



**PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
Av. Universitária, 1069 - Setor Universitário  
Caixa Postal 86- CEP 74605-010  
Goiânia - Goiás - Brasil  
Fone: (62) 3227-1071 – Fax: 62) 3227- 1073  
[www.ucg.br](http://www.ucg.br) – [heck@ucg.br](mailto:heck@ucg.br)

## **ADESÃO AO TRATAMENTO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**

**ERIVANEIA GARCIA RIBEIRO**

**Goiânia, janeiro de 2010**



**PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
Av. Universitária, 1069 - Setor Universitário  
Caixa Postal 86- CEP 74605-010  
Goiânia - Goiás - Brasil  
Fone: (62) 3227-1071 – Fax: 62) 3227- 1073  
www.ucg.br – heck@ucg.br

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

**ERIVANEA GARCIA RIBEIRO  
ORIENTADOR: DR. SEBASTIÃO BENÍCIO DA COSTA NETO**

**Dissertação de Mestrado apresentada à  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás –  
Goiânia, Programa de Mestrado e Doutorado  
em Psicologia.**

**Goiânia, janeiro de 2010**



**PUC GOIÁS**

**PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

Av. Universitária, 1069 - Setor Universitário  
Caixa Postal 86- CEP 74605-010  
Goiânia - Goiás - Brasil  
Fone: (62) 3227-1071 – Fax: 62) 3227- 1073  
www.ucg.br – heck@ucg.br

**DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM PSICOLOGIA  
DEFENDIDA EM 22 DE JANEIRO DE 2010 E  
CONSIDERADA \_\_\_\_\_ PELA  
BANCA EXAMINADORA.**

- 1) \_\_\_\_\_  
Dr. Sebastião Benício da Costa Neto - Presidente  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
  
- 2) \_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup>. Ilma Aparecida Goulart de Souza Britto - Membro  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
  
- 3) \_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup>. Anita Guazzeli Bernardes – Membro Convidado  
Universidade Católica Dom Bosco

## LISTA DE SIGLAS

HA	Hipertensão Arterial
WHO	Organização Mundial da Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
MCS	Modelo de Crenças de Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pressão Arterial
HAS	Pressão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corpórea
SUS	Sistema Único de Saúde
MEMS	Monitoramento Eletrônico de Medicamento
MAPA	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
QAM-Q	Questionário de Adesão a Medicamentos
PSF	Programa de Saúde da Família
QIAT	Questionário Informativo de Adesão Terapêutica
MHLC	Escala de Locus de Controle da Saúde

## SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	iv
LISTA DE TABELAS .....	vii
RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 - HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM FENÔMENO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA.....	24
Adesão ao tratamento: conceitos, pressupostos e relevância.....	40
Fatores multidimensionais e complexos da adesão.....	42
Métodos de avaliação da adesão ao tratamento.....	50
Referências.....	65
CAPÍTULO 2 – ANÁLISE DOS INDICADORES RELACIONADOS AO GRAU DE ADESÃO AO TRATAMENTO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL - RESUMO.....	78
ABSTRACT.....	79
Método.....	83
Participantes.....	83
Instrumentos.....	83
Procedimento.....	85
Resultados.....	85
Discussão.....	92
Considerações finais.....	100
Referências.....	100
CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DE SIGNIFICADOS RELATIVOS À ADESÃO AO TRATAMENTO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL - RESUMO.....	105
ABSTRACT.....	106
Método.....	109
Participantes.....	110
Instrumentos.....	110
Procedimento.....	110

Resultados.....	112
Discussão.....	120
Considerações finais.....	130
Referências.....	131
ANEXOS.....	135
Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	136
Anexo 2 - Ficha Registro de Dados Sociodemográficos .....	138
Anexo 3 - Ficha Registro de Dados Clínicos.....	139
Anexo 4 - Instrumento para Avaliar a Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial.....	141
Anexo 5 - Escala de Crenças em Saúde .....	143
Anexo 6 - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturado .....	147
Anexo 7 – Modelo de Entrevista Transcrita.....	148
Anexo 8 - Normas da revista Psico-USF .....	153

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Classificação da Pressão Arterial (>18 anos).....	25
Tabela 2 –	Estratificação dos fatores de risco relacionados à doença hipertensiva para quantificar o prognóstico de HA.....	29
Tabela 3 –	Percentual de médicos relatando fatores específicos de impedimento para o tratamento da hipertensão.....	44
Tabela 4 –	Métodos diretos de se medir adesão ao tratamento: vantagens e desvantagens .....	51
Tabela 5 –	Métodos indiretos de se medir adesão ao tratamento: vantagens e desvantagens.....	55
Tabela 6 –	Descrição sociodemográfica dos portadores de HA (N = 70). .....	86
Tabela 7 –	Descrição dos dados clínicos dos portadores de HA (N = 70).....	87
Tabela 8 –	Descrição dos comportamentos relativos ao tratamento da HA (N = 70). .....	88
Tabela 9 –	Percepção dos hipertensos acerca da HA e o tratamento anti-hipertensivo (N = 70).....	89
Tabela 10 –	Média e Desvio Padrão das respostas ao “Instrumento para Avaliar a Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial” (N = 70).....	90
Tabela 11 –	Correlação de Pearson e Test t entre os dados dos comportamentos dos pacientes frente ao tratamento da HA e adesão ao tratamento (N=70). .....	91
Tabela 12 –	Frequência das respostas de benefícios e barreiras percebidas pelo portador de HA, de acordo com a Escala de crenças em Saúde de Dela Coleta, 1995 (N=70).....	92
Tabela 13 –	Tabela 13 - Caracterização sociodemográfica dos portadores de HA (N = 18).....	113
Tabela 14 –	Tabela 14 - Caracterização clínica dos portadores de HA (N = 18).....	114

## ADESÃO AO TRATAMENTO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Erivanea Garcia Ribeiro  
*Pontifícia Universidade Católica de Goiás*

Sebastião Benício da Costa Neto  
*Pontifícia Universidade Católica de Goiás*

---

### RESUMO

A hipertensão arterial (HA) é considerada uma doença de grande magnitude e qualificada como uma entidade clínica multifatorial, de natureza assintomática, conceituada como síndrome e caracterizada pela presença de níveis elevados de pressão arterial (PA), associados as alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos. No Brasil, estima-se que a HA acomete 15% a 20% da população adulta; 2% a 13% de crianças e adolescentes; 65% do público idoso e cerca de 80% das mulheres com idade superior a 75 anos. Devido à severidade da doença e pelas possibilidades de agravamento, realizou-se um estudo sobre adesão a tratamento dos portadores de HA. Por adesão, entende-se o estabelecimento de uma atividade conjunta na qual o paciente não é um mero seguidor da orientação médica, mas aquele que reflete e toma decisões relativas a prescrição recomendada. É um processo dinâmico, multideterminado e de (co)responsabilidade entre paciente e equipe de saúde. A pesquisa foi desenvolvida no “Centro de Referência de Hipertensão e Diabetes - CRHD” de Rio Verde/GO e teve como objetivos: identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos portadores de HA; analisar indicadores quantitativos da adesão; correlacionar os indicadores quantitativos de adesão ao tratamento da HA com os dados sociodemográficos e clínicos; verificar quais e como os fatores multidimensionais influenciam o grau de adesão ao tratamento da doença hipertensiva e verificar as crenças em saúde do portador de HA. A dissertação divide-se em três capítulos. O primeiro refere-se à revisão de literatura, intitulado “Hipertensão Arterial: um fenômeno mundial de saúde pública”, onde abordou-se sobre adesão ao tratamento, os conceitos, pressupostos e relevância, os fatores multidimensionais e complexos da adesão e os métodos de avaliação. O segundo capítulo refere-se a um artigo de cunho quantitativo, intitulado “Análise dos indicadores relacionados ao grau de adesão ao tratamento de portadores de HA” e o terceiro capítulo refere-se a um artigo com abordagem qualitativa, denominado “Análise de significados relativos à adesão ao tratamento de portadores de HA”.

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



## TREATMENT ADHESION OF ARTERIAL HYPERTENSION PATIENTS

Erivanea Garcia Ribeiro  
*Pontifícia Universidade Católica de Goiás*

Sebastião Benício da Costa Neto  
*Pontifícia Universidade Católica de Goiás*

---

### ABSTRACT

Arterial Hypertension (HT) is considered an illness of great magnitude, classified as a multi-factorial clinical entity of asymptomatic nature, regarded as a syndrome and characterized by the presence of high levels of arterial pressure (AP), associated to metabolic and hormonal alterations as well as atrophic phenomena. It is estimated that, in Brazil, HT affects 15% to 20% of the adult population; 2% to 13% of children and adolescents; 65% of the senior population and around 80% among women over 75 years old. Due to the severity and possible complications of this disease, a study was conducted on the treatment adherence of HT patients. By adherence, it is meant the establishment of a joint activity, in which the patient is not a mere follower of medical advice, but that contemplates and it makes relative decisions the prescribed recommendation. It is a dynamic process, with multi-determination and co-responsibility between the patient and the health care team. The research was developed at the “Reference Center of Hypertension and Diabetes – CRHD)” of Rio Verde/GO and had as its objectives: identify the socio-demographic and clinical profile of the HD patient; analyze quantitative indicators of adherence; correlate the quantitative indicators of adherence to HD treatment with the socio-demographic and clinical data; verify which and how the multidimensional factors influence the degree of adherence to the treatment of hypertension disease, and verify the health beliefs of the HD patient. The dissertation is divided into three chapters. The first refers to the literature review, titled “Arterial Hypertension: a worldwide public health phenomenon” which deals with treatment adherence in regard to the concepts, presumptions and relevancy, as well as the multidimensional and complex factors of adherence and the methods of evaluating. The second chapter refers to an article of quantitative subject, titled “Analysis of indicators related to the degree of treatment adherence of HD patients” and the third chapter refers to an article of qualitative study, designated “Analysis of relative significance to treatment adherence of HD patients”.

**Keywords:** Arterial Hypertension, Beliefs, Risk Factors, Treatment , Interventions.

## INTRODUÇÃO

A vida do ser humano está intimamente relacionada com as transformações política, econômica e social ocorridas nos cenários nacional e internacional. Observam-se, em decorrência, sucessivas mudanças ocorrendo nos órgãos governamentais, indústrias e comércios, nos meios de comunicação em massa, no mercado de trabalho, no sistema educacional, e, conseqüentemente, nos lares (Freitas, 1991). Os impactos das mudanças, tanto nas questões referentes ao trabalho e ao salário quanto as relacionadas à liderança a qual o trabalhador se submete, geralmente, origina uma sobrecarga na vida dos trabalhadores, trazendo dificuldade de adaptação a uma nova conjuntura econômica, promovendo eventos estressantes, além de colocar em risco o seu bem-estar, o que, a longo prazo, poderá potencializar os problemas de saúde (Ferreira, Borges & Mendes, 2002).

Conforme Lipp e Rocha (2007), situações motivadoras de altos níveis de estresse estão aumentando e, juntamente com elas, elevaram o surgimento de doenças que envolvem condições de vida, alargando o potencial de instalação de doenças de desenvolvimento crônico, como é o caso da hipertensão arterial (HA).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1978), em 1978, definiu a HA como uma doença caracterizada pela ascensão permanente da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica. Já no III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1999), a HA foi reconhecida como síndrome, porque envolve uma série de componentes que auxiliam e acompanham a elevação tensional (Ribeiro, 1997), constituída por um conjunto de sinais e sintomas que podem ser produzidos por mais de uma causa, vindo, assim, a comprometer a saúde em suas várias dimensões (Ferreira, 1989).

Assim, “(...) a HA, uma entidade clínica multifatorial, é conceituada como

síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos - hipertrofias cardíaca e vascular” (III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1999, p. 1). Entretanto, essa concepção, apesar de evidenciar a HA como multifatorial, denota uma visão estritamente biomédica e reducionista da HA, colocando em segunda instância as variáveis psicossociais como, por exemplo, as características dos ambientes social, cultural e econômico.

São atribuídos como riscos ou causas para elevação da pressão arterial fatores constitucionais (tais como: idade, sexo, raça, obesidade); fatores ambientais ligados a dieta (tais como: a ingestão de sal, cálcio e potássio, álcool, gorduras e tabagismo); fatores ambientais ligados ao trabalho (estresse, inassertividade, espaço físico, processos de interação social e seus reflexos na dinâmica interpessoal) e fatores ligados aos aspectos sócio-econômico e cultural aos quais o indivíduo pertence (WHO, 1978; Ford & Cooper, 1991; Lessa, 1998; Vargas; 2000; Gomes, 2004; Lima, Bucher & Lima, 2004; ANS, 2006).

A medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da HA. Dessa forma, quanto mais precocemente for detectada e tratada, de forma adequada e contínua, mais se evitará as complicações e o elevado custo social de seu tratamento.

Em revisão de literatura sobre estressores sociais associados a HA, Gandarillas, Câmara e Scarparo (2005) apontaram que as barreiras sociais e cognitivas, as experiências positivas *versus* as negativas na vida do indivíduo, bem como os baixos níveis de controle social ou baixos níveis de apoio social aparecem diretamente relacionados com a incidência da HA.

É constante as organizações médicas, em nível nacional e internacional,

formularem, com regularidade, recomendações destinadas a ajudar nas medidas de prevenção do desenvolvimento das doenças cardíacas. Entretanto, é notória, na população geral, a subestimação dos riscos e consequências da HA.

A doença hipertensiva é considerada um grande problema de saúde pública (Burt *et al.*, 1995; Kolton & Piccolo, 1988; Carvalho, Telarolli Jr. & Machado, 1998). A severidade da HA é considerada um grande fator de risco para o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), as retinopatias, as nefropatias e o *diabetes melitus*.

Estima-se que cerca de 8% a 18% da população mundial de adultos possui HA primária, enquanto que de 1% a 5% da população têm prevalência da HA secundária (OPS, 1990). Por HA primária entende-se a pressão alta que, geralmente, tem ausência de causa específica (Ministério da Saúde, 2001).

Já a HA secundária refere-se à elevação de pressão decorrente de outra doença ou condição (Ministério da Saúde, 2001). Na HA secundária, é possível identificar causas específicas, como por exemplo: uso de medicamentos (tais como anti-inflamatórios e anticoncepcionais), afecções nos rins, problemas na artéria aorta, tumor na glândula suprarrenal, algumas doenças endocrinológicas (Amado & Arruda, 2004), a constituição genética (Villares *et al.*, 2000) ou até uma gravidez complicada (Ministério da Saúde, 2001). Conforme o Ministério da Saúde (2001), a HA secundária não é muito comum, ela ocorre somente em 5% a 10% de todos os casos.

De forma geral, a ameaça da HA está aumentando. A estimativa é que, na próxima década, as mortes consequentes das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) devem ter 17% de elevação. Esses dados apontam a probabilidade de 64 milhões de óbitos em 2015, sendo que 41 milhões serão resultados de uma DCNT. A probabilidade de um indivíduo apresentar hipertensão arterial ao longo de sua vida é de,

aproximadamente 90% (ANS, 2006).

Conforme Serrano *et al.* (2004), a HA está entre as cinco maiores causas mundiais de doenças, sendo responsável pelo prejuízo e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, coração e vasos sanguíneos, além de prejudicar suas funções, causar debilidades e mortes prematuras (Coelho, 2003; V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2007).

Nos relatórios notificadores de causa mortis por HA, o índice é baixo, justificando-se este fato porque a HA é raramente apontada como causa da morte nos atestados de óbito. Entretanto, Lessa (1998) afirma que a base das causas de morte consequentes da evolução da HA são os acidentes vasculares, as doenças isquêmicas do coração, a insuficiência renal crônica e a cardiopatia hipertensiva, que são as principais causas de morte em países industrializados e grande parte dos que se encontram em processo de desenvolvimento, como o Brasil.

Na população brasileira, aproximadamente, 22% acima de vinte anos de idade tem sofrido de HA. Ela é responsável por 80% dos casos de AVC, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar uma despesa equivalente a 475 milhões de reais gastos, sendo direcionados para internações 1,1 milhão de reais por ano (Ministério da Saúde, 2001).

A HA é uma doença geralmente assintomática e, muitas vezes, os indivíduos desconhecem esse comprometimento em si próprio (Pessuto, 1994; Wetzel Jr. & Silveira 2005). Entretanto, cerca de 50% das pessoas, reconhecidamente portadoras de HA, não se submetem a nenhum tipo de tratamento e dentre aqueles que o fazem, apenas 30% controlam os níveis pressóricos (Barreto & Meira, 1980; Santos, Koike & Caporossi, 1988; Fuchs *et al.*, 1994).

Em média, 30% a 50% (no primeiro ano, pós-diagnóstico) e 75% (depois de cinco

anos, pós-diagnóstico) dos hipertensos interrompem o tratamento (Lessa, 1998). Conforme Teixeira e Spínola (1998) e Nóbrega e Karnikowski (2005), na população idosa, a inadequação da terapêutica, além de aumentar a demanda dos serviços de saúde, favorece a internação hospitalar ou contribui para ampliar a sua duração. A falta de adesão dos indivíduos aos tratamentos interfere, ainda, nos resultados no âmbito pessoal e da saúde pública; interrompe ou diminui os benefícios dos cuidados preventivos ou curativos e compromete o relacionamento estabelecido entre os profissionais da saúde e pacientes, influenciando negativamente na opinião destes últimos sobre o atendimento recebido (Becker, 1985). Além disso, a ausência de adesão compromete a realização de avaliações corretas sobre a qualidade do atendimento oferecido (Waterhouse *et al.*, 1993) e pode levar ao falso julgamento da eficácia de determinada conduta terapêutica (Tebbi, 1993).

Dada as características da HA, acumulam-se evidências da importância dos seus portadores aderirem à terapêutica e de se ter maior compreensão sobre os aspectos multifatoriais da adesão.

O termo adesão, segundo Ferreira (1989, 16), “é o ato ou efeito de aderir”, significa “participar de iniciativa de apreço”, “apoio a uma ideia ou causa”, “ser aderente”. Já Bueno (1996, p. 22) descreve o termo adesão como “acordo, ligação, aprovação, consentimento”.

A adesão apresentada no Dicionário Workpedia (2007) refere-se, também, a união, junção: força de adesão; dar sua adesão ao projeto; inscrever num partido, numa associação; unir de uma coisa a outra.

O termo adesão descritos por Ferreira (1989), Bueno (1996) e pelo Dicionário Workpedia (2007) pode ser caracterizado como ato ou efeito de seguir, tornar-se ou mostrar-se adepto; aprovar ou concordar.

Segundo Morisky, Green e Levine (1986), Narciso e Paulilo (2001), Leite e Vasconcellos (2003) e Gusmão e Mion Jr. (2006), a concepção de adesão é variada, entretanto, o conceito clássico está relacionado a obedecer e cumprir regras.

Rosa (1998) menciona que o termo *compliance*, empregado na língua inglesa, possui conotação de uma ação coercitiva, sendo que o doente em tratamento assume uma postura passiva diante da imposição médica. Entretanto, um outro termo, contrário à postura de inatividade do indivíduo é *adherence*, este evidencia uma postura mais ativa do doente em seu tratamento, de modo que este seja baseado na cooperação entre os envolvidos (Morisky *et al.*, 1986; Gusmão & Mion Jr., 2006).

A compreensão de como as pessoas se posicionam sobre a sua saúde, avaliam as possíveis ameaças, constroem uma percepção ou representação da doença e lidam com ela é explicado por Ogden (1999) quando aborda três modelos ou concepções distintas de sujeitos: receptor passivo, interativo e intra-ativo.

O modelo receptor passivo é caracterizado pelo sujeito que responde passivamente aos acontecimentos externos do meio em que vive, sendo um mero receptor dos eventos que ocorrem à sua volta. Nessa perspectiva, os comportamentos são fruto somente de algo externo ao indivíduo, ocorrendo devido a estímulos com origem em fatores ambientais e a tal indivíduo falta protagonismo.

Já no modelo de sujeito interativo, envolve uma postura de interação entre o indivíduo com o ambiente, juntamente com suas experiências e expectativas e por suas representações de saúde e de doença, ou seja, a pessoa recebe informação ambiental, interpreta-a e age com base na informação recebida, respondendo, de modo favorável, para a resolução de seus problemas.

Descrevendo sobre o sujeito intra-ativo, Ogden (1999, p. 357) ressalta que é o modelo “auto-regulado, autocontrolado e autodirigido” do comportamento pelo

indivíduo. Neste, a pessoa tem uma visão dinâmica, centrada nas crenças individuais sobre a saúde e a doença e nas respostas às ameaças de doença. A autora enfatiza os sentimentos pessoais de controle e o empenho para aceitar desafios e compromisso.

No sujeito intra-ativo destaca-se a existência de uma associação entre cognição de doença com as técnicas de resolução de problemas de modo a explicar o comportamento de *coping* perante uma doença e a consequente adoção de empoderamento (Horne & Weinman, 1999).

Os estudos realizados por Jordan *et al.* (2000) revelam que a designação *adherence* vem ganhando espaço por se aproximar do significado de concordância autônoma ou empoderamento do indivíduo ao tratamento. Todavia, o termo *compliance*, que denota a idéia de cumprimento de regras, ainda é dominante e muito se aproxima da noção de sujeito passivo descrito por Ogden (1999).

De forma geral, ainda que para alguns, o termo adesão seja caracterizado por “(...) um complexo de fenômenos que envolvem a decisão do paciente de utilizar e seguir a prescrição de medicamentos e procedimentos nos tratamentos psicofarmacológicos (...)” (Cardoso & Galera, 2006, p. 2), para a WHO (2003), o fenômeno da adesão ao tratamento é multidimensional, resultante da interação de conjuntos de fatores, tais como os socioculturais, econômicos, os característicos da doença, do tratamento e do paciente.

Nesta pesquisa, utilizou-se o termo adesão sugerido por Cardoso e Arruda (2004) e Polejack e Seidl (2008). Esses estudiosos caracterizam a adesão como o estabelecimento de uma atividade conjunta na qual o paciente não é um mero seguidor da orientação médica, mas entende e concorda com a prescrição recomendada; devendo ser compreendida como um processo dinâmico, multideterminado e de corresponsabilidade entre paciente e equipe de saúde.



Essa definição mostra-se abrangente e evidencia uma situação de empoderamento por parte da pessoa, uma conotação de atitude ativa do sujeito em relação ao tratamento proposto e ainda por considerar o indivíduo como ser intra-ativo, ou seja, como resultado de seu próprio dinamismo interior, expressivo, com vontade de manifestação, comunicação, expansão e difusão de si (Aguilar, 2004). Nesta perspectiva, a adesão já não é resultado de forças do mundo exterior, nem de resultados exclusivo da interação com o mundo, mas da confluência entre ambos (Ogden, 1999).

Comprometer-se a seguir um tratamento requer grandes esforços por parte do hipertenso. Nesse comprometimento, incluem-se modificações nos hábitos alimentares e de vida, do controle de peso, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono ao tabagismo e prática de atividade física regular (ANS, 2006). Em função da HA ainda não ter cura, cabe à própria pessoa o controle contínuo da doença. Assim, por ter que se submeter a um longo período de tempo em tratamento e ter que adotar mudanças radicais em seu estilo de vida e comportamento (Haynes, McDonald, Garg & Montague, 2005), muitas vezes, há a não-aderência ao tratamento.

A não-adesão ao tratamento também é multifacetada (Pierin *et al.*, 2001). Conforme Marinker e Shaw (2003), a não-adesão tem efeitos negativos tanto para o paciente que necessita do tratamento, como também para o sistema de saúde como um todo, resultando em aumento de prescrições não-utilizadas, custos e ajustes desnecessários da terapêutica medicamentosa.

Dentre os diversos fatores que favorecem a não-adesão ressaltam-se a gama de recomendações ao doente, o custo financeiro, a complexidade dos procedimentos e os meios de execução, a suspensão ou irregularidade no tratamento medicamentoso ou a falta de uma explicação adequada por parte do médico, relativas às consequências da descontinuidade do tratamento (Lessa, 2001).

Como causas do alto nível de não-adesão, podem ser citados: o baixo nível sócio-cultural, dificultando a assimilação das informações sobre a doença e o tratamento; a passividade do paciente; e a relação que o médico estabelece com este ou ainda pela adoção de estilo de vida inadequado, dificultando a modificação de comportamentos e de hábitos (Silva *et al.*, 1986; Herzlich & Pierret, 1988; Petrella, 1999; Ferreira *et al.*, 2005).

Ligados a não-adesão, também, estão envolvidos fatores internos, tais como: a personalidade do indivíduo (Mac Fadden & Ribeiro, 1998; Mion Jr., Pierin & Gusmão, 2002); a sensibilidade aos efeitos colaterais das drogas e sintomas, valores individuais e preferências (Pierin, 2001); a motivação (Araújo & Garcia, 2006); a satisfação (Ley, 1981) e o auto-conceito (Mion Jr. *et al.* 1995). Para Car, Pierin, Mion Jr. e Giorgi (1988), dentre outros fatores, as crenças do próprio paciente, as de seus familiares e amigos podem compor a relação do comportamento de adesão *versus* não-adesão. As crenças tendem a influenciar diretamente os portadores de HA tanto na forma como enfrentam a doença como na maneira que este conduz o tratamento (Péres, Magna & Viana, 2003). Contudo, a dicotomia interno-externo não é relevante ou funcional para a leitura do fenômeno.

O Modelo de Crenças de Saúde (MCS) fundamentado por Rosenstock (1960) que, inicialmente, objetivou explicar a não-adesão de indivíduos a programas de prevenção e detecção de doenças, foi expandido para elucidar o papel de comportamentos de doença e adesão aos regimes terapêuticos.

De acordo com Lianes (2005), desde o seu surgimento, em 1950, o MCS tem sido o mais utilizado para explicar mudanças e manutenção dos comportamentos relacionados à saúde e como guia para intervenções, visando compreender os comportamentos sobre crenças em saúde.

Conforme Dela Coleta (1995), a partir de 1984, a aplicação do MCS ampliou-se. Observa-se seu emprego nas mais diversas e variadas áreas, sobretudo, Enfermagem, Psicologia e Medicina, abarcando estudos sobre HA (Teixeira, 2000; Pires & Mussi, 2008), câncer (Santos, 2009; Fugita & Gualda, 2006), HIV (Praça & Gualda, 2001), *diabetes* (Pontieri & Bachion, 2009), doenças crônicas (Lopes *et al.*, 2007), e ainda envolvendo pesquisas sobre comportamentos de saúde como: prevenção a acidentes (Brevidelli & Cianciarullo, 2001; Melo *et al.*, 2006) e adesão terapêutica (Coutinho, 2001).

O estudo de revisão realizado por Janz e Becker (1984, p. 1), no período de 1974 a 1984, apontou que o MCS é “o principal modelo para explicar e predizer a aceitação de recomendações sobre cuidados com a saúde”.

O MCS postula que as ações de um indivíduo rumo ao comportamento preventivo se dá a partir de quatro componentes fundamentais: 1) suscetibilidade percebida – é a variável que avalia a aceitação da possibilidade de contrair uma determinada condição, ou patologia. A ênfase é dada à realidade subjetiva e não a objetiva, explicada pelo fato de que as pessoas variam de forma acentuada na interpretação no que diz respeito a uma realidade objetiva; 2) severidade percebida – essa variável diz respeito à percepção da seriedade de uma dada condição de saúde. O grau de seriedade pode ser julgado pelo grau de estimulação emocional criado pelo pensamento de uma doença, pelos tipos de dificuldade que o indivíduo acredita que uma dada condição de saúde poderá criar para ele ou mesmo pelo simples conhecimento das complicações que aquela doença poderá trazer para a sua saúde e à qualidade de vida; 3) benefícios percebidos – o comportamento do indivíduo dependerá ainda da crença de quão benéficas, para o seu caso, serão as alternativas para reduzir a ameaça à dada condição de saúde. Deve haver pelo menos uma ação que seja subjetivamente possível, seja ela relacionada à redução

da susceptibilidade ou da severidade da doença, e, 4) barreiras existentes – essa variável diz respeito aos aspectos negativos percebidos pelo indivíduo em relação às ações em saúde. Ele pode perceber essas ações como dispendiosas, inconvenientes, desagradáveis, dolorosas ou que exigem muito tempo disponível. Essas qualificações das ações se tornam barreiras e criam motivos conflitantes.

O modo como o indivíduo percebe a doença poderá atuar como impedimento para direcioná-lo a uma conduta recomendada. Os benefícios da ação são avaliados em função das barreiras para realizá-la. Além desses aspectos, a presença de estímulos para a ação é importante para desencadear as percepções de susceptibilidade e severidade e motivar o indivíduo a agir (Glanz, Lewis & Rimer, 1990). Para esses estudiosos, a percepção da suscetibilidade e da severidade da doença pode motivar o indivíduo a tomar uma determinada conduta, porém não define o curso da ação a ser realizada. O que determina a ação são as crenças pessoais relativas à eficácia das alternativas conhecidas e disponíveis para diminuir a ameaça da doença ou dos benefícios percebidos de se tomar a ação, e não os fatos objetivos que mostram a eficácia da ação.

Nessa perspectiva, a ação é potencializada pela combinação da susceptibilidade e severidade percebidas na doença e a opção pela modalidade da ação será efetuada, apoiando-se nos benefícios e nas barreiras percebidas nas alternativas comportamentais (Dela Coleta, 2004).

Acredita-se que a responsabilidade assumida pelo indivíduo em referência a cautela e vigilância de seu estado de saúde, bem como a valorização dos comportamentos saudáveis e ações preventivas, dependem de suas experiências anteriores numa determinada situação de doença, do conhecimento que possui relativo ao problema e, ainda, de suas expectativas quanto à resolução do problema. A visão que o indivíduo possui poderá influenciar, significativamente, nas suas condutas em relação

à sua saúde (Fugita & Gualda, 2006).

Assim, considerando-se os dados epidemiológicos sobre HA, os inúmeros comprometimentos causados pela doença hipertensiva, a falta de controle dos níveis pressóricos e a possibilidade de morte prematura é que optou-se por realizar um estudo sobre adesão a tratamento dos portadores de HA, dos pacientes assistidos no Centro de Referência em Hipertensão e Diabetes – CRHD de Rio Verde/GO. Essa unidade de saúde desenvolve atividades em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde e tem por objetivos: prevenir, identificar precocemente portadores de HA, prestar informações e ensinamentos que propiciem ao indivíduo maior conhecimento sobre a HA, que processem mudanças dos hábitos de vida, tanto no que se refere ao tratamento não-medicamentoso quanto ao tratamento com agentes anti-hipertensivos, conscientizá-lo dos benefícios do controle da HA e dos riscos conseqüentes do contrário, tratar do paciente e muni-lo de medicamentos.

A principal característica deste Centro é o atendimento por uma equipe multiprofissional, composto por profissionais das áreas de cardiologia, enfermagem, nutrição, educação física e psicologia.

O CRHD é o primeiro no Estado de Goiás. Foi implantado em junho de 2007 com a finalidade de implementar as ações do Sistema HiperDia (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Pacientes Hipertensos e Diabéticos) no município de Rio Verde.

O referido Centro não conta com informações que possibilitem identificar os problemas relacionados à adesão ao tratamento propostos para a HA. Assim, questiona-se: como se configuram os processos de adesão dos portadores de HA? Em que dimensão e proporções os aspectos clínicos e sociodemográficos cooperam, positiva ou negativamente, para a constituição ou não da adesão ao tratamento? Quais os fatores que mais se destacam como inibidores da adesão ao tratamento da doença hipertensiva?

Em que medida as crenças sobre saúde e doença dos portadores de HA podem estar relacionadas a adesão?

Considerando tais questionamentos, esse estudo teve como objetivos: 1) identificar o perfil sócio-demográfico do portador de HA; 2) identificar o perfil clínico do portador de HA; 3) analisar indicadores quantitativos da adesão; 4) correlacionar os indicadores quantitativos de adesão ao tratamento da HA com os dados sócios-demográficos e clínicos; 5) verificar quais e como os fatores multidimensionais influenciam o grau de adesão ao tratamento da doença hipertensiva; e, verificar as crenças em saúde do portador de HA.

A fim de alcançar os objetivos propostos, realizou-se um estudo transversal e descritivo, utilizando a combinação das abordagens quanti-qualitativo, utilizando-se os seguintes instrumentos: Ficha de Registro de Dados Sociodemográficos, Ficha de Registro de Dados Clínicos, Instrumento de avaliação da adesão ao tratamento da HA (Moreira & Araújo, 2004), Escala de Crenças em Saúde (Dela Coleta, 1995) e Roteiro de Entrevista Semi-estruturada.

A diversidade de instrumentos que auxiliam na investigação da adesão ao tratamento, a gama de publicações científicas, a atuação dos Conselhos de Psicologia e a implantação de cursos de formação e capacitação profissional, enfatizam a importante preocupação, contribuição e investimento da psicologia para ampliação e difusão do conhecimento acerca da temática. Neste sentido, encontrar-se-à profissionais melhor capacitados e propícios à disoensar atendimento especializado tanto ao portador de doenças crônicas, como para a equipe de saúde.

Esse estudo sobre adesão a tratamento de portadores de HA gerou dois artigos, um intitulado: “Análise dos indicadores relacionados ao grau de adesão ao tratamento de portadores de HA”, de cunho quantitativo, constituído por uma amostra de 70

indivíduos e o outro intitulado: “Análise de significados relativos à adesão ao tratamento de portadores de HA”, de natureza qualitativa, composto por uma subamostra, com 18 indivíduos, ou seja, os participantes que tinham disponibilidade e se dispuseram em responder à uma entrevista semi-estruturada.

Os resultados do presente estudo traz implicações relevantes que poderão cooperar com o estabelecimento de propostas que visem trabalhar, de modo estratégico, a problemática da adesão junto às instituições de saúde e tratamento da HA, obtendo-se melhores resultados para pessoas hipertensas e, conseqüentemente, maior adesão do indivíduo à terapêutica, melhor qualidade de vida e redução de complicações das doenças e de morte precoce.

## **CAPÍTULO 1 - HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM FENÔMENO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA**

São múltiplos os fatores que levam uma pessoa a adquirir a Hipertensão Arterial (HA). A vida moderna, regulada pelo capitalismo desenfreado, pautada na busca incessante do sobreviver, nas dificuldades das relações interpessoais, na insegurança ameaçadora, na hostilidade da sociedade – individualista e competitiva -, e num estilo de vida desfavorável são alguns exemplos de fatores que contribuem para o comprometimento cada vez mais precoce da saúde, e fator de risco para a HA, que é considerada uma Doença Crônica Não-Transmissível (DCNT) e assintomática (Sanchez, Pierin & Mion Jr., 2004).

Fava *et al.* (2004) assinalam que a HA representa um importante problema de saúde pública e a conversão desse quadro necessita de intensificações de estudos de todas as fases e implicações da doença com busca de soluções para o problema.

Pierin *et al.* (2001) consideram a HA de alta periculosidade por gerar lesões e comprometimentos em órgãos vitais, podendo ser agente do fator de risco mais importante para as doenças cardiovasculares em âmbito mundial.

A HA pode ser influenciada, sobremaneira, pela intensidade de compromisso de participação do indivíduo portador de tal patologia, pela aceitação da doença, pelo controle contínuo dos níveis pressóricos e pelo conhecimento das doenças hipertensivas de forma geral, incluindo seu surgimento e a aparição de complicações (Magro, Silva, Riccio & Guerra 1999; Pessuto & Carvalho, 1998).

Devido a HA ser uma doença silenciosa, pequenos aumentos de pressão promovem diminuição na expectativa de vida, levando a um maior número de pessoas ter morte precoce. Dessa forma, é necessário esclarecimento dos fatores associados com



o aparecimento da doença, sua etiologia, sua prevalência, consequências e os aspectos relevantes para melhor compreensão de sua terapêutica.

A HA é uma doença comum, cujos critérios para diagnóstico e tratamento são bem definidos. De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007) e com o *VII Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (2003, citado por Minas Gerais, 2006), a HA é definida como pressão arterial sistólica (PAS) >140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq$ 90 mmHg.

Além de ser categorizada quanto a sua origem, primária ou secundária, a HA é classificada quanto a sua gravidade (Tabela 1).

Tabela 1 – Classificação da Pressão Arterial (>18 anos).

Classificação	Pressão Sistólica (mmhg)	Pressão Diastólica (mmhg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 - 89
<b>HIPERTENSÃO</b>		
Estágio 1 – leve	140 – 159	90 – 99
Estágio 2 – moderada	160 – 179	100 – 109
Estágio 3 – grave	$\geq$ 180	$\geq$ 110
Sistólica isolada	$\geq$ 140	< 90

O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão (2002, p.133)

Os riscos para a elevação da HA são categorizados em dois: os fatores de risco não-modificáveis e modificáveis (ANS, 2006).

O termo fator de risco está relacionado à alta probabilidade de eventos indesejados (Avezum, Piegas & Pereira, 2005) ou negativos ocorrerem (Reppold, Pacheco, Bardagi & Hutz, 2002). Referindo-se aos aspectos epidemiológicos, o termo é empregado para definir a probabilidade de que indivíduos sem determinadas doenças, mas expostos a

variáveis influenciadoras, adquiram enfermidades ou tenham forte probabilidade de adoecer, ou seja, chances de um indivíduo vir a adquirir a doença ou agravá-la (Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, 2008; Giannotti, 2002).

A Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (2000) define fatores de risco com maior amplitude. Para esta Organização, entende-se por fatores de risco o surgimento de causalidades que têm a possibilidade de interferir nos sistemas vivos, psicossociais e do ser humano em seu funcionamento, com prejuízo às condições individuais ou coletivas de saúde.

Entre os fatores de risco que o indivíduo não pode modificar, estão os denominados fatores constitucionais que incluem a idade, o sexo, a etnia, e as características hereditárias. Os fatores de risco não-modificáveis são aqueles que o indivíduo carrega consigo transmitidos de seus antepassados (ANS, 2006).

Já os fatores de risco modificáveis ou comportamentais são aqueles que possuem a interferência do indivíduo rumo ao seu próprio adoecimento, ou seja, ao ingerir alimentos com alto teor de gordura, sendo usuário de fumo e álcool, não se exercitando, fazendo uso de uma dieta hipercalórica e mantendo-se longos períodos em ambientes que geram estresse (Giannotti, 2002). Nesse sentido, os fatores de risco modificáveis ou comportamentais a pessoa, através de suas atitudes poderia, paulatinamente, alterá-los para comportamentos de saúde, em direção ao seu o bem-estar (Reppold *et al.*, 2002).

São vários os fatores de risco aos quais os indivíduos estão expostos. Segundo a OPAS (2000), na análise dos fatores de risco, há de se considerar os aspectos: físico, químico, psicossocial, biológico, socioeconômico e sindrômico. Os fatores de risco também possuem várias classificações e sua maior parte estão relacionados a fatores de risco de natureza ambiental. Entende-se por ambiente o meio em geral (água, terra e ar); o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins); o ambiente de consumo

(alimentos, medicamentos); e o ambiente social e cultural - estilo e hábitos de vida (Ezzati *et al.*, 2005).

Quanto à prevalência dos fatores de risco, Nobre e Lima (2000) enfatizam que o ambiente é um importante fator determinante, mas a urbanização, os hábitos sociais e a atividade profissional são determinantes maiores. Por outro lado, Harrap (1994) indica várias concepções da investigação médica que induzem a preponderância dos fatores de herança, colocando, em segundo plano, as variáveis ambientais. Entretanto, entre essas concepções, está a convicção de que ambas as variáveis, genética e ambiental, influem em proporções similares em todos os grupos sociais.

O alerta e a ênfase nos fatores de riscos são importantes, entretanto, na visão do Ministério da Saúde (1997), dois pontos devem ser ressaltados. Primeiro, que o mesmo fator pode ser de risco para várias doenças, tais como, por exemplo: o tabagismo, que é fator de risco de diversos cânceres e de doenças cardiovasculares e respiratórias. Segundo, que vários fatores de risco podem estar envolvidos na gênese de uma mesma doença, constituindo-se em agentes causais múltiplos (Ministério da Saúde, 1997). Nesse sentido, como principais fatores de risco para doença arterial coronariana, são conhecidos e comprovados: a HA sistêmica, o tabagismo, as dislipidemias, a obesidade, o sedentarismo, o *diabetes mellitus* e os antecedentes familiares (Fuster *et al.*, 1996). De forma semelhante, a obesidade, o sedentarismo, o alcoolismo e a alimentação inadequada também são fatores de risco para diversas moléstias (Ministério da Saúde, 2007). No modelo biomédico, o estudo e a compreensão dos fatores de risco, isolados ou combinados, têm permitido constituir relações de multidimensionalidades de agravos à saúde, requisito indispensável para a elaboração de estratégias para a implementação de medidas de controle (Lisboa, 2008).

Vários são os fatores predisponentes e de agravamento da HA, entretanto, a soma

concomitante de fatores de riscos podem comprometer severamente os órgãos nobres do organismo e colocar potencialmente a vida do indivíduo em risco (Chaves *et al.*, 2006).

Em conformidade com a *European Society of Hypertension* (2003, citada por Melchior, 2008), a Tabela 2 apresenta, de forma estratificada, os fatores de riscos associados junto à outros e a periculosidade que estes apresentam.

A Tabela 2 demonstra a importância de fazer associações acerca do estágio da HA (leve, moderado ou grave) em que o paciente está classificado e ainda observar os fatores de risco que o indivíduo apresenta. Quanto maior a quantidade de fatores de risco associados à níveis pressóricos muito elevados, maiores são as chances de causar lesões em órgão-alvo ou desenvolvimento da *diabetes*. As análises entre fatores de risco e HA auxiliam a equipe de saúde no planejamento estratégico do tratamento dos indivíduos. A relevância da Tabela 2 refere-se ainda pela possibilidade de orientar o paciente hipertenso quanto as metas desejadas, ou seja, obtenção do controle dos níveis da PA para diminuição dos riscos da HA (Melchior, 2008). De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007), o valor da PA ideal é  $\leq 120 \times 80 \text{ mmHg}$ .

Tabela 2 - Estratificação dos fatores de risco relacionados à doença hipertensiva para quantificar o prognóstico de HA.

FATORES DE RISCO E HISTÓRIA DA DOENÇA HIPERTENSIVA	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)				
	Normal Pressão Arterial Sistólica 120-129 ou Pressão Arterial Diastólica 80-89	Limítrofe Pressão Arterial Sistólica 130-139 ou Pressão Arterial Diastólica 85-89	Estágio 1 (leve) Pressão Arterial Sistólica 140-159 ou Pressão Arterial Diastólica 90-99	Estágio 2 (moderada) Pressão Arterial Sistólica 160-179 ou Pressão Arterial Diastólica 100-109	Estágio 3 (grave) Pressão Arterial Sistólica $\geq 180$ ou Pressão Arterial Diastólica $\geq 110$
Nenhum outro fator de risco	Sem risco adicional	Sem risco adicional	Risco associado baixo	Risco associado moderado	Risco associado alto
1 - 2 fatores de risco	Risco associado Baixo	Risco associado Baixo	Risco associado moderado	Risco associado moderado	Risco associado muito alto
3 ou mais fatores de risco Dano de órgão-alvo ou diabetes	Risco associado moderado	Risco associado alto	Risco associado alto	Risco associado alto	Risco associado muito alto
Condições clínicas associadas	Risco associado alto	Risco associado muito alto	Risco associado muito alto	Risco associado muito alto	Risco associado muito alto

Fonte: *European Society of Hypertension* (2003, citada por Melchior, 2008).

Com o objetivo de fazer estimativas acerca da prevalência da HA na população maior de 18 anos, em São Luís/MA, e analisar os fatores associados, observando os critérios estabelecidos pelo *Seventh Report of the Joint National Committee*, Barbosa *et al.* (2008) desenvolveram uma pesquisa transversal com 835 pessoas que responderam em domicílio, a um questionário estruturado. Os dados revelaram que houve a maior prevalência de HA nos indivíduos do sexo masculino (32,1%) do que no sexo feminino (24,2%). Os pesquisadores concluíram que existe a necessidade de controle do sobrepeso, obesidade e *diabetes*, sobretudo em mulheres e pessoas com idade maior ou igual a 30 anos para a redução da prevalência da HA.

Lessa *et al.* (2006), também, estudaram a prevalência da HA, em Salvador, buscando a associação com outros fatores de risco cardiovascular em população fortemente miscigenada. De corte transversal, a pesquisa contou com uma amostra populacional de 1.439 adultos e com idade igual ou superior a 20 anos. Utilizou-se, para coleta de dados, um questionário estruturado que foi aplicado em domicílio. O critério para HA foi a média da PAS  $\geq 140$  e/ou PAD  $\geq 90$ mmHg. Os resultados indicaram que entre os negros (do sexo masculino) a prevalência da HA foi maior, ficando assim dispostos os percentuais: em negros (31,6% para homens e 41,1% para mulheres) e em brancos (25,8% nos homens e 21,1% nas mulheres). A HA apresentou associação significativa para as variáveis: idade igual ou superior a 40 anos, sobrepeso e obesidade. Os pesquisadores apontam para a necessidade de aprofundamento de investigações da HA na população negra, incluindo instrução educacional contínua e precocemente.

Souza (2008) e Azevedo e Paz (2006) afirmam que a HA na raça negra possui prevalência maior que a população branca, pior evolução e complicações mais graves e frequentes. Pertencer a classes sociais mais baixas e com nível socioeconômico também baixo são aspectos que podem estar correlacionados com a HA (Azevedo & Paz, 2006;

III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1999). Para Souza Paula (2007), o desenvolvimento de HA depende da interação entre predisposição genética e fatores ambientais, neste sentido, a população negra apresenta uma série de desvantagens e comprometimentos que podem agravar ainda mais as incidências, pois existem fatores como, por exemplo: a educação (analfabetismo), baixos cargos ou desemprego, a saúde e a violência que acabam por apontar para uma exclusão social, gerando estresse originado pela discriminação racial, histórico que vem se perpetuando há longa data (Souza, 2008).

O nível socioeconômico, devido as desigualdades sociais, reflete no grau de escolaridade do indivíduo. Na visão de Kalino e Vuori (1993), esse fator é um obstáculo para a adesão ao tratamento, pois, muitas vezes, o indivíduo não compreende as recomendações fornecidas pelo médico, consequenciando a descontinuidade do tratamento. O baixo poder aquisitivo também reflete na alimentação do hipertenso, pois recorrentes vezes, não conseguem obter produtos adequados para uma dieta apropriada. Gandarillas, Câmara e Scarparo (2005) colocam em evidência um aspecto muito interessante sobre o ambiente social e econômico. Esses autores relatam que, geralmente no debate sobre a relação HA e classe menos abastada, excluem-se as características do ambiente social e econômico, pois, estes podem estar subjacentes à falta de um conhecimento profundo e global sobre como se desenvolve a doença hipertensiva. Ressaltam que é fundamental realizar estudos para identificar fatores sociais relevantes que proporcionem auxílio para maior entendimento da HA e a compreendê-la não única e puramente através do modelo médico.

Com a finalidade de verificar a real prevalência de HAS e fatores frequentes na cidade de Campo Grande/MS, Souza *et al.* (2007), contando com a participação de 892 pessoas, de ambos os sexos, desenvolveram um estudo transversal com amostra

randomizada da população adulta. Coletaram-se os dados aplicando um questionário estruturado. Os resultados demonstraram que houve diferença significativa entre as idades em relação a PA, sendo que, com o avanço da idade, a PA tende a aumentar. A prevalência da HA foi maior nos homens (51,8%) do que nas mulheres (33,1%). Os indivíduos com menor escolarização, sobrepeso e obesidade apresentaram índices pressóricos mais elevados. O consumo de álcool diário ou semanal também apresentou relação com a maior incidência da HA. Os pesquisadores concluíram que a prevalência de HA foi de 41,4%, ultrapassando a média detectada em alguns trabalhos (Miranda *et al.*, 2002; Freitas *et al.*, 2001; Ministério da Saúde, 2007). Conforme os autores, a alta prevalência de HA na população revela o agravamento epidemiológico e as repercussões cardiovasculares nas pessoas. Enfatizam a necessidade de maior investimento em esclarecimentos e instrução, direcionados ao público idoso e aos de baixa escolaridade.

Com relação à associação da obesidade e HA, esta é amplamente discutida e difundida pela literatura mundial, e são frequentes pessoas obesas ou com sobrepeso apresentarem níveis pressóricos elevados, de acordo com Galvão e Kohlmann Jr. (2002), a prevalência de HA é cerca de três vezes maior em pacientes obesos. Assim sendo, é imprescindível na indicação terapêutica orientar o indivíduo quanto à redução do índice de massa corpórea (IMC), pois esta possui função central na diminuição da PA.

Freitas *et al.* (2002), realizaram um estudo transversal, com 1.210 indivíduos hipertensos em acompanhamento médico na Clínica de Hipertensão da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo tinha a finalidade de verificar as taxas de controle da HA e a influência do sexo, diabetes, obesidade e estratégias de tratamento dos hipertensos. Os dados para o estudo



foram coletados de prontuários médicos e de enfermagem. Os resultados demonstraram que a amostra foi constituída por mais mulheres (73%) do que homens (27%). A variável obesidade teve alta prevalência (38%). O maior índice de obesidade abdominal ocorreu mais nas mulheres (90%) do que nos homens (82%). Os indivíduos que apresentaram os maiores IMC tiveram níveis pressóricos mais elevados. Concluiu-se que a obesidade está estreitamente ligada a alta prevalência HA, apontando para a necessidade de implementação das estratégias de tratamento global para o hipertenso, pelas equipes de saúde.

O alimento mais relacionado com a HA é o sal. Em sociedades onde o sal é mais consumido, o número de hipertensos é mais alto. A ingestão de sal na alimentação, além de esbarrar na condição financeira, envolve sentimentos de prazer na degustação de comidas mais temperadas (Lima, Bucher & Lima, 2004). O sódio em excesso nas refeições é considerado um dos principais acusados pela alteração dos níveis pressóricos, além do cuidado com o sal, o hipertenso deve atentar para outros cuidados com sua dieta, pois o consumo indiscriminado dos alimentos poderão levar à ingestão de nutrientes que levam a respostas, às vezes, indesejáveis na PA e no sistema cardiovascular. Os alimentos “de risco”, ricos em sódio e gorduras saturadas, por exemplo, devem ser evitados, ao passo que os “de proteção”, ricos em fibras e potássio, são permitidos (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2007, p. 20).

Outra questão relacionada ao agravamento da HA é o consumo de álcool (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2007). Evidências epidemiológicas demonstram uma consistente associação entre o consumo de álcool e a prevalência de HA, isso, independente das variáveis sexo, idade, atividade física, IMC, tabagismo e ingestão de sódio e considerando a quantidade de álcool ingerido e do tempo de exposição (Moreira & Fuchs, 2005). A ingestão de álcool traz comprometimentos

duplos, pois, ingerido diariamente, vai aumentando a PA de forma lenta e progressivamente, além disso, ocorre a descontinuidade do tratamento farmacológico (Mion Jr., 1988).

Quanto ao tabagismo, Lima *et al.* (2004) afirmam que seu uso está relacionado ao prazer e ao vício, ou seja, geralmente, mencionam o hábito de fumar como divertimento, não fazendo menção ou relação alguma com vício ou males para a saúde. Para Luna (1989), o fato do indivíduo ser fumante não tem relação direta com a causa da HA, entretanto, contribui como fator de risco para a doença cardiovascular. Conforme o autor, estudos populacionais demonstram que a incidência de AVC e coronopatias aumentam duas a três vezes mais nos fumantes hipertensos. Dessa forma, deve-se encorajar continuamente os pacientes a deixarem de fumar.

Por outro lado, Smeltzer e Bare (2002) acreditam na influência da nicotina como origem e ação direta sobre a HA, pois a nicotina causa a diminuição do volume interno das artérias, provocando arteriosclerose, a aceleração da frequência cardíaca e, conseqüentemente, a HA.

A vida sedentária é, comprovadamente, outro fator de risco. A pessoa é melhor preparada fisicamente, que faz exercícios regularmente, tem menor chance de apresentar problemas de coração e pressão alta (Ferreira *et al.*, 2005). Todo indivíduo hipertenso, com algumas exceções, devem praticar exercícios diariamente; tal atitude proporcionará, a longo prazo, uma redução da pressão diastólica, com conseqüente queda da pressão (Araújo, 1999). No campo biomédico, Bloch (1998) afirma que a prática de exercícios físicos proporciona ao indivíduo melhor qualidade de vida, porque ativa a circulação sanguínea através do movimento, melhorando o funcionamento cardiovascular, auxiliando na redução do peso corporal, no controle dos desvios

metabólicos, além de proporcionar o relaxamento e a diminuição do estresse. Assim, um programa regular de exercícios alivia a tensão emocional (Luna, 1989).

Com a finalidade de verificar os hábitos relacionados aos fatores de risco em uma população de portadores de HA, Pessuto e Carvalho (1998) desenvolveram, no Centro de Hipertensão Arterial (CHA), localizado no ambulatório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista – UNESP, uma pesquisa do tipo “Survey“, através de entrevista estruturada, analisando uma amostra composta por 70 indivíduos, de ambos os sexos. Quanto a atividade física, os resultados apontaram que 35,7% dos participantes acreditam que os exercícios físicos cooperam para a redução da PA; 28,6% desconhecem informações sobre o assunto; 22,8% mencionam influências danosas e 12,9% afirmam não possuir interferência nenhuma com a HA. Contudo, 62,8% dos entrevistados não praticam atividades físicas regulares. Com relação ao nervosismo, 90% responderam que o estado nervoso altera a PA; 82,9% consideravam-se pessoas nervosas, entretanto, 52,9% não utilizavam estratégias que cooperaria para a diminuição do evento. Abordando sobre o sal, 85,7% dos entrevistados acreditavam que o excesso de sal na comida cooperava para o aumentar a PA, mas apenas 74,3% relataram diminuir as porções de sal ao prepararem os alimentos. Concernente ao consumo de alimentos com alto teor de gordura, 72,8% enfatizam tal interferência, contudo, 45,8% afirmavam que suas refeições diárias eram ricas em gorduras. Quanto ao etilismo, 74,3% enfatizam a influência do álcool sobre a PA e 72,9% disseram que não bebem. Referindo-se ao tabagismo, 67,2% declararam que o fumo é prejudicial. Entre os participantes, 74,3% afirmaram que não fumam.

Nessa pesquisa, as pesquisadoras concluíram que apenas a difusão de informações acerca do que seja a doença hipertensiva e seu tratamento não são suficientes para auxiliar no controle dos níveis pressóricos dos pacientes. Ressaltam a necessidade de

auxiliar na promoção da adaptação do indivíduo com o tratamento e, conseqüentemente, sua maior adesão. Alertam para a questão da educação e motivação em direção ao fortalecimento de mudanças comportamentais, sobretudo, nas questões que denotam baixa adesão, como, por exemplo, atividade física e de lazer e aos aspectos relacionados à dieta.

O estresse, as emoções específicas, a hiper-reatividade cardiovascular e sua relação causal com a hipertensão arterial têm sido alvo de muitas pesquisas. Conforme Almeida Filho e Rouquayrol (1990), uma das dificuldades descritas nos estudos refere-se às dúvidas sobre as alterações estruturais no organismo do hipertenso serem decorrentes das modificações que a doença proporciona, ou se antecedem e explicam a hipertensão.

Entretanto, inúmeras situações presentes nas organizações de trabalho são avaliadas como estressoras e, portanto, correlacionadas com níveis altos de PA (Araújo, 1999). Para Selye (1936, citado por Castiel, 2005), a ansiedade é compreendida como um dos componentes principais do processo de estresse, juntamente com outras emoções, como a raiva e o medo, que podem emergir quando os problemas da vida cotidiana são interiorizados pelo indivíduo como algo que excede às suas possibilidades de enfrentá-los. Assim, mecanismos mal adaptados como, por exemplo, manter a raiva reprimida, são fatores que contribuem para elevar a PA, por outro lado, indicam-se atividades de lazer ou relaxamento, pois poderiam cooperar de forma significativa para a diminuição dos efeitos impactantes do estresse (Pessuto & Carvalho, 1998).

Luna (1989) define como tensão quaisquer situações que proporcionem ao indivíduo sentimentos de infelicidade ou desconforto. Relacionados a esses sentimentos, o autor destaca: longas horas de trabalhos; carga de trabalho exaustiva; insatisfação; alienação; monotonia e frustração com o trabalho; conflitos interpessoais, falta de

influência e competição no trabalho; insegurança no emprego; horário de trabalho irregular; trabalho em turnos; trabalho noturno, entre outros.

Referindo-se às condições de estresse, Cordeiro, Fischer, Lima Filho e Moreira Filho (1993) pesquisaram, em uma população de 839 motoristas e cobradores, usuários do Ambulatório de Saúde Ocupacional do Programa de Saúde do Trabalhador (PST), da cidade de Campinas/SP, a associação da PA diastólica com o tempo acumulado de trabalho entre motorista e cobradores de veículos coletivos urbanos. Os resultados apontaram que os motoristas, consensualmente, relatam que o trabalho nos veículos coletivos de transporte urbano como a pior opção que a eles se apresenta. Relatam que as más condições de manutenção dos ônibus; o tráfego urbano; os horários irregulares para alimentação; o descanso insuficiente entre as jornadas de trabalho e escalas de serviço e turnos e os constantes atritos, tanto com os usuários, quanto com fiscais de terminal e a chefia causam incessantemente situações de estresse ocupacional e que são inerentes à própria função. Os pesquisadores concluíram que há uma associação positiva entre a PA diastólica e o tempo acumulado de trabalho.

Tratando-se da profissão, Klein e Araujo (1985) relacionam a profissão/ocupação como fator que auxilia a elevação da PA. Os índices de maior prevalência da HA são encontradas entre as pessoas que exercem suas atividades ocupacionais em ambientes com pressões psicossociais recorrentes; que não possuem qualificação profissional; que têm baixa remuneração; que atuam nos setores secundário e terciário da economia (Klein, Coutinho e Camacho, 1986).

Independente de qual seja a sua etiologia, o aumento progressivo da PA poderá ocasionar complicações cardiovasculares e evoluir para doença hipertensiva. Atualmente, não existe cura definitiva para a HA, apesar de que, há recursos para manejo e controle parcial dos seus sintomas.

O maior benefício do tratamento da HA incide da melhora da qualidade de vida, na maior expectativa de vida, na potencial diminuição da incidência do AVC, na menor ocorrência de eventos coronarianos e do comprometimento das funções renais e de demais órgãos vitais (Polanczik, 2002).

O tratamento da HA é baseado em três recursos, podendo ser: medicamentoso, não-medicamentoso e medidas associadas (Mion Jr., Pierin & Gusmão, 2002).

Quanto ao tratamento medicamentoso, o objetivo fundamental do tratamento da HA é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do indivíduo hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis pressóricos. A prescrição do remédio visa à diminuição dos níveis de PA para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão diastólica, considerando as diferenças individuais, suas características peculiares, a comorbidade e a qualidade de vida dos mesmos (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2007).

Concernente ao tratamento não-medicamentoso, Lopes *et al.* (2000) afirmam que este tem como finalidade principal as alterações no estilo de vida do paciente, visando à redução da PA. Conforme esses autores, as várias instruções não-medicamentosas, quando praticadas devidamente, resultam em benefícios consideráveis em relação ao controle dos níveis pressóricos e das comorbidades comumente encontradas no paciente hipertenso.

Gomes *et al.* (2004) apresentam, no relatório das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, as recomendações não-medicamentosas de maior eficácia para o tratamento da doença hipertensiva, quais sejam:

1. Redução do peso corporal e manutenção do peso ideal - índice de massa corpórea (peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros) entre 20 e 25 kg/m<sup>2</sup> porque existe relação direta entre peso corpóreo e pressão arterial;

2. Redução da ingestão de sódio - é saudável ingerir até 6 g/dia de sal correspondente a 4 colheres de café rasas de sal, 4g, e 2g de sal presente nos alimentos naturais, reduzindo o sal adicionado aos alimentos, evitando o saleiro à mesa e alimentos industrializados. A dieta habitual contém 10 a 12 g/dia de sal;

3. Maior ingestão de potássio – dieta rica em vegetais e frutas contém 2 a 4g de potássio/dia e pode ser útil na redução da pressão e prevenção da hipertensão arterial. Os substitutos do sal contendo cloreto de potássio e menos cloreto de sódio (30% a 50%) são úteis para reduzir a ingestão de sódio e aumentar a de potássio;

4. Redução do consumo de bebidas alcoólicas - para os consumidores de álcool, a ingestão de bebida alcoólica deve ser limitada a 30g álcool/dia contidas em 600 ml de cerveja (5% de álcool) ou 250 ml de vinho (12% de álcool) ou 60ml de destilados (whisky, vodka, aguardente - 50% de álcool). Esse limites devem ser reduzidos à metade para homens de baixo peso, mulheres, indivíduos com sobrepeso e/ou triglicérides elevados;

5. Exercícios físicos regulares – há relação inversa entre grau de atividade física e incidência de hipertensão; exercício físico regular reduz a pressão.

Já o tratamento medicamentoso coligado ao não-medicamentoso ou medidas associadas, envolve comportamentos como: abandono do tabagismo, controle do diabete e das dislipidemias e a não utilização de remédios sem prescrição médica.

A recomendação para o abandono do tabaco é importante e deve ser aplicada devido a sua associação com maior incidência e mortalidade cardiovascular e aumento da pressão arterial medida ambulatorialmente. A interrupção deve ser acompanhada de restrição calórica e aumento da atividade física para evitar ganho de peso que pode ocorrer. A exposição ao fumo, tabagismo passivo, também constitui fator de risco cardiovascular que deve ser evitado (Gomes *et al.*, 2004).

O tratamento deve ser feito corretamente e sem interrupções. Entretanto, apesar dos variados recursos apresentados para o manejo e controle da HA, existem múltiplos fatores que impedem a continuidade ou a adesão ao tratamento da doença hipertensiva.

Estudos realizados por Jordan, Lopes, Okasaki, Komatsu e Nemes (2000) demonstram que, universalmente, tanto em países ricos como em países pobres, existe algum grau de não-aderência, mesmo em situações de enfermidades que envolvem graves riscos que ameaçam a vida do indivíduo. Essa problemática coloca os programas de saúde e os profissionais que atuam diretamente com a doença hipertensiva em um patamar de acentuada importância, tanto no que se refere aos estímulos em direção da adesão dos pacientes quanto no estabelecimento de uma aliança entre o portador de HA, sua doença e o tratamento proposto.

### **Adesão ao tratamento: conceitos, pressupostos e relevância**

Conforme Araújo (1999), a adesão tem sido o alvo de grandes estudos e as publicações revelam o crescente interesse e relevância pelo tema. Para a autora, no período entre 1956 e 1960, havia apenas 12 publicações, nos próximos 4 anos seguintes, entre 1961 e 1965, esse número aumentou para 45 publicações, sendo 33 publicações a mais. No fim da década de 1960, esse número cresceu para 79, alcançando em 1975, cerca de 133 artigos publicados. Em 1978, esse número chegou a 850. De 1985 a 1990, os artigos publicados já somavam mais de 4.000 artigos, atingindo um total de 8.000 arquivos indexados sobre o tema adesão, até 1990. O estudo de Sarquis *et al.* (1998), especificamente sobre a produção acerca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial, no período de 1991 a 1995, detectou, em periódicos nacional e internacional, 178 referências bibliográficas. O crescente desenvolvimento das pesquisas e



publicações direcionadas para a temática demonstram que a relevância dos aspectos concernentes à adesão terapêutica são indiscutíveis (Leite & Vasconcelos, 2003), pois refere-se a um fator de importância clínica e social, sendo um fenômeno sujeito à influência de múltiplos fatores que afetam diretamente o paciente e a sociedade (Dewulf, Monteiro, Passos, Passos, Vieira & Troncon, 2006).

Em termos da compreensão acerca dos conceitos de adesão, a WHO (2001) menciona-a como uma relação onde o paciente alcança a compreensão de sua própria condição, dos aspectos básicos de sua doença e a relevância de seu envolvimento e comprometimento com o tratamento, não apenas para melhoria do quadro clínico individual, mas também no contexto da história da doença em questão.

Para Paiva (2002), a adesão deve ser pensada como um processo de aprendizado individual e coletivo de como lidar com as dificuldades material, social e individual envolvidas no tratamento proposto. A autora enfatiza a adesão numa perspectiva de educação libertadora, conscientizadora e emancipadora, numa perspectiva de adesão *adherence* e não *compliance*.

Nas concepções sobre adesão expostas pela WHO (2001) e Paiva (2002), expressam a inclusão das decisões do indivíduo, numa postura ativa de participação e de cumplicidade com a equipe de saúde. Denota a concordância voluntária tanto para o tratamento farmacológico quanto aos comportamentos de saúde, compondo uma medida de adaptação do paciente e resolutividade da adesão ao regime terapêutico.

Entretanto, existem as conceituações sobre adesão as quais sugerem comportamentos de passividade do indivíduo diante da terapêutica proposta. Nos estudos de Oigman (2006), sobre métodos de avaliação da adesão ao tratamento antihipertensivo utilizou-se o conceito de adesão, na qual considera-se à situação na qual o comportamento do paciente é correspondente às orientações médicas ou de

saúde, incluindo a presença nas consultas previamente marcadas, às tomadas das prescrições ou pelas mudanças de estilo de vida. Para Leite e Vasconcellos (2003, p. 777), o conceito de adesão varia entre diversos autores, mas, de forma geral, “é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento. Representa a etapa final do que se sugere como uso racional de medicamentos”. Nessa perspectiva, o indivíduo é um mero expectador das decisões médicas designadas a ele, numa postura passiva no contexto do tratamento, sugerindo que a função do paciente limita-se a concordar com recomendação médica e adotar os comportamento estabelecidos quanto à tomada da medicação, cumprimento da dieta ou as mudanças de estilo de vida, numa perspectiva denominada na língua inglesa como *compliance* e não *adherence*.

A utilização do termo adesão, proposta e utilizada nesta pesquisa, está em conformidade com a perspectiva adotada pela WHO (2001), pelo Ministério da Saúde (1998) e por Polejack e Seidl (2008) que tem o significado de aderência, envolvendo um processo dinâmico, multi-determinado e de corresponsabilidade entre paciente e equipe de saúde.

### **Fatores multidimensionais e complexos da adesão**

A adesão ao tratamento, para qualquer doença crônica, é um fenômeno multidimensional. Trata-se de um processo comportamental complexo que sofre influências de fatores próprios do paciente e por outros desencadeados pela assistência médica e outros ainda advindos do nível socioeconômico (Pierin, 2001; WHO, 2003).

Estudos realizados pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, nas

décadas de 1977 e 1987 (Oigman, 2006), tinham a finalidade de verificar o parecer de médicos acerca dos fatores mais recorrentes que dificultavam o tratamento anti-hipertensivo, regularmente (Tabela 3). Os aspectos que mais cooperaram como barreiras ao tratamento foram: dificuldade em modificar o estilo de vida (sobretudo, em relação controle do peso); incompreensão das ordens médicas e, conseqüentemente, o não-cumprimento da terapêutica proposta; alto custo (tanto das consultas como dos medicamentos receitados), e ainda, pelos efeitos colaterais desagradáveis. Em 1987, efetivando a mesma avaliação, os dados revelaram que os mesmos fatores eram mais frequentes que quando mencionados anteriormente.

Entretanto, é possível verificar que, de 1977 para 1987 (Tabela 3), as causas relatadas pelos médicos como obstáculos para a continuidade do tratamento regular da HA se alteraram. Em 1977, as dificuldades mais recorrentes foram: a irregularidade da ingestão da medicação recomendada (60); modificação da maneira de viver (42); a falta de compreensão dos problemas referentes à HA (28); o alto custo dos remédios (28) e o preço das consultas (12). Já em 1987, as barreiras mais citadas pela equipe médica para o prosseguimento do tratamento da doença hipertensiva foram: o estilo de vida (67); a falta de rigor nas tomadas da medicação em conformidade com a indicação do médico (42); a incompreensão da gravidade das conseqüências advindas da HA (39); o preço elevado dos fármacos (39); os efeitos indesejados decorrentes do uso dos remédios (34); o custo oneroso das consultas médicas (23). Os médicos apontaram como empecilho para a adesão ao tratamento, o longo período de espera para as consultas médicas (5) e o horário que, geralmente, as consultas são agendadas (4). Os estudos demonstraram grande relevância, pois, além de apontar para os fatores que mais se destacaram como cooperadores do abandono do tratamento, revelaram que tanto a quantidade dos fatores como a ordem que eles aparecem se alteram. Esses resultados são indicadores

importantes que sugerem a necessidade de realizar outros estudos para novamente averiguar suas frequências.

Tabela 3 - Percentual de médicos relatando fatores específicos de impedimento para o tratamento da hipertensão.

Ano	Frequência de impedimento	
	1977	1987
Mudança estilo de vida	42	67
Falha na tomada da medicação como prescrita	60	42
Falta de compreensão do problema	28	39
Custo da visita e procedimento	12	23
Custo do medicamento	28	39
Efeitos colaterais	20	34
Tempo de espera para consulta	-	5
Hora de marcação inapropriada	-	4

Fonte: Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (1977, 1987, citado por Oigman, 2006).

Ao caracterizar um grupo de hipertensos em relação a crenças, conhecimentos, atitudes e fatores que poderiam interferir na adesão ao tratamento, Jesus *et al.* (2008) desenvolveram um estudo com abordagem quantitativa de forma descritiva e transversal. Para isso, utilizaram um roteiro de entrevista com hipertensos em seguimento ambulatorial. Os pesquisadores contaram com uma amostra de 511 hipertensos, a maior parte composta por mulheres de cor branca, casadas, com baixa escolaridade. Quanto a função exercida, predominaram as atividades do lar e os serviços domésticos e aposentados, além do baixo poder aquisitivo. Os resultados demonstraram que os hipertensos possuíam conhecimentos consideráveis, tanto da doença hipertensiva como do seu tratamento. Os motivos que imperaram como dificultadores da adesão ao tratamento foram: o alto custo da medicação, informações insuficientes ou parciais, uso do remédio apenas quando se sentiam mal, não comparecimento às consultas médicas, sobretudo, devido aos problemas e preocupações. Neste estudo, os pesquisadores consideraram a terapêutica inadequada. Reiteraram que a ausência de adesão ao

tratamento da HA é evidente. Reforçaram a necessidade de se otimizar as intervenções a fim de se alcançar índices maior de adesão e comprometimento de indivíduo com o tratamento. Consideram de fundamental importância o trabalho multidisciplinar, utilizando-se recursos variados, considerando as peculiaridades, tanto da terapêutica, como dessa clientela.

Acerca dos motivos que contribuem para comprometer a adesão ao tratamento, Mion Jr., Pierin, Ignez, Ballas e Marcondes (1995) enfatizam que entre os agentes que mais se evidenciam como obstáculo para adesão ao tratamento estão relacionados os medicamentos, pois, além de terem que usá-los por toda a vida, devem bebê-los várias vezes ao dia, são onerosos, apresentam reações adversas no organismo de muitos indivíduos, constantemente se esquecem de tomá-los, e ainda, há a recorrência de utilizarem a medicação somente quando a pressão está elevada. Entretanto, diversas outras barreiras são encontradas como, por exemplo: não conhecem as complicações decorrentes da HA, sua gravidade e cronicidade. Cooperando para a descontinuidade do tratamento, os autores mencionam ainda, o relacionamento desfavorável entre a equipe de saúde não-médica, o médico e o paciente.

Através de um estudo de cunho descritivo com delineamento transversal, constituído por 35 indivíduos hipertensos cadastrados em um centro de saúde na Bahia, Mascarenha, Oliveira e Souza (2006) investigaram a adesão ao tratamento no grupo de hipertensos, utilizando-se entrevista semi-estruturada. Os resultados indicaram altos níveis de não-adesão. De acordo com as informações coletadas, o programa desenvolvido pelo centro de saúde apresentam deficiências em sua organização e funcionamento; frequente falta das medicações que os hipertensos faziam uso, além de apresentar dificuldades de acesso dos integrantes do programa ao sistema de saúde. Os estudiosos constataram que os hipertensos eram carentes de informações sobre a

necessidade do controle dos níveis pressóricos. Nesse sentido, evidenciaram a importância de se investir na capacitação dos profissionais, a fim de que as informações sejam de fato absorvidas pelos pacientes, e ainda, refletir sobre as possibilidades de melhorar a assistência dispensadas. Por fim, enfatizam, a urgência de se desenvolver incentivos e projetos para a comunidade, envolvendo o maior número de hipertensos.

A fim de identificar as características associadas ao abandono do seguimento do tratamento Busnello *et al.* (2001), em uma Unidade de Hipertensão Arterial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, realizaram um estudo prospectivamente planejado, com 945 pacientes que receberam prescrição de tratamento anti-hipertensivo. Os resultados demonstram que 533 (56%) abandonaram o acompanhamento e 412 (44%) seguiram-no regularmente por um período de 12 a 24 meses. As dificuldades impeditivas mais citadas foram: os recursos financeiros, efeitos adversos dos medicamentos, dificuldade de acesso ao sistema de saúde, inadequação da relação médico-paciente. Os pesquisadores concluíram que pacientes com pouca instrução escolar, com diagnóstico recente de HA e fumantes, têm maior probabilidade de abandonar o tratamento anti-hipertensivo. Conforme os autores, o tratamento da HA é sempre baseado em recomendações acerca das mudanças de estilo de vida e do tratamento que pode ser ou não farmacológico. Porém, independente da instrução da equipe de saúde para o indivíduo, é fundamental obter a adesão continuada às medidas recomendadas para a obtenção de um controle adequado da PA.

Plaster (2006) desenvolveu um estudo transversal descritivo exploratório, com 142 indivíduos acima de 60 anos de idade, buscando identificar a taxa de adesão do idoso hipertenso ao tratamento da HA, no Centro de Saúde Princesa Isabel de Cocal-RO, e descrever as principais dificuldades encontradas por esse público. Para a coleta de dados utilizou-se um roteiro estruturado para entrevista, o teste de Morisky-Green (para

o tratamento mediantemente) e formulário adaptado para obter-se informações acerca do tratamento não-mediamentoso. Os resultados apontaram para a relação entre idade avançada e HA. Referindo-se à terapêutica medicamentosa, 29,6% dos indivíduos foram caracterizados como aderentes. Quanto às recomendações não-medicamentosas, 64% apresentaram excesso de peso; 81% não tinham o hábito de praticar exercícios físicos regularmente; 95,1% não eram fumantes; 86% relataram que não consumiam bebidas alcoólicas e 94% referiam-se aderentes à dieta hiposódica. Conclui-se, neste estudo, que os níveis pressóricos dos participantes não estavam sob controle e que a maioria dos idosos, em ambas terapêuticas, não eram aderentes. Esses indicadores sugerem que a população estudada apresenta riscos significativos para complicações que comprometem órgãos alvo e vindo a afetar a qualidade de vida destes. Por fim, os autores ressaltaram a relevância dos planejamentos preventivos da HA.

Em estudo de revisão, Sarquis *et al.* (1998) buscaram analisar a produção científica publicada entre 1991 e 1995, a fim de identificar como o assunto adesão ao tratamento anti-hipertensivo estava sendo abordado. Na análise de 107 artigos científicos, demonstraram que 68% dos estudos relacionavam-se ao paciente, 63% abordavam acerca do tratamento farmacológico, 62% referiam-se aspectos gerais sobre a adesão, 39% ao tratamento não-farmacológico, 34% aos aspectos relacionados à instituições de saúde e 8% tratavam dos fatores concernentes à doença. Na visão dos pesquisadores (1998), a adesão ao tratamento anti-hipertensivo demonstra ser um desafio para o controle dos níveis pressóricos. Afirmam que o empenho de pesquisadores sobre a temática tem cooperado para, além de se obter maiores conhecimentos sobre a doença hipertensiva, auxiliar para aumentar a adesão ao tratamento da HA.

Entre os fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento, Delitti e Silva

(1996) mencionam acerca da interação médico e paciente. Para eles, as pessoas esperam que seu médico seja amigo, conselheiro, profissional competente e que se preocupe com seus doentes. A relação do hipertenso com os membros da equipe de saúde, sobretudo com médico, merece atenção significativa, pois a afinidade e empatia é de extrema relevância no processo de adesão ao tratamento. Para as pesquisadoras, esse relacionamento é responsável pela base de sustentação para a efetividade do sucesso do tratamento (Pierin, Gusmão & Carvalho, 2004).

Outro fator que possui relação com adesão à terapêutica é o grau de conhecimento do indivíduo. Conforme Pierin (2001), em geral, os indivíduos hipertensos possuem uma gama de informações acerca da problemática que envolve a HA, porém, a quantidade de conhecimentos não é suficiente para manter os níveis pressóricos controlados. Para a pesquisadora, existe discrepância em ter conhecimento, aderir ao tratamento e manter o controle a PA, pois adesão é um processo complexo envolvendo fatores emocionais e barreiras concretas, de ordem prática e logística enquanto o conhecimento é racional.

Com a finalidade de analisar as atitudes, percepções, crenças, pensamentos e práticas, do portador de HA, Péres, Magna e Viana (2003), através de estudo exploratório, investigaram, em duas unidades básicas de saúde do Município de Ribeirão Preto/SP, 32 indivíduos, participantes de um Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus*. Para a coleta de dados, os indivíduos foram entrevistados em uma única vez e as informações foram analisados pelo método de análise de conteúdo. Na análise realizada, os pesquisadores constataram que 41% dos pacientes não conseguiam caracterizar a HA. Os sintomas mais recorrentes eram cefaléia e dor na nuca (18%). As consequências que acreditavam advir da HA eram o derrame e o infarto (39%). Os fatores mais citados que dificultavam o controle



da PA foram os emocionais. Para manter os níveis pressóricos satisfatórios, 40% dos indivíduos apontaram para as mudanças de hábitos alimentares e de vida. Os comportamentos mais mencionados e adotados pelos pacientes foram o uso de medicamentos e as consultas à equipe de saúde. Os pesquisadores concluíram que os aspectos psicossociais e as crenças de saúde parecem interferir diretamente no conhecimento que o paciente tem sobre a doença hipertensiva e nas práticas de saúde adotadas.

Conforme Narciso e Paulilo (2001), apesar das crenças negativas e religiões não serem alvo de frequentes investigações na literatura que envolve sobre o tema adesão, ambas categorias são fatores que merecem cautelosa atenção, pois, à medida que a crença que o paciente possui, ou desenvolve, interfere diretamente na adesão ou não. De acordo com Melchior (2000), pacientes que acreditam na eficácia do tratamento tenderão a ser mais aderentes. Por outro lado, as crenças religiosas, que prometem a cura da doença, têm sido fator negativo que leva ao abandono do tratamento.

Di Matteo e Di Nicola (1982, citados por Almeida *et al.*, 2007), ressaltam a importância de se valorizar os sistemas cognitivos aprendidos socialmente, tais como: crenças, atitudes, valores e expectativas. Isso porque, estudos nessas áreas poderiam auxiliar para uma melhor compreensão de como a personalidade estaria relacionada às ações da pessoa.

Conhecer o grau de adesão ao tratamento é uma das grandes prioridades nas instituições que desenvolvem programas de assistência à saúde do hipertenso. O controle dos níveis pressóricos seria o *feedback* da eficácia tanto do conjunto de orientações direcionadas aos pacientes quanto da medicação fornecida a eles e ainda indicaria que o indivíduo foi aderente à terapêutica proposta.

## Métodos de avaliação da adesão ao tratamento

De modo geral, avaliar a adesão ao tratamento é um exercício que inspira cuidados, visto que existe uma diversidade de fatores constantes nela. Assim sendo, discriminar os métodos mais utilizados descritos na literatura seria de importância imprescindível. No caso da HA, pela sua alta incidência na população, é imprescindível que se utilize métodos simples e de baixo custo, no entanto que sejam seguros e possível de aplicá-los nos grupos de pacientes que participam dos programas de controle (Gil *et al.*, 1994).

No relatório da IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, Gomes *et al.* (2004) abordam acerca de três formas de tratamento da doença hipertensiva: medicamentoso, não-medicamentoso e medidas associadas. Assim, para avaliar formas diferentes da terapêutica anti-hipertensiva, os pesquisadores contam com maneiras também distintas de detectar a adesão ao tratamento.

Os métodos para averiguar a adesão ao tratamento medicamentoso são classificados em diretos e indiretos (Tabela 4 e 5). Os métodos qualificados como diretos são aqueles que buscam provar se realmente houve a ingestão do medicamento. Há duas formas diferentes de se obter tal constatação: a análise biológica e a adição de um marcador ou traçador ao medicamento ingerido (Melchioris, 2008; Medeiros, 2006; Oigman, 2006).

A análise biológica refere-se ao exame de sangue, urina ou saliva, nas quais se verifica se houve a ingestão de remédio prescrito, analisando a concentração do medicamento. É uma medida sofisticada, dispendiosa e poderá sofrer alterações por fatores biológicos como, por exemplo: proporções absorvidas pelo trato gastrointestinal e ingestão de medicação concomitante (Jentzsch & Camargos, 2008; Oigman, 2006).

A adição de um marcador ou traçador ao medicamento ingerido é uma metodologia que permite realizar a análise semiquantitativa do estado fixo do medicamento prescrito ou do seu derivado. Na visão de Oigman (2006), essa medida envolve questões éticas, considerando que o indivíduo deveria ser comunicado anteriormente acerca da ingestão das substâncias e do exame. Os métodos diretos são os mais confiáveis, entretanto, possuem as desvantagens de não poderem ser utilizados para todos os fármacos e também são de difícil realização e dispendiosos. Na Tabela 4, estão os métodos diretos de avaliar a adesão ao tratamento, as suas vantagens e desvantagens, descritas por Oigman (2006).

Tabela 4 - Métodos diretos de se medir adesão ao tratamento: vantagens e desvantagens

<b>Método</b>	<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
Análise bilológica	- Objetivo; - Permite a determinação da concentração do medicamento.	- Análise quantitativa nem sempre disponível; - Dispendiosa; - Requer amostras de diferentes fluídos do organismo, pode ser afetada por fatores biológicos; - Adesão do “jaleco branco”*, podem dar uma falsa impressão de adesão.
Composto traçador	- Permite análise semi-quantitativa do estado fixo do medicamento.	- Nem sempre fácil de combinar o traçador com índice da medicação, - Requer uma quantidade de ensaios e retirada de fluidos corporais (sangue, urina).

Fonte: Melchioris (2008); Oigman (2006).

\* Adesão do jaleco branco: quando o paciente melhora o seu comportamento frente à tomada de medicamento cinco dias antes e depois da consulta ao médico, quando comparado com os 30 dias anteriores (Feinstein, 1990, citado por Melchioris, 2008).

Já os métodos indiretos (Tabela 5) são aqueles que não buscam confirmação que o paciente tenha realmente consumido a medicação (Oigman, 2006). Na obtenção da

informação do nível de adesão ao tratamento proposto utilizam-se metodologias baseadas nas informações que os próprios pacientes fornecem para a equipe de saúde (Melchior, 2008; Medeiros, 2006; Oigman, 2006; Gabarró, 1999). Os métodos indiretos de avaliação da adesão são os mais utilizados pelos pesquisadores, isto é justificável pela facilidade de verificação e, ainda, por serem menos onerosos. Contudo, há uma preocupação em seu uso por apresentarem reprodução limitada, pela possibilidade de indicar uma falsa adesão ao tratamento e por não condizerem com a realidade (Medeiros, 2006; Oigman, 2006).

Os principais métodos indiretos sugeridos por Oigman (2006) e Melchior (2008) são: questionários ou entrevistas estruturadas; sistema de monitoramento eletrônico de medicamento (MEMS); taxa de dispensação da prescrição na farmácia; contagem de comprimidos; medida de parâmetros fisiológicos ou de resposta clínica e diário do paciente.

Os questionários ou entrevistas estruturadas são métodos que se baseiam em informações fornecidas pelos próprios indivíduos acerca do tratamento. São métodos simples, fáceis de serem obtidos. Tem sido o mais utilizado pelos pesquisadores para monitorar e alcançar dados sobre a adesão ao tratamento (Polejack & Seidl, 2008).

O sistema de monitorização eletrônica da medicação (MEMS) é o método considerado mais moderno de avaliação de adesão ao tratamento (Oigman, 2006). O monitoramento é realizado por meio de dispositivos eletrônicos que fazem o registro e retenção, em sua memória, a data, hora do número de vezes que o recipiente é aberto para a retirada de um medicamento. Conforme Jentsch e Camargos (2008), os dosadores eletrônicos possibilitam a avaliação da adesão com bastante acurácia, e por períodos longos e contínuos, contudo, além de onerosos, não estão amplamente disponíveis. Para Oigman (2006), tanto esse método, quanto o de contagem de pílulas, apresentam prováveis tomadas da medicação, não implicando, necessariamente, na ingestão da medicação. Dessa forma, aponta para a superestimação da aderência medicamentosa.

O método denominado taxa de dispensação da prescrição na farmácia, refere-se ao reabastecimento de comprimidos ou à reposição periódica dos medicamentos (30/30 dias). Envolve, também, o grupo restrito de farmácias e exige um programa de computação específica. É uma forma objetiva, prática, de baixo custo e válida, contudo pode ocorrer falseamento das taxas de adesão, pois apresentar cartelas e frascos vazios não significam que o indivíduo ingeriu a medicação; o paciente pode fazer o esvaziamento deliberado, por descarregamento ou compartilhamento da medicação com outro paciente. Os dados registrados nas farmácias limitam-se a informar as datas da dispensação e de devolução das embalagens, o que não reflete o consumo real (Jentzsch & Camargos, 2008).

A contagem de comprimidos é um método onde o paciente ou o cuidador deve fazer a devolução de todas as caixas ou frascos vazios à equipe de saúde e ainda realizar contagem da quantidade de comprimidos que restaram na caixa de medicamentos. Apesar de aparentar ser uma forma simples de verificar a adesão ao tratamento medicamentoso, pode apresentar uma falsa adesão, porque é passível de ocorrer descarte dos remédios (Melchior, 2008).

A resposta clínica, no caso da HA, ainda que simples, barata e de fácil acessibilidade, tem como base principal o controle da PA. Entretanto, para Oigman (2006), reconhecidamente não é verdade, uma vez que os níveis pressóricos estando controlados não significa que o indivíduo seja totalmente aderente ao tratamento, pois, vários outros fatores estão envolvidos no adequado controle da PA. Nesse sentido, Bloch, Melo e Nogueira (2008) concordam com o pesquisador acima, pois, o descontrole pressórico é entendido como resultado da não-adesão ao tratamento. Porém tal interpretação nem sempre pode ser considerada, porque os níveis pressóricos elevados poderão ser originados de uma gama de variáveis, muitas vezes não ponderadas pelo médico. Trata-se de um método bastante simplista e pouco sensível.

Quanto ao diário do paciente, é um método rápido e de baixo custo em que o paciente relata por escrito o seu cotidiano medicamentoso. Além de auxiliar no

acompanhamento correto de medicação, uma vez que ocorram registros e descrições cautelosas, cooperam para análises de sintomas, efeitos colaterais, ou quaisquer alterações apresentadas no indivíduo (Jentzsch & Camargos, 2008). É um método que exige bastante dedicação do paciente, pois o mesmo deve analisar tanto os eventos externos como internos da forma mais consistente possível. Na visão de Oigman (2006), nos casos de paciente idosos, constantemente se evidencia esquecimentos, o que compromete a confiabilidade e aproveitamento do relatório. Quando efetuado adequadamente, pode ajudar na identificação das taxas e dificuldades referentes associados à adesão (Jentzsch & Camargos, 2008).

Pesquisadores como Coelho *et al.* (2008), Giorgi (2006), Santos, Frota, Cruz e Holanda (2005), Homedes e Ugalde (1994, citados por Strelec *et al.*, 2003) e Busnello *et al.* (2001) acreditam que o comparecimento às consultas é uma das formas indiretas de avaliar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, no qual a presença regular nas consultas previamente agendadas integra o esquema terapêutico proposto, e a assiduidade do indivíduo nestas, indica o interesse e comprometimento com a sua saúde (Coelho *et al.*, 2008; Santos *et al.*, 2005).

Outra forma indireta de avaliar a adesão é a opinião do médico (Oigman, 2006; Pierin, 2004; Nobre, Pierin & Mion Jr., 2001). Essa forma refere-se, quase que unicamente, com a intenção de verificar os níveis pressóricos do indivíduo. A partir do valor PA, o médico verifica a necessidade de dar continuidade ao tratamento e obter, inserir, aumentar ou diminuir as doses dos medicamentos ou suspender o tratamento. De forma geral, as análises realizadas pelo médico auxiliam na constatação de falhas ou sucesso na terapêutica estabelecida (Oigman, 2006).

Melchiors (2008) pesquisando sobre métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, buscou suporte nos estudos de Krousel-Wood *et al.*, (2004) e de Osterberg e Blaschke (2005). Desta forma obteve uma lista dos principais métodos indiretos de avaliação de aderência ao tratamento HA, bem como das vantagens e desvantagens de cada uma das metodologias (Tabela 5).

Tabela 5 - Métodos indiretos de se medir adesão ao tratamento: vantagens e desvantagens

<b>Método</b>	<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
Questionários ou entrevistas estruturadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Simples, econômico;</li> <li>- Informações de fatores social, comportamental que afetam a adesão;</li> <li>- Bastante usado no âmbito clínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gera vieses;</li> <li>- Pode superestimar a adesão;</li> <li>- Pode gerar respostas aceitáveis socialmente;</li> <li>- Respostas facilmente manipuladas pelo paciente.</li> </ul>
Monitoramento eletrônico (MEMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Provê informações sobre a tomada diária do medicamento;</li> <li>- Provê informações que permitem análises de longa duração;</li> <li>- Potencialmente captura a adesão do “jaleco branco”;</li> <li>- Fáceis de manipular;</li> <li>- Precisos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo da medicação é averiguado, mas, não pode ser confirmado;</li> <li>- Custoso;</li> <li>- Pode ser importuno (paciente tem que carregar);</li> <li>- Sistema pode falhar;</li> <li>- Impreciso e sujeito a interferências do paciente ou outro serviço;</li> <li>- Requer visita de retorno para coleta de dados.</li> </ul>
Taxa de dispensação da prescrição na farmácia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivo;</li> <li>- Fácil de obter os dados;</li> <li>- Verifica a quantidade e a frequência que o paciente obtém os medicamentos;</li> <li>- Reflete a decisão do paciente em permanecer com o fármaco;</li> <li>- Informa sobre a média da adesão o tempo inteiro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo da medicação é averiguado, mas, não pode ser confirmado;</li> <li>- Dados incompletos se o paciente retirar a medicação em outra farmácia, ou receber amostra grátis;</li> <li>- Requer um sistema fechado na farmácia;</li> <li>- Paciente pode retirar a medicação sem ter acabado a anterior.</li> </ul>
Contagem de comprimidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivo;</li> <li>- Fácil de realizar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo da medicação é averiguado, mas, não pode ser confirmado;</li> <li>- Pode superestimar a adesão (comprimidos ou cápsulas jogados fora).</li> </ul>
Respostas clínicas do paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Simples</li> <li>- Geralmente fácil de realizar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fatores além da adesão podem afetar as respostas.</li> </ul>
Medida de parâmetros Fisiológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fácil de realizar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O parâmetro pode estar não controlado por outra razão (ex.: baixa absorção, metabolismo aumentado).</li> </ul>
Diário do paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auxilia para recordar da medicação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilmente alterada pelo paciente.</li> </ul>

Fonte: Krousel-Wood *et al.*, (2004), Osterberg e Blaschke (2005) citados por Melchiors (2008).

Dentre os métodos indiretos de avaliar a adesão ao tratamento da HA, Melchiors (2008) e Leite e Vasconcellos (2003) enfatizam a utilização dos questionários ou entrevistas estruturadas, por se tratarem de métodos simples de serem empregados. Esses instrumentos são bastante aplicados pelos pesquisadores devido ao baixo custo e, por fornecerem atributos da adesão ao tratamento como, por exemplo, fatores

comportamental e social relacionados. Porém, os pesquisadores ressaltam que, apesar das facilidades do uso dos instrumentos citados, é necessário observar a superestimação da adesão e as respostas que estão de acordo com as expectativas ao pesquisador, pois, as informações podem ser passíveis de manipulação pelo paciente, denotando uma falsa adesão ao tratamento.

Alguns questionários, como por exemplo, o Teste de Morisky, Green e Levine (1986), o Teste de Batalla-Martínez *et al.* (1984) e o Teste de Haynes-Sackett (1975) são bastante utilizados por pesquisadores para a avaliação da adesão (Melchior, 2008; Medeiros, 2006; Leite & Vasconcelos, 2003).

O Teste de Morisky (refere-se a um questionário de auto-relato) é constituído por quatro perguntas que visam analisar comportamentos direcionados à tomada de medicamentos que podem ser úteis na determinação de pacientes aderentes ou não ao tratamento (1 – você, às vezes, tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação? 2 – você, às vezes, se descuida de tomar seu medicamento? 3 – quando está se sentindo melhor, você, às vezes, pára de tomar seu medicamento? 4 – às vezes, se você se sente pior ao tomar a medicação, você pára de tomá-la?). O indivíduo é classificado como aderente quando responder “não” para todas as perguntas e para pontuações menores ou iguais a três o paciente é caracterizado como não-aderente (Morisky *et al.*, 1986; Strelec *et al.*, 2003).

Bloch *et al.* (2008), estudando sobre a prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes, analisaram um grupo de 210 portadores de HA, em tratamento em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro, no ano de 2005. O objetivo primário do estudo foi estimar a prevalência de adesão à terapêutica anti-hipertensiva em hipertensos resistentes, empregando-se diferentes métodos. Secundariamente, foi realizada a validação preditiva desses métodos utilizando-se a



redução da pressão arterial de consultório e a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA). A adesão ao tratamento anti-hipertensivo farmacológico foi estimada, utilizando-se três métodos indiretos: 1º) Pelo paciente: o paciente atribuía uma nota à sua adesão utilizando uma escala visual de 0 a 5 (1 = não toma ou raramente, 2 = às vezes toma, 3 = toma quase sempre, 4 = toma na maioria das vezes, 5 = toma sempre). A nota 5 o classificava como aderente; 2º) Pelo médico: atribuição de uma nota de 0 a 5 à adesão do paciente. Escala semelhante à apresentada ao paciente; e 3º) Teste de Morisky-Green. Avaliados, separadamente, pelo Teste de Morisky-Green, houve prevalência 51% de adesão, pela avaliação do médico 52% e pela avaliação do paciente 80,5%. A avaliação da PA realizada consultório e na MAPA, os pacientes com maior adesão (pelos três métodos) apresentaram menores níveis pressóricos e maiores reduções da pressão arterial. Nesse estudo, os autores concluíram que considerando os três métodos de adesão ao tratamento conjuntamente, 11,9% dos pacientes foram classificados como não-aderentes, sendo que esses pacientes tiveram pior evolução dos níveis PA. Esse achado sugere que a hipertensão resistente não pode ser atribuída unicamente à baixa adesão.

Strelec, Pierin e Mion Jr. (2003), desenvolveram um estudo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa, com uma amostra constituída por 130 hipertensos. Os pesquisadores tinham por objetivo relacionar o controle da PA com o teste de Morisky e Green, o conhecimento sobre a HA, a atitude frente à tomada dos remédios, o comparecimento às consultas e o juízo subjetivo do médico. Os hipertensos foram entrevistados após consulta médica, respondendo às questões do teste de Morisky e Green, para classificação de pacientes aderentes e não-aderentes e dois formulários, um de atitudes frente à tomada dos remédios e outro de conhecimento em relação à doença e tratamento. Os resultados do teste de Morisky-Green revelou que 77% dos

hipertensos foram caracterizados como não-aderentes. Apenas 35% dos hipertensos apresentavam PA controlada. O teste de Morisky-Green não se relacionou com controle dos níveis pressóricos. Na avaliação da atitude frente à tomada dos remédios, os pacientes controlados apresentaram nota significativamente mais elevada do que os não-controlados. Os hipertensos apresentaram altos níveis de conhecimento em relação à doença e tratamento, porém sem relação com controle da PA. A maioria (70%) compareceu entre 3 a 4 consultas médicas, sem influência no controle da PA. Os médicos atribuíram notas significativamente mais elevadas para a adesão ao tratamento aos pacientes controlados. Os autores concluíram que o conhecimento, o teste de Morisky-Green e o comparecimento às consultas não influenciaram no controle da PA. Concernente à categorização de pacientes aderentes ou não-aderentes ao tratamento medicamentoso, o teste de Morisky-Green ofereceu alta especificidade (70%), baixa sensibilidade (39%) e baixa acurácia (59%) não apresentando eficiência nas questões relacionadas com o controle da PA com o comportamento adequado referente à ingestão dos medicamentos.

Prado Jr., Kupek e Mion Jr. (2007) e Piñeiro *et al.* (1997) reforçam que o teste de Morisky-Green tem um bom valor preditivo positivo para a aderência ao tratamento medicamentoso. Em termos da sensibilidade, tanto Almeida Neto, Rodrigues e Santos (2006), quanto Strelec, Pierin e Mion Jr. (2003) concordam com o baixo valor de sensibilidade. Em se tratando de especificidade, há divergências, pois Almeida Neto *et al.* (2006) afirmam que o Teste de Morisky-Green oferece baixa especificidade, sendo que apenas 33% dos pacientes responderam adequadamente às perguntas do questionário. Os resultados revelaram que os pacientes associam efeitos indesejáveis como, por exemplo, enjôo esporádico, diminuição da libido, tosse leve, câimbra, aumento do apetite, cefaléia, astenia, taquicardia, fadiga, dor abdominal, insônia, boca

seca, sonolência, queda de pressão, dor nas pernas e tontura, ao medicamento em que está fazendo uso, dessa forma, acredita-se que esta concepção pode interferir em sua adesão ao tratamento medicamento.

O Teste de Batalla (Batalla-Martínez *et al.*, 1984) também é um questionário de autorrelato. É composto por três questões: 1) A hipertensão é uma doença para toda vida? 2) Pode-se controlar a pressão com dieta e/ou medicação? 3) Cite dois ou mais órgãos que podem sofrer lesões pela pressão alta. O questionário foi desenvolvido originalmente para analisar quanto a pessoa tinha conhecimentos sobre HA. Entretanto, posteriormente, passou a ser usado como um preditor da adesão ao tratamento pela forte correlação existente entre a adesão e o conhecimento (Melchioris, 2008). O indivíduo é considerado como aderente quando obtém sucesso, respondendo corretamente todas as perguntas (Batalla-Martínez *et al.*, 1984).

Almeida Neto, Rodrigues e Santos (2006), ao avaliar a adesão ao tratamento farmacológico para a hipertensão arterial atendidos pelo Programa Hipertensão em Santa Bárbara de Goiás, desenvolveram um estudo transversal descritivo, contando com uma amostra de 219 pacientes. Os instrumentos para verificar a adesão ao tratamento foram os testes de Haynes-Sackett, Morisky-Green e o Batalla. Conforme os pesquisadores, o primeiro instrumento oferece uma especificidade alta, mas uma sensibilidade baixa. Nesse sentido, detecta-se somente a quantidade de pacientes que não aderem ao tratamento e limita apenas em estimar o número de indivíduos que se apresentam com boa adesão. Trata-se de um método interessante para identificar a prevalência da adesão em estudos populacionais. Porém, acredita-se que, no contexto clínico, seja o método mais indicado, pois sua utilização é importante para auxiliar na complementação junto a um teste de nível de conhecimento da doença. No estudo dos referidos autores, a adesão à terapia medicamentosa para o tratamento da HA não foi considerada boa devido ao

desempenho nos testes de Haynes-Sackett e Morisky-Green. Quanto ao teste de Batalla, a adesão foi classificada como boa, sendo que, menos de um terço (32%) dos pacientes apresentaram conhecimento sobre a HA.

No questionário de Haynes-Sackett, o paciente faz um autorrelato da adesão ao tratamento respondendo a duas perguntas: 1) A maioria das pessoas tem dificuldades para tomar seus medicamentos. Você tem alguma? 2) Nos últimos 7 dias, quantas vezes você não tomou os medicamentos? Os pacientes que têm uma adesão igual ou superior a 80% são considerados aderentes, ou seja, tomaram acima de 80% das medicações prescritas (Sackett *et al.*, 1975).

Comparando métodos indiretos de avaliar a adesão ao tratamento farmacológico, Piñeiro *et al.* (1997) utilizaram os testes de testes de Haynes-Sackett, Morisky-Green e o Batalla, numa população composta por 174 hipertensos. O teste de Morisky-Green demonstrou especificidade de 72,5%. O nível de conhecimento avaliado pelo Teste de Batalla mostrou maior sensibilidade (81,9%) e sensibilidade de 60,1% para certificar a adesão a terapêutica e o autorrelato da adesão, segundo a metodologia de Haynes-Sackett, demonstrou a maior especificidade (93,4%).

Outro instrumento que visa avaliar a adesão à terapêutica medicamentosa é o Questionário de Adesão a Medicamentos QAM-Q (Santa Helena, Nemes & Eluf-Neto, 2008). Esse questionário é composto por três perguntas: 1) Nos últimos 7 dias, quais dias da semana o(a) Sr(a) não tomou ou tomou a mais pelo menos 1 comprimido deste remédio?, 2) Nesses dias, quantos comprimidos o(a) Sr(a) deixou de tomar ou tomou a mais?, e, 3) Como estava sua pressão a última vez que o(a) Sr(a) mediu? Conforme os autores, é considerado não-aderente o indivíduo que não toma a quantidade correta ( $\geq 80$  das doses prescritas), ou não toma de modo correto (sem “feriados”, “tomada errática”, abandono ou “meia adesão”) ou ainda, aqueles que relatam que sua pressão arterial

estava alterada. Os resultados sugerem bom desempenho do QAM-Q.

Santa Helena *et al.* (2007) desenvolveram um estudo epidemiológico observacional, transversal, com amostra aleatória estratificada constituída por 595 pacientes atendidos no Programa de Saúde da Família (PSF) de Blumenau/SC. O estudo buscou avaliar a prevalência e fatores associados à não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo. O instrumento utilizado foi QAM-Q, previamente validado (Santa Helena *et al.*, 2008). Os resultados da prevalência da não-adesão relacionada à quantidade de doses tomadas foi de 22,7%. Referindo-se ao processo de tomada do remédio 1,5% dos pacientes relataram tomá-los na hora marcada; faziam “feriados” 4,2%; tomaram de modo errado 2,5%; faziam meia-adesão 8,7%; trocavam a quantidade de doses 5,7%. De todos os indivíduos, 1,2% abandonaram parcialmente e 9,1% abandonaram por completo os medicamentos. Houve um total de 53% de pacientes não-aderentes. Os pesquisadores ressaltam que o uso de questionários pode subestimar a não-adesão, porém, a medida combinada do QAM-Q melhora sensibilidade.

O Questionário Informativo de Adesão Terapêutica (QIAT) foi desenvolvido com base nos interesses teóricos e no trabalho empírico dos autores em consonância com a informação recolhida com os profissionais de saúde e os pacientes de serviços prestadores de cuidados primários de saúde, de forma a adequar-se à dinâmica de funcionamento do contexto (Klein & Gonçalves, 2005). O QIAT é um instrumento multidimensional que envolve três construtos centrais da Adesão Terapêutica: 1) adesão aos medicamentos, que contém duas questões; 2) comportamentos de saúde em face da doença, que é composto por oito questões e 3) crenças e atitudes diante dos médicos e da medicina, constituído por nove questões. Os resultados concernentes à fidelidade, o QIAT apresentou valores aceitáveis de adesão.

Klein e Gonçalves (2005), estudando sobre a adesão terapêutica em contexto de

cuidados de saúde primários, procurou investigar, no Centro de Saúde Braga I – Carandá/Portugal, a prevalência de determinados comportamentos de saúde, nomeadamente a adesão terapêutica e em que medida a percepção de saúde influencia este componente. Para tal finalidade os pesquisadores construíram e aplicaram o QIAT numa amostra composta por 273 pacientes, com idades compreendidas entre os nove e os 80 anos, sendo que eram 31,5% do sexo masculino e 68,5% do sexo feminino. O maioria dos sujeitos (69,6%) eram casados e os demais solteiros. Os resultados indicaram que a não-adesão não se deve ao esquecimento ou a alterações na medicação. Em relação às crenças e atitudes, face aos médicos e à medicina por parte dos pacientes, existe a crença de excesso de prescrição medicamentosa, assim como uma confiança exacerbada relativa ao efeito terapêutico dos fármacos e a culpabilização dos doentes por parte dos profissionais de saúde, referente ao insucesso do tratamento.

Paulatinamente, é possível observar que os estudiosos das questões referentes à adesão ao tratamento têm investido esforços na implementação de instrumentos, buscando ampliar as variáveis que constituem a sua complexidade e fatores que influenciam na descontinuidade do tratamento.

Estimar o percentual de crenças em saúde sobre barreiras e benefícios quanto às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial e conhecer os fatores sócio-demográficos associados a essas crenças foi o objetivo do estudo descritivo-exploratório de natureza quantitativa, realizado por Pires e Mussi (2008). Realizou-se a pesquisa num centro de saúde do município de Salvador, que abriga no seu contingente populacional 82,8% de pessoas da cor preta e parda. As autoras adotaram como referencial teórico o Modelo de Crenças em Saúde. Estudou-se um grupo de 106 adultos, com diagnóstico médico de HA. O instrumentos utilizado para abordar acerca da adesão ao tratamento foi a Escala de Crenças em Saúde sobre treze comportamentos

relacionados às medidas de prevenção e controle da HA. Os resultados da análise global demonstrou predomínio da categoria "crenças sobre benefícios" para treze comportamentos de saúde. Homens e mulheres perceberam diferentemente benefícios para esses comportamentos e constatou-se uma tendência à percepção de menos benefícios quanto às medidas de prevenção e controle da HA em estratos socioeconômicos menos favorecidos, adultos jovens e pessoas sem companheiro. A Escala de Crenças em Saúde (Dela Coleta, 1995) é apresentada no formato Likert, com cinco níveis de resposta, variando de DT (discordo totalmente=1), D (discordo=2), I (indeciso=3), C (concordo=4) até CT (concordo totalmente=5). O instrumento foi validado a partir do exame da validade fatorial, confiabilidade e validade discriminante. Os resultados mostraram que a maioria das escalas apresentou validade e confiabilidade que recomendam sua utilização, podendo ser adotada pelo pesquisador a partir da especificação dos comportamentos envolvidos na prevenção, tratamento ou controle da doença HA. Com base no Modelo de Crenças em Saúde, para cada sentença, níveis de resposta que evidenciam resultados positivos para o comportamento em saúde são considerados benefícios e níveis de resposta que evidenciam aspectos negativos para o comportamento em saúde, podendo ser impeditivos para ação, são considerados barreiras para a adesão ao tratamento.

Nesse sentido vale ressaltar o estudo de Dela Coleta e Carrijo (2007) que propuseram verificar a influência do lócus de controle da saúde, de sintomas depressivos e de variáveis sócio-biográficas e médicas na adesão ao tratamento de pacientes com HA. Para esse fim, aplicou-se um questionário sobre saúde, contendo dados sócio-biográficos e médicos dos pacientes, bem como o questionário de levantamento de comportamentos de saúde cardiovascular, previamente construído e testado nos estudos de Dela Coleta (1995, 2003, 2004), o Inventário para Depressão de

Beck (BDI) e a Escala de Locus de Controle da Saúde (MHLC). Através do questionário de levantamento de comportamentos sobre saúde cardiovascular, foi verificada a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos participantes deste estudo. Este questionário apresenta treze comportamentos de saúde para pacientes com problemas de hipertensão arterial, descritos a seguir: 1) usar menos sal na comida; 2) comer comida com menos gorduras; 3) fazer exercícios físicos, várias vezes por semana; 4) comer menos doces, menos açúcar; 5) evitar preocupações; 6) ter suas horas de lazer e diversão; 7) ter um tempo para descansar, relaxar; 8) procurar medir a pressão arterial; 9) consultar o médico uma vez por ano; 10) não fumar; 11) evitar bebidas alcoólicas; 12) controlar o peso; 13) tomar os remédios de acordo com a receita do médico. Os pesquisadores contaram com uma amostra de 61 pacientes hipertensos de ambos os sexos que se consultavam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Os resultados revelaram que: a) 77,0% dos participantes eram do sexo feminino e 23,0% do sexo masculino; b) com idade média de 59 anos; c) pressão arterial média de 140:85 mmHg; d) IMC médio de 28,60; e) médias iguais a 28,60 para internalidade, 22,61 para externalidade - outros poderosos e 18,72 para externalidade – acaso nas dimensões do locus de controle da saúde; e, f) escores que variavam de 1 a 48 pontos no BDI, com média de 14,52 pontos, sendo que 41,0% dos participantes apresentaram sintomas mínimos de depressão e 18,0% sintomas moderados. Por meio da análise dos resultados obtidos, foi possível concluir que a orientação do locus de controle se relacionou significativamente com os comportamentos de “fazer exercícios físicos, várias vezes na semana”, “controlar o peso” e “tomar remédios de acordo com a receita médica”; bem como a sintomatologia depressiva relacionou-se aos comportamentos “fazer exercícios físicos, várias vezes na semana” e de “ter lazer e diversão”. Esses dados revelam a importância de se investigar as crenças de controle da



saúde, bem como o estado de humor dos pacientes com hipertensão arterial, pois essas variáveis podem apontar se o paciente hipertenso está aderindo ou não a seu tratamento, bem como o que pode estar relacionado a uma possível não-adesão.

Devido à complexidade das questões envolvidas que gravitam em torno da adesão ao tratamento, nota-se que cada vez mais se intensificam as investigações e ainda instrumentos de apoio que visam complementar sua acuraria. Percebe-se que os pesquisadores não têm permanecido restritos a fatores isolados da adesão, ao contrário, buscam identificar de maneira mais abrangente possíveis formas de mensuração do fenômeno. Além das variedades de instrumentos desenvolvidos e utilizados, pode-se contar ainda com a diversidade de estudos refletindo sobre a adesão.

## REFERÊNCIAS

- Aguilar, A. (2004). ¿Es «relacional» un trascendental? Desvelando una nueva faceta de la realidad. *Coleccion Pensamiento*: 87-114.
- Almeida, H. O.; Versiani, E. R.; Dias, A. R.; Novaes, M. R. C. G., & Trindade, E. M. V. (2007). Adesão a tratamentos entre idosos. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 18(1), 57-67.
- Almeida, J., Neto; 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*. Monografia de especialização, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Almeida, N., Filho, & Rouquayrol, M. Z. (1990). *Introdução à Epidemiologia Moderna*. Rio de Janeiro: Apce Produtos do Conhecimento e ABRASCO.
- Amado, T. C. F., & Arruda, I. K. G. (2004). Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 19(2), 94-99.
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar (2006). *Manual técnico de promoção e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS.
- Araújo, C. A. R. (1999). *Aderência ao cliente hipertenso ao tratamento: um estudo em uma instituição de saúde de referência estadual*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual do Ceará, Ceará, CE, Brasil.

Araújo, G. B. S., & Garcia, T. R. (2006). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(2), 259-272.

Avezum, A.; Piegas, L. S., & Pereira, J. C. (2005). Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo: uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 84( 3), 206-213.

Azevedo, R. G., & Paz, M. A. C. (2006). A prevalência de hipertensão arterial em idosos atendidos no centro de convivência para idosos em Cuiabá. *Revista Estudos Interdisciplinares sobre envelhecimento*, 9: 101-115.

Barbosa, J. B.; Silva, A. A. M.; Santos, A. M.; Monteiro, F. C., Jr.; Barbosa, M. M.; Barbosa, M. M.; Figueiredo, J. A., Neto; Soares, N. J. S.; Nina, V. J. S., & Barbosa, J. N. (2008). Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados em São Luís/MA. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91(4), 260-266.

Barreto, M. L., & Meira, R. L. C. (1980). Hipertensão arterial em uma comunidade do oeste do Estado da Bahia (Brasil). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 34(5), 363-366.

Batalla-Martínez, C.; Blanquer Laguarda, A.; Ciurana Misol, R.; García Soldevilla, M.; Jordi Cases E.; Pérez Callejón, A., *et al.* (1984). Cumplimiento de la prescripción farmacológica em pacientes hipertensos. *Atención Primaria*, 1(4), 185-191.

Becker, M. H. (1985). Patient adherence to prescribed therapies. *Journal Medical Care of the American Public Heart Association*, 23(5), 539-555.

Bloch, K. V. (1998). Fatores de risco cardiovasculares e para o Diabetes mellitus. Em: Lessa I. (ed.), *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade – Epidemiologia das doenças crônica não-transmissíveis* (pp. 43-72). Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

Bloch, K. V.; Melo, A. N., & Nogueira, A. R. (2008). Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(12), 2979-2984.

Brevidelli, M. M., & Cianciarullo, T. I. (2001). Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. *Revista de Saúde Pública*, 35(2), 193-201.

Bueno, F. S. (1996). *Minidicionário da língua portuguesa*. Edição renovada e atualizada por Helena Bonito C. Pereira & Rena Signer: São Paulo: FTD: LISA.

Burt, L. V.; Whelton, P.; Roccella, E. J.; Brown, C.; Cutler, J. A.; Higgins, M. J., & Labarthe, D. (1995). Prevalence of hypertension in the US adult population: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal Hypertension of the American Heart Association*, 25(3), 303-304.

Busnello, R. G.; Melchior, R., & Faccin, C.; Vettori, D.; Petter, J.; Moreira, L. B., & Fuchs, F. D. (2001). Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 76, 349–351.

Car, M. R.; Pierin, A. M. G.; Mion Jr, D., & Giorgi, D. M. A. (1988). Crenças de saúde do paciente com hipertensão arterial. *Revista Paulista de Enfermagem*, 8(2), 4-7.

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.

Carvalho, F.; Telarolli, R., Jr. & Machado, J. C. C. S. (1998). Uma investigação antropológica na 3ª idade: concepções sobre a hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(3), 617-621.

Chaves, E. S.; Lúcio, I. M. L.; Araujo, T. L., & Damasceno, M. M C. (2006). Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(4), 543-547.

Coelho, E. B.; Moyses, M., Neto, & Palhares, R. (2005). Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 85(3), 157-161.

Coelho, O. R. (2003). Satélite Bayer: cuidado do paciente de alto risco. 58º Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia (pp. 05-08). São Paulo: Editora Lemos.

Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 43(4), 257-286.

Cordeiro, R.; Fischer, F. M.; Lima, E. C., Filho, & Moreira, D. C., Filho. (1993). Associação da pressão arterial diastólica com tempo acumulado de trabalho entre motoristas e cobradores. *Revista de Saúde Pública*, 27(5), 363-72.

Coutinho, J. V. (2001). Comportamentos de adesão ao rastreamento do Câncer de Próstata. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1(2), 107-115.

Dela Coleta, M. F. & Carrijo, R. S. (2007). Crenças em saúde e adesão ao tratamento em pacientes hipertensos. Em: III Congresso Internacional de Psicologia e IX Semana de Psicologia, Maringá. *Anais do III Congresso Internacional de Psicologia e IX Semana de Psicologia*.

Dela Coleta, M. F. (1995). *O modelo de crenças em saúde: uma aplicação a prevenção e controle da doença cardiovascular*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Dela Coleta, M. F. (2003). Escalas para medida das crenças em saúde: construção e validação. *Avaliação Psicológica*, 2(2), 111-122.

Dela Coleta, M. F. (2004). Modelo de crenças em saúde. Em: Dela Coleta, M. F. (org). *Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde* (pp. 27-54). Taubaté: Cabral.

Delitti, A. M. C., & Silva, D. – Org. (1996). *Relação médico-paciente. Hipertensão. Um estudo psicossociológico*. Limay Editora.

Dewulf, N. L. S.; Monteiro, R. A.; Passos, A. D. C.; Vieira, E. M., & Troncon, L E. A. (2006). Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 42(4), 575-584.

Dicionário Workpedia. (2007). Dicionário Online da Língua Portuguesa. Recuperado em 18 abril, 2009, de <http://www.workpedia.com.br>

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, V. (2007). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 89(3), 24-79.

Ezzati, M.; Hoorn, S. V.; Lawes, C. M. M.; Leach, R.; James, W. P. T.; Lopez, A. D.; Rodgers, A., & Murray, C. J. L. (2005). Rethinking the "diseases of affluence" paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development. *Journal PLoS medicine*, 2(5), 133.

Fava, S. M. C. L.; Botelho, F. F.; Seabra, E. R.; Rodrigues, L. B. B., & Nagaoka, A. P. (2004). Educação e Controle da Hipertensão. Em: *Anais do 2º Encontro de Extensão da UFMG*. Belo Horizonte.

Ferreira C.; Ferreira, C., Filho; Meneghini, A., & Riera, A. R. P. (2005). Benefícios do exercício físico na Hipertensão Arterial. 4º Congresso Virtual de Cardiologia. Recuperado em 18 abril, 2008, de <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c112/c112.pdf>

Ferreira, A. B. H. (1989). *Minidicionário da língua portuguesa Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira S. A.

Ferreira, M. C.; Borges, L. O., & Mendes, A. M. (2002). Múltiplos enfoques da Inter-relação trabalho e saúde psíquica. Em A. M. Mendes; L. O. Borges & M. C. Ferreira (Orgs). *Trabalho em transição, saúde em risco* (pp. 11-24). Brasília: Universidade de Brasília.

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

Freitas, J. B.; Tavares, A.; Kohlmann, O., Jr.; Zanella, M. T., & Ribeiro, A. B. (2002). Estudo transversal sobre o controle da pressão arterial no Serviço de Nefrologia da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 79(2), 117-122.

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, SP. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 77(1), 9-15.

Fuchs, F. D.; Moreira, L. B.; Moraes, R. S.; Bredemeier, M., & Cardozo, S. C. (1994). Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre: estudo de base populacional. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 63(6), 473-479.

Fugita, R. M. I., & Gualda, D. M. R. (2006). A causalidade do câncer de mama à luz do Modelo de Crenças em Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(4), 501-506.

Gabarró, M. B. (1999). El cumplimiento terapêutico. *Revista Pharmaceutical Care, España*, 12(1), 97-106.

Galvão, R., & Kohlmann, O., Jr. (2002). Hipertensão arterial no paciente obeso. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 9(3), 262-267.

Gandarillas, M, A.; Câmara, S. G., & Scarparo, H. (2005). Estressores sociais da hipertensão em comunidades carentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 62-71.

Giannotti, A. (2002). Prevenção da doença coronária: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. *Jornal Psicologia USP*, 13(1), 167-195.

Gil, V.; Pineda, M.; Martinez, J. L.; Belda, J.; Santos, M. L., & Merino, J. (1994). Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapêutico en hipertensión arterial. *Medicina Clínica (Brac)*, 22(102), 532-536.

Giorgi, D. M. A. (2006). Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 47-50.

Glanz, K.; Lewis, F.M., & Rimer, B.K. (1990). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco, Jossey-Bass.

Gomes, M. A. M. *et al.* (2004). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, IV. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 82(supl.4), 7-14.

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

Harrap, S. B. (1994). Hypertension: Genes versus environment. *The Lancet*, 55(344), 169-171.

- Haynes, R. B.; McDonald, H.; Garg, A. X., & Montague, P. (2005). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *The Cochrane Library*, 3, 1-50.
- Herzlich, C.; & Pierret, J. (1988). De ayer a hoy. Construcción social del enfermo. *Cuadernos Médico Sociales*, 43, 21-30.
- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patient's beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567.
- Janz, N. K. & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health Education & Behavior*, 11(1), 1-47.
- Jentsch, N. S.C., & Paulo, A. M. (2008). Métodos empregados na verificação da adesão à corticoterapia inalatória em crianças e adolescentes: taxas encontradas e suas implicações para a prática clínica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32(34), 11-04.
- Jesus, E. S.; Augusto, M. A. O.; Gusmão, J.; Mion, D., Jr.; Ortega, K., & Pierin, A. M. G. (2008). Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(1), 59-65.
- Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (2003). Em: Minas Gerais (2006). Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes*. Belo Horizonte: SAS/MG.
- Jordan, M.S., Lopes J. F, Okazaki E., Komatsu C. L, & Nemes, M. I. B. (2000). Aderência ao Tratamento Anti-retroviral em AIDS: Revisão da Literatura Médica. Em R. P. Teixeira & V. Paiva (Orgs). *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo* (pp. 5-22). São Paulo: Nepaids.
- Kalimo, R. & Vuori, J. (1993). Psychosocial factors in youth and at working age as predictors of blood pressure: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(6), 643-652.
- Klein, C. H., & Araújo, J. W. G. (1985). Fumo, bebida alcoólica, migração, instrução, ocupação, agregação familiar e pressão arterial em Volta Redonda, Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 1(2), 160-176.
- Klein, C. H.; Coutinho, E. S. F., & Camacho, L. A. B. (1986) . Variação da pressão arterial em trabalhadores de uma siderúrgica. *Cadernos de Saúde Pública*, 2(2), 212-226.
- Klein, J. M., & Goncalves, A. G. A. (2005) A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, 10(2), 113-120.
- 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. Em: Lessa I. (Org.). *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis* (pp. 77-96). São Paulo: Editora Hucitec-Abrasco.
- Lessa, I. (2001). Não-adesão ao tratamento da hipertensão: conseqüências socioeconômicas para o indivíduo e para a sociedade. Em: Nobre, F., Perin, A. M. G., & Mion, D., Jr. *Adesão ao tratamento: O grande desafio da hipertensão* (pp. 89-105). São Paulo: Lemos Editorial.
- Lessa, I.; Magalhães, L.; Araújo, M. J.; Almeida, N., Filho; Aquino, E., & Oliveira, M. M. C. (2006). Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 87(6), 747-756.
- Ley, P. (1981). Professional non-compliance: a neglected problem. *British Journal of Clinical Psychology*, 20(8), 151-154.
- Lianes, G. D. (2005). El comportamiento em la psicología de la salud. Em: E. H. Meléndez & J. G. Abalo (orgs.), *Psicología de la salud*. Universidad de Guadalajara, Guadalajara: Jalisco.
- 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.
- Lipp, M. E. N., & Rocha, J. C. (2007). *Pressão Alta e Stress: O Que Fazer Agora?* Campinas: Papirus.
- Lisboa, L. F. (2008). Evolução do conceito de causa e sua relação com os métodos estatísticos em Epidemiologia. *Einstein*, 6(3), 375-377.
- Lopes, G. B.; Martins, M. T. S.; Matos, C. M.; Amorim, J. L.; Leite E. B.; Miranda, E. A., & Lopes, A. A. (2007). Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53(6), 506-509.
- Lopes, H. F.; Silvia, H. B.; Consolim-Colombo, F. M.; Barreto, J. A. S., Filho; Riccio, G. M. G.; Giorgi, D. M. A., & Krieger, E. M. (2000). Autonomic abnormalities demonstrable in young normotensive subjects who are children of hypertensive parents. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 33(1), 51-54.
- Luna, R. L. (1989). *Hipertensão arterial*. Rio de Janeiro - Medsi: Editora Médica e Científica.

- Mac Fadden, M. A. J., & Ribeiro, A. V. (1998). Aspectos psicológicos e hipertensão essencial. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44(1), 4-10.
- Magro, M. C. S.; Silva, E. V.; Riccio, G. M. C., & Guerra, G. M. (1999). Percepção do hipertenso não-aderente à terapêutica medicamentosa em relação à sua doença. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 9(1), 1-10.
- Marinker, M., & Shaw, J. (2003). Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice. *British Medical Journal*, 326(7385), 348-349.
- Mascarenhas, C. H. M.; Oliveira, M. M. L., & Souza, M. S. (2006). Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do Bairro Joaquim Romão – Jequié/BA. *Revista Saúde & Comunicação*, 2(1), 30-38.
- Medeiros, A. R. C. (2006). *Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade de saúde da família de João Pessoa -PB*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, PB, Brasil.
- Melchior, R. (2000). *Avaliação da aderência dos usuários do sistema público de assistência ao tratamento de Aids: uma análise qualitativa*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Melchior, A. C. (2008). Hipertensão arterial: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.
- Melo, D. S.; Souza, A. C. S.; Tipple, A. F. V., & Neves, Z. C. P. (2006). Compreensão sobre precauções padrão pelos enfermeiros de um hospital público de Goiânia - GO. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 720-727.
- Ministério da Saúde. (1997). *O Problema do Câncer no Brasil*. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle do Câncer. Rio de Janeiro.
- Ministério da Saúde. (1998). *Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento anti-retroviral*. Boletim Epidemiológico de Aids. Brasília.
- Ministério da Saúde. (2001). *Relatório técnico da campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus*. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2007). Secretaria de Vigilância em Saúde; Instituto Nacional do Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, dezessete capitais e Distrito Federal. Recuperado em 18 setembro, 2008, de <http://www.inca.gov.br>
- Mion, D., Jr. (1988). *Hipertensão: aspectos práticos*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, Departamento de Hipertensão Arterial.



- Mion, D., Jr.; Pierin, A. M. G., & Gusmão, J. L. (2002). *Desafios no controle da pressão arterial no Brasil. A qualidade de vida e a terapêutica anti-hipertensiva*. São Paulo: Laboratório Novartis.
- Mion, D., Jr.; Pierin, A.; Ignez, E.; Ballas, D., & Marcondes, M. (1995). Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 17(4), 229-236.
- Miranda, R. D.; Perrotti, T. C.; Bellinazzi, V. R.; Nobrega, T. M.; Criedoroglo, M. S., & Toniolo, J., Neto. (2002). Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 9(3), 293-300.
- Moreira, L. B., & Fuchs, F. D. (2005). Álcool e hipertensão arterial: mecanismos fisiopatológicos. *Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão*, 12(1), 52-54.
- Morisky, D. E.; Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Journal Medical Care of the American Public Heart Association*, 24(1), 67-74.
- Narciso, A. M. S.; Paulilo, M. A. S. (2001). Adesão e Aids: alguns fatores intervenientes. *Serviço Social em Revista. Serial on line*. Recuperado em 17 novembro, 2008, de [http://www.ssrevista.uel.br/c\\_v4n1\\_adesao.htm](http://www.ssrevista.uel.br/c_v4n1_adesao.htm)
- Nobre, F., & Lima, N. K. C. (2000). Hipertensão Arterial: Conceito, Classificação e Critérios Diagnósticos. Em: *Manual de Cardiologia da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*. São Paulo: Atheneu.
- Nobre, F.; Pierin, A. M. G., & Mion, D., Jr. (2001). *Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão*. São Paulo: Lemos.
- Nóbrega, O. T., & Karnikowski, M. G. O. (2005). A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(2), 309-313.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Oigman, W. (2006). Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 30-34.
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. (1990). La hipertensión arterial como problema de salud comunitário. Em: *Manual de normas operativas para un programa de control en los diferentes niveles de atención*. Washington (DC): La Organización.
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. (2000). *Guias Metodológicos para Iniciativa de Vivienda Saludable*. Recuperado em 09 dezembro, 2008, de <http://www.cepis.ops-oms.org>

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(5):487-497, 2005. Em: Melchior, A. C. (2008). Hipertensão arterial: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

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.

Péres, D. S.; Magna, J. M., & Viana, L. A. (2003). Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista de Saúde Pública*, 37(5), 635-642.

Pessuto, J. (1994). *As necessidades básicas afetadas e os fatores de risco de clientes portadores de hipertensão arterial*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

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

Petrella, R. J. (1999). Lifestyle approaches to managing high blood pressure new Canadian guidelines. *Canadian Family Physician*, 45,1750-1755.

Pierin, A. M. G. (2001). *Adesão ao tratamento*. Em: Nobre, F.; Pierin, A., & Mion, D., Jr. (2001). Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial.

Pierin, A. M. G. (2001). *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. Barueri. Manole.

Pierin, A. M. G.; Gusmão, J. L., & Carvalho, L. V. B. (2004). A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. *Revista Hipertensão*, 7(3), 100-103.

Pierin, A. M. G.; Mion, D., Jr.; Fukushima, J.; Pinto, A. R., & Kaminaga, M. (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), 11-18.

Piñero, F.; Gil, V.; Donis, M.; Orozco, D., & Torres M. T. (1997). Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipemias. *Atención Primaria*, 22(19), 465-468.

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

Plaster, W. (2006). *Adesão ao tratamento da hipertensão arterial por idosos da unidade básica de saúde Princesa Isabel em Cocal – RO*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

- Polanczik, C. A. (2002). Decisão clínica em hipertensão arterial sistêmica baseada em análises econômicas. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 12(9), 29-31.
- Polejack, L., & Seidl, E. M. F. (2008). Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento anti-retroviral para HIV/aids. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 1, 704.
- Pontieri, F. M. & Bachion, M. M. (2008). Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. Recuperado em 09 dezembro, 2008, de [http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=514](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=514)
- Praça, N. S., & Gualda, D. M. R. (2001). Percepção de risco para HIV/AIDS de mulheres faveladas segundo o modelo de crenças em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(1), 54-59.
- Prado, J. C., Jr.; Kupek, E., & Mion, D., Jr. (2007) .Validade de quatro métodos indiretos para medir a aderência de hipertensos em atenção primária. *Journal of Human Hypertension*, 12(21), 579-584.
- Reppold, C. T.; Pacheco, J. Bardagi, M. & Hutz, C. S. (2002). *Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: Uma análise das práticas educativas e estilos parentais*. Em: Hutz, C. S. (2002). Situações de risco e vulnerabilidade da infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção (pp.7-51). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Ribeiro, A. B. (1997). Hipertensão arterial como síndrome: o novo desafio da terapia anti-hipertensiva. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 43(3), 179-179.
- Rosa, M. A. (1998). *Avaliação dos fatores de aderência ao tratamento medicamentoso em pacientes esquizofrênicos*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Rosenstock, I. M. (1960). The health belief model and preventive health behavior. Em: E. H. Meléndez & J. G. Abalo (orgs.), *Psicología de la salud*. Universidad de Guadalajara, Guadalajara: Jalisco.
- Sackett, D. L. *et al.* (1975). Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *The Lancet*, 1(7918), 1205-1207.
- Sanchez, C. G.; Pierin, A. M. G., & Mion, D., Jr. (2004). Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(1), 90-98.
- Santa Helena, E. T.; Nemes, M. I. B., & Eluf, J., Neto. (2007). *Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com hipertensão arterial em unidades de saúde da família em Blumenau, SC*. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP, Brasil.

Santa Helena, E. T.; Nemes, M. I. B., & Eluf, J., Neto. (2008). Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. *Revista de Saúde Pública*; 42(4), 764-767.

Santos, E. M. M. (2009). Modelo de crenças em saúde e preocupação com o câncer. Em: *Grupo Brasileiro de Estudos de Tumores Hereditários*. Recuperado em 09 dezembro, 2008, de [http://www.geth.org.br/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=232](http://www.geth.org.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=232)

Santos, M. A.; Koike, S. K., & Caporossi, E. M. G. (1988). Hipertensão arterial e medidas de controle referidos na população urbana de Cáceres, MT. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 30(3), 208-211.

Santos, Z. M. S. A.; Frota, M. A.; Cruz, D. M., & Holanda, S. D. O. (2005). Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto e Contexto - Enfermagem*, 14(3), 332-340.

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), 335-53.

Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. (2008). Divisão de Doenças e Agravos Não-transmissíveis, Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac", Coordenadoria de Controle de Doenças. Instituição do Comitê Estadual para a Promoção da Alimentação Saudável e Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 380-382.

Selye, H. (1936). The stress of life. Em: Castiel, L. D. (2005). O estresse na pesquisa epidemiológica: o desgaste dos modelos de explicação coletiva do processo saúde-doença. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15(Supl), 103- 120.

Serrano, A. G; Latre, M. L., & Rubio, B. O. (2004). El síndrome metabólico como factor de riesgo cardiovascular. *Revista Española de Hipertensión*, 57(6), 507-513.

Silva, N. A. S.; Aguiar, G. R.; Nogueira, A. R.; Duarte, M. M. T., & Alves, R. H. F. (1986). Importância clínica dos custos diretos hospitalares em pacientes com hipertensão arterial em tratamento num hospital universitário, Rio de Janeiro, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 20(4), 293-302.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2002). *Histórico e tratamento de pacientes com diabetes mellitus*. Em: Smeltzer, S. C., & Bare, B. G (editores). Tratado de enfermagem médico-cirúrgica – Brunner & Suddarth (2005). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Sociedade Brasileira de Hipertensão (2002). Hipertensão Arterial: diagnóstico e classificação. *Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão*, 04(05), 131-135.

Souza , E. A. (2008). *A exclusão social e sua dialética com a mulher negra no século XXI*. Fazendo Gênero 8: corpo, violência e poder. Florianópolis. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Souza Paula, F. W. (2007). *Hipertensão Arterial*. Secretaria de Ciência e Tecnologia. Recuperado em 13 julho, 2009, de <http://www.educacaopublica.rj.gov.br/biblioteca/biologia/0019.html>

Souza, A. R. A. *et al.* (2007). Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 88(4), 441-446 .

Strelec, M. A. A. M.; Pierin, A. M. G., & Mion, D., Jr. (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.

Tebbi, C.K. (1993). Treatment compliance in childhood and adolescence. *European Journal of Cancer*, 71(10 supl.), 3441-3449.

Teixeira, J. A. C. (2000). SIDA. Eu e os outros. *Análise Psicológica*, 18(2), 231-323.

Teixeira, J. J. V., & Spínola, A. W. P. (1998). Comportamento do paciente idoso frente à aderência medicamentosa. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, 1(5), 5-9.

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

Villares, S. M.; Mancini, M. C.; Gomez, S.; Charf, A. M.; Frazzatto, E., & Halpern, A. (2000). Associação entre polimorfismo Gln27Glu do receptor b<sub>2</sub>-adrenérgico e hipertensão arterial sistêmica em obesos mórbidos. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 44(1), 72-80.

Waterhouse, D. M.; Calzone, K. A.; Mele, C., & Brenner, D. E. (1993). Adherence to oral tamoxifen: a comparison of patient self-report, pill counts, and microelectronic monitoring. *Journal of Clinical Oncology*, 11, 1189-1197.

Wetzel, W., Jr., & Silveira, M. P. T. (2005). Hipertensão arterial: um problema de todos. *Revista Nursing*, 81(8), 70-75.

WHO - World Health Organization. (1978). *Expert Committee on Arterial Hypertension*. Geneva: Technical Report Series, 628.

WHO - World Health Organization. (2001). *Men Ageing and health*. Achieving health across the life span. Geneva.

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

## **CAPÍTULO 2 – ANÁLISE DOS INDICADORES RELACIONADOS AO GRAU DE ADESÃO AO TRATAMENTO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Erivanea Garcia Ribeiro  
*Pontifícia Universidade Católica de Goiás*

Sebastião Benício da Costa Neto  
*Pontifícia Universidade Católica de Goiás*

---

### **RESUMO**

Este trabalho teve como objetivo identificar e analisar os indicadores relacionados ao grau de adesão dos portadores de Hipertensão Arterial (HA) ao tratamento proposto. Desenvolveu-se um estudo transversal e descritivo, de cunho quantitativo, com 70 hipertensos, com idade entre 28 e 84 anos. Foram utilizados: Ficha de Registro de Dados Sociodemográficos e Clínicos; Instrumento de avaliação da adesão ao tratamento da HA e Escala de Crenças em Saúde. Os resultados apontaram que a população estudada (N=70) ficou classificada como limítrofe à adesão total ( $X \geq 7$  e  $< 9$ ). Na correlação entre os dados sociodemográficos e clínicos, os que tiveram significância estatística foram: ocupação ( $r=-,257$ ,  $p < 0,05$ ); 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, presença às consultas ( $t=3,443$ ;  $p < 0,01$ ). A percepção dos benefícios (79,7%) foram superiores às barreiras percebidas (14%). Os resultados obtidos possibilitarão a atuação nas áreas de intervenção, ensino e capacitação dos profissionais de saúde.

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

## CHAPTER 2 - ANALYSIS OF THE INDICATORS RELATED TO THE DEGREE OF ADHESION TO THE TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION PATIENTS.

Erivanea Garcia Ribeiro  
*Pontifícia Universidade Católica de Goiás*

Sebastião Benício da Costa Neto  
*Pontifícia Universidade Católica de Goiás*

---

### ABSTRACT

This work had as its objective to identify and to analyze the main indicators related to the degree of adhesion to the considered treatment, in patients with Arterial Hypertension (HT). A quantitative research with a transversal and descriptive study was developed, with 70 patients with hypertension between the ages of 28 and 84. The study used: Sociodemographic and Clinical data cards; Tools to evaluate the adhesion to the treatment of the HT and a Health Belief Model. The results demonstrated that the population studied (N=70) was classified as bordering to total adhesion ( $X > 7$  and  $< 9$ ). In the correlation between the sociodemographic and clinical data, the ones that had statistical significance were: occupation ( $r=, 257$ ,  $p < 0,05$ ); access to the medication ( $r=, 284$ ;  $p < 0,05$ ); absence of physical activities ( $r=-,362$ ;  $p < 0,01$ ); abandoning treatment ( $t=-2,051$ ;  $p < 0,05$ ); lack of leisure activities ( $t=2,050$ ;  $p < 0,05$ ); and, those who showed up for treatment ( $t=3,443$ ;  $p < 0,01$ ). The perception of the benefits (79.7%) were superior to the perceived barriers (14%). The obtained results will allow a better performance in the areas of intervention, education and qualification of health professionals.

**Keywords:** Arterial Hypertension, Belief, Risk Factors, Interventions.

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 (Ferreira, Borges & Mendes, 2002). A HA é uma doença caracterizada pela ascensão permanente da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica, não se constituindo, muitas vezes, por uma única causa (WHO, 1978).

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, raça, obesidade); a fatores ambientais ligados a dieta (tais como: a ingestão de sal, cálcio e potássio, álcool, gorduras e tabagismo); a 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 (WHO, 1978; Ford & Cooper, 1991; Lessa, 1998; Vargas, Ingram & Gillum, 2000; Simonetti, Batista & Carvalho, 2002; Gomes, 2004; Lima, Bucher & Lima, 2004; ANS, 2006).

Serrano, Latre e Rubio (2004) ressaltam que a HA encontra-se entre as cinco causas mundiais de doenças e sua severidade é compreendida como fator de risco para o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), as retinopatias, as nefropatias e o *diabetes melitus*, não obstante, sendo agente em potencial de mortes prematuras (Coelho, 2003; Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2007).

De acordo com Kearney e colaboradores (2005, citados por Lessa *et al.*, 2006), no



ano de 2000, cerca de 26% da população mundial era hipertensa e estimava-se que haveria um aumento progressivo que alcançaria cerca de 29% em 2025. Fields e colaboradores (2004, citados por Lessa, 2006), utilizando o banco de dados da *National Health and Nutrition Examination*, buscaram identificar a quantidade de hipertensos adultos residentes nos Estados Unidos, no período de 1999 a 2000. Os resultados constataram que havia cerca de 65 milhões de adultos com hipertensão, representando 31,3% da população adulta. No Brasil, também se estimou a 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, aproximadamente, 65%. Entre as mulheres com mais de 75 anos de idade, os índices de HA podem chegar a 80% (Kohlmann Jr. *et al.*, 1999). Estudo de base populacional realizado no Brasil estimou que a prevalência da HA estivesse entre 20% a 30% da população (Lima *et al.*, 2004).

Comprometer-se com o tratamento da HA implica em modificar, consideravelmente, o estilo de vida do paciente, 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, 2006; Haynes, McDonald, Garg & Montague, 2005). Entretanto, durante o percurso do tratamento, notam-se inúmeros obstáculos que dificultam a adesão do paciente 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 paciente; 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.*, 2005).

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 com 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 afluência de fenômenos que envolvem a decisão do paciente de concordar, iniciar e dar seqüência as prescrição de medicamentos e procedimentos terapêuticos.

A 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 paciente. 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 paciente 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 paciente e equipe de saúde. Essa proposta sugere uma compreensão de empoderamento por parte da pessoa, perfazendo uma visão do indivíduo como ser intra-ativo, resultado de seu próprio dinamismo interior, com potencial para expressar sua forma peculiar de ser no mundo. Nesta perspectiva, a adesão já não é resultado apenas de forças do mundo exterior, nem de resultados

exclusivamente da interação com o mundo, mas é considerada localizada dentro do indivíduo (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 sócio-demográfico 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 hipertensos, 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 estabelecidos foram: ser hipertenso; 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 e não estar impossibilitado de se deslocar até o local da entrevista.

### Instrumentos:

1. Ficha de Registro de Dados Sociodemográficos: composta por 2 categorias: 1)

informações pessoais; e, 2) situação sociodemográfica.

2. Ficha de Registro de Dados Clínicos: composta por sete categorias - 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). Trata-se de um questionário composto por dez questões: consumo de sal e gordura na alimentação; controle de peso; tabagismo e etilismo; prática regular de atividades físicas; enfrentamento do estresse; uso adequado de fármacos prescritos; comparecimento às consultas agendadas, índice de massa corporal e controle dos níveis pressóricos. A pontuação estabelecida para a avaliação da adesão ao tratamento da HA é de 0 a 100, sendo a classificação dos níveis de adesão:  $X < 3$  = Não adesão extrema (NAE);  $X \geq 3$  e  $< 5$  = Limítrofe à não-adesão total (LNA);  $X \geq 5$  e  $< 7$  = Intervalo médio de adesão (IMA);  $X \geq 7$  e  $< 9$  = Limítrofe à adesão total (LA) e,  $X \geq 9$  = Adesão extrema (AE). Quanto maior o escore, maior a adesão ao tratamento.

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 onde se questionam acerca dos benefícios percebidos e das barreiras percebidas.

#### Procedimento:

Após a obtenção da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Rio Verde – FESURV, realizou-se um estudo piloto com oito hipertensos, 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; convidou-os para participarem voluntariamente da pesquisa e prosseguiu-se com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Cada sujeito era abordado individualmente e o processo de coleta de dados iniciava-se já no primeiro encontro. O participante era conduzido para uma sala previamente reservada, apresentando condições favoráveis de segurança, conforto, privacidade e confidencialidade, sendo adequada para a aplicação dos instrumentos. A duração das sessões variou entre 68 minutos, com indivíduos mais jovens e com maior escolaridade e, aproximadamente, 90 minutos, com indivíduos idosos e com menor escolaridade. As respostas verbalizadas pelos pacientes foram registradas pela pesquisadora em folhas impressas. Utilizou-se o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 12.0, para a análise quantitativa dos escores dos participantes.

#### RESULTADOS

Para os dados sociodemográficos, clínicos e avaliação da percepção dos hipertensos 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.

A Tabela 6 demonstra que a maioria dos participantes era do sexo feminino (64,3%); com 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%).

Tabela 6 - Descrição sociodemográfica dos portadores de HA (N = 70).

<b>Variáveis</b>	<b>Indicadores</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
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	10
	1 a 3 salários mínimos	60	85,7
	4 a 6 salários mínimos	3	4,3

Conforme a Tabela 7, na faixa de 1 a 10 anos predominaram o tempo de formulação do diagnóstico (67,%), o conhecimento sobre o diagnóstico (61,4%) e o tempo de tratamento (70%).

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 pacientes afirmavam que consumiam os

fármacos conforme a recomendação médica e 82,9% não se auto-medicavam. Do total da amostra (N=70), 55,7% asseguraram não serem tabagistas e 65,7% não eram etilistas 65,7%.

Tabela 7 - Descrição dos dados clínicos dos portadores de HA (N = 70).

<b>Variáveis</b>	<b>Indicadores</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
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 prescrita	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
	Nunca fumou	22	31,4
Costuma usar bebida alcoólica	Sim, nos finais de semana	9	12,9
	Não	46	65,7
	Abandonou o álcool	15	21,4

Pode-se visualizar, na Tabela 8, que os comportamentos mais frequentes referentes ao tratamento da HA foram: 57,1% dos pacientes 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 grande maioria (92,9%) nunca abandonou o uso dos fármacos, mesmo utilizando-se de chás e sucos para o controle da PA; 55,7% dos pacientes não realizam quaisquer atividades físicas; 58,6% não apresentam dificuldades para controlar o peso; a grande maioria (92,9%) afirmou que não tiveram dificuldades para reduzir/interromper o consumo de bebidas alcoólicas e, 54,3% não realizam atividades recreativa e de lazer. Quanto ao comparecimento às consultas, 65,7% dos pacientes 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 8 - Descrição dos comportamentos relativos ao tratamento da HA (N = 70).

<b>Variáveis</b>	<b>Indicadores</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
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 HÁ	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

Os dados predominantes encontrados na Tabela 9 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.

Tabela 9 - Percepção dos hipertensos acerca da HA e do tratamento anti-hipertensivo (N = 70).

<b>Percepção sobre a HA e o tratamento anti-hipertensivo</b>		<b>F</b>	<b>%</b>
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

Na Tabela 10, 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 população estudada (N=70) ficou com média 7,55, ficando classificada como limítrofe à adesão total ( $X \geq 7$  e  $< 9$ ).

Na correlação de Pearson, entre os dados sociodemográficos e adesão, a única que apresentou correlação significativa foi a variável ocupação ( $r = -,257$ ,  $p < 0,05$ ). Assim, quanto maior a jornada de trabalho diária, menor a adesão ao tratamento dos indivíduos.

Tabela 10 - Média e Desvio Padrão das respostas ao “Instrumento para Avaliar a Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial” (N = 70).

<b>Variáveis</b>	<b>Nota</b>	<b>X</b>	<b>(%)</b>	<b>DP</b>
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
<b>Média Geral</b>		<b>7,55</b>		

Na correlação de Pearson e Test t, entre os dados clínicos e adesão ao tratamento, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Observa-se na Tabela 11 que na correlação de Pearson, na variável dificuldade de acesso à medicação houve correlação positiva com a adesão ( $r = ,284$ ;  $p < 0,05$ ), ou seja, quanto maior o acesso a medicação, maior a adesão. A ausência de atividades físicas correlacionou-se negativamente com a adesão ( $r = -,362$ ;  $p < 0,01$ ), ou seja, quanto menos atividade física, maior a adesão.

Já no Test t (Tabela 11), 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 ( $t=3,443$ ;  $p<0,01$ ).

TABELA 11 - Correlação de Pearson e Test t entre os dados dos comportamentos dos pacientes frente ao tratamento da HA e adesão ao tratamento (N=70).

<b>Variáveis</b>	<b>C. C. Pearson</b>	<b>Sig (p)</b>
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 (**)
<b>Variáveis</b>	<b>Test t</b>	<b>Sig (p)</b>
Pararam de fazer tratamento alguma vez	-2,051	,044 (*)
Faz uso de tratamento alternativo para a HÁ	-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.

De acordo com a Escala de Crenças, cada um dos 13 comportamentos preventivos (Tabela 12) é constituído por itens relativos a benefícios e barreiras (avaliadas por uma escala Likert de 1 a 5). 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 12 estão disponibilizados o percentual de participantes que se enquadraram em uma das três categorias (benefícios ou barreiras ou indecisos).

Tabela 12 - Frequência das respostas de benefícios e barreiras percebidas pelo portador de HA, de acordo com a Escala de crenças em Saúde de Dela Coleta, 1995 (N=70).

VARIÁVEIS	BENEF.	BARR.	INDEC.
	%	%	%
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
<b>Média</b>	<b>79,7</b>	<b>14</b>	<b>6,4</b>

Analisando-se as crenças acerca dos 13 comportamentos preventivos da HA (Tabela 12), percebe-se que, em média, 79,7% avaliaram como benefícios, 14% como barreiras e 6,4% não souberam distinguir entre benefícios ou barreiras.

## DISCUSSÃO

Nesse estudo, objetivou-se identificar e analisar indicadores afins ao grau de adesão ao tratamento do portador de HA e correlacioná-los com os dados sociodemográficos e clínicos.

Considerando o perfil sociodemográfico (Tabela 6), nota-se uma amostra composta por mais mulheres (64,3%), na faixa etária dos 71-80 anos (27,1%), sendo recorrentes os indivíduos com 72 anos. Em um estudo com hipertensos em tratamento, Chor (1998) certificou que os mais jovens apresentavam menor aderência, contrariamente aos indivíduos com idade mais avançada. Nesse sentido, Car e colaboradores (1991) alegam que, no vigor da juventude, a pessoa não sente susceptibilidade a doenças, diferente do que ocorre com o idoso. Com a decadência

orgânica, o 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 no sexo feminino, 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 e colaboradores (1998).

Os participantes apresentaram baixo nível escolar, sendo que 31,4% não sabiam ler e 38,6% foram apenas alfabetizados; a renda familiar de maior incidência foi de 1 a 3 salários mínimos (85,7%). Quanto à ocupação, a maioria se restringia aos afazeres domésticos (35,7%), seguidos de aposentados (32,9%). Essas características apontam para indivíduos com recursos financeiros limitados, característicos da população estudada, 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 dos hipertensos (61,4%), logo que perceberam os sintomas da HA, procuraram entender o diagnóstico e iniciaram o tratamento (67,1%). No estudo de Santos, Frota, Cruz e Holanda (2005), sobre adesão ao tratamento da HA, também apontou-se que a maioria (78%) dos participantes iniciou o tratamento assim que souberam que eram portadores de HA. Para Lessa e colaboradores (2006), apenas diagnosticar a HA não é suficiente, é imprescindível possibilitar um tratamento contínuo e conscientizar o paciente acerca da importância da adesão e do controle da doença.

Quanto ao tipo de tratamento, houve predomínio do medicamentoso associado ao não-medicamentoso (58,6%), seguido do medicamentoso exclusivo (38,6%) e não-medicamento exclusivo (2,9%). Na investigação sobre adesão ao tratamento da HA, realizado por Santos e colaboradores (2005), apontou-se que 96% dos entrevistados utilizavam o tratamento medicamentoso associado ao não-medicamentoso e 4% o tratamento não-medicamento exclusivo. Contudo, 18% insistiam em controlar a PA apenas com o tratamento medicamentoso, ignorando a terapêutica não-medicamentosa. É mister enfatizar que para a realização eficaz do tratamento da HA é imprescindível empenhar-se na mudança do estilo de vida inclusa nas recomendações do tratamento não-farmacológico. Esse não se limita, unicamente, à diminuição da PA, mas, estende-se a busca de melhor qualidade de vida e menor risco da morbi-mortalidade. Já a medicação anti-hipertensiva tem a finalidade principal de prevenir complicações e reduzir sintomas (Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1994).

Referindo-se à prescrição farmacológica observou-se que um pouco mais da metade dos hipertensos utilizavam apenas um medicamento para controle dos níveis de PA (52,9%); 50% bebiam, diariamente, duas doses do remédio e 81,4% relatavam adaptação favorável com os fármacos. Apesar de nenhuma das variáveis descritas apresentar significância estatística com a adesão nesse estudo, observa-se que Mion Jr. e colaboradores (2006) e Leite e Vasconcelos (2003) alertam para 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.

Os participantes afirmaram comparecer regularmente às consultas pré-agendadas (65,7%). A grande maioria (81,4%) ingere a medicação na quantidade prescrita pelo médico e (82,9%) não tomam remédio por conta própria. Esses 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 paciente sente segurança em expor suas queixas e sintomatologias (ou sua ausência) e otimiza sua comunicação com a equipe de saúde. Esse intercâmbio contribuiria para a adesão ao tratamento, pois, motivaria o hipertenso a retornar continuamente às consultas, viabilizando assim o fornecimento de orientações acerca da terapia anti-hipertensiva. Contudo, nesse estudo não se pôde obter dados que favorecessem uma análise da qualidade da comunicação com a equipe.

O fácil acesso à medicação apresentou correlação positiva e significativa com adesão ao tratamento ( $r=,284$ ;  $p<0,05$ ). 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.

Quanto ao suporte familiar para o tratamento da HA, 37,1% dos participantes recebiam-no de forma total e 40% apenas parcialmente. Na maior parte dos casos (78,6%), os próprios pacientes eram os responsáveis por lembrar-se dos horários da ingestão dos medicamentos. Não houve significância na correlação entre essa variável e adesão, contudo, Sarafino (1994, citado por Pereira, Menegatti, Percegon, Aita, & Riella, 2007) afirma que pacientes 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 paciente precisa desenvolver estratégias de enfrentamento e conhecimento, necessitando assim dos familiares para auxiliar no manejo relativos à adesão e à compreensão da situação. Já na visão de Moskowitz (1996) e Liefoghe *et al.* (1995, citados por Goncalves, Costa, & Menezes, 1999), o suporte familiar pode influenciar tanto positivo como negativamente no seguimento do tratamento, a depender da interação que estes estabelecem entre si.

Referente ao tratamento da HA, o período mais recorrente foi o de um a dez anos (70%); 65,7% nunca o interromperam; 34,3% em algum momento o descontinuaram; 60% fazem tratamentos alternativos, tais como, chás e sucos, para controlar a PA, simultaneamente ao uso da medicação. Conforme Santos e colaboradores (2005), o problema da adesão inicia já no momento do diagnóstico e da prescrição da medicação. 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 pacientes não usando nenhuma medicação para HA (Rudd, 1998). A ausência dos sintomas e desconforto físico levam os pacientes a negligenciarem o tratamento. Assim, os dados dos participantes deste estudo, que foram classificados como limítrofes à adesão total (Tabela 10), sugerem uma maior adesão, considerando-se a literatura.

Nesse estudo, 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.

Um fator impeditivo para adesão ao tratamento da HA esteve relacionado à não realização de atividades físicas conforme regularidade sugerida no instrumento (3 vezes por semana 30 min). No grupo estudado, 55,7% não praticavam exercícios físicos e 15,7% o faziam de forma irregular. 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 a 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, apesar de haver uma correlação negativa entre atividade física e adesão ( $r=-,362$ ;  $p<0,01$ ), observa-se que outros fatores contribuíram para que sua maior parte aderisse ao tratamento. Dentre os fatores que modularam o processo encontram-se a facilidade para o acesso à medicação e a busca por atividades de lazer.

Quanto a realização de atividades de lazer, ainda que houve predomínio de participantes que relataram que não as praticam (54,3%), observou-se uma correlação positiva entre essa variável e a adesão ( $t=2,050$ ;  $p<0,05$ ), sendo que a ausência desta pode ser ser preditora para a interrupção do tratamento. Pessuto e Carvalho (1988), buscando identificar a execução de atividades de lazer e estratégias de redução de estresse para o controle da HA, verificaram que 82,9% dos participantes denominavam-se nervosas e 90,0% reconheciam que o nervosismo interferia na PA. Contudo, 52,9% declararam que não realizavam quaisquer atividades de lazer que possibilitava atenuá-lo. Diante desta constatação, as autoras ressaltam a importância da implantação de programas educativos para aquisição destes hábitos.

Quanto ao controle de peso, apesar de 58,6% afirmarem não ter dificuldades para mantê-lo nas condições ideais para a própria altura, apenas 31,4% dos entrevistados estavam dentro do peso normal ( $\leq 25 \text{ kg/m}^2$ ), os demais foram classificados, conforme a WHO (1995) como indivíduos com sobrepeso (35,7%) e obesos (32,8%). Possivelmente, a percepção que os mesmos tem 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.

Quanto às prescrições não-farmacológicas, referentes à dieta e restrição ao uso de tabaco e álcool, os entrevistados relataram que utilizavam pouco sal na comida (75,7%);

mantinham a dieta com restrição de gordura, mesmo quando saíam de casa (55,7%); não eram tabagistas (85,7%) e nem alcoolistas (87,1%). Esse resultado não se assemelha aos achados de estudos prévios realizados por Di Matteo, Giordani, Lepper e Croghan (2002) e Barbosa e Lima (2006) que apontam que a maioria dos pacientes encontram dificuldades, sobretudo no tratamento não-medicamentoso, pois, implicam em drásticas mudanças no estilo de vida, tais como: a mudança da dieta alimentar e a diminuição ou interrupção do uso de fumo e de álcool.

No exame de correlação entre adesão e dados sociodemográficos, a única que se mostrou significativa foi a variável ocupação ( $r=-,257$ ,  $p< 0,05$ ). Nesse estudo, as ocupações que mais predominaram foram de donas-de-casa (35,7%) e de aposentados (32,9%). Essa condição sugere que possuem um baixo nível socioeconômico. Conforme 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 e colaboradores (1995), também, encontraram associação entre HA, baixa renda e profissões subalternas. Para Saraiva, Santos, Landim (2007), o baixo poder aquisitivo e a escolaridade podem expressar como elementos impeditivos na adesão do hipertenso ao tratamento, visto que, em condições precárias, poderá impossibilitá-lo de seguir as prescrições.

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 ( $X \geq 7$  e  $< 9$ ). Esse achado não corresponde aos encontrados por Strelec, Pierin e Mion Jr. (2003), Gus, Harzheim, Zaslavsky, Medina e Gus (2004) e Jesus e colaboradores (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 12) verificou-se, predominantemente, indivíduos que percebem mais crenças em benefícios (79,7%) do que crenças em barreiras (14%) 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.

Os hipertensos entrevistados 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 certo empoderamento. 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 paciente.

Apesar das dificuldades biopsicosociais, percebe-se que os participantes conseguiram algum grau positivo de auto-regulação, permitindo-os a apropriação do controle sobre sua doença. Isso também, significa dizer, nos termos de Ogden (1999) que o modo de se comportar, de agir, de sentir e pensar das pessoas é consequência das relações sociais e resultados de forças tanto do mundo externo como do interno.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos resultados apontarem que a população de hipertensos estudada esteve classificada como limítrofe à adesão total, percebe-se que esta é uma realidade que pode ser melhor qualificada. As maiores dificuldades mencionadas pelos pacientes 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. Os hipertensos 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 pacientes, auxiliando-os no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da doença.

Adicionalmente, quanto a ação direta com a instituição de saúde e com a equipe de assistência, possibilitar-se-á o desenvolvimento de atividades na área de ensino (teórico-práticas), sobre a forma de como lidar com os hipertensos.

## REFERÊNCIAS

Almeida Neto, J.; Santos, D. B., & Rodrigues, E. L. (2006). *Avaliação da adesão ao tratamento e perfil dos pacientes atendidos pelo Programa Hiperdia em Santa Bárbara de Goiás*. (Monografia de especialização). Brasília: Universidade de Brasília.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar (2006). *Manual técnico de promoção e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS.

Araújo, 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 anti-hipertensivo no Brasil e mundo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 35-38.

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.

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.

Coelho, O. R. (2003). *Satélite Bayer: cuidado do paciente de alto risco*. 58º Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Simpósio. São Paulo: Editora Lemos.

Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1994). *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 16(supl. 2), 257-S78.

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). Brasília: Universidade de Brasília.

Dela Coleta, M. F. (1995). *O modelo de crenças em saúde: uma aplicação a prevenção e controle da doença cardiovascular* (Tese de Doutorado). Brasília: Universidade de Brasília.

Di Matteo, M. R.; Giordani, P. J.; Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Medical Care*, 40(9), 794-811.

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 89(3), 24-79.

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

- 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.
- Gomes, M. A. M. (2004). Diagnóstico e classificação da hipertensão. Em: *Quartas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão: mesa redonda*. Rio de Janeiro: Publicações Científicas.
- Gonçalves, H. *et al.* (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, R. B.; McDonald, H.; Garg, A. X., & Montague, P. (2005). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *The Cochrane Library*, 3, 1-50.
- Jesus, E. S.; Augusto, M. A. O.; Gusmão, J.; Mion Jr., D.; Ortega, K., & Pierin, A. M. G. (2008). Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(1), 59-65.
- Kohlmann Jr., O. e colaboradores (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. Em I. Lessa (Org.). *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis* (pp. 77-96). São Paulo: Editora Hucitec.
- Lessa, I.; Magalhães, L.; Araújo, M. J.; Almeida Filho, N.; Aquino, E., & Oliveira M. (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. e colaboradores (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.

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

Mion Jr., D.; Silva, G. V.; Ortega, K. C., & Nobre, F. (2006). A importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 55-58.

Moreira, T. M. M., & Araújo, 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.

Moskowitz, L. (1996). Psychological management of postsurgical pain and patient adherence. *Journal Hand Clinics*, 12(1), 129-137.

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, E.; Menegatti, C.; Percegon, L.; Aita, C. A., & Riella, M (2007). Aspectos psicológicos de pacientes diabéticos candidatos ao transplante de ilhotas pancreáticas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(1), 2007.

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

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

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.

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*. (Dissertação de mestrado). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará.

Santos, Z. M. S. A.; Frota, M. A.; Cruz, D. M., & Holanda, S. D. O. (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. *et al.* (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): 335-53.

Serrano, A. G; Latre, M. L., & Rubio, B. O. (2004). El síndrome metabólico como factor de riesgo cardiovascular. *Revista Española de Hipertensión*, 57(6), 507-513.

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 - Organization World of Health. (1996). *Control de la Hypertension. Informe de um Comitte de Expertos de la OMS*. Ginebra, Switzerland: OMS.

WHO - World Health Organization. (1978). *Expert Committee on Arterial Hypertension*. Geneva: Technical Report Series, 628.

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

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



## **CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DE SIGNIFICADOS RELATIVOS À ADESÃO AO TRATAMENTO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Erivanea Garcia Ribeiro  
*Pontifícia Universidade Católica de Goiás*

Sebastião Benício da Costa Neto  
*Pontifícia Universidade Católica de Goiás*

---

### **RESUMO**

Buscou-se nesse estudo, identificar e analisar os significados atribuídos à adesão ao tratamento de portadores de hipertensão arterial (HA), assistidos em um Centro de Referência de Hipertensão e Diabetes no interior de Goiás. Assim, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa com 18 entrevistados hipertensos, dentre 70 avaliados por metodologia quantitativa, na faixa etária entre 41 e 80 anos. Foram aplicados uma Ficha de Registro de Dados Sociodemográficos, Ficha de Registro de Dados Clínicos e um Roteiro de Entrevista Semi-estruturada. Os discursos transcritos literalmente, foram categorizados segundo seus temas. Produziram-se 12 categorias (e 16 subcategorias) temáticas, sendo as mais frequentes: Tratamento de HA (24%), Estado Psicológico (21%) e Rede de Suporte Social (17.8%); e, as menos frequentes: Percepção de comorbidade (1,7%), *Coping* Religioso (1,9%) e Lócus de Controle (2,1%). Considera-se que a relação afetiva, de proximidade, de mutualidade e cumplicidade entre os profissionais de saúde e o paciente pode gerir transformações na concepção de saúde/doença e nos comportamentos de saúde. Assim, conhecer os sentidos atribuídos por portadores de HA pode contribuir para ações nos diversos níveis assistenciais e manutenção de comportamentos adesivos ao tratamento.

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

## CHAPTER 3 - ANALYSIS OF SIGNIFICANCE TO THE ADHESION TO THE TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION PATIENTS.

Erivanea Garcia Ribeiro  
*Pontifícia Universidade Católica de Goiás*

Sebastião Benício da Costa Neto  
*Pontifícia Universidade Católica de Goiás*

---

### ABSTRACT

This study attempted to identify and to analyze the reason attributed to the adherence to the treatment of patients of arterial hypertension (HT), being treated in a Hypertension and Diabetes Reference Center in the interior of the state of Goiás. Thus, a qualitative research interviewed 18 patients with HT within the 70 evaluated for the quantitative method, ages ranging from 41 and 80. Sociodemographic data cards, Clinical data cards and Semi-structured Interviews were applied. The literally transcribed speeches, were categorized according to subjects. 12 categories had been produced (and 16 subcategories) thematic, being most frequent: Treatment of HT (24%), Psychological State (21%) and Social Support (17,8%); and, less frequent: Perception of comorbidity (1,7%), Religious Coping (1,9%) and Locus of Control (2,1%). It is believed that the affective relationship, and proximity, mutuality and complicity between the health professionals and the patient can create transformations in the perception of health/illness and in the health of behaviors. Like this, to learn the behavior attributed to HT patients can contribute for effective action in the various assistential levels and maintenance to adhesive behaviors to the treatment.

**Keywords:** Arterial Hypertension, Belief, Risk Factors, Interventions.

A globalização e implementação da tecnologia têm influenciado no modo de vida da população. De um lado, essas evoluções trazem influências benéficas como, por exemplo, a maior expectativa de vida da população e o investimento na tecnologia de ciência e saúde. Por outro lado, o ritmo de vida acelerado, a competitividade e as oscilações sócio-econômicas revelam um lado nocivo, que tende a favorecer ao surgimento de diferentes doenças crônicas e degenerativas (Elsen, Marcon & Silva, 2004).

Entre os problemas crônicos de saúde, a hipertensão arterial (HA) tem ocupado um lugar de destaque, devido à magnitude do seu impacto nas dimensões física, psicológica, familiar, social e/ou econômica do indivíduo, podendo comprometer a qualidade de vida destes (Lopes, Carreira, Marcon, Souza & Waidman, 2008; Munoz, Price, Cambini & Stefanelli, 2003). Adicionalmente, a HA cria um comprometimento sócio-político pela predisposição de recorrentes internações hospitalares, pela onerosidade, pelo custo do tratamento, pela necessidade de aposentadoria precoce, entre outras (Assunção, Santos & Gigante, 2001). Segundo Silveira, Remígio e Brandão (2001), a HA é, reconhecidamente, um dos problemas de saúde mais relevantes do Brasil.

A HA apresenta-se como uma síndrome de etiologia multicausal, como por exemplo: a predisposição genética; os fatores comportamentais, ambientais, sócio-econômicos e culturais; e, o envelhecimento (WHO, 1978; Lessa, 1998; Wendhausen & Rebello, 2004). Segundo a WHO (2003) e Lessa (1998), a doença hipertensiva está incluída na categoria de doenças crônicas não transmissíveis – DCNT e caracterizada pela alta persistência dos níveis da PA -  $\geq 140$  mmHg e/ou  $\geq 90$ mmHg (*Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*,

1997, citado por Chobanian *et al.*, 2003; Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2002; WHO 1978; Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2007).

Lessa (1998), Lima, Bucher e Lima (2004), Converso e Leocádio (2005), Azevedo e Paz (2006), Lessa e colaboradores (2006), Castro, Moncau e Marcopito (2007) e Barbosa e colaboradores (2008) estudando sobre a HA, alertam sobre sua alta prevalência na população brasileira. Conforme as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (Gomes *et al.*, 2004), estudos desenvolvidos em regiões diferentes do país apontam que a prevalência da HA alcança à ordem de 22% a 44% da população brasileira. De acordo com o Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1999), estima-se que 15% a 20% da população adulta seja hipertensa; em crianças e adolescentes a taxa varia entre 2% a 13%; na população idosa chega a alcançar cerca de 65% e os índices sobem para, aproximadamente, 80% entre as mulheres com mais de 75 anos de idade.

Na visão de Azevedo e Paz (2006), invariavelmente, encontram-se evidências de alta prevalência de HA e baixa porcentagem de adesão ao tratamento. Conseguir a adesão à terapêutica é um desafio enfrentado pelos profissionais de saúde, pois, implica em mudanças de comportamento por parte do doente, nesse sentido, algo difícil de conquistar.

Em um estudo de revisão de literatura sobre a adesão e não-adesão ao tratamento de pessoas portadoras de problemas crônicos de saúde, Reiners, Azevedo, Vieira e Arruda (2008), analisaram 36 artigos publicados nos periódicos na base de dados LILACS, no período de 1995 a 2005. Os elementos apontados como dificultadores da adesão estavam associados: ao tratamento; à doença; aos serviços de saúde; aos profissionais de saúde; ao relacionamento profissional de saúde/paciente; ao pacientes; aos dados demográficos; ao uso de drogas e a problemas sociais. Os autores concluíram

que a maioria dos elementos mencionados relacionavam-se ao paciente, demonstrando que a maior responsabilidade pela adesão ou não-adesão era imputada a ele. A WHO (2003) reconhece o aspecto multidimensional da adesão e reforça a confluência de fatores nela envolvidos.

Entre os autores, não há um consenso sobre o conceito de adesão. Contudo, nos estudos de Reiners e colaboradores (2008) houve predomínio do conceito clássico, onde o doente limita-se ao cumprimento e obediência às ordens médicas. Contrariamente, o termo utilizado neste estudo, caracteriza a adesão numa perspectiva de mutualidade, cumplicidade e colaboração entre equipe de saúde e o paciente, compreendendo a co-responsabilidade de ambas as partes, num processo dinâmico, multi-determinado (Cardoso & Arruda, 2004; Polejack & Seidl, 2008). Nesse sentido, vale ressaltar a dimensão subjetiva do paciente para uma decisão autônoma de empoderamento, ultrapassando as fronteiras da mera necessidade de seguir as recomendações prescritas.

A decisão de se tornar aderente é resultante de um processo que a pessoa apreende, por meio da difusão de suas relações internas e externas, numa interatividade plurideterminada, complexa e peculiar ao próprio indivíduo (Ogden, 1999). Nesta perspectiva, este estudo buscou identificar e analisar os sentidos atribuídos pelo portadores de HA aos diversos fatores ligados à multidimensionalidade da adesão ao tratamento.

## MÉTODOS:

Realizou-se um estudo transversal e descritivo, utilizando a abordagem qualitativa, desenvolvido no Centro de Referência em Hipertensão e Diabetes (CRHD), de Rio Verde/Goias, onde os pacientes recebiam atendimento de uma equipe multiprofissional.

#### Participantes:

A amostra foi composta por 18 hipertensos, inscritos no CRHD. Os critérios de inclusão foram: ser hipertenso; ter idade igual ou superior a 18 anos; ser cadastrado no CRHD; residir na cidade de Rio Verde; ser capaz de compreender, verbalizar e responder às perguntas e, concordar em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### Instrumentos:

Para caracterização da população utilizou-se: 1) Ficha de Registro de Dados Sociodemográficos, constituído por duas categorias: a) informações pessoais e b) situação sócio-demográfica; 2) Ficha de Registro de Dados Clínicos, composto por sete categorias (diagnóstico, tipo de tratamento, tratamento medicamentoso, tempo em tratamento, tratamento alternativo, tratamento não-medicamentoso e percepções sobre a HA e o tratamento); e, 3) Roteiro de Entrevista Semi-estruturado, constituído por sete eixos temáticos, construídos a partir de trechos das falas dos participantes, sendo: a) conhecimento sobre a HA; b) atitudes frente ao tratamento; c) perspectivas quanto ao tratamento; d) práticas de saúde associadas à HA; e) monitoração da PA; f) suporte social; e, g) religião.

#### Procedimento:

Os pacientes foram abordados individualmente, enquanto aguardavam na sala de espera para consulta médica, sendo os mesmos convidados a participar do estudo.

Após explanados os objetivos da investigação, informando-os acerca do sigilo das informações obtidas e da liberdade de desistir da pesquisa em qualquer momento, os

que aceitavam participar assinavam o TCLE. No mesmo encontro eram conduzidos à uma sala privativa e climatizada, localizada nas dependências do CRHD, onde se iniciava a coleta de informações sociodemográficas e clínicas do indivíduo. As respostas verbalizadas pelos pacientes foram registradas pela pesquisadora em formulários impressos.

A amostra inicial, para uma avaliação quantitativa, foi constituída por 70 indivíduos, a fim de aprofundar o conhecimento, com abordagem qualitativa, foi criada uma sub-amostra composta por 18 indivíduos, onde aplicou-se uma entrevista semi-estruturada. Esse número de entrevistados (N=18) refere-se aos indivíduos que se interessaram e aceitaram contribuir com a continuidade da investigação, respondendo à entrevista.

Para a entrevista gravada em áudio, marcava-se um segundo encontro com o participante (em média, em uma semana após o primeiro encontro), no CRHD ou no domicílio do participante, respeitando sua disponibilidade.

As sessões duraram cerca de 30 minutos, variando conforme a faixa etária e nível de escolaridade. Pessoas mais novas e com maior escolaridade usavam menos tempo na entrevista.

A transcrição das informações contidas nas fitas foram realizadas na íntegra. A partir destas, empregou-se a técnica de Bardim (2008) para a análise de conteúdo, adotando as etapas de 1) pré-análise, que envolve observar os objetivos da pesquisa e discriminar os indicadores que norteiam a interpretação; 2) exploração do material, a fim de identificar os núcleos que perfazem as expressões dos pacientes acerca de temas comuns, definir o caráter do discurso, e organizá-los em categorias e subcategorias e, 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos conteúdos, que permite identificar as categorias e subcategorias mais expressivas.

As categorias e subcategorias foram estabelecidas a posteriori. Como resultado da análise de conteúdo, obteve-se 13 eixos temáticos relacionados à percepção do paciente em relação à HA, dispostos em categorias e subcategorias. As categorias foram constituídas por um ajuntamento de recortes da fala dos participantes que mantinham um tema comum. As categorias podem ser compostas por subcategorias ou detalhamentos da categoria principal, como por exemplo: Estado psicológico (categoria 5) foi constituída por Pré-mórbido e Mórbido (subcategorias). Por sua vez, a subcategorias (Mórbido) foi composta por outras três subcategorias (Depressão, Irritabilidade e Ansiedade).

Para a caracterização da população, utilizou-se o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 12.0, empregando a estatística descritiva de frequência.

## RESULTADOS

A Tabela 13, aponta que, entre os entrevistados, 61,1% eram mulheres; com idade entre 41 a 80 anos; as faixas etárias mais prevalentes foram de 41 a 50 anos (33,3%) e 71 a 80 anos (33,3%). Quando analisadas apenas o sexo, tanto na faixa etária de 41 a 50 anos, quanto na de 71 a 80 anos, mulheres tiveram 22% de frequência. Quanto a religião, 55,6% eram católicos. No que se refere a situação conjugal, 72,2% conviviam com companheiros regulares. Em relação a ocupação, a metade (50%) eram donas-de-casa e 33,2% eram aposentados. Tinham baixo nível de escolaridade, 38,9% não sabiam ler e 33,3% eram apenas alfabetizados. A renda familiar predominante foi de 1 a 3 salários mínimos (88,9%).



Tabela 13 - Caracterização sociodemográfica dos portadores de HA (N = 18).

<b>Variáveis</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>			
Feminino	11	61,1	
Masculino	7	38,9	
<b>FAIXA ETÁRIA</b>			
41 – 50 anos	6	33,3	22,2
51 – 60 anos	2	11,1	5,5
61 – 70 anos	4	22,3	11,1
71 – 80 anos	6	33,3	22,2
<b>RELIGIÃO</b>			
Católica	10	55,6	
Evangélica	6	33,3	
Espírita	2	11,1	
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL</b>			
Convive com companheiro regular	13	72,2	
Vive só	3	16,7	
Não tem companheiro	2	11,1	
<b>OCUPAÇÃO</b>			
Indústria	1	5,6	
Agropecuária	1	5,6	
Aposentado	6	33,2	
Pensionista	1	5,6	
Do lar	9	50,0	
<b>ESCOLARIDADE</b>			
Não sabe ler	7	38,9	
Alfabetizado	6	33,3	
Ensino Fundamental Incompleto	3	16,7	
Ensino Médio Incompleto	2	11,1	
<b>RENDA</b>			
Menos de 1 salário mínimo	2	11,1	
1 a 3 salários mínimos	16	88,9	

Nota-se que (Tabela 14) na faixa de 1 a 10 anos houve predomínio tanto do tempo de formulação do diagnóstico (55,6%), quanto do conhecimento sobre o diagnóstico (55,6%) e tempo de tratamento (61,1%). Imperou o tratamento medicamentoso associado ao não-medicamentoso (66,6%). Metade dos hipertensos utilizavam dois medicamentos (50%) e outros 50% apenas um. A maioria ingeriam duas doses diárias dos fármacos (72,2%); 88,9% dos entrevistados consumiam os remédios conforme a recomendação médica; 72,2% relataram que não usavam medicação por conta própria; e, 77,8% asseguraram que o uso da medicação não comprometiam sua rotina diária. Do total da amostra (N=18), 55,6% asseguraram não serem tabagistas e 66,7% não usavam álcool.

Tabela 14 - Caracterização clínica dos portadores de HA (N = 18).

<b>Variáveis</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>TEMPO DE CONHECIMENTO DA HA</b>		
1 a 10 anos	10	55,6
11 a 20 anos	5	27,8
31 a 40 anos	3	16,6
<b>TEMPO DE DIAGNÓSTICO DA HA</b>		
1 a 10 anos	10	55,6
11 a 20 anos	5	27,8
31 a 40 anos	3	16,6
<b>TEMPO DE TRATAMENTO DA HA</b>		
1 a 10 anos	11	61,1
11 a 20 anos	4	22,2
31 a 40 anos	3	16,7
<b>TIPO DE TRATAMENTO</b>		
Medicamentoso exclusivo	5	27,8
Não Medicamento exclusivo	1	5,6
Medicamentoso e Não-medicamentoso	12	66,6
<b>NÚMERO DE DROGAS</b>		
Uma droga	9	50,0
Duas drogas	9	50,0
<b>NÚMERO DE DOSES DIÁRIAS</b>		
Uma dose	5	27,8
Duas doses	13	72,2
<b>TOMA MEDICAÇÃO NA QUANTIDADE RECEITADA</b>		
Sim	16	88,9
Não	2	11,1
<b>FAZEM AUTOMEDICAÇÃO</b>		
Sim	5	27,8
Não	13	72,2
<b>USO DO MEDICAMENTO AFETA A ROTINA DE VIDA</b>		
Muito	2	11,1
Um pouco	2	11,1
Não afeta	14	77,8
<b>USUÁRIO DE FUMO</b>		
Sim	2	11,1
Não	10	55,6
Abandonou o fumo	6	33,3
<b>INGERE BEBIDA ALCOÓLICA</b>		
Sim, nos finais de semana	2	11,1
Não	12	66,7
Abandonou o álcool	4	22,2

A investigação qualitativa busca evidenciar a percepção do indivíduos nas questões referentes aos seus valores, crenças, hábitos, atitudes e representações peculiares, procurando aprofundar o conhecimento acerca da dinâmica particular e/ou

específicos de um determinado grupo de indivíduos, neste sentido, dos hipertensos assistidos no CRHD de Rio Verde/GO.

As narrativas dos pacientes são expressões de representam a percepção que estes designam à condição de ser portador da HA, as repercussões em sua vida cotidiana, as circunstâncias à eles impostas, devido à condição de saúde e demonstra de forma concreta os significados atribuídos às várias dimensões de sua vida relacionados à doença hipertensiva.

Análise qualitativa realizada por meio da análise de conteúdo, permitiu a elaboração 13 categorias (e 16 subcategorias) temáticas associados à percepção dos entrevistados acerca de quais e como os fatores multidimensionais influenciam o grau de adesão ao tratamento da doença hipertensiva.

As categorias e subcategorias temáticas estão dispostas abaixo, seguidas por suas respectivas definições operacionais e acompanhadas por recortes das falas dos participantes:

1. Conceito ou noção de HA: trata-se de como o participante conceitua a HA.

“É o entupimento das veias da cabeça e do coração... que não deixa o sangue passar pelo resto do corpo direito.” (P.13)

2. Etiologia: trata-se do modo como o participante compreende sobre a aquisição ou causas relacionadas ao desenvolvimento da HA, tais como: estilo de vida, vida laboral, genética e co-morbidades.

“Peguei a doença depois que um portão caiu em cima de mim... bati a cabeça num degrau, fiquei desmaiada um tempo, perdi muito sangue... fui internada.. eu acho que foi o susto...” (P.13)

3. Sinais e sintomas físicos da HA: trata-se do conjunto de manifestações físicas evidenciadas por meio de instrumentos ou relatadas pelo participante.

“Os olhos parece que vai sair do buraco do olho, a cabeça dói, o coração dispara, dá até tonteira e vontade de vomitar.” (P.44)

4. Prognóstico: trata-se de um resultado ou uma consequência possível do estado de saúde atual do participante.

“Logo já fiquei sabendo que nunca mais eu ia poder de parar de beber remédio... e as outras coisas... não adianta a pressão a gente controla, ela não tem cura...” (P.58)

5. Estado psicológico: trata-se do conjunto de manifestações psíquicas do participante, sejam elas emocionais, comportamentais ou cognitivas.

5.1. Estado Psicológico pré-mórbido: trata-se do conjunto de manifestações psíquicas, sejam elas emocionais, comportamentais ou cognitivas que o participante relata, em relação ao período anterior ao surgimento da HA.

“Fazia caminhada todos os dias, olhava as netinha, fazia comida para todo mundo, dava para ajudar todo mundo...” (P.13)

5.2. Estado psicológico mórbido: trata-se do conjunto de manifestações psíquicas, sejam elas emocionais, comportamentais ou cognitivas que o participante relata, após o diagnóstico da HA.

5.2.1. Depressão: trata-se da percepção do participante que denota sentimento de tristeza constante ou em nível alto, diminuição das forças e do sentido de viver e baixa auto-estima.

“Parece que tem hora que eu to desse jeito... choro atoinha (com facilidade), não to querendo comer direito... não vejo alegria em nada”. (P.2)

5.2.2. Irritabilidade: trata-se da percepção do participante que denota pressão e descontrole do humor.

“Qualquer coisa que fala é uma iniciação de briga... uns bate boca bobos... a gente já tá descontrolado.” (P.68)

5.2.3. Ansiedade: trata-se da percepção do participante que denota sentimento de incerteza aflitiva, desorientação ou antecipação psicológica das situações possíveis de acontecer.

“Nem sei, mas eu estou muito nervosa e contrariada.” (P.11)

6. Rede de suporte social: trata-se de recursos que o participante recebe, procedentes de distintas origens e naturezas.

6.1. Suporte Financeiro: trata-se dos aspectos econômicos que o participante relata possuir ou não para o enfrentamento da HA.

“Porque toda vez que tem que pagar consulta, então não dá porque tenho que fazer os exames... eu não tenho plano, eu não tenho condições de ficar fazendo exames todo mês.” (P.11)

6.2. Suporte religioso: trata-se suporte espiritual/religioso que o paciente recebe ou já tem à sua disposição.

“Quantas vezes eu passei mal... as pessoas de oração vinham... orava... abençoava... deixava a gente bem...” (P. 22)

6.3. Suporte familiar e social: trata-se do apoio e dos estímulos que o participante relata receber ou não de familiares, amigos e pessoas próximas para o enfrentamento da doença e do tratamento da HA.

“A família é tudo na vida. Ajudei eles demais e eles viraram gente... agora eles me devolve um pouco, são muito bom para nós...” (P.13)

6.4. Equipe de Saúde: trata-se do conjunto de atitudes e da disponibilidade e/ou acesso à equipe de saúde, no sentido de sanar dúvidas, prestar estímulos e assistência de forma mais ampla, de modo a favorecer ou não o participante ao longo do tratamento.

“Na hora que chega lá, as enfermeiras fazem tudo na gente, olham a pressão, pesam, dá folhetinho, o médico só vê a gente da primeira vez ou quando a gente está

ruim.” (P.2)

7. Tratamento da HA: trata-se do conjunto de atitudes que o participante relata associada à terapêutica da HA.

7.1. Farmacológica: trata-se das atitudes frente às recomendações quanto à terapêutica medicamentosa a exemplo de horários, doses e de quantidade.

“Acho que o remédio é a coisa mais principal... ele não pode faltar de jeito nenhum, acho que mesmo se não tiver lá no postinho, tem que comprar... mas não pode faltar...” (P.57)

7.2. Não-farmacológico: trata-se das atitudes frente às recomendações quanto à terapêutica não-medicamentosa (dieta, exercícios físicos, uso do sal, gordura, evitar estresse, manter comportamentos saudáveis, etc.)

“Tô evitando fazer esforço pesado, subir nos andaime, ficar sozinho... parei de fumar e de beber...” (P.21)

7.2.1. Aspectos psicológicos: trata-se do conjunto de manifestações psíquicas, sejam elas emocionais, comportamentais ou cognitivas referidas pelos participantes que podem sugerir ou não como fatores impeditivos percebidos ou comprometedores à adesão, podendo ser de cunho pessoal, profissional, da equipe de saúde, da doença, das crenças, etc.

“Sou fiel ao tratamento porque tenho medo de morrer, de ficar aleijado, arrastando por todo lado, dando trabalho... e por esse motivo eu sigo o tratamento direito.” (P.65)

8. Percepção de risco: trata-se da percepção do participante, relacionado aos diversos fatores que o tornam mais susceptíveis à doenças.

8.1. Percepção de risco da doença: são os indicadores que apontam para a susceptibilidade relativas à etiologia e manutenção da doença hipertensiva.

“Não tem jeito, o serviço de pedreiro tem que fazer esforço, e se não quer que a

doença fica mais grave, é melhor mudar de rumo...vou mudar de profissão, estou montando um pit-dog..” (P.21)

8.2. Percepção de risco do tratamento: são os indicadores de condições positivas ou não, relativas às ações terapêuticas para reverter o quadro da doença.

“Eu bebo remédio, limão para ralar o sangue, chá de tudo que é coisa (...) deito e tento pensar em coisas boas para distrair, se não o medo toma conta e aí a coisa piora... pro tratamento não é bom...” (P.44)

9. Percepção de co-morbidades: trata-se da percepção dos participantes acerca de doenças desenvolvidas a partir da HA e/ou a ela relacionadas.

“Já tive surdez e cateterismo.” (P.65)

10. Religiosidade: trata-se de um comportamento religioso ou indicador de espiritualidade regular na vida do participante.

“O ancião me passou para obreiro, já estou fazendo leitura dos textos nas reuniões... Deus vai fazer um milagre!” (P.58)

11. *Coping* religioso: trata-se do conjunto de estratégias de enfrentamento, de natureza religiosa e/ou espiritual que o participante manifesta em reação a uma situação de estresse.

“Na hora da morte é que a gente agarra com Deus, antes eu não ia na igreja. Falava que ia, mas era só de vez em quando... Depois que a gente descobri as doença a gente tem aproximar de Deus...Aí eu fui e gostei dos crentes...” (P.66).

12. Locus de controle: refere-se ao modo como o participante percebe a relação entre seus esforços e o resultado para o tratamento da HA (sucesso ou fracasso), podendo ser orientado internamente ou externamente.

12.1. Locus de controle interno: trata-se da percepção de que o participante controla e é responsável pela condição da doença hipertensiva.

“Eu querendo melhorar, é eu que corro para fazer isso, ninguém vai beber remédio para mim, eu é que tenho que esforçar... pode até alguém ajudar com as coisas, mas, eu é que sei...” (P.57)

12.2. Lócus de controle externo: trata-se percepção de que são outros agentes que detêm o controle da HA.

“Muitas vezes depende dos padrões... quando sabe que o remédio acabou para trazer a gente pra cidade...” (P.68)

13. Perspectiva de futuro com a vida em geral: trata-se dos sentimentos do participante acerca de seguranças ou inseguranças, gerando crenças ou expectativas de acontecimentos futuros.

“Eu faço o tratamento que é pra fazer a pressão ficar boa. Eu preciso viver. Eu preciso viver pra pelo menos ver meus filhos casarem.” (P.2)

## DISCUSSÃO

Esse estudo teve como objetivo identificar e analisar os significados atribuídos à adesão ao tratamento de portadores de HA. Conforme Spink (1999) os sentidos são advindos de experiências coletivas e individuais, impregnadas de valores perpassados no num dado contexto histórico, onde envolve tanto as questões culturais, como às classe social a qual o indivíduos pertence. Para Camargo (1984), apreender os sentidos externados pela pessoa é como obter a autorização para olhar do lado de dentro dela, o que se considera uma ferramenta de extremo valor, pois, desenvolve-se uma ponte entre o objetivo e o subjetivo, ou aquilo que lhe é mais íntimo e traz dentro de si. Sendo que, somente através deste é que se pode compreender o indivíduos e perceber a essência de sua busca, necessidades e prioridades.

Assim, a confluência de informações sociodemográficas, clínicas e do discurso dos



participantes em muito auxilia na compreensão dos significados que estes depositam na adesão ao tratamento da HA.

Referindo-se a análise o perfil sociodemográfico (Tabela 13) verificou-se uma amostra composta em sua maioria por mulheres e com idade entre 41 e 80 anos. Evidenciando as faixas etárias de 41-50 anos e 71-80 anos. Em ambas imperando a quantidade de mulheres (22%, em cada faixa etária). O que fortalece a concepção de que há aumento da prevalência da HA com a idade (Ribeiro, 1996) e de que as taxas são superiores em mulheres com idade avançada (Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1999). Nota-se, ainda, que na faixa de 41-50 anos imperou a quantidade de mulheres, indicando que estas estão adquirindo a HA antes da menopausa, conforme também sugere a WHO (1995) e Lessa (1998).

Quanto a religião, predominaram indivíduos que denominam-se católicos (55,6%). As pessoas religiosas tendem a ter maior interação com outras pessoas e a estabelecer melhores relações inter-pessoais. Esse dinamismo auxilia para atenuar a ansiedade, a tensão e a agressividade. Nesse sentido, o comportamento religioso possui um efeito nos níveis de PA (Nomura, Prudencio & Koblmann Jr., 1995).

Quanto a situação conjugal, 72,2% moravam em companhia de seus companheiros. Segundo Moskowitz (1996), os estímulos e o apoio familiar desempenham um papel indispensável na decisão e no envolvimento do hipertenso com o tratamento da HA. Nesse estudo, os laços afetivos com os familiares demonstram influência positiva para a adesão ao tratamento.

Em relação a ocupação, a amostra foi representada em sua maioria por donas-de-casa (50%) e aposentados (33,2%) o que representa uma classe com baixo nível escolar (38,9% não sabiam ler e 33,3% eram apenas alfabetizados). A renda familiar constava entre 1 e 3 salários mínimos (88,9%). Esses achados apontam que as ocupações podem

estar relacionadas à escolaridade e à renda mensal. Vale ressaltar que poder aquisitivo precário é caracterizado como um dos grandes fatores que dificulta a adesão ao tratamento e que coopera para aumentar as preocupações dos participantes.

Referindo-se ao perfil clínico, observa-se (Tabela 14) que na faixa de 1 a 10 anos, referindo ao tempo de formulação do diagnóstico, do conhecimento do diagnóstico e com do tempo de tratamento, infere-se que, assim que os sintomas emergiram, os participantes recorreram às unidades de saúde, conseguindo fazer um diagnóstico precoce. Desta forma, já tinham recebido as orientações básicas acerca do tratamento da HA e suas consequências e, em algum grau, vindo a adaptar-se com sua nova condição, alcançando o controle da PA e estabelecendo mudanças no estilo de vida.

Nesse estudo, imperou o tratamento medicamentoso associado ao não-medicamentoso (66,6%). Esse dado sugere que os participantes já fazem uso de terapêutica anti-hipertensiva e seguem as orientações não-farmacológicas, acredita-se que estejam expostos aos efeitos benéficos do tratamento, ou seja, normalizar os níveis de PA ou baixá-los.

Quanto ao tratamento medicamentoso, o uso das doses diárias e sua utilização conforme orientação médica, a não utilização da auto-medicação e a boa adaptação com o remédio, denota que o esquema terapêutico seja simples, favorecendo a sua adaptação na rotina diária, evitando maiores possibilidades de esquecimento de sua ingestão e não apresentando efeitos colaterais importantes. Assim mesmo, acredita-se que esses fatores, em algum grau, possivelmente tem auxiliado na adesão ao tratamento.

Nessa população, 55,6% dos hipertensos declararam-se não-fumantes e 33,3% ex-fumantes; 66,7% afirmaram que não eram etilistas e 22,2% abandonaram hábito da ingestão de bebida alcoólica. Esses achados demonstram que os participantes tem procurando modificar seus comportamentos em relação à saúde, buscando romper com

hábitos nocivos à sua vida, os quais, uma vez transformados cooperam para o controle da PA, logo, para a maior qualidade de vida e longevidade.

A análise qualitativa dos dados obtidos por meio das entrevistas apontou que os participantes apresentavam dificuldades em estabelecer noções sobre a HA, e ao constituí-las, expressavam noções associadas à sua seriedade e gravidade, seu caráter assintomático, sua relação com problemas cardiovasculares e a importância do tratamento por toda a vida já que a doença é apenas passível de controle sendo, desta forma, necessário, frequentemente, aferir os níveis de PA. Bento, Ribeiro e Galato (2008), estudando sobre a percepção de pacientes hipertensos sobre a HA e o manejo terapêutico, verificaram que os participantes não conseguiram estabelecer um conceito correto da doença. Os mesmos se limitaram a fazer associações com os sintomas e não com da doença hipertensiva. No estudo de Péres, Magna e Viana (2003), sobre atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas dos portador de HA, apontou-se que 38% dos pacientes investigados não souberam conceituar o que é HA. Nesse estudo, a dificuldade em expressar os conceitos da HA pode estar associado tanto ao nível de conhecimento dos entrevistados, gerando impecilhos na compreensão, quanto a falhas na orientação da equipe de saúde. Contudo, poderá haver casos em que as informações dispensadas não foram efetivamente absorvidas. Assim sendo, faz-se necessário o desenvolvimento de novas maneiras de orientação (Péres, Magna & Viana, 2003).

Para os participantes, a etiologia da doença estava relacionada à hereditariedade; às questões dietéticas (tais como o excesso de sal e de gordura na comida); aos sintomas percebidos; e, ao etilismo e às dificuldades no manejo das preocupações, do nervosismo, do estresse e da depressão. Os estudos de Bento e colaboradores (2008), também, demonstraram informações precárias acerca das causas da HA, sendo que essas foram associadas aos seus sintomas e aos fatores hereditários. Conforme

Carvalho, Telarolli Jr. e Machado (1998), devido à multicausalidade da HA, até mesmo os médicos se deparam com dificuldade de definir uma única causa para a origem da doença hipertensiva. Assim, é compreensível que os participantes também apresentem dificuldades em defini-las. Contudo, reforça-se a importância do empenho das equipes de saúde em abordar acerca desse aspecto multifatorial para que as pessoas possam usar de meios profiláticos para assim evitar a aquisição da HA ou mantê-la sob controle.

Os sinais e sintomas mais percebidos pelos hipertensos que indicavam alteração da PA foram: dor de cabeça, palpitações, dor no peito, falta de ar, calor extremo, tontura, náuseas e vômitos. Nos estudos de Péres e colaboradores (2003), os sintomas mais citados foram: dor de cabeça; dor na nuca; coração acelerado; pontada no peito; tontura; dor no corpo e nas veias. Já no estudo de Dell'Acqua, Pessuto, Bocchi e Anjos (1997), os sintomas mais mencionados foram: distúrbios da visão, sudorese e calafrios, cefaléia occipital, arritmia cardíaca e formigamentos. Nota-se que há uma gama diversificada de sintomas que podem, de fato, passar despercebidos pelos pacientes, por não associá-los à HA, dificultando tanto o diagnóstico quanto a adesão (Cade, 1997). Contudo, nesse estudo, nota-se que alguns participantes estavam atentos ao surgimento de sintomas, buscando perceberem em seu próprio corpo alterações físicas ou algum sinal que pudesse alertá-los para, então, intensificar os cuidados com os níveis da PA. Para Pierin (1989) e Car, Pierin e Aquino (1991), a presença da sintomatologia coopera para que o hipertenso seja mais aderente ao tratamento.

Quanto ao prognóstico da HA, os pacientes apresentaram ter uma percepção negativa. Os mesmos relatavam que antes da HA, eram pessoas dispostas, animadas e alegres, diferente do estado psicológico atual: deprimidos, ansiosos e irritados. Segundo Nomura e colaboradores (1995), é comum observar que diante do diagnóstico de HA, o paciente tenha um descontrole emocional e mesmo sob tratamento e com controle da

PA, o indivíduo menciona menor bem-estar psicológico se comparado às pessoas que desconhecem sua condição de hipertenso e que não submetem ao tratamento

Em estudo com hipertensos, Jesus e colaboradores (2008) buscaram verificar os sentimentos destes em relação à satisfação com a vida como um todo. Os resultados apontaram que a maioria dos hipertensos entrevistados mencionaram satisfação em sua vida. Para os autores (2008), esse dado apresenta-se favorável uma vez que pode ser considerado como um aliado para a promoção da adesão ao tratamento. Nas pesquisas de Marroni (2005), os resultados revelaram que no grupo de hipertensos não controlados os pacientes apresentaram mais tristeza do que aqueles que tinham a PA controlada. Segundo Pierin (1989) e Jesus e colaboradores (2008), tanto o estresse como o estado emocional podem se constituir fatores de risco para a elevação dos níveis de PA. Desta forma, é imprescindível que se pense em intervenções que propiciem estratégias cognitivas a fim de cooperar com o indivíduo no enfrentamento e no manejo de situações de estresse e contextos que induzem à tristeza. Tais estratégias poderiam auxiliar para a diminuição da PA e para uma melhor adesão ao tratamento.

Nesse estudo, apesar dos participantes queixarem-se de estarem ansiosos, preocupados, irritados, nervosos e, muitas vezes, deprimidos, observa-se que os mesmos têm buscado mecanismos para reverter tal quadro, como por exemplo: retornar ao grupo de amigos, à igreja, evitar preocupações, mudar de profissão (quando esta lhe causa descontrole emocional), dormir mais cedo, assistir filmes menos agitados, entre outros. Nos estudos de Péres e colaboradores (2003), verifica-se que os participantes também buscavam controlar as emoções procurando se acalmar, não ficar nervosos ou evitar preocupações. Para o controle do estresse, procuravam sair de casa para passear, conversar com alguém, ficar quietos ou ir deitar, caracterizando diversas formas de enfrentamento psicológico.

Os relatos dos pacientes em relação à rede de suporte social concentraram nas áreas financeira, espiritual, familiar e da equipe de saúde. A única que apresentou como mais expressiva em precariedade foi a do aspecto financeiro. Os escassos recursos financeiros também foram destacados nos estudos de Firmo, Lima-Costa e Uchôa (2004) como sendo um fator gerador de obstáculo para o deslocamento do paciente de sua casa até a unidade de saúde. Desta forma, impedia-os de comparecer às consultas, de obter a medicação e de continuar seu uso. Castro e Car (2000), também, encontraram indícios que a situação econômica é um fator em potencial para a descontinuidade terapêutica. Eles observaram que os participantes mencionaram falta de recursos tanto para aquisição da medicação, quanto para a obtenção de produtos para uma dieta balanceada e enfatizam que o custo dos fármacos interferem na adesão ao tratamento e ainda impede que os pacientes façam escolhas para uma alimentação mais saudável. Nesse estudo, além das influências mencionadas pelos pesquisadores, infere-se que o estado emocional dos entrevistados pode estar relacionado tanto à falta de recursos econômicos, como à percepção de risco e medos que os mesmos apresentam.

Conforme a WHO (2003), o nível socioeconômico é um fator consistente como preditor da adesão. Esse aspecto ganha relevância quando o indivíduo, ao necessitar de tratamento em longo prazo e que exige várias atitudes, tem que deparar com gastos exorbitantes com os familiares, com os filhos e consigo próprio. Muitas vezes, as prioridades adversas levam o indivíduo a interromper ou descontinuar o tratamento que lhe é vital. Para aquela Organização, o baixo status socioeconômico, a pobreza, o analfabetismo, o baixo nível de escolarização, o desemprego e a condição de vida instável implicam de forma significativa sobre a adesão ao tratamento.

Quanto a percepção de risco relacionada à doença, verifica-se que os participantes consideravam-na como incurável, de extrema seriedade e podendo trazer

comprometimentos graves como o derrame e o infarto do miocárdio e até a morte. Como consequências da HA, Péres e colaboradores (2003) encontraram em seus participantes respostas tais como: derrame, infarto, trombose, esquecimento, suicídio, comprometimento renal e morte. Assim, devido ao seu alto grau de severidade, nesse estudo, os participantes ressaltaram que o tratamento deve ser feito criteriosamente e enfatizaram veementemente o uso da medicação.

Para Dela Coleta (1995) e Peres e colaboradores (2003), a percepção da gravidade da doença representa um fator importante para a adesão ao tratamento, podendo influenciá-la positivamente, pois, ao sentir-se vulnerável, o paciente procura meios para restabelecer a saúde. Nos estudos de Rosenstock (1974, citado por Dela Coleta, 1995), demonstrou-se que as crenças comportamentais possuem mais influência na predição de comportamentos favoráveis à saúde do que a severidade e susceptibilidade à doença percebida pelo indivíduo.

Quanto à percepção de co-morbididades houve um índice de 1,7%. Pode-se inferir que o baixo índice esteja associado ao tempo que estão em tratamento e à adesão ao mesmo. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2000) estimam que, aproximadamente, 80% da população idosa apresenta pelo menos uma doença crônica e cerca de 30% apresenta três ou mais comprometimentos. O tratamento da HA, independente de patologias associadas já se apresenta como algo de extrema complexidade, sendo que, o acúmulo de agravos poderão colocar a adesão em situação de risco e fragilizada.

O discurso dos participantes quanto aos indicadores de adesão apontou para uma valorização da terapêutica medicamentosa, porém, não desconsideraram a importância do tratamento não-farmacológico. As práticas mais citadas foram: o cuidado com os hábitos alimentares, o desenvolvimento de estratégias para equilibrar o estado

emocional e aferir a PA. Havia atitudes que tinham por finalidade auxiliar no controle da PA, tais como o uso de remédios caseiros (chás) e a preocupação com a prática dos exercícios físicos. Os participantes demonstraram alívio e satisfação ao mencionarem o êxito quanto ao abandono do tabagismo e do etilismo. A diversidade de atitudes expressadas pelos participantes vem demonstrar que tem ocorrido superações e certa libertação do modelo biomédico de assistência à saúde para uma postura mais ativa, dinâmica e participativa para o estabelecimento da condução do seu próprio tratamento (Cyrino, Schraiber & Teixeira, 2009). Conforme esses pesquisadores, o reducionismo ou a unicausalidade, como explicação lógica para a aquisição de doenças e a negligência aos aspectos sociais e psicológicos, finalmente não estão mais sendo aceitáveis.

Brown (1999, citado por Cyrino *et al.*, 2009), verificou mudanças no enfoque dos estudos sobre adesão entre as décadas de 1980 e 1990. Na década de 1980, houve constância de pesquisas que objetivaram mensurar, pré e pós-intervenção, o conhecimento do indivíduo acerca da doença e de seu controle. Já na década de 1990, observaram que as produções científicas, além de investigar o conhecimento da HA, buscavam desenvolver estratégias que envolviam a implementação efetiva do autocuidado, então, denominadas de estratégias comportamentais. Dentro destas estratégias, o estímulo ao empoderamento, a implantação de grupos de apoio e o suporte para as soluções de problemas e, ainda, a motivação e suporte para a autonomia foram contundentes para o fortalecimento das questões concernentes à adesão ao tratamento, em sua forma mais ampla. Vale ressaltar que tais estratégias envolvem dimensões emocionais, cognitivas e comportamentais que são de fundamental importância no processo de aceitação da doença para posterior atitude frente ao tratamento. Para Cyrino e colaboradores (2009), discutir a estratégia de empoderamento na educação para o autocuidado e autocontrole da doença, significa empenhar para uma modalidade de



prática de natureza mais dialógica e de maior respeito à autonomia moral e cognitiva do indivíduo. Nesse sentido, contribui para que o hipertenso se desenvolva como sujeito, nesta condição de portador.

Quanto as queixas mais recorrentes, que indicavam como inibidoras da adesão, destacam-se as dificuldades de acesso à unidade de saúde, devido à distância e a locomoção; o tempo de espera nas consultas; a idade avançada e a falta de recursos aliada à indisposição para a prática de exercícios físicos e o controle de peso. Nesses aspectos, evidencia-se uma aderência deficiente, ainda que hajam esforços para o seguimento dessas práticas.

O derrame e o infarto foram as doenças mais relatadas e temidas pelos hipertensos, sendo que dados semelhantemente foram encontrados por Pierin (1989). Os medos de morrer, de ficar inválido (aleijado, paralítico ou acamado), de ser dependente ou impossibilitados de cuidar dos filhos em consequência de derrame e infarto apresentaram-se como facilitadores da adesão. Para Dela Coleta (1995), uma vez que se instalou a HA, o infarto é uma possibilidade real. Assim, ante a iminência de um comprometimento desse porte, os pacientes acabam envolvendo com a conduta terapêutica. A menção restrita ao infarto e ao derrame poderia sugerir que os pacientes possuem conhecimento bastante limitado acerca das complicações advindas da HA, necessitando assim, da implementação de ações educativas que sanem tais déficits.

Para Car e colaboradores (1991), as crenças estão intimamente ligadas aos comportamentos de enfrentamento da doença hipertensiva e do tratamento. Nesse sentido, percebe-se neste estudo que, após o diagnóstico da HA, houve retorno à religião, passando a freqüentar mais assiduamente e participar de várias atividades na igreja, numa forma de *coping* religioso, o que poderia estar cooperando para maior adesão ao tratamento. Essas estratégias de enfrentamento visavam controlar suas

emoções (por meio da interação interpessoal), obter alívio dos sintomas ou alcançar a cura. O locus de controle de saúde interno demonstrou ser um componente importante para otimizar a adesão, desta forma, os pacientes buscam intensificar uma postura mais ativa no tratamento, considerando que as suas próprias atitudes são, muitas vezes, determinantes no sucesso dos resultados. Estudos desenvolvidos por Stanton (1987, citado por Kurita & Pimenta, 2004), com pacientes portadores de HA, apresentaram resultados semelhantes.

Os relatos quanto à perspectiva de futuro com a vida em geral apresentou pouca recorrência, mas houve explicações que apontam para uma melhora nas condições de saúde geral dos hipertensos comparando às condições no início do tratamento para o estado atual. Alguns descrevem situações de resignação, melhora nas relações familiares, mudança de enfoque para os aspectos positivos e melhor qualidade de vida. Contudo, tais situações não minimizam as dificuldades enfrentadas pelos hipertensos no controle da PA.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obtenção dos sentidos e significados expressados pelos portadores de HA é a matéria-prima fundamental para se fazer reflexões e avaliar os programas de assistência à saúde, bem como, verificar a conduta da equipe frente a seus assistidos.

Somente quando se conhece os conteúdos manifestos e latentes, objetivos e subjetivos do indivíduo, é que se pode articular e otimizar programas que, verdadeiramente, vem ao encontro com suas reais necessidades. Assim, os resultados desta investigação são de extrema valia, podendo-se, a partir deles, planejar a capacitação dos profissionais da área de saúde, no campo de ensino prático-teórico, visando sempre a autonomia do sujeito.

Considerando o poder influenciador das emoções, tanto na promoção, como na problematização da saúde, é mister realçar o papel da psicologia da saúde em prol da compreensão da diversidade de impactos psicológicos advindos das doenças, valorizando e evidenciando as dimensões psicossociais da saúde, da doença e da cura. De semelhante modo, ressaltar a importância do profissional Psicólogo atuando na implementação e implantação dos projetos de saúde pública e nas instituições assistenciais.

## REFERÊNCIAS

- Assunção, M. C. F.; Santos, I. S., & Dias-da-Costa, J. P. (2002). Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 205-211.
- Assunção, M. C. F.; Santos, I. S., & Gigante, P. D. (2001). Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Revista de Saúde Pública*, 35: 88-95.
- Azevedo, R. G., & Paz, M. A. C. (2006). A prevalência de hipertensão arterial em idosos atendidos no centro de convivência para idosos em Cuiabá. *Estudos interdisciplinares do envelhecimento*, 9: 101-115.
- Barbosa, J. B. e colaboradores (2008). Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados em São Luís/MA. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91(4), 260-266.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Trad. Reto L. A. & Pinheiro, A. Lisboa: Edições 70 (original publicado em 1977).
- Bento, D. B.; Ribeiro, I. B., & Galato, D. (2008). Percepção de pacientes hipertensos cadastrados no Programa Hiperdia de um município do sul do Brasil sobre a doença e o manejo terapêutico. *Revista Brasileira Farmacêutica*, 89(3), 194-198.
- Cade, N. V. (1997). O cotidiano e a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Cogitare Enfermagem*, 2: 10-15.
- Camargo, A. (1984). Os Usos da História Oral e da História de Vida: trabalhando com elites políticas. *Revista de Ciências Sociais*, 27(1), 5-28.
- 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.

Carvalho, F.; Telarolli Jr., R., Jr. & Machado, J. C. C. S. (1998). Uma investigação antropológica na 3ª idade: concepções sobre a hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(3), 617-621.

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.

Castro, V. D., & Car, M. R. (2000). O Cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(2), 145-53.

Chobanian, A.V. *et al.* (2003). Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*, 42: 206-1252.

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

Converso, M. E. R., & Leocádio, P. L. L. F. (2005). Prevalência da hipertensão arterial e análise de seus fatores de risco nos núcleos de terceira idade de Presidente. *Revista Ciência em Extensão*, 2(1), 13-23.

Cyrino, A. P.; Schraiber, L. B., & Teixeira, R. R. (2009). Education for type 2 diabetes mellitus self-care: from compliance to empowerment. *Revista Interface* 13(30), 93-106.

Dela Coleta, M. F. (1995). *O modelo de crenças em saúde: uma aplicação a prevenção e controle da doença cardiovascular*. (Tese de Doutorado). Brasília: Universidade de Brasília.

Dell'Acqua, M.C.Q.; Pessuto, J.; Bocchi, S.C.M., & Anjos, R.C.P.M. (1997). Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5(3), 43-48.

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial V (2007). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 89(3), 24-79.

Elsen, I.; Marcon, S. S., & Silva, M. R. S. (2004). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem.

Firmo, J. O. A.; Lima-Costa, M. F., & Uchôa, E. (2004). Projeto bambu: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4), 1029-1040.

Garcia, S. M. S.; Galvão, M. T. G.; Araújo, E. C., & Cavalcanti, A. M. T. S. (2007). Aspectos socioepidemiológicos e clínicos de portadores de hipertensão arterial. *Revista de Enfermagem da UFPE*, 1(2), 149-156.

Gomes, M. A. M. *et al.* (2004). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, IV. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 82(supl.4), 7-14.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2000). *Censo Demográfico*. Recuperado em 14 abril, 2008, de <http://www.ibge.gov.br>

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

Kurita, G. P., & Pimenta, C. A. M. (2004). Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(3), 254-261 .

Lessa I. (1998). Epidemiologia da hipertensão arterial. Em: I. Lessa (Org.). *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo: Editora Hucitec.

Lessa, I.; Magalhães, L.; Araújo, M. J.; Almeida, N., Filho; Aquino, E., & Oliveira, M. M. C. (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.

Lopes, M. C. L.; Carreira, L.; Marcon, S. S.; Souza, A. C., & Waidman, M. A. P. (2008). O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(1), 198-211.

Marroni, S. N. (2005). *Controle da hipertensão arterial em unidades básicas de saúde da região oeste da cidade de São Paulo*. (Tese de doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo.

Moskowitz, L. (1996). Psychological management of postsurgical pain and patient adherence. *Journal Hand Clinics*, 12(1), 129-137.

Munoz, L. A.; Price, Y.; Cambini, L., & Stefanelli, M. C. (2003). Significados simbólicos dos pacientes com doenças crônicas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(4), 77-84.

Nomura, P. I.; Prudencio, L. A. R., & Koblmann, O., Jr . (1995). Características do indivíduo hipertenso. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 17(1), 13-20.

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

Péres, D. S.; Magna, J. M., & Viana, L. A. (2003). Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista de Saúde Pública*, 37(5), 635-642.

Pierin, A. M. G. (1989). A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 23: 35-48.

Pitaluga, W. V. C. (2006). *Avaliação da qualidade de vida de portadores de Anemia Falciforme*. (Dissertação de mestrado). Goiânia: Universidade Católica de Goiás.

Polejack, L., & Seidl, E. M. F. (2008). Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento anti-retroviral para HIV/aids. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 1, 704.

Reiners, A. A. O.; Azevedo, R. C. S.; Vieira, M. A., & Arruda, A. L. G. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & saúde coletiva*, 13(supl.2), 2299-2306.

Ribeiro, A. B. (1996). Atualização em hipertensão arterial: diagnóstico e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1996.

Silveira, C. A. M.; Remígio, M. I., & Brandão, S. (2001). Hipertensão Arterial Sistêmica. Em N. A. Filgueira; , J. I. Costa Júnior; C. C. S. Leitão; V. G. Lucena; H. R. L.Melo; C. A. A. Brito - Orgs. *Condutas em Clínica Médica* (pp. 314-332). Rio de Janeiro: MEDSI.

Sociedade Brasileira de Hipertensão (2002). Hipertensão Arterial: diagnóstico e classificação. *Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão*, 04(05), 131-135

Spink, M. J. (1999). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. São Paulo: Cortez Editora.

Wendhausen, A. L. P. & Rebello. B. C. (2004). As concepções de saúde-doença de portadores de hipertensão arterial. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 3(3), 243-251.

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

WHO - World Health Organization. (1978). *Expert Committee on Arterial Hypertension*. Geneva: Technical Report Series, 628.

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

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma investigação sobre Adesão ao Tratamento de Portadores de Hipertensão Arterial (HA), desenvolvida pela psicóloga Erivanea Garcia Ribeiro, sob a orientação do Dr. Sebastião Benício da Costa Neto, sendo requisito de conclusão do mestrado em Psicologia da Universidade Católica de Goiás.

Esta pesquisa tem por finalidade: 1) identificar o perfil sócio-demográfico do portador de HA, 2) identificar o perfil clínico do portador de HA, 3) analisar indicadores quantitativos da adesão, 4) correlacionar os indicadores quantitativos de adesão ao tratamento da HA com os dados sócio-demográficos e clínicos, 5) verificar quais e como os fatores multidimensionais influenciam o grau de adesão ao tratamento da doença hipertensiva e 6) verificar as crenças em saúde do portador de HA.

A pesquisa poderá contribuir para a compreensão dos fatores multidimensionais que influenciam a adesão ao tratamento da HA e assim, auxiliar no desenvolvimento de técnicas e intervenções que propiciem maior adesão das pessoas à terapêutica indicadas. Você não terá nenhum benefício direto por estar participando, mas contribuirá para que o conhecimento aqui produzido possa ajudar pessoas com problemas parecidos ao seu.

Sua participação consistirá em dois momentos: primeiro, você responderá um questionário com perguntas já estabelecidas acerca de dados pessoais e médicos. Segundo, você responderá uma entrevista, que deverá ser gravada em áudio. Não existem respostas certas ou erradas. Nós queremos conhecer seu ponto de vista sobre os assuntos aqui levantados.

Sua participação deverá ser voluntária, ou seja, você não terá nenhum ganho imediato com isto. Também, os riscos previstos por sua participação são mínimos e envolverá o desconforto de estar respondendo a entrevista. Sendo assim, não está previsto nenhuma forma de ressarcimento.

Você poderá fazer todas as perguntas que achar necessário. Caso decida em não participar, ou desista por qualquer motivo, não haverá nenhum prejuízo na assistência que vem recebendo da Instituição de Saúde onde é acompanhado.

Serão garantidos o sigilo das informações obtidas e a liberdade de desistir da pesquisa em qualquer momento. Na publicação dos resultados será mantido o anonimato dos seus dados, sendo impossível



identificá-lo(a).

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá procurar os pesquisadores. Em caso de dúvidas sobre a ética da pesquisa você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da FESURV – Universidade de Rio Verde, nos endereços ou telefones abaixo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será assinado em duas vias de igual teor, sendo uma assinada pelo participante voluntário e a outra pela pesquisadora.

Diante das informações acima, concordo em participar da pesquisa.

Rio Verde \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2009.

---

Assinatura do participante

---

Assinatura da pesquisadora

Pesquisadores:

Erivanea Garcia Ribeiro - (64) 9641-0134  
R. Eurico Gaspar Dutra, 35, Vila Borges  
Rio Verde/Goiás.

Sebastião Benício da Costa Neto - (62) 9178 - 7530  
Av. Universitária, nº 1069, Setor Universitário  
Goiânia/Goiás.

Comitê de Ética em Pesquisa da FESURV  
Universidade de Rio Verde – FESURV  
Av. Presidente Vargas, nº 2342,  
1º andar - Jardim Goiás  
Rio Verde/Goiás - Telefone (64) 3620 - 2361

## ANEXO II

## FICHA REGISTRO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nº.	VARIÁVEIS	Codificação
1.	NOME: (iniciais): _____	
<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>		
2.	Idade: _____ (anos)	1. _____
3.	Naturalidade (Estado): _____	2. _____
4.	Endereço/bairro: _____	3. _____
5.	Cidade: (1) Rio Verde (2) Goiânia	4. _____
6.	Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	5. _____
7.	Raça/Côr: (1) Branca (2) Parda (3) Negra (4) Amarela (5) Indígena	6. _____
<b>SITUAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA</b>		
8.	Residência Zona: (1) Urbana (2) Rural	7. _____
9.	Escolaridade: (1) Não sabe ler escrever (2) Alfabetizado (3) Ensino Fundamental incompleto (4) Ensino Fundamental completo (5) Ensino Médio incompleto (6) Ensino Médio completo (7) Superior incompleto (8) Superior completo (9) Pós-graduado (10) Especialização /Residencia (11) Mestrado (12) Doutorado	8. _____
10.	Situação Conjugal: (1) Convive com companheiro regular (2) Convive sem companheiro regular ( esporadicamente) (3) Não convive com companheiro (4) Não tem companheiro (5) Vive só	9. _____
11.	Ocupação: (1) Comércio (2) Indústria (3) Agropecuaria (4) Estudante (5) Aposentado (6) Pensionista (7) Do lar (8) Dependente (9) Desempregado (10) Autonomo (11) Afastado (12) Outra _____	10. _____
12.	Renda familiar: (1) < 1 salário mínimo (2) 1 a 3 salários (3) 4 a 6 salários (4) > 6 salários	11. _____
13.	Região: (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Ateu (5) Testem. Jeová (6) Judaísmo (7) Budista (8) Muçulmana (9) Sem religião (10) Outra _____	12. _____

## ANEXO III

## FICHA REGISTRO DE DADOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO		
14.	Tempo de conhecimento do diagnóstico: _____ (meses) _____ (anos)	13. _____
15.	Tempo do diagnóstico da HA: _____ (meses) _____ (anos)	14. _____
16.	Complicações advindas da HA: _____	15. _____
TRATAMENTO		
17.	Tipo de Tratamento: (1) Medicamentoso exclusivo (2) Não medicamentoso exclusivo (3) Medicamentoso associado com não-medicamentoso	16. _____
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO		
18.	Número de drogas: (1) Uma droga (2) Duas drogas (3) Três drogas (4) Não usa	17. _____
19.	Número de doses diárias: (1) Uma dose (2) Duas doses (3) Três doses (4) Não usa	18. _____
20.	Você toma a medicação todos os dias na quantidade recomendada? (1) Sim (2) Não	19. _____
21.	Por quais motivos? _____	20. _____
22.	Você utiliza algum outro medicamento para HÁ por conta própria? (1) Sim (2) Não	21. _____
23.	Por quais motivos? _____	22. _____
24.	Como você adquire o(s) medicamento(s) para HÁ? _____	23. _____
25.	Tomar o medicamento prescrito afeta a sua rotina de vida? (1) Muito (2) Um pouco (3) Não afeta (4) Não sei dizer	24. _____
26.	Por que? _____	25. _____
27.	Você possui alguma dificuldade em ir buscar o medicamento? (1) Muito (2) Um pouco (3) Não (4) Não sei dizer	26. _____
28.	Por que? _____	27. _____
29.	Quem é, habitualmente, a pessoa responsável pela administração do medicamento? (1) Paciente (2) Familiares (3) Paciente e familiares (4) Profissional (5) Não sei dizer (6) Outro, quem? _____	28. _____
30.	Você possui apoio de sua família para realizar o tratamento? (1) Sim, totalmente (2) Sim, parcialmente (3) Não (4) Não sei dizer	29. _____
TEMPO EM TRATAMENTO		
31.	Há quanto tempo faz o tratamento? _____ anos (1) Não sabe (2) < 1 ano (3) 1 – 2 anos (4) 3 – 5 anos (5) 6 anos	30. _____
32.	Já parou de fazer tratamento alguma vez? (1) Sim (2) Não	31. _____
33.	Quais foram os motivos? _____	32. _____

<b>TRATAMENTO ALTERNATIVO</b>		
34.	Você usa algum tratamento alternativo? (1) Sim (2) Não	33. _____
35.	Quais? _____	34. _____
36.	Quando você usa o tratamento alternativo, você deixa de tomar a medicação? (1) Sim (2) Não	35. _____
<b>TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO</b>		
37.	Atividade física regular (3 vezes por semana 30 min.) (1) Regular (2) Irregular (3) Ausente	36. _____
38.	Se não pratica ou é irregular, quais são os motivos? _____	37. _____
39.	Você sabe qual é seu peso ideal? (1) Sim (2) Não	38. _____
40.	Qual? _____	39. _____
41.	Você tem dificuldade de manter seu peso ideal? (1) Sim (2) Não	40. _____
42.	Quais? _____	41. _____
43.	Você fuma? (1) Sim (2) Não (3) Às vezes (4) Abandonou o fumo	42. _____
44.	Se sim ou às vezes: Quais as dificuldades para parar de fumar? _____	43. _____
45.	Você tem costume de usar bebida alcoólica? (1) Sim, todos os dias (2) Sim, nos fins de semana (3) Não (4) Abandonou o álcool	44. _____
46.	Você tem dificuldade para reduzir o consumo de bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não	45. _____
47.	Quais? _____	46. _____
48.	Como é o sal em sua comida? (1) Normal (2) Fraco/pouco (3) Salgada (bem temperada)	47. _____
49.	Quando se alimenta fora de casa mantém a dieta de pouca gordura? (1) Sim (2) Não	48. _____
50.	Você realiza atividades de lazer (1) Sim (2) Não	49. _____
51.	Por que? _____	50. _____
52.	Você comparece mensalmente às consultas? (1) Sim (2) Não	51. _____
53.	Por que? _____	52. _____
<b>PERCEPÇÕES SOBRE A HA E O TRATAMENTO</b>		
54.	Em sua opinião, o que faz a pressão subir? _____	53. _____
55.	A HÁ pode ser tratada sem remédio? _____	54. _____
56.	Que tipo de tratamento sem remédio você acredita que pode baixar a HA? _____	55. _____
57.	Quais as principais dificuldades para fazer o tratamento para hipertensão com regularidade? _____	56. _____

## ANEXO IV

**INSTRUMENTO PARA AVALIAR A ADESÃO AO TRATAMENTO  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

VARIÁVEIS	NOTA MÁXIMA	NOTA RECEBIDA	DESCRIÇÃO
CONSUMO ADEQUADO DE SAL	1,0	(0,0) ( )	Refere claramente que consome sal sem moderação. Menciona isto como sem importância.
		(0,25) ( )	Refere claramente que consome sal sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal.
		(0,5) ( )	Refere claramente que consome muito sal, mas diz que quer diminuir e não consegue.
		(0,75) ( )	Refere que às vezes consome uma quantidade maior de sal, mas é raro.
		(1,0) ( )	Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao sal.
CONSUMO ADEQUADO DE GORDURA	0,5	(0,0) ( )	Refere claramente que consome gordura, sem moderação e menciona isto como sem importância.
		0,12 ( )	Refere claramente que consome gordura, sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal.
		0,25 ( )	Refere claramente que consome muita gordura, mas alega que quer diminuir e não consegue.
		0,37 ( )	Refere que às vezes consome mais gordura, mas é raro.
		0,5 ( )	Afirma ter cuidado extremo com a restrição a gordura.
ÍNDICE DE MASSA CORPORÉIA (IMC)	1,0	(0,0) ( )	> 35 e < 40 kg/m <sup>2</sup>
		(0,25) ( )	> 30 e < 35 kg/m <sup>2</sup>
		(0,5) ( )	> 25 e < 30 kg/m <sup>2</sup>
		(1,0) ( )	< 25 kg/m <sup>2</sup>
ABSTINÊNCIA DO FUMO	0,5	(0,0) ( )	Refere claramente que fuma, em excesso, e conta isto como sem importância.
		(0,12) ( )	Refere claramente que fuma, em excesso, mas diz saber que faz mal.
		(0,25) ( )	Refere claramente que fuma, mas comenta que quer diminuir e não consegue.
		(0,37) ( )	Refere que às vezes fuma, mas é raro.
		(0,5) ( )	Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao fumo.
AUSÊNCIA DE INGESTA ALCOÓLICA	0,5	(0,0) ( )	Refere claramente que é etilista, sem moderação, e fala nisto como sem importância.
		(0,12) ( )	Refere claramente que é etilista, sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal.
		(0,25) ( )	Refere claramente que é etilista, mas alega que quer diminuir e não consegue.
		(0,37) ( )	Refere que às vezes bebe, mas é raro.
		(0,5) ( )	Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao álcool.
PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS	1,0	(0,0) ( )	Refere claramente que é sedentário e menciona isto como sem importância.
		(0,25) ( )	Refere claramente que é sedentário, mas diz saber que faz mal.
		(0,5) ( )	Refere claramente que é sedentário, mas ressalta que quer modificar o comportamento e não consegue.
		(0,75) ( )	Refere que às vezes é sedentário, mas é raro.
		(1,0) ( )	Afirma ter cuidado extremo com o sedentarismo.

VARIÁVEIS	NOTA MÁXIMA	NOTA RECEBIDA	DESCRIÇÃO
ENFRENTAMENTO EFICAZ DO ESTRESSE	0,5	(0,0) ( )	Refere claramente que se estressa com muita facilidade e conta isto como sem importância.
		(0,12) ( )	Refere claramente que se estressa com muita facilidade, mas diz saber que faz mal.
		(0,25) ( )	Refere claramente que se estressa com facilidade, mas enfatiza que quer modificar o comportamento e não consegue.
		(0,37) ( )	Refere que às vezes se estressa, mas é raro.
		(0,5) ( )	Afirma ter cuidado extremo com o estresse.
USO ADEQUADO DO(S) MEDICAMENTO(S)	1,5	(0,0) ( )	Refere claramente que não toma o medicamento e menciona isto como sem importância.
		(0,25) ( )	Refere claramente que não toma o medicamento, só quando a pressão sobe.
		(0,5) ( )	Refere claramente que tem dificuldade em tomar o fármaco corretamente pelos seus efeitos colaterais.
		(1,0) ( )	Refere que às vezes se esquece de tomar o remédio, mas é raro.
		(1,5) ( )	Afirma ter cuidado extremo com o horário e forma de tomar os medicamentos.
COMPARECIMENTO ÀS CONSULTAS MENSAS	0,5	(0,0) ( )	Refere claramente que vai à consulta somente quando passa muito mal.
		(0,12) ( )	Refere claramente que vai à consulta somente quando a pressão sobe.
		(0,25) ( )	Refere claramente que falta às consultas, mas diz que quer modificar tal comportamento e não consegue.
		(0,37) ( )	Refere que às vezes falta à consulta, mas é raro.
		(0,5) ( )	Afirma ter cuidado extremo com o comparecimento às consultas.
CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL	3,0	(0,0) ( )	( ) > 180 X 110 mm Hg
		(0,5) ( )	( ) 160-179 mm Hg X 100-109 mm Hg
		(1,0) ( )	( ) PAS>140 mm Hg e PAD<90 mm Hg
		(1,5) ( )	( ) 140-159 X 90-99 mm Hg (Normal limitrofe)
		(3,0) ( )	( ) < 130-139 X 85-89 mm Hg (Pressão normal)
<b>TOTAL</b>	<b>10,0</b>	<b>X = _____</b>	

Adaptado por Moreira (2004) de Araújo (1999).

**CLASSIFICAÇÃO:**

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)  
X ≥ 9 = Adesão extrema (AE).

## ANEXO V

### ESCALA DE CRENÇAS EM SAÚDE

Questionário sobre o que você e faz sobre a sua saúde.  
Para cada frase, você deverá responder se:

<b>(DT)</b>	<b>- Discorda Totalmente</b>
<b>(D)</b>	<b>- Discorda em parte</b>
<b>(I)</b>	<b>- Indeciso ou não sabe</b>
<b>(C)</b>	<b>- Concorda apenas em parte</b>
<b>(CT)</b>	<b>- Concorda Totalmente</b>

1.	Qual a sua opinião sobre usar pouco sal na comida?	DT =1	D =2	I =3	C =4	CT =5
	Deve-se usar pouco sal na comida porque ele aumenta a pressão arterial					
	A comida com pouco sal não tem gosto					
	O sal não faz bem à saúde					
	Para a maioria das pessoas o sal não faz mal					
	Quem usa muito sal perde o paladar ou o apetite					
	Quem não faz sua própria comida não pode diminuir o sal					
	Usar pouco sal evita problemas renais					
	Os médicos recomendam usar pouco sal e eles estão certos					
	Para comer comida com pouco sal a pessoa deve ter força de vontade					
	A comida salgada não é aconselhável para ninguém					
	A comida com pouco sal é mais gostosa					

2.	Qual a opinião sobre comer comida com menos gorduras?	DT =1	D =2	I =3	C =4	CT =5
	A comida gordurosa produz colesterol					
	Algumas comidas com gordura são deliciosas					
	A gordura faz mal à saúde					
	A gordura não faz mal para a maioria das pessoas					
	A comida gordurosa é pesada e de difícil digestão					
	Comida sem gordura é ruim de gosto					
	Comer muita gordura causa problemas no coração					
	É muito difícil fazer regime e não poder comer de tudo					
	A gordura entope as artérias e veias					
	Muitas vezes não tem escolha, a pessoa como o que tem					
	A comida com gordura é ruim de gosto					
	Se uma pessoa está acostumada a comer gorduras, é difícil mudar					
	A gordura causa obesidade					

3.	Qual a sua opinião sobre comer menos doce, menos açúcar?	DT =1	D =2	I =3	C =4	CT =5
	O Açúcar engorda, causa obesidade					
	O açúcar não faz mal					
	Comer pouco açúcar evita diabetes.					
	A pessoa que está acostumada a comer doces não consegue ficar sem comê-los					
	Comer pouco açúcar é bom para a saúde					
	Se a pessoa gosta muito de doces, é impossível não comê-los					
	Comer doces aumenta o açúcar no sangue					
	Doce alimenta					
	O açúcar engrossa o sangue					
	Uma pessoa tem que comer doce se tiver vontade					
	Seria horrível se eu não pudesse comer doces					
	Quem trabalha muito, não consegue relaxar					
	Quem trabalha deve descansar					
	Vive mais quem tem tempo para descanso					

4.	Qual a sua opinião sobre fazer exercícios, várias vezes na semana?	DT =1	D =2	I =3	C =4	CT =5
	Os exercícios mantêm a boa saúde					
	Exercícios são só para quem tem tempo					
	Praticar exercícios dá disposição, ânimo, energia e bem estar					
	Fazer exercícios exige muito esforço					
	Os exercícios são bons para manter a forma e o peso					
	Fazer exercícios é bom para a circulação e o coração					
	Fazer exercícios é preciso ter força de vontade					
	Quem faz exercícios fica forte, desenvolve os músculos e melhora a condição física					
	Quem faz exercícios evita o estresse e ajuda na saúde mental					
	Os exercícios em geral causam muito cansaço na pessoa					
	Fazer exercícios é bom para as articulações (juntas)					
	Só pratica exercícios quem é desinibido					
	Quem faz exercícios dorme melhor					
	Quem faz exercícios tem apetite					

5.	Qual a sua opinião sobre evitar preocupações?	DT =1	D =2	I =3	C =4	CT =5
	As preocupações prejudicam a saúde					
	É difícil viver sem preocupações					
	As preocupações causam ansiedade, nervosismo, estresse					
	Os problemas financeiros não deixam as pessoas se despreocuparem					
	Preocupar-se não resolve o problema, não leva a nada.					
	O trabalho não permite viver sem preocupações					
	As preocupações causam hipertensão e podem levar ao infarto					
	Quem tem família não consegue se despreocupar					
	As preocupações causam desgaste físico e mental					
	É difícil viver sem preocupações quando se tem muita responsabilidade					
	As preocupações atrapalham o raciocínio, a concentração e a produtividade da pessoa					

6.	Qual a sua opinião sobre ter suas horas de lazer e diversão?	DT =1	D =2	I =3	C =4	CT =5
	O lazer serve para descontrair, aliviar as tensões, esquecer as preocupações e descansar a cabeça					
	Só quem tem tempo pode ter lazer					
	O lazer faz bem para a saúde física e mental					
	Não dá para ter diversão porque as coisas estão muito caras					
	O homem tem necessidade de lazer, faz parte da vida					
	O lazer ajuda a trabalhar melhor, mais tranquilo					
	Só quem tem saúde pode se divertir ou passear					
	A diversão dá energia para viver					
	O lazer deve ser equilibrado com o trabalho. Tem hora para tudo.					

7.	Qual a sua opinião sobre ter um tempo para descanso, sossego, relaxamento, meditação?	DT =1	D =2	I =3	C =4	CT =5
	O descanso serve para renovar as energias e restaurar a mente e o corpo					
	Só descansa quem tem tempo					
	O descanso dá tranquilidade, ânimo e bem estar					
	Quem não está acostumado, não consegue descansar ou relaxar					
	O descanso é bom para aliviar as tensões e evitar o estresse					
	Descansar ou relaxar faz bem para a saúde					



8.	Qual a sua opinião sobre procurar medir a pressão arterial?	DT =1	D =2	I =3	C =4	CT =5
	Deve-se saber o valor da pressão arterial para se prevenir de problemas					
	Quem se sente bem, não precisa medir a pressão					
	Deve-se medir a pressão para se conhecer o estado de saúde					
	Não acho importante ou necessário conhecer o valor da pressão					
	Deve-se saber como anda a pressão para evitar infarto					
	Não se deve conhecer o valor da pressão para não se preocupar					
	Cada pessoa deve conhecer a pressão para saber se é hipertensa					
	Para medir a pressão a pessoa tem que ter tempo					
	Deve-se conhecer a pressão para se viver mais					
	Ninguém vai pagar consulta só para medir a pressão					

9.	Qual a sua opinião sobre consultar o médico uma vez por ano?	DT =1	D =2	I =3	C =4	CT =5
	Deve-se consultar o médico regularmente para se conhecer o estado de saúde					
	Quem não sente nada não precisa ir ao médico					
	Só vai ao médico quem é preocupado com a saúde					
	Médico só em caso de necessidade					
	É bom consultar o médico para prevenir-se das doenças					
	Gasta-se muito tempo com consultas e exames					
	Para ir ao médico todo ano é preciso ter dinheiro					
	Não acho importante consultar o médico todo ano					
	Deve-se consultar o médico para tratar os problemas e evitar que piorem					
	Ir ao médico é desagradável					
	Quem vai ao médico acha um monte de doenças					
	Os exames e tratamentos médicos são muito cansativos					

10.	Qual a sua opinião sobre não fumar ou parar de fumar?	DT =1	D =2	I =3	C =4	CT =5
	O cigarro prejudica a saúde					
	É difícil acabar com o vício de fumar					
	O fumo prejudica o pulmão					
	O cigarro prejudica a respiração e o fôlego					
	Fumar moderadamente não faz mal					
	Fumar faz mal ao coração e à circulação					
	O fumo incomoda as outras pessoas					
	Fumar acalma e dá prazer					
	O fumo tira o apetite					
	As pessoas não foram feitas para respirar fumaça					
	Parar de fumar dá angústia					
	Fumar dá mau-hálito					

11.	Qual a sua opinião sobre evitar bebidas alcoólicas?	DT =1	D =2	I =3	C =4	CT =5
	O álcool faz mal à saúde					
	Beber moderadamente não faz mal					
	A bebida faz mal ao fígado e ao coração					
	Uma das melhores coisas da vida é beber numa rodinha de amigos ou de pessoas agradáveis.					
	A bebida prejudica o cérebro e os nervos					
	Se eu tivesse que jamais tomar qualquer bebida alcoólica eu ia sofrer muito					
	O álcool perturba a mente e altera o comportamento					
	Eu não conseguiria ficar sem beber					
	Beber é um vício, uma fraqueza					
	É difícil evitar bebidas como a cerveja, o uísque, a pinga ou o vinho					

12.	Qual a sua opinião sobre manter o peso ideal para a idade e a altura?	DT =1	D =2	I =3	C =4	CT =5
	Com o peso adequado a pessoa tem mais disposição e bem estar					
	Perder peso é um sacrifício					
	O excesso de peso faz mal à saúde					
	Emagrecer é muito difícil					
	O excesso de peso atrapalha os movimentos e a agilidade da pessoa					
	É melhor comer à vontade do que ficar se preocupando com o peso					
	Quem está acima do peso pode ter problemas de coração					
	A pessoa que não faz sua própria comida não pode escolher o que comer					
	É bom controlar o peso para manter a forma, ficar elegante					
	Não acho importante manter o peso					
	O gordo tem problemas de coluna					
	A obesidade é uma doença					

13.	Qual a sua opinião sobre tomar os remédios receitados pelo médico, quanto doente?	DT =1	D =2	I =3	C =4	CT =5
	O médico sabe o que faz, ele estudou para isso					
	Remédios são sempre um veneno, não são naturais					
	Deve-se tomar os remédios indicados para curar o problema					
	Não é bom confiar totalmente nos médicos					
	Em geral os remédios são muito caros					
	Deve-se confiar no médico					

## ANEXO VI

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO

#### **I - Reconhecimento da HA e providências tomadas**

1. O que é hipertensão para você?
2. Como a HA se manifesta?
3. Na sua opinião, quais os motivos que levarão você ter HA?
4. Há quanto tempo sabe que tem HA?
5. Como soube que tem HA?
6. Como se sentiu quando soube que era portador de HA?
7. Por que você faz tratamento para HA ?
8. Considera a HA como um problema sério? Por quê?
9. Você acha que a HA pode trazer complicações? Quais?
10. No seu ponto de vista, a HA tem cura?
11. Para você, como o tratamento da HA deve ser feito?

#### **II - Reconhecimento da HA e providências tomadas**

12. Você geralmente conhece se sua pressão está normal, elevada ou baixa?
13. Você identifica sinais em seu corpo quando sua pressão está alterada?
14. Quais os sinais identificados?
15. Quando a pressão está elevada, você faz alguma coisa? O que você faz?

#### **III - Em relação ao tratamento**

- 16) Qual sua opinião sobre o tratamento da HA?
- 17) Você tem algum medo em relação ao tratamento da HA?
- 18) Você já abandonou o tratamento da HA alguma vez?
- 19) Quais os motivos que o levaram a abandonar o tratamento?
- 20) Como você poderia auxiliar no seu próprio tratamento?
- 21) Pensando na sua vida, o que espera do tratamento para HA?

#### **IV - Práticas de saúde relacionadas com a HA**

- 22) O que é capaz de reduzir a PA?
  - a) Já tentou realizar o procedimento citado? Por quê?
  - b) Na sua opinião, quais as modificações, vantagens ou desvantagens de fazer isto?
  - c) Alguma vez já interrompeu o procedimento citado? Por quê?
- 23) Após saber que tem hipertensão, alguma coisa modificou em sua vida? O que modificou?

#### **V - Monitorização da pressão arterial**

- 24) Verifica a pressão de vez em quando?
 

Se a resposta for positiva:

  - a) Com que frequência verifica a pressão?
  - b) Por que verifica a pressão?
  - c) Onde verifica a pressão?
  - d) Você entende o significado dos números dados?
  - e) Você tem aparelho para verificar a pressão?

Se a resposta for positiva: Quem verifica sua pressão?

Se a resposta for negativa: Alguma vez pensou em comprar um aparelho de pressão?

#### **VI - Apoio Social**

- 25) Para você é importante o auxílio de amigos e familiares no enfrentamento da HA?
- 26) Você tem recebido algum apoio? De quem?

#### **VII - Religião**

- 27) Qual é sua religião?
- 28) Desde quando começou a frequentar esta religião?
- 29) Tinha outra religião anteriormente?
- 30) Por que mudou de religião?
- 31) Que coisas boas a sua religião traz para a sua vida?
- 32) Quais as suas expectativas quanto ao futuro?

## ANEXO VII

### MODELO DE ENTREVISTA TRANSCRITA

P1 (L.A.B.)

#### **I - Reconhecimento da HA e providências tomadas**

1. (O que é hipertensão para você?) É uma coisa muito ruim. Porque é uma coisa que a gente não vai sarar nunca mais da vida. Vai ter que sentir mal direto e ter que beber remédio pro resto da vida da gente. Não tem um dia que a gente esquece da pressão, porque ela não deixa, porque tem hora que é por causa da “ruindade” que a gente sente, tem ora que é por causa da cabeça grande que a gente fica, e dos remédios. Então é uma coisa muito ruim, por que é uma coisa séria que a gente pode até morrer.

2. (Como a HA se manifesta?). Em mim foi uma coisa esquisita, parecida que dentro da minha cabeça tinha um monte de passarinho batendo asa, meu pescoço parece que fica grosso e uma veia pulava muito, meu estômago embrulhava e eu ficava vermelha. Então eu acho que é assim que ela aponta.

3. (Na sua opinião, quais os motivos que levarão você ter HA?) As preocupações (choro). Meu filho fica pro mundo viajando, tem vez que eles pega até 5 vôos para chegar onde eles precisam pra trabalhar, isso me deixa desesperada. Quando eles vai eu fico ruim, só quando eles chega é que eu melhoro, mas aí eles que voltar, aí eu desespere de novo. É só preocupação, aí não tem jeito de controlar a pressão, porque a gente não tem paz e nem sossego, mas é o trabalho deles e eu não posso fazer nada. Um dos meus filhos é separado e o outro nunca casou. Eu cuido de dois netinho meu, filho do meu filho separado, e ainda tem essa preocupação. Eu fico sozinha o tempo todo, e tenho medo de morrer e ninguém me achar... é eu penso nessas coisas o dia inteiro.

4. (Há quanto tempo sabe que tem HA?) Tem uns 17 anos. Minha mãe ainda era viva. Ela tinha problema de coração e quem cuidou dela foi eu e a minha irmã mais nova. Nós fazia tudo para minha mãe, não separava dela pra nada e foi nessa época que apareceu a “zueira” na cabeça, comecei a sentir tontura, aí que fui no médico e ele falou que a minha pressão tava muito “arribada”. Então desde essa época eu tenho a pressão alta.

5. (Como soube que tem HA) Foi como eu falei pra senhora, foi por causa da “zueira” dentro da minha cabeça, parece o sangue não queria parar dentro das veia e a comida que não queria para no estômago.

6. (Como se sentiu quando soube que era portador de HA?) Eu não fique apurada não, porque meus irmãos quase tudo já tinha a pressão “arribada”, eu achava que eu é que tava diferente por que eu não tinha. Mas eu não queria ter não, porque até meu marido já tinha. Ele que me acompanha para todo lado que eu vou ficou mais ruim do que eu, as vez é porque ele sabia o que ele passava. Mas eu to lembrando que eu fiquei ruim também, porque depois disso foi que eu fui no médico e ele me deu remédio para depressão e remédio para dormir. Uai, só depois disso é que precisei dessas coisa. Eu acho que eu fiquei desesperada porque meu irmão deu derrame por causa da pressão e tem 11 anos que ele vive as custas dos outros. As vez eu fiquei com depressão foi de medo de acontecer comigo o que aconteceu com ele.

7. (Por que você faz tratamento para HA ?) Eu faço o tratamento que pra fazer a pressão ficar boa. Eu preciso viver é. Eu preciso viver pra pelo menos vê meus filho casá. Eu vivo falando pra eles casá rápido, porque eu já não tô jovem mais, eu ainda posso fazer as coisa com as minha própria mãos. Mas a gente não sabe o dia de amanhã... e ainda tem meus netinho... quem vai cuidar deles. Eu só tenho 2 filho homem, e você sabe, quem só tem filho homem não vai ter um fim bão. Hoje em dia nora não olha sogra não, elas não quer nem saber. Eu até trouxe a minha irmã mais nova pra morar comigo e ela é solteira e tem uma filha e eu ainda crio a minha netinha, filha do meu filho largado da mulher. Aí quem sabe eu vou ter alguém pra cuidar de mim.

8. (Considera a HA como um problema sério? Por quê?) É muito sério. Meu irmão que deu derrame tem 11 anos, não sentia nada e de repente ficou daquele jeito, era um homem trabalhador, disposto, e agora tá lá, tem que ficar escorando em todo mundo, ninguém quer ele. Esses dias o filho dele veio reclamar que tava muito custoso zelar do pai dele, aí eu falei que era problema deles e que problemas tem que ficar cada um com os seus. Imagina eu velha, não dou conta de carregar meu irmão dum lado pro outro. Eu até falei pra eles me dá o dinheiro da aposentadoria dele que eu ia lá no abrigo, e pedir pro provo de lá ficar com meu irmão, lá eu sei que ele vai ficar bem zeladinho. Então como eu tava te falando, meu irmão foi pego desprevenido. E eu não sentia nada, pelo menos não clamava pra ninguém. Essa doença é muito séria, ela dá derrame nas pessoas, então tem que ficar vigiando dia e noite e mesmo assim, quando a gente acha que ela tá boa e ela “arteia”.

9. (Você acha que a HA pode trazer complicações? Quais?) Eu te falei, o derrame, meu irmão fica lá, não falo nem arrastando uma perna, por que se ele tivesse assim, nos tava feliz, mas ele nem come com as próprias mãos, tem que levar pro banheiro, dá banho, tudo. Complica tudo. A pessoa se um peso morto é muito triste. Nem tem vida né? Sabe uma coisa? Sabe que tem hora que a gente chega a pedir pra Deus o alívio do sofrimento. Mas é pecado pedir isso né? Mas não é de maldade não, a mulher dele parou de viver, os filhos e nós também, por que a gente não sabe o que ele está sentindo, esses dias ele ficou 18 dias na UTI, ninguém acreditava que ele ia sair de lá. Ele já deu foi 8 derrame e cada vez complica mais e fica dificultoso.

10. (No seu ponto de vista, a HA tem cura?) Há não tem não. Se tivesse nós mesmo já tinha sarado. Nós já fez de tudo que os outros ensinava. E também os doutor fala que é preciso cuidar para não ter porque se ele vim aí acabou, não tem jeito mais, é pro resto da vida. É o que eles fala.

(Mas e a senhora, acredita que a HA tem cura) Acho que não e também já perdi a esperança... e se tomando o remédio ela “arteia” se parar então... e eu te falo, mesmo bebendo o remédio direitinho ela ainda teima e sobe.

11. (Para você, como o tratamento da HA deve ser feito) Diminuindo o sal da comida. Esse é o que mais resolve. As vezes que ele tema em ficar alta aí tem que ajudar, com o “chá de erva cidreira”, tem umas pessoas que fala que o “chá de canela” também é bom, mas pra mim ele faz é fazer a pressão subir. As preocupações também, capaz que se os meninos (os filhos) parassem de viajar pra forma da cidade, capaz que as preocupação ia diminuir. Eu já assuntei uma coisa, quando os meninos fica por aqui parece que a minha pressão fica boa, eu penso né? Mas é só o sal mesmo, ah e os remédios que os médicos passa, sem os remédios não tem jeito.

## **II - Reconhecimento da HA e providências tomadas**

12. (Você geralmente conhece se sua pressão está normal, elevada ou baixa?) Você sabe que a pressão mais perigosa é a pressão alta né? Então, com eu falei, o primeiro de tudo é a barulheira na cabeça e o rosto vermelho que parece que tá pegando fogo. Dá um suor na gente, um calorão que a gente pensa que vai ficar doida. E a veia do pescoço começa a pular que é uma coisa esquisita. O normal da minha pressão é alta né? Você sabe que toda pessoa que tem a pressão alta mesmo quando ela tá boa e fica meio alta. Porque controlar de tudo não tem jeito, porque as preocupação não deixa ela abaixar.

13. (Você identifica sinais em seu corpo quando sua pressão está alterada?) quando minha pressão fica muito alta sabe que até me dá umas manchas roxa do corpo. De vez em quando eu acordo e parece que tomei um tombo ou uma “tunda” de tanto que tem mancha no meu corpo, mas é mais nos braços e nas pernas. Ah! Tem também umas “trimura” no corpo da gente. Mas eu já estou acostumada, quando essas coisa aparece eu já sei que preciso olhar a pressão, por que, cada vez aparece uma coisa diferente, as coisas do corpo da gente muda, por isso que eu fala que a pressão é uma doença perigosa ela conversa de jeito diferente com a gente e tem pessoas que não sente do jeito que eu sinto.

14. (Quais os sinais identificados?) É o que já falei, o primeiro de tudo é a “zueira” na cabeça, a tontura, uma vontade esquisita de vomitar, mas tem hora que muda, tem hora que é a veia pulando, igual eu te falei, e o sangue querendo sair das veia da gente... essas coisa...

15. (Quando a pressão está elevada, você faz alguma coisa? O que você faz?) O primeiro de tudo é os remédio, não tem jeito. Mas as vezes os remédio não tá valendo, aí eu tenho que bebe o chá de erva cidreira. Mas eu não faço isso direto não, porque a minha pressão ta mais boa do que ruim. Eu não dou conta desse negócio de chá não, meu “veio” (marido) e meus filhos e que fica em cima falando pra beber o chá. Mas eu acabo tendo que ajudar com a chá e também com o sal da comida, se tá fraco aí precisa minguar mai ainda, que é pra ver se melhora.

### **III - Em relação ao tratamento**

16. (Qual sua opinião sobre o tratamento da HA?) É uma coisa custosa de fazer, a gente não esquece nem um minuto. E o mais triste é por que é par ao resto da vida. Tem hora que a gente pensa em desistir, parar com tudo... aí vem as coisas que a gente sente, então a gente corre e bebe os remédios... mas na mesmo hora que os remédio faz bem eles fazem mal também... e a gente tem medo de ficar precisando deles o resto da vida. Dá um desconsolo na gente que faz a gente até pensa em ficar em “riba” (cima) de uma cama, mas o serviço de casa não deixa, os netos não deixa... A vida é assim, tem que ficar empurrando...

17. (Você tem algum medo em relação ao tratamento da HA?) As trocas dos remédios, mas tem muito tempo que os médicos não trocam, porque a gente bebe o que eles dão... por que as vezes não dá para comprar... mas quando muda a gente fica com tanto medo de não dar certo, que atrapalha o sono. Vai que o corpo já está acostumado com um e estranha o outro... aí quando é assim eu acabado não obedecendo o médico, de medo de acontecer de a PA querer ficar desregulada.

18. (Você já abandonou o tratamento da HA alguma vez?) Só passa pela idéia, mas eu não dou conta não. Mesmo se um dia o médico falar que eu não preciso mais, eu não acredito, não tenho coragem de parar os remédios. As vezes a minha pressão tá boa, fica boa um bom tempo... até parece que tô curada, mas não deixo de jeito nenhum...

19. (Quais os motivos que o levaram a abandonar o tratamento?) Nunca parei nem vou parar, nem se mandar... Meu irmão tá lá... dependendo dos outros, da mulher e dos filhos... e a pressão tava boa...

20. (Como você poderia auxiliar no seu próprio tratamento?) é fazer o que o médico e as enfermeira manda. Mexer no sal da comida, dá uma andadinha, falam para a gente não passar raiva, então eu evito... beber os remédios, esse a gente tira da boca para beber... falta carne mas não falta remédio...

21. (Pensando na sua vida, o que espera do tratamento para HA?) Não tenho nenhuma esperança... o que ta feito ta feito... se já tem ela tem... a gente não fica só com o que gosta... é tormento...tem que aceita mesmo com desagrado.

### **IV - Práticas de saúde relacionadas com a HA**

22. (O que é capaz de reduzir a PA?) O que eu falei, é o negócio da comida, não comer comida “remosa” (gordura), ficar mais calma, essas coisa e andar...

a) Já tentou realizar o procedimento citado? Por quê? Faço essas coisas, mas passar raiva não tem jeito não... acho que ela é a mais cuustosa, por que comida é a gente que faz, e afaz do jeito que quer, mas a raiva e nervosia a gente não tem porque quer... os filhos viajam, os netos atenta, a preocupação judia da gente... essa não dou conta de ajustar não...

b) Na sua opinião, quais as modificações, vantagens ou desvantagens de fazer isto? A vantagem é porque a gente ta viva e as coisa ruins melhora. Mas, se não tomar ou morre ou então fica pelas mãos dos outros, fica

“entrevado”, carregado pelos outros, igual aleijado. Se for pra ficar assim, é melhor morrer... Então como eu não posso morrer eu faço o que os outros mandam (equipe de saúde).

c) Alguma vez já interrompeu o procedimento citado? Por quê? As preocupação e o nervosismo não dá para parar não, mas a gente tenta. As outras coisa a gente dá umas descuidadinha, mas o remédio não, a gente não para de jeito nenhum.

23. (Após saber que tem hipertensão, alguma coisa modificou em sua vida? O quê modificou?) Tudo. Tem que pelejar para não passar raiva... aí quando vem a raiva vem o medo também... aí a gente passa mal mesmo e a pressão sobe. Já não sou mais aquela mulher que era boa de serviço, aquela mulher alegre... que gostava de festa, de todo mundo reunido. Hoje eu não to valendo nada. Tem que ficar quieta, mais isolada, para não ficar agitada para a PA não subir. Antigamente minha casa era cheia de gente, minha família era grande... agora ta vazia... parece que mesmo quanto tem muita gente eu to sozinha... tem hora que eu acho que é depressão... tem até medo de descobrir, por dizem que a depressão mata... a minha irmã teve, ela ficou em cima numa cama uns dois meses, achou que é morrer... não comia, nem queria banhar e só chorava... parece que tem hora que eu to desse jeito... choro “atoinha” (com facilidade), não to querendo comer direito... não vejo alegria em nada...

#### **V - Monitorização da pressão arterial**

24. (Verifica a pressão de vez em quando?) As vezes que eu vou no postinho. E na farmácia. Mas é só quando eu estou sentindo alguma coisa... No postinho é todo mês, se a gente não vai a gente não ganha o remédio. Na hora que chega lá, as enfermeiras faz tudo na gente, olha a pressão, pesa, dá folhetinho, o medico só vê a gente da primeira vê ou quando a gente ta no ruim. Ma aí não dá para esperar o dia que dá certo para ele atender. Então a gente vai no Hospital regional ou então tem que pagar consulta...

a) Com que frequência verifica a pressão?) Uma vez no mês é certeza, e se precisar a gente via na farmácia.

b) Por que verifica a pressão?) Por que sente mal e cisma que ela está alta. Medo né?

c) Onde verifica a pressão? No postinho ou na farmácia. Mais mesmo é na farmácia.

d) (Você entende o significado dos números dados?) Não. Nunca perguntei e nunca ninguém me falou. Isso deve ser assunto deles. Capaz que é eles que tem que saber, se não eles explicava.

e) (Você tem aparelho para verificar a pressão?) Vai adiantar o que? Na hora que tiver alta a gente tem é que correr pro médico aí o aparelho não vai adiantar nada. Ninguém ia saber mexer.

Se a resposta for positiva: Quem verifica sua pressão?) Só no postinho e na farmácia, e no médico quando vai.

Se a resposta for negativa: Alguma vez pensou em comprar um aparelho de pressão? Nunca pensei. Ia ser outra preocupação para aprender.

#### **VI - Apoio Social**

25. (Para você é importante o auxílio de amigos e familiares no enfrentamento da HA?) Demais da conta. Se não for os filhos que ajuda a comprar os remédio, as coisas pra gente comer ou lembrar a gente das horas dos remédios a gente fica meio voando, sem sentido. Quando eles chegam é uma alegria, ai tudo melhora, e eles faltar (morrer)... é por causa deles que a gente esforça para fazer as coisas certa... mesmo sendo custoso...

26. (Você tem recebido algum apoio? De quem?) Do governo né? Dos filhos, e dos amigos da igreja. Eu sou católica sabe? Aí tem os leilão, eles chamam a gente para ser festeiro, para arrematar as prendas... para cozinhar... aí a gente vai... parece quando a gente era jovem, naquela época a gente prestava... agora a gente vai também, é mais pouco, porque mesmo com os amigos as gente fica contrariada. Esses dias eu dei uma prenda para a festa... aí eu passei mal sabe por que? Eu dei uma prenda e vi que ela tava ficando por último o povo não punha ela logo para ser arrematada e o povo tava indo embora... fiquei muito contrariada e a contrariedade me fez passar mal. Saí de festa e fui para o hospital, eles falaram que a minha pressão tava muito alta e demorou quase uma semana para ficar mais boa... todo dia eu tinha que ir na farmácia.

**VII - Religião**

27. (Qual é sua religião?) Católica, desde que eu nasci, mas eu não sou muito de ir não, eu rezo, peço a Deus aqui em casa mesmo.. Até os padres me contrariam. No domingo tem dia que eles faz a missa mais de uma hora... aí eu fico nervosa, por que até chegar em casa, a pé, e para começar a fazer o almoço, atrasa tudo.. aí eu não vou...

28. (Desde quando começou a freqüentar esta religião?) Desde que eu nasci, não mudei e nem vou mudar. Tem gente que fica nas portas da gente querendo que a gente muda para a igreja dos crentes, mas acho que é cada um na que gosta. Não e que eu gosto da católica, eu nasci assim, lá não tem muitas exigências, pode usar calça comprida, cortar cabelo, passar esmalte... Essas coisas eu não faço, mas eu não ia gosta que ou outros ficassem me proibindo.

29. (Tinha outra religião anteriormente?) Não

30. (Por que mudou de religião?) Acho que nunca precisou...

31. (Que coisas boas a sua religião traz para a sua vida?) Acho que a gente nem precisa fazer o bem, mas já deixando de fazer o mal já tá bom....Lá ninguém ensina o que não presta... Nunca vi um padre falar para a gente roubar... a honestidade é uma coisa boa né? Tem horas que o coração ta apertado quando os filho viaja, meus neto passa mal, meu irmão passa mal, aí o jeito é rezar.. parece que de tanto a gente ficar ali paradinha rezando a gente até acalma, agora não sei se é por que ta rezando ou por que a gente fica paradinha, quieta... mas dá um alívio... até o fôlego melhora.

32) Quais as suas expectativas quanto ao futuro? Pedir cura eu já cansei, de parar de beber remédio também... então é ficar com isso... não dá pra passar para os outros, e também, quem ia querer... se foi deixa na minha porta é meu... vai ficar essa tristeza e angústia para o resto da vida.. Mas um dia né? Deus é quem sabe..



## ANEXO VIII

### NORMAS DA REVISTA PSICO-USF

- Tipos de colaborações aceites pela revista Psico-USF
- Normas editoriais
- Como enviar artigo aos Editores
- Forma de apresentação dos manuscritos
- Referência

#### **Tipos de colaborações aceites pela revista Psico-USF**

Trabalhos originais relacionados à Psicologia que se enquadrem nas seguintes categorias:

1. Relato de pesquisa: investigação baseada em dados empíricos, utilizando metodologia científica. Limitado a 20-25 laudas, incluindo resumo, abstract, figuras, tabelas e referências.
2. Estudo teórico: análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15-20 laudas, conforme as especificações do item 1.
3. Relato de experiência profissional: estudo de caso, com análise de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos ou estratégias de intervenção, com evidência metodologicamente apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de psicólogos em diferentes áreas. Limitado a 10 laudas, conforme as especificações do item 1.
4. Revisão crítica da literatura: análise de um corpo abrangente de investigação, relativa a assuntos de interesse para o desenvolvimento da Psicologia. Limitada a 15-20 laudas, conforme as especificações do item 1.
5. Comunicação breve: relato de pesquisa sucinto, mas complemento de uma investigação específica. Limitada a 7 laudas, conforme as especificações do item 1.
6. Carta ao editor: avaliação crítica de artigo publicado em Psico-USF ou resposta de autores a crítica formulada a artigo de sua autoria. Limitada a 5 laudas.
7. Nota técnica: descrição de instrumentos e técnicas originais de pesquisa. Limitada a 5 laudas.
8. Resenha: revisão crítica de obra recém-publicada, orientando o leitor quanto a suas características e usos potenciais. Limitada a 5 laudas.
9. Debate: registro de opiniões de pessoas envolvidas (direta ou indiretamente) em assuntos polêmicos. Limitado a 5 laudas.

#### **Normas editoriais**

1. Seleção de artigos: o manuscrito que se enquadra nas categorias 1 a 9 acima descritas será avaliado quanto à originalidade, à relevância do tema e à qualidade da metodologia científica, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Será aceito para análise pressupondo-se que: (a) todas as pessoas listadas como autores aprovaram o seu encaminhamento com vistas à publicação na revista Psico-USF e (b) qualquer pessoa citada como fonte de comunicação pessoal aprovou a citação.

2. Ineditismo do material: o conteúdo do material enviado para publicação na Psico-USF não pode ter sido publicado anteriormente, nem submetido para publicação em outro periódico. Os conteúdos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores.

3. Revisão por pareceristas: os trabalhos enviados serão apreciados pelo Conselho Editorial, que poderá fazer uso de Consultores ad hoc, a seu critério. Os pareceres dos consultores comportam três possibilidades: a) aceitação integral; b) aceitação com reformulação; c) recusa integral. Os autores serão notificados da aceitação ou recusa de seus artigos, sempre que possível, no prazo de três meses a partir da data de seu recebimento. Os originais, mesmo quando recusados, não serão devolvidos.

Revisão de linguagem poderá ser feita pelo Conselho Editorial da Revista. Quando este julgar necessárias modificações substanciais que possam alterar a idéia do autor, este será notificado e encarregado de fazê-las, devolvendo o trabalho reformulado no prazo máximo de um mês.

4. Direitos autorais: os direitos autorais dos artigos publicados pertencem à revista Psico-USF. A reprodução total dos artigos desta Revista em outras publicações, ou para qualquer outra utilidade, está condicionada à autorização escrita do Editor de Psico-USF. Pessoas interessadas em reproduzir parcialmente os artigos desta Revista (partes do texto que excederem 500 palavras, tabelas, figuras e outras ilustrações) deverão ter a permissão escrita do(s) autor(es). Manuscritos submetidos que contiverem partes de texto extraídas de outras publicações deverão obedecer aos limites especificados para garantir originalidade do trabalho submetido. Recomenda-se evitar a reprodução de figuras,

tabelas e desenhos extraídos de outras publicações e, se não for possível, o manuscrito só será encaminhado para análise se vier acompanhado de permissão escrita do detentor do direito autoral do trabalho original para a reprodução em Psico-USF. Em nenhuma circunstância Psico-USF e os autores citados nos trabalhos publicados nesta Revista repassarão direitos assim obtidos.

5. Os trabalhos serão aceitos em língua portuguesa, espanhola e inglesa.

6. Independentemente do número de autores, serão oferecidos 1 (um) exemplar da revista e 20 separatas do artigo por trabalho.

7. Notas sobre o(s) autor(es): incluir uma breve descrição (30-40 palavras) sobre as atividades atuais do(s) autor(es) e sobre a sua formação.

### **Como enviar artigo aos Editores**

Enviar aos editores: (1) carta solicitando publicação do trabalho na Psico-USF; (2) três cópias do artigo em papel (não se aceita fax); (3) uma cópia no formato de disquete com o nome do arquivo, utilizando processador de texto escolhido entre as opções autorizadas pela Revista e cuja relação atualizada poderá ser obtida do Editor.

Carta de solicitação: todo e qualquer manuscrito encaminhado à Revista deve ser acompanhado de carta assinada pelo autor, explicitando a intenção de submissão ou resubmissão do trabalho à publicação, ou por todos os autores quando de autoria múltipla.

A versão reformulada deverá ser encaminhada em três vias no formato de exemplar em papel e uma via no formato de disquete, como indicadas para a primeira versão.

Aspectos éticos: na carta o(s) autor(es) deve(m) garantir que tenha havido consentimento das pessoas envolvidas nas amostras do trabalho, que a privacidade das pessoas envolvidas foi respeitada. Deve constar ainda que o trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da instituição à qual estão vinculados os autores.

### **Forma de apresentação dos manuscritos**

Os manuscritos serão aceitos em língua portuguesa, espanhola e inglesa.

Normas de publicação: a revista Psico-USF adota normas de publicação da APA (4a. edição, 2001).

Formatação: os artigos devem ser digitados em espaço duplo (incluindo tabelas e referências) em fonte tipo Times New Roman, Courier New ou Arial, tamanho 12, não excedendo 80 caracteres por linha e o número de páginas apropriado à categoria em que o trabalho se insere, paginado desde a folha de rosto personalizada, a qual receberá número de página 1. A página deverá ser tamanho carta ou A4, com formatação de margens superior e inferior de 2,5 cm, esquerda e direita de 3 cm.

A apresentação dos trabalhos deve seguir a seguinte ordem:

1. Folha de rosto sem identificação, contendo apenas:

1.1 Título completo na língua em que o manuscrito foi preparado, não devendo exceder 15 palavras. O título deve ser pertinente, claro e pode ser criativo, informando ao leitor sobre o objetivo do artigo. Não deve incluir nomes de cidades, países ou outras informações geográficas.

1.2 Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não devendo exceder 5 palavras.

1.3 Título completo em inglês, compatível com o título na língua em que o manuscrito foi preparado.

2. Folha de rosto com identificação, contendo:

2.1 Título completo na língua em que o manuscrito foi preparado.

2.2 Sugestão de título abreviado.

2.3 Título completo em inglês, compatível com o título na língua em que o manuscrito foi preparado.

2.4 Nome de cada um dos autores.

2.5 Afiliação institucional de cada um dos autores (incluir apenas o nome da universidade e a cidade).

2.6 Nota de rodapé com agradecimentos dos autores e informação sobre apoio institucional ao projeto.

2.7 Nota de rodapé com endereço do autor a quem o leitor do artigo deve enviar correspondência, seguido de endereço completo, de acordo com as normas do correio. Se disponível, o endereço eletrônico deve também ser indicado.

2.8 Indicação de endereço para correspondência com o editor sobre a tramitação do manuscrito, incluindo fax, telefone e, se disponível, endereço eletrônico.

### 3. Folha contendo Resumo, em português ou em espanhol:

- 3.1 O resumo deve ter no máximo 150 palavras para trabalhos na categoria 1, 100 palavras para trabalhos nas categorias 2, 3, 4, 5, 9 e 10, e 50 palavras para trabalhos nas categorias 6 e 7. A categoria 8 não admite resumo.
- 3.2 O resumo não precisa incluir informações sobre a literatura da área, nem referências. O objetivo deve ser claro, informando, caso for apropriado, o problema, o método e as hipóteses do estudo. Para os relatos de pesquisa, o método deve oferecer informações breves sobre os participantes, instrumentos e procedimentos especiais utilizados. Apenas os resultados mais importantes, que respondem aos objetivos da pesquisa, devem ser mencionados. O resumo de uma revisão crítica ou de um estudo teórico deve incluir: tópico tratado (em uma frase), objetivo, tese ou construto sob análise do organizador do estudo, fontes usadas (p. ex., observação feita pelo autor, literatura publicada) e conclusões.
- 3.3 Fornecer, após o resumo, 3 a 5 palavras-chave na língua do manuscrito, com iniciais minúsculas e separadas com ponto e vírgula. Para utilizar descritores mais adequados, consulte o Thesaurus da APA, facilitando assim a futura indexação de seu trabalho.

### 4. Folha contendo Abstract, em inglês, compatível com o texto do resumo:

- 4.1 O Abstract deve obedecer às mesmas especificações do resumo, seguido de keywords, compatíveis com as palavras-chave.
- 4.2 Psico-USF tem, como procedimento padrão, fazer revisão final do Abstract, reservando-se o direito de corrigi-lo, se necessário. No entanto, recomenda-se que os autores solicitem a um colega bilíngüe que revise o Abstract, antes de submeter o manuscrito. Este é um item muito importante de seu trabalho, pois em caso de publicação será disponibilizado em todos os indexadores da revista.

### 5. Estrutura do texto:

- 5.1 Títulos e subtítulos em todas as categorias de trabalho original. O texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização. No caso de relatos de pesquisa, o texto deverá, obrigatoriamente, apresentar: introdução, método, resultados e discussão. Os manuscritos nas demais categorias editoriais deverão apresentar títulos e subtítulos de acordo com o caso.
- 5.2 Notas de rodapé. Devem ser evitadas sempre que possível. No entanto, se não houver outra possibilidade, devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e listadas, após as referências, em página separada e intitulada de Notas.
- 5.3 Figuras e Tabelas. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto e apresentadas em Anexo. As palavras Figuras e Tabelas, que aparecem no texto, devem, sempre, ser escritas com a primeira letra em maiúscula e devem vir acompanhadas do número respectivo ao qual se referem. As normas não incluem a denominação Quadros ou Gráficos, apenas Tabelas e Figuras.
- 5.4 Citações dos autores. As citações de autores deverão ser feitas de acordo com as normas da APA, exemplificadas no item V. Todos os nomes de autores, cujos trabalhos forem citados, devem ser seguidos da data da publicação, na primeira vez que forem citados em cada parágrafo. No caso de transcrição na íntegra de um texto, a transcrição deve ser delimitada por aspas e a citação do autor seguida do número da página citada. Uma citação literal com 40 ou mais palavras deve ser apresentada em bloco próprio, começando em nova linha, com recuo de 5 espaços da margem, na posição de um novo parágrafo. O tamanho da fonte deve ser 12, como no restante do texto. Não use comandos como negrito ou itálicos nesta seção. Os grifos devem ser sublinhados.
- 5.5 Psico-USF recomenda que os autores revisem seu texto, observando ligação entre as seções e os subtítulos utilizados. Parágrafos de frase única devem ser evitados, pois fragmentam o texto. Salienta que o(s) objetivo(s) do estudo deve(m) ser claramente explicitado(s). Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer na seção de referências.

### 6. Anexos:

Os anexos devem ser apresentados em uma nova página, após as referências, e numerados consecutivamente. Devem ser indicados no texto, identificados por números (1, 2, 3, e assim por diante) e intitulados adequadamente. Utilize anexos se isso for realmente imprescindível para a compreensão do texto.

### 7. Figuras:

Devem ser apresentadas com as respectivas legendas e títulos, uma por página em papel, e por arquivo de computador, quando preparadas eletronicamente. Os títulos devem ser apresentados abaixo das figuras, sempre em letras minúsculas. Para assegurar qualidade de reprodução, as figuras contendo desenho deverão ser encaminhadas em qualidade para fotografia. Não produza Figuras gráficas com cores ou padrões rebuscados que possam ser confundidos entre si, quando da editoração da Revista. Como a versão publicada não poderá exceder a largura de 8,3 cm para figuras simples e de 17,5 para figuras complexas, o autor deverá cuidar para que as legendas mantenham qualidade de leitura, caso a redução seja necessária.

### 8. Tabelas:

Devem ser, preferencialmente, elaboradas no MSWord e apresentadas em preto-e-branco. Os títulos das Tabelas deverão ser colocados no alto das mesmas, e devem indicar o conteúdo em até 15 palavras. A primeira letra de cada palavra do título das Tabelas deve ser escrita em letra maiúscula, e as demais letras devem ser minúsculas. Não utilize

letras maiúsculas, negritos ou itálicos dentro da Tabela, que não deve exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento.

### **Referência**

Inicie uma nova página para a seção de referências. Utilize espaço duplo e não deixe espaço entre as citações. As referências devem ser citadas em ordem alfabética, pelo sobrenome dos autores. Sobrenomes dos autores não devem ser substituídos por traços ou travessões. As referências devem aparecer segundo as orientações da American Psychological Association (Manual de Publicação da American Psychological Association, 4a edição, Porto Alegre, Artes Médicas, 2001). Os exemplos abaixo podem auxiliar na organização do seu manuscrito.

#### Textos de Autoria Múltipla:

Dois autores: cite os dois nomes sempre que a obra for referida no texto usando & conforme exemplo abaixo, e acompanhada da data entre parênteses.

"O método proposto por Siqueland e Delucia (1969)", mas "o método foi inicialmente proposto para o estudo da visão (Siqueland & Delucia, 1969)".

Três a cinco autores: cite todos os autores na primeira referência, separados por vírgulas e & entre o penúltimo e último nome, seguido da data do estudo entre parênteses. A partir da segunda referência, utilizar o sobrenome do primeiro autor seguido de "e colaboradores" e da data. Seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "e colaboradores" e da data.

#### Artigo de Revista Científica:

Sisto, F. F. (2000). Relationships of the Piagetian cognitive development to human figure drawing. *Child Study Journal*, 30(4), 225-232.

#### Artigo de Revista Científica no Prelo:

Indicar, no lugar da data, que o artigo está no prelo. Incluir o nome do periódico em itálico, após o título do artigo. Não referir data e número do volume, fascículo ou páginas até que o artigo seja publicado. No texto, citar o artigo indicando, entre parênteses, que está no prelo.

Noronha, A. P. P. (no prelo). Problemas graves e frequentes no uso dos testes psicológicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*.

#### Livro:

Baptista, M. N. & Assumpção Jr., F. B. (1999). *Depressão na adolescência. Uma visão multifatorial*. São Paulo, SP: EPU.

#### Livro organizado por editor:

Sisto, F. F., Sbardelini, E. T. B. & Primi, R. (Orgs.). (2001). *Contextos e questões da Avaliação Psicológica*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

#### Capítulo de livro:

Capitão, C. G. (2001). Uma breve avaliação da violência sexual: a vingança de Édipo. Em F. F. Sisto, E. T. B. Sbardelini & R. Primi (Orgs.). *Contextos e Questões da Avaliação Psicológica*. (pp. 63-75). São Paulo: Casa do Psicólogo.

#### Trabalho apresentado em congresso, mas não publicado:

Santarem, E. M. M. (1998). Efeito da fluoxetina sobre a polidipsia induzida por esquema enquanto possível modelo animal de comportamento compulsivo e sobre a resposta operante de pressionar a barra. Trabalho apresentado no I Congresso de Pesquisa e Extensão e IV Encontro de Iniciação Científica, Bragança Paulista, SP.

#### Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais:

Santos, A. A. A. (2000). Remediação e prevenção: experiência em uma universidade. *Anais do V Congresso de Psicologia Escolar e Educacional*, Itajaí, 37.