



Cronicidade e doença assintomática influenciam o controle dos hipertensos em tratamento na atenção básica

Chronic and asymptomatic diseases influence the control of hypertension treatment in primary care

Cronicidad y enfermedad asintomática influyen el control de los hipertensos en tratamiento en la atención básica

Angela Maria Geraldo Pierin¹, Stael Silvana Bagno Eleutério da Silva², Flávia Cortez Colósimo², Gabriela de Andrade Toma¹, Talita de Souza Serafim¹, Paolo Meneghin¹

Como citar este artigo:

Pierin AMG, Silva SSBE, Colósimo FC, Toma GA, Serafim TS, Meneghin P. Chronic and asymptomatic diseases influence the control of hypertension treatment in primary care. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(5):763-770. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600008>

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To identify the association between blood pressure control and the following variables: a) bio-social and lifestyle characteristics of hypertensive patients; and b) factors related to the antihypertensive treatment. **Methods:** This is an exploratory study with 290 people with hypertension from primary care. We used a specific instrument, self-administered, with 21 questions on factors that can hinder treatment, divided into four dimensions: medication, socioeconomic, institutional and personal beliefs. We adopted a significance level of $p < 0.05$. **Results:** The control of blood pressure was associated ($p < 0.05$) with female gender, Caucasian ethnicity, primary/secondary education, not drinking alcohol, higher income and regular physical activity. Regarding the factors that can hinder treatment, there was association of hypertension control with only two questions: “feel nothing” and “have to do treatment for life”. **Conclusion:** Sociodemographic variables and beliefs concerning the absence of symptoms and chronicity of the disease influenced the control of hypertension and should be considered in the adherence process to the treatment.

DESCRIPTORS

Hypertension; Medication Adherence; Therapeutics; Life Style; Public Health Nursing.

Autor correspondente:

Angela Maria Geraldo Pierin
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419 –
Cerqueira César
CEP 05403-000 - São Paulo, SP, Brasil
pierin@usp.br

Recebido: 29/03/2016
Aprovado: 23/09/2016

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que causam impacto significativo no perfil de morbimortalidade. Dessa forma, a doença cardíaca isquêmica e o acidente vascular encefálico foram responsáveis por 12,9 milhões de mortes mundiais em 2010, uma em cada quatro mortes, o que representou aumento importante quando comparado ao dado de 1990, uma em cada cinco mortes⁽¹⁾.

Acrescenta-se a esse cenário as elevadas taxas de prevalência da hipertensão arterial, o que a torna um importante problema de saúde pública. Estima-se que cerca de 30% da população adulta brasileira seja hipertensa, sendo que esse índice duplica nos idosos⁽²⁻³⁾.

Não obstante a eficácia comprovada das medidas farmacológicas e não farmacológicas no tratamento da hipertensão arterial, o controle insatisfatório dos níveis tensionais ainda é muito frequente. Estudo de revisão que avaliou o controle da hipertensão em publicações brasileiras, mostrou taxas de controle abaixo de 50% na maioria deles, com exceção de dois estudos que evidenciaram taxas de 52,4% e 57,6%⁽⁴⁾.

Destaca-se, no contexto das doenças crônicas, que o controle da hipertensão arterial relaciona-se diretamente com a adesão ao tratamento. Vários são os fatores que podem interferir no processo de adesão: os relacionados à doença, como a cronicidade e ausência de sintomatologia; ao tratamento medicamentoso, incluindo tratamento para toda a vida, efeitos indesejáveis e posologias complexas; e, no tratamento não medicamentoso, às mudanças em hábitos e estilos de vida. Em relação às características dos hipertensos, ressaltam-se as variáveis sociodemográficas e as crenças de saúde; e nos aspectos institucionais, as características do atendimento e relação com a equipe de saúde⁽⁵⁾.

Portanto, considerando-se que vários fatores podem contribuir para as baixas taxas de controle da hipertensão arterial, eles devem ser identificados o mais precocemente possível visando estabelecer estratégias que beneficiem o hipertenso. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi identificar associação entre o controle da pressão arterial e as seguintes variáveis: a) características biossociais e hábitos de vida; e b) fatores relacionados ao tratamento anti-hipertensivo, em pessoas hipertensas assistidas na atenção básica.

MÉTODO

Realizou-se estudo transversal de campo, exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, parte de um Projeto de Políticas Públicas, patrocinado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo-FAPESP e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (N213/03). A amostra foi calculada, considerando-se, para uma variável dicotômica em estudo descritivo, que a proporção de casos esperados de hipertensão arterial fosse de 30%, com precisão de 0,10 (0,5 acima e 0,5 abaixo) a um nível de confiança de 99%, chegando-se ao resultado de 250 pessoas. Os critérios de inclusão foram: adultos, (> 18 anos); ser hipertenso

diagnosticado em prontuário médico; pertencer à comunidade de abrangência do Distrito; e em acompanhamento há pelo menos 6 meses. Foram excluídas hipertensas grávidas, devido às especificidades da hipertensão na gravidez, e pessoas com história de abuso de drogas ou distúrbios mentais que pudessem invalidar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi realizado em duas Unidades Básicas de Saúde da região oeste do município de São Paulo, SP, Brasil.

Os dados foram coletados por alunas de pós-graduação e de iniciação científica em enfermagem, devidamente capacitadas para tal. Foi realizada entrevista com os hipertensos, com uso de um instrumento, já testado em estudos anteriores⁽⁵⁾, incluindo variáveis que podem influenciar o controle da pressão arterial. Para identificação de variáveis biossociais foram avaliados: idade, sexo, etnia (cor autodeclarada), estado civil (com ou sem companheiro), escolaridade (analfabeto, ensino fundamental, médio ou superior) e renda salarial (em salários-mínimos). Os hábitos de vida analisados foram atividade física (pelo menos três vezes/semana, por 30 minutos), tabagismo (sim/não) e ingestão de bebida alcoólica, identificada pelo *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)⁽⁶⁾.

O instrumento para avaliar os fatores tidos como intervenientes no processo de adesão ao tratamento também já havia sido usado em investigações anteriores⁽⁷⁻⁹⁾ e, no presente estudo, a sua análise foi aprimorada. É composto por 21 questões precedidas da orientação: "assinale a alternativa que melhor corresponde ao grau de influência que cada motivo pode dificultar o tratamento para hipertensão". As alternativas de respostas, por Escala tipo Likert, possuíam três níveis: concordo (3), estou indeciso (2) e discordo (1). As questões desse instrumento foram elaboradas considerando-se a *expertise* das pesquisadoras na temática, além da literatura pertinente. As questões foram agrupadas em quatro dimensões: relativas ao tratamento medicamentoso, área socioeconômica, aspectos institucionais e crenças pessoais. Todas as questões estão apresentadas na Tabela 2. Na confecção do instrumento, ele foi submetido à avaliação por um corpo de juízes formado por cinco especialistas no assunto hipertensão arterial e adesão ao tratamento, conhecedores da finalidade do instrumento e dos conceitos a serem analisados. Solicitou-se que as questões fossem avaliadas, individualmente, a fim de verificar se estavam adequadas em relação à consistência interna, se havia relação com o item que se pretendia avaliar e clareza. Quanto à valoração equitativa, cada questão possuía valor semelhante às demais. Ao corpo de juízes foi permitido sugerir modificação ou eliminação de itens considerados irrelevantes, inadequados ou ambíguos e, ocorrendo isso, apresentar outros mais adequados. Após a análise, foram realizadas as alterações sugeridas pelos juízes, sendo aceitos como equivalentes os itens que tiveram pelo menos 80% de concordância entre os avaliadores. Acrescenta-se, ainda, que esse instrumento foi sendo aprimorado nos estudos em que foi aplicado. Destaca-se que durante o presente estudo foi desenvolvido um processo educacional junto aos hipertensos acerca da sua problemática de saúde e adesão

ao tratamento, bem como com os profissionais da equipe de enfermagem. Tais atividades faziam parte de um Projeto de Políticas Públicas desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde por ocasião da coleta dos dados do presente estudo, como já mencionado anteriormente. Dessa forma, considera-se que os hipertensos que apresentaram fatores influenciadores no processo de adesão ao tratamento receberam a devida atenção.

Para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso, foi usado o instrumento de Morisky e Green⁽⁷⁾, amplamente utilizado e validado em nosso meio. Esse instrumento é composto de quatro questões que permitem respostas de forma dicotômica (sim/não). Considerou-se adesão ao tratamento quando as respostas foram negativas a todas as seguintes questões: 1 – Você costuma se esquecer de tomar seus remédios? 2 – Você é desatento, de vez em quando, a tomar o seu remédio? 3 – Deixa de tomar o remédio caso se sinta melhor? 4 – Deixa de tomar o remédio caso se sinta pior?

A mensuração da pressão arterial foi feita nas Unidades Básicas de Saúde com aparelho automático validado obedecendo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁽²⁾. Para minimizar o fenômeno do avental branco, a avaliação da pressão arterial foi realizada por enfermeiras pós-graduandas e alunas de graduação em enfermagem, devidamente capacitadas para tal, em uma sala reservada, após 5 minutos de repouso, com três medidas consecutivas, com intervalo de 2 minutos, e a média das duas últimas medidas foi usada para a avaliação do controle da pressão arterial. As medidas foram realizadas com o participante na posição sentada, com braço apoiado na altura do terceiro espaço intercostal, com dorso recostado na cadeira, pés apoiados no chão e com uso de manguito de acordo com a circunferência do braço. O controle da pressão arterial foi considerado para valores menores que 140 mmHg para a pressão sistólica e 90 mmHg para a diastólica. Foram realizadas associações entre o controle dos níveis tensionais e as variáveis estudadas: biossociais, hábitos de vida, Teste de Morisky e Green e fatores que podem dificultar o tratamento dos hipertensos, descritos anteriormente. Para análise estatística, utilizaram-se dos Testes Qui-quadrado e Mann-Whitney, com um nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaram do estudo 290 hipertensos com média de idade na sexta década de vida, a maioria era do sexo feminino (62,1%), etnia branca (54,5%), renda salarial inferior a três salários-mínimos (59%) e possuíam escolaridade entre ensino fundamental e médio (71,9%). Do total dos hipertensos, 60% estavam com a pressão arterial controlada.

Com relação às características biossociais e estilos de vida dos hipertensos, verificou-se que houve associação ($p < 0,05$) do controle da pressão arterial com sexo feminino, etnia branca, nível de escolaridade entre ensino fundamental e médio e não fazer uso de bebida alcoólica. Possuir menor renda e ausência de atividade física regular associou-se à falta de controle (Tabela 1).

Tabela 1 – Características biossociais e hábitos de vida dos hipertensos em relação ao controle da pressão arterial - São Paulo, SP, Brasil, 2010.

Variáveis	Hipertensos			
	Controlados		Não controlados	
	n	%	n	%
Idade (anos) $p=0,123$				
≤ 60	85	48,9	46	39,7
> 60	89	51,1	70	60,3
Sexo $p = 0,048$				
Masculino	58	33,3	52	44,8
Feminino	116	66,7	64	55,2
Etnia $p = 0,020$				
Branco	104	62,3	54	48,2
Não Branco	63	37,7	58	51,8
Estado civil $p = 0,945$				
Com companheiro	106	61,3	70	60,9
Sem companheiro	67	38,7	45	39,1
Escolaridade $p = 0,048$				
Analfabeto/Lê e escreve	33	47,1	37	52,9
Fundamental/médio	126	64,0	71	36,0
Superior	4	57,1	3	42,9
Ocupação $p = 0,514$				
“do lar”	49	39,2	33	40,2
Desempregada(o)	3	2,4	5	6,1
Aposentado	12	9,6	4	4,9
Autônomo	53	42,4	34	41,5
Com vínculo empregatício	8	6,4	6	7,3
Renda Familiar (salário-mínimo) $p = 0,034$				
≤ 3	96	60,8	75	73,5
> 3	62	39,2	27	26,5
Atividade física regular $p = 0,023$				
Não	108	62,1	84	75,0
Sim	66	37,9	28	25,0
Tabagismo $p = 0,998$				
Não	155	89,1	98	89,1
Sim	19	10,9	12	10,9
Etilismo $p = 0,013$				
Não	112	70,4	54	54,5
Bebe ou parou de beber há menos de um ano	47	28,6	45	45,4

Houve associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o controle da pressão arterial e o grau de concordância com os diferentes fatores que podem influenciar o tratamento para a hipertensão arterial em apenas duas questões, pertencentes ao domínio crenças pessoais. Do total de hipertensos que indicaram a alternativa “concordo” com o fato de “não sentir nada”, 63,7% estavam controlados contra 36,3% não controlados, além de que 85,7% dos que apontaram a alternativa “indeciso” também não estavam

controlados. Quanto a “ter que fazer tratamento pra vida toda”, 66,1% concordantes eram hipertensos controlados *versus* 33,9% não controlados, e apenas dois estavam indecisos e não controlados (Tabela 2).

Tabela 2 – Hipertensos controlados e não controlados segundo as respostas ao Formulário de investigação dos fatores dificultadores do tratamento - São Paulo, SP, Brasil, 2010.

Fatores que podem dificultar o tratamento	HIPERTENSOS					
	Controlados			Não controlados		
	Concordo (1) n %	Indeciso (2) n %	Discordo (3) n %	Concordo (1) n %	Indeciso (2) n %	Discordo (3) n %
MEDICAMENTOSO						
– Os remédios provocam efeitos indesejáveis p = 0,965	55 58,5	5 50,0	95 59,7	39 41,5	5 50,0	64 40,3
– Esqueço-me de tomar os remédios p = 0,772	96 60,4	1 50,0	59 56,2	63 39,6	1 50,0	46 43,8
– Preciso de ajuda para tomar remédios p = 0,775	35 57,4	3 75,0	116 58,3	26 42,6	1 25,0	83 41,7
– Tenho muitos remédios para tomar p = 0,224	64 62,7	5 83,3	85 55,6	38 37,3	1 16,7	68 44,4
– Não sei como tomar os remédios p = 0,283	66 64,1	3 75,0	86 55,1	37 35,9	1 25,0	70 44,9
– O tratamento é complicado, difícil p = 0,842	48 58,5	6 75,0	103 59,5	34 41,5	2 25,0	70 40,5
SOCIOECONÔMICO						
– Não tenho dinheiro para comprar os remédios p = 0,645	71 60,2	1 100,0	84 57,5	47 39,8	0 0,0	62 42,5
– Não tenho com quem deixar os filhos/netos p = 0,462	48 62,3	2 50,0	106 57,3	37,7	50,0	42,7
– Preciso de companhia para ir às consultas p = 0,535	31 54,4	2 100,0	124 59,6	26 45,6	0 0,0	84 40,4
– Faltar ao trabalho para ir às consultas p = 0,706	45 54,2	2 28,6	105 61,8	38 45,8	5 71,4	65 38,2
– Distância ao local da consulta p = 0,934	47 58,8	1 50,0	106 59,2	33 41,3	1 50,0	73 40,8
– Falta dinheiro para o transporte p = 0,140	29 55,8	1 33,3	124 59,6	23 44,2	2 66,7	84 40,4
INSTITUCIONAL						
– O tempo de espera é longo p = 0,965	88 58,3	2 66,7	65 59,1	63 41,7	1 33,3	45 40,9
– Não me dei bem com a equipe de atendimento p = 0,596	64 60,4	4 50,0	90 58,8	42 39,6	4 50,0	63 41,2
– O horário do atendimento é inconveniente p = 0,239	52 54,2	1 50,0	104 61,9	44 45,8	1 50,0	64 38,1
– Não ter médico para consulta p = 0,362	117 57,9	0 0,0	42 62,7	85 42,1	1 100,0	25 37,3
CRENÇAS PESSOAIS						
– Não sinto nada p = 0,029	72 63,7	1 14,3	83 58,5	41 36,3	6 85,7	59 41,5
– Fazer tratamento para toda a vida p = 0,013	82 66,1	2 100,0	71 50,7	42 33,9	0 0,0	69 49,3
– Não sinto necessidade de tratar p = 0,734	47 58,0	5 45,5	106 59,9	34 42,0	6 54,5	71 40,1
– Não estar melhorando da doença p = 0,638	77 62,0	4 50,0	77 57,0	46 38,0	4 50,0	58 43,0
– Só tomo remédio quando me sinto mal p = 0,630	56 56,6	4 66,7	94 59,1	43 43,4	2 33,3	65 40,9

Analisando-se as respostas do total de hipertensos que indicaram a alternativa “concordo” com o fator dificultador para o tratamento, apontado em cada questão, destacam-se os aspectos a seguir. No âmbito do tratamento medicamentoso, “esquecimento” obteve o maior percentual de concordância (59,8%) e pouco mais de um terço concordou com “efeitos indesejáveis” (35,7%), “vários medicamentos” (39,1%), “não saber como tomá-los” (39,5%) e “tratamento complicado” (31,2%). Na dimensão socioeconômica, houve maior concordância para “não ter dinheiro para compra dos remédios” (44,5%), seguida por “faltar ao trabalho para ir às consultas” (31,9%) e “distância do local de atendimento” (30,6%). Nos aspectos institucionais, as maiores concordâncias foram para “falta de médico” (74,8%) e “tempo de espera longo” (57,2%), seguidas por “não se dar bem com a equipe” (39,7%) e “horário do atendimento inconveniente” (36,1%). Nas crenças de saúde houve concordância ao redor de 40% para a “doença assintomática” (43,1%), “tratamento para toda vida” (46,1%) e “não sentir melhora” (46,4%); e pouco menos indicou “não sentir necessidade de se tratar” (30,1%) e “só tomar remédio quando se sente mal” (37,5%).

Os dados da Tabela 3 mostram que não houve diferença estatisticamente significativa na média (desvio-padrão) do grau de concordância entre os hipertensos controlados e não controlados, com os fatores que podem dificultar o tratamento, quando reunidos nas quatro dimensões avaliadas.

Tabela 3 – Hipertensos controlados e não controlados segundo as médias de concordância das quatro dimensões do Formulário de investigação dos fatores dificultadores do tratamento - São Paulo, SP, Brasil, 2010.

	Hipertensos			
	Controlados		Não controlados	
	Média	(desvio-padrão)	Média	(desvio-padrão)
DIMENSÕES				
Medicamentosa p = 0,729	15,54	(4,97)	15,36	(5,34)
Socioeconômica p = 0,975	8,88	(3,57)	9,03	(3,70)
Institucional p = 0,677	11,125	(3,81)	11,36	(3,63)
Crenças Pessoais p = 0,219	7,43	(2,7)	7,009	(2,53)

Observou-se ainda que não houve associação estatisticamente significativa entre o controle da pressão arterial e o Teste de Morisky e Green, que avaliou a adesão ao tratamento medicamentoso (Tabela 4).

Tabela 4 – Hipertensos controlados e não controlados de acordo com o teste de Morisky e Green - São Paulo, SP, Brasil, 2010.

Variáveis	Hipertensos						Valor p
	Controlados		Não controlados		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Teste Morisky Green							
Não aderentes	118	60,8	76	39,2	194	100	0,715
Aderentes	60	62,5	36	37,5	96	100	

DISCUSSÃO

Os principais achados do presente estudo evidenciaram que a cronicidade da doença e a ausência de sintomatologia da hipertensão foram fatores referidos pelos hipertensos que podem dificultar o controle da doença, além da associação do controle tensional com características biosociais e estilos de vida dos hipertensos. Portanto, as crenças dos hipertensos acerca da doença e do tratamento merecem atenção na temática adesão ao tratamento. A hipertensão arterial é uma doença sem sintomatologia específica, na maioria das vezes, e somente os valores pressóricos podem determinar o seu diagnóstico. Portanto, a falta de sintomas pode influenciar ainda mais o grau de importância, ou não, que os hipertensos atribuem à doença e à necessidade de tratamento. Acrescenta-se, ainda, a necessidade de tratamento para toda vida, que inclui, além da terapêutica medicamentosa, mudanças em hábitos e estilos de vida. Estudo com pacientes coronarianos, a totalidade deles hipertensos, mostrou que a maioria não considerou a enfermidade de caráter crônico, acreditando que o tratamento não duraria a vida toda e na cura da doença⁽¹⁰⁾. Ademais, também na dimensão das crenças dos hipertensos, verificou-se que pouco mais de um terço indicou “não sentir necessidade de se tratar” e “só toma remédio quando se sente mal”, condições que também podem ser obstáculos para a adesão satisfatória ao tratamento e consequente controle da hipertensão.

A adesão ao tratamento pode ser definida pelo grau de coincidência entre comportamento de uma pessoa, como tomar o medicamento, seguir uma dieta, mudar hábitos e estilos de vida, e a proposta terapêutica. O principal motivo do controle inadequado da hipertensão arterial parece ser o não cumprimento do tratamento em longo prazo, tanto em modificações em estilo de vida quanto no que se refere à terapêutica medicamentosa. Os problemas de adesão nem sempre são fáceis de serem detectados, ainda mais difícil é sua quantificação, e o controle da pressão arterial é um dado objetivo que pode indicar comportamento favorável de adesão. Verificam-se na literatura tentativas de uma avaliação objetiva da adesão ao tratamento medicamentoso, e o Teste Morisky e Green é um recurso frequentemente usado. As características desse instrumento estão direcionadas para a identificação e avaliação dos problemas e barreiras inerentes à adesão. Pode ser usado como um recurso diagnóstico avaliando o grau de cumprimento da proposta terapêutica por parte dos pacientes e seus comportamentos de adesão. Destaca-se ainda que o Teste de Morisky e Green pode identificar problemas relacionados a atitudes e comportamentos e posteriormente direcionar para estratégias para resolução dos elementos que podem dificultar a adesão ao tratamento e consequentemente o controle dos hipertensos. Talvez essa seja a grande vantagem do Teste, pois no presente estudo não houve associação entre o controle da pressão arterial e a adesão ao tratamento: pelo Teste, apenas 33% dos hipertensos eram aderentes, enquanto 60% estavam com seus valores pressóricos controlados.

Destaca-se, ainda, que a adesão ao tratamento, em doenças crônicas, como a hipertensão, implica mudanças

de comportamento e essa não é uma tarefa fácil. Subsidiar os pacientes com informações sobre sua problemática de saúde é o primeiro passo para o processo de educação em saúde, porém não é o suficiente para que ocorram as transformações desejadas. Dessa forma, o comportamento é determinado não apenas pelos aspectos cognitivos, mas, principalmente, pelos afetivos, como crenças, valores e barreiras percebidas em relação ao comportamento a ser adotado. Quando o comportamento em questão é a adesão a determinado tratamento, cada pessoa lança mão não só do conhecimento sobre a doença, mas também se deixa guiar por um leque de motivos para adotar, ou não, tal comportamento. O indivíduo racionaliza o problema, as alternativas possíveis, os aspectos positivos ou negativos e procura ajustar suas atitudes ao que lhe for mais conveniente de acordo com suas crenças⁽¹¹⁾.

Considera-se que a falta de associação do controle da hipertensão com a grande maioria das questões da Tabela 2 não implica que as mesmas não devam ser consideradas na avaliação dos hipertensos. Observou-se grau relevante de concordância como fator dificultador para o tratamento com questões importantes na área medicamentosa, como esquecimento de tomar os medicamentos e esquemas complexos, achado também evidenciado em outros estudos⁽¹²⁻¹³⁾. Nesse sentido, a combinação fixa de drogas é uma estratégia que aumenta a adesão ao tratamento⁽¹⁴⁾. Na dimensão socioeconômica, a falta de dinheiro para compra de medicamentos reforça o achado da associação do controle dos níveis pressóricos com menor renda. Porém, na atenção básica ressalta-se o programa HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos⁽¹⁵⁾ que prevê a dispensação de medicamentos. Nos aspectos institucionais, a falta de médico é um dado preocupante, que infelizmente ainda se faz presente no cenário nacional. O relacionamento com a equipe de saúde é primordial para se estabelecer condições favoráveis para o envolvimento do paciente com sua problemática de saúde; o estabelecimento de contrato no qual estão explicitados direitos e deveres tanto do paciente quanto do profissional pode ser uma boa estratégia para tal. Estudo⁽¹⁶⁾ que analisou a eficiência do atendimento da Estratégia da Família a partir de crenças dos profissionais mostrou que 53,4% avaliaram o serviço de forma negativa, evidenciando a necessidade de se modificar ou eliminar entraves, com o intuito de melhorar as condições de prestação de serviço para seus usuários.

Mais da metade (60%) dos hipertensos estudados estava com a pressão controlada, índice pouco mais elevado em relação ao de outros estudos nacionais^(4,17-19). Entre as características biossociais dos hipertensos que se associaram ao controle, o fato de as mulheres estarem mais controladas também coincide com resultados de outros estudos⁽²⁰⁻²²⁾. Esse achado pode ser uma questão de gênero, pela condição feminina apresentar uma melhor percepção da sua saúde e, portanto, procurar mais os serviços de saúde e seguir os tratamentos propostos. A ausência de controle nos hipertensos não brancos, com menor renda e baixa escolaridade, remete à relação entre essas variáveis e a hipertensão. Dados nacionais têm mostrado maior prevalência de hipertensão em

negros, e em populações de baixa renda. As taxas de mortalidade por 100 mil habitantes no Brasil, no ano de 2010, ajustadas por idade, para hipertensão arterial em homens/mulheres brancos, pardos e negros foram, respectivamente, 11,9/17,0, 16,3/22,0, e 28,8/ 34,5⁽²³⁾. Nesse sentido, estudo em 17 países avaliou o risco cardiovascular de acordo com a renda, e os resultados mostraram que o número de eventos cardiovasculares por mil pessoas foi menor ($p < 0,001$) naqueles com maior renda (3,99) quando comparado com média (5,38) e baixa renda (6,43)⁽²⁴⁾. Tais dados são irrefutáveis em demonstrar a associação relevante entre contexto socioeconômico e fatores de risco cardiovasculares, como a hipertensão arterial.

Portanto, hábitos e estilos de vida inadequados predispoem ou podem estar associados à maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial, como a ingestão de bebida alcoólica e a falta de atividade física regular. A relação entre bebida alcoólica e hipertensão está bem comprovada⁽²⁵⁾, bem como sua influência no controle da doença. Quanto à atividade física, a redução da pressão arterial após o exercício, principalmente em hipertensos, também está bem documentada⁽²⁶⁾.

Estudos populacionais, descritivos e exploratórios são importantes, porém investigações dessa natureza não permitem estabelecer a relação entre causa e efeito. A proposição de estudos de intervenção, como ensaios clínicos randomizados controlados, é imprescindível para avaliar intervenções que beneficiem a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Outro fator limitante do presente estudo seria a amostra pertencer a um contexto especial da atenção básica da cidade de São Paulo. As duas Unidades de Saúde onde os dados foram coletados pertencem a um polo universitário, e dessa forma a atenção pode ocorrer de forma distinta em outros contextos.

CONCLUSÃO

A principal conclusão do estudo foi que apenas duas questões – dos vários fatores avaliados apontados como influenciadores no processo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo – se associaram ao controle da pressão arterial. Portanto, a ausência de sintomas e a cronicidade da hipertensão arterial, intimamente relacionadas às crenças sobre a doença e seu tratamento, foram aspectos relevantes apontados pelos hipertensos estudados. Porém, ressalta-se, mais uma vez, que a adesão ao tratamento que contribui para o controle da doença, evitando e minimizando as lesões em órgãos-alvo, é um processo complexo. A associação do controle tensional com variáveis como sexo, condições sociais e estilos de vida desfavoráveis exemplifica a ampla magnitude do problema.

A atuação do enfermeiro no contexto da assistência às pessoas hipertensas deve prever todas as etapas da atenção, iniciando-se pela prevenção primária, por meio de estratégias enfocando as mudanças e adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis. A mensuração da pressão arterial periódica deve fazer parte de todas as avaliações de saúde, pois é a única maneira de se identificar alteração nos níveis tensionais. No tratamento, o grande desafio ainda é o controle da doença, diretamente relacionado com o processo de adesão.

Dessa forma, o enfermeiro deve se instrumentalizar para atender às reais necessidades dos hipertensos, e a consulta de enfermagem é um instrumento de ação que pode ser útil nessas circunstâncias. Durante a consulta de enfermagem, poderão ser identificados os fatores intervenientes no processo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, os

relacionados às variáveis biopsicossociais da pessoa hipertensa, como idade, sexo, condição socioeconômica e aspectos psicoemocionais; ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso; a crenças e conhecimentos sobre a doença e tratamento; e a hábitos e estilos de vida. Dessa forma, o instrumento apresentado no presente artigo pode se útil.

RESUMO

Objetivo: Identificar a associação entre o controle da pressão arterial e as seguintes variáveis: a) características biosociais e hábitos de vida dos hipertensos; e b) fatores relacionados ao tratamento anti-hipertensivo. **Métodos:** Realizou-se estudo exploratório com 290 hipertensos da atenção primária. Utilizou-se de instrumento específico, autoaplicável, com 21 questões sobre fatores que podem dificultar o tratamento, divididas em quatro domínios: medicamentos, socioeconômico, institucional e crenças pessoais. Adotou-se nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** O controle da pressão arterial se associou ($p < 0,05$) com sexo feminino, etnia branca, ensino fundamental/médio, não ingerir bebida alcoólica, maior renda e atividade física regular. Quanto aos fatores que podem dificultar o tratamento, houve associação do controle com apenas duas questões: “não sentir nada” e “ter que fazer tratamento para vida toda”. **Conclusão:** Variáveis sociodemográficas e crenças relativas à ausência de sintomatologia e cronicidade da doença influenciaram o controle dos hipertensos e devem ser consideradas no processo de adesão ao tratamento.

DESCRITORES

Hipertensão; Adesão à Medicação; Terapêutica; Estilo de Vida; Enfermagem em Saúde Pública.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la asociación entre el control de la presión arterial y las siguientes variables: a) características biosociales y hábitos de vida de los hipertensos; y b) factores relacionados con el tratamiento antihipertensivo. **Métodos:** Se llevó a cabo estudio exploratorio con 290 hipertensos de la atención primaria. Se utilizó un instrumento específico, autoaplicable, con 21 cuestiones sobre factores que pueden dificultar el tratamiento, divididas en cuatro dominios: fármacos, socioeconómico, institucional y creencias personales. Se adoptó nivel de confianza de $p < 0,05$. **Resultados:** El control de la presión arterial se asoció ($p < 0,05$) con sexo femenino, etnia blanca, educacional básica/media, no ingerir bebida alcohólica, mayores ingresos y actividad física regular. En cuanto a los factores que pueden dificultar el tratamiento, hubo asociación del control con solo dos cuestiones: “no sentir nada” y “tener que hacer tratamiento para toda la vida”. **Conclusión:** Variables sociodemográficas y creencias relativas a la ausencia de sintomatología y cronicidad de la enfermedad influenciaron el control de los hipertensos y deben considerarse en el proceso de adhesión al tratamiento.

DESCRIPTORES

Hipertensión; Cumplimiento de la Medicación; Terapêutica; Estilo de Vida; Enfermería en Salud Pública.

REFERÊNCIAS

- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2095-128.
- Picon RV, Fuchs FD, Moreira LB, Riegel G, Fuchs SC. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with meta-analysis. *PLoS One*. 2012;7(10):e48255.
- Villela PB, Klein CH, Oliveira GMM. Trends in Mortality from Cerebrovascular and Hypertensive Diseases in Brazil Between 1980 and 2012. *Arq Bras Cardiol*. 2016; 107(1):26-32.
- Pinho NA, Pierin AMG. Hypertension Control in Brazilian Publications. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(3):65-73.
- Lo SHS BN, Chau JPC, Woo J, Thompson DR, Choi KC. Adherence to Antihypertensive Medication in Older Adults With Hypertension. *J Cardiovasc Nurs*. 2016;31(4):296-303.
- World Health Organization (WHO). Problems related to alcohol consumption Report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO; 1980. (Report Series, 650).
- Pérez-Escamilla B, Franco-Trigo L, Moullin JC, Martínez-Martínez F, García-Corpas Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:569-78.
- Marques PAC, Pierin AMG. Factors that affect cancer patient compliance to oral anti-neoplastic therapy. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(2):323-32.
- Silva SBE, Colósimo FC, Pierin AMG. The effect of educational interventions on nursing team knowledge about arterial hypertension. *Rev Esc Enferm USP* 2010;44(2):482-9.
- Gama GGG, Mussi FC, Pires CGS, Guimarães AC. Crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3371-83.
- Ajzen I, Fishbein M. Predicting and changing behavior: the reasoned action approach. New York: Taylor and Francis Group; 2010.
- Nwabuo CC, Dy SM, Weeks K, Young JH. Factors associated with appointment non-adherence among african-americans with severe, poorly controlled hypertension. *PLoS One*. 2014;9(8):e103090.
- Magnabosco P, Teraoka EC, Oliveira EM, Felipe EA, Dayana Freitas D, Marchi-Alves LM. Comparative analysis of non-adherence to medication treatment for systemic arterial hypertension in urban and rural populations. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2015;23(1):20-7.

14. Thom S, Poulter N, Field J, Patel A, Prabhakaran D, Stanton A, et al. Effects of a fixed-dose combination strategy on adherence and risk factors in patients with or at high risk of CVD the UMPIRE randomized clinical trial. *JAMA*. 2013;310(9):19-29.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta n. 112, de 19 de junho de 2002. Institui o fluxo de alimentação da base nacional do Hiperdia [Internet]. Brasília; 2002 [citado 2015 dez. 15]. Disponível em: <http://www.cosemsg.org.br/sishiperdia/index.shtml>.
16. Albuquerque FJB, Melo CF, Souza Filho FE, Araújo Neto JL. Avaliação da estratégia saúde da família a partir das crenças dos profissionais. *Estud Psicol (Campinas)*. 2011; 28(3):363-70.
17. Bastos MM, Kluthcovsky ACGC, Schafranski MD. Controle da pressão arterial em idosos hipertensas em uma Unidade de Saúde da Família e fatores associados. *Cad Saúde Coletiva*. 2016;24(1):111-7.
18. Sorlie PD, Allison MA, Avilés-Santa ML, Cai J, Daviglius ML, Howard AG, et al. Prevalence of hypertension, awareness, treatment, and control in the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *Am J Hypertens*. 2014;27(6):793-800.
19. Egan BM, Li J, Small J, Nietert PJ, Sinopoli A. The growing gap in hypertension control between insured and uninsured adults: National Health and Nutrition Examination Survey 1988 to 2010. *Hypertension*. 2014;64(5):997-1004.
20. Candy D, Kang CD, Prilla PM, Tsanga I, Winson TL, Harry HX, et al. Determinants of medication adherence and blood pressure control among hypertensive patients in Hong Kong: a cross-sectional study. *Int J Cardiol*. 2015;182:250-7.
21. Souza CS, Stein AT, Bastos GA, Pellanda LC. Blood pressure control in hypertensive patients in the "Hiperdia Program": a territory-based study. *Arq Bras Cardiol*. 2014;102(6):571-78.
22. Yongqing Z, Ming W, Jian S, Pengfei L, Xiaoqun P, Meihua D, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and sodium intake in Jiangsu Province, China: a baseline study in 2014. *BMC Public Health*. 2015;16:56.
23. Lotufo PA, Bensenor IJM. Raça e mortalidade cerebrovascular no Brasil. *Rev Saúde Publica*. 2013;47(6):1201-4.
24. Yusuf S, Rangarajan SK, Téó I, Islam S, Li W, Liu L, et al. Cardiovascular risk and events in 17 low, middle and high-income countries. *N Engl J Med*. 2014;371(9):818-27.
25. Husain K, Ansari RA, Ferder L. Alcohol-induced hypertension: mechanism and prevention. *World J Cardiol*. 2014;26;6(5):245-52.
26. Semlitsch T, Jeitler K, Hemkens LG, Horvath K, Nagele E, Schuermann C, et al. Increasing physical activity for the treatment of hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med*. 2013;43(10):1009-23.