

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ADERÊNCIA AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO ENTRE USUÁRIOS DAS  
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NA  
CIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL/RS**

**ROSYLAINE MOURA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande/RS, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de enfermagem/saúde a indivíduos e grupos sociais.

**Orientador: Prof. Dr. Raúl Andrés Mendoza - Sassi**

**Rio Grande**

**2005**

**ROSYLAINE MOURA**

**ADERÊNCIA AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO ENTRE USUÁRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NA CIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL/RS**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de

**Mestre em Enfermagem**

e aprovada na sua versão final em 31/03/2005, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Dr<sup>a</sup>.

\_\_\_\_\_  
Marta Regina Cezar Vaz  
Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

BANCA EXAMINADORA:

Dr.

\_\_\_\_\_  
Raúl Andrés Mendoza – Sassi  
Presidente (Fundação Universidade Federal do Rio Grande – Rio Grande/RS)

Dr.

\_\_\_\_\_  
Jorge Umberto Béria  
Membro (Universidade Luterana do Brasil – ULBRA - Canoas/RS)

Dr<sup>a</sup>.

\_\_\_\_\_  
Marta Regina Cezar Vaz  
Membro (Fundação Universidade Federal do Rio Grande – Rio Grande/RS)

Dr<sup>a</sup>.

\_\_\_\_\_  
Hedi Crecência Heckler de Siqueira  
Membro (Fundação Universidade Federal do Rio Grande – Rio Grande/RS)

Dr<sup>a</sup>.

\_\_\_\_\_  
Maria Cristina Flores Soares  
Suplente (Fundação Universidade Federal do Rio Grande – Rio Grande/RS)

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus.

Ao meu querido pai Waldir (*in memoriam*) de quem herdei a confiança na vida e nas pessoas. Talvez se tivesse sido aderente ao tratamento anti-hipertensivo pudesse agora me acolher com seu abraço afetuoso.

À minha querida mãe Irena, exemplo de garra e perseverança.

Aos meus irmãos Adilson, Jhonny e Valdirene pelo incentivo constante.

Ao meu marido Ricardo pelo apoio.

Aos meus amados filhos Luísa e Pedro sem os quais nada seria possível, nem necessário. Esta conquista também é de vocês.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem através de seus professores e funcionários pela oportunidade e principalmente pela acolhida calorosa, marca registrada do povo do Rio Grande.

Ao meu prezado orientador professor Raul, exemplo de disciplina e competência. Pela paciência e elegância com que enfrentou os meus períodos de não-aderência ao mestrado, o meu eterno agradecimento.

Aos meus colegas de mestrado que dividiram comigo as alegrias e as tristezas dessa caminhada.

A Sra. Aleida Brandão pela forma carinhosa com que me recebeu, fazendo com que mesmo distante, me sentisse em casa.

Aos meus colegas da UNISC, em nome da colega e amiga Maria Salette, pela confiança e estímulo, tão necessários nesta árdua tarefa.

À minha irmã de alma e amiga Daniela, parceira inseparável na significativa vivência no PSF e com quem divido o sonho de uma saúde pública de qualidade.

Às minhas queridas alunas e auxiliares de pesquisa, Ana Paula, Eliana, Jordana e Valéria, imprescindíveis na realização da coleta de dados, o meu muito obrigado.

À Valéria e Fabiana pela prestimosa ajuda na digitação dupla dos dados.

À Secretaria de Saúde de Santa Cruz do Sul, em nome dos profissionais das unidades de saúde, que nos receberam tão bem, contribuindo para o êxito da pesquisa.

À todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que esta conquista fosse possível.

E finalmente aos hipertensos, verdadeiros protagonistas desta pesquisa, os nossos agradecimentos e o desejo de que este estudo possa estimular, nos serviços de saúde, a busca de práticas mais comprometidas e preparadas para lidar com as questões da aderência.

**“La conciencia en los sistemas y el diseño de los sistemas son importantes para los profesionales de la salud, pero no bastan. Sólo son mecanismos potenciadores. Lo esencial para el éxito de un sistema es la dimensión ética de los individuos. A fin de cuentas, el secreto de la calidad es el amor. Uno debe amar a su paciente; uno debe amar su profesión; uno debe amar a su Dios. Si tienes amor, entonces puedes volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema. El comercialismo no debe ser una fuerza central en el sistema”.**

Avedis Donabedian, fundador dos estudos sobre “Qualidade da Atenção em Saúde”, em declarações feitas a Fitzhugh Mullan um mês antes de sua morte, aos 81 anos, vítima de câncer de próstata, em novembro de 2000.

## **RESUMO**

MOURA, Rosylaine. Aderência ao tratamento anti-hipertensivo entre usuários das unidades de saúde da família e das unidades básicas de saúde na cidade de Santa Cruz do Sul/RS. 2005. 175 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Este estudo transversal objetivou estudar a prevalência da aderência ao tratamento anti-hipertensivo nos usuários das unidades de saúde da família em relação aos usuários das unidades básicas de saúde. Objetivou-se, ainda, descrever os fatores relacionados a esta aderência e comparar algumas características entre os dois tipos de unidade. Para isso, foram entrevistados 240 hipertensos (120 em cada tipo de unidade) com no mínimo 40 anos, com diagnóstico médico de hipertensão há pelo menos um ano, com prescrição médica para o uso de medicamento anti-hipertensivo há pelo menos um ano. Considerou-se usuário aquele que há pelo menos um ano está utilizando ou já utilizou (no caso específico das unidades de saúde da família), no mínimo um dos serviços disponíveis para o tratamento da hipertensão em uma das cinco unidades de saúde da família ou em uma das cinco unidades básicas de saúde selecionadas pelo estudo. A aderência ao tratamento medicamentoso foi medida através do Questionário Simplificado para Aderência à Medicação – SMAQ (KNOBEL, 2002). Para análise dos dados (bivariada e multivariada) foram utilizados o teste de qui-quadrado e regressão Poisson. Obteve-se como resultado uma prevalência de aderência ao tratamento medicamentoso de 50% para toda a amostra. Não foi observada diferença entre as prevalências de aderência nas unidades estudadas (50% em ambas). Apesar disso, os usuários das unidades de saúde da família mostraram ter mais informações à respeito da doença e do tratamento. Os hipertensos de cor de pele branca e que vivem sem companheiro e com filhos mostraram ter mais probabilidade de aderir ao tratamento medicamentoso do que os de pele não-branca e que vivem com companheiro e filhos, respectivamente.

Descritores: Hipertensão. Saúde da família. Centros de Saúde. Enfermagem familiar. Hipertensão - Tratamento.

## **ABSTRACT**

MOURA, Rosylaine. Adherence to the anti-hypertensive treatment among users of the family health units and of the basic health units in Santa Cruz do Sul/RS. 2005. 175 f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) - Post-graduation program in Nursing, *Fundação Universidade Federal do Rio Grande*, Rio Grande.

The objective of this transversal study is to study the prevalence of adherence to the anti-hypertensive treatment in users of the family health units in relation to the users of the basic health units. Another objective was to describe the factors related to this adherence and compare some characteristics between the two types of health units. In order to do this, 240 hypertensive people were interviewed (120 in each type of unit), of at least 40 years-old, and with a medical diagnosis of at least one year of hypertension, and to whom anti-hypertensive medication had been prescribed for at least one year. Were considered users those who, for at least one year, have been using or have used (in the specific case the family health units) one of the services available for the hypertension treatment in one of the five family health units or in one of the five basic health units selected for the study. The adherence to the salutary treatment was measured through the Simplified Questionnaire to Medicine Adherence – SMAQ (KNOBEL, 2002). For analysis of the data (bivariada and multivariada) the qui-square test and regression were used Poisson. It was obtained as result the adherence prevalence to the salutary treatment to the entire samples was of 50%. There were not differences observed to the adherence prevalence in the units studied (50% in both). In spite of that, the users of the family health units showed to have more information in respect to the disease and the treatment. The hypertensive people of white color skin and that live alone with the children show that are more likely to adhere to the medical treatment than those non-white that live with a spouse and children, respectively.

Descriptors: Hypertension. Family health. Health centers. Family nursing. Hypertension – Treatment.

## **RESUMEN**

MOURA, Rosylaine. Adherencia al tratamiento antihipertensivo entre usuarios de las unidades de salud de la familia y de las unidades básicas de salud en la ciudad de "Santa Cruz do Sul/RS". 2005. 175 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Fundación Universidad Federal de Río Grande, Río Grande.

Este estudio transversal objetivo estudiar la prevalencia de la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los usuarios de las unidades de salud de la familia con relación a los usuarios de las unidades básicas de salud. Se objetivo, todavía, describir los factores relacionados a esta adherencia y comparar algunas características entre los dos tipos de unidad. Para eso, fueron entrevistados 240 hipertensos (120 en cada tipo de unidad) con una edad mínima de 40 años, con diagnóstico médico de hipertensión hace por lo menos un año, con prescripción médica para el uso de medicamento antihipertensivo hace por lo menos un año. Se consideró usuario aquel que hace por lo menos un año está utilizando o ya ha utilizado (en el caso específico de las unidades de salud de la familia), en lo mínimo un de los servicios disponibles para el tratamiento de la hipertensión en una de las cinco unidades de salud de la familia o en una de las cinco unidades básicas de salud seleccionadas por el estudio. La adherencia al tratamiento medicamentoso fue medida a través del Cuestionario Simplificado para Adherencia a la Medicación – SMAQ (KNOBEL, 2002). Para analice de los datos (bivariada y multivariada) fueron utilizados o teste de qui-quadrado y regresión Poisson. Se obtuve como resultado una prevalencia de adherencia al tratamiento medicamentoso de 50% para toda la muestra. No fue observada diferencia entre las prevalencias de adherencia en las unidades estudiadas (50% en ambas). Además, los usuarios de las unidades de salud de la familia mostraron tener más informaciones respecto a la enfermedad y del tratamiento. Los hipertensos de color de piel blanca y que viven sin compañero y con hijos, mostraron tener más probabilidad de adherir al tratamiento medicamentoso del que los de piel no blanca y que viven con compañero y hijos, respectivamente.

Descriptores: Hipertensión. Salud de la familia. Centros de Salud. Enfermería familiar. Hipertensión - Tratamiento.

## **LISTA DE TABELAS**

<b>1</b> - Descrição das características demográficas e socioeconômicas dos hipertensos usuários das unidades de saúde. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	70
<b>2</b> - Descrição das características da hipertensão e do tratamento medicamentoso dos hipertensos usuários das unidades de saúde. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	72
<b>3</b> - Descrição das respostas segundo critérios de avaliação da aderência ao tratamento medicamentoso nos hipertensos usuários das unidades de saúde, Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	74
<b>4</b> - Motivos de não-aderência referidos pelos hipertensos não aderentes, usuários das unidades de saúde. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	75
<b>5</b> - História de outras patologias crônicas e uso de outros medicamentos contínuos nos hipertensos usuários das unidades de saúde. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	76
<b>6</b> - Características do conhecimento sobre a hipertensão e o tratamento, entre os hipertensos usuários das unidades de saúde. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240) .....	77
<b>7</b> - Atitudes anti-hipertensivas não farmacológicas, iniciadas ou mantidas no último ano pelos hipertensos usuários das unidades de saúde. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	78
<b>8</b> - Utilização de serviços hospitalares e de urgência pelos hipertensos usuários das unidades de saúde, nos últimos três meses, devido à hipertensão. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	79
<b>9</b> - Características dos serviços utilizados no tratamento da hipertensão nas unidades de saúde. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	81
<b>10</b> - Características das consultas médicas nas unidades de saúde freqüentadas. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	82

<b>11</b> - Descrição das características demográficas e socioeconômicas dos hipertensos, segundo unidade utilizada. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	84
<b>12</b> - Descrição das características da hipertensão e do tratamento medicamentoso dos hipertensos, segundo unidade utilizada. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	86
<b>13</b> - Descrição da aderência auto-relatada ao tratamento farmacológico nos hipertensos, segundo unidade utilizada. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	87
<b>14</b> - Motivos de não aderência, referidos pelos hipertensos não aderentes, segundo unidade utilizada. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	88
<b>15</b> - História de outras patologias crônicas e uso de outros medicamentos contínuos nos hipertensos, segundo unidade utilizada. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	89
<b>16</b> - Características do conhecimento sobre a hipertensão e o tratamento, entre os hipertensos, segundo unidade utilizada. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	91
<b>17</b> - Atitudes anti-hipertensivas não-farmacológicas, iniciadas ou mantidas no último ano pelos hipertensos, segundo unidade utilizada. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	92
<b>18</b> - Utilização de serviços hospitalares e de emergência pelos hipertensos, segundo unidade, nos últimos três meses, devido à hipertensão. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	93
<b>19</b> - Características dos serviços utilizados no tratamento da hipertensão, segundo unidade. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	95
<b>20</b> - Características das consultas médicas utilizadas, segundo a unidade. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	97
<b>21</b> - Prevalência de Aderência ao tratamento anti-hipertensivo e razão de prevalência conforme as características demográficas e socioeconômicas dos hipertensos usuários das unidades de saúde, Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	99
<b>22</b> - Prevalência de Aderência ao tratamento anti-hipertensivo e razão de prevalência conforme as características da hipertensão e do tratamento medicamentoso dos hipertensos usuários das unidades de saúde, Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	
<b>23</b> - Prevalência de Aderência ao tratamento anti-hipertensivo e razão de prevalência conforme história de outras patologias crônicas e uso de outros medicamentos contínuos nos hipertensos usuários das Unidades Básicas de	

Saúde, Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	102
<b>24</b> - Prevalência de Aderência ao tratamento anti-hipertensivo e razão de prevalência conforme características do conhecimento sobre a hipertensão e o tratamento, entre os hipertensos usuários das unidades de saúde, Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	103
<b>25</b> - Prevalência de Aderência ao tratamento anti-hipertensivo e razão de prevalência conforme atitudes anti-hipertensivas não-farmacológicas, iniciadas ou mantidas no último ano pelos hipertensos usuários das unidades de saúde, Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	104
<b>26</b> - Prevalência de Aderência ao tratamento anti-hipertensivo e razão de prevalência conforme utilização de serviços hospitalares e de emergência pelos hipertensos usuários das unidades de saúde, nos últimos três meses, devido à hipertensão. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	104
<b>27</b> - Prevalência de Aderência ao tratamento anti-hipertensivo e razão de prevalência conforme características dos serviços utilizados pelos hipertensos nas unidades de saúde. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. ....	107
<b>28</b> - Análise ajustada para aderência ao tratamento anti-hipertensivo, segundo modelo de análise .....	110
<b>29</b> - Resultados da estatística Kappa para concordância inter-observadores no controle de qualidade .....	111

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>25</b>
2.1 Alguns aspectos da epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica ...	25
2.1.1 Definições conceituais da Hipertensão Arterial Sistêmica .....	25
2.1.2 Aspectos da epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica .....	27
2.1.3 Elementos do modelo epidemiológico .....	29
2.2 Alguns aspectos do tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica .....	32
2.2.1 A problemática da aderência ao tratamento .....	33
2.3 Os Serviços de Saúde no Brasil e a Hipertensão Arterial Sistêmica .....	34
2.3.1 Breve histórico dos programas governamentais relativos à hipertensão .....	34
2.3.2 Perspectiva histórica e pressupostos teóricos do Programa Saúde da Família .....	36
2.3.3 A organização do trabalho na rede básica de saúde e seus nexos com a aderência .....	39
2.3.4 As relações existentes no interior dos serviços de saúde, suas possibilidades terapêuticas pedagógicas e a aderência ao tratamento .....	42
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>50</b>
3.1 Objetivo Geral .....	50
3.2 Objetivos Específicos .....	50
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>51</b>
4.1 Tipo de Estudo .....	51
4.2 População-alvo e Amostra .....	51
4.3 Processo de captação da amostra .....	53
4.4 Variáveis .....	53

	14
<b>4.4.1 Dependente</b> .....	<b>53</b>
<b>4.4.2 Independentes</b> .....	<b>55</b>
<b>4.5 Instrumentos</b> .....	<b>62</b>
<b>4.6 Seleção e treinamento dos entrevistadores</b> .....	<b>62</b>
<b>4.7 Estudo Piloto</b> .....	<b>63</b>
<b>4.8 Logística</b> .....	<b>63</b>
<b>4.9 Processamento e análise dos dados</b> .....	<b>64</b>
<b>4.10 Modelo de análise</b> .....	<b>66</b>
<b>4.11 Controle de qualidade</b> .....	<b>67</b>
<b>4.12 Aspectos éticos</b> .....	<b>67</b>
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>68</b>
<b>5.1 Perfil geral da população estudada</b> .....	<b>69</b>
<b>5.1.1 Características demográficas e socioeconômicas</b> .....	<b>69</b>
<b>5.1.2 Características do hipertenso e do tratamento medicamentoso</b> .....	<b>70</b>
<b>5.1.3 Respostas segundo critérios de avaliação de aderência ao tratamento medicamentoso</b> .....	<b>73</b>
<b>5.1.4 Motivos de não-aderência referidos pelos hipertensos não aderentes.</b>	<b>74</b>
<b>5.1.5 História de outras patologias crônicas e outros medicamentos contínuos</b> .....	<b>75</b>
<b>5.1.6 Características do conhecimento sobre a doença e o tratamento</b> .....	<b>76</b>
<b>5.1.7 Atitudes anti-hipertensivas não farmacológicas iniciadas ou mantidas no último ano</b> .....	<b>77</b>
<b>5.1.8 Utilização de serviços hospitalares e de urgência nos últimos três meses devido à hipertensão</b> .....	<b>79</b>
<b>5.1.9 Características dos serviços utilizados no tratamento da hipertensão nas unidades de saúde</b> .....	<b>79</b>
<b>5.1.10 Características das consultas médicas utilizadas nas unidades de saúde</b> .....	<b>81</b>
<b>5.2 Perfil da população segundo a unidade utilizada para o tratamento anti-hipertensivo</b> .....	
<b>5.2.1 Características demográficas e sócio-econômicas, segundo a unidade utilizada</b> .....	<b>82</b>

<b>5.2.2 Características da hipertensão e do tratamento medicamentoso, segundo a unidade utilizada .....</b>	<b>84</b>
<b>5.2.3 Respostas segundo critérios de avaliação de aderência ao tratamento medicamentoso, segundo a unidade utilizada .....</b>	<b>87</b>
<b>5.2.4 Motivos de não-aderência referidos pelos hipertensos não-aderentes, segundo unidade utilizada .....</b>	<b>88</b>
<b>5.2.5 História de outras patologias crônicas e outros medicamentos contínuos, segundo a unidade utilizada .....</b>	<b>89</b>
<b>5.2.6 Características do conhecimento sobre a doença e o tratamento, segundo a unidade utilizada .....</b>	<b>89</b>
<b>5.2.7 Atitudes anti-hipertensivas não-farmacológicas iniciadas ou mantidas no último ano, segundo a unidade utilizada .....</b>	<b>91</b>
<b>5.2.8 Utilização de serviços hospitalares e de emergência nos últimos três meses devido à hipertensão, segundo a unidade utilizada .....</b>	<b>92</b>
<b>5.2.9 Características dos serviços utilizados no tratamento da hipertensão, segundo a unidade. ....</b>	<b>93</b>
<b>5.2.10 Características das consultas médicas utilizadas, segundo a unidade .....</b>	<b>96</b>
<b>5.3 Fatores associados à aderência ao tratamento .....</b>	<b>97</b>
<b>5.3.1 Associações entre aderência e as características demográficas e socioeconômicas .....</b>	<b>98</b>
<b>5.3.2 Associações entre aderência e as características da hipertensão e do tratamento medicamentoso .....</b>	<b>100</b>
<b>5.3.3 Associações entre aderência e história de outras patologias crônicas e uso de outros medicamentos contínuos .....</b>	<b>102</b>
<b>5.3.4 Associações entre aderência e as características do conhecimento sobre a hipertensão e o tratamento .....</b>	<b>102</b>
<b>5.3.5 Associações entre aderência e o número de atitudes anti-hipertensivas não-farmacológicas adotadas no último ano .....</b>	<b>103</b>
<b>5.4 Análise multivariada .....</b>	<b>100</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>112</b>
<b>6.1 Algumas considerações sobre aspectos metodológicos .....</b>	<b>113</b>

	16
<b>6.2 Análise dos dados .....</b>	<b>114</b>
<b>6.2.1 Perfil da amostra e análise comparativa entre o perfil dos usuários da USF e dos usuários da UBS.....</b>	<b>116</b>
<b>6.2.2 Fatores associados à aderência .....</b>	<b>125</b>
<b>7 CONCLUSÕES .....</b>	<b>140</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>143</b>
<b>9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>145</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As condições crônicas de saúde e seu efetivo gerenciamento representam sem dúvida para os sistemas de saúde mundiais, um dos maiores desafios deste século (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS, 2003).

O uso do termo “condições crônicas” busca englobar todos aqueles problemas de saúde persistentes, que necessitam de um certo nível de cuidados permanentes, como: “algumas doenças transmissíveis (e.g., HIV/AIDS), não transmissíveis (e.g., doenças cardiovasculares, câncer e diabetes) e incapacidades estruturais (e.g., amputações, cegueira e transtornos das articulações)” (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2003, p.15).

Dentre as condições crônicas, as doenças não-transmissíveis, também denominadas não-infecciosas, crônicas não-transmissíveis ou ainda, crônico-degenerativas, abarcam, de forma mais ou menos precisa, grupos de patologias caracterizadas por apresentarem:

“(...) história natural prolongada; multiplicidade de fatores de risco complexos; interação de fatores etiológicos conhecidos; interação de fatores etiológicos desconhecidos; longo período de latência; longo curso assintomático; curso clínico em geral lento, prolongado e permanente; manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação; evolução para graus variados de incapacidade ou para a morte” (JENICECK & CLEROUX<sup>1</sup>, apud LESSA, 1998b, p.32).

A estrutura demográfica do Brasil tem sofrido um processo de mudança bastante acentuado, caracterizado por queda de fertilidade, aumento da expectativa

---

<sup>1</sup> JENICECK M. & CLEROUX R. *Epidemiologia. Princípios, técnicas, aplicaciones*. Barcelona: Salvat, 1987, cap. 12.

de vida, diminuição dos óbitos por doenças infecciosas, entre outros. Esta realidade implica na soma dos problemas já existentes, como a alta incidência das doenças infecciosas, os problemas de saúde na infância, à crescente situação dos problemas ambientais e da violência com o processo de envelhecimento populacional, com aumento das doenças crônico-degenerativas; resultando num quadro bastante complexo (LESSA, 1998a).

Dentre as doenças crônico-degenerativas, as cardiovasculares são efetivamente as mais freqüentes, representando, desde os anos oitenta, a primeira causa de morte no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

No Rio Grande do Sul (RS), as doenças cardiovasculares anteciparam a tendência brasileira, provocando desde a década de setenta mais de 30 % do total de óbitos/ano no Estado. Dentre as doenças cardiovasculares, a doença isquêmica do coração e a doença cérebro vascular significam, respectivamente, a primeira e segunda causa de morte no Rio Grande do Sul (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – RS, 2000).

Para a maioria das doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), como patologia isolada, representa um importante fator de risco. A HAS está relacionada a 80 % dos casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 60% dos casos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL, 2001).

Sendo a HAS uma patologia crônica de longa duração, o objetivo de seu tratamento é a manutenção de níveis tensionais controlados a fim de prevenir

complicações, co-morbidades e sobretudo mortalidade precoce. O tratamento da HAS engloba desde mudanças nos hábitos de vida até o uso de medicamentos anti-hipertensivos.

O caráter assintomático e a natureza vitalícia da HAS certamente contribuem para que seus portadores apresentem, em maior ou menor grau, dificuldades no seguimento do tratamento (RUDD, 1998; NESSMAN et al, 1980).

Vários termos têm sido utilizados na literatura para descrever o fenômeno que indica o comportamento do paciente frente ao seu tratamento: observância, complacência, adesão e aderência. Alguns destes termos sugerem atitude passiva e acrítica do paciente em relação ao seu processo de tratamento, nem um pouco condizente com os dias atuais.

Diante do exposto, optamos por utilizar neste estudo o termo “aderência”, que conforme definição da OMS, significa: “até que ponto o comportamento de uma pessoa – utilizando medicamento, seguindo uma dieta, e/ou mudando de estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas com um profissional de saúde” (WHO, 2003, p. 3).

Além da confusão de terminologias na área da aderência existem também controvérsias à respeito do ponto de corte empregado para diferenciar aderência de não-aderência.

Alguns estudos apontam que, apesar da disponibilidade de tratamento medicamentoso efetivo, mais da metade dos pacientes que são tratados para a

hipertensão abandonam o tratamento dentro do primeiro ano após o diagnóstico (MAPES, 1977), e dos que permanecem sob supervisão médica somente 50% usam 80% dos medicamentos prescritos (SACKETT et al, 1975). Em função disso, aproximadamente 75% dos pacientes com diagnóstico de hipertensão não alcançam níveis de controle da pressão arterial (BURT et al, 1995; COSTA, 1996).

Diante da magnitude do problema mundial da aderência ao tratamento das doenças crônicas, entre elas a hipertensão, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou amplo estudo em quarenta países, envolvendo 280 pesquisadores da área entre os anos de 1991 e 2003. Com base neste estudo, estima-se que a extensão da aderência à terapia medicamentosa para HAS varia entre 50 e 70% (WHO, 2003).

Apesar de escassos, os estudos brasileiros também têm encontrado resultados semelhantes. Lessa (1997), que considerou aderentes ao tratamento àqueles que estavam com a pressão arterial controlada no momento da pesquisa encontrou 41,5% de aderentes, já Saldaña-Garin (1999), que considerou a adesão referida (o paciente afirma ser aderente às recomendações e ao tratamento médico), encontrou 72% de aderentes, sendo que destes, 69% não estava com a pressão arterial controlada no momento da entrevista.

De acordo com o estudo da OMS a aderência é um processo comportamental complexo determinado pela interação de vários fatores, entre eles aqueles, relacionados aos atributos do próprio paciente como: idade, sexo, classe social, conhecimento, atitudes, convicções, percepções e expectativas; aqueles

relacionados à doença e ao tratamento e aqueles relacionados ao ambiente do paciente, como apoios sociais, características do serviço e da equipe de saúde (WHO, 2003).

Apesar de a influência dos fatores relacionados às características do serviço e da equipe de saúde na aderência ainda não terem sido estudadas sistematicamente, alguns estudos já trazem contribuições importantes.

O despreparo dos profissionais de saúde em lidar com as questões da aderência, o tempo inadequado dedicado ao usuário, a falta de incentivo e de avaliação de desempenho das práticas diárias são alguns dos aspectos citados por autores internacionais (DAVIS et al, 1995; OXAMAN, 1995).

Outro aspecto bastante citado na literatura está relacionado à forma como se estabelecem às relações entre profissionais de saúde e usuários. A construção de uma boa relação, baseada na empatia e em atitudes de não-julgamento e sim de ajuda, prontidão e disponibilidade; além de uma comunicação de qualidade e um compartilhamento de responsabilidades parecem interferir positivamente na aderência dos pacientes (WRIGHT, 2000).

Também algumas razões relacionadas ao serviço de saúde e aos profissionais de saúde foram citadas por Lessa (1998d), como: serviço médico distante da residência; marcação de exames para dias diferentes das consultas; demora em fazer os exames solicitados; não-fornecimento da medicação; não atendimento de consulta previamente marcada; consulta muito rápida; orientações

pouco claras; não fornecimento de orientações por escrito; nunca é atendido quando precisa, é atendido só no dia aprazado e quantidade excessiva de medicação.

No Brasil, a partir da promulgação da Constituição de 1988 e da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) aconteceram mudanças importantes nas políticas de saúde do país. Entre elas, a que propôs que, a totalidade das ações de saúde deve ser desenvolvida em um conjunto ou rede de estabelecimentos organizados de forma regionalizada, hierarquizada, com tecnologia adequada a cada nível, com fluxo de referência e contra-referência, visando o atendimento integral da população. Esta rede de estabelecimentos, sob a responsabilidade do poder municipal, deve potencializar a resolutividade das ações de saúde, tornando-as mais efetivas e eficientes e inserindo de forma indissociável os cidadãos ao SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL, 1999; DUNCAN et al, 1996).

Diante desta nova realidade, passou-se a organizar então, o Sistema de Saúde a partir da atenção básica à saúde, por meio, principalmente, da rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BERTUSSI, 2001).

A UBS, constituída como porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde, deve atender uma demanda universal, de forma equânime e integral resolvendo no mínimo 80% das intercorrências solicitadas, ser responsável pelo acompanhamento programático de grupos considerados prioritários (menores de um ano, gestantes, hipertensos, diabéticos, e outros), realizar a vigilância em saúde em seu território, e

ainda, realizar a relação política com a comunidade, com os níveis intra e extra-setoriais (BOTAZZO, 1999).

Para Merhy (1997a) as mudanças ocorridas a partir do entendimento de que a rede básica de saúde tem potencial para reordenar todo o processo de produção de serviços de saúde, têm ocorrido em graus variados e de forma desordenada no país. As experiências positivas têm demonstrado a necessidade de “um modelo de atenção que permita, junto ao conjunto dos usuários, realizar práticas que acolham, vinculem e resolvam, no sentido de promover e proteger a saúde, no plano coletivo” (MERHY, 1997a, p. 198).

A estratégia de Saúde da Família, proposta pelo Ministério da Saúde em 1994, surge como uma forma de reorganização do modelo de atenção à saúde, ou seja, como substituição do modelo vigente, sintonizada com os princípios do SUS, com novas práticas de atenção à saúde e afirmando a indissociabilidade entre o atendimento clínico e a promoção da saúde (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2000).

Nesta perspectiva, surgiu uma nova denominação da UBS que, organizada sob a lógica da estratégia de Saúde da Família, passa a denominar-se Unidade de Saúde da Família (USF), com o objetivo de ser resolutiva, com profissionais capazes de identificar e propor intervenções aos problemas de saúde mais comuns e manejar novos saberes (BERTUSSI, 2001).

A estratégia de saúde da família deve centrar sua atenção na família, a partir de seu ambiente físico e social, compreender de maneira ampliada o processo saúde-doença e basear suas intervenções para além das práticas curativas. Suas

intervenções devem ser baseadas no “estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população” (MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL, 1997, p.7).

A melhor imagem da USF é a de um funil, no qual apenas 15% dos casos necessitam de encaminhamentos para os serviços de saúde especializados. Ainda assim, não atuará apenas como porta de entrada do Sistema de Saúde porque será de sua responsabilidade todo o plano terapêutico, mesmo que este seja realizado pelo serviço especializado (MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL, 2000).

A expansão da estratégia de saúde da família deu-se de maneira tão rápida que atualmente significa, sem dúvida, uma mudança concreta no acesso dos usuários aos serviços de atenção básica de saúde no Brasil. Apesar disso, ainda são controversas as contribuições que suas práticas têm trazido à qualidade da atenção à saúde no país.

Frente à prevalência da hipertensão arterial nos nossos tempos e lugares e diante das conseqüências desastrosas da não-aderência à terapêutica entre os hipertensos; somado à nossa vivência de que a rede básica de saúde, especialmente e diferentemente nas suas Unidades de Saúde da Família, pode interferir positivamente no comportamento de aderência de seus usuários; pretendemos neste estudo conhecer e comparar a aderência ao tratamento anti-hipertensivo dos usuários da Unidade de Saúde da Família (USF) e dos usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS).

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Alguns aspectos da epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica**

#### **2.1.1 Definições conceituais da Hipertensão Arterial Sistêmica**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é caracterizada pela elevação dos níveis de pressão arterial, de natureza multi-fatorial. Apresenta como características clínicas o início indefinido e curso insidioso, acompanhado de poucos sintomas ou totalmente assintomático e que se não detectada e tratada precocemente, adequadamente e continuamente pode repercutir lenta e progressivamente em lesões nos chamados órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, retina e vasos periféricos), determinando com isso complicações como: doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração, cardiopatia hipertensiva, entre outras.

Existem dois critérios padronizados internacionalmente para diagnóstico de hipertensão. O critério da Organização Mundial da Saúde (OMS), datado de 1958, que considera como pontos de corte para separar normotensos de hipertensos, 95mmHg para pressão arterial diastólica (PAD) e 160 mmHg para pressão arterial sistólica (PAS) e o critério elaborado na década de 70 e atualmente revisado pelo

Joint National Committee (JNC) do National Institute of Health (NIH) que estipula como pontos de corte, 89 mmHg para PAD e 139 mmHg para PAS.

No Brasil, as Sociedades Brasileiras de Hipertensão, de Cardiologia e de Nefrologia sugerem, através das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002), a utilização como referência, do ponto de corte do JNC. Este também é o ponto de corte adotado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL, 2001).

É necessário considerar no diagnóstico da hipertensão; além dos níveis tensionais, os fatores de risco, a lesão de órgãos alvo e as co-morbidades associadas (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002).

A pressão arterial pode variar em função de flutuações reais ou aparentes, devendo-se ter o máximo de cautela antes de rotular algum paciente como sendo hipertenso, tanto pelo risco do falso-positivo como do falso-negativo (LOLIO, 1990).

Embora cerca de 95% dos casos de hipertensão arterial sejam do tipo primária ou essencial, não se pode descuidar de que existem os tipos secundários, alguns dos quais completamente reversíveis quando diagnosticados precocemente e quando ainda não tenham comprometido órgãos-alvo, em particular os rins (STRONG et al 1977).

Estudos recentes tem apontado para evidências de que o endurecimento arterial, questionado como novo fator de risco cardiovascular, seja o mecanismo de

início e ou progressão da HA. O aumento nos níveis de pressão arterial corresponderia em aumento progressivo dos riscos cardiovasculares, ao passo que a diminuição dos níveis pressóricos estaria associada à diminuição dos riscos (ARNETT et al., 1994).

Conforme Ministério da Saúde - Brasil (2001), a HAS constitui um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares; primeira causa de morte no Brasil e, portanto, considerada agravo de saúde pública onde cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica de saúde.

### ***2.1.2 Aspectos da epidemiologia da HAS***

A importância da HAS e de suas complicações em nível populacional somente foram sentidas em torno da metade do século passado com o aumento da frequência das doenças cardiovasculares. A partir de então, um enorme volume de estudos tem sido realizados na tentativa de conhecer melhor seus determinantes e sua distribuição nas diversas sociedades.

### 2.1.2.1 Morbidade e mortalidade da HAS

A hipertensão arterial como entidade isolada é a mais ou encontra-se entre as mais freqüentes morbidades do adulto em todo o mundo industrializado e na maioria dos países em fase de desenvolvimento, sobretudo nos grandes centros urbanos.

A prevalência da hipertensão difere nas diversas populações, chegando a ultrapassar os 60% nos adultos maiores de 60 anos em algumas sociedades e em outras, até mesmo não existir.

Em revisão dos estudos brasileiros de prevalência Lessa (1993), encontrou problemas metodológicos diversos e uso de critérios desiguais tornando muito difícil a comparação das amplas variações nas prevalências observadas intra e entre regiões. Mesmo assim, a autora refere uma prevalência de aderência elevada na população brasileira, estando muitas vezes entre 20 e 30%. Outros resultados da revisão realizada pela autora indicam maiores prevalências de hipertensão entre: homens, negros, ocupações do setor terciário da economia, migração, uso de anticoncepcionais orais (mulheres), classe social baixa, obesos, elevação com a idade em ambos os sexos, quanto maior o consumo de álcool, e baixa escolaridade, como um dos mais importantes fatores.

Conforme Ministério da Saúde - Brasil (2001), a HAS tem prevalência em nosso meio de cerca de 20% na população adulta (maior ou igual a 20 anos) e forte relação com 80% dos casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 60% dos casos de doença isquêmica do coração.

Vários estudos mostram que se reduzirmos a pressão arterial diastólica média de uma população em cerca de 4mmHg, em um ano teremos uma redução de 35 a 42% de AVE nessa comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL, 2001).

A mortalidade pela hipertensão arterial decresceu consideravelmente nas últimas décadas, tendo sido substituída pelas suas principais complicações que são as principais causas de morte em países industrializados e em muitos em estágio de desenvolvimento, como o Brasil.

No Brasil, o AVE vem ocorrendo em idade precoce, com uma letalidade hospitalar, em um mês, em torno de 50%; dos que sobrevivem, 50% ficam com algum grau de comprometimento.

### ***2.1.3 Elementos do modelo epidemiológico***

Os fatores de risco predominantes para a HAS são semelhantes nas sociedades urbanas e, dentre eles, são mais consistentes os relacionados ao estilo de vida, à herança e ao ambiente psicossocial, sendo a hipertensão mais freqüente em grupos mais socialmente vulneráveis às interações de alguns fatores biológicos e ou do estilo de vida como os estressores do ambiente psicossocial.

### 2.1.3.1 Aspectos biológicos

Os homens até aproximadamente 45 a 50 anos apresentam maiores prevalências de hipertensão do que as mulheres, que a partir desta idade são mais prevalentes (PAUL, 1997).

Por razões ainda inexplicáveis, complexas e polêmicas, a hipertensão é mais prevalente entre negros do que entre brancos americanos e do que negros no seu continente de origem (HILDRETH & SAUNDERS, 1991; AKINKUGBE, 1976).

A herança encontra-se freqüentemente associada à hipertensão, independente da etnia.

A obesidade permanece como fator de risco mais bem caracterizado para a HÁ, detendo cerca de 10 a 20% do risco atribuível à população (COOPER, 1991).

### 2.1.3.2 Aspectos do estilo de vida

Padrões de consumo e de comportamento são dos principais fatores de risco para a HAS. O consumo excessivo de calorias e de bebidas alcoólicas, inatividade física, a baixa ingestão de potássio e o elevado consumo de sódio estão entre os

aspectos mais citados na literatura (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH<sup>2</sup>, 1993 apud LESSA, 1998c).

O tabagismo, componente do estilo de vida, não é fator de risco para a hipertensão, porém é fator de prognóstico, ou seja, agrava a hipertensão e está entre os mais graves componentes do elenco de fatores de risco para outras doenças cardiovasculares.

Outros aspectos foram relacionados como indutores de hipertensão, ou seja, podem levar à hipertensão reversível, são eles: anticoncepcionais, corticóides e cocaína, entre outros (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 1993).

#### 2.1.3.3 Aspectos ambientais

A HAS encontra-se freqüentemente associada aos estratos sociais mais baixos, à baixa escolaridade, aos estressores sociais crônicos (pobreza, hostilidade, estado marital, racismo, aglomeração, estresse socioecológico), às ocupações menos qualificadas, aos estressores do trabalho, à migração, e outros (ANDERSEN, 1990; KUMANYIKA & CAMPBELL, 1991).

---

<sup>2</sup> NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *NHI Public*. nº 93-1088, 1993.

#### 2.1.3.4 Aspectos relacionados à organização do sistema de atenção à saúde

Este setor, por si só, não representa fator de risco para a determinação da HAS. No entanto ausência de programas de promoção e proteção à saúde – seja por desorganização, irresponsabilidade, omissão ou falta de recursos de qualquer natureza – contribui para que indivíduos livres de fatores de risco, sobretudo os do estilo de vida, venham a adquiri-los ou então que os que os já possuem possam beneficiar-se com estratégias adequadas para minimização ou eliminação dos riscos (LESSA, 1998c).

## **2.2 Alguns aspectos do tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica**

O tratamento da hipertensão inclui estratégias, como: educação, modificação dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL, 2001).

Apesar dos comprovados benefícios do tratamento não-medicamentoso, é mais fácil ao médico prescrever anti-hipertensivos do que ensinar mudanças de hábitos e de comportamentos, enquanto para os hipertensos é mais fácil tomar a medicação do que praticar exercícios, fazer dietas ou deixar de fumar (HALL & KONG, 1991).

Conforme Ministério da Saúde - Brasil (2001), quando da opção pelo uso do tratamento medicamentoso o profissional médico deve estar atento para que: o paciente seja orientado quanto ao uso do medicamento no horário mais conveniente, da relação deste com alimentos, sono, diurese e mecanismos de ação; e também para que antes de aumentar ou modificar a dosagem de um anti-hipertensivo, monitore a adesão.

Conforme Ministério da Saúde - Brasil (2001), a principal causa de hipertensão resistente é a descontinuidade da prescrição medicamentosa.

A redução do sal na dieta, a redução do peso, a moderação na ingestão de álcool e o aumento da atividade física, têm se mostrado eficaz na diminuição da pressão sanguínea (JEEFFERY, 1984; NUGENT, 1984).

### ***2.2.1 A problemática da aderência ao tratamento***

Apesar da terapia medicamentosa da hipertensão arterial ter tido avanços consideráveis nas últimas três décadas, ampliando seu leque de opções, aumentaram também as reações adversas e os custos das drogas, o que tem contribuído substancialmente para a não-adesão ao tratamento, principalmente em populações de baixa renda (WHO, 2003).

Quanto ao tratamento não-medicamentoso Lessa (1998c) alerta que, o seguimento pelo hipertenso de orientações desta natureza, requerem um bom nível de escolaridade, boa condição socioeconômica, mas acima de tudo, um conhecimento adequado da doença e de suas complicações, aceitação da doença e uma disciplina rígida.

## **2.3 Os Serviços de Saúde no Brasil e a Hipertensão Arterial Sistêmica**

### ***2.3.1 Breve histórico dos programas governamentais relativos à hipertensão***

Durante muitos anos o Brasil só dispunha, em nível nacional, do programa de prevenção do câncer.

Apesar de no final da década de 70, a então Divisão Nacional do Câncer passou a denominar-se Divisão Nacional das Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD) as ações eram ainda voltadas exclusivamente à prevenção e tratamento do câncer (LESSA, 1998e).

As primeiras tentativas em se trabalhar com hipertensão arterial no Brasil, tendo em vista a detecção e o controle da doença, foram da antiga Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) (LESSA, 1998e).

Anterior a década de 80 somente no Rio Grande do Sul já se realizavam algumas ações em relação à hipertensão (LESSA, 1998e).

Somente em meados de 80 tomou impulso e foi concluído o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica. Em 1993, uma tentativa de avaliação do funcionamento do Programa, à nível estadual, obteve respostas desalentadoras para a maioria dos estados brasileiros (LESSA, 1998e).

Em 1996, a Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, juntamente com as entidades científicas envolvidas com este agravo, desenvolveu as Normas Técnicas e Operacionais para Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da HAS e utilizou deste instrumento para, de 1996 a 1998, realizar Oficinas de Capacitação para Técnicos de Nível Superior das dezenove Coordenadorias Regionais de Saúde (SECRETARIA DE SAÚDE-RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Em 2000 o Ministério da Saúde implantou juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o Plano de Reorganização da Atenção Básica à HAS que, por sua vez, também envolveu o desenvolvimento de Protocolo de Atenção Básica à HAS e a realização de Oficinas de Capacitação para técnicos de nível superior integrantes das Equipes de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL, 2000).

### **2.3.2 *Perspectiva histórica e pressupostos teóricos do Programa Saúde da Família***

No Brasil, somente há duas décadas iniciou-se a história da participação social no destino das políticas públicas em saúde. O Movimento da Reforma Sanitária e o conseqüente processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) são considerados marcos significativos desta história recente.

O conceito de saúde definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) de certa forma resume o pensamento do movimento sanitário, que teve, por sua vez, grande influência na construção do ideário teórico do SUS.

Em sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e o acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

A partir da promulgação da Constituição de 1988 e da regulamentação do SUS, inicia-se a árdua tarefa de implantar um novo paradigma na saúde coletiva que tem como objetivo criar um modelo de assistência à saúde, baseado nas seguintes premissas: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, regionalização, descentralização e controle social nas diversas esferas do planejamento, do gerenciamento e da execução da assistência à saúde.

Apesar da existência de uma legislação avançada, a implantação efetiva do SUS apresentava várias dificuldades, principalmente relacionadas à municipalização.

Foi na tentativa de amenizar estas dificuldades que o Ministério da Saúde lançou, no início de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF).

Inicialmente, o PSF apresentou inúmeras limitações e dificuldades na sua sustentabilidade, destacando-se entre elas a questão do financiamento e da qualificação dos recursos humanos (...) desde que o PSF foi concebido sabia-se da inexistência de profissionais com o perfil necessário (SOUZA, 2000, p. 14).

Alguns municípios que superaram essas primeiras dificuldades comprovaram de maneira mais ou menos efetiva, que o PSF representava não um programa, mas uma estratégia com um potencial importante, capaz de promover o reordenamento do modelo assistencial, a partir da atenção básica, priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

O PSF concretizou-se como eixo estruturante (prioridade) do hoje Departamento de Atenção Básica, vinculado à Secretaria de Políticas de Saúde.

De lá para cá, aconteceram avanços na lógica do financiamento, a destacar a forma de repasse do incentivo (verba) que desde 1999 está diretamente relacionada com o percentual de cobertura populacional do programa no município. Esta medida

significou, decisivamente, um incremento importante no número de equipes constituídas.

Também na tentativa de melhor instrumentalizar, principalmente médicos e enfermeiros, para enfrentarem este novo desafio, criaram-se os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família na tentativa de articulação entre instituições de ensino superior e secretarias de saúde visando desenvolver cursos de capacitação, atualização e especialização assim como introduzindo inovações curriculares nos cursos de graduação de medicina e enfermagem.

Diante da constatação de que o Programa Saúde da Família apesar de considerado por alguns autores como uma “transição conservadora” (Salum, 2001) ou... “um explícito e implícito processo de desmonte neoliberal que o nosso sistema de saúde vem sofrendo” (Soares, 2000), constitui-se numa realidade concretamente estabelecida, e que irá resultar em avanços reais, na medida em que todos os sujeitos envolvidos no processo estejam atentos e preparados técnica, política e socialmente para que não assistamos a reedição dos velhos males do sistema: ineficiência, iniquidade, pouca resolubilidade e insatisfação profissional/usuário.

Para Franco e Merhy (1999), a mudança do modelo assistencial, se viabiliza a partir da reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais de saúde.

Franco e Merhy (1999) concluem que a implantação do PSF por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado. A forma como o PSF

está estruturado, não lhe dá a possibilidade de se tornar de fato um dispositivo de mudança. O Programa precisa se reciclar para incorporar potência transformadora, ou melhor, assumir uma configuração diferente.

### **2.3.3 A organização do trabalho na rede básica de saúde e seus nexos com a aderência**

Os sistemas de saúde, em quase todo o mundo industrializado contemporâneo, sofrem da chamada “crise de eficácia”. Para Campos (1994), esta crise é proveniente da influência de elementos de natureza sócio-política, presentes na sociedade.

Pires (1999, p.29) cita, entre outros, alguns destes elementos:

“ (...) as regras resultantes do jogo político entre interesses divergentes; os modelos administrativo-gerenciais hegemônicos adotados pelas empresas; a tecnologia disponível e aplicável na área; o paradigma hegemônico de produção de conhecimentos científicos e as características intrínsecas ao processo específico de produção do ato assistencial em saúde.”

Numa primeira análise poderíamos supor que a gestão de serviços de saúde ocupa uma posição subordinada frente a este conjunto emaranhado de complexos fatores. No entanto, conforme sugere Campos (1994), convém não tomarmos esta lógica em sentido mecânico, sob pena de negligenciarmos o papel e a importância dos fatores internos do próprio serviço, na conservação ou transformação de um determinado padrão, na totalidade do sistema de saúde. A respeito do tema Campos, Merhy e Nunes (1989), fizeram as seguintes considerações:

“(...) a gerência é um instrumento importante para a efetivação de políticas; ela é, ao mesmo tempo, condicionante do e condicionada pelo modo como se organiza a produção de serviços. Esta dupla posição - de produto de um determinado contexto e de criador deste mesmo contexto - torna o processo de gestão permeável à influência dos diferentes sujeitos sociais interessados em diversas políticas de saúde.”

No Brasil, a incorporação ao campo da saúde de métodos administrativos desenvolvidos em outros ramos da produção de bens e serviços, dá-se de maneira lenta e fragmentada, fruto da predominância durante décadas, da prática médica liberal, como principal forma de prestação de serviço à população.

Historicamente, não se desenvolveu um modelo de gestão, específico para serviços de saúde no Brasil, havendo simplesmente uma incorporação de algumas noções da chamada Administração Científica ou da Escola Clássica.

Referindo-se ao modelo de gestão vigente na saúde, Campos (1994) relata que há um certo primitivismo, ou seja, não há planejamento; não há nenhum mecanismo de controle de produção ou de qualidade; há imprevisibilidade de gastos e de receitas; e toda a administração cuida do suprimento de materiais e da parte não-universitária dos recursos humanos.

A perpetuação deste modelo “tradicional” se deve a alguns possíveis motivos como: a história da organização das profissões da saúde; o tratamento de quem recebe a assistência de saúde como “paciente” e não “cliente”; a influência da organização capitalista do trabalho no setor saúde e o modelo hegemônico de produção de conhecimentos em saúde (PIRES, 1999).

No setor público percebe-se um marcado processo de alienação dos profissionais, especialmente dos médicos, do seu processo de trabalho.

É nessa realidade complexa e contraditória que está inserida a rede básica de saúde. Para Merhy (1997a), a rede básica de saúde, entendida como território estratégico de intervenções no Sistema Único de Saúde (SUS), deverá ser capaz de reordenar o sentido de todo o processo de produção de serviços de saúde e de suas finalidades, inclusive redefinindo o lugar dos outros, objetivando com isso uma mudança de direção de um sistema hospitalocêntrico para um redbasicocêntrico.

Estas mudanças têm ocorrido em graus variáveis e de forma desordenada no país, evidenciando através das experiências positivas, a necessidade de “um modelo de atenção que permita, junto ao conjunto dos usuários, realizar práticas que acolham, vinculem e resolvam, no sentido de promover e proteger a saúde no plano coletivo” (MERHY, 1997a, p.198).

Para Silva Junior (1998), o acolhimento e o vínculo com responsabilização, apresentam-se como elementos fundamentados em noções da área da saúde mental, que auxiliam na melhoria de um elo, entre trabalhador e usuário, comprometido com a resolução dos problemas de saúde da coletividade.

O acolhimento na saúde, para Merhy (1997b), deve construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, responsabilizando-se e comprometendo-se com a construção da cidadania.

A inadequação dos sistemas de saúde às novas exigências, mesmo nos países desenvolvidos, explicitada pela predominância do paradigma imediatista do tratamento agudo, nos níveis micro (plano do paciente), meso (organizações de saúde e comunidade) e macro (políticas de saúde); tem demonstrado alguns resultados terapêuticos desanimadores, entre eles, o denunciado pelas baixas taxas de aderência ao tratamento entre os portadores de agravos crônicos (OMS, 2003).

O modo de intervir em saúde para dar conta da complexidade do fenômeno da aderência, deve agregar, portanto, estas novas tecnologias ou “tecnologias de relações” no cotidiano dos serviços de saúde.

As práticas vivenciadas no interior dos serviços de saúde devem minimamente, ser capazes de apoiar o portador de hipertensão na convivência com sua doença e tratamento, auxiliando-o na busca de um autogerenciamento eficaz.

#### ***2.3.4 As relações existentes no interior dos serviços de saúde, suas possibilidades terapêuticas pedagógicas e a aderência ao tratamento***

Os pacientes com agravos crônicos, entre eles, os hipertensos, precisam muito mais do que intervenções biomédicas. Necessitam de atenção integrada que envolva um maior apoio através de cuidado planejado e de interações capazes de prever suas necessidades.

Há uma tendência em focalizar, como causa exclusiva da não aderência, algumas características próprias do paciente. Entendendo o fenômeno da aderência como um “problema do paciente”, os sistemas de saúde vêm historicamente negligenciando a importância de outros fatores em sua determinação, entre eles, aqueles relacionados com as características da equipe de saúde e de suas relações com o paciente. Pesquisas empíricas descritivas identificaram que o tipo de relação terapêutica estabelecida entre pacientes e profissionais de saúde funciona como determinante fundamental no comportamento de aderência (WHO, 2003).

Historicamente as práticas pedagógicas nos serviços de saúde tem sido de caráter predominantemente subordinador oriundas de um discurso técnico que entende a educação como instrumento de adaptação social (GARCIA, 2001).

Segundo Mello (1989) estas práticas pretendem manter as pessoas no interior de normas estabelecidas – pela sociedade e pela ordem biomédica - através da “inculcação” de comportamentos, crenças e atitudes. Nessas relações, profissionais e usuários cumprem seus papéis: uns aprendem a cumprir o “papel daqueles que (supostamente) tudo sabem, ensinando aos que (supostamente) nada sabem” (MELLO, 1989, p. 160).

Geraldi, citado por Garcia (2001), defende a necessidade de se quebrar a linearidade do esquema “...quem – ensina - o quê – para quem – onde” para então se produzir relações de múltiplas direções e sentidos.

Desta forma, “a educação não pode ser um ato de transmitir, de depositar, mas um ‘ato cognoscente’ entre sujeitos (educador e educando), numa relação

dialógica, ou seja, mediada pela palavra, pelas relações e pelos objetos cognoscíveis” (GARCIA, 2001, p.92).

Silva (1994) propõe a constituição de um campo temático denominado “educação em saúde” que compreenda o processo cotidiano das práticas pedagógico-sanitárias, capazes de gerar consciência sanitária. Consciência sanitária, entendida como, “a consciência da necessidade de tomar para si o processo de organização da vida individual e coletiva” (SILVA, 1994, p.37).

#### 2.3.4.1 As práticas pedagógicas no cotidiano dos serviços de saúde

Conforme L’abbate (1997), Vygotsky construiu uma sólida teoria sobre ensino-aprendizagem na qual é possível estabelecer as relações entre pensamento e linguagem. L’abbate (1997), analisando os principais aspectos da teoria de Vygotsky, enfatiza a importância da apropriação, no cotidiano das práticas de saúde, do conceito de “mediação” proposto pelo autor.

Para que o ser humano aprenda novos conhecimentos e habilidades a partir de um nível de conhecimento real já consolidado, é necessária a existência de processos de mediação adequados e significativos. Os processos de mediação ocorrem entre os planos externo e interno do sujeito, principalmente através do uso de símbolos e, sobretudo, da linguagem (L’ABBATE ,1997).

A mediação possibilita o que Vygotsky chamou de processo de “internalização”, que é a apropriação pelo sujeito de formas de pensar e agir dadas socialmente, não apenas como cópia do nível externo, mas resultante das formas de ação no momento da apropriação das estratégias e dos conhecimentos e, ao mesmo tempo, dos domínios do sujeito sobre as variáveis que poderão aparecer em novos contextos interativos (L’ABBATE, 1997).

O conceito de mediação na abordagem de Vygotsky, de uma maneira genérica, “é o processo de intervenção de um elemento intermediário numa relação: esta deixa de ser direta e passa a ser mediada por esse elemento” (OLIVEIRA, 1995, p. 26).

Transpondo o pensamento de Vygotsky para o cotidiano das práticas de saúde, percebemos o papel essencial do profissional de saúde no processo de mediação. Cabe a ele construir relações pedagógicas, permanentemente, através da problematização do cotidiano (sua desconstrução e reconstrução) pelo diálogo com o saber científico.

É condição primordial aos profissionais de saúde, a compreensão de como os indivíduos e os coletivos “fornecem significados e criam ações articuladoras do conjunto de informações, símbolos, interações circulantes que se referem ao corpo, à relação com a natureza, às relações de gênero e à vida institucional, etc” (SILVA, 1994, p.37).

A hipertensão, por sua natureza, necessita de tratamento permanente e prolongado, exigindo muitas vezes de seu portador, mudanças no estilo de vida e no comportamento diário.

Todos os tratamentos, desde os mais simples até os mais complexos, pressupõem algum tipo de demanda, a depender da natureza da necessidade imposta pelo agravo. Os usuários diferenciam-se na habilidade em reconhecer estas demandas, assim como nos recursos pessoais e contextuais que dispõe para enfrentá-las.

O processo de esforços, que acontece ao longo do curso de uma doença, para se encontrar o tratamento adequado às necessidades de comportamentos impostos pela doença, se reflete na aderência deste usuário ao seu tratamento (WHO, 2003). É neste processo de esforços, que usuários e profissionais devem se constituir enquanto sócios.

No contexto atual, muitas vezes os usuários são percebidos pelos profissionais como pessoas ignorantes, mal-agraçadas, coitadas, que não sabem o que querem, evidenciando o que Pitta (1996, p. 42) chama de “a bestialização do indivíduo”, que se manifesta através de uma abordagem infantilizada ou de imposição sustentada no saber técnico, restando ao usuário obedecer, sem questionar as condutas prescritas.

Os sistemas de saúde que historicamente relegaram ao usuário um papel passivo na administração de seu tratamento, centrando suas intervenções na

doença, precisam reorientar seu foco, centralizando sua atenção em torno do portador de agravo crônico e de sua família.

É necessário, portanto, nesse encontro de profissionais e usuários, criar-se um espaço de negociação na busca de identificação de necessidades, produzindo processos que vinculem e promovam a autonomia dos usuários (MATUMOTO, 1998).

Para Campos (1997, p. 50):

“(...) faria parte fundamental de qualquer processo terapêutico todo o esforço voltado para aumentar a CAPACIDADE DE AUTONOMIA do paciente, para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em conseqüência, da capacidade de cada um instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida.”

Para Pires (2001), autonomia e emancipação são conceitos dialeticamente complementares: “A autonomia torna-se essencialmente relevante quando travestida de utopia emancipatória. (...) e a emancipação precisa de autonomies nos fazeres cotidianos, nas permanentes desconstruções de assimetrias, nos reordenamentos de éticas e compromissos” (PIRES, 2001, p. 41).

Tomaremos emprestadas as apropriações de Pires (2001), acerca da qualidade formal e política do enfermeiro, para discutir a necessidade de um agir comprometido com a emancipação - “cuidado emancipatório”, também para os outros profissionais da saúde. Para a autora:

“Emancipar pelo cuidado significa potencializar, através do vínculo solidário do gesto de cuidar, intervenções críticas e criativas em contextos sócio-

históricos específicos, capazes de conquistar cenários próprios de cidadania construída pelas pessoas cuidadas. A emancipação acontece quando se é capaz de trilhar o próprio caminho, individual ou coletivamente.” (PIRES, 2001, p. 62).

Para que o usuário portador de agravos crônicos possa trilhar seu próprio caminho na busca de um autogerenciamento eficaz, é necessário que ele adquira cada vez mais conhecimentos, habilidades e motivação para lidar com sua doença e tratamento, adequando-se às demandas impostas, ao mesmo tempo em que se realiza, nos seus vários papéis na vida.

Ao profissional de saúde cabe instrumentalizar-se, incorporando na sua prática, tecnologias que ampliem suas capacidades de comunicação/interação com àqueles que são a razão da existência dos serviços de saúde: os usuários.

#### 2.3.4.2 Interações entre profissionais de saúde e usuários portadores de agravos crônicos: o acolhimento e a aderência

Merhy (1997b) afirma que a relação profissional/usuário é um desafio para a construção de um novo modo de trabalho em saúde e, se não mudarmos a maneira como o profissional se relaciona com seu objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos usuários individual e coletivamente - de nada adianta investir em estratégias organizacionais ou financeiras.

Algumas experiências positivas neste sentido têm evidenciado a necessidade de “um modelo de atenção que permita, junto ao conjunto dos usuários, realizar

práticas que acolham, vinculem e resolvam, no sentido de promover e proteger a saúde, no plano coletivo” (MERHY, 1997a, p.198).

No portador de agravo crônico, o elo com a equipe de saúde assume importância fundamental, devendo assemelhar-se a uma sociedade onde os saberes são compartilhados, o regime negociado, a aderência discutida e o seguimento planejado (WHO, 2003).

O acolhimento na saúde, para Bueno e Merhy (1997), deve construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, responsabilizando-se e comprometendo-se com a construção da cidadania.

Pitta (1996) diz que o ato de escutar não se relaciona somente com o aparelho auditivo, ou seja, não consiste em ouvir apenas; necessita do acréscimo da audição psicológica fundadora do espaço de troca, mediando a resolução das necessidades identificadas.

Leitão (1995) sugere aos profissionais de saúde, uma escuta acolhedora, capaz de acolher a fala do usuário e interpretar o seu significado, deixando-se afetar e atravessar por ela.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Estudar a prevalência da aderência ao tratamento anti-hipertensivo nos usuários da USF em relação aos usuários da UBS e descrever os fatores relacionados a esta aderência.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Conhecer a prevalência da aderência ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica entre os usuários da USF e os da UBS;

Estabelecer se existe diferença entre as duas prevalências de aderência;

Estudar as características do hipertenso e sua associação com a aderência;

Estudar as diferenças existentes entre o perfil do hipertenso usuário da USF e da UBS.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo do tipo transversal.

### **4.2 População-alvo e Amostra**

O estudo teve como população-alvo os hipertensos adultos que utilizam, para seu tratamento anti-hipertensivo, a rede básica de saúde, da zona urbana de Santa Cruz do Sul. A população estudada foi composta por uma amostra representativa (probabilística) desta população-alvo.

O município de Santa Cruz do Sul, conforme o Censo de 2000, tem uma população total de 107.632 habitantes. Sua rede de unidades básicas de saúde é composta por 21 unidades, sendo seis na zona rural e quinze na zona urbana. Na zona urbana oito estão estruturadas de forma tradicional, ou UBS e sete na lógica do PSF, ou USF.

Para cálculo da amostra supõe-se que os usuários da USF, por disporem de uma atenção diferenciada, tenham 50% de prevalência de aderência ao tratamento anti-hipertensivo, enquanto que os usuários da UBS tenham apenas 30% de aderência ao tratamento. Numa relação 1:1, com alfa 0,05 e beta 0,20, o N é igual a 103 indivíduos por grupo. Somados 10% de perdas, a população da amostra deverá ser composta por 120 hipertensos usuários de USF e 120 usuários de UBS.

As unidades que participaram do estudo, apesar de terem formas diferentes de organização, apresentam alguns aspectos semelhantes, como: localizam-se no perímetro urbano, estão em funcionamento a pelo menos um ano, têm serviços disponíveis aos hipertensos rotineiramente, dispõem de atendimento médico ao hipertenso feito por generalista.

Considerando o período de um ano como mínimo necessário para a estruturação de um serviço, o estudo contemplou somente as cinco USF estabelecidas há mais de um ano. Das oito UBS, foram selecionadas também cinco, que se adequaram aos critérios estabelecidos para o estudo. Foram selecionados, em cada uma das dez unidades, 24 hipertensos, totalizando 120 nas USF e 120 nas UBS.

Diariamente em cada UBS, foram sorteados até dois pacientes hipertensos elegíveis, que procuraram a unidade naquele dia para usufruir de algum serviço.

Na USF, a partir de uma lista dos hipertensos cadastrados na unidade e elegíveis ao estudo, foram sorteados aleatoriamente 24 hipertensos em cada uma das unidades.

### **4.3 Processo de captação da amostra**

Para compor a amostra o indivíduo tinha de ter no mínimo 40 anos, ter diagnóstico médico de hipertensão há pelo menos um ano, ter prescrição médica para o uso de medicamento(s) anti-hipertensivo(s) há pelo menos um ano, ser usuário há pelo menos um ano, de uma das unidades de saúde selecionadas pelo estudo.

Considerou-se usuário na UBS aquele que usa pelo menos um dos serviços oferecidos pela unidade de saúde para seu tratamento anti-hipertensivo.

Como na USF a equipe de saúde é responsável por uma área adscrita e sua respectiva população, considerou-se usuário na USF aquele que é cadastrado na unidade, mesmo que tenha utilizado ou utilize apenas um dos serviços oferecidos na unidade para seu tratamento anti-hipertensivo.

## **4.4 Variáveis**

### **4.4.1 Dependente**

Aderência ao tratamento medicamentoso: Diante da dificuldade de um padrão-ouro para medir aderência optou-se, neste estudo, por medi-la através do

Questionário Simplificado para Aderência à Medicação – SMAQ (KNOBEL, 2002). O SMAQ mostrou 72% de sensibilidade, 91% de especificidade e uma relação de probabilidade de 7.94 para identificação de pacientes não-aderentes quando comparado com o sistema de monitoração de medicamento. Apesar de o SMAQ não ter sido validado no Brasil, apresenta-se como uma importante opção, por ser um questionário bastante completo e por abordar tanto aspectos qualitativos, como quantitativos da aderência. Como o SMAQ foi validado em outro país, buscou-se total concordância de linguagem, submetendo-o à dupla tradução (inglês-português, português-inglês) por dois especialistas na área. O questionário é composto por seis questões. As três primeiras avaliam a tendência de aderência ao longo do tempo e são qualitativas; e as três últimas referem-se a um período de tempo determinado e são quantitativas. Foi introduzida uma quarta questão qualitativa, que investiga a aderência ao tratamento quando o hipertenso está melhor (assintomático), por considerar-se este um aspecto muito importante nesta patologia. Como esta questão não faz parte do SMAQ, ela não participou da avaliação da aderência durante as análises.

Considerar-se-á aderente ao tratamento medicamentoso todo o paciente que:

- responder “não” em todas as três questões qualitativas, e
- afirmar que tomou pelo menos uma vez os medicamentos no último final de semana, e
- afirmar que na última semana deixou de tomar no máximo duas doses de medicamento, e

- afirmar que nos últimos três meses ficou no máximo dois dias inteiros sem medicamento.

#### **4.4.2 Independentes**

##### 4.4.2.1 Variáveis demográficas

- Sexo: baseou-se na observação direta do fenótipo e vestimentas do hipertenso pelo entrevistador, definidos no estudo como: masculino e feminino.
- Idade: anos completos de vida referidos pelo hipertenso, ou quando necessário e possível, através da verificação em documento pessoal do hipertenso.
- Cor da pele: baseou-se na observação direta da cor da pele do hipertenso pelo entrevistador, definidas no estudo como: não-branca e branca.
- Situação familiar: entendida a partir da moradia (convivência) do hipertenso, independente do aspecto legal das relações, definidas no estudo como: mora com companheiro(a) e filho(s)/ mora com companheiro(a) e sem filho(s)/ mora com companheiro(a), filho(s) e/ou

outros familiares/ mora com familiares sem companheiro(a)/ mora com outras pessoas sem laços consangüíneos e/ou conjugais/ vive só/ outras situações.

#### 4.4.2.2 Variáveis sócio-econômicas

- Escolaridade: foi considerado o total de anos completos de escola, freqüentados pelo hipertenso.
- Renda familiar per capita em salários mínimos: considerou-se a soma da renda das pessoas que moram na casa dividida pelo número total de moradores. Refere-se à renda do mês anterior à entrevista e em salários mínimos nacionais (valor à época: R\$ 240,00).
- Classe econômica: baseou-se no Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ANEP, que avalia o poder de compra das pessoas e famílias urbanas a partir de um sistema de pontos que considera a posse de alguns itens na residência, como: televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, aspirador de pó, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira, freezer e também considera o grau de instrução do chefe de família (pessoa com maior renda). O CCEB define como critérios brasileiros de corte: Classe A1 de 30-34 pontos; Classe A2 de 25-29

pontos; Classe B1 de 21-24 pontos; Classe B2 de 17-20 pontos; Classe C de 11-16 pontos; Classe D de 6-10 pontos e Classe E de 0-5 pontos.

#### 4.4.2.3 Características do hipertenso

- Tempo de diagnóstico: foi considerado o tempo em anos do diagnóstico médico da hipertensão referido pelo hipertenso.
- Tempo de anti-hipertensivo: considerou-se o tempo em anos da necessidade do uso de medicamentos anti-hipertensivos (prescrição médica) e não necessariamente do uso rotineiro destes pelo hipertenso.
- Tempo de uso da unidade de saúde: considerou-se para os usuários da UBS o tempo de uso da unidade em anos para qualquer atividade relativa à hipertensão, mesmo que de forma descontínua. Na USF considerou-se o tempo de cadastramento em anos na unidade, mesmo que sem efetiva utilização dos serviços na unidade.
- Grau de conhecimento a respeito da doença e do tratamento: foi considerado o conhecimento percebido como necessário pelo hipertenso na convivência diária com sua doença e tratamento. Definidas no estudo como: suficiente, insuficiente.

- Atitudes anti-hipertensivas não-farmacológicas: considerou-se a manutenção ou mudança de hábitos higiênico-dietéticos no último ano, com objetivo de tratamento anti-hipertensivo não-farmacológico. Estas atitudes foram definidas no estudo como: hábito alimentar saudável, exercícios físicos regulares, peso ideal, uso do fumo, uso de bebida alcoólica, uso de hormônios, uso de chás, outras atitudes.
- Outra doença crônica: considerou-se a convivência do hipertenso com outra doença crônica, além da hipertensão, referida pelo hipertenso.

#### 4.4.2.4 Características do tratamento

- Tipos diferentes de anti-hipertensivos: considerou-se o número de medicações prescritas pelo médico para serem usadas no tratamento da hipertensão, referidas pelo hipertenso.
- Número de doses/dia: considerou-se o número de doses prescritas pelo médico para serem usadas no tratamento da hipertensão, referidas pelo hipertenso.
- Número de comprimidos/dia: considerou-se o número de comprimidos prescritos pelo médico para serem usados no tratamento da hipertensão, referidas pelo hipertenso.

- Origem dos anti-hipertensivos: foi considerada a maneira como o hipertenso consegue sua medicação, definida no estudo, como: comprada e gratuita.
- Outro medicamento contínuo: foram considerados outros medicamentos, exceto os anti-hipertensivos, que por indicação médica, também devem ser usados de forma contínua no controle de doença crônica referida pelo hipertenso.
- Precisa de ajuda para lembrar: considerou-se a necessidade sistemática de ajuda de outros para lembrar de tomar a medicação.
- Quem ajuda: foi considerada a pessoa que mais comumente ajuda o hipertenso a lembrar de tomar a medicação anti-hipertensiva, definida no estudo, como: familiar, outros e ninguém.

#### 4.4.2.5 Características do serviço

- Unidade que utiliza: foi considerado o tipo de unidade utilizada pelo hipertenso para o seu tratamento anti-hipertensivo, embora não necessariamente em caráter exclusivo. Definidas no estudo, como: Unidade de Saúde da Família - USF e Unidade Básica de Saúde - UBS.

- Serviços utilizados: foram considerados os serviços utilizados para o tratamento anti-hipertensivo, na unidade freqüentada, e a freqüência da utilização ao ano, definidos no estudo, como: consulta médica, consulta enfermeiro, grupo de hipertensos, pegar remédio, verificar pressão arterial e orientações de enfermagem.
  
- Consulta médica: considerou-se as características das consultas médicas oferecidas nas unidades de saúde estudadas, definidas como: motivos de consulta para hipertensão (quando julga necessário/quando está agendado); dias de espera para consultar (nenhum/1 dia/2 ou mais dias); minutos de espera (nenhum/de 5 a 30 minutos/de 40 a 60 minutos/ mais de 1 hora); como espera consulta (em pé/sentado); consulta com o mesmo médico (não/sim).
  
- Relação educativa com os profissionais: considerou-se qual profissional melhor informa sobre hipertensão e tratamento e em que momento na unidade freqüentada isto acontece. Os profissionais foram definidos no estudo, como: agente comunitário de saúde, auxiliar ou técnico de enfermagem, enfermeiro, médico e outro. Os momentos foram definidos no estudo, como: nas consultas com o médico, nas consultas com o enfermeiro, nas consultas com o nutricionista, nos grupos de hipertensos, na sala de espera, e outros.
  
- Acolhimento: a partir dos quatro elementos detectados por Matumoto (1998) como importantes para a relação entre profissionais de saúde e

usuários, que são: o preparo para a relação; a comunicação; a responsabilização e o espaço-tempo; elaborou-se seis questões, na tentativa de englobar alguns dos aspectos abordados pela autora, e que ainda não tinham sido explorados nas demais questões do questionário.

#### 4.4.2.6 Uso de serviços hospitalares e de urgência

- Internação hospitalar: foi considerada a ocorrência de internação do hipertenso em serviços hospitalares nos últimos três meses em virtude da hipertensão ou de suas complicações.
  
- Atendimento no Pronto Socorro: foi considerada a busca do hipertenso pelo atendimento em serviço de Pronto Socorro ou Pronto Atendimento nos últimos três meses em virtude da hipertensão ou de suas complicações.
  
- Consulta médica de urgência: foi considerada a busca do hipertenso por consulta médica de urgência na unidade freqüentada ou em outro serviço de saúde nos últimos três meses em virtude da hipertensão ou de suas complicações.

#### **4.5 Instrumentos**

A pesquisa utilizou como instrumento um questionário padronizado e pré-codificado contendo cinquenta e três questões (Anexo I). Este instrumento serviu para coletar os dados, o que foi feito pelo próprio pesquisador e por entrevistadores anteriormente treinados. Os instrumentos foram aplicados na unidade de saúde utilizada pelo hipertenso ou eventualmente em seu domicílio, sempre respeitando os critérios de privacidade e conforto no momento da coleta. Os pesquisadores, quando necessário, utilizaram o Manual de Orientação ao Entrevistador com instruções gerais e específicas referentes à aplicação do questionário (Anexo II).

#### **4.6 Seleção e treinamento dos entrevistadores**

Para a realização das entrevistas foram selecionados quatro alunos do curso de graduação em enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) de acordo com os seguintes critérios: disponibilidade de tempo, experiência prévia com pesquisa e atitude positiva no relacionamento com a população.

Após o processo de seleção (análise de currículo e entrevista), os selecionados foram submetidos a treinamento específico. O treinamento incluiu leitura e discussão do instrumento a ser aplicado, bem como dramatizações e

discussões acerca da técnica de entrevistas. O treinamento teve duração de uma semana e encerrou com o estudo-piloto.

#### **4.7 Estudo Piloto**

A última fase do treinamento consistiu na realização do estudo piloto sob a supervisão do coordenador da pesquisa. Foi realizado com os hipertensos que participam do Grupo de Saúde Preventiva que se reúne mensalmente no Serviço Integrado de Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul – SIS/UNISC, sendo que cada pesquisador realizou no mínimo cinco entrevistas. Esta etapa serviu para avaliar e testar o questionário numa situação real de pesquisa, contribuindo na reformulação de algumas questões.

#### **4.8 Logística**

Foram entrevistados 24 hipertensos em cada uma das dez unidades de saúde (cinco USF e cinco UBS). Nas UBS os entrevistadores permaneciam, um a um, durante o turno de trabalho. Dos hipertensos que adentravam à unidade, pelos mais diversos motivos, sorteava-se entre os elegíveis dois pacientes. Em alguns casos apenas um ou nenhum paciente era entrevistado no turno de trabalho, por não se encaixar nos critérios de inclusão do estudo. Se após duas semanas em cada

unidade, ocorressem dois turnos sem nenhum paciente, realizava-se visita domiciliar a pacientes sabidamente elegíveis (conforme informações colhidas na unidade), a fim de completar o número previsto de hipertensos. Nas USF, partiu-se de uma lista pré-confeccionada de todos os hipertensos cadastrados e elegíveis ao estudo. Desta lista sorteou-se aleatoriamente 24 nomes em cada unidade. Estes receberam um convite (Anexo III) para comparecer na unidade de saúde ou em local próximo, em data e local agendados conforme suas necessidades, para a realização da entrevista. O convite foi entregue pelas Agentes Comunitárias de Saúde, onde estava explicitado, de forma simples, o objetivo da pesquisa, a importância de sua participação e o caráter voluntário da mesma. Aos pacientes acamados ou que não puderam comparecer no dia agendado, foi realizada visita domiciliar.

#### **4.9 Processamento e análise dos dados**

Os dados foram digitados duplamente no Epi-Info 6.0 (DEAN et al., 1994). Após, foi realizada a limpeza de dados corrigindo erros de amplitude e/ou consistência. Em seguida, os dados foram traduzidos ao programa de estatística SPSS for Windows 8.0 (NORUSSIS, 1997) para posterior análise. Do SPSS, os dados foram transferidos para o pacote estatístico Stata (STATACORP, 1999) para a realização da análise multivariada.

A análise estatística incluiu:

a) descrição da amostra, mediante cálculo de médias e desvio-padrão das variáveis contínuas, e proporções para as variáveis categóricas.

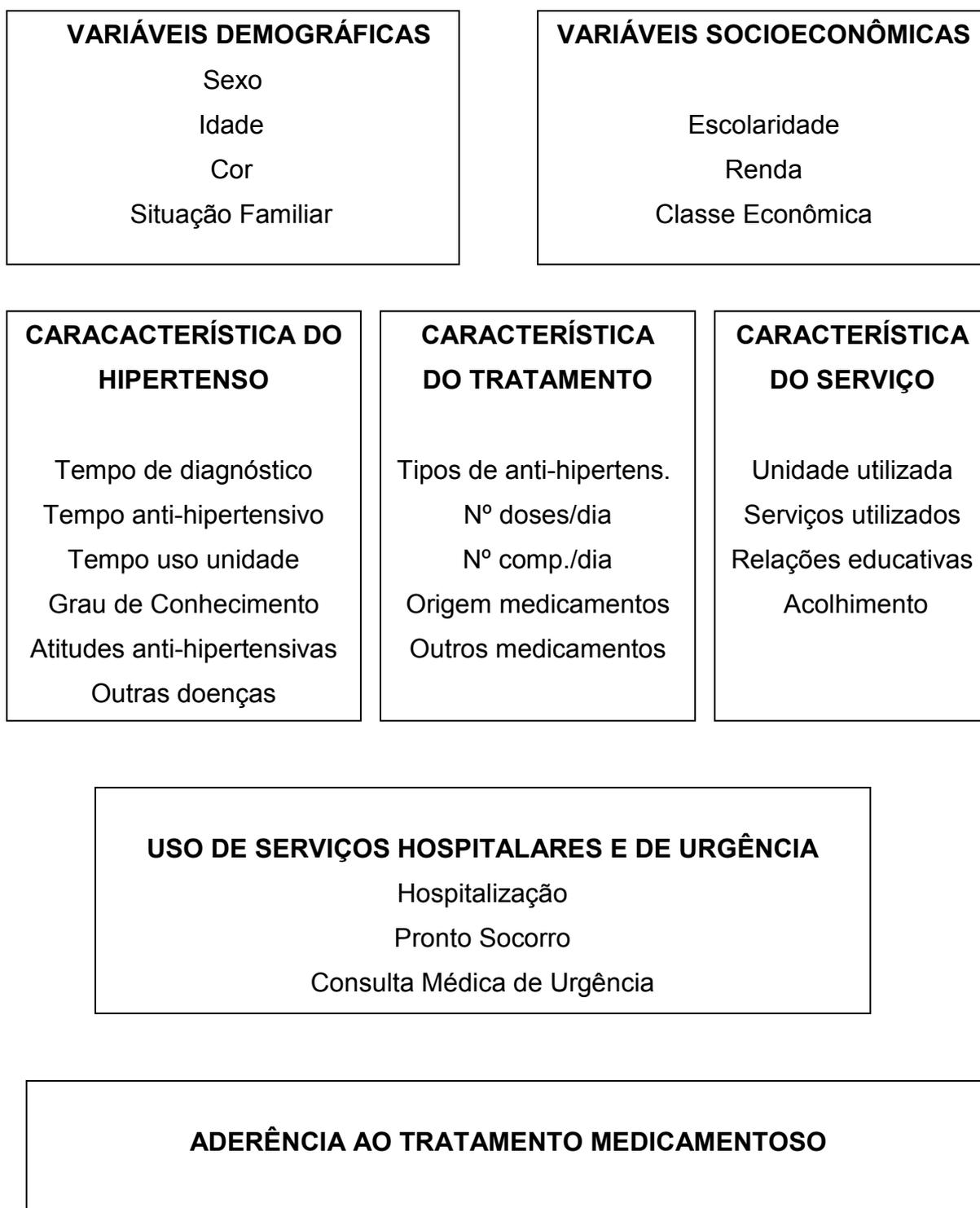
b) análise bivariada, onde mediante a prova de qui-quadrado para variáveis categóricas, foi estudada a associação entre as diferentes variáveis independentes e o desfecho. Também foram calculadas, as Razões de Prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

c) análise multivariada utilizando a regressão Poisson para estudar o efeito independente de cada uma das variáveis. As variáveis que na análise bivariada apresentaram um p menor a 0,2 foram introduzidas no Modelo de Análise (Figura 1). Todas as variáveis de um determinado nível que apresentaram um p menor a 0,2 foram mantidas na análise do nível seguinte com a finalidade de evitar a confusão negativa. Foram calculadas as Razões de Prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

O valor de p pré-fixado foi de 0,05 utilizando um teste bi-caudal.

#### 4.10 Modelo de análise

**Figura 1** - Modelo de análise para aderência ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos usuários das unidades de saúde, Santa Cruz do Sul, RS, 2004.



#### **4.11 Controle de qualidade**

O controle de qualidade caracterizou-se pela supervisão continuada do trabalho de campo, incluindo checagem das informações coletadas através da revisão dos questionários e da realização de re-entrevista em 10% dos casos. As re-entrevistas foram realizadas pela pesquisadora responsável através de visitas domiciliares a 24 pacientes sorteados. Posteriormente, para avaliar a concordância interobservadores, realizou-se o cálculo da estatística Kappa. O controle de qualidade da entrada de dados envolveu dupla digitação e análise de consistência das informações.

#### **4.12 Aspectos éticos**

Para garantir ao entrevistado sigilo e anonimato quanto às informações coletadas e liberdade para participar ou não da pesquisa, este foi sempre informado, antes da aplicação do questionário, dos objetivos do estudo e do conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo IV). Para confirmar sua concordância, assinou o termo em duas vias, ficando uma em sua posse e a outra com o entrevistador.

O projeto do estudo, após qualificação, foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisas da Área da Saúde da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – CEPAS/FURG

## **5 RESULTADOS**

Neste estudo foram avaliados 240 hipertensos quanto à aderência ao tratamento anti-hipertensivo medicamentoso e a outras variáveis referentes à hipertensão e ao tratamento, tentando relacioná-las com características da unidade de saúde utilizada no seu acompanhamento.

Inicialmente apresentaremos os resultados do perfil geral da população estudada, segundo grupos de variáveis que compõem o nível hierárquico de análise apresentado no modelo teórico. Após, descreveremos, para o mesmo grupo de variáveis, as diferenças existentes entre usuários dos dois tipos de unidades (USF e UBS). Na análise bivariada todas as variáveis, uma a uma, serão relacionadas com a variável desfecho (aderência ao tratamento medicamentoso) na busca de possíveis associações. E, finalmente, na análise multivariada, analisaremos as variáveis que na bivariada resultaram em  $p < 0,2$ , ajustando-as entre si e verificando seus efeitos independentes, com respeito à variável desfecho.

## **5.1 Perfil geral da população estudada**

### ***5.1.1 Características demográficas e socioeconômicas***

Conforme mostra a Tabela 1, a maioria da população do estudo foi composta por mulheres (79,2%), de cor branca (62,1%), entre 50 e 69 anos (58,3%), com média de idade de 61 anos, sendo a idade mínima 40 anos e a máxima de 86 anos. Em termos de escolaridade, a média foi de três anos de estudos completos, sendo que 25,8% nunca estudaram e a maior parcela (43,7%) estudou no máximo 4 anos. A maior parte da população mora com companheiro e filhos (40%). A maioria da população (51,7%) tem renda familiar per capita menor que um salário mínimo, sendo a renda per capita média R\$ 251,98. Mais da metade da população estudada (53,6%) encontra-se na classe econômica E.

**Tabela 1** - Descrição das características demográficas e socioeconômicas dos hipertensos usuários das unidades de saúde. Santa Cruz do Sul, RS, 2004(n=240)

CARACTERÍSTICA	N	%
Sexo		
Masculino	50	20,8%
Feminino	190	79,2%
Idade (faixas etárias)		
40 a 49 anos	45	18,8%
50 a 59 anos	57	23,7%
60 a 69 anos	83	34,6%
70 a 86 anos	55	22,9%
Cor		
Não branca	91	37,9%
Branca	149	62,1%
Situação familiar		
C/ companheiro e filhos	96	40,0%
C/ companheiro s/filhos	49	20,4%
S/ companheiro c/filhos	65	27,1%
Vive só	30	12,5%
Escolaridade (anos completos)		
Não estudou	62	25,8%
1 a 4 anos	105	43,7%
5 a 8 anos	69	28,8%
Mais de 8 anos	4	1,7%
Renda familiar per capita •		
Abaixo de 1	124	51,7%
1 ou mais	116	48,3%
Classes Econômicas * ✕		
B e C	22	9,2%
D	89	37,2%
E	128	53,6%

• Em Salários Mínimos Nacionais.

\*Segundo Critério de Classificação Econômica Brasil da ANEP - Associação Nacional de Empresas de Pesquisa.

✕ Na variável classe econômica o total não coincide devido à falta de dados para um hipertenso.

### 5.1.2 Características do hipertenso e do tratamento medicamentoso

Podemos observar na Tabela 2 que a população estudada, em sua maioria, sabe-se hipertensa há mais de 10 anos (46,2%), e também usa medicamentos anti-hipertensivos por um tempo maior que 10 anos (43,7%). O tempo médio de

diagnóstico é de 13 anos e de uso de anti-hipertensivo é de 12 anos. A maior parcela dos hipertensos, 45,2%, usa dois medicamentos diferentes em seu tratamento. Quanto ao número de doses diárias, uma maior parcela (46,7%) utiliza duas doses e três ou mais comprimidos/dia (42,5%). A grande maioria dos hipertensos estudados consegue sua medicação anti-hipertensiva de forma gratuita (77,5%) e não precisa de ajuda para lembrar de tomar seus medicamentos (82,5%). Dos que precisam de ajuda, esta é oferecida majoritariamente pelos familiares (92,8%).

Conforme critérios já descritos na metodologia, foram considerados aderentes ao tratamento medicamentoso da hipertensão um pouco mais da metade (51,0%) da população estudada.

**Tabela 2** - Descrição das características da hipertensão e do tratamento medicamentoso dos hipertensos usuários das unidades de saúde. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240)

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tempo de diagnóstico		
Menos de 5 anos	57	23,8%
De 5 a 10 anos	72	30,0%
Mais de 10 anos	111	46,2%
Tempo de anti-hipertensivo		
Menos de 5 anos	65	27,1%
De 5 a 10 anos	70	29,2%
Mais de 10 anos	105	43,7%
Tipos diferentes de anti-hipertensivos		
1	96	40,2%
2	109	45,2%
3 ou mais	35	14,6%
Número de doses/dia		
1	88	36,7%
2	112	46,7%
3 a 4	40	16,6%
Número comprimidos/dia		
1	54	22,5%
2	84	35,0%
3 ou mais	102	42,5%
Origem dos anti-hipertensivos		
Comprados	54	22,5%
Gratuitos	186	77,5%
Precisa de ajuda para lembrar		
Não	198	82,5%
Sim	42	17,5%
Quem ajuda*		
Familiar	39	92,8%
Outros	1	2,4%
Ninguém	2	4,8%
Aderência ao tratamento ° ¨		
Não Aderente	117	49,0%
Aderente	122	51,0%

\*Somente os que precisam de ajuda para lembrar de tomar os medicamentos (n=42).

° Segundo SMAQ - Questionário Simplificado para Aderência à Medicação (Knobel, 2002).

¨ Na variável aderência ao tratamento o total não coincide devido à falta de dados para um hipertenso.

### **5.1.3 Respostas segundo critérios de avaliação de aderência ao tratamento medicamentoso**

Na Tabela 3, observamos que, dentre as questões de avaliação de aderência, a que mais contribuiu para a determinação de não-aderentes, foi a que confirma o descuido contínuo nos horários dos medicamentos (35,4%). A que confirma mais de dois dias sem medicação no último trimestre e a relacionada ao esquecimento contínuo dos medicamentos contribuíram com 18,0% e 17,5% das respostas, respectivamente. A questão que se refere à interrupção da medicação quando se sente melhor, apareceu em 17,1% das respostas. As questões que confirmam mais de duas vezes sem medicação na última semana e nenhum medicamento no final de semana têm a mesma frequência: 10%. Somente 2,1% dos entrevistados responderam que deixam de usar a medicação quando se sentem pior.

**Tabela 3** - Descrição das respostas segundo critérios de avaliação da aderência ao tratamento medicamentoso nos hipertensos usuários das unidades de saúde, Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240)

<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DE ADERÊNCIA<sup>o</sup></b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Esquece seguidamente de tomar seu(s) remédio(s)?		
Não	198	82,5%
Sim	42	17,5%
Descuida seguidamente dos horários de tomar seu(s) remédio(s)?		
Não	155	64,6%
Sim	85	35,4%
Quando se sente melhor, costuma parar de tomar seu(s) remédio(s)?		
Não	199	82,9%
Sim	41	17,1%
Quando se sente pior, costuma parar de tomar seu(s) remédio(s)?		
Não	235	97,9%
Sim	5	2,1%
Na última semana deixou de tomar seu(s) remédio(s) mais de duas vezes?		
Não	216	90,0%
Sim	24	10%
Durante o último fim de semana não tomou nenhum dos seus remédios?		
Não	216	90%
Sim	24	10%
Nos últimos três meses, não tomou nenhum dos seus remédios, por mais de dois dias? <sup>⌘</sup>		
Não	196	82,0%
Sim	43	18,0%

<sup>o</sup>Segundo SMAQ - Questionário Simplificado para Aderência à Medicação (KNOBEL, 2002).

<sup>⌘</sup> Na variável aderência nos últimos três meses o total não coincide devido à falta de dados para um hipertenso.

#### **5.1.4 Motivos de não-aderência referidos pelos hipertensos não aderentes**

Do total de hipertensos estudados, 117 indivíduos (49,0%) foram considerados não-aderentes ao tratamento medicamentoso. Nestes, foram investigados os principais motivos que os levaram a não tomar a medicação conforme prescrito. O esquecimento foi o mais citado (53,4%). Os motivos

financeiros (falta de dinheiro, economizar remédio), os relacionados aos remédios (medo de misturar com álcool e drogas, medo de intoxicação pelo uso contínuo, devido aos efeitos desagradáveis dos remédios) e os relacionados à pressão arterial (medo de hipotensão e por estarem eventualmente normotensos) foram citados por 29,7%, 27,15 e 24,6%, respectivamente. Também os motivos de não aderência relacionados à ausência de sintomas da hipertensão e ao desconhecimento da doença e do tratamento contínuo apareceram em 18,6% e 17,8% das respostas, respectivamente. Alguns hipertensos (5,9%) deixaram de tomar a medicação anti-hipertensiva por estarem usando tratamento alternativo, principalmente chás, e 2,5% devido a outros motivos, conforme descrito na Tabela 4.

**Tabela 4** - Motivos de não-aderência referidos pelos hipertensos não aderentes, usuários das unidades de saúde. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=118)

<b>MOTIVOS DE NÃO ADERÊNCIA*</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Esquecimento	63	53,4%
Financeiros	35	29,7%
Relacionados aos anti-hipertensivos	32	27,1%
Relacionados à pressão arterial	29	24,6%
Relacionados à ausência de sintomas	22	18,6%
Desconhecimento em relação à doença e seu tratamento contínuo	21	17,8%
Pelo uso de tratamentos alternativos	7	5,9%
Outros motivos	3	2,5%

\*mais de um motivo referido por paciente.

### **5.1.5 História de outras patologias crônicas e outros medicamentos contínuos**

Mais da metade dos entrevistados (57,5%) referem apresentar, além da hipertensão, outra patologia crônica. As mais citadas foram doenças cardíacas, diabetes *mellitus* e doenças reumáticas. Também uma parcela importante dos

entrevistados (50,4%) afirmou ter de usar medicação contínua para tratar destas patologias, conforme podemos observar na Tabela 5.

**Tabela 5** - História de outras patologias crônicas e uso de outros medicamentos contínuos nos hipertensos usuários das unidades de saúde. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240).

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Outra doença crônica	Não	102	42,5%
	Sim	138	57,5%
Outro medicamento contínuo	Não	119	49,6%
	Sim	121	50,4%

#### **5.1.6 Características do conhecimento sobre a doença e o tratamento**

Conforme a Tabela 6, a grande maioria dos hipertensos (82,4%) considera que o seu conhecimento sobre a doença e o tratamento é suficiente. Destes, 54,8% gostariam de saber mais e 45,2% acham que não precisam aprender mais.

Quanto ao local que melhor lhes proporcionou informações, a unidade freqüentada foi a mais citada (45,4%). Outros serviços de saúde foram citados por 25,8% dos entrevistados. Os meios de comunicação apareceram em 17,8% das respostas. Também o local de trabalho foi citado por 6,3% dos entrevistados, que se referiram ao serviço de saúde do trabalhador existente nas empresas.

Daqueles que citaram a unidade freqüentada como o local em que melhor foram informados sobre hipertensão, a maior parcela (28,5%) respondeu que a

qualidade da informação não difere entre os profissionais, ou seja, toda a equipe informa igualmente, majoritariamente nos grupos de hipertensos (41,3%).

**Tabela 6** - Características do conhecimento sobre a hipertensão e o tratamento, entre os hipertensos usuários das unidades de saúde. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240)

<b>CARACTERÍSTICAS DO CONHECIMENTO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Grau de conhecimento <sup>α</sup>		
Insuficiente	42	17,6%
Suficiente	197	82,4%
Local que melhor informa		
Unidade de Saúde que freqüenta	109	45,4%
Outros Serviços de Saúde	62	25,8%
Meios de Comunicação	42	17,5%
Comunidade	12	5,0%
Local de trabalho	15	6,3%
Profissional que melhor informa <sup>•</sup>		
Agente Comunitário de Saúde	3	2,8%
Aux. ou Téc. de Enfermagem	23	21,1%
Enfermeiro	26	23,8%
Médico	26	23,8%
Todos da equipe	31	28,5%
Em que momento melhor informa <sup>•</sup>		
Consultas Médicas	20	18,3%
Consultas Enfermeiro	9	8,3%
Diversos	35	32,1%
Grupos de Hipertensos	45	41,3%

<sup>α</sup> Na variável grau de conhecimento o total não coincide devido à falta de dados para um hipertenso.

<sup>•</sup> Refere-se somente aos que consideram a unidade freqüentada como o local em que melhor são informados sobre hipertensão (n=109).

### **5.1.7 Atitudes anti-hipertensivas não farmacológicas iniciadas ou mantidas no último ano**

De acordo com a Tabela 7, observamos que entre as atitudes anti-hipertensivas não farmacológicas, as mais citadas foram aquelas relacionadas à alimentação (82,5%). Uma grande parcela dos hipertensos (71,7%) utiliza chás ou

outros produtos caseiros, para complementar o tratamento farmacológico. Menos da metade da população estudada (46,7%) diz praticar exercícios físicos para fins de tratamento. Dos hipertensos que consomem bebidas alcoólicas, 44,9% relataram que no último ano diminuíram ou aboliram o consumo. Nos fumantes, este percentual foi de 37,9%. Outras atitudes foram citadas por 3,3% dos hipertensos e estão relacionadas a atividades na área de saúde mental, como: meditação, religiosidade, espiritualidade, pensamento positivo.

**Tabela 7** - Atitudes anti-hipertensivas não farmacológicas, iniciadas ou mantidas no último ano pelos hipertensos usuários das unidades de saúde. Santa Cruz do Sul, RS, 2004.

<b>ATITUDES ANTI - HIPERTENSIVAS*</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Iniciou ou manteve hábito alimentar saudável (n=240)		
Não	42	17,5%
Sim	198	82,5%
Iniciou ou manteve prática de exercícios físicos regulares (n=240)		
Não	128	53,3%
Sim	112	46,7%
Diminuiu peso ou manteve peso ideal (n=240)		
Não	73	30,4%
Sim	167	69,6%
Parou ou diminuiu o uso de bebida alcoólica (n=78)		
Não	43	55,1%
Sim	35	44,9%
Parou ou diminuiu o uso do fumo (n=87)		
Não	54	62,1%
Sim	33	37,9%
Suspendeu o uso de anticoncepcional oral ou de reposição hormonal por orientação médica (n=42)		
Não	35	83,3%
Sim	7	16,7%
Iniciou ou manteve o uso de chás e/ou outros produtos anti-hipertensivos caseiros (n=240)		
Não	68	28,3%
Sim	172	71,7%
Outras atitudes (n=240)		
Não	232	96,7%
Sim	8	3,3%

\*mais de uma atitude referida por paciente.

### **5.1.8 Utilização de serviços hospitalares e de urgência nos últimos três meses devido à hipertensão**

Observando a Tabela 8 percebemos que entre os serviços hospitalares e de urgência o mais utilizado pelos hipertensos nos últimos três meses foi o Pronto Socorro (12,5%). Analisando-se conjuntamente os três serviços, veremos que 43 hipertensos (17,9%) usaram pelo menos um dos serviços citados.

**Tabela 8** - Utilização de serviços hospitalares e de urgência pelos hipertensos usuários das unidades de saúde, nos últimos três meses, devido à hipertensão. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240).

<b>SERVIÇOS UTILIZADOS*</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Internação Hospitalar	Não	231	96,2%
	Sim	9	3,8%
Atendimento no Pronto Socorro	Não	210	87,5%
	Sim	30	12,5%
Consulta Médica de Urgência	Não	213	88,7%
	Sim	27	11,3%

\*mais de um serviço referido por observação.

### **5.1.9 Características dos serviços utilizados no tratamento da hipertensão nas unidades de saúde**

Conforme descrito na Tabela 9 e na metodologia, 50% da amostra foi composta por usuários das USF e 50% por usuários das UBS. Mais da metade da amostra (67,9%) utiliza a unidade de dois e sete anos. Estes utilizam a unidade em média há 4,8 anos.

Dos serviços oferecidos pelas unidades, o mais citado foi verificação de pressão arterial, utilizado por 93,7% dos hipertensos, numa média de 31 vezes/ano. Uma grande parcela (81,7%) vai à unidade em média nove vezes ao ano para pegar sua medicação anti-hipertensiva. A consulta médica na Unidade é utilizada por 74,2% dos hipertensos, que consultam em média quatro vezes ao ano. A consulta com o enfermeiro é utilizada por 14,2% da amostra, em média oito vezes/ano. O grupo de hipertensos é utilizado por 37,9% dos entrevistados numa média de nove grupos por ano. As orientações de enfermagem em sala de espera foram referidas por 13,3% dos hipertensos, que as utilizam em média de oito vezes ao ano. Quanto ao acolhimento, 82,1% dos hipertensos conferiu nota máxima (6 pontos) no escore proposto à equipe de saúde da unidade que freqüenta.

**Tabela 9** - Características dos serviços utilizados no tratamento da hipertensão nas unidades de saúde. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240).

CARACTERÍSTICAS		N	%
Unidade que utiliza			
	USF	120	50%
	UBS	120	50%
Tempo que usa a Unidade			
	1 ano	50	20,8%
	De 2 a 7 anos	163	67,9%
	8 ou mais anos	27	11,3%
Serviços utilizados na Unidade			
Consulta Médica			
	Não	62	25,8%
	Sim	178	74,2%
Consulta Enfermeiro			
	Não	206	85,8%
	Sim	34	14,2%
Grupo de Hipertensos			
	Não	149	62,1%
	Sim	91	37,9%
Pegar Remédio			
	Não	44	18,3%
	Sim	196	81,7%
Verificar P.A			
	Não	15	6,3%
	Sim	225	93,7%
Orientações de Enfermagem			
	Não	208	86,7%
	Sim	32	13,3%
Acolhimento da equipe*			
	De zero a 5 pontos	38	15,9%
	6 pontos	201	84,1%

\* Na variável acolhimento da equipe o total não coincide devido à falta de dados para um hipertenso.

#### **5.1.10 Características das consultas médicas utilizadas nas unidades de saúde**

Conforme a Tabela 10, dos hipertensos que consultam com o médico na unidade, a maioria (78,7%) o faz quando julga ser necessário, espera no máximo um dia para consultar (95,5%) e espera em média 42 minutos no dia da consulta. Quando espera, em geral (91,0%) é sentado. A grande maioria consulta com o mesmo médico (91,0%).

**Tabela 10** - Características das consultas médicas nas unidades de saúde freqüentadas. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=178).

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Motivos de consulta para hipertensão		
Quando julga necessário	140	78,7%
Quando está agendado	38	21,3%
Dias de espera para consultar		
Nenhum	77	43,3%
1 dia	93	52,2%
2 ou mais dias	8	4,5%
Minutos de espera para consultar		
Nenhum	19	10,7%
De 5 a 30 minutos	108	60,7%
De 40 a 60 minutos	29	16,3%
Mais de 1 hora	22	12,4%
Como espera a consulta		
Em pé	12	6,7%
Sentado	166	93,3%
Cons. com o mesmo médico		
Não	16	9,0%
Sim	162	91,0%

## 5.2 Perfil da população segundo a unidade utilizada para o tratamento anti-hipertensivo

### 5.2.1 Características demográficas e sócio-econômicas, segundo a unidade utilizada

Conforme evidencia a Tabela 11, a distribuição de sexo na população das duas unidades foi idêntica. Quanto à composição etária, apesar da diferença não ser significativa ( $p=0,05$ ), evidencia-se o predomínio das faixas etárias de 40 a 49 anos (19,2%) e de 50 a 59 anos (30,2%) na USF em relação a UBS (18,3% e 16,7%, respectivamente) e o predomínio das faixas etárias de 60 a 69 anos (37,5%) e de 70 a 86 anos (27,5%) na UBS em relação à USF (31,7 e 18,3%, respectivamente).

Quanto à cor da pele houve diferença significativa ( $p=0,002$ ) entre as Unidades, com predomínio da cor branca (71,7%) na UBS em relação à USF (52,5%). Quanto à situação familiar apesar de a diferença não ser significativa ( $p=0,08$ ), encontramos uma predominância de pessoas vivendo sozinhas na USF (17,5%) em relação a UBS (7,5%) e um percentual maior de pessoas na UBS com companheiro e sem filhos (24,2%) e sem companheiro e com filhos (29,2%) em relação à USF (16,7% e 25,0%, respectivamente).

Quanto à escolaridade também não foram significativas as diferenças encontradas ( $p=0,1$ ), apesar do predomínio de pessoas sem escolaridade na USF (31,7%) em relação à UBS (20,0%), e predomínio de pessoas com mais de cinco anos de estudos na UBS (35,8%) em relação à USF (25,0%).

A renda familiar per capita foi semelhante nas duas unidades, não havendo diferenças significativas ( $p=0,8$ ). Aproximadamente a metade dos usuários da USF dispõe de menos de um salário mínimo per capita/família/mês (50,8%) assim como os da UBS (52,5%).

A diferença entre classes econômicas foi significativa (0,003), com predomínio da classe E na USF (63,9%) em relação à UBS (43,3%). As classes B e C tiveram predomínio na UBS (13,3%) quando comparadas à USF (5,0%), assim como a classe D (43,3%) na UBS e (31,1%) na USF.

**Tabela 11** - Descrição das características demográficas e socioeconômicas dos hipertensos, segundo unidade utilizada. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240).

CARACTERÍSTICA	TIPO DE UNIDADE				p	
	USF (n=120)		UBS (n=120)			
	N	%	N	%		
Sexo						
	Masculino	25	20,8%	25	20,8%	1,0
	Feminino	95	79,2%	95	79,2%	
Idade (faixas etárias)						
	40 a 49 anos	23	19,2%	22	18,3%	0,05
	50 a 59 anos	37	30,8%	20	16,7%	
	60 a 69 anos	38	31,7%	45	37,5%	
	70 a 86 anos	22	18,3%	33	27,5%	
Cor						
	Não branca	57	47,5%	34	28,3%	0,002
	Branca	63	52,5%	86	71,7%	
Situação familiar						
	C/ companheiro e filhos	49	40,8%	47	39,2%	0,08
	C/ companheiro s/filhos	20	16,7%	29	24,2%	
	S/ companheiro c/filhos	30	25,0%	35	29,2%	
	Vive só	21	17,5%	9	7,5%	
Escolaridade (anos completos)						
	Não estudou	38	31,7%	24	20,0%	0,1
	1 a 4 anos	52	43,3%	53	44,2%	
	5 a 8 anos	29	24,2%	40	33,3%	
	Mais de 8 anos	1	0,8%	3	2,5%	
Renda familiar <i>per capita</i> ●●						
	Abaixo de 1	61	50,8%	63	52,5%	0,8
	1 ou mais	58	49,2%	57	47,5%	
Classes Econômicas * □						
	B e C	6	5,0%	16	13,3%	0,003
	D	37	31,1%	52	43,3%	
	E	76	63,9%	52	43,3%	

● Em salários mínimos.

\*Segundo Critério de Classificação Econômica Brasil da ANEP - Associação Nacional de Empresas de Pesquisa.

□ Na variável classe econômica o total não coincide devido à falta de dados para um hipertenso.

### 5.2.2 Características da hipertensão e do tratamento medicamentoso, segundo a unidade utilizada

Conforme mostra a Tabela 12, não houve diferença significativa entre as unidades quanto ao tempo de diagnóstico ( $p=0,9$ ), tendo ambas, predominância de

hipertensos com diagnóstico há mais de 10 anos, sendo 46,7% na USF e 45,8% na UBS. Situação semelhante ocorreu na variável tempo de uso de anti-hipertensivo, não apresentando significância ( $p=0,9$ ) na diferença entre as unidades, tendo uma parcela majoritária dos entrevistados, informado o uso de anti-hipertensivos há mais de 10 anos (43,3%) na USF e (44,2%) na UBS.

Quanto aos tipos diferentes de anti-hipertensivos a diferença entre as unidades também não foi significativa ( $p=0,1$ ). O número de doses de anti-hipertensivos usadas diariamente foi semelhante entre as unidades, não apresentando diferenças significativas ( $p=0,9$ ) entre ambas. Quanto ao número de comprimidos/dia, também não foi significativa a diferença entre as unidades ( $p=0,3$ ).

No entanto, quanto à origem dos medicamentos ocorreu uma diferença significativa entre as unidades ( $p= 0,005$ ). O uso de medicamentos gratuitos apareceu predominantemente entre os usuários da USF (85,0%) quando comparados aos usuários das UBS (70,0%).

Quanto à necessidade de ajuda para tomar os medicamentos não houve diferença significativa entre as unidades ( $p=0,5$ ), assim como os que precisam de ajuda e são ajudados pelos familiares, aparecem predominantemente na USF (95,7%) quando comparados aos das UBS (89,5%). Nas UBS aparecem predominando: ajuda de outras pessoas (5,3%) e ninguém ajuda (5,3%) em relação aos da USF (0% e 4,3%, respectivamente).

Quanto à variável desfecho, a aderência, os valores foram muito similares, não sendo observada diferença estatisticamente significativa entre as unidades ( $p=0,95$ ).

**Tabela 12** - Descrição das características da hipertensão e do tratamento medicamentoso dos hipertensos, segundo unidade utilizada. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240).

CARACTERÍSTICA	TIPO DE UNIDADE				p
	USF (n=120)		UBS (n=120)		
	N	%	N	%	
Tempo de diagnóstico					
Menos de 5 anos	28	23,3%	29	24,2%	0,9
De 5 a 10 anos	36	30,0%	36	30,0%	
Mais de 10 anos	56	46,7%	55	45,8%	
Tempo de anti-hipertensivo					
Menos de 5 anos	33	27,5%	32	26,7%	0,9
De 5 a 10 anos	35	29,2%	35	29,2%	
Mais de 10 anos	52	43,3%	53	44,2%	
Tipos de anti - hipertensivos					
1 tipo	46	38,3%	50	41,7%	0,1
2 tipos	51	42,5%	58	48,3%	
3 ou mais tipos	23	19,2%	12	10%	
Número de doses/dia					
1 dose/dia	45	37,5%	43	35,8%	0,9
2 doses/dia	55	45,8%	57	47,5%	
3 a 4 doses/dia	20	16,7%	20	16,7%	
Número comprimidos/dia					
1 comprimido/dia	27	22,5%	27	22,5%	0,3
2 comprimidos/dia	37	30,8%	47	39,2%	
3 ou mais comprimidos/dia	56	46,7%	46	38,3%	
Origem dos anti - hipertensivos					
Comprados	18	15,0%	36	30,0%	0,005
Gratuitos	102	85,0%	84	70,0%	
Precisa de ajuda para lembrar					
Não	97	80,8%	101	84,2%	0,5
Sim	23	19,2%	19	15,8%	
Quem ajuda*					
Familiar	22	95,7%	17	89,5%	0,5
Outros	0	0%	1	5,3%	
Ninguém	1	4,3%	1	5,3%	
Aderência ao tratamento ●☐					
Não Aderente	59	49,2%	58	48,7%	0,95
Aderente	61	50,8%	61	51,3%	

\*Somente os que precisam de ajuda para lembrar de tomar os medicamentos (n=42).

● Segundo SMAQ - Questionário Simplificado para Aderência à Medicação (KNOBEL, 2002).

☐ Na variável aderência ao tratamento o total não coincide devido à falta de dados para um hipertenso.

### 5.2.3 Respostas segundo critérios de avaliação de aderência ao tratamento medicamentoso, segundo a unidade utilizada

Conforme observado na Tabela 13, não houve diferença significativa entre as unidades em nenhum dos critérios utilizados para a avaliação de aderência.

**Tabela 13** - Descrição da aderência auto-relatada ao tratamento farmacológico nos hipertensos, segundo unidade utilizada. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240).

CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DE ADERÊNCIA*	TIPO DE UNIDADE				p	
	USF (n=120)		UBS (n=120)			
	N	%	N	%		
Esquece seguidamente de tomar seu(s) remédio(s)?	Não	102	85,0%	96	80,0%	0,3
	Sim	18	15,0%	24	20,0%	
Descuida seguidamente dos horários de tomar seu(s) remédio(s)?	Não	78	65,0%	77	64,2%	0,9
	Sim	42	35,0%	43	35,8%	
Quando se sente melhor, costuma parar de tomar seu(s) remédio(s)?	Não	102	85,0%	97	80,8%	0,4
	Sim	18	15,0%	23	19,2%	
Quando se sente pior, costuma parar de tomar seu(s) remédio(s)?	Não	116	96,7%	119	99,2%	0,2
	Sim	4	3,3%	1	0,8%	
Na última semana deixou de tomar seu(s) remédio(s) mais de duas vezes?	Não	109	90,8%	107	89,2%	0,7
	Sim	11	9,2%	13	10,8%	
Durante o último fim de semana não tomou nenhum dos seus remédios?	Não	111	92,5%	105	87,5%	0,2
	Sim	9	7,5%	15	12,5%	
Nos últimos três meses, não tomou nenhum dos seus remédios, por mais de dois dias? ☐	Não	96	80,0%	100	83,3%	0,5
	Sim	24	20,0%	20	16,7%	

\*Segundo SMAQ - Questionário Simplificado para Aderência à Medicação (KNOBEL, 2002).

☐ Na variável aderência nos últimos três meses o total não coincide devido à falta de dados para um hipertenso.

#### 5.2.4 *Motivos de não-aderência referidos pelos hipertensos não-aderentes, segundo unidade utilizada*

Evidencia-se na Tabela 14, uma diferença significativa entre as unidades ( $p=0,005$ ), principalmente no que diz respeito aos motivos de não-aderência relacionados à pressão arterial (por medo de hipotensão ou por encontrar-se normotenso). Na UBS esta afirmação apareceu 25,6% e na USF 13,6%. Também foi significativa a diferença ( $p=0,04$ ) relacionada à não-aderência por motivos involuntários, que foi percentualmente mais citada na UBS (62,7%) do que na USF (44,1%). Os outros motivos de não-aderência pesquisados não apresentaram diferenças significativas entre as unidades.

**Tabela 14** - Motivos de não aderência, referidos pelos hipertensos não aderentes, segundo unidade utilizada. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=118\*).

MOTIVOS DE NÃO-ADERÊNCIA	TIPO DE UNIDADE				p
	USF (n=120)		UBS (n=120)		
	N	%	N	%	
Esquecimento	26	44,1%	37	62,7%	0,04
Financeiros	16	27,1%	19	32,2%	0,5
Relacionados aos anti-hipertensivos	18	30,5%	14	23,7%	0,4
Relacionados à pressão arterial	8	13,6%	21	25,6%	0,005
Relacionados à ausência de sintomas	10	16,9%	12	20,3%	0,6
Desconhecimento em relação à doença e seu tratamento contínuo	9	15,3%	12	20,3%	0,5
Pelo uso de tratamentos alternativos	2	3,4%	5	8,5%	0,2
Outros motivos	1	1,4%	8	9,6%	0,3

\*mais de um motivo referido por observação.

### 5.2.5 História de outras patologias crônicas e outros medicamentos contínuos, segundo a unidade utilizada

Conforme mostra a Tabela 15, os usuários da USF e das UBS têm características idênticas quanto à presença de outra doença crônica (USF=57,5%, UBS=57,5%) e assemelham-se muito quanto ao uso de outros medicamentos contínuos (USF=50,8%, UBS=50,0%), não havendo diferenças significativas entre ambos.

**Tabela 15** - História de outras patologias crônicas e uso de outros medicamentos contínuos nos hipertensos, segundo unidade utilizada. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240).

CARACTERÍSTICA		TIPO DE UNIDADE				P
		USF (n=120)		UBS (n=120)		
		N	%	N	%	
Outra doença crônica	Não	51	42,5%	51	42,5%	1,0
	Sim	69	57,5%	69	57,5%	
Outro medicamento contínuo	Não	59	49,2%	60	50,0%	0,9
	Sim	61	50,8%	60	50,0%	

### 5.2.6 Características do conhecimento sobre a doença e o tratamento, segundo a unidade utilizada

Conforme a Tabela 16, os usuários da USF percebem-se suficientemente informados à respeito da doença e do tratamento mais freqüentemente (88,2%) do que os usuários da UBS (76,7%), diferença esta com significado estatístico (p=0,02).

Quanto ao local que melhor informa sobre hipertensão e tratamento, a diferença também foi significativa ( $p=0,001$ ). Na USF houve predomínio da unidade de saúde utilizada como local privilegiado de informação (58,3%) em relação à UBS (32,5%). Os usuários da UBS citaram predominantemente outros serviços de saúde (35,0%), meios de comunicação (20,8%) e ambiente de trabalho (6,7%) como local de melhor qualidade de informação, comparativamente aos usuários da USF (16,7%, 14,2% e 5,8%; respectivamente).

A diferença entre as unidades no que diz respeito à qual profissional (da unidade que freqüentam) melhor informa sobre hipertensão e tratamento, foi significativa ( $p=0,001$ ). Na USF, o enfermeiro foi citado como profissional que melhor informa sobre hipertensão e tratamento (37,1%). O enfermeiro não foi citado na UBS (0%) porque não faz parte da equipe das unidades estudadas. O médico na USF mostrou predomínio de preferência (24,3%) em relação ao médico na UBS (23,1%). Na UBS a categoria mais citada, todos os profissionais da equipe (43,6%), predominou quando comparada à USF (20,0%). Na UBS também observamos o predomínio do Agente Comunitário de Saúde (5,1%) e do Auxiliar ou Técnico de Enfermagem (28,2%) em relação à USF (1,4%, 17,1%; respectivamente).

Quanto ao momento em que o hipertenso é mais bem informado, a diferença foi significativa ( $p=0,001$ ). O grupo de hipertensos apareceu como preferência da maioria dos usuários da USF (64,3%). Na UBS este serviço não foi citado (0%), pois não é oferecido aos usuários. Na UBS, a maioria citou que é mais bem informado em momentos diversos (74,4%). Na USF esta categoria apareceu em 8,6% das respostas. Disseram ser mais bem informados na consulta médica 25,6% dos

usuários da UBS e 14,3% dos usuários da USF. Consideraram ser mais bem informados na consulta do enfermeiro 12,9% dos usuários da USF. Este serviço também não está disponível aos usuários da UBS e, portanto, não foi citado (0%).

**Tabela 16** - Características do conhecimento sobre a hipertensão e o tratamento, entre os hipertensos, segundo unidade utilizada. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240 <sup>α</sup>).

CARACTERÍSTICA	TIPO DE UNIDADE				P
	USF (n=120)		UBS (n=120)		
	N	%	N	%	
Grau de conhecimento					
Insuficiente	14	11,8%	28	23,3%	0,02
Suficiente	105	88,2%	92	76,7%	
Local que melhor informa					
Unidade de Saúde que freqüenta	70	58,3%	39	32,5%	0,001
Outros Serviços de Saúde	20	16,7%	42	35,0%	
Meios de Comunicação	17	14,2%	25	20,8%	
Comunidade	6	5,0%	6	5,0%	
Local de trabalho	7	5,8%	8	6,7%	
Profissional que melhor informa•					
Agente Comunitário de Saúde	1	1,4%	2	5,1%	0,001
Aux. ou Téc. de Enfermagem	12	17,1%	11	28,2%	
Enfermeiro	26	37,1%	0	0%	
Médico	17	24,3%	9	23,1%	
Todos da equipe	14	20,0%	17	43,6%	
Em que momento melhor informa•					
Consultas Médicas	10	14,3%	10	25,6%	0,001
Consultas Enfermeiro	9	12,9%	0	0%	
Grupos de Hipertensos	45	64,3%	0	0%	
Diversos	6	8,6%	29	74,4%	

<sup>α</sup> Na variável grau de conhecimento o total não coincide devido à falta de dados para um hipertenso.

• Referentes aos que foram mais bem informados na unidade freqüentada (n=109).

### **5.2.7 Atitudes anti-hipertensivas não-farmacológicas iniciadas ou mantidas no último ano, segundo a unidade utilizada**

Evidencia-se, na Tabela 17, uma diferença significativa entre as unidades (p=0,01) no que diz respeito ao uso de chás e outros produtos anti-hipertensivos

caseiros. Houve predomínio desta atitude na UBS (80,9%) em relação à USF (66,9%). A diferença relacionada a outras atitudes anti-hipertensivas não farmacológicas, também foi significativa ( $p=0,008$ ). Na USF houve predomínio destas atitudes (10,0%) em relação à UBS (1,0%). As outras atitudes anti-hipertensivas não-farmacológicas pesquisadas não apresentaram diferenças significativas entre as unidades.

**Tabela 17** - Atitudes anti-hipertensivas não-farmacológicas, iniciadas ou mantidas no último ano pelos hipertensos, segundo unidade utilizada. Santa Cruz do Sul, RS, 2004

ATITUDES ANTI-HIPERTENSIVAS	TIPO DE UNIDADE				p
	USF (n=120)		UBS (n=120)		
	N	%	N	%	
Iniciou ou manteve hábito alimentar saudável (n=240)	97	80,8%	101	84,2%	0,5
Iniciou ou manteve prática de exercícios físicos regulares (n=237)	51	43,2%	61	51,3%	0,2
Diminuiu peso ou manteve peso ideal (n=240)	80	66,7%	87	72,5%	0,3
Parou ou diminuiu o uso de bebida alcoólica (n=78)	12	40,0%	23	47,9%	0,5
Parou ou diminuiu o uso do fumo (n=87)	14	36,8%	19	38,8%	0,9
Suspendeu o uso de anticoncepcional oral ou de reposição hormonal por orientação médica (n=42)	1	5,6%	6	25,0%	0,09
Iniciou ou manteve o uso de chás e/ou outros produtos anti-hipertensivos caseiros (n=233)	79	66,9%	93	80,9%	0,01
Outras atitudes(n=166)	7	10,0%	1	1,0%	0,008

### **5.2.8 Utilização de serviços hospitalares e de emergência nos últimos três meses devido à hipertensão, segundo a unidade utilizada**

As diferenças entre as unidades no que diz respeito ao uso de serviços hospitalares e de emergência não mostraram significância estatística; na utilização

do serviço de internação ( $p=0,3$ ), no uso do pronto socorro ( $p=0,4$ ) e no uso de consultas médicas de urgência ( $p=0,2$ ), conforme evidenciado na Tabela 18.

**Tabela 18** - Utilização de serviços hospitalares e de emergência pelos hipertensos, segundo unidade, nos últimos três meses, devido à hipertensão. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240)

SERVIÇOS UTILIZADOS	TIPO DE UNIDADE				p	
	PSF (n=120)		UBS (n=120)			
	N	%	N	%		
Internação Hospitalar	Não	117	97,5%	114	95,0%	0,3
	Sim	3	2,5%	6	5,0%	
Atendimento no Pronto Socorro	Não	103	85,8%	107	89,2%	0,4
	Sim	17	14,2%	13	10,8%	
Consulta Médica de Urgência	Não	103	85,8%	110	91,7%	0,2
	Sim	17	14,2%	10	8,3%	

### 5.2.9 Características dos serviços utilizados no tratamento da hipertensão, segundo a unidade

Observando a Tabela 19, comprovamos o que já foi descrito anteriormente na metodologia, ou seja, a amostra foi composta por 50% de usuários da USF e por 50% de usuários da UBS.

Em relação ao tempo de uso da unidade de saúde observamos que houve diferença significativa entre as unidades ( $p=0,001$ ). A totalidade dos usuários da USF utilizam a unidade de saúde há menos de sete anos (100%), enquanto que na UBS este percentual foi de 77,5%. Como o período máximo de instalação do PSF no

município é de sete anos, não encontramos nenhum usuário que use a USF há mais de oito anos, ao contrário de 22,5% dos usuários das UBS.

Quanto ao uso do serviço de consulta médica na unidade, não houve diferença significativa entre as unidades ( $p=0,2$ ). A consulta do enfermeiro apresentou diferença significativa ( $p=0,001$ ) entre as unidades pelo fato de a UBS não dispor deste profissional em suas equipes de trabalho. Na USF este serviço é utilizado por 28,3% dos hipertensos.

A utilização de grupos de hipertensos apresentou significância estatística ( $p=0,001$ ), pelo fato deste tipo de serviço não estar disponível aos usuários da UBS. A maioria dos hipertensos da USF (75,8%) utiliza este serviço.

Foi significativa ( $p=0,001$ ) a diferença entre as unidades no que diz respeito à utilização da unidade para pegar remédios anti-hipertensivos, apresentando predomínio entre os usuários da USF (91,7%) quando comparados aos usuários da UBS (71,7%). Quanto ao uso da unidade para a verificação da pressão arterial não foi observada diferença significativa entre as unidades ( $p=0,4$ ).

Nas orientações de enfermagem a diferença entre as unidades foi significativa ( $p=0,001$ ). Como este serviço diz respeito às orientações do auxiliar e técnico de enfermagem em sala de espera, e na USF as orientações acontecem preferencialmente no grupo de hipertensos, não houve alusão ao uso deste serviço na USF (0%), confirmando o predomínio da utilização deste serviço entre os usuários da UBS (26,7%).

Observamos que não houve diferença significativa ( $p=0,7$ ) entre as unidades, quanto ao escore conferido pelos usuários ao acolhimento da equipe.

**Tabela 19** - Características dos serviços utilizados no tratamento da hipertensão, segundo unidade. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240)

CARACTERÍSTICA	TIPO DE UNIDADE				p		
	USF (n=120)		UBS (n=120)				
	N	%	N	%			
<b>Unidade que utiliza</b>							
	USF	120	50%	0	0%	1,0	
	UBS	0	0%	120	50%		
<b>Tempo que usa a Unidade</b>							
	1 ano	31	25,8%	19	15,8%	0,001	
	De 2 a 7 anos	89	74,2%	74	61,7%		
	8 ou mais anos	0	0%	27	22,5%		
<b>Serviços utilizados na Unidade</b>							
	Consulta Médica						
		Não	35	29,2%	27	22,5%	0,2
		Sim	85	70,8%	93	77,5%	
	Consulta Enfermeiro						
		Não	86	71,7%	120	100%	0,001
		Sim	34	28,3%	0	0%	
	Grupo de Hipertensos						
		Não	29	24,2%	120	100%	0,001
		Sim	91	75,8%	0	0%	
	Pegar Remédio						
		Não	10	8,3%	34	28,3%	0,001
		Sim	110	91,7%	86	71,7%	
	Verificar P.A						
		Não	6	5,0%	9	7,5%	0,4
		Sim	114	95,0%	111	92,5%	
	Orientações de Enfermagem						
		Não	120	100%	88	73,3%	0,001
		Sim	0	0%	32	26,7%	
<b>Acolhimento da equipe*</b>							
	De zero a 5 pontos	20	16,7%	18	15,1%	0,7	
	6 pontos	100	83,3%	101	84,9%		

α Na variável acolhimento da equipe o total não coincide devido à falta de dados para um hipertenso.

### **5.2.10 Características das consultas médicas utilizadas, segundo a unidade**

Na Tabela 20, dos hipertensos que consultam com o médico da unidade observamos que a grande maioria o faz quando julga ser necessário, sendo que neste aspecto há um predomínio entre os usuários da UBS (98,9%) em relação aos da USF (56,5%) evidenciando diferença significativa ( $p=0,001$ ) entre as unidades.

Quanto aos dias de espera para consultar, a diferença entre as unidades mostrou-se significativa ( $p=0,001$ ). A maioria dos usuários da USF (88,2%) não espera nenhum dia para consultar e predominam em relação aos usuários das UBS (2,2%). A maioria dos usuários da UBS espera um dia para consultar (96,8%) e predominam em relação aos da USF (3,5%). Os que esperam dois ou mais dias para consultar predominaram na USF (8,2%) quando comparados aos da UBS (1,1%).

Também foi significativa ( $p=0,001$ ) a diferença entre as unidades no que se refere aos minutos de espera para consultar com o médico. Em ambas as unidades, a maioria dos hipertensos espera de cinco a trinta minutos para ser atendido, destacando-se um predomínio deste aspecto na UBS (80,6%) em relação à USF (38,8%). Nenhuma espera, de 40 a 60 minutos e mais de uma hora de espera, são categorias que predominaram na USF (15,3%, 25,9% e 20,0%) quando comparados à UBS (6,5%, 7,5% e 5,4%, respectivamente).

A forma como o hipertenso espera pela consulta não mostrou diferença significativa entre as unidades ( $p=0,05$ ). Os usuários, em sua maioria, esperam sua consulta médica sentados, na UBS (96,8%) e na USF (89,4%).

A maioria dos hipertensos consulta com o mesmo médico, sendo na UBS (93,5%) e na USF (88,2%). Esta categoria não apresentou diferença significativa entre as unidades ( $p=0,2$ ).

**Tabela 20** - Características das consultas médicas utilizadas, segundo a unidade. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240)

CARACTERÍSTICA	TIPO DE UNIDADE				p
	USF (n=120)		UBS (n=120)		
	N	%	N	%	
<b>Motivos para consultar</b>					
Quando julga necessário	48	56,5%	92	98,9%	0,001
Quando está agendado	37	43,5%	1	1,1%	
<b>Dias de espera para consultar</b>					
Nenhum	75	88,2%	2	2,2%	0,001
1 dia	3	3,5%	90	96,8%	
2 ou mais dias	7	8,2%	1	1,1%	
<b>Minutos de espera para consultar</b>					
Nenhum	13	15,3%	6	6,5%	0,001
De 5 a 30 minutos	33	38,8%	75	80,6%	
De 40 a 60 minutos	22	25,9%	7	7,5%	
Mais de 1 hora	17	20,0%	5	5,4%	
<b>Como espera a consulta</b>					
Em pé	9	10,6%	3	3,2%	0,05
Sentado	76	89,4%	90	96,8%	
<b>Cons. com o mesmo médico</b>					
Não	10	11,8%	6	6,5%	0,2
Sim	75	88,2%	87	93,5%	

### 5.3 Fatores associados à aderência ao tratamento

A aderência encontrada na amostra estudada foi de 50,8%. Realizaremos a seguir associações desta aderência com as diversas variáveis estudadas.

### **5.3.1 Associações entre aderência e as características demográficas e socioeconômicas**

A Tabela 21 mostra as associações entre a aderência e as características demográficas e socioeconômicas. Apesar de as mulheres terem apresentado prevalência de aderência mais alta do que os homens, o sexo não mostrou associação significativa com a aderência ao tratamento medicamentoso.

Apesar de os hipertensos entre 50 a 59 anos e os entre 60 a 69 anos apresentarem uma prevalência de aderência mais baixa e os com mais de 70 anos apresentarem uma prevalência de aderência mais alta quando comparados todos, aos hipertensos entre 40 e 49 anos de idade, a idade não se mostrou associada significativamente à aderência.

Os hipertensos de cor de pele branca mostraram uma probabilidade de aderência 47% maior quando comparados aos de cor não-branca.

O fato de morar com companheiro e sem filhos, sem companheiro e com filhos e viver só, aumentou em 32%, 70% e 56%, respectivamente, as probabilidades de aderência ao tratamento quando comparados com os hipertensos que moram com companheiro e filhos.

Apesar de os hipertensos que estudaram mais de oito anos terem uma prevalência de aderência mais alta quando comparados aos que não estudaram, a escolaridade não mostrou associação significativa com à aderência.

A renda familiar per capita também não mostrou associação com a aderência. Apesar de os hipertensos de classe “D” e da classe “E” terem tido uma prevalência de aderência maior quando comparados aos da classe “B e C”, a variável classe econômica não mostrou associação significativa com a aderência.

**Tabela 21** - Prevalência de Aderência ao tratamento anti-hipertensivo e razão de prevalência conforme as características demográficas e socioeconômicas dos hipertensos usuários das unidades de saúde, Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240 ☐)

CARACTERÍSTICA	PREVALÊNCIA DE ADERÊNCIA		RP (IC 95%)	p	
	N	%			
<b>Sexo</b>					
	Masculino	18	36,0%	1,00	0,02
	Feminino	104	55,0%	1,42 (1,10-1,85)	
<b>Idade (faixas etárias)</b>					
	40 a 49 anos	25	55,6%	1,00	0,4
	50 a 59 anos	24	42,1%	0,76 (0,43-1,33)	
	60 a 69 anos	42	51,2%	0,92 (0,56-1,51)	
	70 a 86 anos	31	56,4%	1,01 (0,60-1,72)	
<b>Cor</b>					
	Não branca	35	38,9%	1,00	0,003
	Branca	87	58,4%	1,47 (1,14-1,89)	
<b>Situação familiar</b>					
	C/ companheiro e filhos	37	38,5%	1,00	0,006
	C/companheiro s/filhos	25	51,0%	1,32 (0,80-2,20)	
	S/companheiro c/filhos	42	65,6%	1,70 (1,09-2,65)	
	Vive só	18	60,0%	1,56 (0,87-2,73)	
<b>Escolaridade (anos completos)</b>					
	Não estudou	32	51,6%	1,00	0,8
	1 a 4	52	50,0%	0,97 (0,62-1,50)	
	5 a 8	35	50,7%	0,98 (0,61-1,59)	
	Mais de 8	3	75,0%	1,45 (0,44-4,74)	
<b>Renda familiar per capita</b>					
	Abaixo de 1	61	49,6%	1,00	0,6
	Um ou mais	61	52,6%	1,06 (0,82-1,38)	
<b>Classes Econômicas *</b>					
	B e C	8	36,4%	1,00	0,3
	D	48	53,9%	1,48 (0,70-3,13)	
	E	66	52,0%	1,43 (0,69-2,98)	

• Em salários mínimos.

\* Segundo: Critério de Classificação Econômica Brasil - ANEP - Associação Nacional de Empresas de Pesquisa.

☐ Na variável classe econômica o total não coincide devido à falta de dados para um hipertenso.

### **5.3.2 Associações entre aderência e as características da hipertensão e do tratamento medicamentoso**

A Tabela 22 mostra as associações de aderência com variáveis relacionadas às características da hipertensão e ao tratamento medicamentoso.

O tempo de diagnóstico não se mostrou associado à aderência. Aqueles que usam anti-hipertensivos há mais de cinco anos mostraram uma prevalência de aderência maior em relação aos que usam medicamentos há menos de cinco anos. Apesar disso, a associação entre o tempo de uso de anti-hipertensivos e a aderência não foi significativa.

O número de tipos diferentes de anti-hipertensivos e o número de doses diárias não apresentaram associação significativa com a aderência. Os que usam dois comprimidos/dia apresentaram uma prevalência mais baixa quando comparados aos que usam um único comprimido/dia. Também os que usam três ou mais comprimidos/dia mostraram uma prevalência mais baixa quando comparados com os que usam um comprimido/dia. Mesmo assim, o número de comprimidos utilizados/dia não mostrou associação significativa com a aderência.

Mesmo que o hipertenso que consegue seus medicamentos anti-hipertensivos de forma gratuita tenha apresentado uma prevalência de aderência mais baixa quando comparado àquele que adquiriu seus medicamentos com

recursos financeiros próprios ou de terceiros, a origem dos medicamentos não esteve associada significativamente a aderência.

Também não foi significativa a associação entre a aderência e a necessidade de ajuda para lembrar de tomar a medicação anti-hipertensiva.

**Tabela 22** - Prevalência de Aderência ao tratamento anti-hipertensivo e razão de prevalência conforme as características da hipertensão e do tratamento medicamentoso dos hipertensos usuários das unidades de saúde, Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240)

CARACTERÍSTICA	PREVALÊNCIA DE ADERÊNCIA		RP (IC 95%)	p
	N	%		
<b>Tempo de diagnóstico</b>				
Menos de 5 anos	23	41,1%	1,00	0,22
De 5 a 10 anos	38	52,8%	1,29 (0,77-2,16)	
Mais de 10 anos	61	55,0%	1,34 (0,83-2,16)	
<b>Tempo de anti-hipertensivo</b>				
Menos de 5 anos	25	39,1%	1,00	0,08
De 5 a 10 anos	38	54,3%	1,39 (0,84-2,30)	
Mais de 10 anos	59	56,2%	1,44 (0,90-2,30)	
<b>Tipos de anti-hipertensivos</b>				
1 tipo	51	53,1%	1,00	0,8
2 tipos	55	50,9%	0,96 (0,65-1,40)	
3 ou mais tipos	16	45,7%	0,86 (0,51-1,55)	
<b>Número de doses/dia</b>				
1 dose/dia	47	54,0%	1,00	0,8
2 doses/dia	55	49,1%	0,91 (0,62-1,34)	
3 a 4 doses/dia	20	50,0%	0,93 (0,55-1,56)	
<b>Número comprimidos/dia</b>				
1 comprimido/dia	33	61,1%	1,00	0,7
2 comprimidos/dia	37	44,6%	0,73 (0,46-1,17)	
3 ou mais comprimidos/dia	52	51,0%	0,84 (0,54-1,30)	
<b>Origem dos anti-hipertensivos</b>				
Comprados	33	61,1%	1,00	0,09
Gratuitos	89	48,1%	0,78 (0,52-1,08)	
<b>Precisa de ajuda para lembrar</b>				
Não	103	52,3%	1,00	0,4
Sim	19	45,2%	0,87 (0,64-1,19)	

### 5.3.3 Associações entre aderência e história de outras patologias crônicas e uso de outros medicamentos contínuos

Na Tabela 23 observamos que o fato de o hipertenso apresentar outra doença crônica e usar outros medicamentos contínuos não está associado à aderência ao tratamento anti – hipertensivo.

**Tabela 23** - Prevalência de Aderência ao tratamento anti-hipertensivo e razão de prevalência conforme história de outras patologias crônicas e uso de outros medicamentos contínuos nos hipertensos usuários das Unidades Básicas de Saúde, Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240)

CARACTERÍSTICA	PREVALÊNCIA DE ADERÊNCIA		RP (IC 95%)	p	
	N	%			
<b>Outra doença crônica</b>					
	Não	52	51,0%	1,00	1,0
	Sim	70	51,1%	1,00 (0,77-1,30)	
<b>Outro medicamento contínuo</b>					
	Não	60	50,4%	1,00	0,9
	Sim	62	51,7%	1,03 (0,79-1,33)	

### 5.3.4 Associações entre aderência e as características do conhecimento sobre a hipertensão e o tratamento

Na Tabela 24 apesar de os hipertensos que acreditam ter conhecimento suficiente sobre a doença e o tratamento terem apresentado uma prevalência de aderência maior quando comparados aos que percebem que seu conhecimento é insuficiente, a variável conhecimento não mostrou associação significativa com a aderência.

Também a variável local que melhor informa sobre a hipertensão e o tratamento não apresentou associação significativa com a aderência ao tratamento.

**Tabela 24** - Prevalência de Aderência ao tratamento anti-hipertensivo e razão de prevalência conforme características do conhecimento sobre a hipertensão e o tratamento, entre os hipertensos usuários das unidades de saúde, Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240 <sup>α</sup>)

CARACTERÍSTICA	PREVALÊNCIA DE ADERÊNCIA		RP (IC 95%)	p
	N	%		
<b>Grau de conhecimento</b>				
Insuficiente	17	40,5%	1,00	0,1
Suficiente	105	53,6%	1,32 (0,96-1,72)	
<b>Local que melhor informou</b>				
Unidade de Saúde que freqüenta	51	46,8%	1,00	0,5
Outros Serviços de Saúde	36	58,1%	1,24 (0,81-1,90)	
Meios de Comunicação	23	54,1%	1,15 (0,78-2,09)	
Comunidade	4	36,4%	0,78 (0,52-2,33)	
Local de trabalho	8	53,3%	1,14 (0,78-2,06)	

<sup>α</sup> Na variável grau de conhecimento o total não coincide devido à falta de dados para um hipertenso.

### 5.3.5 Associações entre aderência e o número de atitudes anti-hipertensivas não-farmacológicas adotadas no último ano

Na Tabela 25, apesar de observar-se que a prevalência de aderência era maior quanto maior o número de atitudes anti-hipertensivas adotadas pelo hipertenso, não houve associação significativa entre número de atitudes anti-hipertensivas não-farmacológicas e a aderência ao tratamento medicamentoso.

**Tabela 25** - Prevalência de Aderência ao tratamento anti-hipertensivo e razão de prevalência conforme atitudes anti-hipertensivas não-farmacológicas, iniciadas ou mantidas no último ano pelos hipertensos usuários das unidades de saúde, Santa Cruz do Sul, RS, 2004.

ATITUDES ANTI-HIPERTENSIVAS	PREVALÊNCIA DE ADERÊNCIA		RP (IC 95%)	p
	N	%		
Até Uma	7	31,8%	1,00	0,3
Duas	23	50,0%	1,57 (0,67-3,66)	
Três	46	54,8%	1,72 (0,78-3,81)	
Quatro ou mais	46	52,9%	1,66 (0,75-3,68)	

Verificamos na Tabela 26 que apesar de os hipertensos que utilizaram os serviços hospitalares e de urgência nos últimos três meses apresentarem prevalência menores de aderência do que os hipertensos que não utilizaram estes serviços, não foi estabelecida associação significativa entre a utilização de serviços hospitalares e de urgência e aderência ao tratamento anti-hipertensivo.

**Tabela 26** - Prevalência de Aderência ao tratamento anti-hipertensivo e razão de prevalência conforme utilização de serviços hospitalares e de emergência pelos hipertensos usuários das unidades de saúde, nos últimos três meses, devido à hipertensão. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240)

SERVIÇOS UTILIZADOS	PREVALÊNCIA DE ADERÊNCIA		RP (IC 95%)	p
	N	%		
<b>Internação Hospitalar</b>				
Não	118	51,3%	1,00	0,7
Sim	4	44,4%	0,88 (0,48-1,60)	
<b>Atendimento no Pronto Socorro</b>				
Não	108	51,7%	1,00	0,6
Sim	14	46,7%	0,90 (0,63-1,30)	
<b>Consulta Médica de Urgência</b>				
Não	110	51,9%	1,00	0,5
Sim	12	44,4%	0,87 (0,60-1,25)	

Conforme mostra a Tabela 27, o tipo de unidade utilizada pelo hipertenso (USF ou UBS) em seu tratamento não mostrou associação significativa com a aderência ao tratamento anti-hipertensivo medicamentoso. Não foi observada associação significativa entre o tempo de uso da unidade e a aderência ao tratamento anti-hipertensivo.

Apesar de os hipertensos que consultam com o médico na unidade terem apresentado prevalência de aderência mais baixa do que os que consultam com outros médicos, a consulta médica na unidade não mostrou associação significativa com a aderência ao tratamento.

Mesmo que os hipertensos que participam de grupos terapêuticos tenham apresentado prevalência de aderência mais alta do que os que não participam, a participação em grupos de hipertensos não apresentou associação significativa com a aderência ao tratamento.

Da mesma forma, ainda que os hipertensos que pegam remédios na unidade apresentem prevalência de aderência mais baixa quando comparados com os que não pegam remédios na unidade, não houve associação significativa entre pegar remédios na unidade e aderência ao tratamento medicamentoso.

O fato de o hipertenso utilizar outros serviços da unidade, como: consulta do enfermeiro, verificar pressão arterial e orientações de enfermagem não esteve associado à aderência.

Apesar de os hipertensos que consultam a partir de agendamento prévio terem apresentado prevalência de aderência mais alta do que os que consultam quando julgam ser necessário, o motivo da consulta não esteve associado significativamente a aderência ao tratamento anti-hipertensivo.

Também não encontramos associação significativa entre a aderência ao tratamento medicamentoso e as preferências do hipertenso relacionadas ao profissional e ao momento em que é melhor informado sobre hipertensão e o tratamento.

Ainda que os hipertensos que conferiram nota máxima (6 pontos) à equipe de saúde da unidade que freqüentam, tenham apresentado uma prevalência de aderência mais alta do que aqueles que não se consideram acolhidos pela equipe em um ou mais dos aspectos investigados, o escore de acolhimento conferido à equipe não mostrou associação significativa com a aderência ao tratamento medicamentoso.

**Tabela 27** - Prevalência de Aderência ao tratamento anti-hipertensivo e razão de prevalência conforme características dos serviços utilizados pelos hipertensos nas unidades de saúde. Santa Cruz do Sul, RS, 2004. (n=240)

CARACTERÍSTICA	PREVALÊNCIA DE ADERÊNCIA		RP (IC 95%)	P	
	N	%			
<b>Unidade que utiliza</b>					
	USF	61	50,8%	1,00	0,95
	UBS	61	51,3%	1,01 (0,78-1,31)	
<b>Tempo que usa a Unidade</b>					
	1 ano	28	56,0%	1,00	0,7
	De 2 a 7 anos	81	50,0%	0,89 (0,52-1,60)	
	8 ou mais anos	13	48,1%	0,85 (0,41-1,67)	
<b>Serviços utilizados na Unidade</b>					
Consulta Médica					
	Não	37	59,7%	1,00	0,1
	Sim	85	48,0%	0,78 (0,56-1,08)	
Consulta Enfermeiro					
	Não	107	52,2%	1,00	0,4
	Sim	15	44,1%	0,86 (0,61-1,19)	
Grupo de Hipertensos					
	Não	72	48,6%	1,00	0,3
	Sim	50	54,9%	1,14 (0,87-1,50)	
Pegar Remédio					
	Não	28	63,6%	1,00	0,06
	Sim	94	48,2%	0,70 (0,46-1,06)	
Verificar P. A.					
	Não	9	60,0%	1,00	0,5
	Sim	113	50,4%	0,81 (0,43-1,52)	
Orientações de Enfermagem					
	Não	108	52,2%	1,00	0,4
	Sim	14	43,8%	0,85 (0,61-1,19)	
<b>Motivos de consulta*</b>					
	Quando julga necessário	64	46,0%	1,00	0,3
	Quando está agendado	21	55,3%	1,21 (0,82-1,77)	
<b>Profissional que melhor informa•</b>					
	Agente Comunitário de Saúde	1	33,3%	1,00	0,6
	Aux. ou Téc. de Enfermagem	14	60,9%	1,83 (0,24-13,89)	
	Enfermeiro	11	42,3%	1,27 (0,16-9,23)	
	Médico	11	42,3%	1,27 (0,16-9,83)	
	Todos da equipe	14	45,2%	1,36 (0,18-10,30)	
<b>Em que momento melhor informa•</b>					
	Consultas Médicas	8	40,0%	1,00	0,7
	Consultas Enfermeiro	3	33,3%	0,83 (0,32-3,21)	
	Grupos de Hipertensos	23	51,1%	1,27 (0,77-2,96)	
	Diversos	17	48,6%	1,21 (0,62-2,90)	
<b>Acolhimento da equipe</b>					
	De zero a 5 pontos	14	36,8%	1,00	0,06
	6 pontos	107	53,5%	1,36 (1,02-1,81)	

\* Referentes às consultas médicas ocorridas na Unidade freqüentada (n=178).

•Referentes aos que foram mais bem informados na Unidade freqüentada (n=109).

#### 5.4 Análise multivariada

A análise multivariada obedeceu ao modelo teórico definido previamente (Figura 1), respeitando os níveis hierárquicos nele descritos.

A Tabela 28 apresenta as razões de prevalências ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança. No primeiro nível, e ajustado para as outras variáveis, os fatores que foram mantidos no modelo foram sexo, cor e situação familiar.

A variável sexo, apesar de não ter um  $p$  menor a 0,2, foi mantido para efeitos de ajuste dos outros níveis, devido a sua importância teórica como determinante da aderência. A cor da pele manteve uma associação significativa, sugerindo que os hipertensos de cor branca apresentam 54% mais probabilidade de ser aderentes do que os de cor não-branca.

A situação familiar manteve significância após o ajuste somente para os que vivem sem companheiro e com filhos, que mostraram 73% mais probabilidade de aderir ao tratamento do que os que vivem com companheiro e filhos.

No segundo nível, e ajustadas para as variáveis do nível anterior, as variáveis que permaneceram no modelo foram: consulta com médico na unidade, acolhimento e tempo de uso de anti-hipertensivos. A variável consulta com médico na unidade não teve uma associação significativa, apesar de que os hipertensos que consultam

com o médico na unidade apresentam 24% menos probabilidade de aderir do que aqueles que consultam com outro médico.

Aqueles que apresentaram nota máxima no escore do acolhimento, tiveram uma prevalência 44% maior que a categoria referencia de aderência ao tratamento, mas este resultado não teve significância estatística. Foi mantido no ajuste com o nível seguinte por apresentar um p menor a 0,2.

Os hipertensos que usam anti-hipertensivo há mais de 10 anos mostraram 44% mais probabilidade de aderir do que aqueles que os usam a menos de 5 anos, mas este resultado não foi significativo, mas ao igual que a variável anterior foi mantido no modelo.

No terceiro nível e ajustado para todos os outros fatores, nenhuma das variáveis de utilização de serviços hospitalares e/ou de urgência foi significativa.

A variável de maior interesse no presente estudo, o tipo de unidade de saúde (USF ou UBS) não mostrou nenhum efeito sobre o desfecho (RP 0,97; IC95% 0,67-1,41; p=0,9), ainda quando foi entrada no primeiro nível e mantida até o último nível. Desta forma foi retirada.

**Tabela 28** - Análise ajustada para aderência ao tratamento anti-hipertensivo, segundo modelo de análise.

<b>FATOR</b>	<b>RP AJUSTADA</b>	<b>IC95%</b>	<b>P</b>
<b>Sexo</b>			
	Masculino	1,00	
	Feminino	1,39	0,81-2,39
<b>Cor</b>			
	Não Branca	1,00	
	Branca	1,54	1,04-2,27
<b>Situação familiar</b>			
	C/ companheiro e filhos	1,00	
	C/ companheiro s/filhos	1,30	0,78-2,17
	S/ companheiro c/filhos	1,73	1,11-2,69
	Vive só	1,60	0,91-2,81
<b>Origem dos anti-hipertensivos</b>			
	Comprados	1,00	
	Gratuitos	0,97	0,58-1,62
<b>Grau de conhecimento</b>			
	Insuficiente	1,00	
	Suficiente	1,11	0,65-1,90
<b>Retira remédio na unidade</b>			
	Não	1,00	
	Sim	0,87	0,55-1,37
<b>Acolhimento da equipe</b>			
	De zero a 5 pontos	1,00	
	6 pontos	1,44	0,82-2,54
<b>Consulta com médico na unidade</b>			
	Não	1,00	
	Sim	0,76	0,50-1,14
<b>Tempo de uso de anti-hipertensivo</b>			
	Menos de 5 anos	1,00	
	De 5 a 10 anos	1,39	0,83-2,32
	Mais de 10 anos	1,44	0,90-2,33
<b>Internação Hospitalar</b>			
	Não	1,00	
	Sim	0,88	0,29-2,71
<b>Atendimento no Pronto Socorro</b>			
	Não	1,00	
	Sim	1,05	0,54-2,04
<b>Consulta Médica de Urgência</b>			
	Não	1,00	
	Sim	0,86	0,42-1,75

Na avaliação dos 24 questionários realizados como parte do controle de qualidade, observou-se uma concordância inter-observadores, através da estatística Kappa, considerada na Tabela 29.

**Tabela 29** - Resultados da estatística Kappa para concordância inter-observadores no controle de qualidade

<b>Variável</b>	<b>Valor</b>
Idade (em faixas etárias)	0,9
Cor da pele	0,6
Escolaridade (em anos de estudo)	0,7
Tempo de diagnóstico da hipertensão	0,7
Presença de outra doença crônica	0,7
Tipos de anti-hipertensivos usados	0,5
Esquece de tomar a medicação	1,0
Precisa de ajuda para lembrar	0,8
Tempo de uso da unidade de saúde	0,7
Internação hospitalar nos últimos três meses	0,6
Uso do Pronto Socorro nos últimos três meses	0,6
Consulta médica de urgência nos últimos três meses	0,6

## **6 DISCUSSÃO**

A constatação de que a baixa aderência aos tratamentos de longa duração é um problema de relevância mundial tem incentivado a realização de uma quantidade considerável de estudos, na tentativa de identificar possíveis fatores predisponentes aos comportamentos de aderência e de não-aderência. Por ser a aderência um processo comportamental complexo, dificilmente um único estudo poderia dar conta de analisar e comprovar todas as associações possíveis.

Muitos estudos têm indicado que além de fatores como as características do próprio paciente, da doença, do tratamento e do ambiente familiar, também as características do serviço e da equipe de saúde que acompanha o tratamento do paciente parecem interferir decisivamente no comportamento de aderência (WHO, 2003).

Na tentativa de averiguar se as características do serviço e da equipe de saúde realmente interferem na aderência do hipertenso ao tratamento medicamentoso, buscamos comparar a prevalência de aderência entre os usuários de dois tipos diferentes de unidades que compõem a rede básica de saúde de Santa Cruz do Sul. Procuramos, também, analisar se existem diferenças entre elas e se essas diferenças podem estar associadas à forma de organização e às características da equipe e da unidade de saúde utilizada.

## 6.1 Algumas considerações sobre aspectos metodológicos

Talvez uma das limitações do estudo tenha sido o fato de que algumas das associações mostradas não tenham obtido significância, quando outros estudos mostram o contrário. Isso se deve possivelmente a falta de poder estatístico. O delineamento do estudo foi realizado com o objetivo de estudar prevalência e não causalidade. Apesar disso, como análise complementar, exploramos algumas associações, mesmo que sem o intuito de estabelecer relações causais.

Outra limitação diz respeito a um possível viés de seleção relacionado aos usuários da USF. Devido aos princípios conceituais do Programa de Saúde da Família, consideramos usuários todos os hipertensos cadastrados, mesmo os que não freqüentam efetivamente a USF. Assim, pode ter sido encontrada uma prevalência de aderência aquém daquela que encontraríamos se investigássemos somente os hipertensos que adentrassem a unidade para buscar algum tipo de atendimento, como foi realizado na UBS.

Também como possível viés de informação citamos as limitações referentes ao escore de acolhimento construído para o estudo. Acreditamos que o escore de acolhimento pode estar superestimado. Necessitamos, em virtude da abordagem quantitativa do estudo, adequar questões que são preferencialmente de natureza qualitativa para uma conotação mais objetiva. Com isso, as questões partiram de uma afirmação positiva para que o entrevistado concordasse ou não, o que de certa forma pode ter sugerido respostas positivas.

Finalmente citaríamos um possível viés de memória referente a algumas variáveis que, pelo fato de estarem relacionadas a grandes períodos de tempo, como: tempo de diagnóstico, tempo que usa anti-hipertensivo e tempo que usa a unidade de saúde, poderiam provocar alguns erros para mais ou para menos nos dados obtidos.

## **6.2 Análise dos dados**

Apesar das controvérsias a respeito da definição de aderência e do ponto de corte para distinguir aderência de não-aderência, um número significativo de estudos tem considerado que a extensão da aderência à terapia medicamentosa para a hipertensão varia entre 50 e 70% (SACKETT, 1975; BITTAR, 1995; OKANO, 1997).

Mais recentemente, baseada no informe intitulado: “Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action”, a Organização Mundial da Saúde, em seu Comunicado à Imprensa nº 54 de 1º de julho de 2003, adverte que somente 27%, 43% e 51% dos pacientes em Gâmbia, China e Estados Unidos, respectivamente, cumprem seu regime terapêutico para a hipertensão arterial.

Estudos brasileiros como o de Lessa (1997), que considerou aderência ao tratamento o fato de o hipertenso estar com a pressão arterial controlada, encontrou 41,5% de aderentes, e o de Saldaña-Garin (1999), que considerou a adesão referida (o paciente afirma ser aderente às recomendações e ao tratamento médico),

encontrou 72% de aderentes, sendo que destes, 69% não estava com a pressão arterial controlada no momento da entrevista, confirmam de certa forma, os achados internacionais.

De acordo com o critério utilizado neste estudo para medir aderência (SMAQ), consideramos que somente a metade ou 50% dos hipertensos usuários das unidades de saúde de Santa Cruz do Sul são aderentes ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo. Apesar de baixa, esta prevalência está em concordância com a maioria dos estudos realizados.

Ao contrário do que supomos em nossas hipóteses iniciais, a aderência foi exatamente igual entre os dois tipos de unidades. Metade dos usuários da UBS foram considerados aderentes, assim como também metade dos usuários da USF. Na análise abaixo, realizaremos aproximações teóricas na tentativa de encontrar respostas para este fato.

A análise dessa pesquisa foi dividida em quatro momentos. Primeiramente, analisamos o perfil dos hipertensos estudados, procurando identificar suas principais características, sem considerar qual unidade de saúde este utiliza no seu tratamento anti-hipertensivo. Após, foi realizada uma análise comparativa entre os usuários da USF e da UBS quanto às diversas características estudadas, a fim de mostrar quais são as semelhanças e diferenças destas áreas, facilitando a compreensão das fases subsequentes.

Na terceira etapa através da análise bivariada, foram analisados os efeitos isolados das diferentes variáveis estudadas sobre a aderência ao tratamento anti-hipertensivo medicamentoso. E na quarta etapa foram analisados os efeitos das variáveis que foram significantes na bivariada, agora em conjunto, ajustando as variáveis de um determinado bloco entre si e entre as variáveis que pertenciam aos blocos anteriores, conforme o limite de significação estipulado ( $p < 0,2$ ), para permanência no modelo de análise e obedecendo a hierarquização dos blocos segundo modelo teórico utilizado também como modelo de análise.

### ***6.2.1 Perfil da amostra e análise comparativa entre o perfil dos usuários da USF e dos usuários da UBS***

A amostra foi composta predominantemente por mulheres, distribuídas coincidentemente de forma idêntica entre os dois tipos de unidade.

A população do estudo foi predominantemente de cor de pele branca havendo diferenças significativas entre as unidades. As de cor não-branca foram significativamente mais freqüentes na USF.

A faixa etária predominante na amostra é de 50 a 69 anos, havendo diferenças significativas entre as unidades com uma proporção maior de idosos na UBS.

A amostra caracterizou-se por predomínio de baixa escolaridade. Os usuários da UBS apresentaram mais anos de estudo quando comparados aos usuários da USF, mesmo que a diferença não tenha sido significativa.

A amostra foi composta predominantemente por hipertensos que moram com companheiro(a) e filhos. Na UBS encontramos uma proporção discretamente maior de pessoas que vivem sem companheiro(a) e com filhos.

A amostra foi composta majoritariamente por hipertensos da classe E, ou seja, conforme o Critério de Classificação Econômica Brasil a classe econômica de menor poder de compra. Os usuários da UBS apresentaram uma proporção maior de pessoas da classe B, C e D.

Além das características demográficas e socioeconômicas estudadas, outras características que talvez diferenciem os dois tipos de unidade, não integralmente investigadas neste estudo, estão relacionadas a aspectos do ambiente psicossocial e aos chamados estressores sociais crônicos (pobreza, hostilidade, estado marital, racismo, aglomeração, estresse sócio-ecológico) e outros como ocupações menos qualificadas, estressores do trabalho e a migração (Andersen, 1990; Kumanyika, 1991) descritos como fatores de risco para a hipertensão e que poderiam também estar associados à aderência, especialmente na USF.

As USF estão localizadas em bairros periféricos da cidade, próximas ao distrito industrial, em áreas menos valorizadas no mercado imobiliário, ocupadas por moradores oriundos de outras cidades, com muitas áreas de invasão e de conjuntos

habitacionais populares. Em matéria de capa do jornal da cidade<sup>3</sup> é possível perceber o quão difícil é viver nesta região: “A zona sul sob o comando das gangues: aqui se paga pedágio para viver”. É na zona sul de Santa Cruz do Sul ou muito próximo a ela que estão localizadas todas as cinco USF que fizeram parte do estudo e nenhuma das UBS. Estas se localizam mais próximas ao centro da cidade em bairros mais antigos e melhor estruturados.

A maioria da amostra sabe-se hipertensa e usa medicação anti-hipertensiva há mais de 10 anos, não havendo diferença entre os usuários das duas unidades.

A metade da amostra referiu apresentar outra doença crônica e utilizar outro medicamento contínuo. Neste aspecto os usuários das duas unidades não apresentaram diferenças.

Na amostra constatamos que a maioria dos hipertensos utiliza até dois tipos diferentes de remédios, em duas doses diárias, totalizando três ou mais comprimidos por dia. Apesar de não significativa, encontramos nos usuários da USF, uma proporção discretamente maior do uso de mais tipos diferentes de medicamentos, assim como de comprimidos/dia.

A grande maioria da população estudada adquire seus medicamentos gratuitamente na própria unidade que frequenta, sendo esta característica significativamente mais comum entre os usuários da USF.

---

<sup>3</sup> Gazeta do Sul de 27/02/05, Santa Cruz do Sul, RS.

A maioria dos entrevistados disse não precisar de ajuda para lembrar de tomar os remédios, aparecendo na USF um percentual discretamente maior do que na UBS de hipertensos que declararam precisar de ajuda. Mesmo assim, uma parcela importante da amostra (35,4%), costuma descuidar do horário de tomar seus remédios e quando deixa de tomar, o faz, principalmente, por esquecimento (53,4%).

Nos usuários da USF, quando comparados aos da UBS, foi maior o percentual, embora não significativo, de entrevistados que deixaram de tomar sua medicação quando se sentiam piores, e porque tinham dúvidas ou medos relacionados à medicação, como: medo de intoxicação pelo uso contínuo, medo de misturar com álcool ou outras drogas e devido aos efeitos desagradáveis da medicação. A partir desta constatação, dois aspectos merecem ser analisados. O primeiro é que nos parece que entre os usuários da USF a desinformação sobre a ação das drogas hipotensoras e a presença dos para-efeitos destas, tenha tido papel importante no comportamento de aderência. O segundo aspecto está relacionado ao uso quase que exclusivo pelos usuários da USF dos medicamentos gratuitos fornecidos na unidade. Nos perguntamos se estes usuários estão tendo acesso às novas classes de medicamentos. Também nos questionamos se a escolha dos medicamentos e o acompanhamento de seus possíveis para-efeitos estão sendo cuidadosamente orientados e monitorados pela equipe, especialmente pelo médico, em concordância com o hipertenso.

Os usuários da UBS diferenciaram-se significativamente dos da USF quanto aos motivos para não aderência ao tratamento, por medo de hipotensão ou porque estavam eventualmente normotensos e por esquecimento. Também houve diferença

em relação à USF, mas sem significação, de outros motivos de não aderência, como: os financeiros, porque estavam assintomáticos, porque não sabiam que o tratamento devia ser contínuo, porque estavam usando tratamentos alternativos. Também entre os usuários da UBS foi maior a proporção dos que deixam de tomar os medicamentos nos finais de semana. Observa-se entre os usuários da UBS uma maior desinformação em relação à doença e ao tratamento quando comparados aos usuários da USF. Exceto quanto aos motivos involuntários e os financeiros, todos os outros citados pelos usuários da UBS, estão relacionados à falta de informações ou à informações incorretas à respeito da doença e do tratamento.

Andrade (2002) quando investigou, em estudo multicêntrico, os motivos de não-aderência ao tratamento medicamentoso, observou que dentre os dez motivos mais citados, oito eram devido à falta de orientação adequada sobre a doença e as sérias conseqüências da descontinuidade e do abandono do tratamento.

Diversos autores têm sido enfáticos na afirmação de que as equipes de saúde devem melhorar sua forma de comunicação com a clientela. Estudos sobre comunicação médico-paciente mostram que deve ser usada a linguagem do cliente, que a informação fornecida em cada consulta deve ser limitada, que termos médicos devem ser evitados e que as informações devem ser oferecidas de forma a serem apropriadas para a vida cotidiana dos indivíduos (LEY, 1985).

Para Giorgi (1999) a linguagem usada pelos médicos pode não ser a mais adequada para seus clientes. Muitas das informações sobre hipertensão e tratamento são mais bem explicadas através de consultas com membros de equipe

multiprofissional (enfermeiras, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos).

Em nosso estudo, a maioria dos entrevistados disse ter conhecimentos suficientes à respeito da doença e do tratamento, e que estes, foram adquiridos principalmente na unidade de saúde que freqüentam, com todos os profissionais da equipe no momento do grupo de hipertensos.

Parece-nos importante ressaltar aqui que a maioria dos hipertensos tenha identificado a sua unidade de saúde como local que melhor informa. Isso nos leva a acreditar, mesmo sem discutir a importância destas informações na determinação da aderência, que as unidades de saúde, independente de sua forma de organização, passaram a assumir sua missão de ofertar, além de atenção curativa e de reabilitação, também ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, acidentes e outros agravos.

Houve diferença significativa entre as unidades, com maiores percentuais na USF, quanto ao grau de conhecimento referido, a preferência da unidade de saúde como local de melhor informação, do enfermeiro como profissional que melhor informa e do grupo de hipertensos como local privilegiado de informação.

Esta diferença significativa entre as unidades confirma que a forma de organização da USF, através das diretrizes da estratégia de saúde da família, propicia aos seus usuários mais informações sobre a doença e o tratamento.

A preferência na USF pelo enfermeiro e pelo grupo de hipertensos em relação à UBS é explicada pelo fato de que, nesta última, tanto o profissional como o serviço não estão disponíveis. Mesmo assim, é importante salientar que na USF o enfermeiro destacou-se como profissional que melhor informa sobre hipertensão e tratamento e faz isso preferentemente no grupo de hipertensos. Isso evidencia a importância deste profissional nas atividades educativas realizadas na unidade.

O uso de uma dieta alimentar saudável foi a atitude anti-hipertensiva não farmacológica mais citada pelos hipertensos do estudo. Os usuários da UBS citaram um maior número de atitudes anti-hipertensivas e com mais frequência do que os da USF, embora a diferença não tenha sido significativa. Também o uso de chás ou outros produtos anti-hipertensivos caseiros apareceram mais frequentemente na UBS, mas com diferença significativa em relação à USF. Na USF prevaleceram outras atitudes não farmacológicas em relação aos da UBS. As outras atitudes citadas, dizem respeito atividades relacionadas à saúde mental, como: meditação, religiosidade, espiritualidade, pensamento positivo.

A maioria dos hipertensos entrevistados não utilizou os serviços de hospitalização e urgência no último ano em função da hipertensão ou de suas complicações. Esta informação, de certa forma, contradiz as baixas taxas de aderência encontradas, porque sugere que a maioria dos hipertensos entrevistados encontra-se controlado, ou pelo menos, não tem usado os serviços de urgência em função de crises hipertensivas ou outras consequências da hipertensão.

Dentre os que utilizaram estes serviços, destacamos os usuários da USF que usaram mais o pronto socorro e a consulta de urgência e os usuários da UBS que usaram mais a hospitalização. Esta diferença pode ser devido às complicações nos usuários da UBS serem mais graves e por isso necessitarem internação hospitalar ou também em função do acesso mais fácil às consultas médicas de urgência nas USF.

Investigando as características do uso dos serviços nas unidades de saúde, observamos que a maioria dos entrevistados utiliza a unidade de saúde de dois a sete anos, principalmente para verificar pressão arterial e pegar remédio.

Comparando os usuários da USF com os da UBS, encontramos algumas diferenças significativas, como: o tempo de uso na USF é menor que na UBS, os usuários da USF utilizam mais a unidade para pegar remédios, consultar com o enfermeiro e participar do grupo de hipertensos, os usuários da UBS utilizam mais a unidade para orientações do técnico ou auxiliar de enfermagem. Também a USF é mais utilizada, embora a diferença não seja significativa, para a verificação de pressão arterial.

Alertamos para a importância, pela frequência com que acontece, do momento da verificação de pressão arterial. A grande maioria dos hipertensos (93,7%), aderentes e não aderentes, utilizam a unidade de saúde na busca deste serviço. A equipe de saúde deve estar atenta neste momento, para avaliar possíveis dificuldades em relação à aderência ao tratamento e poder orientar, motivar, e se

necessário encaminhar o usuário, na tentativa de solucionar mais precocemente os problemas encontrados.

A maioria dos entrevistados do estudo consulta com o mesmo médico, que é o próprio médico da unidade, espera no máximo um dia para consultar e, no dia da consulta, espera por esta, sentado, e em média durante 42 minutos. Também a maioria não dispõe da modalidade de agendamento de consultas e consulta para a hipertensão quando julga ser necessário.

Observamos que o tempo de espera no dia da consulta foi significativamente menor na UBS quando comparado à USF. A consulta no mesmo dia foi significativamente mais freqüente entre os usuários da USF e também a modalidade de consultar através de agendamento.

A média de consultas médicas anuais foi de quatro consultas/ano, o que está de acordo com o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial (PNECHA) para pacientes não complicados. Lessa (1997) alerta em seu estudo, que é conveniente rever a freqüência prevista de quatro consultas anuais (trimestrais), que talvez possam passar a quadrimestrais ou mesmo semestrais, para pacientes que aderem ao tratamento e que não apresentam lesões graves em órgãos-alvo, dando-lhes chance de retornar à consulta na eventualidade de qualquer intercorrência, inclusive abandono do tratamento de qualquer natureza e propiciar uma maior atenção aos grupos identificados como mais problemáticos para a adesão.

A maioria dos entrevistados relatou ser muito bem acolhido pela equipe, não tendo sido observado neste aspecto, diferenças significativas entre as unidades.

### **6.2.2 Fatores associados à aderência**

No presente estudo as variáveis que permaneceram associadas à aderência ao tratamento, depois de ajustadas às outras variáveis no modelo de análise, foram: cor da pele e situação familiar.

A cor da pele foi a única variável que apresentou associação significativa com a aderência mesmo depois de ajustada para todas as outras variáveis no modelo de análise. Após ajuste com todos os outros níveis, os hipertensos de cor de pele branca apresentaram 47% mais probabilidade de aderir ao tratamento do que os de pele não-branca. Isto pode significar que a cor tem um efeito direto, não mediado por outras variáveis.

Procurando possíveis explicações para este fato citamos os resultados do quinto relatório do Comitê do National Institute of Health, dos Estados Unidos, sobre a hipertensão arterial. Este relatório, de 1993 diz que, pela severidade da hipertensão entre os negros, eles são muito mais submetidos ao uso concomitante de múltiplas drogas anti-hipertensivas do que os brancos e, por essa razão, muito mais expostos às complicações medicamentosas; o que (complementação nossa), poderia explicar as baixas taxas de aderência ao tratamento entre os negros. Mas no

nosso caso, isto não seria uma explicação suficiente uma vez que, o número de drogas não mostrou nenhuma associação com o desfecho.

Alguns autores têm descrito que as classes mais novas de anti-hipertensivos e as associações de duas drogas de classes diferentes no mesmo comprimido tem facilitado a aderência e diminuído a ocorrência de para-efeitos, especialmente em negros (CARO, 1999; HOLLAND, 1983).

Podemos citar também o fato de que a hipertensão das pessoas não-brancas tem sido relatada como de mais difícil controle, o que poderia explicar um certo descrédito ou desânimo em relação à medicação, levando à não-aderência. Para entendermos melhor este aspecto, citamos o estudo transversal realizado na Bahia (Lessa, 1997), que analisou a adesão às consultas e/ou tratamento, utilizando como critério de adesão o fato da pressão arterial estar ou não controlada. Neste estudo foi observada uma baixa frequência de adesão (ou pressão arterial controlada) entre os pardos (33,0%) e os negros (19,7%) em relação aos brancos (53,6%), mesmo tendo sido os negros os que mais aderiram às consultas. Possível explicação a este fato é a de que os negros não respondem bem a determinados tipos de monoterapias quando não associadas a diuréticos (V.A.C.S.G.A.A.<sup>4</sup>, 1982 apud LESSA, 1997).

A situação familiar manteve a significância após análise ajustada com as variáveis de seu nível, na categoria vive sem companheiro e com filhos, a qual,

---

<sup>4</sup> V.A.C.S.G.A.A. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. – Racial Differences in Response to Low-Dose Captopril are Abolished by the Addition of Hydrochlorothiazide. *Br J Clin Pharmacol.* 1982; 14 (suppl 2):97.

apresentou associação positiva com a aderência. O fato de o hipertenso viver sem companheiro e com filhos aumentou em 11% a probabilidade de aderência em relação aos que vivem com companheiro e filhos.

Este achado pode estar relacionado ao fato de que as pessoas da amostra, que vivem sem companheiro e com filhos, possam ser mulheres (predominantes na amostra), idosas e viúvas que estão morando com os filhos. Acredita-se que diminuindo a responsabilidade dos cuidados com filhos dependentes e com o companheiro, também muitas vezes dependente, a tendência é cuidar mais de si, aderindo ao tratamento.

Poucas são as referências que relacionam a situação familiar à aderência ao tratamento. Lessa (1997) encontrou maior frequência de aderência às consultas e ao tratamento e menor frequência de abandono ao tratamento entre os solteiros (15,0%) quando relacionados aos casados, separados e viúvos (22,3%, 21,1% e 21,5%, respectivamente), o que conforme a autora, está em desacordo com o descrito na literatura para os solteiros em relação a outras doenças.

O sexo feminino apareceu associado positivamente à aderência na análise bruta, mas quando ajustado a outras variáveis no modelo de análise, perdeu a significância.

Os estudos divergem quanto à associação do sexo à aderência ao tratamento. Alguns estudos afirmam que as mulheres, em relação aos homens, sabem mais que são hipertensas, suas informações são mais fidedignas, tratam-se

mais, estão mais controladas, aderem mais ao tratamento e abandonam menos o tratamento do que os homens (GIORGI, 1989; BARRETO, 1980; COSTA, 1983; DEGOULET et al,1983; FLACK et al, 1996). No entanto, estudo realizado em Pelotas (Saldaña-Garin, 1999) e outros estudos internacionais (Barker, 1999; Miller et al, 1997), não associaram o sexo do hipertenso à aderência ao tratamento.

Além da cor da pele, situação familiar e sexo, outras variáveis foram levadas à análise ajustada por terem sido consideradas como possíveis fatores de confusão pela associação ao menos ao nível de 20%. São elas: tempo de uso de anti-hipertensivos, consulta com médico da unidade, retirar remédios na unidade, origem dos medicamentos, grau de conhecimento e acolhimento. Porém nenhuma delas mostrou-se associada à aderência após o ajuste com as outras variáveis no modelo de análise.

Devido ao tempo de uso de anti-hipertensivo estar de certa forma, e especialmente no estudo, assemelhado ao tempo de diagnóstico da hipertensão, discutiremos estas duas variáveis conjuntamente.

No estudo, apesar da prevalência de aderência ter sido maior entre os que usam medicação anti-hipertensiva e sabem-se hipertensos há mais de 10 anos quando relacionados aos que apresentam estas condições há menos de cinco anos, o tempo de uso de anti-hipertensivo e de diagnóstico da hipertensão não estiveram associados à aderência ao tratamento.

Os estudos brasileiros consultados divergem quanto ao tipo de associação entre o tempo de diagnóstico e a aderência. O estudo paulista (Giorgi, 1989) encontrou associação inversa do tempo de diagnóstico com o abandono do tratamento e o estudo baiano (Andrade, 2002), analisando hipertensos que haviam abandonado o tratamento medicamentoso há pelo menos dois meses, encontrou uma maior proporção de abandono entre as pessoas com diagnóstico há mais de 10 anos.

Apesar de não significativa, a maior prevalência de aderência entre os hipertensos mais antigos encontrada no presente estudo, concorda com o estudo paulista.

No estudo, apesar dos hipertensos que consultam com outro médico que não o da unidade, terem mostrado uma prevalência de aderência maior quando comparados aos que consultam com o médico da unidade, a variável consulta com o médico na unidade não se mostrou associada significativamente à aderência. Da mesma forma, a categoria que retira seus medicamentos na unidade, não afetou em nada a prevalência de aderência.

Talvez os hipertensos que não usam a consulta médica e a medicação disponível na unidade o façam por dois motivos: opção ou necessidade. Nos dois casos é possível que a consulta ocorra com médico especialista (cardiologista), que provavelmente prescreva medicamentos anti-hipertensivos não disponíveis na rede pública. No caso de opção, poderiam ser hipertensos com mais recursos financeiros, o que de certa forma poderia justificar a maior aderência. No caso de necessidade,

poderiam ser hipertensos que por apresentarem hipertensão severa, na presença ou não de complicações cardiovasculares já instaladas, tenderiam a ser mais aderentes.

Corroborando com o descrito acima, encontramos no estudo que o hipertenso que consegue seus medicamentos anti-hipertensivos de forma gratuita não apresentou uma diferença significativa na prevalência de aderência quando comparado àquele que adquiriu seus medicamentos com recursos financeiros próprios ou de terceiros. A forma como o hipertenso adquire sua medicação foi descrita por alguns autores como importante na determinação da aderência.

Resultados prospectivos de um ensaio clínico realizado em São Paulo encontraram que o custo do tratamento é um dos grandes obstáculos à adesão, sendo mais freqüente nos negros e nas mulheres (SOUZA; SILVA et al, 1986). O custo é ainda mais importante quando se trata de população de baixa renda (SCHAFNEUTLE, 2002).

Divergindo destes autores, Saldaña-Garin (1999) sugeriu em seu estudo que talvez o custo não seja um fator importante para a não-adesão entre os hipertensos, visto que, não encontrou diferenças entre a adesão de hipertensos que tinham custos diferentes com seus anti-hipertensivos. Nosso estudo, de certa forma, concorda com o estudo descrito acima.

Na amostra, os hipertensos que referiram ter conhecimentos suficientes sobre a doença apresentaram percentuais maiores de aderência, apesar do grau de

conhecimento referido não ter mostrado associação significativa com a aderência ao tratamento.

Mesmo que o conhecimento sobre a doença e o tratamento, por si só, não seja suficiente para evitar a não aderência (Kirscht, 1979), é indiscutível que um conhecimento adequado melhora o entendimento e a habilidade em gerenciar a doença e o tratamento (CONRAD, 1985).

Para Whitcher-Alagna (2002), pacientes que estão satisfeitos com os profissionais que o atendem e com seu regime terapêutico aderem mais ativamente ao tratamento.

Na tentativa de entender como os pacientes avaliam suas relações com os profissionais de saúde que lhe atendem, construímos para o estudo um escore de acolhimento.

Observamos que apesar da prevalência de aderência ter sido maior entre àqueles que conferiram nota máxima ao acolhimento da equipe quando comparados aos que tiveram alguma queixa em relação a este aspecto, o acolhimento não mostrou associação significativa com a aderência.

Tem sido extensamente descrito na literatura que a forma como os profissionais de saúde interagem e comunicam-se com as pacientes é um determinante fundamental de aderência (SCOPP, 2000; WRIGHT, 1998; ABBOTT, 1999; BROWN, 1994; HORNE, 1999). Pacientes que se vêem como sócios no

processo de tratamento e que são ativamente comprometidos no processo de cuidado têm melhor aderência aos comportamentos de saúde e aos resultados de saúde (SCHULMAN, 1979).

Outro autor descreve que os pacientes dos profissionais, que compartilham informações, constroem sociedades, e apóiam emocionalmente, têm melhores resultados que os pacientes de profissionais que não interagem desta maneira (STEWART, 1996).

Também a empatia e atitude de não julgamento e sim de ajuda, prontidão, disponibilidade, comunicação de boa qualidade e interação, são alguns dos atributos importantes dos profissionais de saúde que se mostraram associados à aderência dos pacientes ao tratamento (WRIGHT; LEE, 2000).

Mesmo que a associação entre o acolhimento e a aderência não tenha obtido significância em nosso estudo, os resultados encontrados concordam com o descrito na literatura.

Outras variáveis que já na análise bruta não estiveram associadas à aderência foram: idade, escolaridade, renda, classe econômica, tempo de diagnóstico, tipo de anti-hipertensivos, número de doses, precisa de ajuda para lembrar de tomar a medicação, outra doença crônica, outro medicamento contínuo, local que melhor informa, profissional que melhor informa, momento que melhor informa, atitudes anti-hipertensivas não farmacológicas, motivo para consultar, tempo de uso da unidade, consulta com enfermeiro na unidade, participa de grupo

de hipertensos na unidade, verifica pressão arterial na unidade e orientações de enfermagem na unidade.

Inúmeras são as divergências na literatura sobre a importância dos aspectos socioeconômicos e demográficos na determinação da aderência. Alguns estudos afirmam que há associação entre estes aspectos e a aderência ao tratamento (Wright; Lee, 2000; Wright, 2000; Bloom, 1998), outros, no entanto, negam esta relação (HAYNES, 1976; HAYNES, 1979, KAPLAN, 1990).

A idade também tem sido citada por alguns autores como relacionada à aderência. Alguns como Degoulet et al (1983) e Giorgi (1989) relataram maiores taxas de abandono do tratamento entre os mais jovens, similar ao encontrado por Saldaña-Garin (1999), que sugere em seu estudo uma tendência linear de aumento da idade e as chances de adesão.

No estudo, apesar de os mais velhos terem apresentado uma prevalência de aderência mais alta em relação aos mais jovens, a idade não mostrou associação significativa com a aderência ao tratamento. Mesmo assim, a maior prevalência de aderência entre os mais velhos, sugere uma possível concordância com a literatura.

A escolaridade tem sido citada como associada à aderência. Em estudo realizado em São Paulo o analfabetismo esteve associado ao abandono ao tratamento (GIORGI, 1989), assim como a baixa escolaridade como fator de efeito negativo sobre a aderência (WRIGHT; LEE, 2000; WRIGHT, 2000; BLOOM, 1998).

Na amostra, apesar de os hipertensos com mais de oito anos de estudo mostrarem maiores percentuais de aderência quando comparados com os com menos de oito anos de estudo, a escolaridade não se mostrou associada significativamente à aderência. Mesmo assim, os resultados encontrados de certa forma concordam com o descrito pelos autores.

As classes econômicas mais baixas já foram descritas inúmeras vezes na literatura como associadas ao abandono e à não-aderência ao tratamento (DEGOULET et al, 1983; WRIGHT; LEE, 2000; WRIGHT, 2000; BLOOM, 1998). No estudo, apesar dos hipertensos da classe econômica D apresentarem prevalência de aderência mais alta quando comparados aos das classes B, C e E, a variável classe econômica não mostrou associação significativa com a aderência. Estes resultados de certa forma são coerentes com o descrito na literatura.

A complexidade do regime terapêutico foi identificada como possível causa de baixa aderência. Frequência das doses, número de medicamentos simultâneos e mudanças nos medicamentos anti-hipertensivos, são alguns dos fatores que contribuem para a complexidade de um regime (WRIGHT; LEE, 2000). Menos doses diárias de anti-hipertensivos (Nuesch, 2001; Eisen, 1990), monoterapia e menos mudanças nos medicamentos (menos turbulência de tratamento) têm sido associadas com melhor aderência (MONANE, 1997; BLOOM, 1998).

Constatamos que, apesar de os que usam monoterapia (medicamento único, uma vez ao dia), terem tido uma prevalência de aderência mais alta quando comparados com os que usam mais de um medicamento, o número de

medicamentos e doses usadas não mostraram associação significativa com a aderência. Mesmo assim, os resultados encontrados no estudo são coerentes com a literatura consultada.

A associação negativa entre os para-efeitos dos medicamentos e as taxas de aderência tem sido descrita tanto na literatura nacional (SALDAÑA-GARIN, 1999; ANDRADE, 2002) como na internacional (WRIGHT; LEE, 2000; WRIGHT, 2000; BLOOM, 1998).

No estudo não foi possível estabelecer qualquer associação dos para-efeitos com a aderência, pois somente 10 hipertensos relataram deixar de tomar a medicação por medo dos efeitos colaterais.

A convivência com outra doença crônica e o uso de outros medicamentos contínuos (além dos anti-hipertensivos) não mostrou associação com a aderência no presente estudo. Apesar de não encontrarmos relatos na literatura, supomos inicialmente que em função da concomitância de outras patologias e outros medicamentos (sugerindo maior comprometimento), encontraríamos maior prevalência de aderência entre estes hipertensos, o que não se confirmou.

Poucos são os estudos sobre a aderência ao tratamento não farmacológico da hipertensão. Supõe-se que as taxas de aderência sejam muito mais baixas do que as do tratamento farmacológico, já que dependem muitas vezes de mudanças de hábitos de vida, o que certamente é muito mais difícil, do que usar medicamentos de forma contínua. Saldaña-Garin (1999) encontrou em seu estudo

uma tendência linear entre o número de medidas ou atitudes e a adesão referida, o que de certa forma parece lógico. Aquele hipertenso que adota hábitos de vida buscando o controle de sua hipertensão, dificilmente descuidaria da outra parte do tratamento, teoricamente mais fácil de ser seguida.

Na pesquisa, apesar de os hipertensos que disseram adotar três atitudes anti-hipertensivas não-farmacológicas terem apresentado uma prevalência de aderência mais alta do que os que disseram adotar até uma atitude, o número de atitudes anti-hipertensivas não-farmacológicas não mostrou associação significativa com a aderência. Apesar disso, os resultados encontrados mostram concordância com a literatura consultada.

Alguns autores relatam como fator que afeta negativamente à aderência, a inabilidade de alguns hipertensos em administrar seu próprio tratamento (BANDURA, 1977; ROGERS, 1997).

Observamos que, apesar de os que não dependem de ajuda para lembrar de tomar seus anti-hipertensivos terem apresentado uma prevalência mais alta do que os que precisam de ajuda, a necessidade de ajuda mostrou não estar associada significativamente à aderência. Mesmo assim, os resultados encontrados são coerentes com a literatura consultada.

No estudo foi possível perceber que apesar de a prevalência de aderência ter sido maior entre os que preferiram as informações de outros serviços de saúde ao invés da unidade freqüentada, o local preferido de informação não mostrou

associação significativa com a aderência. Talvez isso se explique pelo fato de que uma parcela importante dos usuários da UBS (35%), prefira outros serviços como fonte de informação. Entre estes outros serviços, os mais citados foram as consultas com o cardiologista, particular ou conveniado (Sindicatos), o que pode sugerir uma opção do hipertenso com mais recursos financeiros ou então com hipertensão severa, o que de certa forma poderia explicar a maior prevalência de aderência.

Levine (1979), descreveu em seu estudo um aumento nas taxas de aderência entre pacientes inseridos em programas educacionais de saúde, incluindo visitas domiciliares e reuniões em pequenos grupos. Em Cadernos de Atenção Básica (nº 7) – Hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*: protocolo - sugere à equipe atividades de prevenção primária avançadas, destinadas aos indivíduos com diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica já instalados. Estas atividades prevêm o estímulo à criação de grupos de hipertensos e diabéticos, no sentido de facilitar a adesão ao tratamento proposto.

No estudo, apesar de os hipertensos que participam de grupos apresentarem uma prevalência de aderência maior do que os que não participam, a participação em grupos terapêuticos não mostrou associação significativa com a aderência, talvez por falta de poder estatístico, pois só a metade da amostra (usuários da USF) dispõe deste serviço.

Apesar de os hipertensos que têm suas consultas agendadas mostrarem prevalência de aderência mais alta quando comparados com os que não dispõem deste serviço, a modalidade de agendamento de consultas não mostrou associação

significativa com a aderência. A prevalência mais alta pode ser explicada porque na USF o agendamento de consultas da hipertensão está atrelado à participação no grupo de hipertensos, e os hipertensos que participam do grupo mostraram uma prevalência de aderência maior.

No estudo, não encontramos associação significativa do uso dos serviços de urgência e hospitalização com a aderência ao tratamento. Apesar dos estudos consultados não fazerem nenhuma referência a esta possível associação, supomos inicialmente que a não-aderência ao tratamento poderia resultar em um número maior de internações hospitalares, utilização de serviços de pronto socorro e de consulta médica de urgência, o que acabou não se confirmando no estudo.

Quanto ao tipo de serviço de saúde utilizado, motivo principal desta investigação, não houve associação com a aderência, visto que, em ambas as unidades investigadas a aderência encontrada foi igual.

Mesmo que as diferenças demográficas e socioeconômicas não expliquem estatisticamente o fato da prevalência de aderência ter sido idêntica entre as unidades, observou-se que entre os usuários da UBS há uma frequência maior de características que, conforme a literatura consultada, tendem a afetar positivamente a aderência, como: maior proporção de idosos, de pessoas da cor branca, de menor responsabilidade familiar, de mais anos de estudos, de melhor poder de compra.

Desta forma, podemos supor que, mesmo diante de todas essas adversidades, os usuários da USF apresentaram aderência semelhante à dos

usuários da UBS, sugerindo que a atenção disponibilizada aos hipertensos na USF esteja contribuindo para melhorar a aderência a tal ponto que, se a UBS estivesse organizada nos moldes da estratégia de saúde da família, a aderência ao tratamento entre seus usuários seria bem maior do que a encontrada no estudo.

## **7 CONCLUSÕES**

| Somente a metade (50%) dos hipertensos que compuseram a amostra foi considerada aderente ao tratamento anti-hipertensivo medicamentoso, o que certamente é muito pouco. No entanto, não difere do encontrado na maioria dos estudos atuais;

| O tipo de unidade de saúde utilizada (USF ou UBS) não mostrou associação com a aderência ao tratamento anti-hipertensivo medicamentoso, visto que não houve diferença na prevalência de aderência entre os usuários dos dois tipos de unidade, representando em ambas, somente 50%;

| As unidades de saúde foram citadas pela maioria dos usuários, especialmente os da USF, como o local que melhor informa sobre hipertensão e tratamento;

| Os usuários da USF mostraram ter mais conhecimentos à respeito da doença e do tratamento quando comparados aos usuários da UBS;

| Na USF o enfermeiro foi citado como o profissional que melhor informa à respeito da doença e do tratamento;

| Na USF o grupo de hipertensos apareceu como momento privilegiado na divulgação de informações à respeito da hipertensão e seu tratamento;

| A grande maioria dos hipertensos entrevistados (93,7%), aderentes ou não aderentes, utiliza a unidade de saúde para verificar a pressão arterial;

| A maioria dos hipertensos entrevistados (77,5%), utiliza medicamentos anti-hipertensivos distribuídos gratuitamente na unidade que frequenta;

| A cor da pele branca mostrou estar associada positivamente à aderência ao tratamento anti-hipertensivo medicamentoso quando comparada à cor de pele não-branca;

| Hipertensos (as) que vivem sem companheiro (a) e com filhos apresentaram maior probabilidade de aderir ao tratamento quando comparados aos que vivem com companheiro (a) e com filhos;

| Mostraram-se mais aderentes os hipertensos que usam medicamentos há mais de 10 anos, consultam com outro médico que não o da unidade, e percebem-se melhor acolhidos pela equipe de saúde da unidade que frequentam;

| Foi baixo o percentual de hipertensos que utilizou, em função da doença, os serviços de urgência e de internação hospitalar nos últimos três meses, denotando um possível controle da pressão arterial, contrariando de certa forma, a baixa aderência ao tratamento encontrada.

Embora outros estudos necessitem ser realizados no sentido de melhor esclarecer as relações existentes entre as características dos serviços de saúde e a aderência, acreditamos que nossos resultados possam contribuir para uma melhor compreensão de aspectos das diferentes unidades de saúde que facilitem ou dificultem o tratamento e a aderência ao tratamento dos hipertensos.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo mostrou que, apesar de não terem sido encontradas diferenças na prevalência de aderência ao tratamento entre os usuários dos dois tipos de unidades estudadas, podemos constatar que os usuários da USF estão mais informados sobre a doença e o tratamento do que os usuários da UBS. Este fato certamente contribuiu para melhorar a aderência, mas por si só, não foi suficiente para diferenciá-la.

As USF já deram o primeiro passo, mas é necessário avançar muito mais, incorporando práticas que não somente informem, mas também motivem e habilitem os hipertensos para a árdua tarefa de gerenciar sua doença e seu tratamento.

O estudo também aponta para a importância e a responsabilidade da unidade de saúde, seja ela qual for, no acompanhamento de pacientes com hipertensão arterial sistêmica.

As responsabilidades dos profissionais não se esgotam na prescrição de medicamentos e de cuidados, mas estão além disto. Aos profissionais, é necessário compreender que a questão da aderência ao tratamento não é um “problema” só do paciente.

Os hipertensos precisam de orientações, apoio e informações dos profissionais de saúde para entender a importância de manter a pressão sanguínea sempre controlada, usar corretamente os medicamentos anti-hipertensivos, reconhecer os efeitos adversos da medicação e o que fazer quando eles acontecem.

Para os profissionais de saúde, compartilhar a responsabilidade do tratamento contínuo através de uma relação que se assemelha a uma sociedade, negociando o regime terapêutico, somando saberes e discutindo a aderência de forma clara, certamente é um desafio, que se transposto, resultará em avanços importantes para ambos.

As baixas taxas de aderência encontradas entre os usuários da rede básica alertam para a necessidade urgente de se reavaliar a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população e de se garantir ações que possam contribuir com a melhoria da aderência ao tratamento entre seus usuários.

É necessário garantir e estimular o vínculo dos usuários às unidades de saúde, promovendo o acompanhamento e o tratamento sistemáticos, mediante ações de capacitação e de reorganização dos serviços.

Finalizando, ressaltamos que a aderência como fenômeno humano de caráter comportamental, necessita muitas outras apropriações teóricas e práticas para que seu entendimento, mesmo que sempre parcial, visto sua complexidade, traga aos serviços de saúde e aos seus profissionais, indicativos que os subsidiem para uma prática comprometida e emancipatória.

## **9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ABBOTT, P.J. et al. Retrospective analyses of additional services for methadone maintenance patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1999, 17:129-137.

AKINKUGBE O. O. Epidemiology of Hypertension and stroke in Africa. In: HATANO, S.; SHIGEMATSU, I.; STRASSER, T. *Hypertension and stroke control in the community*. Proceedings of a WHO meeting held in Tokyo 11-13 March 1974. Geneva: World Health Organization, 1976, p. 28-42.

ANDERSEN, N. B. *The role of autonome reactivity in hipertension among blacks*. First Intern. Confer. On Race, Ethnicity & Health. Challenges in Diabetes & Hypertension. CWRU May 10-11, 1990, Cleveland, Ohio, p. 61-70.

ANDRADE, J. P. et al. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, volume 79 (nº4), 380-4, Salvador,BA - Brazil, 2002.

ARNETT, D. K. ; EVANS, G. W. ; RIELEY, W. A. Arterial Stiffness: A New Cardiovascular Risk Factors? *Am. J. Epidemiol.*, 1994; 140: 669-82.

BANDURA, A. J. SIMON, K. M. The role of proximal intentions in self-regulation of refractory behavior, *Cognitive Therapy and Research*, 1977, 1: 177-184.

BARKER, L. R. *Principles of ambulatory medicine*, fifth edition, 1999:844.

BARRETO, M. L. & MEIRA, L. R. C. Hipertensão arterial em uma comunidade do oeste de Estado da Bahia, Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.*, 34:363-6, 1980.

BERTUSSI, D. C. et al. A unidade básica no contexto do sistema de saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (orgs.) *Bases da saúde coletiva*, Londrina, UEL, 2001.

BITTAR, N. Maintaining long-term control of blood pressure: the role of improved compliance. *Clinical Cardiology*, 1995, 18: 312-316.

BLOOM, B. S. Continuation of initial antihypertensive medication after 1 year of therapy. *Clinical Therapeutics*, 1998, 20:671-681.

BOTAZZO, C. *Unidade básica de saúde: a porta de entrada do sistema revisitada*. Bauru: Edusc, 1999.

BROWN, V. J. The association of concordance between physician and patient medical concepts and patient satisfaction, compliance and medical outcomes. *Humanities and Social Sciences*, 1994, 54:26-32.

BUENO, W. S. ; MERHY, E. E. *Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?* Campinas, 1997. [capturado em 06 janeiro 2004]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>.

BURT, V. L. et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. 1988-1991. *Hypertension*, 1995, 25: 305-313.

CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. *Planejamento sem normas*. São Paulo, Hucitec, 1989.

CAMPOS, G. W. S. A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde. In: \_\_\_\_\_. *A saúde pública e a defesa da vida*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O (org.) *Inventando a mudança na saúde*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARO, J. J. et al. Effect of initial drug choice on persistence with antihypertensive therapy: the importance of actual practice data. *Canadian Medical Association Journal*, 1999, 160: 41-46.

CONRAD, P. The meaning of medications: another look at compliance. *Social Science & Medicine*. 1985, 20:29-37.

COOPER, R. *Population differences in hypertension*. Second Intern Confer, on Race Ethnicity & Health: Challenges in Diabetes & Hipertension. July, 30-31, 1991, Salvador-Bahia, Brazil.

COSTA, E. A. Hipertensão arterial como problema de massa no Brasil. *Ciência e Cultura*, 35:1642-9, 1983.

COSTA, F. V. Compliance with antihypertensive treatment. *Clinical & Experimental Hypertension*, 1996, 18: 463-472.

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL, ANEP- Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Disponível em: <http://www.anep.org.br>. Acesso em 2004.

DAVIS, D. A. et al. Changing physician performace. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274: 700-705.

DEAN, A.G. et al. *Epi-Info version 6.0*. Atlanta, CDC/OMS. 1994.

DEGOULET, P. et al. Factors predicting attendance at clinic and blood pressure control in hypertensive patients. *Br. Med. J. (Clin. Res.)*, v. 287, p. 88-93, 1983.

IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Campos do Jordão, São Paulo, 2002. 32 p.

DUNCAN, B. B. et al. *Medicina ambulatorial; condutas clínicas em atenção primária*. 2. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

EISEN, S. A. et al. The effect of prescribed daily dose frequency on patient medication compliance. *Archives of Internal Medicine*, 1990, 150:1881-1884.

FEUERWERKER, L. C. M.; ALMEIDA, M. J. O programa de Saúde da Família e o direito a saúde. *Olho Mágico.*, Londrina, ano 6, n. 22, p.22-6, ago.2000.

FLACK, J. M.; NOVIKOV, S. V.; FERRARIO, C.M., et al. Benefits of adherence to anti-hypertensive drug therapy. *Eur Heart J.*, 17(suppl A), 16-20, 1996.

FRANCO, T. B. ; MERHY, E. E. *PSF: contradições de um programa destinado mudança do modelo assistencial*, mimeo, Campinas, 1999.

GARCIA, M. A. A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.5, n.8, p. 89-100, 2001.

GIORGI, D. M. A. *Estudo sobre algumas variáveis que influenciam a aderência ao tratamento em hipertensão arterial*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1989.

\_\_\_\_\_. Modelos de comportamento e estratégias para a melhoria da aderência. *Hipertensão: Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão*, v.2, n°1, 1999.

HALL W. D. & KONG W. Hypertension in Blacks: Nonpharmacologic and Pharmacologic Therapy. In: SAUNDERS E. *Cardiovascular Disease in Blacks*. Philadelphia: F. A. Davis Company, cap. 11, 1991.

HAYNES, R. B. A critical review of the “determinants” of patient compliance with therapeutic regimens. In: SACKETT, D. L. , HAYNES, R. B. (eds.). *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: *Johns Hopkins University Press*, pp 27-39, 1976.

\_\_\_\_\_. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. *Compliance in health care*. Baltimore. MD, *Johns Hopkins University Press*, 1979.

HILDRETH, C. & SAUNDERS, E. Hypertension in Blacks: clinical overview. In: SAUNDERS, E. *Cardiovascular Disease in Blacks*. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1991, chap. 6.

HOLLAND, O. B. von KUHNERT, L., CAMPBELL, W. B., et al. Synergistic effect of captopril with hydrochlorothiazide for the treatment of low-renin hypertensive blacks patients. *Hypertension*, 5:235, 1983.

HORNE, R. Patients' beliefs about treatment the hidden determinant of treatment outcome? *Journal of Psychosomatic Research*, 1999, 47:491-495.

JEEFFERY, R. W. et al. Low-sodium, high-potassium diet: feasibility and acceptability in a normotensive population, *American Journal of Public Health*, 1984, 74: 492-494.

KAPLAN, R. M., SIMON, H. J. *Compliance in medical care: Reconsideration of self-predictions*. *Annals of Behavioral Medicine*, 1990, 12:66-71.

KIRSCHT, J. R. I. Patient's problems in following recommendations of health experts. In: STONE, C. Eds. *Health Psychology*. San Francisco, Jossey-Bass, 1979:189-216.

KNOBEL, H. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEMMA Study. *Lippincott Williams&Wilkins*, 16: 605-613, 2002.

KUMANYIKA, S. & CAMPBELL L. L. A. Obesity, Diet and Psychosocial Factors Contributing to Cardiovascular Disease in Blacks. In: SAUNDERS, E. *Cardiovascular Disease in Blacks*. Philadelphia; F. A. Davis Company, 1.º ed., 1991, chap. 4.

L'ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

LEITÃO, L. R. G. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. *Saúde em Debate*, n. 47, p.46-49, jun. 1995.

LESSA, I. Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica sobre os estudos de prevalência. *Inf. Epidemiol., SUS, Cenepi, Ministério da Saúde*, 1993; 3: 59-75.

LESSA, I. ; FONSECA, J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, volume 68 (nº 6):, 1997.

LESSA, I. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: \_\_\_\_\_ *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo: Hucitec, 1998a.

\_\_\_\_\_. Doenças crônicas não transmissíveis. In: \_\_\_\_\_. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo: Hucitec, 1998b.

\_\_\_\_\_. Epidemiologia da hipertensão arterial. In: \_\_\_\_\_. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo: Hucitec, 1998c.

\_\_\_\_\_. Epidemiologia do tratamento e da adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus. In: \_\_\_\_\_. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo: Hucitec, 1998d.

\_\_\_\_\_. Os programas nacionais de educação e controle para DCNT. In: \_\_\_\_\_. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo: Hucitec, 1998e.

LEVINE, D. M. et al. *Health education for hypertensive patients*. JAMA, v. 241, p. 1700-3, 1979.

LEY, P. Doctor-patient communication: some quantitative estimatives of the role of cognitive factors in non-compliance. *J. Hypertens.*, v.3 (suppl. 1), p. 51-5, 1985.

LOLIO, C. A. Epidemiologia da hipertensão arterial. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 1990, 24:425-32.

MAPES, R. E. Physicians' drug innovation and relinquishment. *Social Science & Medicine*, 1977, 11: 619-624.

MATUMOTO, S. *O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde*. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto: 1998, 230 p.

MELLO, J. A C.; RAMOS, C. L.; SOARES, J. C. R. S. Quem educa quem? Repensando a relação médico-paciente. In: COSTA, N. R. *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes, 1989, p.45-64.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997a.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou com aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde.) In: CECÍLIO, L. C. O. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997b.

MILLER, N. H. et al. The multilevel compliance challenge recommendations for a call to action. A statement for health care professionals. *Circulation*, 1997, 95:1085-1090.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: MS, 1997.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual para organização da atenção básica*. Brasília: DAS/Coordenadoria de Desenvolvimento de Práticas de Atenção Básica, 1999. 94p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: a implementação da unidade de saúde da família*. Brasília: das / Coordenadoria de Desenvolvimento de Práticas de Atenção Básica, 2000.

\_\_\_\_\_. Cadernos de Atenção Básica, número 7. *Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: protocolo*. Brasília: MS, 2001.

MONANE, M. et al. The effects of initial drug choice and comorbidity on antihypertensive therapy compliance. Results from a population-based study in the elderly. *American Journal of Hypertension*, 1997, 10:697-704.

NESSMAN, D. G.; CARNAHAN, J. E.; NUGENT, C. A. Increasing compliance. Patient-operated hypertension groups. *Archives of Internal Medicine*, 1980, 140: 1427-1430.

NORUSSIS, M. J. *SPSS 8.0 for Windows*. Statistical Package for Social Sciences. Chicago: SPSS Inc. 1997.

NUESCH, R. et al. Relation between insufficient response to antihypertensive treatment and poor compliance with treatment: a prospective case-control study. *British Medical Journal*, 2001, 323:142-146.

NUGENT, C. A. et al. SALT restriction in hypertensive patients. Comparasion of advice, education, and group management. *Archives of Internal Medicine*, 1984, 144: 1415-1417.

OKANO, G. J. et al. Patterns of antihypertensive use among patients in the U S Department of Defense database initially prescribed an angiotensin converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker. *Clinical Therapeutics*, 1997, 19: 1433-1435.

OLIVEIRA, M. K. *Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento, um processo sócio-histórico*. 2. ed. São Paulo: Scipione, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: Relatório Mundial*. Brasília: OMS, 2003.

OXAMAN, A. D. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 1995, 153: 1423-1431.

PAUL, O. Epidemiology of hypertension. In: GENEST, J.; KOIW, E.; KUCHEL, O. *Hypertension*. New York; MacGraw Hill, 1997, chap. 13.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (org.) *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Pappalivros, 1999.

PIRES, M. R. G. M. *Enfermeiro com qualidade formal e política: em busca de um novo perfil*. Dissertação (mestrado). Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

PITTA, A. M. F. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seus cuidados e as organizações de saúde. *Saúde e Sociedade*, v.5, n.2, p.35-60, 1996.

ROGERS, R., Prentice-Dunn S. Protection Motivation Theory. In: GOCHMAN G., eds. *Handbook of health behavior research*. Vol. 1. Determinants of health behavior: Personal and social. New York, NY, Plenum, 1997.

RUDD, P. Compliance with antihypertensive therapy: raising the bar of expectations. *American Journal of Managed Care*, 1998, 4:957-966.

SACKETT, D. L. et al. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet*, 1975, 1: 1205-1207.

SALDAÑA-GARIN, E. D. *Adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: um estudo de base populacional em Pelotas, RS*. Dissertação (Mestrado), Departamento de Medicina Social, Mestrado em Epidemiologia, UFPEL, Pelotas: 1999,118 p.

SALUM, M. J. L. *A responsabilidade da universidade pública no processo institucional de renovação das práticas de saúde: questões sobre o Programa de Saúde da Família*. NATES – Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde, ano 3 , nº 7 , pp. 24-33, dez./2000–maio/2001.

SCHAFNEUTLE, El et al. Access to medicines: cost as an influence on the views and behaviour of patients. *Health & Social Care in the Community*, 2002, 10:187-195.

SCHULMAN, B. A. Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment: application of a socio-organizational perspective. *Medical Care*, 1979, 17: 267-280.

SCOPP, A Clear communication skills with headache patients. *Headache Quarterly*, 2000, 11:269-274.

SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE-RIO GRANDE DO SUL. *Ações em Saúde – Agravos Crônico-Degenerativas*. Normas Técnicas e Operacionais – programa de Hipertensão Arterial Sistêmica. Porto Alegre: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, 1997.

\_\_\_\_\_. *Principais causas de mortalidade no Rio Grande do Sul*, 2000. [capturado em 2004 mar 26]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/>

SILVA, J. O. Educação em saúde: notas para a discussão de um campo temático. *Saúde em Debate*, CEBES, mar., 1994.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 53, nº especial, pp. 17-24, dez. / 2000.

SOUZA E SILVA, N. A et al. A importância clínica dos custos diretos hospitalares em pacientes com hipertensão arterial em tratamento num hospital universitário. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 20:293-302, 1986.

SOUZA, H. M. Programa de Saúde da Família: Entrevista. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 53, nº especial, pp. 7-16, dez. / 2000.

STATA CORP. *Stata Statistical Software*: Release 6.0. College Station, Texas, TX, Stata Corporation, 1999.

STEWART, M. A. Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 1996, 153:1423.

STRONG, C. G.; NORTHCUTT, R. C.; SHEPS, S. G. Clinical examination and investigation of the hypertensive patient. In: GENEST, J.; KOIW, E.; KUCHEL, O. *Hypertension*. New York: McGraw Hill, 1ª ed., 1997, chap. 15.

WHITCHER – ALAGNA, S. Receiving medical help: A psychosocial perspective on patient reactions. In: Nadler, A., FISHER, J. D., DE PAULO, B. M., eds. *New directions in helping*. New York, Academic Press, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO, 2003.

WRIGHT, S. Patient satisfaction in the context of cancer care. *Irish Journal of Psychology*, 1998, 19: 274-282.

WRIGHT, J. M.; LEE, C.; CHAMBERS, G. K. Real-world effectiveness of antihypertensive drugs. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 162:190-191.

WRIGHT, J. M. Choosing a first line drug in the management of elevated blood pressure. What is the evidence? I. Thiazide diuretics. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 163:57-60.

ANEXO I  
QUESTIONÁRIO



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO  
DESTINADO AOS HIPERTENSOS USUÁRIOS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO:

1. N° do Questionário: _ _ _	1 Numques - -
2. Data: _ _ / _ _ / _ _	-
3. Nome Entrevistador (a): _____	2 Data- - / - - / - -
4. Local de realização do Questionário: (1) Unidade de Saúde (2) Domicílio (3) Outro, especificar _____	3 Noment _____ 4 Locques _

DADOS DEMOGRÁFICOS DO HIPERTENSO:

PARA COMEÇAR, EU GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SR.(A):	
5. Qual sua idade em anos (completos)? _____	5 Idahipe _ _
6. Sexo: (NÃO PERGUNTAR, OBSERVAR) (1) Feminino (2) Masculino	6 Sexhipe _
7. Cor da pele: (NÃO PERGUNTAR, OBSERVAR) (1) Não branca (2) Branca	7 Corhipe _
8. Com quem o(a) Sr.(a) mora? (1) Com companheiro(a) e filho(s) (2) Com companheiro(a) e sem filho(s) (3) Com companheiro(a), filho(s) e/ou outros familiares (4) Com familiares sem companheiro(a) (5) Com outra(s) pessoa(s), s/ laços consang. e/ou conjugais (6) Vive só (7) Outra situação, especificar _____ (8) NSA (9) IGN	8 Famhipe _

DADOS SÓCIOECONÔMICOS DO HIPERTENSO

AGORA PRECISO SABER UM POUCO SOBRE SEUS ESTUDOS, SEU TRABALHO, SUA RENDA E A RENDA DE SUA FAMÍLIA.	
9. O(a) Sr. (a) estudou? (0) Não (1) Sim (2) Sim, continuo estudando	9 Esthip _

<p><b>SE A RESPOSTA FOR POSITIVA, REPORTE-SE À QUESTÃO 11.</b></p> <p><b>10. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever?</b>  (0) Não (1) Sim (2) Só assinar o nome (8) NSA</p> <p><b>11. Até que série o(a) Sr.(a) estudou? (anos aprovados)</b>  a) Série _____ b) Grau _____ (8) NSA</p> <p><b>12. Qual a sua ocupação remunerada atualmente?</b>  <b>SE O(A) HIPERTENSO(A) TIVER MAIS DE UMA ATIVIDADE MARQUE-AS, ORDENANDO APARTIR DAQUELA DE MAIOR RENDA. SE NECESSÁRIO LEIA AS ALTERNATIVAS.</b>  (1) Está aposentado Desde __ anos de idade (8) NSA  (2) É pensionista  (3) Está encostado(a)  (4) Trabalha em regime permanente:  Dias/Sem __ Horas/dia __ Diurno(1)/Noturno(2) _ (8) NSA  (5) Trabalha em regime temporário (safrista):  Dias/Sem _ Horas/dia __ Diurno(1)/Noturno(2) _ (8) NSA  (6) Está desempregado(a)  (7) Outra situação, especificar _____  (8) NSA  (9) IGN</p> <p><b>13. No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram na sua casa, incluindo o(a) Sr.(a)? DEPOIS ASSINALE A QUE CORRESPONDE A RENDA PESSOAL DO(A) HIPERTENSO(A)</b>  (Incluir salários, pensão, etc.)  a) Pessoa 1 R\$ _____ (Renda do chefe – pessoa com maior renda)  b) Pessoa 2 R\$ _____  c) Pessoa 3 R\$ _____ (8888) NSA  d) Pessoa 4 R\$ _____ (9999) IGN  e) Pessoa 5 R\$ _____</p> <p><b>14. A família tem outra fonte de renda?</b>  a) Outra renda 1 R\$ _____ (8888) NSA  b) Outra renda 2 R\$ _____ (9999) IGN</p>	<p>10 Leresc _</p> <p>11 a Serhipe _</p> <p>11b Grauhipe _</p> <p>12a Ocuhip1 _</p> <p>12b Ocuhip2 _</p> <p>12c Ocuhip3 _</p> <p>12d Idapos _</p> <p>12e Diatrab _</p> <p>12f Horatra _</p> <p>12g Turntrab _</p> <p>13aR1 _ _ _ _ _</p> <p>13bR2 _ _ _ _ _</p> <p>13c R3 _ _ _ _ _</p> <p>13d R4 _ _ _ _ _</p> <p>13e R5 _ _ _ _ _</p> <p>13 f Rh _ _ _ _ _</p> <p>14aOr1 _ _ _ _ _</p> <p>14b Or2 _ _ _ _ _</p>
<p><b>SE O(A) HIPERTENSO(A) FOR O CHEFE DE FAMÍLIA (PESSOA COM MAIOR RENDA), MARQUE NA QUESTÃO 15 A ALTERNATIVA QUE CORRESPONDA A RESPOSTA DA QUESTÃO 11.</b></p> <p><b>15. Qual o grau de instrução do chefe de família?</b>  (0) Analfabeto/ Primário incompleto  (1) Primário completo/ Ginásial incompleto  (2) Ginásial completo/ Colegial incompleto  (3) Colegial completo/ Superior incompleto  (5) Superior completo</p> <p><b>AGORA GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A CASA EM QUE O(A) SR.(A) MORA:</b></p> <p><b>16. A casa em que o(a) Sr.(a) mora é: LEIA AS ALTERNATIVAS.</b>  (1) Sua  (2) Alugada  (3) Cedida ou Emprestada  (4) Mora na casa de outros (filhos, netos, vizinhos)  (5) Outras, especificar _____  (8) NSA (9) IGN</p>	<p>15 Grauchef _</p> <p>16 Casahipe _</p>

<p><b>17. Quantas pessoas moram na casa ? _____</b> pessoas</p>	17 Nupess __
<p><b>18. Quantas peças tem a casa? _____</b> peças</p>	18Nupeç __
<p><b>19. Na sua casa tem? LEIA AS ALTERNATIVAS UMA A UMA.</b></p>	
<p>(00) Não Sim (Quantidade)</p>	
<p>a)Televisão em cores _____</p>	19a Tvcor __
<p>b) Rádio _____</p>	19b Rad __
<p>c) Banheiro _____</p>	19c Banh __
<p>d) Automóvel _____</p>	19d Auto __
<p>e) Empregada mensalista _____</p>	19e Empre __
<p>f)Aspirador de pó _____</p>	19f Aspir __
<p>g)Máquina de lavar _____</p>	19g Maqui __
<p>h)Vídeo cassete e/ou DVD _____</p>	19h Video __
<p>i)Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) _</p>	19i Freez __
<p><b>20. Qual o material de construção da casa?</b></p>	
<p>(1) Tijolo</p>	
<p>(2) Tijolo/madeira</p>	
<p>(3) Madeira</p>	
<p>(4) Material Pré-fabricada (Bomplac, Fibra)</p>	
<p>(5) Papelão/lata</p>	
<p>(6) Outro, especificar _____ (8) NSA (9) IGN</p>	
<p>20Matcas __</p>	

#### DADOS REFERENTES A DOENÇAS CRÔNICAS E MEDICAMENTOS USADOS

AGORA GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS À RESPEITO DA SUA PRESSÃO ALTA E DE OUTRAS DOENÇAS QUE POSSATER E DA NECESSIDADE DE USAR REMÉDIOS PARA TRATÁ-LAS

**21. Há quanto tempo a sua hipertensão foi diagnosticada pelo(a) médico(a)? \_\_\_\_\_** anos \_\_\_\_\_ meses

21 Temhip \_\_

**22. Além da hipertensão é portador de outra(s) doença(s) crônica(s)?**

22 Outradoe \_\_

(0) Não (1) Sim (8) NSA Qual (is) \_\_\_\_\_

**SE A RESPOSTA FOR NEGATIVA VÁ PARA A QUESTÃO 24.**

**23. Precisa usar remédio(s) de forma contínua para tratar desta(s) doença(s)?**

23 Outrorem \_\_

(0) Não (1) Sim (8) NSA Quantos tipos \_\_\_\_\_

DAQUI PARA FRENTE, QUANDO FALARMOS DE REMÉDIOS, SEMPRE ESTAREMOS NOS REFERINDO ÀQUELES QUE FORAM RECEITADOS PELO(A) MÉDICO(A) PARA O SEU TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO.

**24. Há quanto tempo precisa tomar remédio(s) para tratar da hipertensão? \_\_\_\_\_** anos \_\_\_\_\_ meses

24 Temrem \_\_

**25. Quantos tipos diferentes de remédios o(a) Sr.(a) deve tomar para tratar sua hipertensão? \_\_\_\_\_** tipos

25 Tiporem \_\_

26. Quantas vezes ao dia o(a) Sr.(a) deve tomar remédios para tratar sua hipertensão: _____ vezes	26Vezrem _ _
27. Quantos comprimidos o(a) Sr.(a) deve tomar por dia para tratar sua hipertensão? _____ comprimidos	27Compdia _ _

#### DADOS REFERENTES A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

<i>SABEMOS QUE NEM SEMPRE É FÁCIL TOMAR OS REMÉDIOS COMO DEVERÍAMOS. AGORA GOSTARIA QUE O(A) Sr.(A) FOSSE BEM SINCERO AO RESPONDER COMO TEM USADO SEUS REMÉDIOS PARA A HIPERTENSÃO.</i>	
28. O(a) Sr.(a) seguidamente esquece de tomar seu(s) remédio(s)? (0) Não (1) Sim	28 Esqrem _
29. O(a) Sr.(a) seguidamente descuida dos horários de tomar seu(s) remédio(s)? (0) Não (1) Sim	29 Horrem _
30. Quando o(a) Sr.(a) se sente melhor, o(a) Sr.(a) costuma parar de tomar seu(s) remédio(s)? (0) Não (1) Sim	30 Melrem _
31. Se o(a) Sr.(a) se sente pior, o Sr.(a) costuma parar de tomar seu(s) remédio(s)? (0) Não (1) Sim	31 Piorrem _
32. Pensando na última semana. Com que frequência o(a) Sr.(a) não tomou seu(s) remédio(s)? _____(número de vezes)	32 Semrem _ _
33. O(a) Sr.(a) não tomou nenhum dos seus remédios durante o último fim de semana. Esta afirmação é verdadeira? (0) Não (1) Sim	33 Finmed _
34. Nos últimos três meses, quantos dias o(a) Sr.(a) não tomou nenhum remédio? _____(número de dias)	34 Memed _ _

#### DADOS REFERENTES AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DO HIPERTENSO

35. Caso o Sr. (a) tenha alguma vez deixado de tomar seu(s) remédio(s). Quais foram as razões para isso? DEIXE O ENTREVISTADO DAR A INFORMAÇÃO E DEPOIS LEIA UMA A UMA TODAS AS ALTERNATIVAS.		
	(8) NSA	
Puro esquecimento (involuntário)	(1) Sim (0) Não	35a Esq _
Por falta de dinheiro e remédio	(1) Sim (0) Não	35b Din _
Para economizar remédio (devido ao custo)	(1) Sim (0) Não	35c Econ _
Porque a pressão normalizou	(1) Sim (0) Não	35d Norm _
Porque não sente nada devido a pressão alta	(1) Sim (0) Não	35e Ass _
Por medo de a pressão baixar muito	(1) Sim (0) Não	35f Medhip _
Por medo de intoxicação pelo uso contínuo	(1) Sim (0) Não	35g Medtox _

Por medo de misturar remédio com álcool	(1) Sim	(0) Não	35h Medalc _
Por medo de misturar remédio com outras droga	(1) Sim	(0) Não	35i Medrog _
Por estar usando chás ou remédios caseiros	(1) Sim	(0) Não	35j Usacha _
Por achar que não é necessário tomar sempre o remédio	(1) Sim	(0) Não	35k Descon _
Devido a efeitos desagradáveis causados pelo(s) remédio(s) _____	(1) Sim	(0) Não	35l Efecola _
Outra razão, especificar _____	(1) Sim	(0) Não	35m Outraz _
<b>36. Geralmente como o(a) Sr.(a) faz para conseguir seu(s) remédio(s)?</b>			36 Conre _
(1) Compra com recursos próprios			
(2) Compra com ajuda de outros (vizinhos, amigos, familiares)			
(3) Consegue gratuitamente na unidade onde é atendido(a)			
(4) Consegue gratuitamente em outros serviços públicos de saúde			
(5) Outra _____			
(8) NSA			
(9) IGN			
<b>37. O Sr. (a) precisa de ajuda para lembrar de tomar seu(s) remédio(s)?</b>			37 Ajurem _
(0) Não (1) Sim			
<b>SE OBTIVER <u>NÃO</u> COMO RESPOSTA, REPORTE-SE A QUESTÃO 39.</b>			
<b>38. Quem na maioria das vezes o(a) ajuda?</b>			38 Quemaju _
(1) Familiar _____			
(2) Vizinhos			
(3) Agente Comunitário de Saúde			
(4) Outros _____			
(8) NSA			
(9) IGN			

#### DADOS REFERENTES À UNIDADE DE SAÚDE UTILIZADA PARA O TRATAMENTO

AGORA GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SERVIÇO DE SAÚDE QUE O(A) SR.(A) USA PARA SE TRATAR DA HIPERTENSÃO.

<b>39. Que unidade de saúde o(a) Sr.(a) usa para se tratar da hipertensão?</b>			39 Ubsuti _
(1) Unidade de Saúde da Família _____			
(2) Unidade de Saúde Tradicional _____			
(3) Outro, especificar _____			
<b>40. Há quanto tempo usa esta unidade de saúde para tratar de sua hipertensão? _____ anos _____ meses</b>			40 Tempunid _ _
<b>41. Que serviços desta unidade o(a) Sr.(a) procura devido a sua hipertensão e com que freqüência o fez no último ano?</b>			
Consulta médica	(1) Sim	(0) Não _____ vezes por ano	41a Cmed _ _ _
Consulta com a enfermeira	(1) Sim	(0) Não _____ vezes por ano	

Grupo de hipertensos	(1) Sim (0) Não _____ vezes por ano	41b Cenf _ _ _
Pegar remédios	(1) Sim (0) Não _____ vezes por ano	41c Gruph _ _ _
Verificar a pressão	(1) Sim (0) Não _____ vezes por ano	41d Perem _ _ _
Outros, especificar _____	(1) Sim (0) Não _____ vezes por ano	41e Verpa _ _ _
		41f Outra _ _ _
<b>42. Como faz para conseguir consulta para hipertensão nesta unidade de saúde?</b>		42 Consunid _
(1) Pega ficha quando acha necessário consultar		
(2) Sua consulta já está pré-agendada pela equipe		
(3) Não consulta		
(8) NSA		
(9) IGN		
<b>43. Quando o (a) Sr. (a) quer consultar para a hipertensão quantos dias em média demora em conseguir a consulta? _____ (8)NSA</b>		43 Diascon _ _
<b>44. Quando consulta com o médico para a hipertensão em geral é com o mesmo médico?</b>		44 Mesmed _
(1) Sim (0) Não (8) NSA		
<b>45. Em geral no dia da consulta quantos minutos ou horas precisa esperar para ser atendido? _____ horas _____ minutos (8) NSA</b>		45 Temesp _ _ _
<b>46. Quando precisa esperar para ser atendido geralmente é em pé ou sentado?</b>		46 Esper _
(1) Em pé (2) sentado (8) NSA		
<b>47. Quando é atendido nesta unidade o(a) Sr.(a): ESTA QUESTÃO DIZ RESPEITO A TODA A EQUIPE, CASO O ENTREVISTADO DIFERENCIAR SOMENTE UM MEMBRO DA EQUIPE POSITIVA OU NEGATIVAMENTE ESCREVER NO ESPAÇO ABAIXO.</b>		
É chamado pelo seu nome? (1) Sim (0) Não (8)NSA		
Se sente valorizado como pessoa? (1) Sim (0) Não (8) NSA		47a Nom _
Se sente a vontade para dizer o que realmente pensa?(1)Sim (0)Não(8)NSA		47b Valor _
Se sente a vontade para tirar todas as suas dúvidas sobre a doença e o tratamento?(1) Sim (0) Não (8) NSA		47c Dizsen _
		47d Tirduv _
Sente que é compreendido e aceito pela equipe nas suas dúvidas e necessidades? (1) Sim (0) Não (8) NSA _____		47e Comacei _
Percebe o envolvimento da equipe na resolução das suas dúvidas preparando-o para que cada dia o(a) Sr. fique mais sabido em relação a sua doença e o seu tratamento da hipertensão?(1) Sim (0) Não (8) NSA		47f fSabdoen _

<p><b>48. Que profissional melhor esclarecem sua(s) dúvida(s) sobre a doença e o tratamento?</b></p> <p>(1) Agente Comunitário de Saúde  (2) Auxiliar ou Técnico(a) de Enfermagem  (3) Enfermeiro(a)  (4) Médico(a)  (5) Outro _____  (8) NSA  (9) IGN</p>	48 Proesc _
--	-------------

**DADOS REFERENTES AO CONHECIMENTO À RESPEITO DA DOENÇA**

*AGORA GOSTARIA DE PERGUNTAR SOBRE O QUE O(A) SR.(A) SABE À RESPEITO DE SUA DOENÇA:*

<p><b>49. No seu dia a dia, o que o(a) Sr(a) sabe a respeito de sua doença e de seu tratamento, tem sido:</b></p> <p><b>LEIA AS ALTERNATIVAS.</b></p> <p>(1) Suficiente. Não acha necessário saber mais.  (2) Suficiente. Gostaria de saber mais.  (3) Insuficiente. Gostaria de saber mais.  (4) Insuficiente. Não acha necessário saber sobre isso.  (5) Outro _____  (8) NSA  (9) IGN</p>	49 Conhipe _
<p><b>50. Onde o(a) Sr.(a) foi melhor informado sobre hipertensão?</b></p> <p><b><u>SE NECESSÁRIO LEIA AS ALTERNATIVAS.</u></b></p> <p>(1) Nos meios de comunicação (jornal, revista, livro, rádio, televisão)  (2) Na comunidade (familiares, vizinhos, amigos)  (3) Na Unidade de Saúde que freqüenta  (4) Em outra Unidade Básica de Saúde _____  (5) Em outro serviço público de saúde _____  (6) No serviço privado de saúde _____  (7) Outros _____  (8) NSA  (9) IGN</p>	50 Locinf _
<p><b>SE A ALTERNATIVA 3 NÃO FOR CITADA, VÁ PARA A QUESTÃO 52.</b></p>	
<p><b>51. Em que momento, na Unidade de Saúde que freqüenta, o(a) Sr.(a) foi melhor informado sobre hipertensão e motivado para seguir o tratamento?</b></p> <p><b><u>SE NECESSÁRIO LEIA AS ALTERNATIVAS.</u></b></p> <p>(1) Nas consultas com o(a) médico(a)  (2) Nas consultas com a(o) enfermeira(o)  (3) Nas consultas com a(o) nutricionista  (4) Nos grupos de hipertensos  (5) Na sala de espera  (6) Outros _____  (8) NSA  (9) IGN</p>	51 Mominf _

**DADOS REFERENTES AO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO**

<p><b>52. No último ano, além de tomar o(s) remédio(s), o que mais o(a) Sr.(a) tem feito para manter sua pressão em níveis normais? <u>SE NECESSÁRIO CITE AS ALTERNATIVAS</u> (em relação a alimentação, fumo, peso ...), <u>NÃO LEIA</u> .</b></p> <p>a) Iniciou ou manteve hábito alimentar saudável? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>b) Iniciou ou manteve prática de exercícios físicos regularmente? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>c) Diminui peso ou manteve-se com o peso ideal? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>d) Parou de beber ou diminuiu o uso? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>e) Parou de fumar ou diminuiu o uso? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>f) Suspendeu o uso de anticoncepcional oral ou de reposição hormonal por orientação médica? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>g) Iniciou ou manteve o uso de chás e/ou outros produtos anti - hipertensivos caseiros? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>h) Outros, especificar _____ (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>52a Alimhip _</p> <p>52b Exerhip _</p> <p>52c Pesohip _</p> <p>52d Bebhip _</p> <p>52e Fumohip _</p> <p>52f Acohip _</p> <p>52g Cháhip _</p> <p>52h Outhab _</p>
---	---

**DADOS REFERENTES ÀS COMPLICAÇÕES RELACIONADAS À HIPERTENSÃO**

<p><b>53. Nos últimos três meses o(a) Sr.(a) teve algum problema relacionado à sua hipertensão que tenha resultado em: <u>LEIA AS ALTERNATIVAS.</u></b></p> <p>a) Internação hospitalar (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>b) Atendimento no Pronto Socorro (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>c) Consulta médica de urgência (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>53a Hoship _</p> <p>53b PShip _</p> <p>53c Urghip _</p>
---	--

## ANEXO II

### MANUAL DE INSTRUÇÕES DO ENTREVISTADOR



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

MANUAL DE INSTRUÇÕES AOS ENTREVISTADORES

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

O Manual de Instruções serve para esclarecer suas dúvidas, portanto deve estar **sempre com você**. **Recorra ao manual de instruções** sempre que surgir dúvidas.

**Erros** de preenchimento do questionário **indicarão** que você **não consultou** o manual.

Todas as **perguntas** devem ser feitas exatamente como estão escritas, ou seja, devem ser **lidas em voz alta** para a pessoa entrevistada. As opções das perguntas não devem ser lidas, apenas o enunciado a não ser que esteja indicado ao contrário.

Caso o entrevistado não entender a pergunta, o entrevistador deverá repeti-la lendo pausadamente e, só em último caso explicar a questão, evitando sugerir a resposta.

Faz parte da técnica do entrevistado “desentender” a pergunta, pois desta forma ganha tempo para organizar a resposta, podendo até ter um ganho secundário, no caso do entrevistador mais afoito “fornecer” pistas para a resposta.

O entrevistador jamais deverá tecer comentário sobre qualquer resposta dada, por mais estranha ou inesperada que esta possa ser. Deve evitar debate sobre as questões e assinalar a(s) resposta(s) mencionada(s) pelo entrevistado, mesmo que o entrevistador saiba com segurança que esta(s) não é(são) verdadeira(s).

Procure manter-se imparcial para que o entrevistado não se sinta julgado pelas suas respostas.

As indicações em **MAIÚSCULO E ITÁLICO** devem ser lidas em voz alta para **guiar o entrevistado** no desenvolver dos temas abordados.

As indicações em **MAIÚSCULO E NEGRITO** servem para **orientar o entrevistador** e **não** devem ser lidas em voz alta.

Os **números** devem ser escritos de **forma legível** para não deixar dúvidas.

A **letra** deve ser **legível**, pois só assim as informações poderão ser lidas.

Assim que obtiver o nome, deve referir-se à pessoa **pelo nome** precedido de **Sr.** ou **Sra.**

Leve **sempre** com você o questionário, lápis, borracha, e apontador, assim como os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, a Planilha de Controle e o crachá.

Quando a pessoa não souber responder “IGNORADO” (IGN), complete com 9, 99, 999 , etc, os campos de codificação. Se a resposta for “NÃO SE APLICA” (NSA) preencha com 8, 88, 888, etc.

Antes de aceitar uma resposta como IGN (9), **tente** obter uma resposta. Não esqueça que resposta ignorada é sempre uma perda, não seve para nada.

O preenchimento da entrevista é de responsabilidade exclusiva do entrevistador.

Para sortear entre os hipertensos presentes na Unidade de Saúde àqueles que poderão participar da pesquisa, o pesquisador deverá conhecer os critérios de inclusão da pesquisa, que são os seguintes:

<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA PESQUISA:</b>
TER NO MÍNIMO 40 ANOS;
TER DIGNÓSTICO MEDICO DE HIPERTENSÃO HÁ PELO MENOS 1 ANO
TER PRESCRIÇÃO MÉDICA PARA O USO DE MEDICAMENTO(S) ANTI-HIPERTENSIVO(S) HÁ PELO MENOS 1 ANO
UTILIZAR ESTA UNIDADE DE SAÚDE HÁ PELO MENOS 1 ANO, PARA SEU TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO.

Entre os hipertensos selecionados que aceitam participar da pesquisa, deverão ser sorteados dois, que após explicação minuciosa dos objetivos da pesquisa e do conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a assinatura deste em duas vias, deverão ser entrevistados.

O questionário poderá ser aplicado no domicílio do hipertenso ou na Unidade de Saúde que este frequenta, desde que, em local privativo, confortável e silencioso para que não ocorram interferências externas no momento da entrevista.

### **ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS:**

**Questão 1 – Numerar** o questionário de forma crescente por entrevistador. Utilizar o mesmo número na Planilha de Controle onde consta o nome, endereço e telefone do entrevistado para o caso deste hipertenso ser sorteado para a re-entrevista. Não coloque o número no campo referente à codificação.

**Questão 2 – Anote** a data da realização da entrevista.

**Questão 3 – Escreva** o seu nome (entrevistador).

**Questão 4 – Marque com um X** a casela que contém a resposta informada. Caso seja outro local, especifique, escrevendo o nome do local.

**Questão 5 – Idade: Anote** quantos anos a pessoa está **no momento** da entrevista; se ela for fazer aniversário no dia seguinte, assim mesmo você registrará a idade do entrevistado **no momento da entrevista**.

**Questão 6 – Sexo:** Não pergunte, apenas observe e anote.

**Questão 7 – Cor da Pele:** Não pergunte a cor, neste momento apenas observe e anote.

**Questão 8 – Com quem vive:** Entende-se:

**Companheiro(a):** Pessoa que no dia da entrevista, tem uma situação regular de convivência conjugal com o entrevistado, independente da situação civil;

**Filhos:** Todos os indicados como tal pelo entrevistado, tanto biológicos, como os adotados ou cuidados.

**Familiares:** Todas as pessoas ligadas ao entrevistado por laços de sangue, de afetividade ou adoção legal efetivada.

**Questão 9 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada.

**Questão 10 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada.

**Questão 11 – Anote** a série e o grau de estudos completados pelo entrevistado.

Entende-se:

**1º Grau:** 1ª a 8ª série ou atual Ensino Fundamental

**2º Grau:** 1º ao 3º ano ou atual Ensino Médio

**3º Grau:** Ensino Superior

**Questão 12 – Marque com X** as caselas que correspondam às atividades remuneradas atuais, ordenando-as a partir da de maior renda. Caso o entrevistado tenha atualmente trabalho remunerado (permanente ou safrista) **anote** o número de dias/semana e as horas/dia. Se variar muito o número de dias de uma semana e horas de um dia de trabalho, anotar o trabalhado na última semana e no último dia. Anotar a idade em que se aposentou.

**Questão 13 – Anote no local indicado** o valor em reais da renda por pessoa da família no último mês. **Marque com X** a casela que corresponde a renda do hipertenso, caso haja.

**Questão 14 – Anote no local indicado** o valor em reais das outras rendas da família.

**Questão 15 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada. O chefe de família é considerado a pessoa de maior renda.

Entende-se:

**Analfabeto:** Que não demonstra a condição de ler e escrever. Se sabe somente ler e não sabe escrever é analfabeto.

**Primário:** Corresponde às quatro ou cinco primeiras séries do atual Ensino Fundamental.

**Ginásial:** Corresponde as séries do curso ginásial ou profissionalizante, correspondentes as 6ª, 7ª e 8ª séries do atual Ensino Fundamental.

**Colegial:** Corresponde as séries do curso secundário ou profissionalizante, correspondente ao atual Ensino Médio.

**Superior:** Corresponde ao terceiro grau ou atual Ensino Superior.

**Questão 16 – Leia** as alternativas e após **marque com X** a casela que contém a resposta informada.

**Questão 17 – Anote no local indicado**, o número de pessoas que moram na casa.

**Questão 18 – Anote no local indicado**, o número de peças que tem a casa.

**Questão 19 – Anote no local indicado para cada item** (a, b, c, d, e, f, g, h, i, j) **00** se a resposta for **negativa** e o **número** de unidades do bem referido conforme informação do entrevistado.

**Questão 20 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada.

**Questão 21 – Tempo de diagnóstico de hipertensão:** Caso o hipertenso não souber precisamente o tempo, anote os anos completos e no local dos meses-00. Caso o hipertenso não souber informar corretamente, tente ajuda-lo a relacionar com outras situações importantes que ele lembre a data (Ex: nascimento ou morte de familiar) e **anote no local indicado** o número aproximado.

**Questão 22 \_ Marque com X** a casela que contém a resposta informada. Se a resposta for sim **anote no local indicado** a doença informada.

**Questão 23 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada. Se a resposta for sim **anote no local indicado** o número de medicamentos informados.

**Questão 24 – Tempo de prescrição de anti - hipertensivos:** Caso o hipertenso não souber precisamente o tempo, anote os anos completos e no local dos meses-00. Caso o hipertenso não souber informar corretamente, tente ajuda-lo a relacionar com outras situações importantes que ele lembre a data (Ex: nascimento ou morte de familiar) e **anote no local indicado** o número aproximado.

**Questão 25 – Anote no local indicado,** o número de tipos diferentes de medicamentos tomados para hipertensão, conforme informação do entrevistado.

**Questão 26 – Anote no local indicado,** o número de doses/diárias de medicamentos anti – hipertensivos, conforme informação do entrevistado.

**Questão 27 – Anote no local indicado,** o número de comprimidos/dia de medicamentos anti – hipertensivos, conforme informação do entrevistado.

**Questão 28 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada. Esta questão se refere à atitude costumeira de não tomar os remédios, sem período determinado.

**Questão 29 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada. Esta questão se refere à atitude costumeira de não tomar o remédio no horário determinado, deixando esta dose para trás.

**Questão 30 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada. Esta questão se refere à atitude costumeira de na ausência de sintomas não tomar o remédio.

**Questão 31 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada. Esta questão se refere à atitude costumeira de na presença de sintomas indesejáveis não tomar o remédio.

**Questão 32 – Anote no local indicado,** o número de vezes (doses) que na última semana deixou de tomar o remédio.

**Questão 33 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada. Esta questão se refere ao último final de semana. Caso o hipertenso tenha abandonado o tratamento (não tomou o remédio) neste período marque sim. Se isto não aconteceu (tomou pelo menos uma vez) marque não.

**Questão 34 – Anote no local indicado**, o número de dias inteiros que nos últimos três meses o hipertenso não tenha tomado nenhum remédio.

**Questão 35 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada. Deixe o entrevistado dar a informação, somente depois leia uma a uma todas as alternativas.

**Questão 36 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada.

**Questão 37 – Marque com X** as caselas que contém as respostas informadas.

**Questão 38 – Marque com X** as caselas que contém as respostas informadas.

**Questão 39 – Marque com X** a casela com o tipo de Unidade e **Escreva** o nome da Unidade de saúde utilizada pelo hipertenso.

**Questão 40 – Tempo que é usuário desta Unidade de Saúde:** Caso o hipertenso não souber precisamente o tempo, anote os anos completos e no local dos meses-00. Caso o hipertenso não souber informar corretamente, tente ajuda-lo a relacionar com outras situações importantes que ele lembre a data (Ex: nascimento ou morte de familiar) e **anote no local indicado** o número aproximado. Caso a resposta seja desde o início do funcionamento do Posto informe-se qual a data da inauguração.

**Questão 41 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada. Caso a resposta seja sim **anote** o número aproximado de vezes que usou o serviço no último ano. Não esqueça que estes serviços referem-se somente a Unidade de Saúde em questão.

**Questão 42 – Marque com X** a caselasque contém a resposta informada.

**Questão 43 – Anote no local indicado.** Caso o hipertenso não souber informar corretamente, anote o número aproximado.

**Questão 44 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada.

**Questão 45 – Anote no local indicado.** Caso o hipertenso não souber informar corretamente, anote o número aproximado.

**Questão 46 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada.

**Questão 47 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada. Caso o entrevistado citar algum dos membros da equipe de forma positiva ou negativa **anote** no espaço indicado.

**Questão 48 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada. Se o entrevistado não souber a profissão, mas somente o nome do profissional, anote-o e confirme com a pesquisadora responsável.

**Questão 49 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada. Leia as alternativas.

**Questão 50 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada.

**Questão 51 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada.

**Questão 50 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada.

**Questão 51 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada.

**Questão 52 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada em cada uma das opções (a, b, c, d, e, f, g). Caso o hipertenso não cite todas as opções o entrevistador deve perguntar. Ex: Em relação ao uso de bebida alcoólica, em relação ao uso de chás ou outros produtos caseiros.....

**Questão 53 – Marque com X** a casela que contém a resposta informada para cada uma das opções (a,b,c). Leia as opções antes.

ANEXO III

CONVITE AOS USUÁRIOS DA USF



## CONVITE

Para o(a) Sr.(a): \_\_\_\_\_

Entre as pessoas do seu bairro que tem pressão alta, o(a) Sr.(a) foi um(a) dos(as) sorteados(as) para participar de uma pesquisa chamada: “ A aderência ao tratamento anti-hipertensivo entre os usuários da rede básica de saúde de Santa Cruz do Sul”.

Para participar o(a) Sr.(a) precisa somente responder algumas perguntas sobre o seu tratamento da pressão alta, o que demora, mais ou menos, meia hora. Para isso gostaríamos de encontrá-lo(a) no dia \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ no(a) \_\_\_\_\_.

A sua participação é voluntária e muito importante para o sucesso da pesquisa.

Desde já agradecemos.

Rosylaine Moura

Pesquisadora Responsável /Enfermeira/ Professora UNISC

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Nome da Pesquisa:** Aderência ao tratamento anti-hipertensivo entre usuários da rede básica de saúde.

**Pesquisadora:** Rosylaine Moura

**Telefone para contato:** 9956 8187

**Informações sobre a pesquisa:**

A hipertensão arterial é uma doença crônica que não tem cura, mas que pode ser controlada através de tratamento. O tratamento inclui mudanças nos hábitos de vida e, se necessário, o uso de remédios. Um dos principais objetivos do tratamento é, evitar ou retardar o aparecimento de complicações como infarto, derrame e insuficiência renal. Para que isso aconteça, é necessário um controle efetivo da doença através do seguimento contínuo do tratamento. Estamos realizando um estudo que tem como objetivo conhecer o que facilita e o que dificulta o seguimento do tratamento por você, hipertenso. O resultado deste estudo poderá vir a ajudar na melhoria da assistência prestada aos hipertensos que utilizam a rede básica de saúde no seu município.

A sua participação será respondendo um questionário referente ao seu comportamento em relação ao tratamento da hipertensão arterial e concordando que os dados fornecidos podem ser utilizados para fins de ensino, pesquisa e divulgação em publicações científicas no país e fora deste.

Você poderá a qualquer momento pedir esclarecimento sobre a pesquisa e sobre o questionário que terá que responder. Você terá a garantia de que seu nome não será revelado. Não terá nenhum gasto com a pesquisa, bem como esta não lhe causará nenhum tipo de risco e dano físico. Terá a liberdade de recusar a participar desta pesquisa bem como de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Tendo recebido todas as informações acima e ciente dos meus direitos, concordo em participar da pesquisa.

Santa Cruz do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_