

## Análise dos Indicadores Relacionados ao Grau de Adesão ao Tratamento de Portadores de Hipertensão Arterial

### Indicators Analysis Related to The Level of Adherence to the Treatment of Arterial Hypertension Carriers

### Análisis de los Indicadores Relacionados al Grado de Adhesión al Tratamiento de Portadores de Hipertensión Arterial

Erivanea Garcia Ribeiro<sup>1</sup>

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Sebastião Benício da Costa Neto<sup>2</sup>

Pontifícia Universidade Católica de Goiás & Universidade Federal de Goiás

#### Resumo

Objetiva-se identificar e analisar o grau de adesão ao tratamento (AT) de portadores de Hipertensão Arterial (HA). Setenta hipertensos, de ambos os sexos, com idade entre 28 e 84 anos, assistidos no Centro de Referência em Hipertensão e Diabetes, de Rio Verde/Goiás, responderam a questionários sociodemográfico e clínico, Instrumento de Avaliação da AT da HA e Escala de Crenças em Saúde. Os participantes (N=70) ficaram classificados como limítrofes à adesão total ( $X > 7$  e  $< 9$ ). As correlações entre dados sociodemográficos e adesão não foram significativas. Houve correlações significativas entre dados clínicos e adesão para: acesso à medicação ( $r = ,284$ ;  $p < 0,05$ ); ausência de atividades físicas ( $r = -,362$ ;  $p < 0,01$ ); abandono do tratamento ( $t = -2,051$ ;  $p < 0,05$ ); carência de atividades de lazer ( $t = 2,050$ ;  $p < 0,05$ ); e, assiduidade às consultas ( $t = 3,443$ ;  $p < 0,01$ ). A percepção dos benefícios (79,7%) foram superiores às barreiras percebidas (14%). Os resultados contribuem para a intervenção, o ensino e a capacitação dos profissionais de saúde.

*Palavras-chave:* Hipertensão Arterial, Crenças, Fatores de risco.

#### Abstract

This study focus on identifying and analyzing the level of adherence to the treatment of Arterial Hypertension carriers. Seventy, both sexes hypertensives, aged between 28 and 84 years, assisted in the Center of Reference for Hypertension and Diabetes, of Rio Verde/Goiás, answered to social demographic and clinical questionnaires, Evaluation Instrument of Adherence to the HA Treatment and Health Beliefs Scale. The participants (N=70) were classified as borderlines to the complete adherence ( $X > 7$  e  $< 9$ ). The social demographic and adherence - to the treatment of arterial hypertension carriers - correlations' data weren't relevant. Otherwise, the correlation between the clinics and adherence's data were significant to: medication access ( $r = ,284$ ;  $p < 0,05$ ); physical activities absence ( $r = -,362$ ;  $p < 0,01$ ); treatment abandoning ( $t = -2,051$ ;  $p < 0,05$ ); lack of leisure activities ( $t = 2,050$ ;  $p < 0,05$ ); and appointments attendance ( $t = 3,443$ ;  $p < 0,01$ ). The benefits perception (79,7%) was superior to the perceived barriers (14%). The results contributed to the intervention, the teaching and qualification of the health professionals.

*Keywords:* Arterial Hypertension, beliefs, risk factors.

#### Resumen

Este estudio objetivase a identificar y analizar el grado de adhesión al tratamiento de portadores de Hipertensión Arterial (HA). Setenta hipertensos, de ambos los sexos, de edad entre los 28 y 84 años, asistidos en el Centro de Referencia en Hipertensión y Diabetes, de Rio Verde/Goiás, contestaron cuestionarios sociodemográficos y clínicos, Instrumento de Evaluación de Adhesión al tratamiento de la HA y Escala de Creencia en la Salud. Los participantes (N=70) fueron clasificados como limítrofes a la adhesión total ( $X > 7$  e  $< 9$ ). Las correlaciones entre los datos sociodemográficos y de la adhesión no fueron significativas. Se encontraron correlaciones significativas entre los datos clínicos y la adhesión a: acceso a la medicación ( $r = ,284$ ;  $p < 0,05$ ); ausencia de actividades físicas ( $r = -,362$ ;  $p < 0,01$ ); abandono del tratamiento ( $t = -2,051$ ;  $p < 0,05$ ); carencia de actividades de ocio ( $t = 2,050$ ;  $p < 0,05$ ); y, presencia a las citas ( $t = 3,443$ ;  $p < 0,01$ ). La percepción de los beneficios (79,7%) fue superior a las barreras percibidas (14%). Los resultados contribuyen para la intervención, la enseñanza y la capacitación de los profesionales de la salud.

*Palabras-clave:* Hipertensión Arterial, Creencias, Factores de riesgo

A crise mundial ocorrida nas esferas política, econômica e social tem gerado grandes transformações e, conseqüentemente, impactos na vida do ser humano, sendo, as áreas financeira, educacional, trabalhista e da saúde as mais afetadas (Freitas,

1991). Esse contexto de sucessivas mudanças coloca as pessoas em constantes situações de estresse que, uma vez expostas, por longos períodos e/ou em níveis elevados, podem refletir como fator de risco para várias doenças, inclusive a Hipertensão Arterial - HA (Ferreira; Borges & Mendes, 2002). A HA é uma doença caracterizada pela ascensão permanente da

1- E-mail: erivanea@gmail.com

2- E-mail: sbcneto@ih.com.br

pressão arterial (PA) sistólica e/ou diastólica, não se constituindo por uma única causa (WHO, 1996).

O surgimento e o agravamento da HA envolvem uma série de fatores ligados tanto às questões genéticas, quanto aos fatores constitucionais (tais como: idade, sexo, etnia, obesidade); aos fatores ambientais ligados a dieta (tais como: a ingestão de sal, cálcio e potássio, álcool, gorduras e tabagismo); aos fatores ambientais ligados ao trabalho (estresse, inassertividade, espaço físicos, processos de interação social e seus reflexos na dinâmica interpessoal) e fatores ligados aos aspectos sócio-econômico e cultural aos quais o indivíduo pertence (Ford & Cooper, 1991; Vargas, Ingram & Gillum, 2000; Simonetti, Batista & Carvalho, 2002; Gomes et al., 2004; Lima, Bucher & Lima, 2004; Serrano, Latre & Rubio, 2005).

No Brasil, estima-se que a HA tem uma incidência elevada, sendo de 15% a 20% da população adulta, em crianças e adolescentes variando de 2% a 13% e no público idoso chegando a 65%. Entre as mulheres com mais de 75 anos de idade, os índices de HA podem chegar a 80% (Kohlmann Jr. et al., 1999). Em outro estudo de base populacional realizado no Brasil estimou-se que a prevalência da HA estivesse entre 20% a 30% da população (Lima et al., 2004).

O tratamento da HA implica em modificar o estilo de vida do usuário, seus comportamentos e rotinas, como por exemplo: modificar os hábitos alimentares, controlar o peso, abster-se do consumo de fumo e álcool e exercitar-se regularmente (ANS, 2007; Haynes et al., 2009). Entretanto, durante o percurso do tratamento, notam-se inúmeros obstáculos que dificultam a adesão do usuário à terapêutica.

As barreiras que proporcionam a interrupção do tratamento anti-hipertensivo são variadas e podem existir agindo simultaneamente, tornando o fenômeno bastante complexo. Os fatores que interferem na adesão ao tratamento estão relacionados ao usuário; aos aspectos psicossociais; à doença; às crenças, hábitos de vida e cultura; ao tratamento; à instituição; às co-morbidades e à equipe de saúde (Pierin, 2004). Em função da HA ainda não ter cura, o empenho do indivíduo se restringe em controlar os níveis da PA, e permanecer em tratamento por longo período de tempo. Esse fator também vem cooperar como empecilho para a adesão (Haynes et al., 2009).

As concepções gerais acerca do conceito de adesão variam entre os autores. Alguns adotam o conceito clássico relacionando-a a passividade do indivíduo em limitar-se apenas a obedecer e cumprir ordens estabelecidas ou compliance (Morisky, Green & Levine, 1986; Gusmão & Mion Jr., 2006). Contudo, na concepção de Paiva (2002), a adesão deve incluir as decisões do indivíduo, dotando-o de responsabilidade pelo êxito do regime terapêutico, para que ele tenha uma postura ativa de participação e de cumplicidade com a equipe de saúde, numa relação de concordância voluntária, tanto para o tratamento farmacológico,

quanto para desenvolver comportamentos de saúde. Para Cardoso e Galera (2006), ao caracterizar a adesão, é fundamental considerar a fluência de fenômenos que envolvem a decisão do usuário de concordar, iniciar e dar seqüência as prescrição de medicamentos e procedimentos terapêuticos.

A *World Health Organization* (WHO, 2003) compreende o fenômeno da adesão ao tratamento como multidimensional, resultante da interação de conjuntos de fatores, tais como os socioeconômicos, os característicos da doença, do tratamento e do usuário. Neste estudo, utilizou-se o termo adesão sugerido por Cardoso e Arruda (2004), onde a adesão é definida como o estabelecimento de uma atividade conjunta na qual o usuário não é um mero seguidor da orientação médica, mas entende e concorda com a prescrição recomendada; sendo um processo dinâmico, multi-determinado e de co-responsabilidade entre usuário e equipe de saúde. Essa proposta sugere uma compreensão de empoderamento por parte da pessoa, perfazendo uma visão do indivíduo como ser intrativo, resultado de seu próprio dinamismo interior, com potencial para expressar sua forma peculiar de ser no mundo (Ogden, 1999).

Adesão ao tratamento é um tema que tem sido bastante explorado pelos estudiosos, pois, é abrangente, complexo e uma questão de saúde pública (Kolton & Piccolo, 1988). Dessa forma, buscou-se nesse estudo identificar e analisar os indicadores relacionados ao grau de adesão dos portadores de HA ao tratamento a eles proposto. Para isso, apoiou-se nos objetivos específicos de: 1) identificar o perfil sociodemográfico do portador de HA; 2) identificar o perfil clínico do portador de HA; 3) analisar indicadores quantitativos da adesão; 4) relacionar os indicadores quantitativos de adesão ao tratamento da HA com os dados sociodemográficos e clínicos; e, 4) verificar as crenças em saúde do portador de HA.

## Método

### Participantes

A amostra de conveniência foi composta por 70 voluntários com hipertensão, de ambos os sexos, com idade entre 28 e 84 anos, assistidos no Centro de Referência em Hipertensão e Diabetes (CRHD), de Rio Verde/Goiás. Os critérios de inclusão foram: ter hipertensão; ter idade igual ou superior a 18 anos; estar cadastrado no CRHD e residir na cidade de Rio Verde; ser capaz de compreender, verbalizar e responder às questões; concordar em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### Instrumentos

1. Ficha de Dados Sociodemográficos (idade, sexo, etnia, religião, existência de companheiro, escolaridade, ocupação e renda);

Tabela 1  
 Descrição sociodemográfica dos portadores de HA (N = 70).

Variáveis	Indicadores	F	%
Sexo	Feminino	45	64,3
	Masculino	25	35,7
Idade	28 – 40 anos	7	10
	41 – 50 anos	16	22,9
	51 – 60 anos	13	18,6
	61 – 70 anos	11	15,7
	71 – 80 anos	19	27,1
	81 – 84 anos	4	5,7
Religião	Católica	37	52,9
	Evangélica	24	34,3
	Espírita	5	7,1
	Outra	4	5,7
Existência de companheiro	Convive com companheiro regular	52	74,3
	Vive só	12	17,1
	Não tem companheiro	6	8,6
Escolaridade	Não sabe ler	22	31,4
	Alfabetizado	27	38,6
	Ensino Fundamental Incompleto	13	18,6
	Ensino Fundamental Completo	4	5,7
	Ensino Médio Incompleto	4	5,7
Ocupação	Comércio	2	2,9
	Indústria	2	2,9
	Agropecuária	2	2,9
	Aposentado	23	32,9
	Pensionista	5	7,1
	Do lar	25	35,7
	Outra	11	15,7
	Renda	Menos de 1 salário mínimo	7
1 a 3 salários mínimos		60	85,7
4 a 6 salários mínimos		3	4,3

2. Ficha de Dados Clínicos (diagnóstico, tipo de tratamento, tratamento medicamentoso, tempo em tratamento, tratamento alternativo, tratamento não-medicamentoso e percepções sobre a HA e o tratamento);

3. Instrumento de avaliação da adesão ao tratamento da HA (Moreira & Araújo, 2004): composto por dez questões: consumo de sal e gordura na alimentação; controle de peso; tabagismo e etilismo; prática regular de atividades físicas; enfretamento do estresse; uso adequado de fármacos prescritos; comparecimento às consultas agendadas, índice de massa corporal e controle da PA. A pontuação estabelecida para a avaliação da adesão ao tratamento da HA é de 0 a 10, sendo a classificação dos níveis de adesão:  $X < 3$  = Não adesão extrema (NAE);  $X > 3$  e  $< 5$  = Limítrofe à não-adesão total (LNA);  $X > 5$  e  $< 7$  = Intervalo médio de adesão (IMA);  $X > 7$  e  $< 9$  = Limítrofe à

adesão total (LA) e,  $X > 9$  = Adesão extrema (AE). Quanto maior o escore, maior a adesão ao tratamento; e,

4. Escala de Crenças em Saúde (Dela Coleta, 1995). É constituída por 13 perguntas que abordam o que as pessoas pensam e fazem sobre a HA, envolvendo: alimentação; exercícios físicos; preocupações; lazer e diversão; descanso e sossego; importância de se medir a PA; consultas médicas; uso de fumo; álcool e controle do peso. Em todas as alternativas utiliza-se a escala em forma Likert, com cinco níveis de resposta (discordo totalmente, discordo em parte, indeciso, concordo em parte e concordo totalmente). Cada sentença é composta por itens nos quais são questionados os benefícios e as barreiras percebidas.

Procedimento: Após a obtenção da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa realizou-se um estudo piloto com oito pessoas com hipertensão, assistidos

pelo CRHD, a fim de adequar os instrumentos e analisar a melhor forma de aplicação. Na investigação principal foram abordados os indivíduos que aguardavam o atendimento médico; convidou-os para participarem voluntariamente da pesquisa e prosseguiu-se com a leitura e a assinatura do TCLE. Cada participante era abordado individualmente e a coleta de dados iniciava-se já no primeiro encontro. Todo o questionário foi realizado oralmente para todos os participantes. As respostas verbalizadas pelos usuários foram registradas pela pesquisadora em folhas impressas. Utilizou-se o *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 12.0.

## Resultados

Para os dados sociodemográficos, clínicos e avaliação da percepção das pessoas com hipertensão acerca da HA e do tratamento anti-hipertensivo, empregou-se a estatística descritiva de frequência. Para avaliar a adesão ao tratamento, aplicou-se a estatística descritiva de média e desvio padrão. Também, foram utilizados a estatística de correlação de Pearson, a análise de variância e o Teste t de Student.

A Tabela 1 demonstra que a maioria dos participantes era do sexo feminino (64,3%); com

Tabela 2

Descrição dos dados clínicos dos portadores de HA (N = 70).

Variáveis	Indicadores	F	%
Tempo de conhecimento da HA	1 a 10 anos	43	61,4
	11 a 20 anos	17	24,3
	21 a 30 anos	5	7,1
	31 a 40 anos	5	7,1
Tempo de diagnóstico da HA	1 a 10 anos	47	67,1
	11 a 20 anos	15	21,4
	21 a 30 anos	4	5,7
	31 a 40 anos	4	5,7
Tempo de tratamento da HA	1 a 10 anos	49	70,0
	11 a 20 anos	14	20,0
	21 a 30 anos	3	4,3
	31 a 40 anos	4	5,7
Tipo de tratamento	Medicamentoso exclusivo	27	38,6
	Não Medicamento exclusivo	2	2,9
	Medicamentoso e Não-medicamentoso	41	58,6
Número de drogas	Não usa	2	2,9
	Uma droga	37	52,9
	Duas drogas	22	31,4
	Três drogas	9	12,9
Número de doses diárias	Não usa	2	2,9
	Uma dose	18	25,7
	Duas doses	35	50,0
	Três doses	15	21,4
Toma medicação diariamente na quantidade receitada	Sim	57	81,4
	Não	13	18,6
Utilização de medicamento para HA por conta própria	Sim	12	17,1
	Não	58	82,9
Uso do medicamento prescrito afeta a rotina de vida	Muito	3	4,3
	Um pouco	10	14,3
	Não afeta	57	81,4
Usuário de fumo	Sim	10	14,3
	Não	39	55,7
	Abandonou o fumo	21	30,0
Costuma usar bebida alcoólica	Nunca fumou	22	31,4
	Sim, nos finais de semana	9	12,9
	Não	46	65,7
	Abandonou o álcool	15	21,4

Tabela 3  
Fatores relativos ao tratamento da HA (N = 70).

Variáveis	Indicadores	F	%
Dificuldade em ir buscar o medicamento	Muito	8	11,4
	Um pouco	22	31,4
	Não	40	57,1
Possui apoio de sua família para realizar o tratamento	Sim, totalmente	26	37,1
	Sim, parcialmente	28	40,0
	Não	16	22,9
Pessoa responsável pela administração do medicamento	Paciente	55	78,6
	Familiares	10	14,3
	Paciente e familiares	5	7,1
Pararam de fazer tratamento alguma vez	Sim	24	34,3
	Não	46	65,7
Usa de tratamento alternativo para a HA	Sim	28	40,0
	Não	42	60,0
Não toma a medicação quando faz tratamento alternativo	Sim	5	7,1
	Não	65	92,9
Atividade física regular (3 vezes por semana 30 min.)	Regular	20	28,6
	Irregular	11	15,7
	Ausente	39	55,7
Tem dificuldade de manter seu peso ideal	Sim	29	41,4
	Não	41	58,6
Teve dificuldade para reduzir o consumo de bebida alcoólica	Sim	5	7,1
	Não	65	92,9
Realiza atividades de lazer	Sim	32	45,7
	Não	38	54,3
Comparece mensalmente às consultas	Sim	46	65,7
	Não	24	34,3
Uso de sal na comida	Normal	15	21,4
	Fraco/pouco	53	75,7
	Salgada/bem temperada	2	2,9
Ao sair de casa mantém a dieta de pouca gordura	Sim	39	55,7
	Não	31	44,3

idade entre 28 e 84 anos (mediana = 59,50 anos; moda = 72 anos); e católicos (52,9%). Conviviam com companheiros regulares (74,3%), tinham baixa escolaridade, sendo que apenas 38,6% eram só alfabetizados. A maioria era composta por donas-de-casa (35,7%) e com renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos (85,7%).

Conforme a Tabela 2, no tempo de formulação do diagnóstico, no conhecimento sobre o diagnóstico e no tempo de tratamento, predominou a faixa de 1 a 10 anos (67,%; 61,4% e 70%, respectivamente).

Concernente ao tipo de tratamento, predominou a associação entre terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa (58,6%); 52,9% utilizam um medicamento; 50% ingeriam duas doses diárias; 81,4% dos usuários afirmavam que consumiam os fármacos conforme a recomendação médica e 82,9% não se automedicavam. Da amostra (N=70), 55,7% asseguraram não serem tabagistas e 65,7% não eram etilistas.

Conforme a Tabela 3, os fatores mais frequentes

referentes ao tratamento da HA foram: 57,1% dos participantes relataram que não possuem dificuldades em obter os medicamentos para a HA; 37,1% recebem apoio total dos familiares para o tratamento e 40% recebiam-no parcialmente; a maioria (78,6%) têm responsabilidade exclusiva pela administração dos fármacos; 65,7% nunca interromperam o tratamento; 60% não fazem uso de tratamentos alternativos para o controle da PA; a maioria (92,9%) nunca abandonou o uso dos fármacos, mesmo utilizando-se de chás e sucos para o controle da PA; 55,7% dos participantes não realizam quaisquer atividades físicas; 58,6% não apresentam dificuldades para controlar o peso; a maioria (92,9%) afirmou que não tiveram dificuldades para reduzir/interromper o consumo de bebidas alcoólicas e, 54,3% não realizam atividades recreativas e de lazer. Quanto ao comparecimento às consultas, 65,7% dos participantes relatou realizá-las criteriosamente. Quanto à dieta, 75,7% afirma que utilizam pouco sal na comida e 55,7% mantém a restrição de gordura, mesmo saindo de casa.



Tabela 4

*Percepção dos hipertensos acerca da HA e do tratamento anti-hipertensivo (N = 70).*

<i>Percepção sobre a HA e o tratamento anti-hipertensivo</i>		<i>F</i>	<i>%</i>
O que faz a pressão subir	Muito sal na comida	33	47,1
	Nervosismo e preocupação	29	41,4
	Não tomar remédio	4	5,7
	Bebida alcoólica	2	2,9
	Fumar muito	2	2,9
A HA pode ser tratada sem remédio	Sim	6	8,6
	Não	46	65,7
	Não sabe	18	25,7
Que tipo de tratamento sem remédio pode baixar a PA	Nenhum	36	51,4
	Exercício e chás	5	7,1
	Ficar sem preocupação	10	14,3
	Não sabe	19	27,1
Principais dificuldades para fazer o tratamento da HA com regularidade	Não têm dificuldades	37	52,9
	Tomar os remédios diariamente	4	5,7
	Fazer exercícios	8	11,4
	Condição financeira	5	7,1
	Controlar as preocupações	16	22,9

Os dados predominantes encontrados na Tabela 4 foram: 47,1% acreditam que muito sal na comida faz a PA subir; 65,7% afirmam que a HA não pode ser tratada sem medicamento; 51,4% garantem que não existe tratamento sem remédio que ajuda a baixar os níveis pressóricos; e, 52,9% afirmam não sentir dificuldades para realizar o tratamento da HA regularmente.

Na Tabela 5, quanto mais alta as notas e quanto mais próximo de 100% for o escore, maior será a adesão do indivíduo. Assim, avaliando-se a média geral obtidas das notas dos dez comportamentos que indicam a adesão ao tratamento da HA, nota-se que a amostra estudada (N=70) ficou com média

7,55, sendo classificada como limítrofe à adesão total ( $X > 7$  e  $< 9$ ). Na correlação de Pearson, entre os dados sociodemográficos e adesão nenhuma variável apresentou ser estatisticamente significativa. Na correlação de Pearson e Test t de Student, entre os dados clínicos e adesão ao tratamento, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Observa-se na Tabela 6 que, na correlação de Pearson, a variável dificuldade de acesso à medicação foi positiva com a adesão ( $r = ,284$ ;  $p < 0,05$ ), ou seja, quanto maior o acesso a medicação, maior a adesão. A ausência de atividade física regular correlacionou-se negativamente com a adesão ( $r = -,362$ ;  $p < 0,01$ ), ou seja, quanto mais ausente a atividade física, menor a

Tabela 5

*Média e Desvio Padrão das respostas ao Instrumento para Avaliar a Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial (N = 70).*

<i>Variáveis</i>	<i>Nota</i>	<i>X</i>	<i>(%)</i>	<i>DP</i>
Consumo adequado de sal	0 a 1,0	0,87	87,1	0,19
Consumo adequado de gordura	0 a 0,5	0,40	80,3	0,13
Índice de Massa Corpórea (IMC)	0 a 1,0	0,54	53,6	0,36
Abstinência do fumo	0 a 0,5	0,45	90,3	0,12
Ausência de ingestão alcoólica	0 a 0,5	0,46	91,6	0,11
Prática regular de exercícios físicos	0 a 1,0	0,61	60,7	0,37
Enfrentamento eficaz do estresse	0 a 0,5	0,35	69,2	0,15
Uso adequado do(s) medicamento(s)	0 a 1,5	1,26	84,0	0,35
Comparecimento às consultas mensais	0 a 0,5	0,42	84,4	0,12
Controle da pressão arterial	0 a 3,0	2,19	72,9	0,95
Média Geral		7,55		

Tabela 6

Correlação de Pearson entre os dados dos comportamentos dos pacientes frente ao tratamento da HA e adesão ao tratamento (N=70).

Variáveis	C. C. Pearson	Sig (p)
Dificuldade em ir buscar o medicamento	,284	,017 (*)
Possui apoio de sua família para realizar o tratamento	-,129	,287
Pessoa responsável pela administração do medicamento	-,231	,054
Ausência de atividade física regular	-,362	,002 (**)

\* Correlação é significativa com nível de 0.05.

\*\* Correlação é significativa com nível de 0.01.

Tabela 7

Correlação do Test t entre os dados dos comportamentos dos pacientes frente ao tratamento da HA e adesão ao tratamento (N=70).

Variáveis	Test t	Sig (p)
Pararam de fazer tratamento alguma vez	-2,051	,044 (*)
Faz uso de tratamento alternativo para a HA	-1,423	,159
Deixa de tomar a medicação quando faz tratamento alternativo	-,009	,993
Sabe qual é o peso ideal	-,381	,704
Tem dificuldade de manter o peso ideal	-1,645	,105
Dificuldades para reduzir o consumo de bebida alcoólica	-1,086	,281
Ao sair de casa mantém a dieta de pouca gordura	1,795	,077
Realizam atividades de lazer	2,050	,044 (*)
Comparecimento mensal às consultas	3,443	,001 (**)

\* Correlação é significativa com nível de 0.05.

\*\* Correlação é significativa com nível de 0.01.

adesão.

Já no Test t de Student (Tabela 7), nota-se que a descontinuidade terapêutica correlacionou negativamente com a adesão ao tratamento ( $t=-2,051$ ;  $p<0,05$ ). Na ausência de prática de atividades de lazer houve correlação positiva com a adesão ( $t=2,050$ ;  $p<0,05$ ). No comparecimento regular às consultas agendadas houve correlação positiva com a adesão ao tratamento ( $t=3,443$ ;  $p<0,01$ ).

De acordo com a Escala de Crenças, cada um dos 13 comportamentos preventivos (Tabela 8) é constituído por itens relativos a benefícios e barreiras. A diferença entre as médias de benefícios e médias de barreiras para cada um dos 13 itens, quando for zero ponto, significa que o item para o participante é tanto benefício como barreira (indeciso); quando acima significa benefício e abaixo de zero significa barreira. Na tabela 8 está disponibilizado o percentual de participantes que se enquadraram em uma das três categorias (benefícios ou barreiras ou indecisos). Assim, analisando-se as crenças acerca dos 13 comportamentos preventivos da HA, percebe-se que, em média, 79,7% avaliaram como benefícios, 14% como barreiras e 6,4% não souberam distinguir entre benefícios ou barreiras.

## Discussão

Objetivou-se, nesse estudo, identificar e analisar indicadores do grau de adesão ao tratamento do portador de HA e correlacioná-los com os dados sociodemográficos e clínicos. Assim, observou-se que, no que concerne ao gênero, a amostra foi constituída por mais mulheres e na faixa etária dos 71-80 anos. A presença maior de mulheres em estudos de HA tem sido também constatada nos estudos de Zaitune et al. (2006) e Castro, Moncau e Marcopito (2007). A desproporção entre indivíduos do sexo feminino e masculino é visto de modo divergente entre os pesquisadores. Para Freitas et al. (2001), refere-se, em grande parte, à predominância da mão-de-obra masculina no mercado de trabalho; Já Zaitune et al. (2006) acreditam que as mulheres preocupam mais com as doenças, assim, impulsionam o auto-cuidado recorrendo mais às unidades de assistência à saúde. Chor (1998), em um estudo com hipertensos em tratamento, certificou que os mais jovens apresentavam menor aderência, contrário aos indivíduos com idade mais avançada. Nesse sentido, Car, Pierin e Aquino (1991) alegam que, no vigor da juventude, a pessoa não se sente susceptível às doenças, diferente do que ocorre com o idoso. Com a decadência orgânica, o

Tabela 8

*Freqüência das respostas de benefícios e barreiras percebidas pelo portador de HA, de acordo com a Escala de Crenças em Saúde (Dela Coleta, 1995) - N=70.*

<i>Variáveis</i>	<i>Benef. %</i>	<i>Barr. %</i>	<i>Indec. %</i>
Usar pouco sal na comida	78,6	20,0	1,4
Comer comida com menos gorduras	80,0	14,3	5,7
Comer menos doce, menos açúcar	91,4	5,7	2,9
Fazer exercícios, várias vezes na semana	4,3	94,3	1,4
Evitar preocupações	45,7	22,9	31,4
Ter suas horas de lazer e diversão	90,0	1,4	8,6
Ter tempo para descanso, sossego e meditação	78,6	2,9	18,6
Procurar medir a PA	98,6	0	1,4
Consultar o médico uma vez por ano	94,3	5,7	0
Não fumar ou parar de fumar	88,6	2,9	8,6
Evitar bebidas alcoólicas	97,1	0	2,9
Manter o peso ideal para a idade e a altura	95,7	4,3	0
Tomar os remédios receitados pelo médico	92,9	7,1	0
Média	79,7	14	6,4

idoso tende a seguir o tratamento com maior rigor, sendo que esse poderá representar maior perspectiva de vida. Contudo, nesse estudo não houve correlação significativa entre a idade e adesão.

Em geral, a incidência de HA prevalece nos homens por volta dos 45 a 50 anos de idade, enquanto nas mulheres, em decorrência das alterações dos níveis hormonais na menopausa, prevalece em idades superiores a essas (WHO, 1996). Há de se considerar também que a quantidade superior de mulheres nessa investigação poderia ter relação com maiores preocupações e cuidados com a saúde do público feminino, diante de iminência ou não de sintomas. Achados similares foram certificados nos estudo de Santos (1998) e Sarquis et al. (1998).

Em relação à escolaridade, Martins, Ferreira, Guimarães e Vianna (2010) e Cipullo et al. (2010) relatam que esse tem sido apresentado como fator determinante para a condição socioeconômica, que influencia diretamente no manejo do estado de saúde. Riera (2000) confirma essa informação afirmando que quanto maior o grau de instrução e capacidade econômica, maior o nível de cuidado com a saúde. O grau de escolaridade é parte elementar para a adesão ao tratamento, pois, auxilia na promoção, proteção e recuperação da saúde (Ministério da Saúde, 2004). Nesse estudo, encontraram-se indivíduos com baixo nível de escolaridade, pouco abastados financeiramente, sendo que a maioria eram donas-de-casa e aposentados.

Para Lessa (1998), a HA possui forte associação com estratos sociais mais baixos e com estressores sociais crônicos (tais como a pobreza e a baixa

qualificação profissional). Marcon et al. (1995), também, encontraram associação entre HA, baixa renda e profissões subalternas. Para Saraiva et al. (2007), o baixo poder aquisitivo e a escolaridade podem expressar como elementos impeditivos na adesão da pessoa com HA ao tratamento, visto que, em condições precárias, poderá impossibilitá-lo de seguir as prescrições da equipe de saúde. A atividade laboral é um indicador direto para a adesão, pois, em condições de adversidade extrema, poderá gerar um impacto negativo, desfavorecendo a continuidade do tratamento (Colombrini, Lopes & Figueiredo, 2006). As características encontradas no público estudado apontam para indivíduos com recursos financeiros limitados, sobrevivendo com a renda mensal originada, quase que exclusivamente, da aposentadoria, fadados a dependerem dos serviços públicos de assistência à saúde.

Referindo-se ao perfil clínico, observa-se que a maioria das pessoas logo que perceberam os sintomas da hipertensão, procuraram entender o diagnóstico e iniciaram o tratamento. De modo similar ocorreu com os indivíduos que participaram de estudo de Santos et al. (2005). O grau de conhecimento acerca das complicações decorrentes da HA e, também, do seu tratamento, poderia ser outro fator que implicaria na procura ou não pelo tratamento. Para Lessa et al. (2006), apenas diagnosticar a HA não é suficiente, é imprescindível possibilitar um tratamento contínuo e conscientizar o usuário acerca da importância da adesão e do controle da doença.

Quando se aborda sobre adesão ao tratamento da HA, há uma tendência em relacioná-la estritamente ao



uso da medicação. Contudo, Gusmão e Mion Jr. (2006) ressaltam que o tipo de tratamento, medicamentoso ou não, é fundamental para manter a pressão arterial em níveis ideais. A terapêutica mais indicada é a de medidas associadas, valorizando tanto o remédio como as medidas não-farmacológicas (dieta, restrição ao uso de tabaco e álcool, atividade física etc.). Di Matteo et al. (2002) e Barbosa e Lima (2006) apontam que a maioria dos usuários encontra dificuldades, sobretudo, no tratamento não-medicamentoso, pois, implicam em drásticas mudanças no estilo de vida. Nesse estudo, os participantes relataram aceitação favorável para as prescrições médicas. Esse resultado pode advir pelo tempo de tratamento, pelo contato que já possuem com o pessoal de apoio à saúde e por serem atendidos por equipe multidisciplinar.

Referindo-se à prescrição farmacológica, em termos de quantidade e doses, Mion Jr. et al. (2006) e Leite e Vasconcelos (2003) alertam que a quantidade menor do número de medicamentos prescritos e a adoção de esquemas terapêuticos simples estão associados à maior adesão ao tratamento da HA. Nesse sentido, acredita-se que o esquema terapêutico prescrito pela equipe de saúde tenha sido adequado para que as pessoas com hipertensão a utilizassem, pois, as mesmas relatavam adaptação favorável com os fármacos.

Os participantes afirmaram comparecer regularmente às consultas pré-agendadas. A maioria utilizava a medicação na quantidade prescrita pelo médico e relatava não tomar remédio por conta própria. Estes achados refletem algum grau de satisfação quanto ao atendimento e confiança na equipe de saúde. Para Araújo e Garcia (2006), a confiança é a pedra fundamental da adesão ao tratamento. Uma vez que aquela seja estabelecida, o usuário sente segurança em expor suas queixas e sintomas (ou sua ausência) e otimiza sua comunicação com a equipe de saúde. Esse intercâmbio contribuiria para a adesão ao tratamento, pois, motivaria a pessoa com hipertensão a retornar continuamente às consultas, viabilizando assim o fornecimento de orientações acerca da terapia anti-hipertensiva. Pierin et al. (2008) ressaltam, ainda, que a assiduidade às consultas, auxiliaria no enfrentamento da doença. Por outro lado, Mion Jr. et al. (2010) afirmam que o maior tempo de tratamento e menor acompanhamento em serviços de saúde contribuíram para a falta às consultas.

Santos et al. (2005) constataram presença frequente nas consultas marcadas. A distribuição da medicação gratuitamente, fornecida nos dias das consultas e ainda, pelo atendimento por equipe multidisciplinar pode ter influenciado, consideravelmente, nessa assiduidade. Nesse estudo o comparecimento regular às consultas agendadas houve correlação positiva com a adesão ao tratamento, ou seja, quanto mais regularmente o indivíduo comparecer às consultas, maior sua a adesão ao tratamento.

O fácil acesso à medicação apresentou correlação positiva e significativa com adesão ao tratamento ( $r=,284$ ;  $p<0,05$ ). Assim, quanto maior a acessibilidade aos remédios, mais é a tendência dos usuários aderirem ao tratamento. Nota-se que o fornecimento gratuito de medicamentos para a terapia anti-hipertensiva, na rede de saúde, tem sido fator relevante para o seguimento do tratamento.

A interação familiar é um dos aspectos que podem influenciar na adesão ao tratamento. Para Pierin et al. (2001), apoio social familiar no cuidado com as recomendações a ele prescritas poderá propiciar o envolvimento do indivíduo no contexto da doença e do tratamento. De semelhante modo, Sarafino (1994, in Pereira et al., 2007) acredita que usuários com suporte familiar são mais propensos a aderirem ao tratamento. Ao se depararem com uma condição que lhe é nova, tal como o diagnóstico de enfermidade crônica, o usuário precisa desenvolver estratégias de enfrentamento e conhecimento, necessitando assim dos familiares para auxiliar no manejo relativo à adesão e à compreensão da situação. Já na visão de Liefoghe et al. (1995, in Gonçalves, Costa, Menezes, Knauth & Leal, 1999), o suporte familiar pode influenciar tanto positivo como negativamente no seguimento do tratamento, a depender da interação que estes estabelecem entre si.

Costa e Nogueira (2008), investigando sobre a contribuição familiar no controle da hipertensão arterial encontraram mais consequências negativas do que positivas nas interações familiares. Nos relatos dos participantes, perceberam-se barreiras no relacionamento familiar, inquietação do hipertenso em relação a seus descendentes e envolvimento insatisfatório da família para com os cuidados cotidianos. Avaliando a ansiedade e percepção do suporte familiar em pessoas com hipertensão, Bueno (2009) certificou que hipertensos apresentam indicadores de ansiedade elevados e que níveis mais baixos de percepção do suporte familiar podem estar relacionados com níveis mais altos de ansiedade. O pesquisador enfatiza que esses dois fatores podem estar presentes no processo saúde-doença, ou seja, a ansiedade como um fator de risco e o suporte familiar, quando suficiente e bem percebido, como um fator de proteção. Nesse sentido, a adesão ao tratamento poderá ser comprometida, assim, ressalta-se a evidente necessidade do profissional de Psicologia nas unidades de saúde, contribuindo para a compreensão do adoecimento e das maneiras para manter a adesão. Nesse estudo, os usuários relataram ser assistidos satisfatoriamente por seus familiares.

O problema da adesão inicia já no momento do diagnóstico e da prescrição da medicação (Santos et al., 2005). O cumprimento do que é recomendado, inicialmente, é seguido com bastante rigor. Entretanto, após os seis meses de tratamento, a taxa de abandono é alta, chegando a deparar-se com mais de 50% de

usuários não usando nenhuma medicação para HA (Rudd, 1998). A ausência dos sintomas e desconforto físico leva os usuários a negligenciarem o tratamento. Nesse estudo, os participantes relataram que em algum momento do tratamento deixaram de dar seguimento às recomendações prescritas. A descontinuidade terapêutica correlacionou-se negativamente com a adesão ( $t=-2,051$ ;  $p<0,05$ ), ou seja, quanto menor o tempo de interrupção ao tratamento maior a manifestação de comportamentos diversos indicadores de adesão ao tratamento. Por outro lado, o longo período de conhecimento e tratamento da HA, a ausência de sintomas desconfortáveis e o controle pressórico, encorajam o usuário a dispensar maiores cuidados a si mesmo, responsabilizando-se pela sua saúde, por meio de um estilo de vida mais saudável. Nesse estudo, os usuários já estavam em tratamento, eram assistidos por equipe multidisciplinar, muitos relataram nunca ter interrompido o tratamento e usavam tratamentos alternativos para controlar os níveis de pressão arterial e usavam a medicação com bastante fidelidade. Os dados dos participantes deste estudo, que foram classificados como limítrofes à adesão total, sugerem uma maior adesão, se comparada à encontrada na literatura.

Um fator impeditivo para adesão ao tratamento da HA esteve relacionado à não realização de atividades físicas regulares, conforme sugerida no instrumento (três vezes por semana por 30 min). Mesmo sob orientação de equipe multidisciplinar, nota-se a dificuldade de adesão nessa variável. Almeida Neto, Santos e Rodrigues (2006), em um estudo realizado no interior de Goiás, observaram que 209 hipertensos relataram que receberam informações e incentivos para aderirem à atividade física. Contudo, apenas 35% deles admitiram realizá-los. Também Medeiros (2006), estudando sobre adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade de saúde da família, de João Pessoa/PB, encontrou altas taxas de indivíduos não aderentes à prática de atividade física (84,2%). Nesse estudo, observou-se uma correlação negativa entre atividade física e adesão ( $r=-,362$ ;  $p<0,01$ ). Nesse sentido, ao questionar acerca da realização de atividades físicas, percebe-se que houve uma incongruência: ainda que as atividades físicas fossem em menor quantidade, outros fatores contribuíram para que a maior parte dos usuários aderisse ao tratamento, sobretudo em função da facilidade para o acesso à medicação e da busca por alguma atividade de lazer.

A atividades de lazer, neste estudo, foi correlacionada positivamente com a adesão ( $t=2,050$ ;  $p<0,05$ ). Assim, a ausência desta pode ser preditora para a interrupção do tratamento. Os estudos de Faé, Oliveira, Silva, Cadê e Mezadri (2006) apontaram resultados similares concernentes ao lazer e a adesão ao tratamento. As pesquisadoras (2006) observaram que ao abordarem acerca da recreação, os participantes

aderentes ao tratamento reconheciam como lazer as atividades fora de casa, tais como o exercício físico e os passeios realizados, e, ainda, explicitaram o desejo de buscarem outras alternativas de lazer. Já os participantes não-aderentes classificaram como lazer as atividades do dia-a-dia, como assistir à televisão, ficar em casa com a família ou estudar, demonstrando dificuldade em dissociar as atividades do cotidiano das recreativas e de vislumbrar situações de lazer. A recreação, a distração e diversão, embora sejam, reconhecidamente, importantes para a manutenção da saúde física, mental e social na vida das pessoas, é pouco vislumbrada e estimulada no contexto de incentivo à saúde.

A obesidade é importante problema de saúde, tanto em países considerados desenvolvidos como nos em desenvolvimento e, conforme Ebbeling, Pawlak e Ludwig (2002, in Pereira et al. 2009), tem sido considerada uma pandemia global. Nesse estudo, quanto ao controle de peso, apesar da maioria de 58,6% afirmarem não ter dificuldades para mantê-lo nas condições ideais para a própria altura, apenas 31,4% dos entrevistados estava dentro do peso normal ( $<25 \text{ kg/m}^2$ ), os demais foram classificados, conforme a WHO (1995) como indivíduos com sobrepeso (35,7%) e com obesidade (32,8%). Possivelmente, a percepção que os mesmos têm de seu peso denota uma avaliação acerca do controle pessoal que exercem sobre essas variáveis. Tal apreciação subjetiva pode minimizar a percepção de risco e aumentar a vulnerabilidade de sua condição geral de saúde. Phillips et al. (2001, in Hoepfner & Franco, 2010) chama a atenção para a inércia clínica, ou seja, a falha dos profissionais de saúde em iniciar ou intensificar uma terapia quando indicada. Os pesquisadores denotam certa responsabilidade pela descontinuidade do tratamento ao modelo biomédico que, muitas vezes, limita-se a focar no alívio dos sintomas, dando conseqüência a danos no manejo da hipertensão. Wang e Vasan (2003, in Hoepfner & Franco, 2010), em artigo de revisão, citam como causas relacionadas aos pacientes a obesidade, o sedentarismo e a idade avançada.

Quanto aos indicadores quantitativos da adesão, obtidos por meio do Instrumento para Avaliar a Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial, revelou-se que a população estudada ( $N=70$ ) ficou classificada como limítrofe à adesão total ( $X > 7$  e  $< 9$ ). Esse achado não corresponde aos encontrados por Strelec, Pierin e Mion Jr. (2003), Gus, Harzheim, Zaslavsky, Medina e Gus (2004) e Jesus et al. (2008) que encontraram baixa adesão ao tratamento da HA. A alta prevalência de indivíduos aderentes poderia justificar-se considerando que a população investigada já era assistida por uma equipe multidisciplinar de uma unidade de saúde especializada.

Com a investigação global dos 13 comportamentos envolvendo crenças sobre comportamentos de saúde

(Tabela 8) verificaram-se, predominantemente, indivíduos que percebem mais crenças em benefícios do que crenças em barreiras para a prevenção e controle da HA. Investigando o tema, Pires e Mussi (2008), também, encontraram predomínio superior das crenças em benefícios para os comportamentos de saúde. Contudo, as autoras enfatizam que perceber os benefícios para o controle da HA nem sempre implica em efetivá-las. Possivelmente, nesse aspecto, pode estar em confronto as forças da expectativa teórica – ou seja, a avaliação que uma pessoa faz de uma doença ou tratamento, em geral – e da expectativa auto-referencial - ou seja, o quanto uma pessoa acredita, em função de vários aspectos objetivos e subjetivos, que terá condições próprias para engajar-se num comportamento (Costa Neto, 2002). Porém, Pires e Mussi (2008) reafirmam que a crença, por si só, são preditivas da adesão, influenciando-a positivamente.

### Considerações Finais

Os participantes desta pesquisa demonstraram, de forma geral, não serem apenas figurantes diante da doença hipertensiva e de seu tratamento. Ao contrário, apresentaram-se mais como protagonistas, sujeitos dinâmicos que atuam no meio em busca de melhores perspectivas, o que revela maior participação e certa autonomia em suas decisões. O fato de buscarem alternativas de enfrentamento e meios de locomoção até a unidade de saúde, obtenção dos fármacos, melhorar o estado nutricional, manejar as preocupações e o estresse, aliviar os sintomas ou impedir que eles surjam e se agravem, são atitudes que denotam intra-atividade, aliada à dinâmica externa proporcionada pela equipe de saúde, que possui um papel fundamental para propiciar tal desenvolvimento e crescimento do usuário.

Apesar das dificuldades envolvendo o baixo poder aquisitivo, as características pessoais advindas da herança genética, o cumprimento da dieta alimentar e restrições do uso de álcool e tabaco, as situações de preocupações e estresse vividos cotidianamente, percebe-se que os participantes conseguiram algum grau positivo de auto-regulação, permitindo-os a apropriação do controle sobre sua doença.

Apesar dos resultados apontarem que os participantes desta pesquisa foram classificados como limítrofe à adesão total, percebe-se que esta é uma realidade que pode ser melhor qualificada. As maiores dificuldades mencionadas pelos usuários estavam associadas às esferas econômica e cultural. Sobretudo nessa última, o conhecimento acerca da HA e do tratamento pode ser ampliado por meio da realização de programas promotores e preventivos, otimizadores de conscientização, de mudança de atitudes e de empoderamento. As pessoas com hipertensão têm noção da influência das emoções sobre o descontrole da PA, contudo, não sabem como manejá-las.

Nesse sentido, ressalta-se a necessidade da atuação multidisciplinar, realçando o profissional da área de Psicologia na equipe. Os resultados obtidos permitirão a atuação nas áreas interventivas junto aos usuários, auxiliando-os no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da doença. Adicionalmente, a ação direta com a instituição de saúde e com a equipe de assistência, possibilita o desenvolvimento de atividades na área de ensino (teórico- prático), sobre a forma de como lidar com os hipertensos e de como auxiliar-los a gerenciarem os fatores impeditivos ao longo de sua terapêutica.

### Referências

- Almeida Neto, J., Santos, D. B., & Rodrigues, E. L. (2006). Avaliação da adesão ao tratamento e perfil dos pacientes atendidos pelo Programa Hipertensão em Santa Bárbara de Goiás. Trabalho de conclusão de curso de especialização não publicado, Universidade de Brasília, Brasília.
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar (2007). Manual técnico de promoção e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS.
- Araujo, G. B. S., & Garcia, T. R. (2006). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8 (2), 259-272.
- Barbosa, R. G. B., & Lima, N. K. C. (2006). Índices de adesão ao tratamento antihipertensivo no Brasil e mundo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13 (1), 35-38.
- Bueno, M. F. (2009). Avaliação da ansiedade e percepção do suporte familiar em hipertensos. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade São Francisco, Itatiba.
- Car, M. R., Pierin, A. M. G., & Aquino, V. L. A. (1991). Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 25 (3), 259-269.
- Cardoso, G., & Arruda, A. (2004). As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (1), 151-162.
- Cardoso, L., & Galera, S. A. F. (2006). Adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (3), 343-348.
- Castro, R. A. A., Moncau, J. E. C., & Marcopito, L. F. (2007). Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 88 (3), 334-339.
- Chor, D. (1998). Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro: hábitos de vida e tratamento. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 71 (5), 100-119.
- Cipullo, J. P. et al. (2010). Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 94 (4), 519-526.
- Colombrini, M. R. C., Lopes, M. H. B. M., & Figueiredo, M. (2006). Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40 (4), 576-581.
- Costa Neto, S. B. (2002). Qualidade de vida dos portadores de neoplasias de cabeça e pescoço: o bem-estar, o bem ser, o bem-ter e o bem viver. Tese de doutorado não publicada, Universidade de Brasília, Brasília – DF.
- Costa, R. S., & Nogueira, L. T. (2008). Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (5), 871-876.
- Castro, V. D., & Car, M. R. O. (2000). Cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34 (2), 145-153.
- Dela Coleta, M. F. (1995). O modelo de crenças em saúde: uma aplicação a prevenção e controle da doença cardiovascular. Tese de doutorado não publicada, Universidade de Brasília, Brasília – DF.
- Di Matteo, M. R. et al. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Medical Care*, 40 (9), 794-



811.

Faé, A. B. et al. (2006). Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 14 (1) 32-36.

Ferreira, M. C., Borges, L. O., & Mendes, A. M. (2002). Múltiplos enfoques da Inter-relação trabalho e saúde psíquica. In M. C. Ferreira, L. O. Borges, & A. M. Mendes (Orgs.). *Trabalho em transição, saúde em risco*. Brasília: Ed. UnB.

Ford, E. S., & Cooper, R. S. (1991). Risk factors for hypertension in a national cohort study. *Hypertension*, 18 (5), 598-606.

Freitas, M. E. (1991). *Cultura organizacional: formação, tipologias e impactos*. São Paulo: Makron Books.

Freitas, O. C. et al. (2001). Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Catanduva. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 77, 9-15.

Gomes, M. A. M. et al. (2004). Diagnóstico e classificação da hipertensão. In: *Quartas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*, 82 (suppl. 4), 7-14.

Gonçalves, H., Costa, J. S. D. da, Menezes, A. M. B., Knauth, D., & Leal, O. F. (1999). Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (4), 777-787.

Gus, I., Harzheim, E., Zaslavsky, C., Medina, C., & Gus, M. (2004). Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 83 (5), 424-428.

Gusmão, J. L. & Mion JR. D. (2006). Adesão ao tratamento – conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13 (1), 23-25.

Haynes, B. R. et al. (2009). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *The Cochrane Library*, 3, 1-50. Acessado de <http://www.thecochranelibrary.com>

Hoepfner, C., & Franco, S. C. (2010). Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 95 (2), 223-229.

Jesus, E. S., Augusto, M. A. de O., Gusmão, J., Mion JR., D., Ortega, K., & Pierin, A. M. G. (2008). Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biosociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21 (1), 59-65.

Kohlmann Jr. et al. (1999). III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 43 (4), 257-286.

Kolton, K. A., & Piccolo, P. (1988). Patient compliance: a challenge in practice. *The Nurse Practitioner*, 13 (12), 37-41.

Leite, S. N., & Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (3), 775-782.

Lessa, I. (1998). Epidemiologia da hipertensão arterial. In I. Lessa et al. (Orgs.). *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis* (pp. 77-96). São Paulo: Editora Hucitec.

Lessa, I. et al. (2006). Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 87 (6), 747-756.

Lima, M. T., Bucher, J. S. N. F., & Lima, J. W. O. (2004). A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (4), 1079-1087.

Marcon, S. S. et al. (1995). Comportamento preventivo de servidores da UEM hipertensos e a aderência ao Programa de Assistência ao Hipertenso do Ambulatório. *Ciencia y Enfermeria*, 1 (1), 33-42.

Martins, M. S. A. S. et al. (2010). Hipertensão arterial e estilo de vida em Sinop, Município da Amazônia Legal. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 94 (5), 639-644.

Medeiros, A. R. C. (2006). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade de saúde da família de João Pessoa/PB. *Dissertação de mestrado não publicada*, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Ministério da Saúde (2004). *Uma análise da situação da saúde*. Brasília.

Mion Jr., D. et al. (1995). Conhecimentos, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 17 (4), 229-236.

Mion Jr., D., & Pierin, A.M.G. (1996). Causas de baixa adesão ao tratamento e o perfil de pacientes hipertensos. In: *Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão. Anais, p.120.

Mion Jr., D. et al. (2006). A importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13 (1), 55-58.

Mion Jr., D. et al. (2010). Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: prevalência referida por contato telefônico. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 95 (1), 99-106.

Moreira, T. M. M., & Araujo, T. L. (2004). Verificação da eficácia de uma proposta de cuidado para aumento da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Acta Paulista de Enfermagem*, 17 (3), 268-277.

Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care Journal*, 24 (1), 67-74.

Nascente, F. M. et al. (2010). Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Acessado de <http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop10910.pdf>.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Paiva, V. (2002). Beyond magical solutions: prevention of HIV and Aids and the process of "psychosocial emancipation". *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 6 (11), 25-38.

Pereira, A. et al. (2009). A obesidade e sua associação com os demais fatores de risco cardiovascular em escolares de Itapetinga, Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 93 (3), 253-260.

Pereira, E. et al. (2007). Aspectos psicológicos de pacientes diabéticos candidatos ao transplante de ilhotas pancreáticas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59 (1), 62-71.

Pessuto, J., & Carvalho, E. C. (1998). Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 6 (1), 33-39.

Piccini, R., & Victora, C. (1997). How well is hypertension managed in the community? A population - based survey in a Brazilian city. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (4), 595-600.

Pierin, A. M. G. et al. (2001). O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35 (1), 11-8.

Pierin, A. M. G. (2004). Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. *Barueri: Manole*.

Pierin, A. M. G. et al. (2008). Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Acessado de [http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=3696](http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3696)

Pires, C. G. S., & Mussi, F. C. (2008). Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Ciências e Saúde Coletiva*, 13 (Supl. 2), 2257-2267.

Pitanga, F. J. G., & Lessa, I. (2010). Associação entre atividade física no tempo livre e pressão arterial em adultos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Acessado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2010005000124&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2010005000124&script=sci_arttext)

Riera, A. R. P. (2000). *Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêutica*. São Paulo: Atheneu.

Rosario, T. M. et al. (2009). Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres - MT. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 93 (6), 672-678.

Rudd, P. (1998). Compliance with antihypertensive therapy: raising the bar of expectations. *The American Journal of Managed Care*, 4 (2), 957-966.

Santos, Z. M. S. A. (1998). *Estilo de vida da mulher hipertensa e a relação com o autocuidado*. 1998. *Dissertação de mestrado não publicada*, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

Santos, Z. M. S. A. et al. (2005). Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14 (3), 332-340.

Saraiva, K. R. O., Santos, Z. M. S. A., Landim, F. L. P., Lima, H. P., & Sena, V. L. (2007). O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. *Texto & contexto – Enfermagem*, 16 (1), 63-70.

Sarquis, L. M. M. et al. (1998). A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 32 (4), 335-353.

Serrano, A. G., Latre, M. L., & Rubio, B. O. (2005). El síndrome metabólico como factor de riesgo cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 5 (suplemento), 16-20.

Simonetti, J. P., Batista, L., & Carvalho, L. R. (2002). Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (3), 415-422.

Strelec, M. A. A. M., Pierin, A. M. G., & Mion JR., D. (2003). A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 81 (4), 343-348.

Vargas, C. M., Ingram, D. D., & Gillum, R. F. (2000). Incidence of hypertension and educational attainment. *American Journal of Epidemiology*, 152 (3), 272-278.

WHO - World Health Organization (1995). *The use and interpretation of antropometry*. Suíça: Geneva.

WHO - World Health Organization (1996). *Control de la Hypertension*. Informe de um Comitê de Expertos de la OMS. Suíça: Geneva

WHO - World Health Organization. (2003) *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Suíça: Geneva.

Zaitune, M. P. A. et. al. (2006). Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (2), 285-294.

*Recebido: 18/07/2010*

*Última Revisão: 16/12/2010*

*Aceite Final: 25/02/2011*

Sobre os autores:

Erivanea Garcia Ribeiro - Mestre em Psicologia pela PUC-GO (erivanea@gmail.com).

Sebastião Benício da Costa Neto - Doutor em Psicologia pela UNB (sbcneto@ih.com.br)

Pesquisa desenvolvida pelo primeiro autor, orientado pelo segundo, para obtenção do título de mestre do Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia da PUC/GO.