aguda (quinze casos), uma vez que esses, pelas próprias características da doença, tendem a não aderir fielmente à terapêutica.

Obteve-se da Secretaria Municipal de Saúde uma listagem dividida por UBS com os dados cadastrais dos hipertensos, os quais depois receberam uma numeração. Por meio de sorteio eletrônico foram determinados os indivíduos a serem entrevistados. Nos casos em que a pessoa sorteada não atendia aos critérios de inclusão ou se negava a participar da pesquisa, automaticamente a próxima da lista era entrevistada, repetindo-se esta operação por até três vezes.

Os endereços e telefones dos hipertensos sorteados e dos três indivíduos subsequentes na listagem foram levantados nas UBS utilizando-se o cadastro do prontuário eletrônico. Os dados foram coletados durante os meses de dezembro de 2011 a março de 2012, por meio de um questionário semiestruturado, com questões que contemplavam o perfil biológico, socioeconômico e de acompanhamento da saúde dos hipertensos. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas nos domicílios, em sua maioria pelo pesquisador principal deste estudo e, em menor proporção, por alunos da graduação em enfermagem devidamente treinados.

Para mensurar a não adesão à farmacoterapia utilizou-se um instrumento de avaliação indireta, o Questionário de Não adesão de Medicamentos da Equipe Qualiaids (QAM-Q), que foi desenvolvido para abordar o ato (se o indivíduo toma e quanto toma de seus medicamentos), o processo (como ele toma o medicamento no período de sete dias) e o resultado da adesão (no caso, se sua PA estava controlada) (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008).

O instrumento elaborado e validado (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008), consta de três perguntas baseadas nos últimos sete dias, a saber:

Em quais dias da semana o(a) senhor(a) não tomou ou tomou a mais pelo menos um comprimido deste remédio?; 2) Nestes dias, quantos comprimidos o(a) senhor(a) deixou de tomar ou tomou a mais?; 3) Como estava sua pressão na última vez que o(a) senhor(a) mediu?.

As perguntas supracitadas foram realizadas após a aplicação de um inventário das atividades do entrevistado nos últimos sete dias, seguido de um comentário introdutório que teve por objetivo reduzir qualquer sensação de juízo de valor negativo por parte do entrevistador, caso o entrevistado mencionasse não ter tomado seus medicamentos (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008). Vale ressaltar que para cada medicação anti-hipertensiva foram feitas as duas primeiras perguntas, para verificar o modo como o indivíduo fazia uso de cada um de seus medicamentos.

As respostas resultaram em uma medida composta, em que foram considerados aderentes apenas os sujeitos que relataram ter tomado de 80% a 120% das doses prescritas. Esses valores foram obtidos pela multiplicação do número de comprimidos consumidos pelo número de vezes, sendo o resultado dividido pelo número de comprimidos prescritos multiplicado pelo número de vezes. Por fim, o resultado é multiplicado por cem e obtida a porcentagem.

A adesão ainda estava condicionada à tomada que tivesse ocorrido de modo adequado, ou seja, sem “feriados” (não tomar qualquer medicamento durante um dia), “troca de horário” (tomar a dose correta, porém em horários errados), “troca de dose” (aumentar ou diminuir a quantidade do medicamento ou entre os medicamentos) “tomada errática” (deixar de tomar os medicamentos em dias e horários variados), “meia adesão” (tomar corretamente um medicamento e outro de maneira incorreta), “abandono parcial” (deixar de tomar um ou mais de seus medicamentos) ou “abandono” (não tomar nenhuma dose de todos os medicamentos nos últimos sete dias), e ao relato de que sua PA estava normal na última aferição (desfecho clínico).

Optou-se por utilizar este instrumento em preferência à associação da contagem manual de comprimidos, ao teste de Morisky-Green-Levine e ao desfecho clínico, que juntos podem ser considerados o padrão ouro, pelo fato de ser demonstrado na literatura que o QAM-Q é um instrumento abrangente, apresentando a mesma efetividade do uso concomitante dos outros, pois abarca

três diferentes dimensões do constructo da adesão, que são a tomada da dose, o comportamento quanto à medicação e o desfecho clínico, porém de mais fácil e rápida aplicação (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008).

As informações foram digitadas em uma planilha do Excel *for Windows* 2007® e posteriormente analisadas estatisticamente com auxílio do *software Statistical Analysis System – SAS®*. As variáveis de interesse foram dicotomizadas, realizando-se uma análise descritiva dos dados, a qual é apresentada em tabelas de frequência absoluta e relativa. Para verificar a associação das variáveis em estudo com o desfecho de interesse e sua medida de associação foram utilizadas análises estatísticas, por meio do teste não paramétrico *Qui-quadrado* de Pearson, com nível de significância  $p < 0,05$ , e calculado o Risco Relativo (RR).

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O projeto foi apreciado pelo Centro de Capacitação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer: 631/2011). O direito à livre participação e ao anonimato foi garantido aos entrevistados e lhes foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

## RESULTADOS

Com base na medida combinada do QAM-Q, 180 hipertensos foram considerados não aderentes ao tratamento medicamentoso, o que equivale a um índice de não adesão de 42,65%.

Os hipertensos estudados caracterizaram-se pelo predomínio de indivíduos do sexo feminino (251 – 59,48%), casados (291 – 68,96%) e com baixa renda familiar (350 – 82,94%), pela presença de comorbidades (258 – 61,14%) e pelo pouco tempo de diagnóstico (234 – 56,16%). A média da idade manteve-se na sexta década de vida (265 – 63,25%), sendo que nenhuma dessas características obteve significância estatística quanto ao desfecho de interesse ( $p < 0,05$ ) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das características socioeconômicas e de acompanhamento à saúde de uma população de hipertensos aderentes e não aderentes ao tratamento farmacológico. Maringá (PR), 2012.

Características	Adesão						p
	Não (180)		Sim (242)		Total		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>							
Feminino	98	23.22	153	36.26	251	59.48	0.06
Masculino	82	19.43	89	21.09	171	40.52	
<b>Idade</b>							
< 60 anos	67	15.99	87	20.76	154	36.76	0.74
≥ 60 anos	111	26.49	154	36.75	265	63.25	
<b>Cor da pele</b>							
Branca	115	27.25	181	42.89	296	70.14	0.01*
Não branca	65	15.41	61	14.45	126	29.86	
<b>Estado Civil</b>							
Com cônjuge	117	27.73	174	41.23	291	68.96	0.12
Sem cônjuge	63	14.93	68	16.12	131	31.04	
<b>Escolaridade</b>							
≤ 08 anos	126	29.86	142	33.65	268	63.51	0.01*
> 08 anos	54	12.79	100	23.70	154	36.49	
<b>Renda familiar</b>							
≤ 03 SM**	149	35.31	201	47.63	350	82.94	0.88
> 03 SM	30	7.10	42	9.96	72	17.06	
<b>Co-morbidades</b>							
Sim	108	25.60	150	35.54	258	61.14	0.67
Não	72	17.06	92	21.80	164	38.86	
<b>Tempo de diagnóstico</b>							
≤ 10 anos	102	24.17	135	31.99	234	56.16	0.85
> 10 anos	78	18.49	107	25.35	185	43.84	
<b>Nº de medicamentos</b>							
≤ 02	138	32.70	214	50.71	352	83.41	0.00*
> 02	42	9.96	28	6.63	70	16.59	
<b>Comparecimento às consultas</b>							
Sim	148	35.07	227	53.80	375	88.87	0.00*
Não	32	7.58	15	3.55	47	11.13	
<b>Tem convênio</b>							
Sim	60	14.45	105	24.64	165	39.09	0.03*
Não	120	28.20	137	32.71	257	60.91	

\*p-valor significativo para o teste de *Qui-quadrado* de Pearson; SM\*\*: Salários Mínimos do Paraná (≈R\$736,00).

De modo mais específico, apesar de ser verificada uma tendência relativa à não adesão ao tratamento farmacológico dos homens quando comparados às mulheres e dos hipertensos sem companheiros quando comparados com os que estavam em uma relação conjugal estável, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ( $p=0,06$ ) e ( $p=0,12$ ). A idade dos participantes variou de 26 a 94 anos, com média de 62,29 anos ( $DP= \pm 11,05$  anos). O tempo de diagnóstico da HAS variou de 1 (um) a 50 anos, com média de 12,77 anos

(DP=  $\pm 9,39$  anos). A renda familiar média foi de 2,38 salários mínimos do Paraná, o que equivale a aproximadamente R\$1.751,68.

Em relação à cor da pele, observou-se que grande parte dos entrevistados era constituída de indivíduos brancos (296 – 70,14%), dos quais 181 (42 89%) foram considerados aderentes ao tratamento medicamentoso. Por sua vez, entre os não brancos a não adesão foi mais frequente (65 – 15,41%), notando-se uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ( $p= 0,01$ ). Com o cálculo do RR pode se constatar que os hipertensos não brancos são 1,3 (IC: 1,06 – 1,67) vez mais tendentes a não aderir ao tratamento medicamentoso.

A população pesquisada era composta, em sua maioria, de pessoas com baixos níveis educacionais (268 – 63,51%). Entre os indivíduos com oito anos ou menos de estudo, a não adesão ocorreu em 126 (29,86%) casos, enquanto entre os que tinham mais de oito anos de estudo sua ocorrência foi verificada em apenas 54 (12,79%) casos ( $p=0,01$ ). Calculando-se o RR, foi constatado que os hipertensos com oito anos ou menos de estudo tendem 1,3 (IC: 1,05 – 1,71) vez mais a não aderir à farmacoterapia.

A presença de comorbidades crônicas foi encontrada em 258 (61,14%) entrevistados, sendo as mais frequentes: diabetes *mellitus* (103 – 39,92%), doenças inflamatório-reumáticas (60 – 23,25%), hipercolesterolemia (42 – 16,27%), doenças cardíacas (25 – 9,68%) e câncer (11 – 4,26%); porém a presença de comorbidades não apresentou associação estatística com a não adesão.

Por outro lado, em relação às características de acompanhamento à saúde, pôde-se constatar que os hipertensos que referiram não frequentar assiduamente as consultas médicas ( $p=0,00$ ), utilizar mais de duas medicações distintas para o controle pressórico ( $p=0,00$ ) e não possuir convênio particular para atendimento à saúde ( $p=0,03$ ) tiveram, respectivamente, 1,7 (IC: 1,3 – 2,3), 1,2 (IC: 1,06 – 1,26) e 1,3 (IC: 1,02 – 1,62) vezes mais chances de não aderir ao tratamento medicamentoso.

Quando investigada a forma de não adesão, observou-se que a mais frequentemente encontrada foi o relato pelo entrevistado de PA não controlada na última aferição (75 – 41,67%), seguida pela tomada errática (70 – 38,88%) e pela troca de horário (18 – 10,01%). Entre os sexos evidenciou-se que as mulheres

são menos aderentes ao tratamento medicamentoso. O relato pelo entrevistado de PA não controlada na última aferição foi a forma de não adesão mais encontrada entre as mulheres (45 – 25%) e a tomada errática entre os homens (36 – 20%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição do tipo de não adesão em uma população de hipertensos não aderentes ao tratamento farmacológico. Maringá (PR), 2012.

Tipo de não adesão	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
<b>Abandono</b>	03	1.67	02	1.11	<b>05</b>	<b>2.78</b>
<b>Abandono parcial</b>	02	1.11	-	-	<b>02</b>	<b>1.11</b>
<b>Feriado</b>	-	-	01	0.55	<b>01</b>	<b>0.55</b>
<b>Meia adesão</b>	04	2.22	05	2.78	<b>09</b>	<b>5.00</b>
<b>Tomada errática</b>	36	20.00	34	18.88	<b>70</b>	<b>38.88</b>
<b>Troca de horário</b>	07	3.89	11	6.12	<b>18</b>	<b>10,01</b>
<b>PA alterada*</b>	30	16.67	45	25.00	<b>75</b>	<b>41.67</b>
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>45.56</b>	<b>98</b>	<b>54.44</b>	<b>180</b>	<b>100.00</b>

\*PA alterada: Pressão arterial alterada na última aferição de acordo com o relato do entrevistado.

## DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciaram aspectos importantes entre as características dos hipertensos que devem ser considerados na análise da não adesão ao tratamento. Quantificar adesão/não adesão à farmacoterapia não é uma tarefa fácil, e nessa tarefa as características sociodemográficas têm papel indispensável durante o estudo da população hipertensa, pois exercem grande influência no seguimento do regime terapêutico (JESUS et al., 2008; VERAS; OLIVEIRA, 2009).

A prevalência de não adesão identificada no presente estudo (42.65%) é inferior ao encontrado em dois estudos realizados em Blumenau (SC), um com 46 hipertensos (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008) e outro com 595 hipertensos (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b) nos quais a não adesão foi medida com o mesmo instrumento (QAM-Q) e obteve 47.8% e 53.1% respectivamente. No entanto é maior do que o encontrado em publicações nacionais (GILSOGAMO et al., 2008; DOSSE et al., 2009) e internacionais (CONTRERAS et al., 2006) que utilizaram outros métodos para a identificação da não adesão, que é em torno de 30%.

O percentual de mulheres hipertensas entrevistadas neste estudo (59,48%) pode ser considerado elevado, porém a mesma situação foi evidenciada em

outras pesquisas que abordam a temática (OLIVEIRA et al., 2009; JESUS et al., 2008; VERAS; OLIVEIRA, 2009; BEZERRA; SILVA; CARVALHO, 2009; DINIZ; TAVARES; RODRIGUES, 2009; LIMA et al., 2011). Isto decorre do fato de as mulheres terem maior sobrevida que os homens e, por conseguinte, estarem mais sujeitas às DC por maior período de tempo. Ademais, quando se encontram na faixa etária acima dos 60 anos, geralmente elas têm maior percepção das doenças e tendência ao autocuidado, aumentando assim a probabilidade do diagnóstico da HAS (DINIZ; TAVARES; RODRIGUES, 2009).

Embora o número absoluto de mulheres não aderentes ao tratamento tenha sido maior que o de homens e não tenha havido diferenças estatisticamente significativas entre os sexos para a não adesão, historicamente, os homens apresentam maior desconhecimento sobre a doença e seu tratamento (DOURADO et al., 2011), enquanto as mulheres procuram mais os serviços de saúde e por muitas serem aposentadas, donas de casa ou se encontrarem inseridas no mercado de trabalho de maneira informal, há uma maior flexibilidade de tempo para buscarem assistência aos seus problemas de saúde, durante o horário de funcionamento das UBS (JESUS et al., 2008; VERAS; OLIVEIRA, 2009). O fato de a maioria dos não aderentes ser do sexo feminino deve ao número de mulheres entrevistadas.

Além do mais, as mulheres parecem ter uma percepção mais acurada de sua condição de saúde, e por isso desenvolvem maiores relações com o serviço de saúde, primeiramente por estes estarem mais bem-preparados para assisti-las do que aos homens, e segundo, pelos próprios atributos e funções reprodutivas da mulher (JESUS et al., 2008; VERAS; OLIVEIRA, 2009; LIMA et al., 2011), o que certamente resulta na maior adesão ao tratamento farmacológico das DC (DOURADO et al., 2011).

Outra característica evidenciada na população em estudo foi o fato de grande parte dos entrevistados se enquadrar na faixa etária acima da sexta década de vida, o que decorre, entre outros fatores, do aumento das DC em indivíduos acima dos cinquenta anos de idade e do envelhecimento populacional brasileiro.

Apesar da falta de evidências estatísticas sobre a diferença de idade dos hipertensos aderentes e não aderentes, estudos revelam que a não adesão é

mais frequente entre os mais jovens, já que hipertensos em idade produtiva, possivelmente, dispõem de menos tempo para aguardar por atendimento de saúde e tem maiores dificuldades em reconhecer a necessidade de assistência médica (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b; OSHIRO; CASTRO; CYMROT, 2010).

Um estudo realizado em Pelotas (RS) com 1.155 pacientes cadastrados no Hiperdia, dos quais 1.125 eram hipertensos, evidenciou que 799 (71,02%) tinham idade superior a 50 anos (LIMA et al., 2011). Outro estudo de revisão da literatura revelou que os indivíduos de idade mais avançada são mais propensos à adesão, pois se observou uma maior redução da PA diastólica em pessoas mais velhas. Além disso, enquanto apenas 17,1% dos indivíduos mais jovens realizavam tratamento anti-hipertensivo, entre as pessoas com mais de 45 anos o percentual foi de 77,4%. A explicação disto é que o jovem não se sente vulnerável à doença, enquanto o idoso, mais preocupado com a saúde, apegando-se ao tratamento como alternativa de prolongamento da vida, e também que, quando ocorre a baixa adesão entre idosos, isto possivelmente se relaciona à dependência de cuidados (ARAÚJO; GARCIA, 2006; LUNELLI et al., 2009).

Em relação à cor da pele, pôde-se observar que os não brancos estão mais expostos à não adesão à farmacoterapia, fato possivelmente relacionado a outras características socioeconômicas, como, por exemplo, renda, escolaridade e moradia. Estudo realizado na cidade de Salvador com 200 hipertensos de baixa renda observou uma tendência crescente de não adesão, com 46,4% entre os brancos, 67,0% entre os pardos e 80,3% entre os negros (LESSA; SILVA, 1997). Os dados do referido estudo sobre adesão e etnia mostram a importância de análises mais detalhadas das suas associações, tendo em vista a possibilidade de que os negros possam optar mais frequentemente pelo abandono ou não adesão ao tratamento. Cabe salientar que não foram encontrados outros estudos que demonstrem tão claramente a associação entre etnia e não adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Outra característica social que influencia a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo é o estado civil, pois pessoas hipertensas vivenciam limitações no estilo de vida e têm que se adaptar às novas formas de conduzir suas rotinas, o que por vezes acarreta frustrações, insatisfação, tristeza e depressão. Desta

maneira, o envolvimento de um membro familiar no tratamento torna-se componente facilitador da adesão à terapia medicamentosa, por representar apoio emocional nos momentos difíceis (VERAS; OLIVEIRA, 2009). Um estudo de revisão da literatura aponta que o estado civil é descrito como uma variável sociodemográfica preditora da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, tanto que, quando comparados aos solteiros, os hipertensos casados apresentaram duas vezes mais chances de realizar adequadamente o tratamento (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

No presente estudo ainda foi possível observar que a baixa escolaridade esteve associada à não adesão. Segundo a literatura, piores níveis socioeconômicos, representados por baixa renda e baixa escolaridade, associam-se à maior incidência de HAS e constituem fatores de risco tanto para a elevação da PA quanto para a não adesão ao tratamento medicamentoso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Um estudo realizado em Blumenau (SC) com 595 hipertensos corrobora com este dado, pois revelou que 87,3% dos não aderentes à farmacoterapia, se enquadravam em estratos socioeconômicos mais baixos (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b).

A baixa escolaridade associa-se também com a dificuldade em compreender as recomendações dos profissionais de saúde e a importância do uso contínuo dos medicamentos para o controle das DC, por isso se caracteriza como um fator socioeconômico influente da não adesão ao tratamento (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b). No caso da HAS, que é uma condição crônica assintomática, a baixa escolaridade constitui ainda um agravante por oferecer riscos para a saúde imediata e tardiamente (BEZERRA; SILVA; CARVALHO, 2009).

Não obstante, as condições econômicas desfavoráveis, como dificuldades financeiras e baixa renda familiar são descritas como fatores que podem limitar a adesão ao tratamento, como também ocasionar maior número de episódios de internação e re-internação (LUNELLI et al., 2009). Outros estudos mencionam que a renda familiar elevada associa-se à maior adesão (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b), ou ainda, que a falta de dinheiro para comprar os

remédios explica a não adesão (SOUMERAI et al., 2006), seja quando os medicamentos não estão disponíveis nas UBS ou por dificuldade de acesso aos serviços de saúde (VERAS; OLIVEIRA, 2009).

Neste estudo, por sua vez, a renda familiar não foi evidenciada como fator interferente na não adesão ao tratamento medicamentoso, talvez pelo fato de outras variáveis que constituem indicadores representativos da condição socioeconômica e que influenciam diretamente na renda terem se apresentado como preditoras sobre o desfecho de interesse, como por exemplo, cor da pele e escolaridade.

Estudos assinalam que o tempo de diagnóstico, a cronicidade da doença e a falta de sintomas são fatores importantes que também condicionam o abandono do tratamento (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b; OSHIRO; CASTRO; CYMROT, 2010). No entanto, na presente investigação não foram observadas diferenças estatísticas, quanto à adesão, entre os hipertensos com maior ou menor tempo de diagnóstico. Acredita-se que logo após o diagnóstico e no início do tratamento há uma maior tendência de não adesão e abandono do tratamento; por outro lado, como a HAS é uma doença crônica insidiosa, de longa duração e na maior parte do tempo assintomática, de muitas pessoas tendem a não reconhecer-se como doentes. Além disso, a percepção de melhora com o tratamento também pode levar à sua interrupção. Assim, são diversos os fatores de confusão que influenciam a variável.

No que tange ao número de medicamentos anti-hipertensivos consumidos pelos entrevistados, ficou evidente que os indivíduos que consumiam mais de dois comprimidos distintos para o controle pressórico tinham riscos mais elevados de não aderir corretamente ao tratamento. Diferentemente do encontrado nesta pesquisa, estudo realizado em Blumenau (SC) com 595 hipertensos demonstrou que menor número de medicamentos consumidos estava associado com a não adesão (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b). Por sua vez, os autores do referido estudo reiteram ser possível de a variável expresse o fato de que pessoas com mais idade, mais tempo de tratamento e melhores condições socioeconômicas e assistenciais, além de consumirem mais medicamentos, tratam de consumi-los com maior adesão, inclusive os anti-hipertensivos.

Desta forma, pode-se inferir que não é apenas o número de medicamentos

consumidos para a HAS que influencia a não adesão, mas também o acompanhamento de saúde dispensado aos hipertensos. Nesta perspectiva, estudo realizado no Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul com 92 hipertensos vítimas de infarto agudo do miocárdio demonstrou que, para 23,2% dos entrevistados, as dificuldades relacionadas ao sistema público de saúde, como, por exemplo, a precariedade na distribuição dos medicamentos, influenciava mais a não adesão à terapêutica farmacológica do que a complexidade do regime terapêutico (12,7%) (LUNELLI et al., 2009).

Por esta razão, as variáveis relacionadas ao acompanhamento de saúde são importantes preditoras da adesão/não adesão ao tratamento. O comparecimento às consultas pode ser um dos parâmetros para avaliá-la (DOSSE et al., 2009). Neste estudo, hipertensos que não frequentavam as consultas médicas tiveram maiores chances de não aderirem ao tratamento medicamentoso. Indivíduos mais assíduos aos encontros normalmente tem maior redução dos níveis tensionais. Assim, a presença do paciente na unidade de saúde é determinante para o controle da HAS, pois traz motivação individual, o que por sua vez conduz a certas atitudes que contribuem para a redução da PA (DOSSE et al., 2009).

Encontros/consultas frequentes propiciam melhor monitoração dos níveis pressóricos, assim como a oportunidade de ter mais acesso às informações, podendo servir de base para o cumprimento das orientações diante do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Um dos principais benefícios do número maior de visitas é a possibilidade de ajustes terapêuticos e acompanhamento da ocorrência de efeitos colaterais (DOSSE et al., 2009).

Além de ser observado na prática, há evidências de que visitas frequentes dos pacientes às UBS também proporcionam mudança mais efetiva no estilo de vida e bem-estar dos sujeitos, com possível redução da ansiedade e do estresse (DOSSE et al., 2009). Porém, existem dados controversos na literatura, pois para um estudo realizado em Barbacena (MG) com 400 hipertensos, o acompanhamento à saúde não apresentou relevância estatística sobre a adesão/não adesão, uma vez que pode ser evidenciado que tanto entre os aderentes quanto entre os não aderentes, o acesso às consultas, foi representado como difícil ou muito difícil (GILSOGAMO et al., 2008). Já em outro estudo, as

variáveis relativas aos serviços de saúde sugeriram que as pessoas que tiveram sua última consulta há mais de seis meses apresentavam risco maior para a não adesão (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b).

Aumentar a adesão à farmacoterapia não é tarefa fácil. Uma Revisão Sistemática concluiu que intervenções para melhorar a adesão (educativas, comportamentais ou baseadas em recursos tecnológicos) apresentam resultados limitados e precisam ser desenvolvidas e adaptadas às características das pessoas envolvidas no processo e aos contextos dos serviços de saúde (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b).

O controle da PA exige não somente participação individual, mas também acompanhamento da equipe de saúde, dentro de um programa eficiente de controle da HAS. As dificuldades em controlar o nível pressórico são diversas, pois inúmeros fatores permeiam e influenciam o processo, tendo-se como agravante a falta de sintomatologia, que faz os pacientes, em sua maioria, necessitarem de acompanhamento próximo, para evitar a tomada errática da medicação, algo frequentemente observado neste estudo.

## **CONCLUSÃO**

De acordo com os resultados, o estudo evidenciou que 42,65% dos indivíduos com hipertensão arterial acompanhados pela Atenção Primária não aderiam ao tratamento medicamentoso, algo que pode ser considerado preocupante, pois a não adesão é o principal desencadeador de complicações da HAS imediata e tardia.

Os resultados também evidenciaram que hipertensos com determinadas características biológicas, socioeconômicas e de acompanhamento à saúde, como os de etnia não branca, os de baixa escolaridade, aqueles que consomem maior número de medicamentos para o controle pressórico, os que frequentam menos as consultas médicas e os que não têm convênio particular são os que menos aderem ao tratamento medicamentoso. Apesar de o sexo, o estado civil e a idade constituírem variáveis historicamente descritas como fatores que influenciam a não adesão, na presente investigação não foi observada associação estatisticamente significativa entre essas variáveis e o desfecho de interesse,

talvez em decorrência do elevado percentual de mulheres e idosos entrevistados, sendo esta uma das limitações do estudo.

Não obstante, esses achados podem trazer novos pensamentos e modos de agir com a população hipertensa, especialmente considerando-se o perfil bio-sócio-econômico de cada indivíduo acompanhado pela Atenção Primária. As principais ações que poderão garantir maior efetividade do tratamento medicamentoso são: 1) desenvolver atividades educativas sobre a doença e o tratamento, com utilização de linguagem acessível à população, o que acarreta maior participação ativa dos usuários e convivência saudável destes com a terapêutica; 2) prescrever regimes terapêuticos com menor nível de complexidade, por meio da associação de drogas anti-hipertensivas, regimes que devem ser bem detalhados e prescritos com letra legível, principalmente para idosos, pessoas com menores níveis educacionais e com alta complexidade farmacoterapica; e 3) incentivar a figura do cuidador familiar para pacientes com sinais de não adesão ao tratamento, e o aconselhamento e supervisão contínuos visando à participação ativa do paciente no programa terapêutico.

Desta forma, a consulta de enfermagem e a criação de um espaço para trocas de experiências e vivências no grupo de hipertensos constituem-se como estratégias que estimulam a compreensão e entendimento das recomendações médicas que os hipertensos recebem acerca de seu tratamento, gerando impacto positivo na saúde física, mental e emocional dessas pessoas e de seus familiares. Essas estratégias devem ser incluídas na rotina na prática do enfermeiro, visto que este tem um papel central na educação para a saúde desta clientela, principalmente para hipertensos com baixos níveis sócio-educacionais.

Por fim, conclui-se que os indivíduos com hipertensão arterial que mostrem maior dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso necessitam de maior atenção dos profissionais de saúde para que possam ser estimulados a aderir a essa terapêutica.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm)>. Acesso em: 30 jun. 2012.

ARAÚJO, T. L. et al. Análise de indicadores de risco para hipertensão arterial em crianças e adolescentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 120-126, 2008.

BEZERRA, D. S.; SILVA, A. S.; CARVALHO, A. L. M. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em uma unidade de saúde pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil. **Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v, 30, n. 1, p. 69-73, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. DATASUS; 2012. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 15 ago. 2012.

CONTRERAS, E. M. et al. Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. **Atención Primaria**, Buenos Aires, v. 38, n. 6, p. 325-332, 2006.

DINIZ, M. A.; TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, L. R. Características sócio-demográficas e de saúde entre idosos com hipertensão arterial. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 4, p. 607-14, 2009.

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

DOURADO, C. S. et al. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum Health Science**, Maringá, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011.

GILSOGAMO, C. A. et al. Fatores que interferem na adesão ao tratamento da HAS em pacientes atendidos no Núcleo de Atendimento ao Hipertenso (NAHI) e no Programa Saúde da Família (PSF) no município de Barbacena. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 4, n. 15, p. 179-188, 2008.

JESUS, E. S. et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 59-65, 2008.

LESSA, I.; SILVA, J. F. Raça e adesão ao tratamento da HA e ou consulta e controle da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 68, n. 6, p. 443-449, 1997.

LIMA, L. M. et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 323-329, 2011

LUNELLI, R. P. et al. Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 367-373, 2009.

MARTINEZ, C. B. Cumprimento terapêutico e hipertensão arterial. **Atención Primaria**, Buenos Aires, v. 34, n. 8, p. 397-398, 2004.

MELCHIORS, A. C. **Hipertensão arterial**: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida. 2008. 156 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas)–Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe da saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, 2008.

OLIVEIRA, E. A.; BUBACH, S.; FLEGELER, D. S. Perfil de hipertensos em uma unidade de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 383-387, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneve, 2003. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>>. Acesso em: 22 de Jun. 2011.

OSHIRO, M. L.; CASTRO, L. L. C.; CYMROT, R. Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS. **Revista Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 31, n. 1, p. 95-110, 2010.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 764-767, 2008.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010b.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 6. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOUMERAI, S. B. et al. Cost-related medication nonadherence among elderly and disabled medicare beneficiaries. **Archives Internal Medicine**, Chicago, v. 166, no. 17, p. 1829-1835, 2006.

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

VERAS, R. F. S.; OLIVEIRA, J. S. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 132-138, 2009.

## 6.2 Artigo 02

### **CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA E FATORES ASSOCIADOS A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE PESSOAS HIPERTENSAS**

KNOWLEDGE ABOUT TO DISEASE AND FACTORS ASSOCIATED WITH NON-COMPLIANCE OF DRUG TREATMENT OF HYPERTENSIVE INDIVIDUALS

CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD Y FACTORES ASOCIADOS A LA NO-ADHESIÓN AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PERSONAS HIPERTENSAS

#### **RESUMO**

Os objetivos do estudo foram identificar o nível de conhecimento dos hipertensos acerca de sua doença e analisar a associação de alguns fatores com a não adesão à farmacoterapia. O estudo é descritivo de corte transversal e foi realizado com 422 hipertensos de Maringá - PR. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2011 a março de 2012, por meio de visitas domiciliares para aplicação de um questionário semiestruturado. Os resultados evidenciaram que a maioria dos entrevistados detinha elevado índice de conhecimento sobre a doença e um índice de não adesão aos fármacos de 42.65%. A complexidade da farmacoterapia, a insatisfação com o serviço de saúde e baixo conhecimento acerca da doença constituíram os preditores da não adesão. Estes achados reforçam a necessidade de o enfermeiro trabalhar com vistas ao desenvolvimento de maior vínculo com a comunidade, à simplificação do esquema terapêutico e à realização de mais atividades de promoção da saúde, para a sensibilização da população hipertensa.

**DESCRITORES:** Hipertensão; Adesão à medicação; Fatores de risco; Conhecimento, atitudes e práticas em saúde; Enfermagem.

#### **ABSTRACT**

The objectives of the study were to identify the knowledge of hypertensive regarding of their illness and analyze the association some factors of non-compliance to drug treatment. Study descriptive of cross-sectional realized with 422 hypertensive with Maringá (PR). Data were collected during the months of December 2011 and March 2012, through home visits using a semi-structured questionnaire. The results showed that most interview subjects had high rate of knowledge about the illness and the prevalence of non-compliance the drugs of 42.65%, those with complex drug treatment, dissatisfaction with health services and little knowledge about the illness were the predictors of non-compliance. These findings reinforce the need for primary care nurses to work to develop closer bonds with community, simplify the therapeutic protocols and perform more health promotion activities, relaying information and raising awareness among the hypertensive population.

**DESCRIPTORS:** Hypertension; Medication adherence; Risk factors; Health knowledge, attitudes, practice; Nursing.

## RESUMEN

Los objetivos del estudio fueron identificar el conocimiento de los hipertensos acerca de su enfermedad y analizar la asociación de algunos factores a la no-adhesión a la farmacoterapia. Estudio descriptivo de corte transversal, realizado junto a 422 hipertensos de Maringá (PR). Los datos fueron recolectados durante los meses de diciembre de 2011 a marzo de 2012, por medio de visitas domiciliarias utilizándose de un cuestionario semiestructurado. Los resultados evidenciaron que la mayoría de los entrevistados poseía elevado índice de conocimiento sobre la enfermedad y una prevalencia de no-adhesión a los fármacos de un 42.65%, siendo que farmacoterapia compleja, insatisfacción con el servicio de salud y poco conocimiento acerca de la enfermedad constituyeron los predictores de la no-adhesión. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de que el enfermero trabaje pretendiendo el desarrollo de mayor vínculo con la comunidad, simplificación del esquema terapéutico y realización de más actividades de promoción de la salud, con el repase de informaciones y sensibilización de la población hipertensa.

**DESCRIPTORES:** Hipertensión; Cumplimiento de la medicación; Factores de riesgo; Conocimientos, actitudes y práctica em salud; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Considerando-se a morbidade e a mortalidade por ela causadas, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) não controlada é responsável pelo maior ônus social e econômico à população brasileira e ao setor saúde, repercutindo fortemente sobre a previdência social. Seu impacto é basicamente determinado pelo acidente vascular encefálico (AVE), doenças isquêmicas do coração (DAC), insuficiência cardíaca e insuficiência renal, associadas à terapia substitutiva (LESSA, 2006).

A não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso vem sendo descrita, junto com o diagnóstico tardio e o curso prolongado e assintomático da doença, como um dos principais desencadeadores dos agravos da HAS. Desta maneira, o seu estudo tem se tornado crescente no meio científico-acadêmico (REINERS; NOGUEIRA, 2009; GUSMÃO et al., 2009; SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b; OSHIRO; CASTRO; CYMROT, 2010). No entanto, apesar de avanços no cuidado à população hipertensa, ainda não foi encontrada uma estratégia para fidelizar o indivíduo com HAS à sua terapêutica. Estimativas indicam que o grau de não adesão mundial aos tratamentos de Doenças Crônicas (DC) varia de 25% a 50% (MARTINEZ, 2004), sendo amplamente evidenciado na farmacoterapia.

Apesar de, classicamente, a não adesão ao tratamento medicamentoso das DC ser considerada como um fenômeno complexo e multideterminado. Alguns autores mencionam como potenciais desencadeadores baixos níveis socioeconômicos, prescrição de esquemas terapêuticos complexos, desconhecimento do paciente sobre a sua doença e a insatisfação com o serviço de saúde, fatores particularmente prevalentes na população hipertensa (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b; STRELEC; PIERIN; MION-JUNIOR, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; MELCHIORS, 2008; OBRELI-NETO et al., 2010).

Diante desta realidade, os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, devem estar sensibilizados e preparados para atuar junto aos indivíduos com HAS, para que, na medida de suas possibilidades, aumentem as taxas de adesão ao tratamento medicamentoso, pois evidências sugerem que o correto seguimento terapêutico diminui a mortalidade, consultas de emergência, internações e custos médico-hospitalares e promove o bem-estar do paciente, melhorando assim a qualidade de vida sua e de sua família (SIMPSON et al., 2006).

Nesta perspectiva, torna-se relevante determinar os níveis de não adesão à farmacoterapia em nosso meio e identificar os fatores que a influenciam, bem como o grau de conhecimento dos indivíduos com hipertensão arterial sobre a doença, pois estas medidas ajudam e direcionam o desenvolvimento de intervenções que objetivam melhorar a adesão dos pacientes à farmacoterapia, a partir das características locais e regionais identificadas. Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar a associação de fatores socioeconômicos, assistenciais, pessoais e do tratamento medicamentoso com a não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva, e também identificar o nível de conhecimento dos indivíduos com hipertensão arterial acerca da doença.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa é descritiva de corte transversal e foi realizada junto a indivíduos com HAS cadastrados no município de Maringá, Paraná, Brasil, o qual possui uma população aproximada de 357 mil habitantes, assistidos na Atenção

Primária por 25 unidades básicas de saúde (UBS), todas as quais possuem equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) referenciadas.

Para os fins desta pesquisa, utilizou-se a área compreendida pelas 23 UBS localizadas no perímetro urbano do município. O tamanho da amostra a ser estudada foi calculado com base na população de hipertensos cadastrados em Maringá (40.073 pessoas). Considerando-se uma percentual de 50% de indivíduos que viessem a mostrar interesse, com erro de estimativa de 5% e 95% de intervalo de confiança, e mais 10% para possíveis perdas, o resultado foi uma amostra de 422 indivíduos. Procedeu-se então à amostragem aleatória estratificada, distribuindo-se o tamanho amostral proporcionalmente entre as pessoas com HAS cadastradas em cada UBS.

Obteve-se da Secretaria Municipal de Saúde uma listagem, dividida por UBS, com os dados cadastrais dos hipertensos. Na referida lista todos receberam uma numeração, necessária para a realização do sorteio, a qual determinou quais indivíduos seriam entrevistados. Nos casos em que a pessoa sorteada não atendia aos critérios de inclusão ou se negava a participar da pesquisa, automaticamente a próxima da lista era entrevistada, repetindo-se esta operação por até três vezes.

Os participantes do estudo deveriam ainda ter idade igual ou superior a 18 anos e estar em tratamento medicamentoso há mais de um ano, pois estudos revelam que a taxa de abandono do tratamento anti-hipertensivo é maior no decorrer do primeiro ano, variando de 11% a 22% (GILSOGAMO et al., 2008). Foram excluídos do estudo indivíduos com contraindicação para terapia anti-hipertensiva (dois casos) e com diagnóstico psiquiátrico de transtorno mental em fase aguda (quinze casos), uma vez que esses, pelas próprias características da doença, tendem a não aderir fielmente à terapêutica.

Primeiramente foi feito o levantamento dos endereços e telefones dos hipertensos junto às UBS, consultando-se o cadastro do prontuário eletrônico, para o posterior agendamento das entrevistas. Os dados foram coletados, por meio de visita domiciliar, no período de dezembro de 2011 a março de 2012, utilizando-se um questionário semiestruturado, com questões que contemplavam o perfil pessoal, socioeconômico e de acompanhamento à saúde.

Para mensurar a não adesão à farmacoterapia utilizou-se um instrumento de avaliação indireta, o Questionário de Não Adesão de Medicamentos da Equipe Qualiaids (QAM-Q), que foi desenvolvido para abordar o ato (se o indivíduo toma e quanto toma de seus medicamentos), o processo (como ele toma o medicamento no período de sete dias) e o resultado da adesão - no caso, se a PA estava controlada (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008).

O instrumento elaborado e validado (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008) consta de três perguntas baseadas nos últimos sete dias: 1) Em quais dias da semana o(a) Sr.(a) não tomou ou tomou a mais pelo menos um comprimido deste remédio?; 2) Nestes dias, quantos comprimidos o(a) Sr.(a) deixou de tomar ou tomou a mais?; 3) Como estava sua pressão na última vez que o(a) Sr.(a) mediu?. Vale ressaltar, que para cada medicação anti-hipertensiva, realizaram-se as duas primeiras questões, a fim de se verificar o modo como a pessoa hipertensa fazia o uso de cada um de seus medicamentos.

As respostas resultaram em uma medida composta, em que foram considerados aderentes apenas os indivíduos que relataram ter tomado de 80% a 120% das doses prescritas. Esses valores são obtidos mediante a multiplicação do número de comprimidos consumidos pelo número de vezes, dividido o resultado pelo número de comprimidos prescrito multiplicado pelo número de vezes. Por fim, o resultado é multiplicado por cem e obtida a porcentagem.

A adesão ainda estava condicionada à tomada que tivesse ocorrido de modo adequado, ou seja, sem “feriados” (não tomar qualquer medicamento durante um dia), “troca de horário” (tomar a dose correta, porém em horários errados), “troca de dose” (aumentar ou diminuir a quantidade do medicamento ou entre os medicamentos) “tomada errática” (deixar de tomar os medicamentos em dias e horários variados), “meia adesão” (tomar corretamente um medicamento e outro de maneira incorreta), “abandono parcial” (deixar de tomar um ou mais de seus medicamentos) ou “abandono” (não tomar nenhuma dose de todos os medicamentos), e ao relato de que sua PA estava normal na última aferição (desfecho clínico).

Optou-se por utilizar este instrumento em preferência à associação da contagem manual de comprimidos, ao teste de Morisky-Green-Levine e ao desfecho clínico, que juntos são considerados o padrão ouro, por ser

demonstrado na literatura que o QAM-Q é um instrumento abrangente, apresentando a mesma efetividade do uso concomitante dos outros, pois abarca três diferentes dimensões do constructo da adesão, que são a tomada da dose, o comportamento em relação à medicação e o desfecho clínico, porém de mais fácil e rápida aplicação (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008).

O conhecimento sobre a doença foi verificado por meio de um questionário com dez questões, com respostas dicotômicas (sim/não), desenvolvido e utilizado em publicações nacionais. A partir do instrumento, os indivíduos que respondem corretamente a todas as perguntas obtêm nota 10 (100%), que é considerada um excelente conhecimento, e aqueles que erram todas as questões obtêm nota 0 (zero). Nesta investigação, conforme usado em outro estudo (MELCHIORS, 2008), o conhecimento foi considerado satisfatório para os pacientes com notas iguais ou superiores a sete ou 70% e insatisfatório para os demais; e a complexidade do regime terapêutico foi avaliada por meio do Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT), instrumento traduzido e validado para a língua portuguesa do Brasil que também tem sido utilizado em algumas pesquisas nacionais (MELCHIORS, 2008; OBRELI-NETO et al., 2010). O ICFT é obtido pela soma dos pontos (escores) das três seções, na qual quanto mais alta a pontuação, mais complexa é a farmacoterapia (MELCHIORS; CORRER; LLIMOS, 2007).

A satisfação do usuário com o serviço de saúde foi estimada por oito questões previamente validadas, que se referem aos aspectos: estrutura e acesso ao serviço (duas questões); atendimento, tratamento e cuidado dos profissionais da UBS (três questões); satisfação com o tratamento e com o médico (duas questões); e satisfação geral (uma questão). A escala de pontuação é do tipo *likert* com quatro possíveis respostas, das quais “um” corresponde a máxima satisfação, e quatro, a totalmente insatisfeito. Após a obtenção dos escores médios, a mediana dividiu a amostra nos grupos dos “mais satisfeitos” e “menos satisfeitos”, conforme o utilizado em outro estudo (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b).

As informações foram digitadas em uma planilha do Excel *for Windows* 2007® e posteriormente analisadas estatisticamente com auxílio do *software Statistical Analysis System – SAS®*. As variáveis de interesse foram

dicotomizadas, realizando-se análise descritiva dos dados, apresentada em tabelas de frequência absoluta e relativa.

Para a análise estatística foi realizada a regressão logística do tipo *Stepwise Backward Elimination*, na qual foram inseridas todas as variáveis no modelo (figura 01). Após a aplicação dos testes foram mantidas no modelo ajustado somente as variáveis que possuíam significância estatística com  $p < 0.20$ . Ao nível de 5% de significância permaneceram no modelo final da regressão logística somente as variáveis *conhecimento sobre a doença*, *índice de complexidade da farmacoterapia* e *satisfação com o serviço de saúde*.

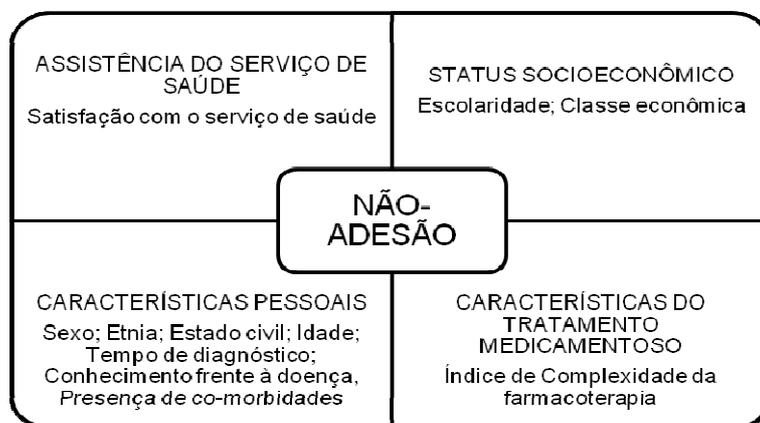


Figura 1 – Modelo explicativo para a não adesão à farmacoterapia.

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 196/96 do CNS/MS. O projeto foi apreciado pelo Centro de Capacitação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá e pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer: 631/2011). O direito a livre participação e ao anonimato foram garantidos aos entrevistados, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

## RESULTADOS

Os dados do presente estudo evidenciaram que, a partir da medida combinada do QAM-Q, 180 indivíduos com hipertensão arterial foram considerados não aderentes ao tratamento medicamentoso, o que corresponde a um percentual de não adesão de 42,65%.

No total dos hipertensos estudados predominaram indivíduos do sexo feminino (251 – 59,48%), brancos (296 – 70,14%), casados (291 – 68,96%), com baixa renda familiar (303 – 71,81%), portadores de comorbidades (258 – 61,14%), com pouco tempo de diagnóstico (234 – 56,16%) e de baixo nível educacional (268 – 63,51%). A média da idade (62,29 anos – DP=  $\pm 11,05$  anos) manteve-se na sexta década de vida (265 – 63,25%), sendo que nenhuma dessas características obteve significância estatística para o desfecho de interesse ( $p < 0,05$ ) (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise univariada da associação da não adesão à farmacoterapia a fatores socioeconômicos, assistenciais, pessoais e do tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos. Maringá (PR), 2012.

Variáveis	Adesão				Total		p
	Não		Sim		n	%	
	n	%	n	%			
<b>Classe econômica*</b>							
Alta	47	11.13	72	17.06	119	28.19	0.91
Baixa	133	31.52	170	40.29	303	71.81	
<b>Estado civil</b>							
Com cônjuge	117	27.73	174	41.23	291	68.96	0.64
Sem cônjuge	63	14.93	68	16.12	131	31.04	
<b>Tempo de diagnóstico</b>							
≤ 10 anos	102	24.17	135	31.99	237	56.16	0.64
> 10 anos	78	18.49	107	25.35	185	43.84	
<b>Idade</b>							
< 60 anos	67	15.99	87	20.76	154	36.76	0.64
≥ 60 anos	111	26.49	154	36.75	265	63.25	
<b>Escolaridade</b>							
≤ 08 anos	126	29.86	142	33.65	268	63.51	0.52
> 08 anos	54	12.79	100	23.70	154	26,49	
<b>Co-morbidades</b>							
Sim	108	25.60	150	35.54	258	61.14	0.40
Não	72	17.06	92	21.80	164	38.86	
<b>Etnia</b>							
Branco	115	27.25	181	42.89	296	70.14	0.33
Não Branco	65	15.41	61	14.45	126	29.86	
<b>Sexo</b>							
Feminino	98	23.22	153	36.26	251	59.48	0.14
Masculino	82	19.43	89	21.09	171	40.52	
<b>ICFT**</b>							
Baixa	91	21.56	155	36.73	246	58,29	0.02 <sup>â€</sup>
Alta	89	21.09	87	20.62	176	41.71	
<b>Satisfação com serviço de saúde</b>							
Satisfeito	70	17.81	156	39.70	226	57.51	0.00 <sup>â€</sup>
Insatisfeito	98	24.94	69	17.55	167	42.49	
<b>Conhecimento satisfatório</b>							
Sim	123	29.14	224	53.09	347	82.23	0.00 <sup>â€</sup>
Não	57	13.51	18	4.26	75	17.77	

\*Baseada nos Critérios de Classificação Econômica do Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP); \*\* ICFT: Índice de Complexidade da Farmacoterapia; <sup>â€</sup>p-valor significativo no modelo de regressão logística *stepwise backward elimination*.

Por sua vez, os indivíduos com hipertensão que apresentaram pouco conhecimento sobre sua doença ( $p=0,00$ ), farmacoterapia complexa ( $p=0,02$ ) e insatisfação com o serviço de saúde ( $p=0,00$ ) tiveram respectivamente 2,1 (IC: 1,7 – 2,7), 1,4 (IC: 1,1 – 1,7) e 1,9 (IC: 1,51 – 2,39) vezes mais resistência em aderir ao tratamento medicamentoso.

Os dados da Tabela 2 mostram que os indivíduos com hipertensão arterial entrevistados detinham conhecimento satisfatório sobre sua doença, pois para a maior parte das questões a porcentagem de acerto foi superior a 80%; porém nos desperta a atenção o índice de erros para duas perguntas, pelas quais se pode constatar que 189 (44,78%) pessoas não sabiam que, na maioria das vezes, a HAS é uma doença silenciosa, enquanto outras 275 (65,17%) referiram não saber que a doença também pode ser tratada sem o uso de medicações.

Tabela 2 – Distribuição dos hipertensos aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso de acordo com as respostas obtidas no formulário para avaliar o conhecimento sobre a HAS, Maringá (PR), 2012.

Questão	Adesão				Total	p	RR	IC
	Não		Sim					
	n	%	n	%				
<b>Pressão alta é uma doença para toda a vida?</b>								
Sim	141	33.41	192	45.50	333	78.91	0.80	–
Não	39	9.25	50	11.84	89	21.09		
<b>Quem tem pressão alta, na maioria das vezes, não sente nada diferente?</b>								
Sim	89	21.10	144	34.12	233	55.22	0.03*	1.3 1.01 –
Não	91	21.56	98	23.22	189	44.78		1.57
<b>A pressão é alta quando for <math>\geq</math> a 14/9?</b>								
Sim	137	32.46	197	46.69	334	79.15	0.18	–
Não	43	10.19	45	10.66	88	20.85		
<b>Pressão alta pode trazer problemas para o coração, cérebro e rins?</b>								
Sim	157	37.20	212	50.24	369	87.44	0.90	–
Não	23	5.45	30	7.11	53	12.56		
<b>O tratamento para pressão alta é para toda a vida?</b>								
Sim	137	32.46	219	51.90	356	84.36	0.00*	1.7 1.31 –
Não	43	10.19	23	5.45	66	15.64		2.19
<b>A pressão alta também pode ser tratada sem remédios?</b>								
Sim	51	12.08	96	22.75	147	34.83	0.01*	1.4 1.06 –
Não	129	30.57	146	34.60	275	65.17		1.73
<b>Exercícios físicos regulares ajudam a controlar a pressão alta?</b>								
Sim	143	33.88	219	51.90	362	85.78	0.00*	1.6 1.19 –
Não	37	8.77	23	5.45	60	14.22		2.05

<b>Para quem é obeso, perder peso ajuda a controlar a pressão alta?</b>								
Sim	159	37.67	230	54.51	389	92.18	0.01*	1.6 1.11 –
Não	21	4.97	12	2.85	33	7.82		2.19
<b>Diminuir o sal da comida ajuda a controlar a pressão alta?</b>								
Sim	173	40.99	241	57.11	414	98,10	0.00*	2.1 1.20 –
Não	07	1.66	01	0.24	08	1.90		3.66
<b>Diminuir o nervosismo ajuda a controlar a pressão alta?</b>								
Sim	166	39.34	237	56.16	403	95,50	0.00*	1.8 1.19 –
Não	14	3.31	05	1.19	19	4,50		2.69

RR: Risco relativo; IC: Intervalo de Confiança; \*p-valor significativo no teste de *Qui-Quadrado* de Pearson.

Das dez questões aplicadas para avaliar o conhecimento dos entrevistados, sete apresentaram significância estatística quanto à não adesão. Com o cálculo do Risco Relativo (RR) constatou-se que, de modo geral, o pouco conhecimento sobre o controle pressórico, a HAS e seu tratamento aumentam de 1,3 a 2,1 vezes a possibilidade de o hipertenso não aderir corretamente ao seu tratamento medicamentoso.

## DISCUSSÃO

Outros estudos que utilizaram o instrumento QAM-Q, na identificação da não adesão, um com 46 hipertensos (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008) e outro com 595 hipertensos (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b), encontraram prevalências superiores (47.8% e 53.1% respectivamente) a observada no presente estudo (42.65%), entretanto esta é maior do que a observada em publicações nacionais (GILSOGAMO et al., 2008; DOSSE et al., 2009) e internacionais (CONTRERAS et al., 2006), as quais se basearam em outros métodos para a determinação da não adesão, que é em torno de 30.0%.

Características pessoais e socioeconômicas como sexo, idade, estado civil, escolaridade, classe econômica e etnia, em outros estudos foram descritas como preditoras sobre a adesão/não adesão ao tratamento da HAS (ARAÚJO; GARCIA, 2006; VERAS; OLIVEIRA, 2009). Porém, na presente investigação nenhuma dessas variáveis apresentou significância estatística junto ao desfecho de interesse, em parte, talvez isso possa ser explicado pela diferença de métodos utilizados para se mensurar a não adesão à terapêutica.

Um fator que vem sendo estudado conjuntamente com o processo de adesão/não adesão ao tratamento medicamentoso é a complexidade do regime terapêutico. Na presente investigação, a alta complexidade da farmacoterapia pôde ser evidenciada em 41,71% dos entrevistados, sendo mais elevada e significativa entre os não aderentes; no entanto a relação entre a complexidade do regime terapêutico e a adesão à farmacoterapia não é sempre tão direta

Estudo realizado em Salto Grande (SP), com 120 idosos hipertensos, por exemplo, verificou forte correlação indireta entre a maior complexidade da farmacoterapia e a adesão (OBRELI-NETO et al., 2010), ao passo que estudo realizado em Blumenau (SC) com 595 hipertensos, demonstrou que um número menor de medicamentos consumidos estava associado com a não adesão (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b), o que levou o autor a concluir pela possibilidade de tal situação expressar o fato de pessoas com mais idade, mais tempo de tratamento e melhores condições socioeconômicas e assistenciais, além de consumirem mais medicamentos, tratam de consumi-los com maior adesão, inclusive os anti-hipertensivos (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b).

Não obstante, mesmo sem um consenso na literatura, algo que na prática vem se mostrando impactante sobre a adesão à farmacoterapia é a simplificação do regime terapêutico. Um estudo de revisão da literatura demonstrou que a diminuição do número de medicamentos utilizados e da frequência das dosagens (de preferência uma única dose diária) é um aspecto apontado nos artigos como agente que influencia positivamente a adesão (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

Já em relação ao conhecimento do indivíduo frente à doença os dados disponíveis parecem mais consolidados, donde se observa que a falta de conhecimento, as crenças e mitos que os pacientes tem sobre sua patologia, a desmotivação para controlá-la, a inabilidade para associar seu comportamento com o manejo de situações adversas e as baixas expectativas no resultado do tratamento influenciam negativamente na adesão (GUSMÃO et al., 2009).

Na presente investigação foi encontrado um grande número de indivíduos com hipertensão arterial que tinham conhecimento satisfatório sobre sua doença, tanto que apenas duas questões apresentaram um percentual de acerto inferior a 70.0%, coincidindo com o verificado em outros estudos brasileiros (STRELEC;

PIERIN; MION-JUNIOR, 2003; MELCHIORS, 2008). Esses baixos índices de acerto podem ser inerentes ao próprio grau de conhecimento dos pacientes sobre a sua doença ou a outros fatores, como seu grau de escolaridade.

Um estudo realizado em São Paulo (SP) com 130 pessoas hipertensas que utilizou o mesmo instrumento para a determinação do nível de conhecimento relacionado à doença também observou um elevado percentual de conhecimento satisfatório (STRELEC; PIERIN; MION-JUNIOR, 2003). Sendo assim, infere-se que a atuação da equipe de Saúde da Família vem alcançando seus propósitos, já que um dos pilares do tratamento da HAS é a educação para a saúde, no que tange à modificação no estilo de vida, à adesão ao tratamento farmacológico e a orientações acerca dos agravos que podem surgir da doença.

Para melhorar o conhecimento dos indivíduos com hipertensão arterial é necessária uma abordagem multidisciplinar, na qual a vivência de cada paciente, seus valores, crenças e práticas culturais sejam reconhecidos e abordados. Para tanto, é importante trabalhar o contexto social e psicossocial do paciente. O envolvimento com a problemática da saúde expresso por atitudes e sentimentos positivos só tende a favorecer a adesão ao tratamento e o consequente controle da HAS (STRELEC; PIERIN; MION-JUNIOR, 2003).

Outra pesquisa realizada em São Paulo (SP) com 511 pacientes acompanhados pela Liga da Hipertensão observou que os entrevistados apresentaram índices elevados de conhecimento sobre as formas não medicamentosas de tratamento da HAS, pois mais de 80% sabiam da influência benéfica da cessação do fumo, redução do peso, prática de exercícios físicos e redução da ingestão de bebida alcoólica (SERAFIM; JESUS; PIERIN, 2010).

Do exposto até o momento pode-se inferir que, quanto maior o grau de conhecimento do paciente sobre sua doença, maior o comprometimento no autocuidado e adesão ao tratamento. Não obstante, o problema da adesão é mais complexo, pois dispor de acesso a informações sobre a gravidade, as complicações e recursos preventivos e terapêuticos da HAS não implica necessariamente maior adesão às medidas de controle (OSHIRO; CASTRO; CYMROT, 2010).

Nesta perspectiva, não se pode negar que a ampliação da cobertura dos serviços básicos de saúde proporcionada pela implantação da ESF melhorou o

acesso da população à assistência primária, permitindo, entre outros avanços, a criação de vínculo entre os usuários e a equipe da ESF, o que favorece o acompanhamento sistemático e o incremento das atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011). Por outro lado, é preciso cuidar para que não haja, por parte das equipes de saúde, principalmente do enfermeiro, apenas o simples repasse de informações, para assim evitar o surgimento de uma lacuna entre a orientação ofertada pelo profissional e sua efetiva aplicabilidade. Afinal, a adesão ao tratamento reflete, ao menos em parte, o modo como as pessoas compreendem e assumem o cuidado com sua saúde.

Nesse sentido, a adesão contém um forte componente relacional, manifesto nos processos interativos entre pessoas que necessitam de cuidado e o serviço de saúde que deve prestá-lo. Assim, é lícito considerar a adesão à terapêutica como parte do resultado desejável do cuidado em saúde, da mesma forma que a não adesão pode constituir um indicador da existência de problemas na qualidade do processo de cuidado em saúde (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b).

A presença do paciente na UBS é determinante para o controle da HAS, pois o diálogo com os profissionais traz motivação individual, e esta, por sua vez, conduz a certas atitudes que contribuem para a redução da PA. Encontros/consultas frequentes propiciam melhor monitoração dos níveis pressóricos, assim como a oportunidade de ter mais acesso às informações, podendo servir de base para o cumprimento das orientações diante do tratamento medicamentoso e não medicamentoso (DOSSE et al., 2009).

Nesta perspectiva, o acesso ao sistema de saúde, tem sido apontado como relevante na adesão ou não ao tratamento anti-hipertensivo, pois as políticas de saúde vigentes, a facilidade de acesso do paciente aos serviços de saúde e a qualidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais e gestores influenciam diretamente o processo de adesão (ARAUJO; GARCIA, 2006). Também pesquisas atuais confirmam a forte correlação entre a satisfação com os serviços de saúde e a problemática da adesão/não adesão (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b; OBRELI-NETO et al., 2010).

Levando-se isso em consideração, a qualidade do trabalho desenvolvido nos serviços de saúde é de fundamental importância, pois cuidados inovadores de saúde a grupos com DC e seus familiares em uma UBS são essenciais. Sendo assim, ressalta-se que os pacientes com hipertensão arterial não precisam apenas de cuidados físicos, mas, acima de tudo, de estímulo, esperança e compreensão, e o enfermeiro desempenha papel primordial em todo este processo (ELSEN et al., 2009).

Por outro lado, um estudo realizado em Cuiabá (MT) com quinze profissionais de saúde e dez hipertensos demonstrou que a interação do profissional de saúde com o usuário ainda é centrada em técnicas e tarefas, privilegiando ações prescritivas e rotineiras, focalizadas no corpo, na doença, no tratamento e na adesão, sendo que para muitos profissionais a não adesão ao tratamento é vista como um comportamento desviante e irracional do paciente que urgentemente precisa ser corrigido (REINERS; NOGUEIRA, 2009).

## **CONCLUSÃO**

Os resultados deste estudo evidenciaram que, entre os indivíduos com HAS entrevistados, as características mais frequentes dos indivíduos foram serem do sexo feminino, brancos, casados, com mais de 60 anos, com baixa renda familiar, portadores de comorbidades, pouco tempo de diagnóstico e baixo nível educacional; porém tais características não apresentaram significância estatística em relação ao desfecho de interesse, se comparadas aos achados da literatura.

Pôde-se constatar também que 42% dos entrevistados foram caracterizados como não aderentes ao tratamento medicamentoso, sendo que a alta complexidade da farmacoterapia, o inadequado conhecimento acerca da doença e a insatisfação com o serviço de saúde estiveram associados à não adesão.

Tais achados reforçam a necessidade de a equipe de saúde da Atenção Primária, em especial o enfermeiro, trabalhar com vistas à simplificação do esquema terapêutico, criar maior vínculo com a população e a partir disso desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, com o repasse de informações e sensibilização da população hipertensa da área de

abrangência acerca da importância de aderir corretamente ao tratamento anti-hipertensivo acordado com o provedor de saúde.

Como limitações do estudo, destaca-se o fato de a literatura revisada utilizar métodos diversos para identificação da não adesão, estimando dimensões distintas do fenômeno. Assim, as associações observadas com diversos fatores de risco podem manifestar-se em algumas situações, mas não em outras. Ainda que se tenha tomado o cuidado de levar em conta tal diversidade, isso pode ter limitado a comparabilidade dos resultados obtidos.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm)>. Acesso em: 30 jun. 2012.
- CONTRERAS, E. M. et al. Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. **Atención Primaria**, Buenos Aires, v. 38, n. 6, p. 325-332, 2006.
- COSTA, J. M. B. S.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 623-633, 2011.
- DOSSE, C. et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 201-206, 2009.
- ELSEN, I. et al. O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, p. 11-22, 2009. Suplemento 1.
- GILSOGAMO, C. A. et al. Fatores que interferem na adesão ao tratamento da HAS em pacientes atendidos no Núcleo de Atendimento ao Hipertenso (NAHI) e no Programa Saúde da Família (PSF) no município de Barbacena. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 4, n. 15, p. 179-188, 2008.
- GUSMÃO, J. L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.
- LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 39-46, 2006.
- MARTINEZ, C. B. Cumplimiento terapéutico e hipertensión arterial. **Atención Primaria**, Buenos Aires, v. 34, n. 8, p. 397-398, 2004.

MELCHIORS, A. C. **Hipertensão arterial**: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida. 2008. 156 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas)–Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

MELCHIORS, A. C.; CORRER, C. J.; LLIMOS, F. F. Tradução e Validação para o Português do Medication Regimen Complexity Index. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 4, p. 210-218, 2007.

OBRELI-NETO, P. R. et al. Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande – SP, Brasil. **Revista Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 31, n. 3, p. 229-233, 2010.

OSHIRO, M. L.; CASTRO, L. L. C.; CYMROT, R. Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS. **Revista Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 31, n. 1, p. 95-110, 2010.

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

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 764-767, 2008.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010b.

SERAFIM, T. S.; JESUS, E. S.; PIERIN, A. M. G. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 658-664, 2010.

SIMPSON, S. H. et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. **British Medical Journal**, London, v. 333, no. 7557, p.15-19, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 6. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

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

VERAS, R. F. S.; OLIVEIRA, J. S. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 132-138, 2009.

### 6.3 Artigo 03

#### **FATORES ASSOCIADOS AO INADEQUADO CONTROLE PRESSÓRICO DE PACIENTES ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

FACTORS ASSOCIATED WITH INADEQUATE BLOOD PRESSURE CONTROL OF PATIENTS MONITORED BY PRIMARY CARE

FACTORES ASOCIADOS AL INADECUADO CONTROL DE PRESIÓN DE PACIENTES ACOMPAÑADOS EN LA ATENCIÓN BÁSICA

#### **RESUMO**

O presente estudo objetivou determinar se existe associação entre os fatores socioeconômicos, pessoais, de cuidado à saúde e do tratamento medicamentoso e o inadequado controle pressórico em pacientes acompanhados na Atenção Básica. O estudo é descritivo de corte transversal e foi realizado em Maringá – PR - com 392 pessoas hipertensas. Os dados foram coletados durante os meses de dezembro de 2011 a março de 2012, por meio de visitas domiciliares em que se aplicou um questionário semiestruturado. Os resultados evidenciaram que quase metade dos indivíduos (44,89%) apresentou inadequado controle pressórico e que isto esteve associado aos fatores idade mais elevada, não adesão à farmacoterapia, não comparecimento às consultas agendadas e consumo de três ou mais drogas anti-hipertensivas. Constatou-se ainda que a hospitalização por motivos relacionados à doença foi significativamente mais frequente entre os hipertensos não controlados. Os achados reforçam a importância de a equipe de saúde, especialmente o enfermeiro, buscar o efetivo controle pressórico dos pacientes, a fim de evitar os agravos da doença.

**DESCRITORES:** Hipertensão; Prevenção & controle; Fatores de risco; Atenção primária à saúde; Enfermagem.

#### **ABSTRACT**

The study aimed to assess if have association of socioeconomic, personal factors, health care and drug treatment, with the inadequate blood pressure control in patients monitored by primary care. Study descriptive of cross-sectional realized with 392 hypertensive individuals of Maringá (PR). Data were collected during the months of December 2011 and March 2012 through home visits using a semi-structured questionnaire. The results showed almost half of individuals (44.89%) presented inadequate blood pressure control, which was significantly associated with older age; non-compliance with drug treatment; non-attendance of scheduled appointments and three or more anti-hypertensive drug prescriptions. Also found that the hospitalization for reasons related to illness was significantly more frequent between hypertensive uncontrolled. The findings reinforce the importance of health team, in special the nurses, search the effective blood pressure control of patients, avoiding the complications of disease.

**DESCRIPTORS:** Hypertension; Prevention & control; Risk factors; Primary health care; Nursing.

## RESUMEN

El estudio tuvo el objetivo de determinar si existe asociación de factores socioeconómicos, personales, de cuidado a la salud y del tratamiento medicamentoso con el inadecuado control de presión en pacientes acompañados en la atención básica. Estudio descriptivo de corte transversal, realizado junto a 392 personas con hipertensión en Maringá (PR). Los datos fueron recolectados durante los meses de diciembre de 2011 a marzo de 2012, por medio de visitas domiciliarias utilizándose un cuestionario semiestructurado. Los resultados evidenciaron que casi mitad de los individuos (44.89%) presentó inadecuado control de presión y esto estuvo asociado a la edad más elevada; no-adhesión a la farmacoterapia; no comparecencia a las citas apuntadas y consumo de tres o más drogas anti-hipertensivas. Se constató aun que la hospitalización por motivos relacionados a la enfermedad fue significativamente más frecuente entre los hipertensos no controlados. Los hallazgos refuerzan la importancia del equipo de salud, en especial del enfermero, de buscar el efectivo control de presión de los pacientes, evitándose los agravios de la enfermedad.

**DESCRIPTORES:** Hipertensión; Prevención & control; Factores de riesgo; Atención primaria de salud; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta gênese multifatorial, caráter crônico insidioso e evolução oligo/assintomática, o que contribui para a não adesão ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não e por conseguinte para o inadequado controle pressórico. Por sua vez, a manutenção de níveis tensionais elevados constitui fator de risco para o surgimento de complicações a médio e longo prazo como, por exemplo, acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e doença arterial coronariana (DAC). Portanto, para os profissionais da Atenção Primária à Saúde torna-se essencial manter o controle efetivo da Pressão Arterial (PA) de seus pacientes (SERAFIM; JESUS; PIERIN, 2010; FARIAS et al., 2011).

Sabe-se, contudo, que o controle clínico das Doenças Crônicas (DC) esbarra em dificuldades de várias ordens. Problemas estruturais, tais como acesso limitado às consultas, exames, insumos (medicamentos) e falta de profissionais de saúde se agregam com a desmotivação e o baixo preparo profissional. Além destes, fatores relativos aos usuários como os socioeconômicos, culturais e comportamentais se somam às dificuldades

supracitadas, influenciando fortemente na qualidade da assistência prestada (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008).

Diante da realidade mencionada, estimativas apontam que apenas um terço das pessoas regularmente acompanhadas em serviços básicos de saúde tem sua PA mantida em níveis desejáveis (KROUSEL-WOOD et al., 2009), o que favorece a ocorrência anual de mais de um milhão de internações por doenças do aparelho circulatório processadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com um custo aproximado de um bilhão e 800 milhões de reais, mantendo-se ela como a principal causa agrupada de mortes no Brasil (BRASIL, 2012).

Para reduzir tais índices é fundamental a atuação profissional do enfermeiro enquanto integrante da equipe de saúde, no sentido de caracterizar hábitos e estilos de vida das pessoas com HAS durante as consultas de enfermagem, nas quais se obtêm dados concretos para o planejamento de uma assistência individualizada, sistematizada e holística, visando ao controle efetivo da doença (BUBACH; OLIVEIRA, 2011).

Vale ressaltar ainda que o conhecimento sobre a distribuição dos fatores associados ao descontrole pressórico é de grande interesse em saúde pública, por subsidiar a prestação da assistência. Em vista da relevância do tema e da escassez de estudos que se utilizem de tal objeto, a presente investigação teve por objetivo identificar a associação de fatores socioeconômicos, pessoais, de cuidado à saúde e do tratamento medicamentoso com o inadequado controle pressórico de indivíduos acompanhados na Atenção Básica.

## **METODOLOGIA**

O estudo consiste de uma pesquisa descritiva de corte transversal realizada junto a indivíduos com hipertensão arterial assistidos na Atenção Básica em Maringá, Paraná, Brasil. O município possui uma população de aproximadamente 357 mil habitantes, os quais são acompanhados na Atenção Primária por 25 unidades básicas de saúde (UBS), organizadas em cinco regionais de saúde, sendo que todas possuem equipes referenciadas da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Para os fins desta pesquisa, utilizou-se a área de abrangência das 23 UBS localizadas no perímetro urbano do município. O tamanho da amostra a ser

estudada foi calculado com base no total de indivíduos com hipertensão cadastrados em Maringá (40.073 pessoas), considerando-se um percentual de 50% de pessoas que viessem a apresentar a característica de interesse (inadequado controle pressórico), com erro de estimativa de 5% e 95% de intervalo de confiança e mais 10% para possíveis perdas, resultando em uma amostra de 422 indivíduos. Procedeu-se então à amostragem aleatória estratificada, distribuindo-se o tamanho amostral proporcionalmente entre as pessoas com HAS cadastradas em cada UBS.

Além de estarem cadastrados e residirem no município de Maringá, os indivíduos com hipertensão deveriam possuir idade igual ou superior a 18 anos e estar em tratamento medicamentoso há no mínimo um ano. Foram excluídos do estudo indivíduos com contra indicação de terapia anti-hipertensiva (dois casos) e com diagnóstico psiquiátrico de transtorno mental em fase aguda (quinze casos), uma vez que estes, pelas próprias características da doença, tendem a não aderir fielmente à terapêutica, aumentando os riscos de apresentarem descontrole dos níveis tensionais.

Obteve-se da Secretaria Municipal de Saúde uma listagem, dividida por UBS, com os dados cadastrais das pessoas com hipertensão, todas as quais receberam uma numeração. Por meio de sorteio eletrônico foram determinadas aquelas que seriam entrevistadas. Nos casos em que a pessoa sorteada não atendia aos critérios de inclusão ou se negava a participar da pesquisa, automaticamente a próxima da lista era entrevistada, repetindo-se esta operação por até três vezes.

Após o levantamento dos endereços e telefones dos indivíduos sorteados, que ocorreu nas UBS, procedeu-se à coleta de dados, desenvolvida durante os meses de dezembro de 2011 a março de 2012, por meio de consulta a prontuários e aplicação de um questionário semiestruturado, com questões que contemplavam o perfil pessoal, socioeconômico e de acompanhamento à saúde. Os questionários foram aplicados no domicílio.

Posteriormente, na análise dos dados, os entrevistados foram divididos em dois grupos, de acordo com a classificação dos valores pressóricos, a qual se baseou em diretrizes brasileiras e internacionais (NEVES; KASAL, 2010). Foram considerados como hipertensos com PA não controlada os indivíduos que,

segundo o prontuário no intervalo máximo de um ano, apresentaram, em três das cinco últimas aferições, valores de pressão arterial sistólica (PAS) superiores a 140mmHg e/ou de pressão arterial diastólica (PAD) superiores a 90mmHg.

Para mensurar a não adesão à farmacoterapia utilizou-se um instrumento de avaliação indireta, o Questionário de Não Adesão de Medicamentos da Equipe QualiAids (QAM-Q), que foi desenvolvido para abordar o ato (se o indivíduo toma e quanto toma de seus medicamentos), o processo (como ele toma o medicamento no período de sete dias) e o resultado da adesão - no caso, se sua PA estava controlada (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008).

O instrumento elaborado e validado (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008), consta de três perguntas baseadas nos últimos sete dias, a saber: 1) Em quais dias da semana o(a) Sr.(a) não tomou ou tomou a mais pelo menos um comprimido deste remédio?; 2) Nestes dias, quantos comprimidos o(a) Sr.(a) deixou de tomar ou tomou a mais?; 3) Como estava sua pressão na última vez que o(a) Sr.(a) mediu?.

As perguntas supracitadas foram realizadas após a aplicação de um inventário das atividades do entrevistado nos últimos sete dias, seguido de um comentário introdutório que teve por objetivo reduzir qualquer sensação de juízo de valor negativo por parte do entrevistador, caso o entrevistado mencionasse não ter tomado seus medicamentos (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008). Vale ressaltar que para cada medicação anti-hipertensiva foram feitas as duas primeiras perguntas, para verificar o modo como o indivíduo usava cada um de seus medicamentos.

As respostas resultaram em uma medida composta, em que foram considerados aderentes só os indivíduos que relataram ter tomado de 80% a 120% das doses prescritas. Esses valores são obtidos pela multiplicação do número de comprimidos consumidos pelo número de vezes, dividido este pelo número de comprimidos prescritos multiplicado pelo número de vezes. Por fim, o resultado é multiplicado por cem e obtida a porcentagem.

A adesão ainda estava condicionada à tomada que tivesse ocorrido de modo adequado, ou seja, sem “feriados” (não tomar qualquer medicamento durante um dia), “troca de horário” (tomar a dose correta, porém em horários errados), “troca de dose” (aumentar ou diminuir a quantidade do medicamento ou

entre os medicamentos) “tomada errática” (deixar de tomar os medicamentos em dias e horários variados), “meia adesão” (tomar corretamente um medicamento e outro de maneira incorreta), “abandono parcial” (deixar de tomar um ou mais de seus medicamentos) ou “abandono” (não tomar nenhuma dose de todos os medicamentos nos últimos sete dias), e ao relato de que sua PA estava normal na última aferição (desfecho clínico).

Optou-se por utilizar este instrumento em preferência à associação da contagem manual de comprimidos, do teste de Morisky-Green-Levine e do desfecho clínico, que juntos podem ser considerados o padrão ouro, pelo fato de ser demonstrado na literatura que o QAM-Q é um instrumento abrangente, apresentando a mesma efetividade do uso concomitante dos outros, pois abarca três diferentes dimensões do constructo da adesão, que são a tomada da dose, o comportamento quanto à medicação e o desfecho clínico, porém de mais fácil e rápida aplicação (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008).

O relato do entrevistado foi utilizado para a determinação das variáveis relacionadas ao cuidado em saúde, como a frequência de medida da PA (semanal ou mensal) e o comparecimento nas atividades de grupo (reuniões do Hiperdia, caminhadas na UBS e palestras) e nas consultas médicas previamente agendadas.

As informações foram digitadas em uma planilha do Excel *for Windows* 2007<sup>®</sup> e posteriormente analisadas estatisticamente com o auxílio do *software Statistical Analysis System – SAS<sup>®</sup>*. As variáveis de interesse foram dicotomizadas e se fez análise descritiva dos dados, que está apresentada em tabelas de frequência absoluta e relativa.

Para a análise estatística foi realizada a regressão logística do tipo *Stepwise Backward Elimination*, na qual foram inseridas todas as variáveis no modelo (figura 01), as quais foram retiradas paulatinamente com base no nível de significância ( $p < 0.20$ ). Após as análises foram mantidas no modelo final da regressão logística ( $p < 0.05$ ) somente as variáveis: idade, não adesão à farmacoterapia, comparecimento às consultas e número de medicamentos consumidos.

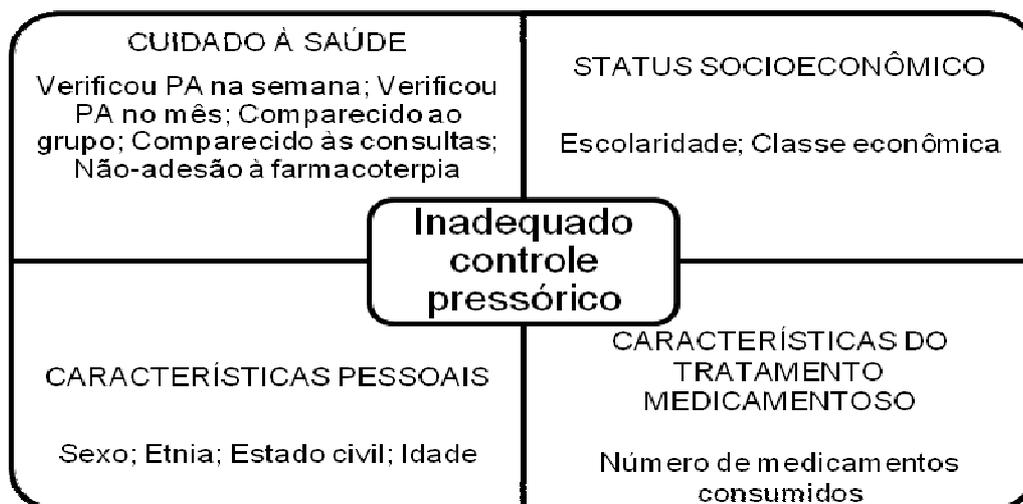


Figura 1 – Modelo explicativo para o inadequado controle pressórico.

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O projeto foi apreciado pelo Centro de Capacitação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer 631/2011). Foi garantido aos entrevistados o direito à livre participação e ao anonimato e lhes foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

## RESULTADOS

Dos 422 indivíduos com hipertensão entrevistados, 30 (7,10%) foram excluídos, porque não foi possível localizar no prontuário cinco aferições da PA, ou então porque o intervalo de tempo entre a primeira e a quinta medida era superior a um ano; no entanto, de acordo com os resultados válidos encontrados, evidenciou-se que 176 (44,89%) pessoas apresentaram inadequado controle pressórico, mesmo consumindo medicações anti-hipertensivas há mais de um ano.

No total dos indivíduos com hipertensão estudados pôde-se observar o predomínio de indivíduos do sexo feminino (235 – 59,95%), casados (265 – 67,60%), brancos (263 – 68,85%), com baixa renda familiar (294 – 75,01%) e de pouca escolaridade (310 – 79,08%), sendo que nenhuma dessas características

apresentou associação estatisticamente significativa com o inadequado controle pressórico ( $p < 0,05$ ) (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise univariada da associação do inadequado controle pressórico a fatores socioeconômicos, assistenciais, pessoais e do tratamento medicamentoso de indivíduos com hipertensão arterial. Maringá (PR), 2012.

Variáveis	PA controlada				Total		p
	Não		Sim		n	%	
	n	%	n	%			
<b>Sexo</b>							
Masculino	79	20.15	78	19.90	157	40.05	0.95
Feminino	97	24.74	138	35.21	235	59.95	
<b>Escolaridade</b>							
≤ 08 anos	142	36.22	168	42.86	310	79.08	0.88
> 08 anos	34	8.68	48	12.24	82	20.92	
<b>Etnia</b>							
Branco	110	28.06	163	41.59	263	69.65	0.77
Não Branco	66	16.83	53	13.52	119	30.35	
<b>Verificou PA na semana</b>							
Sim	61	15.56	105	26.78	166	42.34	0.65
Não	115	29.34	111	28.32	226	57.66	
<b>Comparecido ao grupo</b>							
Sim	80	20.41	123	31.37	203	51.78	0.54
Não	96	24.49	93	23.73	189	48.22	
<b>Classe econômica**</b>							
Alta	43	10.96	55	14.03	98	24.99	0.49
Baixa	133	33.93	161	41.08	294	75.01	
<b>Verificou PA no mês</b>							
Sim	122	31.12	187	47.71	309	78.83	0.31
Não	54	13.77	29	7.40	83	21.17	
<b>Estado civil</b>							
Com cônjuge	113	28.83	152	38.77	265	67.60	0.19
Sem cônjuge	63	16.07	64	16.33	127	32.40	
<b>Idade</b>							
< 60 anos	71	18.11	72	18.36	143	36.47	0.03*
≥ 60 anos	105	26.78	144	36.74	249	63.52	
<b>Adesão a farmacoterapia</b>							
Não	147	37.50	20	5.10	167	42.60	0.00*
Sim	29	7.40	196	50.00	225	57.40	
<b>Comparecido às consultas</b>							
Não	35	8.95	08	2.05	43	11.00	0.00*
Sim	141	36.06	207	52.94	348	89.00	
<b>Nº de medicamentos</b>							
≤ 02	130	33.16	197	50.26	327	83.42	0.00*
≥ 03	46	11.73	19	4.85	65	16.58	

\*p-valor significativo no modelo de regressão logística *stepwise backward elimination*; \*\*Baseada nos Critérios de Classificação Econômica do Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).

Em relação aos cuidados com a saúde, pôde-se evidenciar que os indivíduos com hipertensão arterial, em sua maioria, não haviam verificado a PA na última semana (226 – 57,66%). Em contrapartida, grande parte deles referiu comparecer rotineiramente às atividades do grupo de hipertensos na UBS (203 –

51,78%) e ter verificado a PA no último mês (309 – 78,83%); porém essas características também não apresentaram significância estatística quanto ao descontrole da PA.

Entre as pessoas estudadas também se pôde verificar que a maioria se encontrava na faixa etária acima dos 60 anos (249 – 63,52%) e que o inadequado controle pressórico foi mais frequente entre estas ( $p=0.03$ ). O cálculo do risco relativo (RR) demonstrou que os indivíduos com mais de 60 anos têm 0,8 (IC: 0,68 – 1,06) vez mais riscos de não controlar a PA.

Em relação à não adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo pôde-se constatar que 167 (44,90%) partícipes foram considerados não aderentes, e destes, 147 (88,02%) não apresentavam valores pressóricos em níveis desejáveis ( $p=0.00$ ). Para estes casos, o cálculo do RR evidenciou que os indivíduos não aderentes ao tratamento têm 9,0 (IC: 6,74 – 12,07) vezes mais riscos de apresentar descontrole pressórico.

Com a análise dos dados ainda foi possível constatar que 43 entrevistados referiram não comparecer assiduamente às consultas agendadas na UBS, e destes, 35 (81,39%) não apresentavam controle pressórico satisfatório ( $p=0.00$ ). O cálculo do RR demonstrou, então, que tais indivíduos têm 5,3 (IC: 2,8 – 10,2) vezes mais riscos de não controlar a PA.

Outra característica que também se mostrou como preditora de inadequado controle pressórico foi o consumo de três ou mais medicações distintas para a HAS ( $p=0.00$ ). Com o cálculo do RR pôde-se constatar que indivíduos com prescrições medicamentosas de três ou mais drogas têm 1,2 (IC: 1,13 – 1,35) vez mais riscos de apresentar baixo controle pressórico, quando comparados com aqueles que fazem uso de até duas medicações.

No que tange à hospitalização dos entrevistados por motivos relacionados à HAS, pôde se evidenciar que 48 (12,24%) indivíduos necessitaram de internação no último ano, e que a grande maioria (36 – 75,00%) deles não estava com níveis tensionais controlados, o que demonstra a ocorrência de associação estatisticamente significativa entre apresentar descontrole pressórico e necessitar de hospitalização. Desta maneira, o cálculo do RR evidenciou que os hipertensos não controlados correm 3,7 (IC: 2,08 – 6,52) vezes mais riscos de serem hospitalizados por agravos da doença (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos indivíduos com hipertensão hospitalizados de acordo com o controle pressórico, Maringá (PR), 2012.

Hospitalização	PA controlada				Total		p	RR**	IC***
	Sim		Não						
	N	%	n	%	n	%			
Sim	12	3.06	36	9.18	48	12.24	0.00*	3.7	2.08 – 6.52
Não	204	52.05	140	35.71	344	87.76			
<b>Total</b>	216	55.11	176	44.89	392	100.0			

\*p-valor significativo no teste de Qui-quadrado de Pearson; \*\*RR: Risco Relativo; \*\*\*IC: Intervalo de confiança do RR.

## DISCUSSÃO

A prevalência do inadequado controle pressórico evidenciada nesta investigação (44.89%) se encontra próxima ao observado em Tubarão (SC), onde dentre 286 pessoas com hipertensão arterial 130 (45.4%) apresentavam níveis tensionais não controlados (PEREIRA et al., 2007).

Por sua vez, outros estudos revelam valores mais elevados, como por exemplo, em Vitória (ES) em que de 311 indivíduos entrevistados 166 (50.15%) não apresentavam adequado controle pressórico, mostrando que mesmo em uso de medicação anti-hipertensiva, há mais de um ano, metade deles estavam com valores de PA alterados (BUBACH; OLIVEIRA, 2011), e em São Paulo (SP) de 511 pacientes acompanhados por uma Liga de Hipertensão, 399 (78.08%) foram identificados como hipertensos não controlados (SERAFIM; JESUS; PIERIN, 2010).

O controle dos níveis tensionais é fundamental para uma significativa redução da morbimortalidade por doenças cerebrovasculares, principalmente quando há um segundo fator que aumenta a gravidade da doença. Assim, pessoas hipertensas que seguem rigorosamente um tratamento farmacológico adequado e realizam mudanças em seu estilo de vida têm consideravelmente reduzida a ocorrência de danos à saúde, o que proporciona aumento da expectativa de vida (BUBACH; OLIVEIRA, 2011).

O arsenal terapêutico para DC como a HAS recebe frequentemente novos medicamentos. Atualmente não faltam ensaios clínicos que apresentam novas drogas ou esquemas de associação de outras já conhecidas. Apesar de todo esse investimento, quem trata de pacientes com essas condições continua esbarrando em um problema secular: a falta de adesão à terapia medicamentosa, o que

aumenta a tendência do surgimento de complicações e agravos da doença (GUSMÃO et al., 2009). Nesta perspectiva, semelhantemente ao encontrado no presente estudo, uma pesquisa realizada em Florianópolis (SC) envolvendo 109 indivíduos com hipertensão evidenciou que os pacientes não aderentes ao tratamento tiveram três vezes mais riscos de apresentar inadequado controle pressórico (PRADO; KUPEK; MION, 2007).

Por outro lado, um estudo de caso-controle realizado em um serviço especializado de Goiânia (GO) envolvendo 57 pessoas com hipertensão, divididas em dois grupos, dos quais um recebeu aparelho de aferição da PA e orientações de como utilizá-lo, demonstrou que após seis meses de acompanhamento os pacientes do grupo intervenção atingiram mais rapidamente as metas de tratamento, com queda significativa tanto na PAS quanto na PAD. Essa diferença pode ser explicada pelo aumento da adesão ao tratamento farmacológico desencadeado pela maior frequência de medida da PA. Desta maneira, sugere-se que para melhorar a adesão do paciente é fundamental inseri-lo no processo do tratamento, informando-o sobre a importância de atingir as metas pressóricas e sobre os meios a serem utilizados para isso (SOUZA et al., 2012).

Assim, os profissionais de saúde, sobretudo os da atenção primária, devem estar instrumentalizados e sensibilizados para atuar junto à população hipertensa, com o intuito de que, na medida de suas possibilidades, aumentem as taxas de adesão ao tratamento medicamentoso, pois evidências sugerem, que o correto seguimento terapêutico diminui a mortalidade, consultas de emergência, internações, custos médico-hospitalares e promove o bem-estar do paciente, melhorando deste modo, sua qualidade de vida e a de sua família (SIMPSON et al., 2006).

Outra característica que a literatura tem apontado como interferente no inadequado controle pressórico e no abandono do tratamento é a idade mais elevada (STRELEC; PIERIN; MION-JUNIOR, 2003), merecendo atenção especial durante o estudo do controle dos níveis tensionais, pois conforme evidenciado na presente investigação, um estudo realizado em Curitiba (PR) com 191 indivíduos com hipertensão revelou maiores índices de PAS e PAD entre os mais velhos (MELCHORS, 2008). No entanto, há evidências de que não apenas a idade seja empecilho para a manutenção de níveis pressóricos adequados, pois verifica-se a

existência de populações idosas, que vivem isoladas e apresentam baixos níveis de HAS, como no caso de freiras reclusas em conventos. Desta forma, fatores como a urbanização e o estilo de vida moderno podem ser mais importantes do que propriamente a idade para a elevação da PA (KAPLAN; OPIE, 2006).

No que tange ao número de fármacos utilizados para o tratamento da HAS evidenciou-se que a grande maioria dos entrevistados utilizava até duas medicações, porém o inadequado controle pressórico foi mais frequente entre os que ingeriam mais comprimidos. Tal fato também pode ser observado em um estudo realizado na cidade de São Paulo (SP) junto a 130 indivíduos com hipertensão, o qual demonstrou que aqueles com nível pressórico não controlado tiveram número significativamente maior de drogas prescritas (STRELEC; PIERIN; MION-JUNIOR, 2003). Em parte, tal situação pode ser atribuída ao fato de que mais medicações consumidas, contribui substancialmente para o aumento da complexidade da farmacoterapia e conseqüentemente para as formas desviantes de seguimento terapêutico.

Deste modo, a simplificação do esquema terapêutico é um dos pontos-chaves para o incremento da adesão aos tratamentos crônicos. A diminuição do número de medicamentos e da frequência de suas dosagens (de preferência, uma única dose diária) parece ser um aspecto que favorece a adesão e melhora o controle dos níveis tensionais (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

Vale ressaltar, ainda, que o horário da tomada dos medicamentos também vem sendo apontado como fator que intervém na adesão, pois, quando se correlaciona o horário das dosagens com atividades da rotina diária (servem de lembretes, por exemplo, antes do desjejum ou após as refeições), há melhora no nível de adesão e do controle pressórico. Por isso se enfatiza a importância de o enfermeiro adaptar a prescrição medicamentosa do indivíduo ao estilo de vida deste (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

Da mesma maneira, a assiduidade dos pacientes aos encontros/consultas ocupa lugar de destaque entre os preditores do controle pressórico. Um estudo de revisão de literatura verificou que, dentre os indivíduos acompanhados por um programa de HAS, os que apresentavam maior redução dos níveis tensionais eram aqueles mais assíduos aos encontros promovidos pelos profissionais, tanto na UBS (consulta médica) quanto na comunidade (atividades de grupo). Sendo

assim, acredita-se que a presença do paciente na unidade de saúde seja determinante para o adequado manejo do tratamento da HAS, pois traz motivação individual, e esta, por sua vez, leva a atitudes que contribuem para a redução da PA. Destaca-se também que consultas mais frequentes propiciam melhor monitoração dos níveis pressóricos, assim como o acesso a mais informações, pois esses fatores servem de alicerce para o fortalecimento da adesão à terapêutica (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

Não obstante, com base na prática clínica e nas evidências da literatura, acredita-se que somente a assiduidade dos indivíduos às consultas não seja suficiente para a redução dos valores da PA, devendo também ser considerados o método de trabalho aplicado, as atividades desenvolvidas e a qualidade da assistência prestada e das relações estabelecidas. Nesta perspectiva, um estudo prospectivo realizado no Rio de Janeiro (RJ), com 196 pessoas hipertensas divididas em dois grupos - um atendido apenas por meio de consultas médicas previamente agendadas e o outro acompanhado por uma equipe multiprofissional composta de médico, enfermeiro e nutricionista, o qual realizava atividades de educação para a saúde e de lazer - evidenciou que no segundo grupo, após cinco anos de acompanhamento, houve queda significativa nos níveis tensionais (de 160/100mmHg para 130/80mmHg), enquanto no primeiro observou-se uma queda menos acentuada (de 160/90mmHg para 140/90mmHg) (FARIAS et al., 2011).

É consenso na literatura que adultos com HAS que participam de programas estruturados de educação para a saúde apresentam significativa melhora nas condições de saúde, tanto no que se refere à diminuição dos fatores de risco como no tocante à melhoria da adesão ao tratamento instituído (SERAFIM, 2010). Além disso, estudos asseveram que as intervenções educativas trazem consideráveis mudanças de comportamento, algo almejado pelos profissionais de saúde da Atenção Primária. Não obstante, tais ações não são tão fáceis de implementar, por diversos motivos, entre eles o método utilizado, a própria interação com os sujeitos e a não inclusão da família nas atividades propostas (MOURA et al., 2011).

Um estudo realizado em Salvador (BA) com 135 indivíduos com hipertensão acompanhados pela Atenção Primária revelou que os entrevistados apresentaram aumento na normalização da PA (de 28,9% para 57,0% de

hipertensos controlados) após a atuação da equipe multiprofissional da ESF e a inclusão do paciente e sua família no delineamento do tratamento proposto, mostrando quanto a assistência dos profissionais da Saúde da Família pode ser eficiente. Para tanto, é imprescindível a reorganização do cuidado primário fundamentada na integração de uma equipe multiprofissional com o doente crônico e sua família, cada qual com suas competências, direitos e deveres definidos (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

Quando a população tem acesso aos serviços básicos de saúde e estes apresentam desempenho satisfatório reduz-se consideravelmente a morbimortalidade e a hospitalização por condições sensíveis à atenção primária, entre elas os agravos das DC (NONNENMACHER; WEILLER; OLIVEIRA, 2011). No entanto, na presente investigação, mesmo os entrevistados sendo acompanhados pela atenção básica, o risco para hospitalização por agravamento da HAS entre os pacientes considerados não controlados pode ser considerado elevado, já que foi quase quatro vezes superior neste grupo. Diante deste fato preocupante, acreditamos que a atuação profissional do enfermeiro pode auxiliar na diminuição das chances de internação por doenças cardíacas, renais e cerebrovasculares em pacientes com hipertensão, especialmente se ele estiver apto e estimulado a trabalhar a população e sensibilizá-la quanto aos danos que decorrem do não controle pressórico.

Estudo realizado em Londrina (PR) com dados secundários acerca da hospitalização e mortalidade por doenças cardíacas e cerebrovasculares antes e após a implantação da ESF evidenciou que apesar do aumento nas internações em 10%, houve redução das taxas de mortalidade por estas causas significativa principalmente entre os idosos e as mulheres, inferindo-se que a atenção prestada pela Saúde da Família no município, que tem a HAS como área programática prioritária para atuação das equipes, tem contribuído para a redução dos coeficientes de mortalidade, nestes segmentos populacionais (CARVALHO et al., 2009).

No entanto, pelo fato dessas doenças possuírem considerável impacto na morbimortalidade das populações e serem as principais causas de óbitos no Brasil há algumas décadas, elas ainda constituem desafio importante a ser superado pelos profissionais de saúde, pois a atenção primária à saúde associa-

se à melhoria nos indicadores de processo (tomada de decisões baseadas em evidências, em prescrições medicamentosas, solicitação de exames complementares e outras avaliações) ou de resultados intermediários (melhoria do controle pressórico, lipídico e glicêmico, diminuição de consultas com especialistas focais e idas à emergência). Além disso, a atuação eficaz do nível primário da assistência desencadeia maior satisfação nos pacientes e tendência de redução dos custos em saúde (BATISTA et al., 2012).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados deste estudo evidenciaram que aproximadamente 45% dos indivíduos com hipertensão acompanhados pela Atenção Primária à saúde no município de Maringá apresentaram inadequado controle dos níveis tensionais, o que reforça a importância de a equipe de saúde, em especial o enfermeiro, buscar o efetivo controle pressórico dos pacientes, a partir da consulta de enfermagem e da criação de um espaço para trocas de experiências e vivências em grupo, pois estas estratégias estimulam a inserção dos indivíduos na elaboração de seus planos de cuidado, convergindo-os para a adesão ao tratamento e gerando impacto positivo em sua saúde física, mental e emocional.

Características como idade avançada, não adesão à farmacoterapia, falta às consultas médicas apazadas e prescrição de maior número de medicações merecem atenção especial dos profissionais de saúde que trabalham com a população hipertensa, já que tais características apresentaram-se estatisticamente associadas ao inadequado controle pressórico e são passíveis de atuação conjunta da equipe multiprofissional de saúde, por meio de melhoria na adesão ao tratamento, com a simplificação das prescrições e a inclusão do indivíduo e sua família na elaboração e manejo diário da terapêutica.

Foi também evidenciado que as hospitalizações por motivos relacionados à HAS foram significativamente mais frequentes entre os hipertensos não controlados, o que demonstra que quando a equipe de saúde da ESF não consegue acompanhar e/ou sensibilizar a população hipertensa de sua área de abrangência, esta fica mais exposta aos riscos da internação, o que gera impactos danosos para o indivíduo, sua família e o sistema de saúde.

Como limitações do estudo pode-se referir a grande variabilidade de métodos utilizados nos diferentes trabalhos para a identificação do inadequado controle pressórico, o que diminui a comparabilidade dos resultados encontrados. Além do mais, a não inclusão de variáveis que representem a adesão/não adesão ao tratamento não farmacológico neste estudo pode ter reduzido o número de fatores associados com o desfecho de interesse. Apesar disso, os resultados encontrados podem direcionar a assistência de enfermagem na Atenção primária aos pacientes com condições crônicas de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm)>. Acesso em: 30 jun. 2012.
- ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 368-374, 2007.
- BATISTA, S. R. R. et al. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, p. 34-42, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. DATASUS; 2012. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 15 ago. 2012.
- CARVALHO, B. G. et al. Doenças cardiovasculares antes e após o programa saúde da família, Londrina, Paraná. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93, n. 6, p. 645-50, 2009.
- BUBACH, S.; OLIVEIRA, E. R. A. Associação entre o controle da pressão arterial e o estado nutricional em hipertensos. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 415-419, 2011.
- FARIAS, S. L. et al. Relação entre controle e tratamento medicamentoso de pacientes atendidos pelo programa de hipertensão arterial em uma unidade primária do rio de janeiro. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, Juiz de Fora, v. 14, n. 4, p. 447-453, 2011.
- GUSMÃO, J. L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.
- KAPLAN, N. M.; OPIE, L. H. Controversies in hypertension. **Lancet**, London, v. 367, no. 9505, p. 168-176, 2006.
- KROUSEL-WOOD, M. A. et al. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the Cohort Study of

Medication Adherence Among Older Adults. **Medical Clinics of North American**, Maryland Heights, v. 93, p. 753-769, 2009.

MELCHIORS, A. C. **Hipertensão arterial**: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida. 2008. 156 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas)–Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

MOURA, D. J. M. et al. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 4, p. 759-765, 2011.

NEVES, M. F.; KASAL, D. A. B. O que dizem as diretrizes brasileira, americana, européia e canadense em relação às metas? **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 178-181, 2010.

NONNENMACHER, C. L.; WEILLER, T. H.; OLIVEIRA, S. G. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 248-255, 2011.

PEREIRA, M. R. et al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2363-2374, 2007.

PRADO, J. C.; KUPEK, E.; MION, D. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensive. **Journal Human Hypertension**, Houndmills, v. 21, p. 579-584, 2007.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não adesão ao tratamento com medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 764-767, 2008.

SERAFIM, T. S.; JESUS, E. S.; PIERIN, A. M. G. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 658-664, 2010.

SIMPSON, S. H. et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. **British Medical Journal**, London, v. 333, no. 7557, p.15-19, 2006.

SOUZA, W. K. S. B. et al. Automedida da pressão arterial para o controle das cifras tensionais e para a adesão ao tratamento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 98, n. 2, p. 167-174, 2012.

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

## 6.4 Artigo 04

### HOSPITALIZAÇÃO POR AGRAVOS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

HOSPITALIZATION OF COMPLICATIONS WITH HYPERTENSION IN PATIENTS  
MONITORED BY PRIMARY CARE

HOSPITALIZACIÓN POR AGRAVIOS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN  
PACIENTES ACOMPAÑADOS POR LA ATENCIÓN BÁSICA

#### RESUMO

**Objetivo:** determinar a prevalência e os fatores associados à hospitalização em indivíduos com hipertensão arterial assistidos na atenção básica. **Métodos:** Estudo descritivo de corte transversal, realizado junto a 422 hipertensos de Maringá (PR). Os dados foram coletados durante os meses de dezembro de 2011 a março de 2012, por meio de visitas domiciliares, utilizando-se um questionário semi-estruturado. **Resultados:** A prevalência de hospitalização por agravos ou complicações da hipertensão foi de 12.08% (51 casos). A maioria ocorreu por crise hipertensiva ou pseudocrise hipertensiva (24 – 47.05%), sendo que homens, idosos, não aderentes à farmacoterapia e os que apresentavam inadequado controle pressórico e comorbidades tiveram maiores chances de serem hospitalizados. **Conclusão:** o (re)conhecimento deste perfil auxilia o enfermeiro na atuação junto a população hipertensa não aderente, subsidiando a elaboração de estratégias de intervenção mais eficazes e que estimulem a adoção de práticas de autocuidado, diminuindo por conseguinte o risco de hospitalização por agravos da doença.

**DESCRITORES:** Hipertensão; Hospitalização; Fatores de risco; Atenção primária à saúde; Enfermagem.

#### ABSTRACT

**Objective:** Determine the prevalence and factors associated with hospitalization in hypertensive individuals assisted by primary care. **Methods:** Study descriptive of cross-sectional realized with 422 hypertensive with Maringá (PR). Data were collected during the months of December 2011 and March 2012, through home visits using a semi-structured questionnaire. **Results:** The prevalence of hospitalization by complications of hypertension was 12.08% (51 cases). The most cases occurred due to a hypertensive or pseudo-hypertensive crisis (24 – 47.05%), with the greatest likelihood of being hospitalized coming from males, elderlies, those non-compliant with drug treatment, with inadequate blood pressure control and comorbidities. **Conclusion:** The (re)cognition this profile assists the nurse in acting with hypertensive individuals non-compliance, subsidizing the elaboration of more effective intervention strategies and to encourage the adoption of self-care practices, therefore reducing the risk of hospitalization for injuries of the disease.

**DESCRIPTORS:** Hypertension; Hospitalization; Risk factors; Primary health care; Nursing.

### RESUMEN

**Objetivo:** determinar la prevalencia y los factores asociados a la hospitalización en individuos con hipertensión arterial asistidos en la atención básica. **Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal, realizado junto a 422 hipertensos de Maringá (PR). Los datos fueron recolectados durante los meses de diciembre de 2011 a marzo de 2012, por medio de visitas domiciliarias utilizándose un cuestionario semiestructurado. **Resultados:** La prevalencia de hospitalización por agravios o complicaciones de la hipertensión fue de un 12.08% (51 casos). La mayoría ocurrió por crisis hipertensiva o pseudocrisis hipertensivas (24 – 47.05%), siendo que hombres, ancianos, no-adherentes a la farmacoterapia y los que presentaban inadecuado control de presión y comorbilidades tuvieron mayores probabilidades de ser hospitalizados. **Conclusión:** el (re)conocimiento de este perfil auxilia al enfermero en la actuación junto a la población hipertensa no-adherente, subvencionando la elaboración de estrategias de intervención más eficaces y que estimulen la adopción de prácticas de autocuidado, disminuyendo, por consiguiente, el riesgo de hospitalización por agravios de la enfermedad.

**DESCRIPTORES:** Hipertensión; Hospitalización; Factores de riesgo; Atención primaria de salud; Enfermería.

### INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença muito frequente na população adulta, sendo considerada como um dos mais importantes fatores de risco cardiovascular. Apesar dos notáveis avanços que têm ocorrido nas últimas décadas em seu tratamento, os índices de controle pressórico adequado ainda são considerados baixos em diversos países, inclusive no Brasil, sendo comum indivíduos com hipertensão procurarem por serviços de pronto-atendimento motivados por pressão arterial (PA) elevada, decorrente, em geral, de um controle ambulatorial inadequado (MONTEIRO-JUNIOR et al., 2008).

Sabe-se, contudo, que o controle da HAS não é tarefa fácil, uma vez que seu caráter crônico-incidioso contribui para a não adesão ao tratamento (JESUS et al., 2008). Nesta perspectiva, estimativas apontam que dois terços das pessoas regularmente acompanhadas em serviços básicos de saúde não mantêm a PA em níveis desejáveis (KROSEL-WOOD et al., 2009)<sup>(3)</sup>. Desses, cerca de 30% desenvolvem Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 70% Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), agravos que acarretam em (re)hospitalizações (LACERDA et al., 2010; BOING; BOING, 2007).

Sendo assim, cabe à equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), em especial ao enfermeiro, desenvolver ações que levem os indivíduos com HAS a aderir por tempo prolongado à terapêutica, mantendo assim a PA em níveis desejáveis, o que certamente diminui as hospitalizações, situação caracterizada como estressora para o indivíduo e sua família e onerosa para os cofres públicos. Diante da importância do tema para a saúde pública, delineou-se como objetivo do estudo determinar o grau de incidência e os fatores associados à hospitalização de indivíduos com HAS acompanhados na Atenção Primária

## **METODOLOGIA**

A pesquisa é descritiva de corte transversal e foi realizada junto a indivíduos com HAS tinham idade igual ou superior a 18 anos, estavam em tratamento medicamentoso havia no mínimo um ano e realizavam acompanhamento na Atenção Primária à Saúde em Maringá, Paraná, Brasil.

Por ocasião do estudo, 40.073 indivíduos com hipertensão estavam cadastrados nas 23 unidades básicas de saúde (UBS) localizadas na área urbana do município. O tamanho da amostra foi calculado com base na população de hipertensos cadastrados, considerando-se um percentual de 50% de indivíduos que viessem a apresentar fatores de risco aumentados para a hospitalização (não adesão à farmacoterapia e/ou inadequado controle pressórico), com um erro de estimativa de 5% e 95% de intervalo de confiança, com mais 10% para possíveis perdas, resultando em uma amostra de 422 indivíduos. Procedeu-se então à amostragem aleatória estratificada proporcionalmente a cada UBS.

Obteve-se da Secretaria Municipal de Saúde uma listagem, dividida por UBS, com os dados cadastrais dos hipertensos, todos os quais receberam uma numeração. Por meio de sorteio eletrônico foram determinados os indivíduos a serem entrevistados. Nos casos em que a pessoa sorteada não atendia aos critérios de inclusão ou se recusava a participar da pesquisa, automaticamente a próxima da lista era entrevistada, repetindo-se esta operação por até três vezes.

Após o levantamento dos endereços e telefones dos indivíduos sorteados, que ocorreu nas UBS, procedeu-se à coleta de dados, desenvolvida durante os meses de dezembro de 2011 a março de 2012, por meio de consulta a prontuários e da aplicação de um questionário semiestruturado, com questões

que contemplavam o perfil pessoal, socioeconômico e de acompanhamento à saúde dos indivíduos. Os questionários foram aplicados no domicílio.

Posteriormente, na análise dos dados, os entrevistados foram divididos em dois grupos, de acordo com a classificação dos valores pressóricos, a qual se baseou em diretrizes brasileiras e internacionais (NEVES; KASAL, 2010). Foram considerados como hipertensos não controlados os indivíduos que, segundo o prontuário, no intervalo máximo de um ano apresentaram, em três das cinco últimas aferições, valores de pressão arterial sistólica (PAS) superiores a 140mmHg e/ou de pressão arterial diastólica (PAD) superiores a 90mmHg.

Para mensurar a não adesão à farmacoterapia utilizou-se um instrumento de avaliação indireta, o Questionário de Não Adesão de Medicamentos da Equipe Qualiaids (QAM-Q), que foi desenvolvido para abordar o ato (se o indivíduo toma e o quanto toma de seus medicamentos), o processo (como ele toma o medicamento no período de sete dias), e o resultado da adesão (no caso, se a PA estava controlada) (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008). As respostas resultaram em uma medida composta, em que foram considerados aderentes só os indivíduos que relataram ter tomado de 80% a 120% das doses prescritas de modo adequado e cuja PA estava normal na última aferição (desfecho clínico).

As informações foram digitadas em uma planilha do Excel *for Windows* 2007® e posteriormente analisadas estatisticamente com o auxílio do *software Statistical Analysis System – SAS*®. Para verificar a associação das variáveis em estudo com o desfecho de interesse e medida de associação foi utilizado o teste não paramétrico *Qui-quadrado* de Pearson, com nível de significância  $p < 0,05$ , e calculado o Risco Relativo (RR).

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pelo Centro de Capacitação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer 631/2011).

## RESULTADOS

Dos 422 indivíduos, 51 (12.08%) referiram ter sido hospitalizados no último ano por agravos ou complicações da HAS, sendo os mais frequentes: crise

hipertensiva ou pseudocrise hipertensiva (24 – 47.05%), problemas cardiovasculares (23 – 45.10%) e cerebrovasculares (04 – 7.85%). As características associadas à hospitalização foram: sexo masculino, idade mais elevada, não adesão à farmacoterapia, inadequado controle pressórico, e presença de comorbidades (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos fatores associados à hospitalização de indivíduos com hipertensão arterial. Maringá (PR), 2012.

Características	Hospitalização				Total		p	RR** (IC***)
	Não		Sim		n	%		
	n	%	N	%				
<b>Sexo</b>								
Feminino	228	54.02	23	5.46	251	59.48	0.03*	1,7 (1,07 – 2,98)
Masculino	143	33.88	28	6.64	171	40.52		
<b>Idade</b>								
< 60 anos	143	34.12	11	2.64	154	36.76	0.03*	2,0 (1,05 – 3,64)
≥ 60 anos	228	54.41	37	8.83	265	63.24		
<b>Adesão</b>								
Sim	223	52.85	19	4.50	242	57.35	0.00*	2,2 (1,33 – 3,76)
Não	148	35.07	32	7.58	180	42.65		
<b>PA controlada</b>								
Sim	204	52.05	12	3.06	216	55.11	0.00*	3,4 (1,92 – 5,87)
Não	140	35.71	36	9.18	176	44.89		
<b>Co-morbidades</b>								
Sim	218	51.65	40	9.49	258	61.14	0.00*	2,3 (1,26 – 4,24)
Não	153	36.25	11	2.88	164	38.86		

\*p-valor significativo para o teste de *Qui-quadrado* de Pearson; \*\*RR: Risco Relativo; \*\*\*IC: Intervalo de confiança.

## DISCUSSÃO

A proporção de indivíduos que necessitou de hospitalização por problemas decorrentes da HAS no último ano (12.08%), foi bem menor que o encontrado em outros estudos. Em Blumenau (SC), por exemplo, de 595 indivíduos, 31,4% foram hospitalizados no ano que antecedeu a entrevista, porém não foi possível saber a causa da internação (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010a). Já em Caxias (MA) de 40 hipertensos estudados 37,5% referiram hospitalização decorrente do descontrole pressórico e agravos da doença, contudo não foi especificado o período levado em consideração (MOUSINHO; MOURA, 2008).

Sendo assim, o pequeno percentual de internação pode decorrer da maior especificidade considerada neste estudo, incluindo-se período e causa da hospitalização. No entanto, outros fatores podem ter influenciado no resultado,

como por exemplo, a utilização do relato do entrevistado como fonte primária de informação, o qual é passível de viés de esquecimento. Menores taxas de internação podem indicar indiretamente que o diagnóstico precoce, o tratamento e a educação para a saúde, englobando o controle e a prevenção da HAS, tem impactado positivamente na redução da morbidade e dos agravos da doença, no município.

Em relação aos fatores associados ao desfecho de interesse observou-se que os idosos foram significativamente mais hospitalizados por agravos da doença, tal situação decorre, além deles terem constituído a maior parcela de pessoas entrevistadas, do fato de disporem de mais tempo para aguardar por atendimento de saúde e reconhecerem mais prontamente a necessidade de assistência hospitalar (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010a). No entanto, estudos asseveram que as crises hipertensivas, deixaram de ser doenças da 'velhice' e vem acometendo cada vez mais adultos jovens, situação que contribui para o desenvolvimento de complicações cerebrovasculares na terceira idade (LACERDA et al., 2010).

Já no caso dos homens o risco aumentado para a hospitalização observado neste estudo pode advir do fato de historicamente possuírem menor conhecimento sobre a doença e seu tratamento, o que propicia seguimentos desviantes da terapêutica proposta e, por conseguinte, maior tendência à hospitalização, enquanto as mulheres procuram primeiramente e por mais vezes os serviços básicos de saúde (DOURADO et al., 2011).

A questão da adesão ao tratamento merece particular destaque. O controle dos níveis tensionais é fundamental para o correto monitoramento da HAS, principalmente quando há um cofator que potencializa a gravidade da doença. Pessoas hipertensas quando seguem rigorosamente um tratamento farmacológico adequado, reduzem significativamente a morbimortalidade por doenças cerebrovasculares, proporcionando aumento da expectativa e da qualidade de vida (BUBACH; OLIVEIRA, 2011).

Nesta perspectiva, estudo realizado com 100 pacientes em pronto socorro e 100 em ambulatório de um hospital universitário de São Paulo (SP), comprovou que a não adesão à farmacoterapia foi mais frequente entre os pacientes do setor emergencial (35,0% contra 19,0%), ratificando que a menor adesão ao tratamento

medicamentoso culmina com a maior procura pelos serviços de emergência (SANCHEZ; PIERIN; MION-JUNIOR, 2004).

Neste estudo 61.14% dos entrevistados referiram possuir outras doenças crônicas, sendo que tal situação tem sido apontada como interferente na hospitalização de indivíduos com HAS (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010a)<sup>(8)</sup>. Desta forma, estudo realizado em Blumenau (SC) com 595 hipertensos atendidos pela atenção primária verificou que níveis pressóricos elevados estiveram associados, entre outros fatores, a presença de comorbidades, o que contribuiu sobremaneira para a necessidade de hospitalização (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010a).

No entanto, mesmo havendo concomitância de doenças crônicas, vale ressaltar que o desempenho dos serviços básicos de saúde e dos profissionais que nele atuam podem reduzir significativamente as taxas de hospitalização e óbitos por agravos e complicações das doenças (NONNENMACER; WEILLER; OLIVEIRA, 2011). Nesta perspectiva, a atuação profissional do enfermeiro da ESF pode auxiliar na diminuição de índices gerais de morbimortalidade, especialmente se ele estiver apto e estimulado a trabalhar com a população hipertensa e sensibilizá-la quanto aos danos que decorrem do não controle pressórico.

Estudo realizado em Londrina (PR) com dados secundários acerca da hospitalização e mortalidade por doenças cardíacas e cerebrovasculares antes e após a implantação da ESF, evidenciou que apesar do aumento nas internações em torno de 10%, houve redução das taxas de mortalidade por estas causas, significativa principalmente entre os idosos e as mulheres, inferindo-se que a atenção prestada pela Saúde da Família tem contribuído para a redução dos coeficientes de mortalidade nestes segmentos populacionais (CARVALHO et al., 2009).

Por outro lado, os serviços de saúde nem sempre estão estruturados para o atendimento resolutivo das necessidades, nos diversos espaços dos cuidados progressivos de saúde. Deste modo, a reestruturação dos serviços de atenção primária à saúde, no que tange as atividades de grupo e a dispensação de medicamentos, por exemplo, contribuiria substancialmente para a redução da não adesão ao tratamento (DINIZ; TAVARES; RODRIGUES, 2009).

Por fim, é importante lembrar que o conhecimento acerca dos cuidados de enfermagem direcionados aos indivíduos com HAS é amplamente difundido. Todavia, o desenvolvimento e a implementação de estratégias de promoção da saúde voltadas a esta população são insuficientes. Neste âmbito de atuação, o enfermeiro tem papel primordial, pois diante da epidemiologia crescente da doença intervenções voltadas para a promoção da saúde parecem contribuir para o controle da doença, prevenindo complicações e melhorando a qualidade de vida da pessoa e de sua família (GUEDES et al., 2012).

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram um pequeno índice de hospitalização de indivíduos com HAS, no entanto características importantes, como sexo masculino, idade mais avançada, não adesão à farmacoterapia, descontrole dos níveis tensionais e presença de comorbidades mostraram-se significativamente associadas.

Assim, (re)conhecendo este perfil, a equipe de saúde pode traçar estratégias de intervenção mais eficazes, de acordo com as necessidades dos indivíduos, levando-os primeiramente a aderir ao tratamento, para depois melhorarem as taxas de controle pressórico e diminuir a hospitalização por agravos da doença.

## REFERÊNCIAS

- BOING, A. C.; BOING, A. F.; Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 84-88, 2007.
- BUBACH, S.; OLIVEIRA, E. R. A. Associação entre o controle da pressão arterial e o estado nutricional em hipertensos. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 415-419, 2011.
- CARVALHO, B. G. et al. Doenças cardiovasculares antes e após o programa saúde da família, Londrina, Paraná. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93, n. 6, p. 645-50, 2009.
- DINIZ, M. A.; TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, L. R. Características sócio-demográficas e de saúde entre idosos com hipertensão arterial. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 4, p. 607-14, 2009.

DOURADO, C. S. et al. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum Health Science**, Maringá, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011.

GUEDES, N. G. et al. Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 151-156, 2012.

JESUS, E. S. et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 59-65, 2008.

KROUSEL-WOOD, M. A. et al. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the Cohort Study of Medication Adherence Among Older Adults. **Medical Clinics of North American**, Maryland Heights, v. 93, p. 753-769, 2009.

LACERDA, I. C. et al. Características da clientela atendida por crise hipertensiva na emergência de um hospital municipal de Fortaleza, Estado do Ceará. **Acta Scientiarum Health Science**, Maringá, v. 32, n. 1, p. 73-78, 2010.

MONTEIRO-JUNIOR, F. C. et al. Prevalência de verdadeiras crises hipertensivas e adequação da conduta médica em pacientes atendidos em um pronto-socorro geral com pressão arterial elevada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 90, n. 4, p. 269-273, 2008.

MOUSINHO, P. L. M.; MOURA, M. E. S. Hipertensão arterial: fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão ao tratamento medicamentoso. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n. 25, p. 212-216, 2008.

NEVES, M. F.; KASAL, D. A. B. O que dizem as diretrizes brasileira, americana, européia e canadense em relação às metas? **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 178-181, 2010.

NONNENMACHER, C. L.; WEILLER, T. H.; OLIVEIRA, S. G. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 248-255, 2011.

SANCHEZ, C. G.; PIERIN, A. M. G.; MION-JUNIOR, D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em pronto-socorro e em tratamento ambulatorial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 90-98, 2004.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 764-767, 2008.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010b

## 6.5 Artigo 05

### **PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA COMPLEXA REDE DE APOIO**

FAMILY PARTICIPATION IN THE TREATMENT OF HYPERTENSION: A  
COMPLEX SUPPORT NETWORK

PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL: UNA COMPLEJA RED DE APOYO

#### **RESUMO**

O objetivo do estudo foi compreender como pessoas com hipertensão arterial percebem a influência da família na adesão/não adesão ao tratamento. Pesquisa descritiva de natureza qualitativa realizada em Maringá (PR). Os dados foram coletados no domicílio de 18 indivíduos, por meio de entrevista aberta, durante os meses de janeiro e fevereiro de 2012. Os depoimentos foram submetidos à análise de conteúdo do tipo temática. Com os achados apreendeu-se que a família foi descrita como agente facilitador da adesão ao tratamento e incentivadora da adoção de práticas de autocuidado e quando tal situação não ocorria era porque, os indivíduos se sentiam responsáveis pelo controle da doença. Observou-se ainda que a vivência de situações estressoras reduzia a prática do autocuidado e que muitos participantes não recebiam apoio familiar na proporção desejada. Conclui-se que os participantes deste estudo carecem de apoio familiar para o tratamento da hipertensão arterial.

**DESCRITORES:** Hipertensão; Relações familiares; Terapêutica; Rede social; Enfermagem.

#### **ABSTRACT**

The objective of the study was to understand how people with hypertension perceive the influence of family on treatment compliance/non-compliance. It was a descriptive, cross-sectional study, carried out in Maringá (PR), Brazil. Data were collected at the home of 18 individuals, though open interviews conducted during the months of January and February 2012. The statements were subjected to thematic content analysis. With the findings, it was established that the family was described as a facilitator of treatment compliance and motivator of self-care practices, and when this situation did not occur it was because the individuals felt responsible for controlling their own illness. It was further observed that experiencing stressful situations reduced self-care practices, and that several participants did not receive family support at the desired level. Nursing teams must include the family in intervention strategies monitoring hypertensive individuals, by regarding it as a care unit.

**DESCRIPTORS:** Hypertension; Family relations; Therapeutics; Social networking; Nursing.

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue comprender cómo personas con hipertensión perciben la influencia de la familia en la adhesión/no-adhesión al tratamiento. Investigación descriptiva de naturaleza cualitativa realizada en Maringá (PR). Los datos fueron recolectados en el domicilio de 18 individuos, por medio de entrevista abierta, durante los meses de enero y febrero de 2012. Los relatos fueron sometidos al análisis de contenido del tipo temático. Con los hallazgos se aprendió que la familia fue descrita como agente facilitador de la adhesión al tratamiento y estimuladora de la adopción de prácticas de autocuidado y cuando tal situación no ocurría era porque los individuos se sentían responsables por el control de la enfermedad. Se observó aun que la vivencia de situaciones estresoras reducía la práctica del autocuidado y que muchos participantes no recibían apoyo familiar en la proporción deseada. El equipo de enfermería debe incluir la familia en las estrategias de intervención en el acompañamiento al individuo con hipertensión, considerándola como unidad de cuidado.

**DESCRIPTORES:** Hipertensión; Relaciones familiares; Terapéutica; Red social; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Ultimamente o tema família vem sendo discutido em diversas áreas e contextos sociais. No setor saúde não tem sido diferente, e o trabalho com a família se tornou uma das estratégias de intervenção mais discutidas e significativamente estudadas no meio científico-acadêmico (LOPES; MARCON, 2009).

Em decorrência das transformações na incidência das doenças e nas principais causas de morte, atualmente as famílias brasileiras convivem cada vez mais com, no mínimo, um de seus membros em condição de cronicidade de uma doença e com os agravos que a acompanham (MARTINS et al., 2007).

Entre as doenças crônicas (DC) destaca-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), uma patologia de natureza multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA), que são considerados como os principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais e de doenças cardíacas e cerebrovasculares, representando altos custos médicos e socioeconômicos (MIRANZI et al., 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Com a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), cada vez mais os indivíduos com hipertensão arterial tem sido alvo de atividades de promoção da saúde, entretanto um dos principais problemas que os profissionais de saúde da atenção básica vivenciam no trabalho com os indivíduos com hipertensão é a não adesão à terapêutica anti-hipertensiva. A família possui papel primordial na conduta de adesão ao tratamento, pois apoia seus membros em situação de doença, compreende as modificações relacionadas à condição crônica, torna-se permeável aos ajustamentos necessários e constitui suporte ao seu familiar doente, facilitando a adesão à terapêutica, recuperação e/ou melhora da saúde (MOREIRA; ARAÚJO; PAGLIUCA, 2001; SARAIVA et al., 2007a).

O contexto familiar estruturado é apontado como significativamente associado ao comportamento de autocuidado na DC, por exercer um importante papel em todo o processo de relação do indivíduo com a sua doença, seu tratamento e a adaptação a um novo estilo de vida (SARAIVA et al., 2007a; BRITO, 2009)<sup>(6-7)</sup>. Por isso, o domicílio é visto hoje como um espaço onde pessoas com DC podem ter boa qualidade de vida e manter a estabilidade da doença, por meio da compreensão e do auxílio dos familiares na manutenção de um estilo de vida saudável (SILVEIRA et al., 2009).

Nesta perspectiva, os enfermeiros da ESF necessitam estar sensibilizados e instrumentalizados para atuar com as famílias que possuam um de seus membros com DC, pois uma prática profissional avançada baseia-se no modo como o profissional pensa, na linguagem que ele utiliza, nas questões que formula e nos relacionamentos que valoriza. O enfermeiro deve, ainda, compartilhar a assistência, envolvendo os familiares no processo saúde-doença do paciente crônico, ensinando-lhes os cuidados básicos imprescindíveis para se conviver com a doença no domicílio (ELSEN et al., 2009).

O levantamento de informações sobre o papel da família na adesão/não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da pessoa com hipertensão possibilita à equipe de enfermagem desenvolver estratégias de intervenção mais eficazes de inserção dos familiares no processo de assistência domiciliar. Assim, visando contribuir com a ampliação do conhecimento, o presente estudo teve por objetivo compreender como os indivíduos com

hipertensão percebem a influência da família na adesão/não adesão ao tratamento.

## **METODOLOGIA**

O estudo consiste de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa realizada junto a 18 sujeitos com hipertensão arterial em tratamento farmacológico há pelo menos um ano que estão cadastrados no Hiperdia no município de Maringá – Paraná – Brasil.

Este estudo faz parte de uma pesquisa quantitativa matricial, em que o contato com os entrevistados foi realizado a partir de uma lista fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde contendo o nome dos indivíduos com hipertensão cadastrados no Hiperdia do município. Durante a aplicação do instrumento estruturado sobre fatores possivelmente associados à não adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, os sujeitos que mencionaram a família - seja como facilitadora seja como dificultadora no processo de adesão ao tratamento - foram convidados a responder à seguinte questão norteadora: *Fale sobre o papel da sua família no seu tratamento.* A busca por informações aconteceu até o momento em que os dados começaram a se tornar repetitivos e os objetivos da pesquisa foram atingidos.

A coleta de dados ocorreu no domicílio dos pacientes, nos meses de janeiro e fevereiro de 2012, por meio de entrevistas abertas, que foram gravadas e depois transcritas na íntegra. Posteriormente foi realizada limpeza nas falas, retirando-se vícios de linguagem, mas sem alterar o conteúdo. Os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo, seguindo-se as etapas preestabelecidas. Estas incluem uma pré-análise com leituras flutuantes e intensivas, a exploração do material com a categorização e agrupamento conforme suas semelhanças e o tratamento dos dados, que se processou a partir da análise da comunicação objetiva e subjetiva desse material, utilizando-se procedimentos sistemáticos para compreender o conteúdo expresso nas falas dos sujeitos (BARDIN, 2008). Utilizou-se ainda um diário de campo, para que as percepções do entrevistador sobre a comunicação não verbal dos partícipes pudessem compor e enriquecer as análises.

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde (CNS) e o projeto foi aprovado pelo Centro de Capacitação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer 631/2011). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e estão identificados com a letra M os do sexo masculino e F os do feminino, seguida de um número arábico indicativo da ordem de realização da entrevista e de sua idade. Ex: (M01, 72 anos...).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os 18 indivíduos do estudo tinham idades entre 34 e 86 anos, com média de 60,1 anos, sendo metade de cada sexo, onze brancos, seis negros ou pardos e um da raça amarela. A maioria (13) não chegou a completar o Ensino Médio. O tempo de diagnóstico da HAS variou de um a 30 anos, com média de 11,9 anos. Em relação ao núcleo familiar de convivência, oito entrevistados residiam apenas com o cônjuge, sete moravam com o cônjuge e filhos e três residiam com a família extensa (filhos, noras e netos).

Da análise dos dados emergiram três categorias: “Minha família me ajuda muito!”, “A rede de apoio familiar”; “Não preciso de ajuda!”, “Autorresponsabilidade pelo cuidado”; e “A falta do apoio familiar”, composta por duas subcategorias: “Às vezes a família atrapalha”; e “Sinto falta de ajuda”.

### **‘Minha família me ajuda muito!’: A rede de apoio familiar**

Nesta categoria foi evidenciado que a família representa uma importante aliada no tratamento da HAS, sendo percebida por muitos como agente facilitador no processo de adesão ao tratamento e como incentivadora na adoção de práticas de autocuidado, por exemplo, na realização de exercícios físicos e no uso de uma alimentação apropriada, além de acompanhá-los em seu itinerário terapêutico.

Nas falas a seguir podem-se observar diversas formas de cuidado familiar dispensado à pessoa com hipertensão:

*[...] Nossa, me faltam palavras, minha família me ajuda muito no meu tratamento! Eles me lembram dos remédios, fazem de tudo para às vezes não faltar a alimentação boa para mim [...] em tudo que eles podem, eles me ajudam [...] A família é importante no tratamento, principalmente pelo apoio que eles dão para a gente. Esse apoio vem em primeiro lugar! (F11, 71 anos).  
Meu marido me ajuda muito a lembrar das coisas, por exemplo, de tomar o remédio na hora certa e de ir à reunião do grupo de hipertensos que tem no posto (F10, 62 anos).*

Alguns participantes revelaram que a família pode representar um facilitador da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, ao participar continuamente das atividades que o envolve.

*A minha esposa me ajuda muito, ela me acompanha para medir a pressão, em consulta médica e internamento (M07, 71 anos).*

*[...] Minha filha e minha esposa me ajudam, dão conselho, elas vão e marcam consulta, medem minha pressão e com isso eu tenho mais cuidado comigo mesmo (M01, 72 anos).*

A maioria das pessoas em situação de cronicidade de doença percebe a família como a principal fonte de apoio e segurança, permitindo troca de amor, afeto, respeito e valor, sendo que a organização familiar e suas interações influenciam diretamente no sucesso do tratamento das DC, em especial da HAS (COSTA; NOGUEIRA, 2008).

De modo mais específico, a forma de apoio relatada com maior frequência pelos entrevistados foi a que se relacionava com a continuidade do tratamento não farmacológico, como por exemplo, o incentivo à realização de exercícios físicos.

*Até fazer caminhada ele [esposo] me lembra e diz: 'Você não vai fazer a caminhadinha hoje não?' porque ele vai trabalhar e eu já aproveito para acompanhar. Nessa parte eu acho muito importante o apoio que ele me dá, às vezes eu não quero ir, porque estou cansada e ele insiste para eu levantar e ir à ginástica (F10, 62 anos).*

Os indivíduos em estudo demonstraram que o apoio familiar na realização dos exercícios físicos se mostra imprescindível, pois se sentiam estimulados a manter um dos pilares do tratamento anti-hipertensivo, que é a modificação no

estilo de vida. Por outro lado, a falta de incentivo e apoio foi preponderante para que um entrevistado deixasse de realizar os exercícios físicos após o falecimento de sua esposa, mesmo conhecendo os benefícios desta prática para sua saúde.

*Minha esposa me ajudava, fazia a comida mais insossa, e o doutor falava para nós que caminhar era um remédio bom e barato e sempre eu caminhava com ela de manhã cedo, mas agora parei [...] [em silêncio, desviou o olhar e emocionou-se] (M08, 86 anos).*

A morte de familiares pode gerar no doente crônico sentimentos de perda e sofrimento, contribuindo sobremaneira para o descuido com sua saúde. É mister, que a rede social de apoio, em circunstâncias comuns, dispense cuidados ao sujeito com hipertensão, porém em momentos estressores, tensos e tristes, como a perda de um familiar, é necessário, maior compreensão e ajuda, buscando-se combater os medos e o isolamento por parte do doente (COSTA; NOGUEIRA, 2008).

Outra alteração na rotina familiar percebida como valiosa pelos indivíduos com hipertensão é a modificação no padrão alimentar de outros membros familiares:

*Pelo fato de eu ter pressão alta e ela (esposa) não, ela acaba cozinhando com menos sal, mesmo não precisando, ela participa da minha alimentação (M07, 71 anos).*

*É a minha esposa que cozinha aqui em casa e ela tem a pressão até meio baixa, mas ela faz a comida bem insossa, mesmo ela e minha filha não precisando, e com isso eu me sinto valorizado, porque vejo que minha família inteira me ajuda (M01, 72 anos).*

Estes relatos mostraram a importância de os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, trabalharem com as famílias, pois, pelo fato de estas famílias terem compreendido a importância e a necessidade da atuação sobre os fatores de risco modificáveis no tratamento de DC, como o combate à alimentação inadequada, à inatividade física e ao tabagismo, que diminui os níveis tensionais e os riscos de doenças cardiovasculares e renais (TRAVAGIN et al., 2010), elas puderam contribuir para a adesão ao tratamento de seus familiares.

Os achados desta pesquisa reforçam o que tem sido encontrado em outros estudos, ao identificar que as alterações mais comumente incorporadas pelos familiares, após o diagnóstico da HAS, incluem a adaptação e participação na realização de atividades como cuidar do tratamento medicamentoso do familiar, adaptação na rotina alimentar e na prática de exercícios físicos, e acompanhar o doente nas consultas médicas e nas atividades de grupo (LOPES; MARCON, 2009).

Por esta razão, o suporte familiar vem sendo apontado como significativamente associado ao comportamento de autocuidado nas DC e no controle dos fatores de risco hereditários da doença, contribuindo concretamente para o tratamento do indivíduo com hipertensão (SARAIVA et al., 2007; SANTOS et al., 2005). A mudança de hábito requer engajamento por parte de todos os envolvidos, ou seja, as pessoas com condição crônica de doença, seus familiares, e também aquelas pessoas de seu convívio mais próximo e os profissionais de saúde responsáveis, por exemplo, pelo processo de ensino-aprendizagem na promoção e manutenção da saúde.

No entanto, por vezes, a resistência da família em modificar os hábitos inadequados, que prejudicam a saúde não apenas do indivíduo com hipertensão, mas de todos os membros familiares, pode ser evidenciada no discurso:

*Aqui em casa só eu que tenho a pressão alta, e faço a comida mais insossa, mesmo eles não precisando [...] Na reunião que a gente vai, ali no postinho, aprendi que o sal em muita quantidade não faz bem, então eu cozinhando com menos sal e todo mundo comendo, a gente vai ter uma saúde melhor. [...] No começo eles reclamavam muito, mas agora já acostumaram e não reclamam mais (F06, 59 anos).*

Todas as famílias sofrem com as modificações impostas pelo diagnóstico de uma DC, porém dependendo do papel que o membro com HAS tem na família, estas mudanças ocorrem em maior ou menor intensidade, refletindo-se na rotina dos demais membros (LOPES; MARCON, 2009). Desta forma, os profissionais de saúde devem buscar pelo envolvimento familiar no tratamento da HAS, pois assim, a pessoa com hipertensão apreende como positiva a atenção dispensada pelos familiares e se sente cuidada e valorizada, por considerar a modificação na alimentação de toda a família, um auxílio no tratamento de sua doença.

É interessante observar que os cuidadores familiares, mesmo mostrando-se resistentes no princípio, também entendem que ao modificar hábitos e rotinas estão de certa forma, cuidando do familiar com HAS. Estudo realizado em Maringá (PR) com 14 familiares de indivíduos em diferentes estágios da HAS revelou que os entrevistados percebiam a participação da família como importante fator para o tratamento e controle da doença (LOPES; MARCON, 2009).

Para cuidar e participar do tratamento da pessoa com hipertensão arterial é preciso desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e bom trato por parte dos familiares, que ao participarem ativamente do cuidado, suprimem as demandas do tratamento e desempenham tarefas que controlam os fatores de risco desencadeadores do agravamento da doença, diminuindo as chances de seu aparecimento (SARAIVA et al., 2007b). Nesse aspecto os familiares dos participantes deste estudo mostraram-se cuidadores, uma vez que estimulavam a adesão dos hipertensos ao seu tratamento.

A mobilização da família e de pessoas próximas se mostrou preponderante na adesão ao tratamento e na realização de atividades de autocuidado por parte dos indivíduos com hipertensão.

*A minha família por enquanto tem me ajudado. Sempre tem um dos filhos cutucando: “Mãe a senhora tem que ir no médico, fazer exames, vamos ver como que está”. Ai começa a juntar, porque eu tenho sete filhos, um belisca de um lado, outro cutuca do outro e acabam me carregando para fazer esses exames, então de quatro a seis meses esses meninos não se esquecem de me levar para fazer todos os exames, faz exame da cabeça aos pés! (F13, 72 anos).*

O cuidado familiar dispensado aos indivíduos com hipertensão arterial, como o que foi apresentado na fala acima, e nas que veem a seguir, demonstra que eles se sentiam valorizados perante a família e as pessoas de seu convívio próximo, o que de certa forma tende a acarretar bons resultados diante do tratamento.

*A minha filha ficou dez dias aqui em casa, veio de São Paulo, deixou a vida dela, a família dela, só para me acompanhar (M08, 86 anos).*

*Mas, eu tenho filho, amigos, que também participam comigo, família excelente, que ajudam no que precisar, qualquer hora do dia ou da noite, estão sempre prontos para me atender. Então são pessoas que não são do meu sangue, mas, é família de amor, porque a pessoa que tem amor se compadece do outro, do sofrimento do próximo, do pobre e do enfermo, então quem tem amor não deixa o outro sofrer sozinho, ele sofre junto (M07, 71 anos).*

A rede social que envolve o indivíduo com hipertensão tem a função de incentivar atitudes pessoais que se associam positivamente ao monitoramento da saúde, como o compartilhamento de informações, auxílio em momentos de crise e cuidados com a saúde em geral. Dessa forma, os participantes deste estudo parecem vivenciar esta situação, que é muito favorável por que a presença da família junto ao doente lhe transmite tranquilidade, força e coragem, o que o faz sentir-se seguro e amparado no convívio com a doença (COSTA; NOGUEIRA, 2008).

Pesquisa realizada em um hospital universitário do Sul do país com sete pessoas com hipertensão revelou que elas entendiam o cuidado como a presença do outro, e a disponibilidade dos familiares em estar presente no ambiente hospitalar (COSTA; LAVES; LUNARDI, 2006). O cuidado familiar (com o apoio do sistema de saúde), associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples é capaz de prevenir ou retardar o aparecimento de complicações crônicas da HAS e a ocorrência desta doença em outros membros da família (PAIVA; BERSUDA; ESCUDER, 2006).

Por isso, principalmente na atenção primária à saúde, o enfermeiro deve elaborar estratégias de intervenção que envolva a família no cuidado, transmitindo a ela a co-responsabilidade e a co-participação nas tomadas de decisão perante o tratamento, para que assim ela seja parte integrante da assistência de seu membro com hipertensão arterial.

O apoio familiar também mostrou-se importante durante o início da doença, por facilitar a adesão da pessoa com hipertensão arterial ao tratamento medicamentoso, como demonstra o relato a seguir:

*No começo eu tive muita dificuldade para me acostumar com os remédios e era minha mulher que me ajudava a lembrar, às vezes*

*até trazia para mim a água e o remédio, mas agora já tomo tudo certinho, virou um vício, virou rotina (M03, 59 anos).*

O controle da PA reduz significativamente o risco de complicações cardiovasculares. No entanto, um dos maiores desafios no combate à HAS se refere à adesão ao tratamento (COSTA; NOGUEIRA, 2008). Nesta pesquisa foi observado que a família pode representar uma grande aliada dos serviços de saúde, facilitando a adesão à terapêutica anti-hipertensiva, por ser vista pelo indivíduo como fonte de segurança e apoio.

### **Auto-responsabilidade pelo cuidado: 'Não preciso de ajuda'**

Nesta categoria observou-se que, para alguns entrevistados a família não representou um facilitador da adesão ao tratamento.

*A família não tem um papel importante nessa parte de tratamento, porque para mim, enquanto eu estiver me movimentando, andando, pegando, trabalhando e lúcido não vai ter problema. Não preciso de ajuda, eu resolvo tudo sozinho! (M15, 62 anos).*

*O meu marido sai cedo para trabalhar e volta bem tarde, então sou eu quem tenho que me lembrar de tomar os remédios (F17, 57 anos).*

*Eu viajo muito e sou apenas eu para lembrar dos remédios, às vezes passo duas ou três semanas fora de casa, se eu não lembrar quem é que vai lembrar por mim? (M04, 36 anos).*

Para estes entrevistados a família não representou uma fonte de apoio na terapêutica, ou seja, um facilitador da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, pois eles entendiam que o controle da doença dependia de suas próprias atitudes e comportamentos - talvez pelo fato de acreditarem que a doença era sua, portanto, de sua responsabilidade, não cabendo aos familiares a preocupação com o seu tratamento. Não obstante, a incorporação da família no cuidado aos indivíduos com HAS tem sido descrita como muito importante e capaz de aumentar as possibilidades de controle da PA e da prevenção de complicações, pois a família, além de uma unidade integrante da sociedade, é capaz de promover a saúde de seus membros. Sendo assim, em situação de doença é a responsável pela continuidade do cuidado até a completa

recuperação, e quando esta não é possível, pela convivência com as sequelas da condição crônica (ELSEN, 2004).

Para um entrevistado, o afastamento da família após o diagnóstico da HAS e *Diabetes Mellitus* (DM) ocorreu por seu comportamento de isolamento, agressividade e negação da doença, o que acarretou em pouca ajuda recebida dos familiares, dificultando a adesão ao tratamento.

*Eu não gosto que divulguem minha doença, porque aí querem ficar colocando o dedo na ferida e não adianta [...] Então eu falo para a minha família que não precisa ficar falando para ninguém que estou diabético, que eu estou hipertenso. O médico e eu temos que saber, mais ninguém [...] Eu levo uma vida super normal, se eu estiver com vontade de comer azeitona e beber cerveja, eu como e bebo, sem o menor problema (M15, 62 anos).*

A partir do relato de M15 pode se inferir que o paciente, que além de HAS possui DM, não se percebe como doente crônico. O fato de utilizar o tempo verbal *estou* (passageiro) ao invés do tempo verbal *sou* (definitivo) demonstra a negação das DC como parte integrante de sua vida, levando-o a seguir um estilo de vida inadequado, o que pode favorecer o surgimento, a médio e longo prazo, das complicações da HAS e do DM.

A dificuldade na adesão e o desinteresse pelo tratamento aumentam quando não há o envolvimento da família no cuidado diário com o doente. Porém, o indivíduo que se encontra em situação de cronicidade de uma doença, deve requerer ou no mínimo aceitar a participação familiar no seu regime terapêutico, caso contrário o relacionamento interpessoal entre os membros familiares se torna conflituoso, ocorrendo tendência maior da pessoa com hipertensão negligenciar seu tratamento (COSTA; NOGUEIRA, 2008), conforme se observa no relato de M15.

Por outro lado, pode-se verificar que alguns entrevistados que referiram não necessitar do apoio familiar, possuíam medo das consequências de não realizarem o tratamento anti-hipertensivo e de se tornarem dependentes de cuidados. Nestas situações eles acreditavam que a ajuda da família seria indispensável.

*Com a medicação eu não tenho problemas, eu sou lúcida e ativa, então posso me virar sozinha, não sei daqui uns anos se vou precisar de ajuda, porque a pressão pode trazer problemas (F02, 59anos).*

*A família não tem um papel importante nessa parte de tratamento [...] A não ser que eu tenha um derrame e fique com sequelas, aí vai ter um papel importantíssimo, de dar banho [...] até trazer água (M04, 36 anos).*

Diante destas falas apreende-se uma visão limitada dos entrevistados em relação ao apoio familiar no tratamento das doenças crônicas, pois estes acreditavam que a família somente seria importante diante de um quadro de dependência.

Sendo assim, um estudo qualitativo baseado no discurso do sujeito coletivo, realizado em Várzea Grande (MT) com sete indivíduos com hipertensão, demonstrou que o receio de sofrer com as complicações decorrentes da HAS como, por exemplo, acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio foram enfatizados pelos entrevistados, o que de certa maneira estimulava o uso das medicações de modo a preveni-las, evidenciando o conhecimento sobre as alterações acarretadas pela doença enquanto condição crônica (ZAGUI et al., 2011).

Estudo realizado em Fortaleza (CE) com 13 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF), que avaliou a forma como a consulta de enfermagem era realizada aos pacientes com hipertensão, demonstrou que os entrevistados consideravam imprescindível a presença familiar no acompanhamento à pessoa com HAS, pois asseveravam que esta atitude encorajava a aderência ao tratamento. Referiram ainda, que as modificações no estilo de vida do paciente necessitam de intensa participação da família, por requererem alterações de fatores que repercutirão no sistema familiar como um todo (FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008).

Desta maneira, é preciso que os profissionais de saúde atuem junto aos indivíduos que se julgaram autossuficientes diante do tratamento, explicando-lhes quanto a participação familiar pode auxiliá-los a vivenciar de maneira menos dolorosa a terapêutica e os percalços da doença. É necessário também que os profissionais estimulem a participação familiar no tratamento dos indivíduos com

hipertensão arterial e os assistam de maneira holística, como seres humanos que integram uma família e um contexto social, têm compromissos e projetos de vida e se veem acometidos por uma DC. É importante conhecer o significado da doença para o indivíduo e encontrar alternativas que favoreçam sua adaptação e a de sua família à nova realidade.

### **A falta do apoio familiar**

Nesta categoria, composta por duas subcategorias, verificou-se que alguns entrevistados não recebiam apoio familiar na medida desejada, no entanto esta ausência não decorria de suas atitudes de negação da doença ou de seu afastamento da família, mas devia-se a seu comportamento de agressividade ou à falta de conhecimento do familiar.

#### **‘Às vezes a família atrapalha’**

A vivência de situações estressoras e a preocupação com familiares se caracterizam como agravantes para o descontrole pressórico, pois são fontes constantes de ansiedade e estresse para os indivíduos com hipertensão.

*Às vezes, a família, eu acho que atrapalha, porque quem tem muita família acaba passando nervoso, se chateando. Meu marido é bravo, é ruim, [...] eu poderia muito bem controlar melhor a minha pressão se ele não me chateasse tanto, mas por causa de desentendimentos com os filhos, ele descarrega tudo em cima de mim (F16, 61 anos).*

*A minha família não tem muita importância no meu tratamento, [...] a única coisa que eles podem fazer é tentar me deixar mais tranquilo, mas nem isso eles estão fazendo ultimamente (risos) (M18, 53 anos).*

Nas falas apresentadas foi possível observar que os indivíduos entrevistados vivenciavam situações estressoras no seio familiar. A literatura aponta que experienciar repetidas vezes, situações estressoras no contexto domiciliar podem levar as pessoas com hipertensão arterial a uma redução no autocuidado, descontrole da doença e ao agravamento do seu estado de saúde (COSTA; NOGUEIRA, 2008)<sup>(11)</sup>, necessitando a equipe multiprofissional estar atenta à sua recorrência, com vistas à atuação o mais precoce possível.

Estudo realizado em Teresina (PI) com 21 sujeitos com hipertensão revelou que a organização familiar e suas interações influenciam diretamente no sucesso do tratamento da doença (COSTA; NOGUEIRA, 2008)<sup>(11)</sup>, fato este que também pode ser observado no presente estudo, uma vez que as relações familiares conflituosas foram descritas como dificultadoras do controle pressórico.

#### ‘Sinto falta de ajuda’

O não seguimento de uma alimentação adequada por toda a família foi relatado por alguns entrevistados, como uma situação dificultadora na adesão ao tratamento não farmacológico da HAS.

*Quando eu faço a comida com pouco sal, meu marido reclama que a comida está insossa, aí eu falo se quiser mais sal, coloca mais sal, só que essa situação me aborrece, porque ele sabe que não cozinho sem sal porque eu quero (F17, 57 anos).*

A fala de F17 deixa clara uma situação, onde a falta do apoio familiar na adaptação da alimentação, leva a mesma a sentir-se deprimida, o que pode favorecer a não adesão ao tratamento. Sendo assim, a HAS destaca-se no contexto familiar, como uma experiência de difícil adaptação, pois seu controle requer mudanças de comportamento que vão desde os hábitos alimentares, até o estilo de vida não só da pessoa hipertensa, como de toda a família (saraiva et al., 2007a). Quando não há compreensão e envolvimento de todos os familiares, o convívio com a doença e o seguimento do regime terapêutico tornam-se mais difíceis.

Para uma entrevistada, a família possui importância no tratamento das pessoas com HAS, no entanto por falta de conhecimento de seus familiares, a mesma não recebe apoio em seu itinerário terapêutico:

*Minha família não me ajuda, porque eles acham que é frescura, meu esposo não entende que é uma doença. Eu falo que não posso passar nervoso, porque se não, a pressão sobe e ele não dá muita ênfase. Ele não me ajuda a comprar o remédio, não me ajuda a lembrar de tomar a medicação, nem me acompanha nas consultas (F05, 34 anos).*

Em decorrência da falta de conhecimentos do familiar acerca da doença, seus sintomas e a forma de tratamento, a entrevistada apresenta dificuldades em seguir seu regime terapêutico:

*Na minha casa eu e ele (esposo) cozinhamos. Eu faço a comida bem sem sal, mas quando ele cozinha, ele salga demais as coisas [...], eu já expliquei para ele porque hipertenso não pode comer sal, mas está difícil dele compreender e me ajudar. [...] várias vezes eu já pedi para ele me ajudar a lembrar de tomar os remédios todos os dias, nas horas certas, mas ele não lembra. Eu acho que se meu esposo compreendesse mais sobre a doença, os sintomas, o que ela pode trazer de negativo, o apoio dele seria essencial no meu tratamento, a família em si sempre pode ajudar (F05, 34 anos).*

Pode-se perceber que o conhecimento do familiar sobre a doença e o tratamento era elementar. Isso revela uma falha importante dos profissionais atuantes na equipe da ESF - principalmente do enfermeiro, que tem se mostrado o elo mais forte entre os usuários e os serviços de saúde -, pois deveriam buscar incorporar os familiares mais próximos no tratamento dos indivíduos com hipertensão, favorecendo sobremaneira a adesão do indivíduo à sua terapêutica. Assim, é imprescindível que a participação dos familiares no tratamento seja compreendida pelos profissionais de saúde como estímulo à adesão.

O maior entrave no controle da HAS continua sendo a não adesão à terapêutica, o que justifica o fato de sua existência ser encarada como um problema de saúde pública. Os fatores conhecimento e adaptação, tanto da pessoa com hipertensão quanto de sua família, ainda são responsáveis pela enorme resistência que os profissionais encontram para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Estudos e investimento ministerial neste sentido vêm se tornando relevantes, contudo a solução para a problemática enfrenta o desafio de envolver conjuntamente no tratamento a pessoa hipertensa e sua família (SARAIVA et al., 2007b).

Estudo realizado em Fortaleza (CE) com 400 familiares de pacientes inscritos em uma Liga de HAS mostrou que o saber da família, apesar de elementar, era fundamental para viabilizar o tratamento anti-hipertensivo, ressaltando ainda a importância dos enfermeiros capacitarem os familiares, ofertando apoio e conhecimento técnico-científico para poderem vivenciar de

modo saudável e saberem lidar com os momentos mais complexos da doença, o que consequentemente influencia positivamente no seguimento do regime terapêutico (SARAIVA et al., 2007b).

Outro estudo realizado em Porto Firme (MG) com 26 mulheres hipertensas evidenciou que as orientações domiciliares, facilitavam as mudanças no núcleo familiar, diminuía os conflitos em relação à alimentação e contribuía para a adesão à terapêutica (RIBEIRO et al., 2011).

Diante dos achados pode-se apreender que a família é compreendida como importante rede de apoio que pode tanto facilitar quanto dificultar o seguimento do tratamento da HAS, sendo por isso alvo essencial das ações de educação para a saúde, que não devem ser restritas apenas ao indivíduo com hipertensão.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados deste estudo demonstraram que a família, para a maioria dos entrevistados, recebendo ou não seu apoio, tem papel importante na terapêutica, principalmente pelo estímulo à realização de exercícios físicos e ao uso de alimentação apropriada e pelo acompanhamento de seu itinerário terapêutico. Desta maneira, foi descrita como agente facilitador da adesão ao tratamento.

Por outro lado, alguns participantes referiram que a família não representou uma fonte de apoio no tratamento, seja pelo fato de compreenderem que o controle da doença dependia exclusivamente de suas próprias atitudes e comportamentos, seja pelo fato de o apoio familiar não ser oferecido na medida desejada. De qualquer maneira, o envolvimento da família no cuidado domiciliar a indivíduos com hipertensão pode constituir-se como um fator de estímulo ao controle pressórico e à prevenção de complicações.

Os achados deste estudo podem auxiliar o enfermeiro da ESF na reformulação das ações educativas desenvolvidas junto às pessoas com hipertensão, por meio da elaboração de estratégias de intervenção no acompanhamento a esses indivíduos que incluam a família como unidade de cuidado e a corresponsabilizem pelas atividades referentes à escolha e ao seguimento da terapêutica.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008

BRITO, D. C. S. Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 24-42, 2009.

COSTA, R. S.; NOGUEIRA, L. T. Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 871-876, 2008.

COSTA, V. T.; ALVES, P. C.; LUNARDI, V. L. Vivendo uma doença crônica e falando sobre ser cuidado. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 27-31, 2006.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2004. p. 19-28.

ELSEN, I. et al. O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, p. 11-22, 2009. Suplemento 1.

FELIPE, G. F.; ABREU, R. N. D. C.; MOREIRA, T. M. M. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 620-627, 2008.

LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 343-350, 2009.

MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-262, 2007

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe da saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, 2008.

MOREIRA, T. M.; ARAÚJO, T. L.; PAGLIUCA, L. M. F. Alcance da teoria de King junto à família de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 74-89, 2001.

PAIVA, D. C. P.; BERSUDA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, 2006.

RIBEIRO, A. G. et al. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 87-112, 2011.

- SANTOS, Z. M. S. A. et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 332-340, 2005.
- SARAIVA, K. R. O. et al. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 263-270, 2007a.
- SARAIVA, K. R. O. et al. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 63-70, 2007b.
- SILVEIRA, C. L. et al. Rede social das cuidadoras de familiares com doença crônica incapacitante no domicílio: implicações para a enfermagem. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 4, p. 667-674, 2009.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 6. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.
- TRAVAGIM, D. A. S. et al. Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 291-297, 2010
- ZAGUI, I. C. et al. Percepção das dificuldades relacionadas ao tratamento entre pessoas com hipertensão arterial sistêmica. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, DF, v. 2, n. 1, p. 341-353, 2011.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo mostraram que um elevado número de pessoas com hipertensão arterial acompanhadas na atenção básica, não aderem ao tratamento medicamentoso, algo que pode ser considerado preocupante, pois a não adesão é o principal desencadeador de complicações da HAS imediata e tardia.

De modo geral, o perfil pessoal e socioeconômico dos indivíduos com hipertensão entrevistados foi marcado pelo predomínio do sexo feminino, brancos, casados, com mais de 60 anos, baixa renda familiar, presença de comorbidades, pouco tempo de diagnóstico e baixo nível educacional.

Dentre as características pessoais e socioeconômicas, algumas se destacaram como preditoras da não adesão, como por exemplo, etnia não-branca, idade mais avançada, baixa escolaridade e conhecimento insatisfatório sobre a doença. No entanto, apesar de sexo masculino e ausência de companheiro constituírem condições historicamente descritas como interferentes sobre a não adesão, na presente investigação não foi observada associação estatisticamente significativa entre estas variáveis e o desfecho de interesse (não adesão ao tratamento medicamentoso), talvez em decorrência do elevado percentual de mulheres e idosos entrevistados, sendo essa uma das limitações do estudo.

Por sua vez, características de acompanhamento à saúde dos indivíduos com hipertensão como, por exemplo, insatisfação com o serviço de saúde, menor frequência às consultas médicas agendadas, ausência de convênio particular de saúde e prescrições medicamentosas complexas estiveram associadas à não adesão ao tratamento farmacológico.

É consenso afirmar que a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo tem como consequência o inadequado controle pressórico. Desta maneira, os resultados deste estudo evidenciaram que uma parte considerável (44.89%) dos indivíduos com hipertensão acompanhados pela atenção primária à saúde no município de Maringá apresentou inadequado controle dos níveis tensionais.

Tal achado, reforça a importância da equipe de saúde, em especial do enfermeiro, buscar o efetivo controle pressórico dos pacientes, a partir da consulta de enfermagem e das reuniões do grupo de hipertensos, pois estas estratégias estimulam a inserção dos indivíduos na elaboração de seus planos de cuidado, convergindo-os para a adesão ao tratamento, gerando impacto positivo na saúde física, mental e emocional.

Características como idade avançada, não adesão à farmacoterapia, não comparecimento às consultas médicas apazadas e número elevado de medicações prescritas merecem atenção especial dos profissionais de saúde que trabalham junto à população hipertensa, já que tais fatores apresentaram-se estatisticamente associados ao inadequado controle pressórico e são passíveis de atuação conjunta da equipe multiprofissional de saúde, por meio de melhoria na adesão ao tratamento, com a simplificação das prescrições e a inclusão do indivíduo e sua família nas atividades que o envolvem.

Como consequência do descontrole dos níveis tensionais há uma maior tendência dos indivíduos com hipertensão buscarem por serviços hospitalares de urgência e emergência. No entanto, os achados deste estudo evidenciaram uma pequena prevalência de hospitalização decorrente de agravos e complicações da doença no último ano que antecedeu a entrevista. Contudo, características importantes como sexo masculino, idade mais elevada, não adesão à farmacoterapia, descontrole dos níveis tensionais e presença de comorbidades mostraram-se significativamente associadas.

Assim, o reconhecimento deste perfil pode auxiliar a equipe de saúde no planejamento de estratégias de intervenção mais eficazes, de acordo com as necessidades dos indivíduos, conduzindo-os primeiramente à adesão ao tratamento, para posterior melhora nas taxas de controle pressórico e diminuição da hospitalização por agravos da doença.

Os resultados qualitativos deste estudo demonstram que a família, para a maioria dos entrevistados, recebendo ou não seu apoio, possui papel importante na terapêutica anti-hipertensiva, por incentivar a adoção de práticas de autocuidado, como realização de exercícios físicos e uso de alimentação apropriada, além de acompanhar o paciente em seu itinerário terapêutico, deste modo foi descrita como agente facilitador da adesão ao tratamento.

Por outro lado, alguns dos partícipes referiram que o tratamento da HAS era de sua responsabilidade. Mostram-se conscientes de que o controle da doença dependia exclusivamente de suas atitudes e comportamentos. Entretanto, acreditamos que o enfermeiro deve estar atento para o envolvimento familiar em todo o processo de cuidado domiciliar aos indivíduos com hipertensão, uma vez que isto pode representar um fator de estímulo ao controle pressórico e à prevenção de complicações.

Como contribuições para a ciência e a prática da enfermagem esses resultados deste estudo podem trazer novos pensamentos e modos de agir com a população hipertensa, especialmente considerando o perfil biossocioeconômico de cada indivíduo acompanhado pela atenção primária, levando o enfermeiro a trabalhar com vistas à simplificação do esquema terapêutico, criar maior vínculo com a população e a partir disso desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, com o repasse de informações e sensibilização da população hipertensa da área adscrita acerca da importância de se aderir fielmente ao tratamento anti-hipertensivo acordado com o provedor de saúde.

As ações de enfermagem que poderão garantir maior efetividade do tratamento medicamentoso são: atividades educativas sobre a doença e tratamento, com utilização de linguagem acessível à população, o que acarreta maior participação ativa dos usuários e convivência saudável destes com o tratamento; Requerer junto a equipe médica prescrições de regimes terapêuticos com menor nível de complexidade, por meio da associação de drogas anti-hipertensivas, e ainda bem detalhados e com letra legível, principalmente para idosos, pessoas com menores níveis educacionais e com alta complexidade farmacoterapica; Incentivar a figura do cuidador familiar para pacientes com sinais de não adesão ao tratamento, e o aconselhamento e supervisão contínuas visando a participação ativa do paciente no programa terapêutico.

Desta forma, a consulta de enfermagem e a criação de um espaço para trocas de experiências e vivências no grupo, representam estratégias que estimulam a compreensão e entendimento das recomendações médicas que os indivíduos com hipertensão recebem acerca de seu tratamento, gerando impacto positivo na saúde física, mental e emocional dessas pessoas e de seus familiares, devendo a sua realização se fazer rotina na prática do enfermeiro, visto que este

tem um papel central na educação para a saúde desta clientela, principalmente para pessoas com baixos níveis sócio educacionais.

Como limitações do estudo, destaca-se o fato de a literatura revisada utilizar métodos diversos para identificação da não adesão, estimando dimensões distintas do fenômeno. Assim, as associações observadas com diversos fatores de risco podem manifestar-se em algumas situações, mas não em outras. Ainda que se tenha tomado o cuidado de levar em conta tal diversidade, isso pode ter limitado a comparabilidade dos resultados obtidos. Além do mais, a não inclusão de variáveis que representem a adesão/não adesão ao tratamento não farmacológico, pode ter reduzido o número de fatores associados com o desfecho de interesse. Contudo, os resultados encontrados podem direcionar a assistência de enfermagem na atenção primária aos pacientes com condições crônicas de saúde.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm)>. Acesso em: 30 jun. 2012.

ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 368-374, 2007.

ARAÚJO, T. L. et al. Análise de indicadores de risco para hipertensão arterial em crianças e adolescentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 120-126, 2008.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 91-108.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.

BATISTA, S. R. R. et al. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, p. 34-42, 2012.

BEZERRA, D. S.; SILVA, A. S.; CARVALHO, A. L. M. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em uma unidade de saúde pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil. **Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 30, n. 1, p. 69-73, 2009.

BOING, A. C.; BOING, A. F.; Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 84-88, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus**: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A inseparabilidade entre a atenção e a gestão nos processos de produção de saúde**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial atinge 23,3% dos brasileiros**. 2010a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=12485](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12485)>. Acesso em: 15 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**: DATASUS. 2010b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrpr.def>>. Acesso em: 15 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. DATASUS; 2012. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 15 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. **Sistema de informação da atenção básica (SIAB)**. 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSPR.def>>. Acesso em: 17 maio 2011.

BRITISH HYPERTENSION SOCIETY. British Hypertension Society guidelines (BHSIV). **Journal of Family Practice**, [S.l.], v. 53, no. 7, p. 528-550, 2004.

BRITO, D. C. S. Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 24-42, 2009.

BUBACH, S.; OLIVEIRA, E. R. A. Associação entre o controle da pressão arterial e o estado nutricional em hipertensos. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 415-419, 2011.

CALHOUN, D. A. et al. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment a scientific statement. **Hypertension**, Philadelphia, v. 51, no. 4, p. 1403-1419, 2008.

CARVALHO, B. G. et al. Doenças cardiovasculares antes e após o programa saúde da família, Londrina, Paraná. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93, n. 6, p. 645-50, 2009.

CONTRERAS, E. M. et al. Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. **Atención Primaria**, Buenos Aires, v. 38, n. 6, p. 325-332, 2006.

COSTA, J. M. B. S.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 623-633, 2011.

COSTA, R. S.; NOGUEIRA, L. T. Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 871-876, 2008.

COSTA, V. T.; ALVES, P. C.; LUNARDI, V. L. Vivendo uma doença crônica e falando sobre ser cuidado. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 27-31, 2006.

DANELUZ, M. et al. Desenvolvimento e validação de questionário de satisfação dos usuários hipertensos do Programa de Saúde da Família, Blumenau, SC. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., 2006, Rio de Janeiro **Anais...** Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

DILORIO, C. et al. The epilepsy medication and treatment complexity index: reliability and validity testing. **Journal of Neuroscience Nursing**, Nova York, v. 35, no. 3, p.155-162, 2003.

DINIZ, M. A.; TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, L. R. Características sócio-demográficas e de saúde entre idosos com hipertensão arterial. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 4, p. 607-14, 2009.

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

DOURADO, C. S. et al. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum Health Science**, Maringá, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2004. p. 19-28.

ELSEN, I. et al. O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, p. 11-22, 2009. Suplemento 1.

FARIAS, S. L. et al. Relação entre controle e tratamento medicamentoso de pacientes atendidos pelo programa de hipertensão arterial em uma unidade primária do rio de janeiro. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, Juiz de Fora, v. 14, n. 4, p. 447-453, 2011.

FELIPE, G. F.; ABREU, R. N. D. C.; MOREIRA, T. M. M. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 620-627, 2008.

GEORGE, J. et al. Development and validation of the medication regimen complexity index. **Annals of pharmacotherapy**, Cincinnati, v. 38, no. 9, p. 1369-1376, 2004.

GILSOGAMO, C. A. et al. Fatores que interferem na adesão ao tratamento da HAS em pacientes atendidos no Núcleo de Atendimento ao Hipertenso (NAHI) e no Programa Saúde da Família (PSF) no município de Barbacena. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 4, n. 15, p. 179-188, 2008.

GORDIS, L. Conceptual and methodologic problems in measuring patient compliance. In: HAYNES, R. B.; TAILOR, W.; SACKETT, D. L. **Compliance in health care**. 2nd ed. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1979.

Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1704580/pdf/canmedaj01459-0071.pdf>>. Acesso dia: 22 jun. 2011.

GUEDES, N. G. et al. Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 151-156, 2012.

GUSMÃO, J. L.; MION-JUNIOR, D. Adesão ao tratamento: conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

GUSMÃO, J. L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

HAYNES, R. B. Introduction. In: HAYNES, R. B.; TAILOR, W.; SACKETT, D. L. **Compliance in health care**. 2nd ed. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1979. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1704580/pdf/canmedaj01459-0071.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2011.

JESUS, E. S. et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 59-65, 2008.

JOHNELL, K. et al. Low adherence with anti-hypertensives in actual practice: the association with social participation: a multilevel analysis. **BMC Public Health**, London, v. 5, no. 17, p. 1-7, 2005.

KAPLAN, N. M.; OPIE, L. H. Controversies in hypertension. **Lancet**, London, v. 367, no. 9505, p. 168-176, 2006.

KROUSEL-WOOD, M. A. et al. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the Cohort Study of Medication Adherence Among Older Adults. **Medical Clinics of North American**, Maryland Heights, v. 93, p. 753-769, 2009.

KROUSEL-WOOD, M. et al. Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. **Current Opinion in Cardiology**, Philadelphia, v. 19, no. 4, p. 357-362, 2004.

LACERDA, I. C. et al. Características da clientela atendida por crise hipertensiva na emergência de um hospital municipal de Fortaleza, Estado do Ceará. **Acta Scientiarum Health Science**, Maringá, v. 32, n. 1, p. 73-78, 2010.

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

LESSA, I.; SILVA, J. F. Raça e adesão ao tratamento da HA e ou consulta e controle da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 68, n. 6, p. 443-449, 1997.

LEVY, G. Medication non-compliance: when hard science meets soft science. **International Congress Series**, [S.l.], v. 1220, p.125-133, 2001.

LIMA, L. M. et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 323-329, 2011.

LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 343-350, 2009.

LUNELLI, R. P. et al. Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 367-373, 2009.

MARTINEZ, C. B. Cumprimiento terapêutico e hipertensión arterial. **Atención Primaria**, Buenos Aires, v. 34, n. 8, p. 397-398, 2004.

MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-262, 2007.

MELCHIORS, A. C. **Hipertensão arterial**: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida. 2008. 156 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas)–Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

MELCHIORS, A. C.; CORRER, C. J.; LLIMOS, F. F. Tradução e Validação para o Português do Medication Regimen Complexity Index. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 4, p. 210-218, 2007.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

- MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.
- MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe da saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, 2008.
- MONTEIRO-JUNIOR, F. C. et al. Prevalência de verdadeiras crises hipertensivas e adequação da conduta médica em pacientes atendidos em um pronto-socorro geral com pressão arterial elevada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 90, n. 4, p. 269-273, 2008.
- MOREIRA, T. M.; ARAÚJO, T. L.; PAGLIUCA, L. M. F. Alcance da teoria de King junto à família de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 74-89, 2001.
- MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a selfreported measure of medication adherence. **Medical Care**, Hagerstown ,v. 24, no. 1, p. 67-73, 1986.
- MOURA, D. J. M. et al. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 4, p. 759-765, 2011.
- MOUSINHO, P. L. M.; MOURA, M. E. S. Hipertensão arterial: fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão ao tratamento medicamentoso. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n. 25, p. 212-216, 2008.
- NEVES, M. F.; KASAL, D. A. B. O que dizem as diretrizes brasileira, americana, europeia e canadense em relação às metas? **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 178-181, 2010.
- NONNENMACHER, C. L.; WEILLER, T. H.; OLIVEIRA, S. G. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 248-255, 2011.
- OBRELI-NETO, P. R. et al. Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande – SP, Brasil. **Revista Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 31, n. 3, p. 229-233, 2010.
- OLIVEIRA, E. A.; BUBACH, S.; FLEGELER, D. S. Perfil de hipertensos em uma unidade de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 383-387, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Geneve, 2003. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>>. Acesso em: 22 de Jun. 2011.

OSHIRO, M. L.; CASTRO, L. L. C.; CYMROT, R. Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS. **Revista Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 31, n. 1, p. 95-110, 2010.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 353, no. 5, p. 487-497, 2005.

PAES-SOUZA, R. Diferenciais intra-urbanos de mortalidade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1994: revisitando o debate sobre transições demográfica e epidemiológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1411-1421, 2002.

PAIVA, D. C. P.; BERSUDA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, 2006.

PAULA, E. S.; NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M. A influência do apoio social para o fortalecimento de famílias com crianças com insuficiência renal crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_07.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2012.

PEREIRA, M. et al. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **Journal Hypertension**, London, v. 27, no. 5, p. 963-975, 2009.

PEREIRA, M. R. et al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2363-2374, 2007.

PERLINI, N. M. O.; LEITE, M. T.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 229-236, 2007.

PRAÇA, N. S.; MERIGHI, M. A. B. Pesquisa qualitativa em enfermagem: In: MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. S. **Abordagens teóricas metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 9-14.

PRADO, J. C.; KUPEK, E.; MION, D. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensive. **Journal Human Hypertension**, Houndmills, v. 21, p. 579-584, 2007.

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

RIBEIRO, A. G. et al. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 87-112, 2011.

RIBEIRO, N. R. R. A família enfrentando a doença grave da criança. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 183-197.

SANCHEZ, C. G.; PIERIN, A. M. G.; MION-JUNIOR, D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em pronto-socorro e em tratamento ambulatorial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 90-98, 2004.

SANTA-HELENA, E. T. **Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com hipertensão arterial em unidades de saúde da família em Blumenau, SC**. 2007. 101f. Tese (Doutorado em Ciências)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 764-767, 2008.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de estratégia saúde da família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 614-626, 2010a.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010b.

SANTOS, Z. M. S. A. et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 332-340, 2005.

SARAIVA, K. R. O. et al. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 263-270, 2007a.

SARAIVA, K. R. O. et al. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 63-70, 2007b.

SERAFIM, T. S.; JESUS, E. S.; PIERIN, A. M. G. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 658-664, 2010.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SHERBOURNE, C. D. H. R. et al. Antecedents of adherence to medial recommendations: results from the medical outcomes study. **Journal Behavioral Medicine**, New York, v. 15, no. 3, p. 447-467, 1992.

SILVEIRA, C. L. et al. Rede social das cuidadoras de familiares com doença crônica incapacitante no domicílio: implicações para a enfermagem. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 4, p. 667-674, 2009.

SIMPSON, S. H. et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. **British Medical Journal**, London, v. 333, no. 7557, p.15-19, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 6. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOUMERAI, S. B. et al. Cost-related medication nonadherence among elderly and disabled medicare beneficiaries. **Archives Internal Medicine**, Chicago, v. 166, no. 17, p. 1829-1835, 2006.

SOUZA, W. K. S. B. et al. Automedida da pressão arterial para o controle das cifras tensionais e para a adesão ao tratamento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 98, n. 2, p. 167-174, 2012.

STONE, V. E. et al. Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence, and HIV patients' understanding of their regimens: survey of women in the her study. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, Hagerstown, v. 28, no. 2, p. 124-131, 2001.

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

TEIXEIRA, A. C. A. **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatorios**. 1998. 112f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)–Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

TRAVAGIM, D. A. S. et al. Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 291-297, 2010.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VERAS, R. F. S.; OLIVEIRA, J. S. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 132-138, 2009.

ZAGUI, I. C. et al. Percepção das dificuldades relacionadas ao tratamento entre pessoas com hipertensão arterial sistêmica. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, DF, v. 2, n. 1, p. 341-353, 2011.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Questionário de caracterização sócio-demográfico

Nome:

Sexo: ( )Mas ( )Fem

Raça/Cor: ( )Branca ( )Negra/Parda ( )Amarela ( )Indígena

Estado civil: ( )Solteiro ( )Casado ( )Separado ( )Viúvo

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Co-morbidades:

Tempo de diagnóstico: \_\_\_ anos e \_\_\_ meses.

Tempo de tratamento medicamentoso: \_\_\_ anos e \_\_\_ meses.

Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Ensino primário

( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio completo

( ) Ensino Superior completo.

Renda: \_\_\_ salários mínimos Quanto dependem da renda: \_\_\_

Ocupação: ( )Empregador ( )Empregado ( )Autônomo

( )Aposentado ( )Em auxílio-doença ( )Desempregado

### Questionário do perfil econômico

ITENS	QUANTIDADE				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Aspirador de pó					
Máquina de lavar					
Vídeo cassete ou DVD					
Geladeira					
Freezer (vale 2ª porta de geladeira duplex)					

### Grau de instrução do chefe da família

Escolaridade	Assinalar	Pontos
Analfabeto/ Primário incompleto		
Primário completo/ Fundamental incompleto		
Fundamental completo/ Médio incompleto		
Médio completo/ Superior incompleto		
Superior completo		

## APÊNDICE B – Questionário multidimensional para medir não adesão ao tratamento com medicamentos

Gostaria agora que o(a) Sr(a) procurasse se lembrar das coisas que fez na última semana (os últimos sete dias).

Dar um tempo...

Poderia falar um pouco das coisas que fez nestes últimos sete dias (recebeu visitas, foi a igreja, saiu de casa, realizou pagamentos, foi a consulta médica, fez almoço, participou de confraternização, etc... (Dar opções se o entrevistado disser coisas gerais do tipo “foi normal...”)

Agora vamos falar sobre os remédios que o(a) Sr(a). toma para pressão alta. Nós sabemos que as pessoas tomam muitos remédios e que às vezes é difícil tomar tudo direito. Às vezes, a gente esquece, se atrapalha ou tem outras coisas para fazer e quando vê não tomou o remédio. Ou quanto toma, não toma na hora certa. Eu gostaria de saber como o(a) Sr(a). tomou seus remédios nestes últimos sete dias.

Vamos falar agora sobre este remédio (dar o nome e pegar a caixa ou envelope. Preencher conforme receita médica).

Medicamento: \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_

Posologia : \_\_\_\_\_ Comprimidos \_\_\_\_\_ X ao dia

1) Nos últimos sete dias, em quais dias da semana o(a) Sr.(a) não tomou pelo menos um de seus remédios ou tomou a mais pelo menos um comprimido deste remédio?

(Assinalar nos parênteses da tabela abaixo).

Horário	Dias da Semana						
	Seg ( )	Ter ( )	Qua ( )	Qui ( )	Sex ( )	Sáb ( )	Dom ( )
M							
T							
N							

\* No quadro acima, marque o sinal de “+” ou “-” e o número de comprimidos nos horários dos dias assinalados. Ex: + 1 ou - 1

2) Nestes dias, quantos comprimidos o(a) Sr.(a) deixou de tomar ou tomou a mais?

3) Como estava sua pressão na última vez que o(a) Sr.(a) mediu?

1. ( ) Normal
2. ( ) Alterada
3. ( ) Não sei/não lembro

### APÊNDICE C – Histórico da hipertensão arterial e conhecimento sobre a doença

Faz quanto tempo desde a última consulta: \_\_\_\_\_ dias ou \_\_\_\_\_ meses;

O Sr. (a) tem comparecimento às consultas ( ) Sim ( ) Não

E tem comparecimento às atividades de grupo ( ) Sim ( ) Não

No último ano precisou ser hospitalizado: ( ) Sim ( ) Não

Se sim: Qual o motivo? \_\_\_\_\_

Verificou a Pressão Arterial na última semana: ( ) Sim ( ) Não

Verificou a Pressão Arterial no último mês: ( ) Sim ( ) Não

De qual serviço de saúde recebe assistência: ( ) UBS ( ) Ambulatório Médico

( ) Plano de Saúde ( ) Médico particular;

Como você adquire seus remédios ( ) UBS ( ) Comprados.

Cinco últimas aferições de PA (Verificar no prontuário)

Data: __/__/__				
PA: ____x__mmHg				

<b>Conhecimento acerca da hipertensão arterial sistêmica</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1 Pressão alta é uma doença para toda a vida?		
2 Quem tem pressão alta, na maioria das vezes, não sente nada diferente?		
3 A pressão é alta quando for maior ou igual a 14 por 9?		
4 Pressão alta pode trazer problemas para o coração, cérebro e rins?		
5 O tratamento para pressão alta é para toda a vida?		
6 A pressão alta também pode ser tratada sem remédios?		
7 Exercícios físicos regulares ajudam a controlar a pressão alta?		
8 Para quem é obeso, perder peso ajuda a controlar a pressão alta?		
9 Diminuir o sal da comida ajuda a controlar a pressão alta?		
10 Diminuir o nervosismo ajuda a controlar a pressão alta?		

## APÊNDICE D – Índice de Complexidade da Farmacoterapia

Paciente Nº \_\_\_\_\_

### ÍNDICE DE COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA (ICFT)

Número total de medicamentos (incluindo medicamentos de uso contínuo ou esporádico, usados se necessário): \_\_\_\_\_

#### **Instruções:**

**1** O ICFT aplica-se às medicações prescritas e às medicações indicadas pelo farmacêutico. Todos os medicamentos avaliados devem ter suas avaliações baseadas exclusivamente em informações da bula/monografia (oficial) ou da prescrição médica (no momento da dispensação ou alta hospitalar). Nenhuma suposição deve ser feita baseada no julgamento clínico de quem esta preenchendo.

**2** Existem três seções neste índice (A, B e C). Complete cada seção antes de prosseguir para a próxima. No final, some os pontos obtidos nas três seções para obter o ICFT.

**3** Quando a mesma medicação (mesmo princípio ativo e forma de dosagem) esteja presente na farmacoterapia mais que uma vez em diferentes concentrações(ex. Marevan 5mg, 3mg e 1 mg), deverá ser considerado ainda como uma só medicação.

**4** Nos casos em que a dosagem é opcional, escolha as instruções com a menor dose/frequência (ex.: Aerolin spray-bombinha 1-2 jatos, 2-3 vezes por dia terá pontos para 'inaladores de dose medida (bombinha)', '2x dia' e 'dose variável' ; mas não para 'múltiplas unidades ao mesmo tempo').

**5** Em alguns casos a frequência de dose precisa ser calculada (ex.: Ranitidina 1 manhã e 1 noite, é igual a 2 x dia).

**6** Em determinadas instruções como 'usar conforme indicado', o medicamento não receberá a pontuação sobre a frequência de dose (ex.: Prednisolona 5 mg uso conforme indicado).

**7** Caso exista mais de uma instrução de frequência de dose para o mesmo medicamento, ele deverá ser pontuado para todas as instruções de frequência de dose (ex.: Aerolin spray-bombinha 2 jatos 2x ao dia e quando necessário, deverá ser pontuado para 'inaladores de dose medida (bombinha)', '2x dia', 'S/N' e também como 'múltiplas unidades ao mesmo tempo')

**8** Nas situações em que são indicadas duas ou mais opções de um mesmo medicamento para um problema de saúde, eles precisam ser pontuadas duas ou mais vezes com a frequência de dose recomendada e como 'S/N' (ex.: Aerolin spray-bombinha ou Aerolin solução para nebulização duas vezes ao dia obterá pontuação das formas de dosagem para os dois: 'inaladores de dose medida' e 'nebulizador', e necessita ser pontuada duas vezes para '2xdia S/N')

**9** Casos onde não exista uma opção adequada, escolha a opção mais aproximada da realidade do paciente (ex.: seis vezes ao dia pode ser considerado como '4/4 h') Obs. S/N = Se necessário

A) Circule o peso correspondente para cada forma de dosagem presente na farmacoterapia (SOMENTE UMA VEZ)

Formas de dosagem		peso
ORAL	Cápsulas/comprimidos	1
	Gargarejos/colutórios	2
	Gomas/pastilhas	2
	Líquidos	2
	Pós/Grânulos	2
	Spray/comprimidos sublinguais	2
TÓPICOS	Crems/Géis/Pomadas	2
	Emplastros	3
	Tinturas/Soluções de uso tópico	2
	Pastas	3
	Adesivos transdérmicos/Patches	2
	Spray de uso tópico	1
OUVIDO, OLHOS E NARIZ	Gotas/crems/pomadas para o ouvido	3
	Colírios/gotas para os olhos	3
	Géis/pomadas para os olhos	3
	Gotas/crems/pomadas nasais	3
	Spray nasal	2
INALAÇÃO	Accuhalers (pó seco para inalação/ diskus)	3
	Aerolizers (cápsulas para inalação)	3
	Inaladores de dose medida (bombinha)	4
	Nebulizador (ar comprimido/ultra-sônico)	5
	Oxigênio/concentrador	3
	Turbuhalers (pó seco para inalação)	3
OUTROS	Outros inaladores de pó-seco	3
	Fluido para diálise	5
	Enemas	2
	Injeções: -Pré-caregadas	3
	- Ampolas/frascos-ampolas	4
	Supositórios/ óvulos vaginais	3
	Analgesia Controlada pelo Paciente	2
	Supositório	2
Crems vaginais	2	
Total seção A		

**B)** Para cada medicação da farmacoterapia marque [ ] no quadro correspondente a sua frequência de dose. Então, some o número de [ ] em cada categoria (frequência de dose) e multiplique pelo peso determinado para essa categoria. Nos casos em que não exista uma opção exata, escolher a melhor opção.

Frequência de dose	Medicações	Total	Peso	Total X Peso
1 x dia			1	
1 x dia S/N			0,5	
2 x dia			2	
2 x dia S/N			1	
3 x dia			3	
3 x dia S/N			1,5	
4 x dia			4	
4 x dia S/N			2	
12/12h			2,5	
12/12h S/N			1,5	
8/8h			3,5	
8/8h S/N			2	
6/6h			4,5	
6/6h S/N			2,5	
4/4h			6,5	
4/4h S/N			3,5	
2/2h			12,5	
2/2h S/N			6,5	
S/N			0,5	
Dias alternados ou < frequência			2	
Oxigênio S/N			1	
Oxigênio <15hrs			2	
Oxigênio >15hrs			3	
Total seção B				

**C)** Marque [ ] no quadro que corresponde às instruções adicionais, caso presente na medicação. Então, some o número de [ ] em cada categoria (instruções adicionais) e multiplique pelo peso correspondente da categoria.

Instruções adicionais	Medicações	Total	Peso	Peso x Nº de medicações
Partir ou triturar o Comprimido			1	
Dissolver o comprimido/pó			1	
Múltiplas unidades ao mesmo tempo (ex.: 2 comprimidos, 2 jatos)			1	
Dose variável (ex.: 1-2 cápsulas, 2-3 jatos)			1	
Tomar/usar em horário específico (ex.: manhã, noite, 8 AM)			1	
Relação com alimento (ex.: com alimento, antes das refeições, depois das refeições)			1	
Tomar com líquido específico			1	
Tomar/usar conforme Indicado			2	
Reduzir ou aumentar a dose progressivamente			2	
Doses alternadas (ex.: manhã e 2 noite, 1/2 em dias alternados)			2	
Total seção C				

Total da complexidade da farmacoterapia = \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE E – Questionário sobre a satisfação do usuário com o serviço de saúde**

Gostaria agora de fazer algumas perguntas sobre o posto de saúde. Suas respostas devem representar o que o(a) Sr(a) acha do posto. As perguntas vão ser sempre do mesmo jeito, mais ou menos assim:

Na sua opinião, nos últimos dias o tempo está:

1. Sempre com sol.
2. Quase sempre com sol.
3. Às vezes tem sol.
4. Nunca tem sol.

1) Com relação ao atendimento do pessoal do posto o(a) Sr (a) acha:

1. É o melhor possível;
2. É muito bom;
3. É bom, mas podia ser melhor;
4. É ruim;

2) Quando tem algum problema de saúde e procura o posto o(a) Sr. (a)?

1. Consegue ser atendido no mesmo dia.
2. É atendido no posto, mas demora pelo menos até uma semana.
3. É atendido, mas demora até um mês.
4. Demora mais de um mês e às vezes acaba procurando outro lugar.

3) Com relação ao tratamento que você recebe no posto o(a) Sr (a) diria que:

1. Está muito satisfeito. (contente)
2. Está satisfeito. (contente)
3. Não está satisfeito. (contente)
4. Não está nada satisfeito. (contente)

4) Depois que você começou a ir no posto para tratar a pressão, o(a) Sr(a) diria:

1. Que está com seus problemas de saúde controlados.
2. Está melhor.
3. Está um pouco melhor.
4. Não melhorou nada.

5) Com relação as atividades (consultas, reuniões...) que tem no posto, o(a) Sr(a) participa:

1. Sempre que está marcado.
2. Sempre que pode
3. De vez em quando.
4. Nunca participa

6) Com relação ao médico do posto o(a) Sr(a):

1. Está muito satisfeito. (contente)
2. Está satisfeito. (contente)

3. Não está satisfeito. (contente)

4. Não está nada satisfeito. (contente)

7) Desde que você começou a ir no posto o(a) Sr(a) acha que o pessoal do posto:

1. Cuida muito bem do(a) Sr(a).

2. Cuida bem do(a) Sr(a).

3. Cuida mais ou menos do(a) Sr(a).

4. Não cuida direito do(a) Sr(a).

8) Desde que é atendido no posto, alguma vez o(a) Sr(a), já pensou em reclamar por ser mal atendido?

1. Nunca pensei em reclamar.

2. Sim pelo menos uma vez.

3. Sim de duas a cinco vezes.

4. Sim mais de cinco vezes.

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “**Hipertensão arterial: fatores associados a não adesão à terapêutica farmacológica**”, que está sendo desenvolvida sob orientação da prof. Dra Sonia Silva Marcon, para elaboração de dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. O objetivo da pesquisa é estudar como os indivíduos hipertensos estão seguindo o tratamento para controle da pressão arterial prescrito e os fatores que interferem neste seguimento. Sua participação é muito importante, e ela ocorrerá por meio de uma entrevista a ser realizada na sua casa e verificação de sua pressão arterial no momento. Informamos que poderá ocorrer um leve desconforto ao responder o questionário ou ao ter sua pressão arterial verificada, porém o pesquisador se propõe a esclarecer qualquer dúvida ou necessidade demonstrada por você. Gostaríamos de enfatizar que sua participação é totalmente voluntária e que você pode deixar de responder a qualquer uma das questões, desistir da participação a qualquer momento, ou mesmo recusar-se a participar, sem que isto acarrete qualquer prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para fins de pesquisa, e serão tratadas com muito sigilo e confidencialidade, preservando a sua identidade e após a transcrição das falas as gravações serão apagadas. Quanto aos benefícios resultantes deste estudo, espera-se que o levantamento destas informações possa contribuir para identificar o que interfere na correta tomada dos remédios pelas pessoas com pressão alta, assim como, possibilitar a reformulação das ações de educação em saúde dos enfermeiros junto aos indivíduos com hipertensão arterial. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta neste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu,..... declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Prof<sup>a</sup>. Sonia Silva Marcon

\_\_\_\_\_ Data:.....

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu,....., declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

\_\_\_\_\_ Data:.....

Assinatura do pesquisador

### Contatos:

Prof. Dra. Sonia Macon. Avenida Colombo, 5.790, Universidade Estadual de Maringá - Departamento de Enfermagem/PSE, fone: (44) 3011-4513 ou 3011-4494. E-mail: [soniasilva.marcon@gmail.com](mailto:soniasilva.marcon@gmail.com)

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço: COPEP/UEM Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM. Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM. CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3011-4444 E-mail: [copep@uem.br](mailto:copep@uem.br)

## ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde

CI ON-LINE - Prefeitura Municipal de Maringá

http://venus.maringa.pr.gov.br/intranet/ci/cad\_ci3.php?time=1321537690

INTRANET PMM Home Page

INÍCIO | CRIAR CI | CONSULTA

### CONFIRMAÇÃO

- \* Por favor confira se todos os dados estão corretos, só então clique em "Concluir" para enviar a CI.
- \* Se for necessário corrigir algo, clique em "Voltar".
- \* O número da CI será gerado automaticamente quando você clicar em "Concluir"
- \* Sua CI somente será recebida pelos destinatários após ser aprovada pelo moderador de sua Secretaria

<p><b>ORIGEM:</b> NELLY LOPES DE MORAES GIL (SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE)</p>	<p><b>DESTINO(S):</b> 1) ALINE PEREIRA DOS SANTOS - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 2) ANDREIA MEDEIROS PIRES MARUITI - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 3) CASSIANA REGINA LEINDEK - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 4) FLÁVIO AUGUSTO SANTOS DA SILVA - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 5) JOSÉ CAMILO DE ARAUJO - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 6) JULIETA MARIA ALMENDRA DE SOUZA - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 7) LEIDA MARIA RISSARDO - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 8) MARCIA MARIA COSTA SODRE DE FREITAS - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 9) MARIA HELENA DA SILVA - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 10) MARLENE ROSSI RODRIGUES - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 11) PRICILHA DE OLIVEIRA DALBERTO - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 12) RAQUEL DE MORAES FONSECA - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 13) ROSARIA RIBEIRO RAMOS - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 14) WILSON CORREIA FERREIRA MURTA - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</p>	<p><b>CI-Nº</b> 2011056306</p>
		<p><b>DATA</b> 17/11/2011</p>
		<p><b>DATA ARQ:</b> 16/12/2011</p>
<p><b>ASSUNTO:</b> Realização de pesquisa</p>		
<p>Prezados Diretores Informamos que a partir do dia 21/11/2011, o mestrando em Enfermagem/UEM, Mayckel da Silva Barreto estará iniciando a pesquisa "Hipertensão arterial: fatores associados a não adesão à terapêutica farmacológica" a ser realizada em vossas UBS. O aluno foi orientado para entrar em contato telefônico para agendar sua ida até a UBS. Informamos ainda que a referida pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê Avaliador de Pesquisa instituído pela Portaria/Saúde nº 01/2010 e aprovada pelo COPEP/UEM nº 631/2011. Estamos à disposição para maiores esclarecimentos Atenciosamente Márcia de Fátima Serra</p>		
<p> <b>NELLY LOPES DE MORAES GIL</b> SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Endereço eletrônico: nellygil@maringa.pr.gov.br</p>		
<p><small>Esta mensagem é oficial, conforme Decreto Municipal 291/2004 de 01 de março de 2004. Tem caráter confidencial e seu conteúdo, incluindo seus anexos, tem caráter institucional e é restrito ao(s) seu(s) destinatário(s)</small></p>		

OBS: Esta CI somente terá validade após sua conclusão com a atribuição automática de um número.

Voltar Concluir



© 2003 - PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ  
Fale com o WebMaster

## Autorização da Secretaria Municipal de Saúde

CI ON-LINE - Prefeitura Municipal de Maringá

http://venus.maringa.pr.gov.br/intranet/ci/cad\_ci3.php?time=1322481199

INTRANET PMM Home Page

INÍCIO | CRIAR CI | CONSULTA

### CONFIRMAÇÃO

- \* Por favor confira se todos os dados estão corretos, só então clique em "Concluir" para enviar a CI.
- \* Se for necessário corrigir algo, clique em "Voltar".
- \* O número da CI será gerado automaticamente quando você clicar em "Concluir"
- \* Sua CI somente será recebida pelos destinatários após ser aprovada pelo moderador de sua Secretaria

<p><b>ORIGEM:</b> NELLY LOPES DE MORAES GIL (SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE)</p>	<p><b>DESTINO(S):</b> 1) ANA CAROLINA SANTANA DA SILVA MANGIALARDO - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 2) DAIANE SIMÕES DOS SANTOS - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 3) DHIEINIEIRE APARECIDA RINALDI FAVATO - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 4) JANETE JORDAO SANT ANA - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 5) JULIANA DE SOUZA JUNQUEIRA VALTAS - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 6) LIGIA MARIA CASTILHO SANTOS - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 7) MARIA CENYRA CORDEIRO ALVES - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 8) NEUZA DOCE MORENO FERNANDES - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 9) REINALDO DA SILVA - SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</p>	<p><b>CI-Nº</b> 2011.058326</p>
		<p><b>DATA</b> 28/11/2011</p>
<p><b>ASSUNTO:</b> Realização de pesquisa</p>		<p><b>DATA ARQ:</b> 27/12/2011</p>
<p>Prezados Diretores</p> <p>Informamos que a partir do dia 21/11/2011, o mestrando em Enfermagem/UEM, Mayckel da Silva Barreto estará iniciando a pesquisa "Hipertensão arterial: fatores associados a não adesão à terapêutica farmacológica" a ser realizada em vossas UBS.</p> <p>O aluno foi orientado para entrar em contato telefônico para agendar sua ida até a UBS.</p> <p>Informamos ainda que a referida pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê Avaliador de Pesquisa instituído pela Portaria/Saúde nº 01/2010 e aprovada pelo COPEP/UEM nº 631/2011.</p> <p>Estamos à disposição para maiores esclarecimentos</p> <p>Atenciosamente</p> <p>Márcia de Fátima Serra</p>		
<p> <b>NELLY LOPES DE MORAES GIL</b> SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Endereço eletrônico: <a href="mailto:nellygil@maringa.pr.gov.br">nellygil@maringa.pr.gov.br</a></p> <p><small>Esta mensagem é oficial, conforme Decreto Municipal 291/2004 de 01 de março de 2004. Tem caráter confidencial e seu conteúdo, incluindo seus anexos, tem caráter institucional e é restrito ao(s) seu(s) destinatário(s)</small></p>		

OBS: Esta CI somente terá validade após sua conclusão com a atribuição automática de um número.

Voltar Concluir



© 2003 - PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ  
Feito com o WebMaster

## ANEXO C – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UEM



*Universidade Estadual de Maringá*  
*Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação*  
*Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*

CAAE N°. 0390.0.093.000-11

PARECER N°. 631/2011

<b>Pesquisador (a) Responsável:</b> Sônia Silva Marcon	
<b>Centro/Departamento:</b> Centro de Ciências da Saúde / Departamento de Enfermagem	
<b>Título do projeto:</b> Hipertensão arterial: fatores associados a não adesão terapêutica farmacológica	
<p><b>Considerações:</b></p> <p>Trata-se de projeto de dissertação de mestrado do programa de pós-graduação em enfermagem que busca estudar a adesão farmacológica à terapêutica anti-hipertensiva, no município de Maringá/PR.</p> <p>Em submissão inicial ao presente comitê o protocolo restou pendente, conforme parecer 577/2011-COPEP. A seguir é descrito o aspecto que levou à condição de pendência, juntamente com a resposta e adequação implementada pelo pesquisador responsável e a análise desta relatoria.</p> <p><u>Pendência 1:</u> Adequar o TCLE quanto à linguagem, esclarecimento dos objetivos da pesquisa, benefícios resultantes do estudo e adequação do endereço do COPEP.</p> <p>Resposta do pesquisador: A pesquisadora apresenta um novo TCLE, contemplando todas as correções solicitadas.</p> <p>Parecer do relator: Em face do exposto considera-se a pendência atendida.</p> <p><b>Parecer:</b></p> <p>Considerando o exposto, e tendo em vista a análise ética do protocolo em tela, à luz das prerrogativas fixadas pela Res. 196/96-CNS e suas complementares, somos de parecer pela aprovação do projeto na forma em que ora se apresenta.</p>	
<p>Com relação à aplicação do TCLE, conforme instrução operacional do sistema CEP/CONEP, datada de 21/03/2011, os pesquisadores deverão fazer constar, além das assinaturas de ambos (pesquisador e sujeito da pesquisa) nos campos específicos da última página, a rubrica, também de ambos, em todas as folhas do documento (TCLE).</p>	
<b>Situação:</b> APROVADO	
<b>CONEP:</b> ( X ) para registro ( ) para análise e parecer	<b>Data:</b> 04/11/2011
<b>Relatório Final para Comitê:</b> ( ) Não ( X ) Sim	<b>Data:</b> Fevereiro de 2013
<p>O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução n°. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 228ª reunião do COPEP em 04/11/2011.</p>	 Prof. Dra. Ieda Harumi Higashashi <b>Presidente do COPEP</b>