

# Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família

## Blood pressure control in patients seen by Hiperdia program at a Family Health Unit

Tiago José de Oliveira Gomes<sup>1</sup>, Monique Vércia Rocha e Silva<sup>1</sup>, Almira Alves dos Santos<sup>2</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o controle da pressão arterial e fatores que nele interferem, em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Métodos:** Foram entrevistados pacientes hipertensos cadastrados em duas equipes de Estratégia de Saúde da Família em Maceió, AL, que compareceram à reunião mensal do Hiperdia e aceitaram participar do estudo. A pressão arterial foi medida conforme as recomendações das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão para validação do exame. Outras variáveis estudadas foram: sexo, idade, nível de escolaridade, ocupação, estado civil, tempo de tratamento, comorbidades, número de medicamentos, número de comprimidos diários e principal efeito colateral. Foram realizados os testes qui-quadrado e *t-student* para análise da influência das variáveis, estabelecendo nível de significância  $p < 0,05$ . **Resultados:** Entre os pacientes entrevistados, 91% mantinham pressão arterial em valores adequados. O controle da pressão arterial foi observado com maior frequência em pacientes casados, com maior nível de escolaridade, aposentados, com menor número de medicamentos e comprimidos diários, maior tempo de tratamento e sem efeitos colaterais. As variáveis: sexo, idade e comorbidades não apresentaram influência estatisticamente significativa. Apenas 40% dos hipertensos cadastrados compareceram ao Hiperdia. **Conclusão:** O controle da pressão arterial nos pacientes que compareceram ao Hiperdia é muito mais frequente que em relatos de outros modelos de atenção à saúde. Os fatores com influência estatisticamente significativa foram: nível de escolaridade, ocupação, estado civil, tempo de tratamento,

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the blood pressure control and factors that affect it, in patients seen by Hiperdia program at a Family Health Unit. **Methods:** Interviews were conducted with hypertensive patients enrolled in two teams of the Family Health Strategy in Maceio, AL, who attended the monthly meeting of Hiperdia and agreed to participate of study. Blood pressure was measured according to the recommendations of the Brazilian Society of Cardiology for validation of the test. Other variables studied were sex, age, education level, occupation, marital status, duration of treatment, comorbidities, the number of medications, number of pills daily and main side effect. The chi-square and t-student tests were performed to analyze the influence of variables in the adherence, setting the significance level  $p < 0.05$ . **Results:** 91% of the interviewed patients maintained blood pressure at satisfactory values. The control of blood pressure levels were observed more frequently in patients married, more educated, retired, with fewer medicines and tablets daily, with longer treatment and without side effects. Variables that did not influence significantly the blood pressure control were: gender, age and comorbidities. Only 40% of patients enrolled in Hiperdia attended the mensal meeting. **Conclusion:** The blood pressure control in patients treated at Hiperdia program is much more frequent than reports of other models of health care. The factors that influenced significantly were: education level, occupation, marital status, duration of treatment, number of medications, number of tablets daily and main side effect. The number of registered patients who were absent from the meeting, however, was quite high.

Recebido: 14/5/2010 Aceito: 3/8/2010

1 Graduando em Medicina pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal).

2 Professora da disciplina de Educação em Saúde da Uncisal.

Correspondência para: Tiago José de Oliveira Gomes. Rua Estudante Antonio Carlos Moura Gama, 161, Jatiúca – 57036-820 – Maceió, AL. Telefone: (82) 9329-8701. E-mail: tiagoog@hotmail.com

número de medicamentos, número de comprimidos diários e principal efeito colateral. O número de pacientes cadastrados que se ausentaram do atendimento, entretanto, foi bastante elevado.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Hipertensão, Atenção Primária à Saúde, conduta do tratamento medicamentoso.

### **KEYWORDS**

Hypertension, Primary Health Care, medication therapy management.

## **INTRODUÇÃO**

A hipertensão arterial sistêmica representa sério problema de saúde pública, com uma prevalência que atinge mais de 30% da população adulta e mais de 50% dos idosos no Brasil<sup>1</sup>. Sua história natural é prolongada e, ao processo de cronicidade, associa-se uma multiplicidade de fatores como: longo curso assintomático, evolução clínica lenta e permanente, além do aparecimento de complicações. Valores de pressão arterial sustentadamente elevados, principalmente quando acompanhados de tabagismo, diabetes e dislipidemia, estão relacionados a maior incidência de eventos mórbidos, como a aterosclerose, que se manifesta por cardiopatia isquêmica, acidente cerebrovascular e doenças vasculares renal e periférica<sup>2</sup>, responsáveis por 65% dos óbitos na população adulta em plena fase laboral (30 a 69 anos) e por 40% das aposentadorias precoces<sup>3</sup>. Por outro lado, o tratamento medicamentoso da hipertensão arterial levou à redução de eventos cardiovasculares fatais e não fatais em diversos ensaios clínicos<sup>4</sup>.

Cerca de 40% dos pacientes hipertensos não conseguem manter níveis de pressão arterial controlados<sup>5,6</sup>. No Brasil, essa parcela é ainda maior, atingindo valores de 70% a 89% em diferentes estudos<sup>7-9</sup>. A maior razão para o controle inadequado é a falta de adesão ao tratamento, uma vez que um percentual considerável de remédios prescritos por médicos e recomendações de mudança nos hábitos de vida não são acatados por muitos pacientes. Apenas 22% dos doentes seguem todas as orientações médicas, como os horários para tomar os remédios e alterações no estilo de vida<sup>10</sup>. Na prática clínica, observa-se que muitos pacientes sequer retornam às consultas médicas regulares.

Uma das grandes dificuldades dos portadores de hipertensão em aderir ao tratamento é entender por que devem utilizar diariamente diversos comprimidos e sofrer com efeitos colaterais para controlar um problema que não apresentou sintomas<sup>11,12</sup>. A regularidade e a qualidade da comunicação clínica são determinantes na obtenção dos resultados esperados, uma vez que pacientes bem informados sobre o prognóstico e opções de tratamento – incluindo benefícios e efeitos adversos – estão

mais dispostos a aderir às recomendações<sup>13</sup>. A educação em saúde é, então, imprescindível, pois não é possível o controle adequado da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamenta o tratamento<sup>14</sup>.

A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações. Para que haja esse engajamento, é importante que haja vínculo suficiente entre médico e paciente<sup>11</sup>. Nos hospitais públicos brasileiros (serviços terciários) e em muitos centros de especialidade (atenção secundária), os pacientes acabam ficando vinculados ao serviço, e não a um médico ou profissional de saúde específico. Esse cenário tem mudado com o aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, que reorganiza a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência<sup>15</sup>. Por meio dessa abordagem, não só o paciente, mas toda a família e a comunidade estão vinculadas a um médico e a uma equipe de saúde específica<sup>16</sup>.

A atenção primária ao hipertenso, quando centrada na família, percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Dessa forma, a atuação é integrada, com níveis de competência bem estabelecidos na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, com medidas preventivas primárias e atendimento à hipertensão arterial<sup>17</sup>. As estratégias para a implantação de medidas preventivas dependem da atuação de equipes interdisciplinares, adoção de políticas públicas, atividades comunitárias, organização e planejamento dos serviços de saúde. O acesso do paciente a esses serviços e a qualidade do trabalho desenvolvido também interferem na adesão ao tratamento<sup>11</sup>.

Definidas como ações prioritárias aos grupos de risco, foram determinadas pela Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde (NOAS), de janeiro de 2001, as ações desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família dirigidas principalmente aos pacientes hipertensos, incluindo acompanhamento rigoroso e assistência multiprofissional<sup>17</sup>. A abordagem por uma equipe

interdisciplinar contribui para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão ampla do problema, dando-lhes motivação para adotarem mudanças nos hábitos de vida e aderirem ao tratamento<sup>18</sup>.

Os grupos de hipertensos tiveram início na década 1970 nos Estados Unidos, com o objetivo principal de monitorar a adesão ao tratamento com efetivo controle da pressão arterial<sup>19</sup>. A troca de experiências entre os membros do grupo, identificados pela condição comum da doença, exerceria ainda grande efeito terapêutico sobre eles<sup>20</sup>. O Hiperdia foi criado por meio Portaria nº 371/GM, em 4 de março de 2002, por um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus*, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, mediante a reorganização do trabalho de atenção à saúde. Trata-se de reuniões voltadas para hipertensos e diabéticos acompanhados em unidades de saúde, nas quais esses pacientes recebem orientação sobre suas doenças, compartilham suas dificuldades e recebem os medicamentos necessários ao tratamento.

Uma meta primordial no direcionamento das ações da equipe de saúde ao hipertenso é garantir a adesão do indivíduo ao tratamento. O desenvolvimento de estudos que analisem o controle da pressão arterial, bem como o conhecimento de seus resultados, torna-se uma ferramenta indispensável ao trabalho do profissional de saúde que atua nessa área. Entretanto, embora vários autores tenham publicado artigos sobre o tema em diversos países, na América Latina e, em especial, no Brasil, esses estudos ainda são muito escassos<sup>17</sup>. A presente investigação visou avaliar o controle da pressão arterial e fatores que nele interferem, em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família de Maceió, AL.

## MÉTODO

Realizou-se um estudo clínico-epidemiológico, de corte transversal, caráter descritivo e abordagem quantitativa, dos pacientes hipertensos atendidos no programa Hiperdia, nas áreas cobertas pelas equipes 26 e 28 do Programa de Saúde da Família, no Conjunto Virgem dos Pobres, em Maceió, AL. A região é dividida em 12 microáreas, às quais correspondem 12 grupos de pacientes que devem participar de reuniões mensais do Hiperdia.

Foram incluídos todos os indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, cadastrados no programa, que compareceram ao CAIC Virgem dos Pobres para a reunião mensal do Hiperdia de sua microárea e que aceitaram voluntariamente participar do estudo após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, baseado nas Resoluções nºs 196/96 e 251/97, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (CNS/MS). Os pacientes que apresentavam limitações na orientação e/ou memória e, portanto, dependiam

de terceiros para uso dos medicamentos não foram incluídos no estudo. Obteve-se aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa local.

A coleta de dados ocorreu entre maio e julho de 2009, sendo realizada na reunião do Hiperdia de uma microárea diferente a cada semana. Dessa maneira, os pacientes de cada microárea tiveram a oportunidade de ser avaliados, caso comparecessem, em apenas uma reunião. Os sujeitos foram entrevistados seguindo roteiro proposto em um formulário com questões abertas, após consulta médica, na qual houve aferição de sua pressão arterial, devidamente anotada no prontuário e no formulário de coleta de dados. A medida da pressão arterial foi realizada com o paciente sentado, após 5 minutos de repouso em ambiente calmo, com aparelho esfigmomanômetro aneróide calibrado, conforme os critérios convencionais – fases I e V de Korotkoff – para as pressões sistólica e diastólica, respectivamente. As medidas foram realizadas com intervalo de 1 minuto entre elas, até que as pressões sistólicas e diastólicas obtidas apresentassem diferença menor ou igual a 4 mmHg entre duas medidas consecutivas, sendo a média delas então registrada como a pressão arterial do indivíduo. Foram obedecidos todos os demais procedimentos recomendados nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão para validação do exame. Definiu-se como controle da hipertensão uma pressão arterial menor que 140/90 mmHg para pacientes somente hipertensos e menor que 130/85 mmHg para aqueles hipertensos com *diabetes mellitus*<sup>1,21</sup>.

As outras variáveis estudadas, coletadas por meio da entrevista com perguntas abertas, foram: sexo, idade, nível de escolaridade, ocupação, estado civil, tempo de tratamento, comorbidades, número de medicamentos (anti-hipertensivos e outros), número de comprimidos diários (considerando a utilização de mais de um comprimido do mesmo medicamento em horários diferentes ou não) e principal efeito colateral.

Na análise estatística, foi utilizado o teste *t-student* para comparar variáveis contínuas entre os pacientes aderentes e os não aderentes ao tratamento e o teste qui-quadrado para avaliar as frequências das variáveis classificatórias observadas nesses dois grupos. A significância estabelecida foi de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Dentre os 514 pacientes cadastrados no programa Hiperdia da região, 207 compareceram em data agendada para a reunião mensal de sua microárea. Desses, 200 puderam ser incluídos no estudo e consentiram sua participação. Noventa e um por cento deles estavam com pressão arterial controlada e apenas 9% possuíam pressão arterial acima dos valores preconizados. A tabela 1 apresenta a média das pressões sistólica e diastólica nesses dois grupos.

**Tabela 1.** Média da pressão arterial sistólica e diastólica em hipertensos controlados e não controlados

	Controlados (n = 182)	Não controlados (n = 18)
PA sistólica*	112,4 ± 6,8	154,4 ± 9,5
PA diastólica*	74 ± 5,6	104,8 ± 8,4

\* Valores em mmHg, obtidos por esfigmomanômetro aneróide.

A idade média observada na população foi de 62,6 ± 13 anos, sendo de 59 ± 11 anos entre os pacientes com pressão arterial insatisfatória e de 63 ± 12,5 anos entre aqueles com pressão arterial controlada. Não houve, entretanto, associação estatística significativa dos valores da variável idade à pressão arterial. O tempo de tratamento, por sua vez, mostrou-se um fator influente no controle, sendo em média de 11 ± 4 anos entre os hipertensos controlados e 6 ± 3 anos entre os não controlados, com  $p < 0,05$ .

A tabela 2 apresenta as características biossociais desses dois grupos e compara, entre eles e com o total da amostra, os resultados para as variáveis classificatórias.

A maioria dos pacientes foi do sexo feminino (61%), sendo maior esse predomínio entre os pacientes com pressão arterial controlada. Para essa variável, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Em relação ao estado civil, todos os pacientes que classificaram seu estado civil como "união estável" mantinham pressão arterial controlada. Quarenta e seis por cento dos entrevistados eram casados, e 98% deles possuíam pressão arterial adequada. A pressão arterial é mais bem controlada por esses pacientes do que por solteiros ( $p = 0,0003$ ) e divorciados ( $p = 0,002$ ).

O nível de escolaridade também influenciou de modo significativo o controle da doença. Cinquenta por cento dos pacientes não controlados são analfabetos. Entre os hipertensos controlados, a taxa de analfabetismo cai para 19%, com  $p = 0,002$ . O controle da pressão arterial elevou-se em proporção ao nível de escolaridade, chegando a 100% entre aqueles com nível médio completo.

No que diz respeito à ocupação, observou-se 100% de pressão arterial adequada entre os aposentados, não havendo superioridade estatisticamente significativa em relação aos desempregados (93%) e profissionais do lar (94%). Os aposentados apresentaram frequência de controle da pressão arterial superior à de trabalhadores rurais ( $p = 0,0001$ ), lavadeiras ( $p = 0,01$ ), pescadores ( $p = 0,0009$ ) e comerciantes ( $p = 0,001$ ).

Não havendo diferença estatística entre os hipertensos controlados e não controlados quanto ao tipo e ao número de comorbidades, a tabela 3 relaciona as que foram relatadas pelo total da amostra.

**Tabela 2.** Características biossociais dos pacientes hipertensos controlados e não controlados

	Controlados (n = 182)		Não controlados (n = 18)		Total (n = 200)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>						
Feminino	112	92	10	8	122	61
Masculino	70	90	8	10	78	39
<b>Estado civil*</b>						
Casado	89	98	2	2	91	46
Solteiro	26	79	7	21	33	17
Divorciado	43	84	8	16	51	25
Viúvo	15	94	1	6	16	8
União estável	9	100	0	0	9	4
<b>Escolaridade*</b>						
Analfabeto	34	79	9	21	43	22
Nível básico incompleto	82	93	6	7	88	44
Nível básico completo	31	94	2	6	33	16
Nível médio incompleto	26	96	1	4	27	14
Nível médio completo	9	100	0	0	9	4
<b>Ocupação*</b>						
Aposentado	52	100	0	0	52	26
Desempregado	39	93	3	7	42	21
Do lar	34	94	2	6	36	18
Trabalhador rural	15	75	5	15	20	10
Lavadeira	15	88	2	12	17	9
Pescador	12	80	3	20	15	7
Comerciante	8	80	2	20	10	5
Catador	5	83	1	17	6	3
Taxista	2	100	0	0	2	1

\* Variáveis com influência significativa ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 3.** Comorbidades relatadas pelos hipertensos

	n	%
Diabetes mellitus	82	41
Varizes	57	29
Cardiopatia	32	16
Artropatia	27	14
Sequela de AVE	24	12
Catarata	18	9
Dislipidemia	14	7
Transtorno de ansiedade	6	3
Labirintite	6	3
Epilepsia	4	2
Nenhuma	32	16

Na análise do número de medicamentos (anti-hipertensivos e outros) e do número de comprimidos diários (considerando a utilização de mais de um comprimido do mesmo medicamento em horários diferentes ou não), houve significativa influência das duas variáveis no controle da pressão arterial, sendo menor o número de medicamentos e comprimidos diários em hipertensos controlados, conforme descrito na tabela 4.

**Tabela 4.** Medicamentos e comprimidos diários utilizados por hipertensos controlados e não controlados

	<b>Controlados (n = 182)</b>	<b>Não controlados (n = 18)</b>
Número de medicamentos	2,2 ± 1	2,8 ± 1,7
Número de comprimidos diários	4,1 ± 1,4	6,5 ± 2,6

*P < 0,05.*

A presença de efeito colateral associado ao tratamento se associou de modo estatisticamente significativo com a pressão arterial medida. Os pacientes que referem não ter observado nenhum efeito colateral, por exemplo, controlam a pressão arterial com maior frequência do que aqueles com cefaleia ( $p = 0,01$ ). A tabela 5 mostra os principais efeitos colaterais observados e sua relação com a pressão arterial.

**Tabela 5.** Relação entre o principal efeito colateral relatado e o controle da pressão arterial

<b>Principal efeito colateral</b>	<b>Controlados (n = 182)</b>		<b>Não controlados (n = 18)</b>		<b>Total (n = 200)</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nenhum	125	95	6	5	131	66
Ressecamento de mucosa	16	94	1	6	17	9
Tosse seca	11	92	1	8	12	6
Gosto metálico	7	88	1	12	8	4
Cefaleia	11	79	3	21	14	7
Náuseas	12	67	6	33	18	9

*p < 0,05.*

## DISCUSSÃO

Observou-se controle adequado da pressão arterial em 91% dos entrevistados, valor consideravelmente alto quando comparado a estudos anteriores, que relatam a parcela de hipertensos controlados como inferior a 30%, em diversos modelos de atenção à saúde<sup>7-9,22-26</sup>.

Entretanto, o número de sujeitos que compareceram à reunião mensal do Hiperdia corresponde a apenas 40% do total de

hipertensos cadastrados no programa. Dados de uma pesquisa realizada com 945 pacientes demonstraram que 533 (56%) abandonaram o acompanhamento ambulatorial ao seu tratamento e 412 (44%) seguiram em acompanhamento regular durante um período de 12 a 24 meses<sup>4</sup>. Na presente investigação, não foi avaliada a regularidade do comparecimento dos pacientes ao atendimento, sendo esta registrada em uma única visita aleatória à reunião de cada microárea. Na literatura, a adesão a atividades educativas como as desenvolvidas no Hiperdia é controversa. A depender da região estudada, frequências que variam de 5% a mais de 50% já foram relatadas<sup>27,28</sup>.

Comparecer à reunião pode significar interesse em aderir ao tratamento, relacionando-se ao grande número de hipertensos controlados. Os dois motivos mais citados, em outros estudos, para o não comparecimento ao ambulatório – esquecimento da data e outros compromissos no dia da consulta – refletem um comportamento negativo ou de prioridades desses pacientes<sup>11</sup>; não se podem incluir nessa perspectiva, contudo, os pacientes que são acamados, o que impossibilita seu comparecimento ao Hiperdia; eles recebem, então, visita domiciliar.

No intuito de obter adesão continuada dos pacientes às medidas recomendadas para atingir um controle adequado da pressão arterial, o Ministério da Saúde desenvolve o programa Hiperdia desde maio de 2002, para acompanhar regularmente os pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família, estabelecendo a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede e a implementação de programa de educação permanente em hipertensão arterial. São realizadas reuniões mensais, nas quais há atendimento médico, palestras e distribuição gratuita de medicamentos. Além disso, um grupo formado por pessoas portadoras do mesmo problema permite a troca de experiências comuns – esclarecendo as dificuldades individuais de cada um de seus membros –, rompe com estereótipos e possibilita a identificação dos obstáculos que impedem o desenvolvimento dos indivíduos<sup>20</sup>, como no caso do controle da pressão arterial.

Estudos apontam como principais dificuldades vivenciadas pelos pacientes hipertensos cadastrados em unidades de saúde: a falta de medicamentos, a falta de instruções quanto ao tratamento não medicamentoso – dieta e mudanças no estilo de vida –, a demora ou não atendimento dos pacientes e a inadequação da relação profissional de saúde-paciente<sup>11,25,26</sup>. Em algumas Unidades de Saúde da Família existe, ainda, a mudança da equipe médica, ou seja, os pacientes afirmam que nunca são atendidos pelo mesmo médico, o que atrapalha o seu tratamento por não haver uma continuidade das consultas, reuniões e pedidos de exames<sup>25</sup>. Nenhuma dessas dificuldades é vivenciada pelos sujeitos do nosso estudo. Os médicos das equipes 26 e 28, da Estratégia de Saúde da Família de Maceió, possuem formação

em Saúde da Família e atendem àquela comunidade há mais de 10 anos, demonstrando conhecimento detalhado sobre todas as variáveis atreladas ao processo saúde-doença dos pacientes, além do estabelecimento de forte vínculo com eles. Em relação à distribuição de medicamentos, observou-se que os pacientes os recebem regularmente nas reuniões mensais. Além disso, existe um convênio entre a Unidade de Saúde da Família e diversas instituições de ensino da cidade, permitindo a participação de estudantes e profissionais de enfermagem, medicina e nutrição nas atividades educativas e terapêuticas direcionadas aos hipertensos.

Para a variável sexo, em concordância com estudos anteriores, não foram observadas diferenças significativas entre hipertensos controlados e não controlados<sup>5,29</sup>, não havendo ainda predomínio significativo de um sexo sobre outro na população hipertensa em geral<sup>1</sup>. Em relação à etnia, sabe-se que a hipertensão arterial é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca, mas não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre essa prevalência no Brasil<sup>1</sup>. Estudos apontam valores mais altos de pressão arterial e resistência ao tratamento medicamentoso em indivíduos da cor negra<sup>29,30</sup>. Observando a realidade da população estudada, concluímos que as características regionais não nos permitiriam distinguir etnicamente os indivíduos e, fatalmente, classificaríamos todos como de cor parda. Caso utilizássemos o critério de autoconceito para definição da etnia, estaríamos sujeitos a vieses decorrentes de fatores que influenciariam a autopercepção dos indivíduos, o que tornaria essa variável irrelevante aos objetivos propostos.

Já o estado civil determinou influência significativa no controle da pressão arterial, sendo este mais frequente em pacientes casados ou com união estável relatada. Observou-se que ambos os cônjuges compareciam juntos às reuniões do programa, demonstrando, assim, o suporte cooperativo sobre o seu processo de saúde-doença. Pessoas que vivem só enfrentam ainda mais problemas além daqueles relacionados à doença e, sendo assim, o envolvimento de um membro da família é componente facilitador para a adesão ao tratamento medicamentoso<sup>30</sup>.

O nível de escolaridade também se mostrou determinante no controle da pressão arterial, em concordância com estudos realizados<sup>29</sup>. São analfabetos 50% dos hipertensos não controlados e apenas 19% daqueles com níveis tensionais adequados, tendo o número de hipertensos controlados se elevado em proporção direta ao nível de instrução. Estudos do Ministério da Saúde apontam que o nível de escolaridade está inversamente relacionado com a ocorrência de complicações da hipertensão, pois indivíduos com nível superior têm prevalência de complicações hipertensivas 40% menor do que aqueles com menos de 10 anos de estudo<sup>30</sup>. A capacidade de compreender

o esquema terapêutico, as indicações medicamentosas e as recomendações quanto às mudanças comportamentais podem estar atreladas a esse aspecto. Nesse sentido, é de fundamental importância que o médico esclareça, continuamente e em linguagem acessível ao nível de compreensão do paciente, conceitos básicos quanto ao significado da doença, sua etiologia, evolução, consequências, cuidados necessários, fármacos utilizados e seus potenciais efeitos colaterais.

No que diz respeito à ocupação, a influência da aposentadoria no controle da pressão arterial pode ser justificada pela maior disponibilidade de dedicação ao tratamento<sup>31</sup>. Aderem menos os pacientes cuja ocupação exige maior carga horária, maior distanciamento do lar e maior desgaste físico e emocional, a exemplo dos trabalhadores rurais, pescadores e comerciários.

A comorbidade mais frequentemente observada foi o *diabetes mellitus* (41%), que, somado a hipertensão arterial e dislipidemia, constitui os principais fatores de risco para aterosclerose e suas complicações cardiovasculares fatais e não fatais, que são responsáveis por grande índice de mortalidade na população e por onerar de maneira exuberante os serviços de saúde. Dados do Ministério da Saúde mostram que as internações de pacientes diabéticos e hipertensos no Brasil resultaram em um gasto de 42,7 milhões de reais para o Sistema Único de Saúde (SUS) em 2004<sup>32</sup>. Uma das complicações mais comuns, entre as responsáveis por essas internações, é o acidente vascular encefálico, responsável por sequelas em 12% dos pacientes entrevistados, o que pode indicar que o tratamento da hipertensão teve início tardio – por demora no diagnóstico ou acesso aos serviços de saúde – e controle inadequado dos níveis pressóricos.

Ainda em relação às comorbidades relatadas, nenhuma delas mostrou influência significativa sobre o controle da pressão arterial, não havendo relação entre o número ou o tipo de comorbidade e a manutenção de níveis tensionais adequados. Mesmo nos pacientes diabéticos, cujos valores preconizados para a pressão arterial são inferiores ao da população geral e cujo esquema terapêutico tende a ser ainda mais complexo, não houve diferença estatística em comparação aos hipertensos não diabéticos no controle dos níveis pressóricos.

Em concordância com a literatura, a média de idade entre os hipertensos controlados foi superior à dos não controlados, não havendo associação estatística significativa para essa variável<sup>29</sup>. Já o tempo de tratamento associou-se significativamente ao controle da pressão arterial, sendo maior entre os pacientes com valores tensionais satisfatórios. Para esses fatores, infere-se que o tempo decorrido leva a compreensão e aceitação do processo mórbido, além de adaptação às mudanças de comportamento necessárias e fortalecimento do vínculo com o médico. Na realidade, o vínculo estabelecido entre médico e paciente mostra-se

fundamental na melhoria da qualidade dos cuidados em saúde por ambas as partes<sup>32</sup>.

Além da relação médico-paciente, deve-se considerar também como fator importante o fato de que os pacientes hipertensos experimentam a influência de variados determinantes de adaptação às doenças crônicas que dependem da característica de personalidade do indivíduo, dos seus mecanismos de enfrentamento de problemas, do seu autoconceito, da sua autoestima, da experiência prévia com a doença e, ainda, das atitudes dos cuidadores da área de saúde.

A simplificação do tratamento anti-hipertensivo é uma das intervenções capazes de ajudar no controle da pressão arterial em pacientes ambulatoriais<sup>33</sup>. O número de medicamentos e o número de comprimidos diários foram significativamente determinantes no controle da pressão arterial, sendo este mais frequente entre os pacientes com a utilização de menos medicamentos e com esquemas que requeriam menos tomadas diárias. Estudos demonstram que o descuido com o horário de tomar a medicação é um fator de grande influência no controle da pressão arterial e que este tende a ser afetado pelo maior número de comprimidos, tendo em vista que o esquema terapêutico torna-se mais complexo<sup>34</sup>. Isso pode ser ainda mais bem observado em se tratando de pacientes com menor nível de escolaridade, com uma ocupação que lhe exija grande dedicação de tempo ou com efeito colateral ao uso da medicação. A relação entre esses fatores merece uma investigação mais detalhada.

Em se tratando de uma população de baixa renda, é importante ainda que os medicamentos sejam fornecidos gratuitamente, uma vez que a necessidade de compra deles pode interferir negativamente no orçamento doméstico e, assim, ser um fator de não adesão ao tratamento, o que não se observa nessa população. Uma das grandes dificuldades dos hipertensos em aderir ao tratamento é entender por que devem tomar um ou mais comprimidos diários e sofrer com seus efeitos colaterais para tratar um problema que não apresenta sintomas por até 15 a 20 anos após o diagnóstico<sup>4</sup>. Os pacientes que não apresentaram nenhum efeito colateral aderem melhor ao tratamento do que aqueles com efeito colateral relatado, principalmente quando o principal efeito é exuberante, tal como náuseas ou cefaleia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O baixo índice de comparecimento ao Hiperdia pode ser comparado aos índices descritos na literatura de não adesão ao tratamento. Todavia, o alto índice de controle da pressão arterial (91%) entre os pacientes entrevistados não fora relatado em outros modelos de atenção ao hipertenso, mostrando um impacto bastante positivo da atuação do programa Hiperdia sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Sob uma perspectiva mais abrangente, a otimização da cobertura do pro-

grama Hiperdia deve, ao longo dos anos, resultar em melhorias na qualidade de vida da população, na sua morbimortalidade e no sistema de saúde.

Resta desenvolver mecanismos de busca e abordagem ativa sobre os pacientes que se ausentaram do atendimento. O papel dos profissionais de saúde em âmbito político mais amplo é crucial, lutando pelo desenvolvimento de políticas de saúde que facilitem e motivem o acesso do paciente aos serviços de saúde.

Os fatores que se mostraram determinantes no controle dos níveis tensionais foram: o estado civil, o nível de escolaridade, a ocupação, o tempo de tratamento, o número de medicamentos e a presença de efeitos colaterais. Além disso, ao se falar de adesão ao tratamento, deve-se sempre considerar a subjetividade que faz com que cada indivíduo, de acordo com as suas vivências, conhecimentos, crenças e valores, tenha um comportamento muito próprio em relação ao significado de sentir-se doente e de aderir às recomendações estabelecidas como corretas à luz do conhecimento científico atual.

## REFERÊNCIAS

1. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(1):1-51.
2. Magalhães MEC, Brandão AA, Pozzan R, et al. Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? *Rev Bras Hipertens*. 2010;17(2):93-7.
3. Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(2):103-9.
4. Busnelo RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB, et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. *Arq Bras Cardiol*. 2001;76(5):349-51.
5. King DS, Thomas JR, Habeeb GE, Harkins KG, Harrell TK, Noble SL, et al. Medication adherence in a southeastern hypertension clinic. *Am J Hypertens*. 2003;16(5):234A.
6. Siegel D, Lopez J, Meier J. Antihypertensive medication adherence in the department of veterans affairs. *Am J Med*. 2007;120(1):26-32.
7. Três GS, Utzig JB, Martins R, Heinrich S. Controle da pressão arterial, do diabetes mellitus e da dislipidemia na população de hipertensos de um ambulatório de residência médica. *Rev Bras Hipertens*. 2009;16(3):143-7.
8. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalence, awareness, and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*. 2004;83(5):429-33.
9. Rosário TM, Scala LCN, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres – MT. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(6):672-8.
10. Silva T, Schenkel EP, Mengue SS. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. *Cad Saude Publica*. 2000;16(2):449-55.
11. Manfroi A, Oliveira FA. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam Com*. 2006;2(7):165-76.
12. Corden ZM, Bosley CM, Rees PJ, Cochrane GM. Home nebulized therapy for patients with COPD – Patient compliance with treatment and its relation to quality of life. *Chest*. 1997;112:1278-82.
13. Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about? *Health Care*. 2002;11:76-80.
14. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato. *Arq Ciênc Saúde*. 2007;14(2):88-94.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Princípios básicos. Brasília (DF); 2003.

16. Atlas SJ, Grant RW, Ferris TG, Chang Y, Barry MJ. Patient-physician connectedness and quality of primary care. *Ann Intern Med.* 2009;150:325-35.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao *diabetes mellitus*. Manual de hipertensão arterial e *diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
18. Sousa LB, Souza RKT, Scochi MJ. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em municípios de pequeno porte na região Sul do Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2006;87(4):496-503.
19. Nobre F. Adesão ao tratamento: o desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial; 2001.
20. Melo Filho J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed Editora; 1992.
21. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2006. *Diabetes Care.* 2006;29(1):S4-42.
22. Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, Alcantara P, Ramalhinho V, Carmona J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. *J Hypertens.* 2005;23(9):1661-6.
23. Cesarino CB, Oliveira GASA, Garcia KAB, Shoji S. O autocuidado de clientes portadores de hipertensão arterial em um hospital universitário. *Arq Ciênc Saúde.* 2004;11(3):146-8.
24. Pereira MR, Coutinho MSSA, Freitas PF, D'Orsi E, Bernardi A, Hass R. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. *Cad Saude Publica.* 2007;23(10):2363-74.
25. Silva RCC, Lima EJB, Evangelista RA. Adesão ao tratamento de hipertensão arterial no PSF Alvorada – Equipe 13. Perquirere, Patos de Minas: UNIPAM. 2009;6(6):118-25.
26. Jardim PCBV, Jardim TSV. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens.* 2006;13(1):26-9.
27. Silva SP, Santos M. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde. *Arq Ciênc Saúde.* 2004;11(3):169-73.
28. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2006.
29. Gerin W, Tobin JN, Schwartz JE, Chaplin W, Rieckmann N, Davidson KW, et al. The medication Adherence and Blood Pressure Control (ABC) trial: A multi-site randomized controlled trial in a hypertensive, multi-cultural, economically disadvantaged population. *Contemp Clin Trials.* 2007;28:459-71.
30. Mousinho PLM, Moura MES. Hipertensão arterial: fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão ao tratamento medicamentoso. *Saúde Coletiva.* 2008;5(25):212-8.
31. Patel RP, Taylor SD. Factors affecting medication adherence in hypertensive patients. *Ann Pharmacother.* 2002;36(1):40-5.
32. Dallacosta FM, Dallacosta H, Nunes AD. Perfil de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma unidade básica de saúde. *Unoesc & Ciência – ACBS.* 2010;1(1):45-52.
33. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. Intervention for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. (Cochrane review). The Cochrane Library. 2007.
34. Strelec MAAM, Pierin AMG. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2003; 81(4):343-8.