

WILSON PLASTER

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL POR IDOSOS
USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PRINCESA ISABEL EM
CACOAL - RO.**

Goiânia

2006

**PROGRAMA MULTIINSTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE
CONVÊNIO REDE CENTRO-OESTE (UnB, UFG, UFMS)**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL POR IDOSOS
USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PRINCESA ISABEL EM
CACOAL - RO.**

Dissertação apresentada ao Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Convênio Rede Centro Oeste (UnB/UFG/UFMS) como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora:

Prof^a Dr^a Ana Luiza Lima Sousa

Goiânia

2006

FOLHA DE APROVAÇÃO

Autor: Wilson Plaster

**TÍTULO: ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL POR
IDOSOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PRINCESA ISABEL EM
CACOAL - RO.**

Natureza: dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde

Instituição: Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde,
Convênio Rede Centro-Oeste (UnB – UFG – UFMS).

Defendida em 19 de julho de 2006, pela Banca Examinadora constituída pelos
seguintes examinadores:

Profa. Dra. (presidente) Ana Luiza Lima Sousa

Instituição: Convênio Rede Centro-Oeste (UnB – UFG – UFMS)

Assinatura: _____

Profa. Dra. Estelamaris Tronco Monego

Instituição: Universidade Federal de Goiás

Assinatura: _____

Prof. Dr. Paulo César Brandão Veiga Jardim

Instituição: Convênio Rede Centro-Oeste (UnB – UFG – UFMS)

Assinatura: _____

Profa. Dra. (suplente) Maria Alves Barbosa

Instituição: Convênio Rede Centro-Oeste (UnB – UFG – UFMS)

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha companheira, amiga, incentivadora, que não mediu esforços para que eu pudesse realizar este sonho. À sua compreensão, carinho e paciência dando-me forças para continuar e superar cada obstáculo – IRENE.

A meus filhos Felipe e Mateus, minha alegria, paixão, inspiração e realização.

Amo vocês!!!

AGRADECIMENTOS

Quando paramos para agradecer, observamos quantas colaborações tivemos. Tantos que de uma forma ou de outra participaram no trabalho que se está concluindo. Fica-se então o desafio de escolher a quem mencionar de modo especial.

Em primeiro lugar à Prof^a Dr^a Ana Luiza Lima Sousa, minha orientadora, com sua paciência e persistência me ajudou com suas sugestões, críticas, incentivos e correções de rumo, e apesar da distância, se dispôs a colaborar neste projeto e a dar forma a este trabalho.

Aos Professores Dr. Carlos A. B. Tomaz, Dr. Carlos A. Paraguassu, Ms. Airton Leite e Ms Neide Myakawa por viabilizarem a realização deste mestrado em nossa região.

À Secretaria de Saúde de Cacoal e a UBS Princesa Izabel com toda a equipe por terem oportunizado a realização da pesquisa com seus pacientes, oferecendo-nos excelente acolhida, disponibilizando espaço físico e apoio de pessoal.

Aos alunos da FACIMED, Andréia dos Santos, D'Aniffer N. dos Santos, Elinéia Belmont, Noeli B. Moreira, Saulo de Tarso F. de Oliveira e Thaise M. Cordeiro que dedicaram seu tempo para participar da coleta de dados.

Ao professores Dr. Reginaldo Machado e a nutricionista Tereza Pinheiro pela colaboração na organização deste trabalho.

Aos pacientes que aceitaram participar das entrevistas, sem os quais não teríamos êxito neste empreendimento.

PENSAMENTO

"Estudo sem pensamento é trabalho perdido;
pensamento sem estudo é um risco."

Confúcio

"Há os que se queixam do vento. Os que
esperam que ele mude. E os que
procuram ajustar as velas."

William G. Ward

RESUMO

Este estudo teve como objetivo Identificar a taxa de adesão do idoso hipertenso ao tratamento da hipertensão arterial no Centro de saúde Princesa Isabel de Cacoal – Rondônia e descrever as suas possíveis dificuldades. Foram estudados 142 pacientes hipertensos \geq 60 anos por meio de estudo transversal descritivo, cadastrados no Programa HIPERDIA e aderentes ao serviço. Os sujeitos foram entrevistados em uma única sessão e tinham as seguintes características: 61% mulheres, média de $69,4 \pm 7$ anos, 72,6% migrantes da região sudeste, 52% brancos, 53% residentes na zona rural, 34,5% analfabetos e 36% alfabetizados, 71% convivem com companheiros, 90% aposentados e 35,2% se encontravam entre 3 a 5 anos de tratamento. Utilizando a classificação da Pressão Arterial segundo os critérios da Sociedade Brasileira de Hipertensão, 34,5% dos indivíduos estudados apresentaram níveis pressóricos sob controle, 12% dos pacientes apresentaram Pressão Sistólica Isolada. Verificou-se relação entre a idade e aumento da Pressão Arterial. O resultado do Teste de Morisky-Green, apresentou 29,6% de aderentes ao tratamento medicamentoso, considerando os pacientes que apresentaram escore 4. Não foi significativa a relação de adesão ao tratamento medicamentoso com o controle pressórico. Os indicadores de adesão ao tratamento não medicamentoso demonstraram que 64% dos pacientes estavam com excesso de peso, 81% não praticavam atividade física com regularidade, 95,1% não tabagistas e 86% sem ingestão alcoólica, 94% informaram adesão a dieta hipossódica. Conclui-se que a maioria dos pacientes não é aderente ao tratamento tanto medicamentoso como não medicamentoso e não estão com os níveis pressóricos sob controle. Tais indicadores demonstram que esta população apresenta riscos significativos para os órgãos alvo e conseqüente perda de qualidade de vida e aumento dos custos medicossociais, requerendo melhor planejamento nos investimentos preventivos da Hipertensão Arterial.

Palavras chaves: Hipertensão, Idosos, Adesão.

ABSTRACT

This study had as objective identifies the adherence tax of the senior hypertension to the treatment of the arterial hypertension in the Center of Health Princess Isabel of Cacoal. Rondônia and to describe their possible difficulties. They were studied 142 patient hipertensos. 60 years old through descriptive traverse study, registered in the Program HIPERDIA and supporters to the service. The subjects were interviewed in a single session and they had the following characteristics: 61% women, average of $69,4 \pm 7$ years, 72,6% migrants of the southeast area, 52% white, 53% residents in the rural area, 34,5% illiterates and 36% literate, 71% live together with companions, 90% retired and 35,2% if they found among 3 to 5 years of treatment. Using the classification of the Blood pressure according to the criteria of the Brazilian Society of Hypertension, 34,5% of the studied individuals presented levels pressóricos under control, 12% of the patients presented Isolated Systolic Pressure. Relationship was verified between the age and increase of the blood pressure. Relationship was verified between the age and increase of the Blood pressure. The result of the Test of Morisky-Green, presented 29,6% of supporters to the drug therapy considering the patients that presented score 4. It was not significant the adherence relationship to the drug therapy with the control pressórico. The adherence indicators to the no drug therapy demonstrated that 64% of the patients were with weight excess, 81% didn't practice physical activity regularly, 95,1% no smokingss and 86% without alcoholic ingesta, 94% informed adherence the diet hipossódica. It is ended that most of the patients is not adherent to the treatment as much with medicine as no medicine and they are not with the levels pressóricos under control. Such indicators demonstrate that this population presents significant risks for the organs objective and consequent loss of life quality and increase of the costs medicossociais, requesting better planning in the preventive investments of the Arterial Hypertension.

Key words: Hypertension, Senior, Adhesion .

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1	Classificação da PA (> 18 anos) conforme as IV DSBH (2002).	19
Quadro 2	Prevalência de HA Estudos Populacionais para PA \square 140/90 mmHg, modificado de Dórea & Lotufo (2004).....	21
Quadro 3	Classificação do IMC	41
Quadro 4	Teste de MORISKY – GREEN (1986).....	43
Figura 1	Distribuição dos pacientes hipertensos maiores de 60 anos, aderentes ao serviço segundo a categoria sexo. Cacoal – RO, 2006.	47
Figura 2	Distribuição da amostra estudada segundo sexo e controle pressórico. Cacoal – R, 2005.	53
Figura 3	Distribuição dos indivíduos segundo o controle pressórico, classificados conforme tabela da SBH. Cacoal – RO, 2006... ..	54
Figura 4	Distribuição dos indivíduos segundo o controle pressórico, classificados de acordo com a PAM. Cacoal – RO, 2006.	54
Figura 5	Distribuição da porcentagem de indivíduos segundo as variáveis PA controlada e localização. Cacoal – RO, 2006. .	56
Figura 6	Porcentagem de indivíduos segundo o controle pressórico e tipo de tratamento. Cacoal – RO, 2006.	59
Figura 7	Distribuição da porcentagem de indivíduos segundo a variável adesão ao tratamento e número de drogas. Cacoal – RO, 2006	60
Figura 8	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e tempo de tratamento. Cacoal – RO, 2006.	62

Figura 9	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável adesão e tempo de tratamento. Cacoal – RO, 2006.	63
Figura 10	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e tratamento alternativo. Cacoal – RO, 2006.	64
Figura 11	Distribuição da porcentagem de indivíduos segundo a variável adição de sal a comida pronta. Cacoal – RO, 2006.	68
Figura 12	Distribuição da porcentagem de indivíduos segundo uso do saleiro sobre a mesa. Cacoal – RO, 2006.	68
Figura 13	Distribuição da porcentagem de indivíduos segundo a variável sexo e classificação do Teste Morisky-Green. Cacoal – RO, 2006	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição do número de pacientes cadastrados no Programa HIPERDIA e taxas de adesão do EAS Princesa Isabel. Cacoal, RO, 2006.....	46
Tabela 2	Distribuição do número e porcentagem dos indivíduos segundo sexo e idade. Cacoal – RO, 2006.	47
Tabela 3	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável sexo e naturalidade. Cacoal – RO, 2006.	48
Tabela 4	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis sexo e cor. Cacoal – RO, 2006	48
Tabela 5	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis sexo e localização. Cacoal – RO, 2006.....	49
Tabela 6	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis sexo e escolaridade. Cacoal – RO, 2006.....	49
Tabela 7	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis sexo e situação conjugal. Cacoal – RO, 2006.	50
Tabela 8	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis sexo e ocupação. Cacoal – RO, 2006.	50
Tabela 9	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis sexo e IMC. Cacoal – RO, 2006.....	51
Tabela 10	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis sexo e valores pressóricos. Cacoal – RO, 2006.	52
Tabela 11	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável classificação da PA SBH (2002) (Quadro 1) e idade. Cacoal – RO, 2006.	55

Tabela 12	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis PA controlada e idade. Cacoal – RO, 2006.....	55
Tabela 13	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis PA controlada e cor. Cacoal – RO, 2006.....	56
Tabela 14	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis PA controlada e escolaridade. Cacoal – RO, 2006.	57
Tabela 15	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e situação conjugal. Cacoal – RO, 2006.	58
Tabela 16	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e número de doses. Cacoal – RO, 2006.	61
Tabela 17	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável adesão ao tratamento e número de doses. Cacoal – RO, 2006.....	61
Tabela 18	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e interrupção do tratamento. Cacoal – RO, 2006.	63
Tabela 19	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e atividade física. Cacoal – RO, 2006.	65
Tabela 20	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e dificuldade para manter o peso ideal. Cacoal – RO, 2006.....	66
Tabela 21	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e tabagismo. Cacoal – RO, 2006.	67

Tabela 22	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e Doenças Associadas. Cacoal – RO, 2006.	69
Tabela 23	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e resultado do Teste Morisky-Green. Cacoal – RO, 2006.	70
Tabela 24	Distribuição da freqüência do escore do Teste Morisky-Green. Cacoal – RO, 2006.	71
Tabela 25	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e classificação do Teste Morisky-Green em aderente e não aderente. Cacoal – RO, 2006.	71
Tabela 26	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as principais variáveis de dificuldades para fazer o tratamento da HA. Cacoal – RO, 2006	72
Tabela 27	Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável percepção do idoso sobre o que faz sua PA subir. Cacoal – RO, 2006	73

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC -	Acidente vascular cerebral
AVE -	Acidente vascular encefálico
BA -	Bahia
DC -	Débito cardíaco
DCV -	Doenças cardiovasculares
EAS -	Estabelecimentos de Assistência à Saúde
HA -	Hipertensão arterial
HIPERDIA -	Programa de hipertensão e diabetes
HSI -	Hipertensão sistólica isolada
IAM -	Infarto agudo do miocárdio
IMC -	Índice de massa corporal
MAPA -	Monitoração Ambulatorial da Pressão Arterial
MS -	Ministério da Saúde
OMS -	Organização Mundial de Saúde
OPAS -	Organização Pan-Americana de Saúde
PA -	Pressão arterial
PAD -	Pressão arterial diastólica
PAM -	Pressão arterial média
PAS -	Pressão arterial sistólica
PP -	Pressão de pulso
RVP -	Resistência vascular periférica
SN -	Sistema nervoso
SUS -	Sistema Único de Saúde
CS -	Centro de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
LISTA DE QUADROS E FIGURAS	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE ABREVIATURAS	
1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Pressão arterial e sua fisiologia	17
1.2. A Hipertensão Arterial	18
1.2.1. Epidemiologia da Hipertensão Arterial	20
1.2.2. Fatores de riscos para a Hipertensão	22
1.3. O Idoso	22
1.3.1. Uma nova realidade no mundo e o desafio para a saúde	22
1.4. Tratamento da HA	23
1.4.1. Tratamento não-farmacológico	24
1.4.2. Tratamento farmacológico	29
1.5. Adesão tratamento da HA pelo paciente idoso	31
1.5.1. Conceito de adesão	32
1.5.2. Principais dificuldades para a adesão ao tratamento da HA	33
1.6. Relevância deste estudo e contextualização	38
1.7. Objetivos	39
1.7.1. Geral	39
1.7.2. Específicos	39
2. MATERIAL E MÉTODOS	40
2.1. Tipologia	40
2.2. População de estudo	40
2.3. Local de estudo	40
2.4. Amostragem	40
2.5. Variáveis e categorias	41
2.6. Coleta dos dados	44

2.7.	Análise dos dados.....	45
2.8.	Aspectos éticos	45
3.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
3.1.	Caracterizando a população aderente ao serviço.....	47
3.2.	Caracterizando a Adesão ao tratamento	51
3.3.	Comparando a adesão ao tratamento	59
4.	CONCLUSÃO	75

REFERÊNCIAS

ANEXOS

1 - INTRODUÇÃO

A adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial (HA) em pacientes idosos se apresenta como um desafio para a saúde pública. Este tema requer a compreensão de um quadro complexo que implica em atender três questões – Adesão, Hipertensão Arterial e o Idoso – que individualmente já são desafiadores, porém quando se apresentam associadas, o seu controle requer maior cuidado em sua intervenção.

A adesão ao tratamento significa a concordância e seguimento da prescrição pelo paciente de modo ativo em seu tratamento (NOBRE, PIERIN & MION, 2001).

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são a primeira causa de mortalidade em todo o mundo, tendo a HA como um dos principais complicadores, associada ao sedentarismo, obesidade, alcoolismo, tabagismo, dislipidemias, entre outros, contribuindo de forma direta nos casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Hipertrofia do Ventrículo Esquerdo, retinopatias, nefropatias e diabetes *mellitus* (SILVA, SOUSA & CHARGODSKY, 1998; REIS & COPLÉ, 1999; GONZÁLEZ & FAJARDO, 1999; SOUSA, 2000; MASSIE, 2001; SBH, 2002; BRASIL/MS, 2004a; PIERIN, GUSMÃO & CARVALHO, 2004).

A manutenção da pressão arterial (PA) em níveis normais é um desafio, principalmente com o envelhecer, pois há um aumento dos níveis pressóricos a cada década de vida (MASSIE, 2001; SBH, 2002; DÓREA & LOTUFO, 2004).

1.1 – Pressão arterial e sua fisiologia

A pressão sanguínea (PA) é a força que o sangue exerce contra as paredes dos vasos resultando de uma relação direta entre a resistência vascular periférica (RVP) e o débito cardíaco (DC). Assim, há um aumento de pressão com o aumento da constrição dos vasos periféricos, ou pelo aumento do DC (GUYTON, 1988; McARDLE, KATCH & KATCH, 1998; AIRES et al, 1998; BERNE & LEVY, 2000).

A regulação da PA acontece por meio de um grupo complexo de mecanismos que envolvem o sistema nervoso (SN), os rins e diversos mecanismos hormonais

(GUYTON,1988; BERNE & LEVY, 2000; GUYTON & HALL, 1997; McARDLE, KATCH & KATCH, 1998).

A PA apresenta dois componentes que refletem a influência de vários fatores hemodinâmicos: a pressão arterial média (PAM) e a pressão pulsátil (PP). A PAM é calculada como $PAD + (PAS - PAD)/3$ (GUYTON, 1988; MCARDLE, KATCH & KATCH, 1998; OIGMAN & NEVES, 1999; NOGUEIRA et al, 2003).

A PP representa a oscilação em torno da PAM e é calculada pela diferença entre a PAS e a PAD. A variação da PP é freqüente em pessoas idosas, em decorrência da arteriosclerose. O aumento da PP tem forte valor preditivo de ocorrência de outras complicações cardiovasculares, independente de doença arterial coronariana (OIGMAN & NEVES, 1999; NOGUEIRA et al, 2003; FUCHS, CASTRO & FUCHS, 2004; NEVES, BURLÁ & OIGMAN, 2005).

1.2 – A Hipertensão Arterial

De acordo com a etiologia e, segundo critérios da Organização Mundial de Saúde - OMS, a HA pode ser classificada em hipertensão primária e secundária. A HA primária é também chamada de essencial e representa cerca de 90% dos casos. Na hipertensão secundária a causa pode ser identificada e os mecanismos fisiológicos encontram-se melhor definidos. Ela pode ser induzida por fatores como medicamentos e drogas, problemas renais, endócrinos, neurogênicos e outros (WAITZBERG, 2001; MASSIE, 2001; SBH, 2002; SIMONETTI, BATISTA & CARVALHO, 2002).

Enquanto na HA primária não são identificadas causas orgânicas evidentes ou específicas, pois diversos fatores podem estar implicados em suas alterações, sendo assim, considerada multifatorial (WAITZBERG, 2001; MASSIE, 2001; NEVES, BURLÁ & OIGMAN, 2005; GONZÁLEZ, 2005).

Estas alterações são creditadas a fatores genéticos e ambientais. Estes estão relacionados aos hábitos de vida, como distúrbios alimentares, obesidade, fatores psicossociais (estresse), sedentarismo, tabagismo, hipercolesterolemia e presença de diabetes (WAITZBERG, 2001; SBH, 2002; PIERIN, GUSMÃO & CARVALHO, 2004; SPARRENBERGER, MOREIRA & CANEPPELE, 2004; GONZÁLEZ, 2005).

Para diagnosticar e classificar a HA deve-se considerar, além dos níveis tensionais, os fatores de risco, a lesão de órgãos-alvo e as co-morbidades. É necessária extrema cautela antes de rotular o indivíduo como hipertenso, tanto pelo risco de falso-positivo como pela repercussão na sua saúde e o custo social resultante (MION Jr. et al, 1996; FUCHS, FUCHS & DUCAN, 2001; SBH, 2002).

Quadro 1 - Classificação da PA (> 18 anos).

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130–139	85–89
Hipertensão		
Estágio 1 (leve)	140–159	90–99
Estágio 2 (moderada)	160–179	100–109
Estágio 3 (grave)	>180	>110
Sistólica isolada	>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: SBH, 2002.

O coração é o órgão mais afetado na HA, por sofrer hipertrofia de adaptação do ventrículo esquerdo, acarretando disfunção diastólica e sistólica e podendo ainda predispor à isquemia miocárdica, arritmias ventriculares, angina, insuficiência cardíaca e morte súbita. (SIMÕES & SCHMIDT, 1996; MASSIE, 2001; SBH, 2002; PIERIN, GUSMÃO & CARVALHO, 2004; GONZÁLEZ, 2005).

O maior problema da HA não são seus sintomas, os quais normalmente são imperceptíveis pelo paciente, mas sim os riscos para os órgãos-alvo e comprometimento da qualidade de vida, quando é preciso conviver com seqüelas de AVC ou coronariopatias crônicas, somada às dificuldades próprias do envelhecer e um elevado custo médico-social (MASSIE, 2001; GUSMÃO E PIERIN, 2004; RIBEIRO et al, 2005).

No idoso a HA se apresenta de duas maneiras: uma forma combinada de hipertensão sistólica e diastólica e outra com a hipertensão sistólica isolada (HSI).

Esta é mais comum com o envelhecimento em consequência das mudanças na estrutura das artérias. Observa-se que a pressão arterial sistólica (PAS) aumenta de forma linear a partir dos 50 anos e a pressão arterial diastólica (PAD) tende a cair a partir dos 55 anos de idade (GUYTON & HALL, 1997; AIRES et al, 1998; OIGMAN & NEVES 1999; BERNE & LEVY, 2000; NEVES, BURLÁ & OIGMAN, 2005).

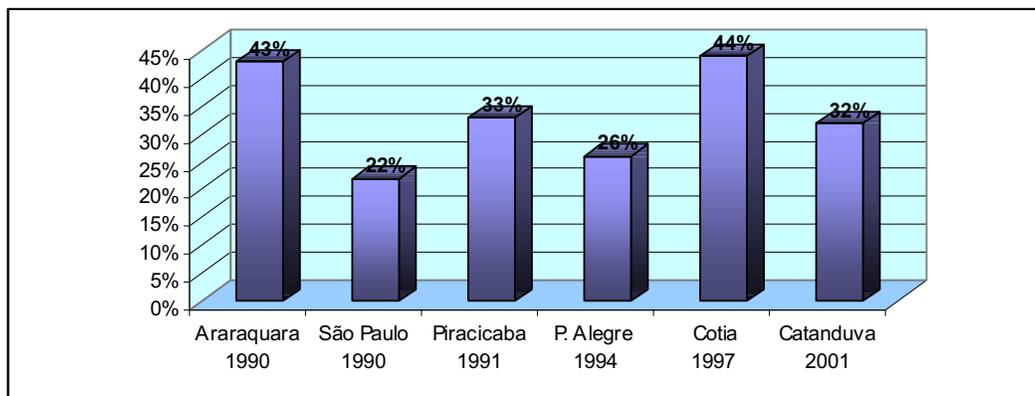
1.2.1 – Epidemiologia da Hipertensão Arterial

A HA é um grande problema de saúde pública em muitos países, incluindo o Brasil (JARDIM, SOUSA & MONEGO, 1996; BRASIL/MS, 2004a; RIBEIRO et al, 2005). Segundo Andrade et al (2002), dados do NHANES (“National Health and Nutrition Examination Survey”) pesquisados de 1999 e 2000, 28,7% da população americana é hipertensa, correspondendo a 58,4 milhões de indivíduos. Estas cifras apresentam aumento de 3,7% comparado à estatística de 1988-1991, onde 24% ou 43 milhões de americanos adultos eram hipertensos (DÓREA & LOTUFO, 2004; NEVES, BURLÁ & OIGMAN, 2005).

Destes 58,4 milhões de hipertensos, 68% estão cientes do diagnóstico e, daqueles que têm conhecimento do diagnóstico, 53% estão em tratamento e apenas 27% tem níveis pressóricos controlados. Em Cuba um terço da população tem HA (MASSIE, 2001; NEVES, BURLÁ & OIGMAN, 2005; GONZÁLEZ, 2005).

No Brasil os dados epidemiológicos são limitados, dispendo de poucas estatísticas consistentes, porém estima-se que 20 milhões de indivíduos são hipertensos. Foram realizados alguns inquéritos que apontam uma variação da prevalência de HA de 22,3 a 43,9% (LESSA, 2001; SBH, 2002; CRUZ et al, 2002; DÓREA & LOTUFO, 2004; FUCHS, CASTRO & FUCHS, 2004).

Quadro 2 - Prevalência de HA Estudos Populacionais para PA \geq 140/90 mmHg, modificado de Dórea & Lotufo (2004)



Fonte: Dórea & Lotufo (2004)

Observou-se ampla variação nos dados de prevalência da HA nas diferentes regiões do país: a maior taxa encontrada na região sudeste com 5,04 a 32,7%; 7,2 a 40, 3% no Nordeste; 1,28 a 27,1% no Sul e 6,3 a 16,7% no Centro-Oeste. Está presente em mais de 50% dos idosos, entre 60-69 anos e, em aproximadamente três quartos da população, acima de 70 anos (DÓREA & LOTUFO, 2004).

As DCVs são a primeira causa de morte registrada nos últimos vinte anos, sendo a HA um dos fatores de risco mais importantes para seu desenvolvimento, explicando 40% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE) e 25% por doença arterial coronariana. Os hipertensos apresentam uma incidência duas vezes maior de doença vascular periférica, morte súbita, coronariopatia e infarto agudo do miocárdio, e quatro vezes a incidência de AVE comparada aos normotensos (SIMÕES & SCHMIDT, 1996; SBH, 2002; CRUZ et al, 2002; SIMONETTI, BATISTA & CARVALHO, 2002; MS, 2004; FUCHS, CASTRO & FUCHS, 2004).

As diferenças sócio-econômicas também se destacam na HA, apresentando maior freqüência em classes econômicas menos favorecidas, com indicadores de baixa escolaridade e renda, e, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos (SPRITZER, 1996; SOUSA, 2000; CRUZ et al, 2002; DÓREA & LOTUFO, 2004; RIBEIRO et al, 2005; GONZÁLEZ, 2005).

1.2.2 – Fatores de Risco para a Hipertensão

Os fatores de risco cardiovasculares mais comuns associados à HA são classificados em controláveis e não-controláveis. Entre os fatores não controláveis relaciona-se a idade, sexo masculino (ocorre mais cedo no homem), raça negra (a prevalência é duas vezes maior que na raça branca) e hereditariedade. Como fatores ambientais e controláveis relacionam-se a obesidade, sedentarismo, estresse, tabagismo, consumo de álcool, alimentação (controle do sal), distúrbios lipídicos e diabetes *mellitus*. Estes apresentam a grande necessidade de mudança de hábitos que podem tanto controlar a pressão por si só, como ser coadjuvante e sinérgico ao tratamento farmacológico (SPRITZER, 1996; NOBRE, PIERIN & MION, 2001; CRUZ et al, 2002; SBH, 2002; SPARRENBERGER, MOREIRA & CANEPPELE, 2004; PIRES, GAGLIARDI & GORZONI, 2004; HEIMANN, 2004; PIERIN, GUSMÃO & CARVALHO, 2004; BROWN, 2006).

Somado a estes fatores acima, novas complicações se apresentam quando a HA ocorre em idosos, pois normalmente está associada a complicadores próprios do envelhecer como a aterosclerose e arteriosclerose. Desta forma, mesmo a idade não sendo um fator de risco controlável, ela requer atenção diferenciada, uma vez que, a cada dez indivíduos, nove poderão desenvolver a HA a partir dos 80 anos (SIMÕES & SCHMIDT, 1996; CARVALHO, TELAROLLI & MACHADO, 1998; FUCHS, FUCHS & DUNCAN, 2001; PIRES, GAGLIARDI & GORZONI, 2004; DÓREA & LOTUFO, 2004).

1.3 – O Idoso

1.3.1 – Uma nova realidade no mundo e o desafio para a saúde

O envelhecimento da população brasileira é uma realidade que vem sendo demonstrada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL/MP/IBGE, 2001). Conforme censo demográfico de 2000, a população \geq 60 anos chega a 14,6 milhões (8,6%). Estima-se que nas próximas cinco décadas esta população será de 1.900 milhões no planeta (CARVALHO, TELAROLLI & MACHADO, 1998; BRASIL/MP/IBGE, 2001; CALDERON, 2003).

O percentual das faixas etárias vem se modificando: na faixa de 0 a 14 anos passou de 34,73% em 1991 para 29,60% em 2000, enquanto que o de idosos (\geq 65

anos) passou de 4,83% para 5,85%. A idade mediana em 1991 era de 21,7 anos e no censo demográfico de 2000 passou para 24,2 anos (BRASIL/MP/IBGE, 2001).

Rondônia é um estado jovem e já apresenta uma população idosa de 72.062, (5,2%). Na cidade de Cacoal esta população chega a 4.312, (6%). Estes percentuais estão bem próximos da média brasileira (BRASIL/MP/IBGE, 2001).

A preocupação com o envelhecer já começou no início do século XX, quando surgiram a gerontologia e geriatria, tendo este processo como seu principal objeto de estudo (HAYFLICK, 1997; ROACH, 2003).

As principais complicações atuais para o envelhecer estão relacionadas as práticas inadequadas ou inexistentes de prevenção às doenças crônicas e degenerativas como a aterosclerose, obesidade, Doenças Cardiovasculares (DCV), osteoporoses, implicando em altos custos para o setor público e o próprio paciente (RIBEIRO et al, 2005).

Em 2003, o Senado Federal aprovou o Estatuto do Idoso, no qual se prevê prioridade no atendimento a saúde, porém ainda não se percebem resultados práticos em medidas preventivas e curativas na atenção ao idoso (BRASIL/PR, 2003).

Estudar medidas de prevenir e controlar a HA poderá poupar o idoso de várias complicações, tanto físicas, quanto psicológicas, sociais, familiares e econômicas, para oferecer-lhe melhor qualidade de vida (CARVALHO FILHO, 1996; SIMÕES & SCHMIDT, 1996; MASSIE, 2001; OLIVEIRA, 2002; GUSMÃO & PIERIN, 2004; NERI, 2004; NEVES, BURLÁ & OIGMAN, 2005; TRENTINI et al, 2005).

1.4 – Tratamento da HA

O objetivo do tratamento da HA é a redução da morbi-mortalidade. Para isto, se faz necessária uma abordagem multidisciplinar associando o tratamento farmacológico ao não-farmacológico e multiprofissional (JARDIM, SOUSA & MONEGO, 1996; OIGMAN & NEVES, 1999; MASSIE, 2001; ROCHA, 2003; NEVES, BURLÁ & OIGMAN, 2005).

Na hipertensão limítrofe ou leve tem-se buscado intervir inicialmente com o tratamento não farmacológico, quando este falha inicia-se a intervenção medicamentosa com monoterapia. Nos níveis II e III considera-se utilizar

combinação de drogas conforme tratamento previsto na literatura (OIGMAN & NEVES, 1999; MASSIE, 2001; SBH, 2002; Ribeiro, 2004; NEVES, BURLÁ & OIGMAN, 2005; MANO, 2005).

1.4.1 – Tratamento não-farmacológico

O tratamento não-farmacológico é fundamental na terapêutica da HA, principalmente pela freqüente coincidência com outros fatores de risco cardiovasculares como a obesidade, sedentarismo, tabagismo, distúrbios lipídicos e diabetes *mellitus* (AMODEO & LIMA, 1996; OLIVEIRA & SILVA, 1999; OIGMAN & NEVES, 1999; NOBRE, PIERIN & MION, 2001; MASSIE, 2001; MS 2001; SBH, 2002; Mano, 2005; NEVES, BURLÁ & OIGMAN, 2005;).

O tratamento não-farmacológico implica na redução e controle do peso, prática de atividades físicas, cuidado com a dieta, principalmente a redução do sódio, redução da ingestão de bebidas alcoólicas e combate ao estresse. Ainda que o tabagismo não seja causa direta da HA, é indicado seu abandono (AMODEO & LIMA, 1996; MASSIE, 2001; NOBRE, PIERIN & MION, 2001; Oliveira, 2002; SBH, 2002; NEVES, BURLÁ & OIGMAN, 2005).

1.4.1.1 – Hábito alimentar

Durante a vida as pessoas se alimentam conforme sua cultura, acesso ao alimento, condições sócioeconômicas, propagandas intensificadas de alguns produtos, além da falta de informação sobre a alimentação correta. Assim vão formando uma memória gustativa e hábitos alimentares. Este não tem apenas a função nutricional, mas está relacionado também à satisfação e busca de prazer, a confraternizações e outros fatores objetivos e subjetivos (MASSIE, 2001; RAMOS & OLIVEIRA 2002; CASTRO et al, 2002; CALDERON, 2003).

Os hábitos alimentares nem sempre apresentam um balanceamento nutritivo comprometendo a saúde e qualidade de vida do indivíduo. Esta falta de balanceamento tem originado elevadas incidências de doenças crônicas, dentre elas, doenças cardiovasculares, câncer, hipertensão, diabetes, obesidade, entre outras. A situação é tão grave que dados da OMS, citados por Agostini, mostram

que essas doenças são responsáveis por 70 a 80% da mortalidade nos países desenvolvidos e cerca de 40% naqueles em desenvolvimento. A dieta pode melhorar a performance mental e física, retarda o processo de envelhecimento, auxilia na perda de peso, na resistência às doenças, entre outras funções (AGOSTINI, 2001; OMS, 2003b; OMS, 2003c; HEIMANN, 2004).

Quando ocorre a HA, a dieta indicada contempla a redução da ingestão de sódio, do consumo de gorduras saturadas e deve ser rica em fibras (AMODEO & LIMA, 1996; WAITZBERG, 2001; SBH, 2002; HEIMANN, 2004; TAVARES & KOHLMANN Jr., 2004; NEVES, BURLÁ & OIGMAN, 2005).

Mesmo não apresentando um parâmetro exato para o consumo do sal, a SBH (2002) em suas IV Diretrizes sugere uma dieta com aproximadamente 6 g/dia (1 colher de chá). Como medida prática para seu controle deve-se diminuir: o sal no preparo e cozimento dos alimentos, evitar o uso de saleiro à mesa; evitar o consumo de 'salgadinhos de pacotes'; reduzir o consumo de embutidos (salame, mortadela, salsichas e frios em geral); diminuir o consumo de enlatados e conservas, evitar o uso excessivo de adoçantes artificiais contendo sódio; não utilizar temperos e molhos prontos como mostarda, ketchup, molho inglês e molho *shoyo* (AMODEO & LIMA, 1996; WAITZBERG, 2001; HEIMANN, 2004).

A sensibilidade ao sal tende a aumentar com a idade, na raça negra e em algumas doenças. Portanto, indivíduos idosos, negros, obesos e diabéticos são aconselhados a reduzir a ingestão salina (Tavares & Kohlmann Jr., 2004).

O padrão alimentar no idoso é comprometido por diversos fatores tanto físicos como psicossociais. Dentre os fatores físicos se encontra a alteração do paladar, da visão, do odor, tato e a perda dos dentes, o que contribui para diminuir o consumo de certos alimentos como a carne bovina, frutas e vegetais frescos, além das doenças que afetam o apetite e a habilidade para digerir e absorver alimentos. Os principais fatores psicossociais são isolamento, a depressão e nível socioeconômico (GORAYEB, 2000; FRANK & SOARES, 2002; CALDERON, 2003; OPAS, 2003).

A dieta para o idoso deveria apresentar características como: fácil preparação; estimulante do apetite; variada e bem apresentada; de fácil mastigação e digestão; equilibrada; em menor abundância e maior frequência (PONT GÉIS, 2003).

1.4.1.2 – Exercício físico

O exercício físico regular é recomendado, atualmente, na prevenção e no tratamento não medicamentoso da HA leve. As pressões diastólica e sistólica podem ser reduzidas em aproximadamente 6 a 11 mmHg com o exercício aeróbico regular independente da idade (AMODEO & LIMA, 1996; McARDLE, KATCH & KATCHH, 1998; NIEMAN, 1999; MASSIE, 2001; RONDON & BRUM, 2003; OPAS, 2003; FECHIO & MALERBI, 2004).

Além de reduzir a PA, o exercício físico continuado auxilia na redução de peso e tem efeito favorável na sensibilidade à insulina e níveis lipídicos. O exercício físico recomendado na prevenção e na terapêutica da HA é do tipo aeróbico como: andar acelerado, correr, nadar ou pedalar; com uma frequência de 3 a 5 sessões por semana e duração mínima de 30 minutos cada uma. A intensidade preconizada é a leve ou moderada (AMODEO & LIMA, 1996; NIEMAN, 1999; NEGRÃO & RONDON, 2001; SBH, 2002; OPAS, 2003; RONDON & BRUM, 2003; FECHIO & MALERBI, 2004).

A atividade física isométrica, do tipo anaeróbico, realizado com cargas elevadas, não tem sido recomendada por promover, durante a sessão de exercício, aumento excessivo das PAS e PAD (AMODEO & LIMA, 1996 ; SBH, 2002).

No entanto, no idoso, são encontrados outros fatores que desafiam sua prática, uma vez que comumente as limitações decorrentes de outras patologias já estão presentes, ou mesmo, fatores relacionados às diversas alterações fisiológicas em consequência da idade (HALPERN & MANCINI, 2000; MANIDI & MICHEL, 2001; OPAS, 2003; PONT GEIS 2003).

Se um idoso participou de atividades esportivas ou tinha o hábito de praticar exercícios físicos com regularidade quando jovem, estas medidas são mais fáceis de serem implementadas, melhorando a adesão (MAITINO, 2000; HALPERN & MANCINI, 2000; MANIDI & MICHEL, 2001; OPAS, 2003; PONT GEIS 2003).

A atividade física apresenta outras vantagens, pois sua prática normalmente gera uma sensação de prazer além de aumentar a tolerância corporal ao esforço, à auto-imagem e o bem-estar geral. A melhoria do estado de espírito também reflete na maior adesão a certos aspectos do regime alimentar prescrito (MANIDI & MICHEL, 2001).

1.4.1.3 – Peso corporal e seu controle

A obesidade é fator de risco independentemente para a HA, existindo uma relação direta entre o ganho de peso e o aumento dos níveis pressóricos. De cada dois pacientes obesos um é hipertenso e de cada dois hipertensos um é obeso. O risco é ainda maior quando a adiposidade é regional e centralizada (AMODEO & LIMA 1996; ABESO, 1998; HALPERN & MANCINI, 2000; MEIRELLES, 2000; MANIDI & MICHEL, 2001; GUIMARÃES, 2001; PONT GEIS 2003).

A diminuição de 3 a 5 kg de peso reduz a necessidade de utilizar medicação em aproximadamente 50% dos pacientes hipertensos e segundo estudo – *The Trials of Hypertension Prevention Collaborative Reseach Group* – TOHP-1 em 1992, a redução de 3,8 kg do peso corporal foi associado com uma diminuição de 5.3/6.2 mmHg nas PS e PD, respectivamente (AMODEO & LIMA 1996; ABESO, 1998).

A obesidade está associada ao sedentarismo e ao padrão alimentar de baixa qualidade. Seus índices estão crescendo em todos os níveis sociais e idades. Segundo pesquisas do NHANES III, realizada entre 1988-94, 40% a 50% dos adultos nos EUA apresentavam sobrepeso ($IMC > 25 \text{ Kg/m}^2$) e 20% a 25% eram obesos (FERREIRA & ZANELLA, 2000).

A obesidade tende a aumentar à medida que o indivíduo envelhece, pois acontecem mudanças em sua composição corporal, apresentando maior adiposidade centrípeta com depósito de gordura principalmente no subcutâneo do tronco e ao redor de vísceras como rins e coração (CARVALHO FILHO, 1996; MEIRELLES, 2000; GUIMARÃES, 2001; MANIDI & MICHEL, 2001; PONT GEIS 2003).

O tratamento da obesidade deve objetivar a melhora do bem-estar e da saúde do paciente, reduzindo assim os riscos de doença e mortalidade, para isso é necessária a redução da ingesta energética e estimular a prática de atividades físicas (HALPERN & MANCINI,2000; GUIMARÃES, 2001;OPAS, 2003).

1.4.1.4 – Controle da ingesta de bebida alcoólica

O consumo de bebida alcoólica é importante fator de risco para a HA causando resistências à terapia anti-hipertensiva e também aumentando o risco de

ocorrência de acidentes vasculares cerebrais – AVC (AMODEO & LIMA, 1996; GORAYEB, 2000; WAITZBERG, 2001; SBH, 2002; MOREIRA, 2005; FUNATSU, YAMASHITA, NAKAMURA, 2005).

O álcool, quando ingerido em baixa quantidade, tem efeito hipotensor e é benéfico sobre o risco cardiovascular, enquanto que o seu uso excessivo é responsável por cerca de 5 a 10% dos casos de HA. Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a 30 ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres 15 ml/dia. Isso corresponde, para o homem, a aproximadamente 720 ml de cerveja; 240 ml de vinho e 60 ml de bebida destilada. Aos pacientes que não conseguem se enquadrar nesses limites sugere-se o abandono de bebidas alcoólicas (AMODEO & LIMA, 1996; SBH, 2002; FUNATSU, YAMASHITA, NAKAMURA, 2005).

1.4.1.5 – Controle do Tabagismo

O tabagismo é hoje um problema mundial, estima-se que exista 1,1 bilhão de fumantes no mundo com índices de mortalidade de 5 milhões ano. No Brasil, temos aproximadamente 3,3 milhões de fumantes. No Estado de São Paulo os índices são 45% dos homens e 32% das mulheres (DESPAIGNE et al, 2003; STUCHI & CARVALHO, 2003; OMS, 2003a; CAVALCANTE, 2005; PEIXOTO, FIRMO & LIMA COSTA, 2005)

Entre as substâncias presentes na fumaça do cigarro, foram identificadas quatro como causadoras de danos cardiovasculares: o monóxido de carbono, a nicotina, o benzopireno e os radicais livres. A nicotina e o monóxido de carbono são os mais envolvidos nas complicações coronarianas (BRASIL/MS, 2004b; STUCHI & CARVALHO, 2003; CAVALCANTE, 2005).

Ainda que o tabagismo não configure como uma das causas diretas da HA, quando este está associado a ela, intensifica o risco para as DCV. Este risco é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação, podendo ser maior nas mulheres. O uso do tabagismo tem implicações na PS, sendo verificado um aumento significativo em avaliação por MAPA¹, comparando com

¹ MAPA = Monitoração Ambulatorial da Pressão Arterial

pacientes não fumantes. Uma das principais complicações do tabagismo é seu efeito vaso constritor aumentando a RVP e conseqüentemente o aumento da PA. Ele contribui de forma direta também no desenvolvimento da aterosclerose, potencializando os riscos da HA para os AVC isquêmicos, principalmente quando associado à obesidade e altos níveis lipêmicos (MARTINS, GOMES & PASINI, 1989; SBH, 2002; DESPAIGNE et al, 2003; PIRES, GAGLIARDI & GORZONI, 2004;)

A interrupção do tabagismo é uma das principais estratégias para a redução das taxas de morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares (ISSA et al, 1998; MASSIE, 2001; OMS, 2003a; BRASIL/MS, 2004b; PIRES, GAGLIARDI & GORZONI, 2004; CAVALCANTE, 2005).

1.4.2 – Tratamento farmacológico

Segundo as IV Diretrizes da SBH (2002), as drogas para o tratamento farmacológico da HA consistem em sete distintos grupos, a saber: 1 - Diuréticos; 2 - Simpaticolíticos de ação central; 3 - Beta bloqueador; 4 - Alfa bloqueadores; 5 - Antagonistas de canais de cálcio; 6 - Inibidores da Enzima Conversora; e, 7 - Antagonistas de receptor da Angiotensina II.

Preocupado com a alta prevalência da HA e suas conseqüências, o MS implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e Diabetes Mellitus com o Programa HIPERDIA², visando o estabelecimento de diretrizes voltadas para o aumento da prevenção, detecção, tratamento e controle desses agravos, no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL/MS, 2001).

Para o tratamento da HA foram estabelecidos os medicamentos Captopril (Inibidor de Enzima Conversora) Hidroclorotiazida (diurético) e Propranolol (beta-bloqueador). Estes medicamentos são preconizados pela Organização Mundial de Saúde – OMS, referendados pelo Comitê Técnico Assessor do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BRASIL/MS, 2001).

Ao ser indicado o tratamento farmacológico para o idoso, se faz necessário outros cuidados específicos, pois as alterações na constituição fisiológica ao envelhecer implicam também na farmacocinética e farmacodinâmica, assumindo

² HIPERDIA é o Programa do Ministério da Saúde responsável pelo controle das atividades relacionadas aos tratamentos da Hipertensão arterial e do Diabetes.

particular importância nas reações adversas neste grupo de pacientes. Há drogas que podem ser inibidas em sua ação e outras potencializadas com as mudanças constitutivas do organismo (CARVALHO FILHO, 1996; PEREIRA & PEREIRA, 1998; OLIVEIRA & SILVA, 1999; OIGMAN & NEVES, 1999; MASSIE, 2001).

Essas mudanças fisiológicas tornam desafiador o tratamento no idoso. Como nem sempre é fácil o controle sugere-se uma atitude conservadora buscando reduzir em pelo menos 20 mmHg na PS, caso ela estiver acima de 160 ou 180 mmHg (OIGMAN & NEVES, 1999; OLIVEIRA & SILVA, 1999; RIBEIRO, 2004).

A monoterapia com diuréticos tem sido uma das primeiras opções no tratamento da HA também no idoso. Apesar de boa tolerabilidade, os efeitos colaterais são comuns entre os pacientes das diversas idades, além daqueles, os idosos são indivíduos com maior predisposição para a desidratação, o que pode ser intensificado com esta terapia, pois seus rins apresentam dificuldades para preservar o sódio (OIGMAN & NEVES, 1999; Oliveira & Silva, 1999; MASSIE, 2001; SBH, 2002; NEVES, BURLÁ & OIGMAN, 2005).

Já no caso dos beta-bloqueadores tem sido demonstrado que reduzem a morbimortalidade cardiovascular em pacientes jovens, porém sua eficácia nos idosos se apresenta limitada (MASSIE, 2001; SBH, 2002; NEVES, BURLÁ & OIGMAN, 2005; OIGMAN & NEVES, 1999; OLIVEIRA & SILVA, 1999).

Os alfa-bloqueadores apresentam perfil metabólico favorável quanto aos níveis de colesterol, porém seu inconveniente se refere aos quadros de taquifilixia, tonteira e hipotensão (MASSIE, 2001; NEVES, BURLÁ & OIGMAN, 2005; OIGMAN & NEVES, 1999; OLIVEIRA & SILVA, 1999).

Os antagonistas de cálcio têm apresentado efetividade na redução da PA dos idosos por atuarem especificamente na resistência periférica e apresentam a vantagem de serem metabolicamente neutros. Porém não são indicados em fases próximas da ocorrência do infarto do miocárdio e suspeita de insuficiência coronariana aguda. Os principais inconvenientes são edema pedal, cefaléia e taquicardia reflexa além de seu alto custo (OIGMAN & NEVES, 1999; OLIVEIRA & SILVA, 1999; MASSIE, 2001; SBH, 2002; NEVES, BURLÁ & OIGMAN, 2005).

Os idosos têm respondido bem aos IECA (Inibidores da enzima conversora de angiotensina), entre eles o Captopril, Enalapril e Benazepril, porém esta resposta com monoterapia é menor do que no adulto jovem, sugere-se então a associação com baixas doses de diuréticos. Entre os efeitos colaterais que podem dificultar a

adesão ao tratamento é relatada a perda de paladar e sensação gustativa (OIGMAN & NEVES, 1999; OLIVEIRA & SILVA, 1999; MASSIE, 2001; TANAKA et al , 2005).

As combinações entre as drogas devem ser feitas com certa prudência, pois da mesma forma que elas podem potencializar os efeitos hipotensivos podem também potencializar os efeitos colaterais (OIGMAN & NEVES, 1999; OLIVEIRA & SILVA, 1999; MASSIE, 2001; SBH, 2002; NEVES, BURLÁ & OIGMAN, 2005).

1.5 – Adesão ao tratamento da HA pelo paciente idoso

A adesão ao tratamento da HA implica em questões objetivas e subjetivas. As questões objetivas estão relacionadas aos métodos de tratamento, tipos de prescrição medicamentosa e não medicamentosa e comportamentos do paciente no atendimento a estes. E as subjetivas estão relacionadas a atitudes do paciente, crenças, percepções, pensamentos, desejos, ganhos e ônus com a doença entre outros. (NOBRE, PIERIN & MION, 2001; SIMONETTI, BATISTA & CARVALHO, 2002; SBH, 2002; PÉRES, MAGNA & VIANA, 2003)

Para aderir ao tratamento medicamentoso o paciente deve ser disciplinado e tomar a medicação prescrita com regularidade, enquanto que para aderir ao tratamento não medicamentoso caber-lhe-á mudanças e adaptações significativas em seus hábitos de vida (NOBRE, PIERIN & MION, 2001; SIMONETTI, BATISTA & CARVALHO, 2002; SBH, 2002; GONZÁLEZ et al, 2005)

Aqui nos deparamos com alguns desafios quanto ao tratamento da HA, pois este depende do paciente estar consciente da importância de manter a PA em níveis aceitáveis, conhecer os benefícios do tratamento proposto, controlar a ingestão medicamentosa e estar disposto e se esforçar para as mudanças de hábitos de vida. Além do papel do médico nem sempre ser satisfatório para ajudá-lo neste processo (AMODEO & LIMA, 1996; NOBRE, PIERIN & MION, 2001; SIMONETTI, BATISTA & CARVALHO, 2002; PÉRES, MAGNA & VIANA, 2003; ROCHA, 2003; GONZÁLEZ et al, 2005).

Como já demonstrado cerca de 50% dos portadores desconhecem sua condição de hipertenso, destes, menos de 50% fazem o tratamento com regularidade, mantendo bons níveis de adesão. Dos que fazem tratamento, regular ou não, aproximadamente 50% não controlam a PA e apenas 10% dos pacientes

são tratados efetivamente. Percebem-se aqui os riscos advindos do desconhecimento e da falta de tratamento regular e controle da HA (SIMONETTI, BATISTA & CARVALHO, 2002; PÉRES, MAGNA & VIANA, 2003; FUCHS, CASTRO & FUCHS, 2004; PIERINE, GUSMÃO & CARVALHO, 2004).

São três os principais problemas apresentados: a falta de diagnóstico; a falta de adesão ao tratamento e, a falta de controle da PA. A falta de diagnóstico é um problema que vem antes do fator terapêutico, mas após ser diagnosticada a HA, o maior problema está relacionado à baixa adesão ao tratamento.

Ressalta-se ainda que em algumas situações, o paciente comparece ao serviço, freqüenta as consultas, retira a medicação e a leva para casa, mas não toma com regularidade! Nestes casos ele só “aderente ao serviço”. A assiduidade ao serviço de saúde é um bom passo para o tratamento da HA, porém não significa estar aderente ao tratamento.

A HA está entre as doenças que necessitam de tratamentos complexos, que requerem mudanças no comportamento fundamental, o que pode ser difícil até mesmo para pacientes motivados (AMODEO & LIMA, 1996; JARDIM, SOUSA & MONEGO, 1996; NOBRE, PIERIN & MION, 2001; SIMONETTI, BATISTA & CARVALHO, 2002; GONZÁLEZ et al, 2005; NEVES, BURLÁ & OIGMAN, 2005).

A adesão aos medicamentos prescritos é um problema prático, com até 50% dos pacientes deixando de cumprir a prescrição e uma terça parte nunca os tomarem. As taxas de aderência são inversamente proporcionais ao número de intervenções prescritas, sua complexidade e seu custo. Para reduzir este problema o esquema terapêutico deve ser o mais simples possível, o que nem sempre é possível nas doenças crônicas (OIGMAN & NEVES, 1999; McPHEE & SCHROEDER, 2001; ROCHA, 2003; GONZÁLEZ, 2005; NEVES, BURLÁ & OIGMAN, 2005).

1.5.1 – Conceito de adesão

Em inglês existem dois termos utilizados para definir a adesão do paciente ao tratamento: *compliance* e *adherence*. O dicionário Aurélio (FERREIRA, 1986) apresenta os dois termos como sinônimos em português podendo significar tanto o

ato de unir, grudar quanto o de concordar, apoiar, aceitar uma idéia, projeto, indicação etc. Neste trabalho optamos por usar os dois termos – adesão e aderente – como sinônimos (FUCHS, CASTRO & FUCHS, 2004).

Neste sentido, adesão³ ao tratamento significa seguir as recomendações medicamentosas e não medicamentosas do médico e outros profissionais de saúde, incluindo dieta, mudanças no estilo e hábitos de vida e freqüência as consultas, onde o paciente participa e concorda com o tratamento, conhece as alternativas, aceita e decide fazer o que foi acordado para seu tratamento (NOBRE, PIERIN & MION, 2001; FUCHS, CASTRO & FUCHS, 2004).

1.5.2 – Principais dificuldades para a adesão ao tratamento da HA

O primeiro fator complicador é o caráter quase assintomático da HA. Os sintomas percebidos pelo paciente não são suficientes para expressar o risco para órgãos-alvo como o coração, o cérebro, os olhos e os rins (SIMONETTI, BATISTA & CARVALHO, 2002; GUSMÃO & PIERIN, 2004; GONZÁLEZ, 2005)

Outro complicador é o fato de ser uma doença multicausal, implicando em várias abordagens de intervenção. O tratamento medicamentoso necessita muitas vezes da combinação de mais de uma droga e mais de um horário, além das reações adversas destas medicações. Enquanto que o tratamento não medicamentoso inclui um leque de mudanças muito mais complexas. Se os índices de adesão ao tratamento medicamentoso são baixos, bem menores são os relativos ao tratamento não medicamentoso (AMODEO & LIMA, 1996; JARDIM, SOUSA & MONEGO, 1996; OIGMAN & NEVES, 1999; NOBRE, PIERIN & MION, 2001; SBH, 2002; ROCHA, 2003; NEVES, BURLÁ & OIGMAN, 2005).

Desta forma, saber o que fazer, quais os medicamentos prescrever e qual a melhor conduta terapêutica são insuficientes para a eficácia no controle da HA, portanto são necessárias estratégias e métodos que propiciem à aceitação pelo paciente, a compreensão do seu problema, sua efetiva participação como sujeito da ação e agente no processo de tratamento (SIMONETTI, BATISTA & CARVALHO,

³ Os critérios utilizados neste trabalho estão demonstrados a seguir na metodologia.

2002; ROCHA, 2003; GUSMÃO & PIERIN, 2004; FUCHS, CASTRO & FUCHS, 2004).

Em pesquisa realizada em Salvador – BA os principais motivos da não adesão ao tratamento medicamentoso da HA foram, por homens e mulheres respectivamente: pressão sanguínea normalizada (41,3% e 42,3%); efeitos colaterais dos medicamentos (31,7% e 24,8%); esquecimento de tomar a medicação (25,2% e 20,1%); custo da medicação (21,6% e 20,1%); medo de misturar álcool e medicação (23,4% e 3,8%); desconhecimento da continuidade do tratamento (15% e 21,8%); uso de tratamento alternativo (11,4% e 17,1%); medo de intoxicação (9,6% e 12%); medo de hipotensão (9,6% e 12%); e medo de misturar medicamentos com outras drogas (8,4% e 6,1%) (ANDRADE et al. 2002).

Comparando estes dados a uma pesquisa semelhante realizada em Cuba, pode-se perceber que o principal motivo relatado para não adesão ao tratamento da HA é a falta de informação e que, apesar do avanço no desenvolvimento de novas drogas, os efeitos colaterais são a segunda maior causa (ANDRADE et al. 2002; GONZÁLEZ et al, 2005).

Contextualizando a adesão ao tratamento da HA no idoso percebe-se que o desafio é ainda mais complexo. Pois os hábitos e comportamentos formados no decurso de toda uma vida, agora precisam ser mudados, e desenvolver novos hábitos requer uma série de adaptações do indivíduo a um novo modelo de ser e fazer em sua vida. Então, como implementar este novo modelo incluindo prática de atividades físicas e dieta alimentar equilibrada para idosos que nunca o fizeram?

Um bom momento para iniciação da atividade física é na escola, porém há um contingente alto de idosos que não tiveram esta oportunidade, pois muitos nem a freqüentaram, mesmo atualmente, os programas de atividades físicas escolares são deficientes nesta abordagem. O grande desafio é envolver o idoso nesta prática, apesar de todas as suas dificuldades osteomusculares e outras limitações próprias do envelhecer e torná-la um novo hábito (MAITINO, 2000; MEIRELLES, 2000; MANIDI & MICHEL, 2001; PONT GÉIS, 2003; FECHIO & MALERBI, 2004).

A obesidade é outro fator complicador que requer muita determinação para ser controlada, pois está relacionado também à prática da atividade física com regularidade e a alimentação equilibrada. Como o hábito alimentar é passado de geração a geração, torna-se um costume de família incorporado à identidade do sujeito, dificultando assim o seu processo de mudança (GORAYEB, 2000;

HALPERN & MANCINI, 2000; GUIMARÃES, 2001; CALDERON, 2003; OPAS, 2003).

O hábito alimentar nem sempre se desenvolve seguindo parâmetros racionais, a busca do prazer está presente neste processo. Não se deve, portanto, tratar deste assunto pensando apenas nos aspectos nutricionais, pois a alimentação está presente em eventos comemorativos, faz parte da história cultural dos povos, assim, ela é rica em significados. Hábitos e padrões de comportamentos são desenvolvidos durante a vida e se tornam parte constitutiva do ser humano (BOCK, FURTADO & TEIXEIRA, 2002; CASTRO et al, 2002).

Castro et al (2002) ainda diz que a nutrição e gastronomia se complementam, pois nutrição é comida no prato, mas deve ser antes de tudo ingerida com prazer. Concordando com isto, a psicanálise relaciona o prazer como algo que vai além do ato de comer (nutrir-se), pois a prática gustativa, o saborear, o sugar, deve ser considerado como diferenciais na formação do hábito alimentar (LAPLANCHE, 1998).

Segundo Freud, na teoria da psicanálise não se hesita em supor que o curso tomado pelos eventos mentais está automaticamente regulado pelo princípio de prazer, quando estes eventos tomam uma direção que gere desprazer ou tensão, o indivíduo busca recursos para atenuá-los e retornar ao estado de prazer (FREUD, 1996).

Considerando a teoria de Freud (*op. cit.*), podemos analisar que, se os hábitos alimentares estão relacionados ao princípio do prazer, eles podem ser alterados pelo mesmo princípio, ou seja, pela aceitação do desprazer, imediato para compensá-lo posteriormente. Neste sentido, encontramos dentro da teoria psicanalítica um recurso para auxiliar-nos em busca da adesão ao tratamento, e aplicando-o na mudança do hábito alimentar este pode significar desprazer no ato de se alimentar, porém o obterá na melhoria de sua saúde e qualidade de vida.

Este processo de mudança de hábitos passa também pelos conceitos da psicologia da aprendizagem, pois ela requer envolvimento, o uso e o desenvolvimento de todos os poderes, capacidades, potencializadas no homem, tanto físicas quanto mentais e afetivas (CAMPOS, 1997).

Covey (2001) define hábito como a intersecção entre o conhecimento, a habilidade e o desejo e apresenta três critérios para a formação de um novo hábito. O **conhecimento** é o paradigma teórico – o que e porquê fazer. A **habilidade** é o

como fazer. E o **desejo** é a motivação, o querer fazer. Formar um novo hábito exige esforço nestas três dimensões.

Segundo Moscovici (2001), é preciso considerar que toda mudança é precedida de alguma resistência e está prevista em qualquer programa de mudança planejada em sua fase inicial

São três as etapas para o processo de mudanças segundo Moscovici (2001):

1ª etapa – descongelamento – nesta fase ocorre certo grau de desestruturação, questionamento das certezas anteriores, ansiedade e motivação para examinar o novo, o diferente, o contraditório.

2ª etapa – incorporação - consiste na decisão pela mudança e sua implementação, pela aprendizagem de novos padrões de percepção, conhecimentos, atitudes e ações. É um período de incorporação de novas formas de abordar os problemas e de resolvê-los, passando a exteriorizar novas opiniões e comportamentos.

3ª etapa - estabilização ou congelamento – nesta terceira e última etapa se restabelece o equilíbrio após a transição da mudança. Da mesma forma como nos foi necessária a prática e a repetição para adquirirmos nossos antigos hábitos e automatismos, o exercício continuado dos recentes padrões de conduta é imprescindível para que, aos poucos, a nova estrutura prevaleça sobre a anterior.

O processo de mudança deve ser estimulado e motivado possibilitando ao idoso aceitar de forma natural e contribuir com ele, não como mais uma carga da velhice, mas sim, uma alternativa de vida. Mesmo com suas dificuldades, esta é uma condição indispensável para a sua sobrevivência, e aquele que precisa mudar, necessita compreender o processo para se engajar de forma pró-ativa e participativa. E não apenas por uma obrigação cega, mas como uma nova forma de reagir diante das coisas, dos fatos e das pessoas, com flexibilidade e versatilidade (Waitzberg, 2001; Johson, 2002; Sabbi, 2002; Fuchs, et al, 2004).

Nobre et al, (2001) e Rocha (2003), apresentam alguns modelos teóricos sobre a adesão: **sociodemográfico; educacional; crença na saúde; estímulos das emoções; comportamental; auto-regulação** e por fim o modelo **relacional – médico** e demais profissionais de saúde *versus* paciente.

O modelo **sócio-demográfico** busca relacionar a falta de adesão a fatores como sexo, idade, estado civil, nível educacional e econômico e a qualidade e do serviço oferecido e acesso ao mesmo.

No modelo **educacional** se busca promover a adesão por meio de informações. É um modelo muito próximo da **crença na saúde**, que busca despertar maior consciência no indivíduo sobre a possibilidade de ficar doente, da sua gravidade e o alto risco de complicações.

O outro modelo é o **estímulo às emoções**. Sua estratégia está em despertar medo pela doença, mas novamente se fundamenta na informação como nos modelos anteriores.

O modelo comportamental, inicialmente desenvolvido por Skinner e posteriormente chamado de 'teoria **de aprendizagem social**' baseia-se nas mudanças de atitudes resultantes do estímulo do ambiente e de suas recompensas. Neste modelo, tanto o meio quanto o indivíduo têm papel relevante na geração do comportamento final, sendo co-responsável pelos resultados e agente da mudança.

Um outro modelo apresentado é chamado de **auto-regulação**. Nele se busca a incorporação do conhecimento da doença, sua importância e seus riscos, passando então para o planejamento da ação visando um comportamento desejado.

Todos estes modelos têm sua contribuição na busca de se compreender a dinâmica do paciente e ajudá-lo no processo de adesão, mas o que tem apresentado maior contribuição para a adesão é o **modelo 'relacional'**. Este implica uma relação afetiva, amigável e de cumplicidade entre a equipe multiprofissional e o paciente. A partir desta relação estreita é possível trabalhar as demais técnicas dos modelos anteriores por um processo de negociação, cumplicidade e comprometimento do paciente, (NOBRE, PIERIN & MION, 2001; ROCHA, 2003; GONZÁLEZ et al, 2005).

No sentido pleno, uma boa adesão é mais do que comparecer a consultas, mais do que fazer uso de medicamentos quando necessário, mais do que adotar hábitos de vida saudável de uma maneira isolada. Uma boa adesão, de fato, é a soma de todos esses fatores, é uma atitude completa em relação à própria saúde e exige participação dos pacientes, não como objeto, mas como sujeito da ação. (NOBRE, PIERIN & MION, 2001, p.65).

Assim, o problema da adesão ao tratamento não deve ser visto apenas como um ato de desatenção e desinteresse do próprio paciente em se tratar, mas uma

questão que apresenta vários aspectos complexos. Aspectos tais como condições físicas, socioeconômicas, falta de conhecimento dos riscos, sistema de saúde ineficaz e dificuldade de acesso ao mesmo, falta de medicação, problemas financeiros, além questões como estigmas, a consciência do paciente frente à doença, significado da medicação, fatores psicológicos, depressão, raiva, hostilidade, a relação médico paciente, etc. (JARDIM, SOUSA & MONEGO, 1996; GORAYEB, 2000; OLIVEIRA et al, 2002; STRELEC, PIERIN & MION, 2003).

Para Rocha (2003), um bom começo seria um programa de reeducação dos médicos e profissionais de saúde em prol de uma nova filosofia de tratamento.

1.6 – Relevância deste estudo e contextualização

Cacoal era o quarto município com maior população no estado de Rondônia, no censo de 2000 contava com 73.568 hab. (5,3% da população do estado) e uma população \square 60 anos de 4.312. Ocupa um papel importante na região leste, para onde convergem vários municípios em busca de atendimento à saúde, educação e ao comércio (BRASIL/IBGE, 2001).

Sua emancipação se deu em 1977 e apresentava uma taxa de urbanização, em 2000, de 69,86%, expectativa de vida 69,7 anos e IDH 0,755 (o terceiro melhor do estado) (BRASIL/IBGE, 2001).

Conforme levantamento no cadastro do Programa HIPERDIA, em março de 2005, Cacoal apresentava 3.352 (4,5%) pacientes hipertensos cadastrados nos Estabelecimentos de Assistência à Saúde – EAS Nova esperança, Cristo Rei e Princesa Isabel, destes, 1.582 (47,2%) são idosos acima de 60 anos.

O número de pacientes com HA e de idosos acima de 60 anos já constitui um relevante problema de saúde pública também em Cacoal/RO, mesmo sendo uma cidade jovem com apenas 28 anos. A sua população, na grande maioria, é composta de migrantes de outros estados brasileiros, trazendo seus costumes e culturas, os quais precisam ser estudados e compreendidos em sua diversidade.

Diante desse quadro o desafio é identificar quais as variáveis podem interferir na adesão ao tratamento da HA entre indivíduos idosos. E, através desse conhecimento, alterar a realidade local.

1.7 – Objetivos

1.7.1 – Geral

Identificar a adesão do idoso hipertenso ao tratamento da hipertensão arterial e descrever suas possíveis dificuldades.

1.7.2 – Específicos

- Identificar a taxa de adesão e taxa de abandono ao serviço entre os hipertensos idosos.
- Descrever o grupo de pacientes aderentes ao serviço de saúde segundo as variáveis sócio-econômicas.
- Identificar os índices de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e as possíveis causas da não adesão.

2 - MATERIAL E MÉTODOS

2.1 – Tipologia

Estudo transversal descritivo exploratório.

2.2 – População de estudo

A população foi constituída de hipertensos \geq 60 anos cadastrados no Programa HIPERDIA do EAS Princesa Isabel aderentes ao serviço. Como aderentes ao serviço foram considerados aqueles que freqüentavam com regularidade o EAS, e não aderentes ao serviço foram considerados aqueles que não compareciam ao EAS por mais de três meses.

2.3 – Local de estudo

Na cidade de Cacoal/RO, no EAS Princesa Isabel localizado na Av. Afonso Pena, 2242, Bairro Princesa Isabel.

Cacoal tem três Unidades Básicas de Saúde dentro da cidade com o Programa HIPERDIA implantado. Como este é um município com uma história de colonização rural, optamos por este EAS por se localizar próximo à rodoviária dos colonos e possibilitar avaliar também a população rural.

2.4 – Amostragem

Foi utilizada a amostragem por conveniência, conforme a definição de Vieira (1998). Para a escolha dos pacientes foi observada sua ordem de chegada ao serviço de saúde para atendimentos no Programa.

A amostra foi constituída por 142 indivíduos, correspondendo a 41,5% da população total (342) de hipertensos cadastrados no HIPERDIA deste EAS entre aqueles aderentes ao serviço de saúde, obedecendo ao critério de aderente descrito. Este valor se constituiu a partir do número de pacientes que aceitaram

participar da entrevista (Termo Livre Consentimento) e que visitaram o EAS no decurso de um mês.

2.5 – Variáveis e categorias

- **Idade** - foi registrada em anos e agrupada em faixa etária por década;
- **Naturalidade** – registro do Estado de procedência;
- **Sexo** - masculino ou feminino;
- **Cor/Raça** – Foi relatado conforme a auto-descrição do entrevistado seguindo os parâmetros do Programa HIPERDIA: branca, preta/negra, indígena, amarela e parda.
- **Peso**: registrado em quilogramas, verificado no momento da entrevista;
- **Altura**: registrado em metros, verificado no momento da entrevista;
- **IMC – Índice de Massa Corporal**: calculado de acordo com a fórmula: $\text{peso(Kg)}/\text{altura(m}^2\text{)}$. Foi utilizada a classificação OMS para a comparação dos dados:

Quadro 3 - Classificação do IMC (Modificado)

Classificação	IMC = $\text{Peso(Kg)}/\text{Altura(m}^2\text{)}$	Risco de co-morbidade
Baixo peso	< 18,5	--
Normal	18,5-24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0-29,9	Pouco aumentado
Obeso Grau I	30,0-34,9	Moderado
Obeso Grau II	35,0-39,9	Alto
Obeso Grau III	$\geq 40,0$	Muito alto

Fonte: OMS (2006) e Programa HIPERDIA (BRASIL/MS, 2001)

- **Escolaridade**: foi registrado de acordo com descrição do Programa HIPERDIA: Não sabe ler/escrever; Alfabetizado; Fundamental incompleto (1º grau incompleto); Fundamental completo (1º grau completo); Médio Incompleto (2º grau incompleto); Médio completo (2º grau completo); Superior incompleto; Superior completo; Especialização/Residência; Mestrado; Doutorado.
- **Valores pressóricos** – foram registradas a PAS e PAD em mmhg. A PA foi verificada no momento da entrevista pelo funcionário do EAS, na posição

sentada e preferencialmente no braço direito, após cinco minutos de descanso, com esfigmomanômetro aneróide, devidamente calibrado.

- **Pressão arterial média** – foi calculada utilizando os valores da verificação da pressão no dia da entrevista; a fórmula utilizada foi: pressão arterial média = $2XPAD+PAS/3$.
- **Ocupação** – foi registrada a área de atividade em que estava inserido, de acordo com o Programa HIPERDIA: comércio, indústria, aposentado, empregado doméstico, do lar, estudante e agropecuária.
- **Residência** – foi registrado o local de residência dos pacientes, classificadas em rural ou urbana.
- **Situação conjugal** – foi utilizada a classificação conforme parâmetros do Programa HIPERDIA: convive c/ companheira(o) e filho(s), convive c/ companheira(o) c/ laços conjugais e s/ filhos, convive c/ companheira(o), filhos e/ou outros familiares, convive c/ familiares, sem companheira(o), convive c/ outra(s) pessoa(s), sem laços consangüíneos e/ou laços conjugais, vive só.
- **Adesão**: a adesão pode ser medida através de medidas diretas e indiretas. Os métodos indiretos mais comuns são: relatório do paciente, opinião de médicos, diário do paciente, contagem de comprimidos, reabastecimento de comprimidos, resposta clínica e monitoração eletrônica da medicação. Os métodos diretos são: análise biológica e composto traçador (NOBRE, PIERIN & MION, 2001).
- **A primeira medida de adesão foi relacionada a freqüência regular ao serviço de saúde, conforme preconizado pelo HIPERDIA.** Foi considerado aderente ao serviço aquele indivíduo que freqüentou regularmente o Programa e considerado abandono aquele que há mais de 3 meses não comparecia ao EAS.

Neste estudo foi utilizado o método indireto, com realização de entrevistas estruturadas com os pacientes utilizando-se de dois instrumentos de auto-relato, o teste de Morisky-Green para o tratamento não medicamentoso e formulário adaptado para o tratamento não medicamentoso. Definimos abaixo os critérios utilizados:

Ø Adesão ao tratamento medicamentoso: teste de Morisky-Green

O teste de Morisky-Green é composto de quatro perguntas para identificar a atitude e o comportamento face à quantidade de medicamentos tomada. As vantagens deste teste estão em sua simplicidade, veracidade, velocidades e no potencial de medir a sua validade (STRELEC, PIERIN & MION, 2003).

Neste teste a resposta Sim às questões significa não-adesão e são computadas como “0”, a resposta Não significa adesão ao tratamento e são computadas como “1”. Quanto maior o score, maior o nível de adesão, porém são considerados aderentes ao tratamento medicamentoso somente os pacientes com score “4”.

Quadro 4 – Teste de MORISKY – GREEN (1986)

Questões	Sim	Não
1 – Alguma vez (de vez em quando) você se esquece de tomar seu remédio		
2 – Você às vezes se descuida com o horário de tomar o seu remédio?		
3 – Quando você se sente melhor você às vezes para de tomar o seu remédio?		
4 – Às vezes, se você se sente pior (mal) quando toma o remédio você para de tomá-lo?		
TOTAL		

Ø Adesão ao tratamento não medicamentoso:

Para avaliar a adesão ao tratamento não medicamentoso foi elaborado um formulário contendo questões adaptadas do formulário de cadastro do paciente HIPERDIA e questões adaptadas e modificadas, com base na ficha de Avaliação Clínica-Nutricional de Reis & Cople, (1999) e do modelo de Assis (1997) (Anexo II).

- ü **Atividade física** – foi considerada adesão a atividade todo aquele que referiu, durante a entrevista, atividade regular (caminhada, natação, ciclismo, e outros) 3x/semana , no mínimo por 30`.
- ü **Controle do peso:** foi considerada adesão ao controle do peso todos aqueles que apresentaram o IMC < 25,0.
- ü **Uso do sal na dieta:** a avaliação da dieta implica em vários fatores, neste trabalho estamos apenas avaliando o uso do sal. Foram utilizados dois

parâmetros: o uso de saleiro à mesa e se o indivíduo coloca sal na comida depois de pronta. Foram considerados aderentes ao controle do sal aqueles que não referiram estas duas práticas.

ü **Tabagista:** foi registrado se o indivíduo era tabagista ou não, independente do número de cigarros ou tipo (cigarilha, charuto, cachimbo...). Foi considerada adesão a esta prática somente quem referiu não usar qualquer tipo de tabagismo.

ü **Ingestão alcoólica** - foi registrada a ingesta alcoólica e quantificada semanalmente. Identificados por tipo: cerveja, vinho e aguardente (cachaça). Foi considerada adesão ao controle da ingestão de bebidas alcoólicas quem referiu ingesta dentro dos parâmetros de 30 ml/dia de etanol para homens e 15 ml/dia para mulheres.

- **Existência de doenças associadas (comorbidades):** foi feito um *chek list* com algumas doenças que podem ser encontradas concomitantes à HA como: tuberculose, hanseníase, diabetes, osteoporose, gastrite, deixando aberta para outras informações.

Todos os instrumentos de coleta de dados foram validados através de aplicação piloto.

2.6 – Coleta dos dados

Os dados foram coletados através de aplicação de entrevistas estruturadas e consulta aos registros do Programa HIPERDIA.

As entrevistas foram realizadas pelo autor e uma equipe de auxiliares devidamente capacitados e supervisionados. Estas entrevistas foram realizadas durante as visitas de rotina para controle da PA e busca de medicamentos.

Os pacientes identificados previamente como 60 anos foram abordados pela equipe, na sala de espera, ou após terem sido atendidos pela técnica de enfermagem do Programa. Após este momento eram convidados a participar da entrevista. Aos que aceitaram participar, foi apresentado e lido o TCLE, com a concordância do paciente e sua assinatura, foi procedida à verificação de peso e altura para cálculo do IMC e realizada entrevista.

Os níveis pressóricos da PA utilizados foram os verificados e registrados no cartão do paciente naquela data. A técnica de enfermagem foi orientada a deixar que o paciente descansasse por cinco minutos antes de verificar a PA.

Para a avaliação da adesão foram colhidas as informações considerando o auto-relato do paciente e complementadas por consultas aos prontuários, cartão e fichas de cadastro do Programa.

Este grupo foi descrito quanto as variáveis sócio-econômico-demográficas e físicas coletadas pelo pesquisador e seus auxiliares no momento da aplicação do teste Morisky-Green e da entrevista no EAS.

2.7 – Análise dos dados

Foi constituído um banco de dados utilizando os programas Excel 2003 e EPI-INFO v.6.04 (domínio público). E através destes programas foram realizados os testes estatísticos necessários para análise dos dados.

A análise univariada foi realizada para determinar a existência de associações entre as variáveis preditoras e a aderência. Foi utilizado o teste de Student para variáveis contínuas e teste do qui-quadrado para as proporções categóricas (Costa, 1998; Haddad, 2004).

A análise descritiva foi realizada pela distribuição de freqüência e das estimativas de médias e medianas. O percentual de aderência foi estimado para cada método utilizado. Foi calculado o coeficiente de variação (CV) para cada estimativa da aderência (Costa, 1998; Haddad, 2004).

2.8 – Aspectos éticos

Este estudo foi elaborado atendendo as diretrizes éticas internacionais para a pesquisa biomédica em seres humanos (CIOMS, 2004) e encaminhado para análise e aprovação do Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da UFG antes de realizada a pesquisa, tendo recebido aprovação de acordo com o registro 069/06.

3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número total de pacientes identificados no cadastro do Programa HIPERDIA do EAS Princesa Isabel foi de 1.132 indivíduos, dentre estes, os idosos (≥ 60 anos) representavam 572 (50,5%) (Tabela 01).

Para o cálculo da **taxa de abandono** foram considerados faltosos ao serviço os pacientes que estavam há três meses ou mais sem comparecer ao mesmo, pois este é o critério de controle sugerido pelo Programa HIPERDIA.

A **taxa de abandono** na população total cadastrada no Programa HIPERDIA foi de 38,8%, ou seja, em cada cem pacientes que estavam em tratamento naquele ambulatório, aproximadamente 40 pacientes não compareciam ao tratamento há mais de três meses.

Já a **taxa de abandono**, considerando somente os maiores de 60 anos foi de 40,2 %. ($\chi^2 = 0,9935$ $p = 0,0607$; $p > 0,05\%$).

Tabela 1 – Distribuição do número de pacientes cadastrados no Programa HIPERDIA e taxas de adesão do EAS Princesa Isabel. Cacoal, RO, 2006.

Pacientes cadastrados no Programa HIPERDIA	n	%
Total Hipertensos	1.132	100,0
Taxa de abandono do total de pacientes	439	38,8
Taxa de aderentes ao serviço do total de pacientes	693	61,2
Total de Hipertensos ≥ 60 anos	572	50,5
Taxa de abandono ≥ 60 anos	230	40,2
Taxa de aderentes ao serviço ≥ 60 anos – População do estudo	342	59,8
Amostragem do estudo	142	41,5*

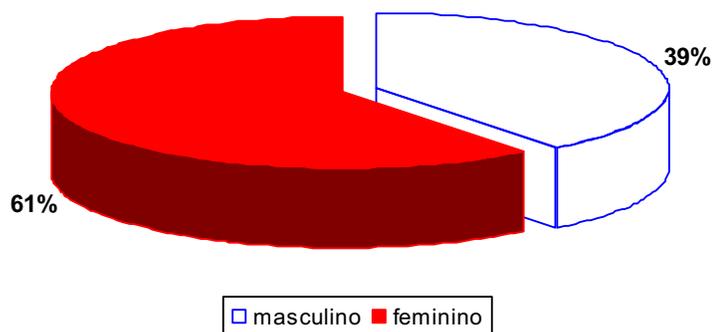
Fonte: Cadastro do HIPERDIA do EAS Princesa Isabel – Março/2005.

*Este percentual é sobre a população do estudo - 342

Para a seleção da amostra foram primeiramente identificados os maiores de 60 anos ($n = 572$), dentre estes, 342 apresentaram características de adesão ao serviço, constituindo assim a população de estudo. Na população de estudo 142 indivíduos (41,5%) aceitaram responder as entrevistas, constituindo, dessa forma, a amostra.

3.1 – Caracterizando a população aderente ao serviço

Figura 1 – Distribuição dos pacientes hipertensos maiores de 60 anos, aderentes ao serviço segundo a categoria sexo. Cacoal – RO, 2006.



Dentre os pacientes > 60 anos, cadastrados no HIPERDIA 61,0% (n= 86) era do sexo feminino (Figura 01).

Esta distribuição é semelhante àquelas encontradas em outros estudos. A razão para esta predominância feminina nos serviços de saúde tem sido discutida entre os autores como um reflexo cultural e também motivada pela forma de organização desses serviços (horário de atendimento, localização). (SOUSA, 1999; STRELEC, PIERIN & MION, 2003).

Tabela 2 – Distribuição do número e porcentagem dos indivíduos segundo sexo e idade. Cacoal – RO, 2006.

Categoria	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	n	%
60 --- 69	53	61,6	25	44,6	78	53,0
70 --- 79	27	31,4	22	39,3	49	34,5
80 --- 89	6	7,0	7	12,5	13	9,2
90 --- +	-	0,0	2	3,6	2	1,4
Totais	86	60,6	56	39,4	142	100,0

Teste-t = 2,22; p = 0,0279; p < 0,05

As mulheres apresentavam-se, proporcionalmente, mais jovens, com 61,6% abaixo de 70 anos de idade. Já entre os homens predominou os maiores de 70 anos – 55,4% (Tabela 2). Mesmo que esta amostra não seja representativa do município

de Cacoal, observa-se que ela se diferencia dos dados do Censo 2000 no qual apresenta a população feminina com média de idade superior a masculina (BRASIL/MP/IBGE, 2001).

A idade média apresentada para a amostra estudada foi de 69,4 (DP \pm 7,042; mediana=68; n=142). Os indivíduos do sexo feminino apresentaram em média 68,3 anos (DP \pm 6,3; Mediana=67; n=86) e o sexo masculino apresentou em média 71,0 anos (DP \pm 7,8; Mediana = 70; n = 56).

Tabela 3 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável sexo e naturalidade. Cacoal – RO, 2006.

Categoria	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	n	%	n	%
Classificação de Naturalidade						
Minas Gerais	29	33,7	16	28,6	45	31,7
Espírito Santo	27	31,4	16	28,6	43	30,3
São Paulo	10	11,6	5	8,9	15	10,6
Outros	20	23,3	19	33,9	39	27,4
Totais	86	60,6	56	39,4	142	100,0

$$c^2 = 17,59; p = 0,348; p > 0,05$$

A população de Rondônia é constituída em sua maioria de imigrantes. Isso se refletiu na amostra estudada, com 72,6% naturais da região sudeste e predomínio dos Estados de Minas Gerais (31,7%) e Espírito Santo (30,3%). Nesta amostra não foi identificado nenhum indivíduo natural de Rondônia (tabela 3).

Tabela 4 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis sexo e cor. Cacoal – RO, 2006.

Categoria	Feminino		Masculino		Total	
	N	% N		% n		%
Classificação de Cor						
Amarela	1	1,2	-	-	1	0,7
Branca	46	53,4	29	51,8	75	52,8
Parda	31	36,0	20	35,7	51	35,9
Preta/Negra	8	9,7	7	12,5	15	10,6
Total	86	60,6	56	39,4	142	100,0

$$c^2 = 0,9991; p = 0,8015; p > 0,05$$

Conforme o auto-relato dos pacientes predominou a cor branca com 52,8%. Esta mesma distribuição apresentou-se para homens (29 – 51,8%) e mulheres (46 – 53,4%). Ressalta-se que a cor negra representou 10,6% da amostra (n= 142), sendo que houve um ligeiro predomínio dessa cor entre os homens (7 – 12,5%) em relação às mulheres (8 – 9,7%) (tabela 04). Os indicadores de cor desta amostra são proporcionais aos encontrados na população brasileira conforme Censo Demográfico de 2000 (BRASIL/MP/IBGE, 2001).

Tabela 5 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis sexo e localização. Cacoal – RO, 2006.

Categoria	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	n	%
Localização						
Rural	52	60,5	23	41,1	75	52,8
Urbana	34	39,5	33	58,6	67	47,2
Total	86	60,6	56	39,4	142	100,0

$$\chi^2 = 5,15399; p = 3,84; p > 0,05$$

Na amostra estudada (n=142) houve uma distribuição semelhante de indivíduos residindo na zona rural (75 – 52,8%) e zona urbana (67 – 47,2%).(Tabela 05). Ressalta-se que a amostragem estudada é constituída somente por aqueles que se mostraram aderentes ao serviço; o que implicava em freqüência regular a unidade de saúde.

Tabela 6 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis sexo e escolaridade. Cacoal – RO, 2006.

Categoria	Feminino		Masculino		Total	
	n	% n		% n		%
Classificação de Escolaridade						
Analfabeto	36	41,9	13	23,2	49	34,5
Alfabetizado	26	30,2	25	44,6	51	35,9
Fundamental Incompleto	24	27,9	15	26,8	39	27,5
Fundamental Completo	-	-	3	5,4	3	2,1
Total	86	60,6	56	39,4	142	100,0

$$\chi^2 = 10,008; p = 0,0186 p < 0,05$$

O nível de escolaridade mostrou-se baixo com 34,5% de analfabetos e 27,5% com o fundamental ainda incompleto. A proporção de analfabetos é maior entre as

mulheres (36 – 41,9%) do que entre os homens (13 – 23,2%). De 36 mulheres analfabetas 69,5% são residentes da zona rural (Tabela 06).

Estes dados demonstram certa marginalização destas pessoas quanto ao acesso à escola, apresentando-se pior entre os indivíduos do sexo feminino. A baixa escolaridade tem sido apontada como um fator que compromete os níveis de adesão ao tratamento, uma vez que o paciente tem dificuldades de ler e seguir a prescrição médica e as orientações quando ao horário e número de doses. (NOBRE PIERIN & MION, 2001; STRELEC, PIERIN & MION, 2003; DÓREA & LOTUFO, 2004).

Tabela 7 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis sexo e situação conjugal. Cacoal – RO, 2006.

Categoria	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	N	%	n	%
Classificação de situação conjugal						
Convive c/ companheiro (a) c/ laços conjugais e s/ filhos	22	25,6	18	32,1	40	28,2
Convive c/ companheiro (a) e filho(s)	31	36,0	24	42,9	55	38,7
Convive c/ companheiro (a), filhos e/ou outros familiares.	4	4,7	2	3,6	6	4,2
Convive c/ familiares, sem companheiro (a)	21	24,4	5	8,9	26	18,3
Vive só	8	9,3	7	12,5	15	10,6
Total	86	60,6	56	39,4	142	100,0

$$c^2 = 5,7908; p = 0,2153; p > 0,05$$

Da amostra estudada 101 – 71% informaram conviver com companheiro (a), com ou sem filhos. E apenas 15 – 10,6% vivem sós. Observa-se que os homens, mesmo com idade superior as mulheres, apresentam proporcionalmente, maior convivência (78,6%) com outros. (Tabela 07).

Tabela 8 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis sexo e ocupação. Cacoal – RO, 2006.

Categoria	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	N	%	n	%
Classificação de Ocupação						
Aposentado	77	89,5	50	89,3	127	89,4
Do lar	9	10,5	2	3,6	11	7,7
Agropecuária	0	0,0	2	3,6	2	1,4
Comércio	0	0,0	2	3,6	2	1,4
Total	86	60,6	56	39,4	142	100,0

$$c^2 = 8,2237; p = 0,0416; p \leq 0,05$$

A grande maioria dos indivíduos era aposentada (127 – 89,4%), mas muitos referiram continuar desempenhando alguma atividade como serviços domésticos, agricultura ou pequenos negócios. A distribuição da ocupação entre os sexos mostrou-se semelhante, com predomínio de mulheres referindo “Do lar” – 10,5% (Tabela 08).

Nesta questão não foi solicitada a ocupação dos que já estavam aposentados, porém se percebeu que a maioria dos que residiam na zona rural mantinham suas ocupações agrícolas ou domésticas.

3. 2 – Caracterizando a Adesão ao tratamento

Tabela 9 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis sexo e IMC. Cacoal – RO, 2006.

Categoria	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	n	%	n	%
Classificação de IMC						
Baixo peso	-	0,0	2	3,6	2	1,4
Normal	27	31,4	22	39,3	49	34,5
Sobrepeso	38	44,2	18	32,1	56	39,4
Obesidade Grau I	18	20,9	14	25,0	32	22,5
Obesidade Grau II	2	2,3	-	0,0	2	1,4
Obesidade Grau III	1	1,2	-	0,0	1	0,8
Total	86	60,6	56	39,4	142	100,0

$$\chi^2 = 135,7197, p = 0,5149; p > 0,05$$

Na amostra estudada 64,1% (n=91) dos indivíduos estavam acima do peso normal. A proporção de mulheres acima do peso normal (sobrepeso e obesidade) correspondeu a 59 – 68,6% e nos homens 32 – 57,1%.

Ao utilizar o IMC como indicador de aderência ao tratamento não farmacológico, estes dados chamam a atenção para o fato de que mais da metade da população que frequenta regularmente o Programa não tem o seu peso controlado, podendo ser em decorrência de não acatar as orientações nutricionais e falta de atividades físicas regulares.

Tabela 10 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis sexo e valores pressóricos. Cacoal – RO, 2006.

Categoria	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	n	%
Valores pressóricos - Classificação PA/SBH%						
Ótima	6	7,0	6	10,7	12	8,5
Normal	9	10,5	5	8,9	14	9,9
Limítrofe	13	15,1	10	17,9	23	16,2
HA Leve	31	36,0	21	37,5	52	36,6
HA Moderada	12	14,0	3	5,4	15	10,6
HA Grave	5	5,8	4	7,1	9	6,3
HA Sistólica Isolada	10	11,6	7	12,5	17	12,0
Total	86	60,6	56	39,4	142	100,0

*Esta classificação da PA foi conforme a IV Diretriz da SBH (2002) (Quadro 1).

De acordo com a classificação de HA preconizada pela SBH, destaca-se a prevalência de indivíduos com a pressão arterial acima dos limites considerados para a normalidade – 65,5%. Para esta classificação utilizaram-se os valores pressóricos de registro no HIPERDIA. Apenas 18,4% da amostra estudada apresentava valores pressóricos dentro dos padrões normais. A Hipertensão Sistólica Isolada, comum em indivíduos idosos, apresentou-se, nesta amostra em 12,0%. A distribuição dos valores pressóricos, e suas categorias, apresentaram-se semelhante entre homens e mulheres.

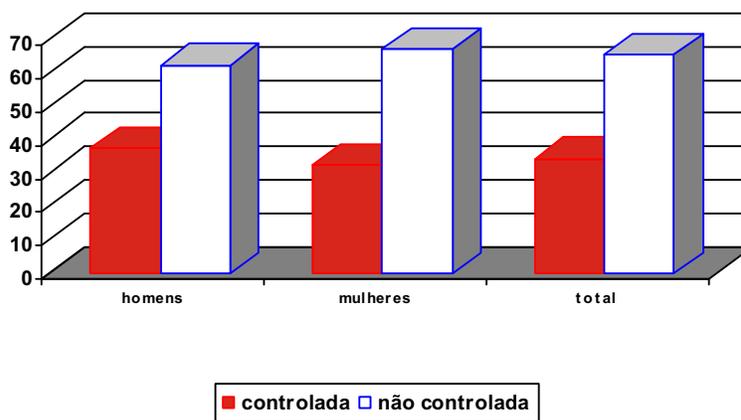
Os índices da PA Sistólica apresentaram média de 142 mmHg (DP \pm 21,7; Mediana=140; n=142); para a PA Diastólica apresentaram média de 85,7mmHg (DP \pm 11,7; Mediana=90; n=142); para PAM média 104,5mmHg (DP \pm 12,9; Mediana=103; n=142) e PP média 56,3mmHg (DP \pm 19; Mediana=50; n=142).

Os indivíduos do sexo feminino apresentaram PA Sistólica em média de 143 mmHg (DP \pm 21,7; Mediana=140; n=86); para a PA Diastólica apresentaram média de 85,8mmHg (DP \pm 11,5; Mediana=90; n=86); para PAM média 105,2 mmHg (DP \pm 12,4; Mediana=103; n=86) e PP média 58 mmHg (DP \pm 20,5; Mediana=50; n=86).

Os indivíduos do sexo masculino apresentaram PA Sistólica em média de 139,3 mmHg (DP \pm 21,2; Mediana=140; n=56); para a PA Diastólica apresentaram média de 85,5 mmHg (DP \pm 12; Mediana=80; n=56); para PAM em média 103,4 mmHg (DP \pm 12; Mediana=103; n=56) e PP em média 53,7 mmHg (DP \pm 16,2; Mediana=50; n=56).

Esta classificação da PA foi realizada conforme a IV Diretriz da SBH (2002) (Quadro 1). Como PA controlada foram considerados os indivíduos com PA ótima, normal e limítrofe (49 – 34,5%). Como PA não controlada foram considerados os indivíduos com HA leve, moderada, grave e sistólica isolada (93 – 65,5%). (Figura 2)..

Figura 02 – Distribuição da amostra estudada segundo sexo e controle pressórico. Cacoal – R, 2005.



$$c^2 = 0,1804; p = 0,6709; p > 0,05$$

Foi verificado o controle pressórico considerando também o critério da PAM, sendo que para a pressão controlada adotou-se o corte de PAM $\leq 106,7$ mmHg. A distribuição, segundo este critério, apresentou 47,2% - 67, dos indivíduos sem controle da PA (Figura 01).

Quanto à distribuição entre os sexos foi semelhante entre homens e mulheres. Da mesma forma que ocorreu quando se utilizou o critério da SBH. De acordo com a classificação da SBH os valores pressóricos estavam sob controle em 34,5% da amostra. Já, segundo a classificação pela PAM, os valores de PA sob controle foram de 52,8% (Figura 02).

Figura 3 – Distribuição dos indivíduos segundo o controle pressórico, classificados conforme tabela da SBH (2002)(Quadro 1) Cacoal – RO, 2006.



Figura 4 – Distribuição dos indivíduos segundo o controle pressórico, classificados de acordo com a Pressão Arterial Média. Cacoal – RO, 2006.

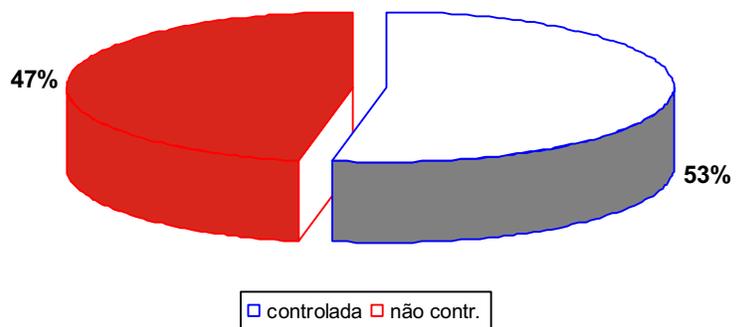


Tabela 11 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável classificação da PA SBH (2002) (Quadro 1) e idade. Cacoal – RO, 2006.

Categoria Classificação PA/SBH	60 --- 69		70 --- 79		80 --- 89		90 --- +		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Ótima	7	9,0	5	10,2	0	0,0	0	0,0	12	8,5
Normal	9	11,5	5	10,2	0	0,0	0	0,0	14	9,9
Limítrofe	14	17,9	7	14,3	2	15,4	0	0,0	23	16,2
HA Leve	31	39,7	16	32,7	4	30,8	1	50,0	52	36,6
HA Moderada	8	10,3	5	10,2	2	15,4	0	0,0	15	10,6
HA Grave	5	6,4	2	4,1	2	15,4	0	0,0	9	6,3
HA Sistólica Isolada	4	5,1	9	18,4	3	23,1	1	50,0	17	12,0
Total	78	54,9	49	34,5	13	9,2	2	1,4	142	100,0

$$c^2 = 15,59; p=0,6208; p>0,05$$

A PA ótima e normal só aparece na faixa etária abaixo de 79 anos. Acima de 80 anos até 89 anos a prevalência maior foi de HA leve (30,8%) seguida pela HSI (23,1%). A HSI apresentou índices crescentes com o aumento da faixa etária, de 5,1% na faixa de 60 a 29 anos, até 50,0% nos maiores de 90 anos. (Tabela 11).

Esta variação da PSI confirma a literatura, uma vez que a PAD se estabiliza em torno dos 50 anos de idade enquanto a PAS continua subindo.

Tabela 12 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis PA controlada e idade. Cacoal – RO, 2006.

Categoria Classificação PA/SBH	60 --- 69		70 --- 79		80 --- 89		90 --- +		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
PA controlada	30	38,5	17	34,7	2	15,4	0,0	49	34,5	
PA não controlada	48	61,5	32	65,3	11	84,6	2	100,0	93	65,5
Total	78	54,9	49	34,5	13	9,2	2	1,4	142	100,0

$$c^2 = 160,3641; p = 0,6505; p>0,05$$

Houve uma inversão na relação de PA controlada com a idade, conforme aumenta a idade diminui-se o índice de controle, mostrando evidência da relação direta entre os níveis de PA com a idade já discutida por vários autores, confirmando assim a idade como um fator de risco para a HA (Tabela 12)

Estes dados também traduzem a dificuldade encontrada pelos idosos em manter o controle sobre a PA, mesmo sendo freqüentes às consultas.

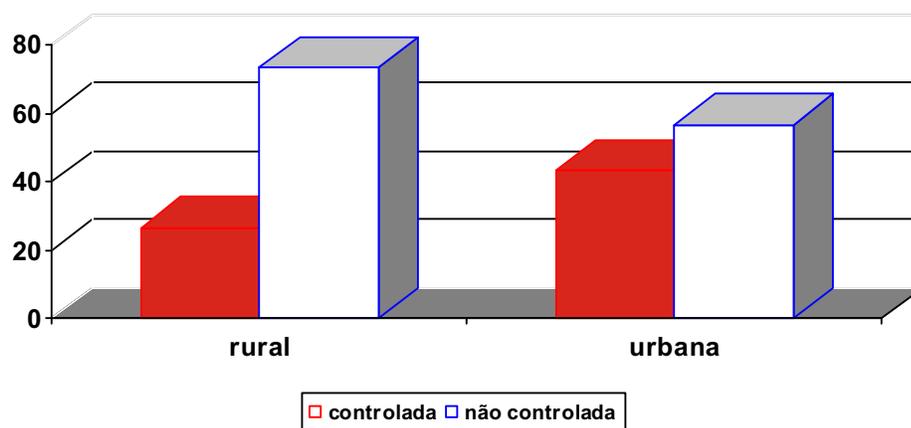
Tabela 13 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis PA controlada e cor. Cacoal – RO, 2006.

Categoria	Amarela		Branca		Parda		Negra		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Controlada	1	100,0	24	32,0	20	39,2	4	26,7	49	34,5
Não controlada	-	-	51	68,0	31	60,8	11	73,3	93	65,5
Total	1	0,7	75	52,8	51	35,9	15	10,6	142	100,0

$$c^2 = 21,3562; p = 0,2618; p > 0,05$$

Foi identificado, proporcionalmente, maior número de indivíduos negros com a PA sem controle – 73,3%, confirmando a literatura sobre a maior prevalência de HA nos indivíduos da raça negra comparada às demais (Dórea e Lotufo, 2004). No entanto, nesta amostra, esta distribuição não é diferente estatisticamente em relação as demais categorias (Tabela 13).

Figura 05 - Distribuição da porcentagem de indivíduos segundo as variáveis PA controlada e localização. Cacoal – RO, 2006.



$$c^2 = 9,3424; p = 0,1552; p > 0,05$$

O número de indivíduos com a PA sob controle foi proporcionalmente maior entre aqueles residentes na zona urbana – 43,3%, sem significância estatística. Enquanto na zona rural o índice da PA não controlada foi de 73,3%. (Figura 05)

Esta variável foi identificada para análise devido à influência que a zona rural apresenta para a economia da cidade de Cacoal. Quase 40% da população residem na zona rural, na qual predomina a agricultura familiar. Cacoal foi colonizada pelo programa de Reforma Agrária do Governo Federal coordenada pelo INCRA na década de 1970, quando foram distribuídos pequenos lotes de 100 hectares para cada agricultor que migrava de outros estados. Até início da década de 1990 a população era predominantemente rural, quando intensificou sua urbanização, porém ainda mantém várias características deste processo.

Tabela 14 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as variáveis PA controlada e escolaridade. Cacoal – RO, 2006.

Categoria	Analfa-		Alfabe-		Fundamental		Fundamental		Total	
	betos		tizados		Incompleto		Completo		N	%
Controle pressórico	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Controlada	15	30,6	16	31,4	17	43,6	1	33,3	49	34,5
Não controlada	34	69,4	35	68,6	22	56,4	2	66,7	93	65,5
Total	49	34,5	51	35,9	39	27,5	3	2,1	142	100,0

$$c^2 = 21,9797; p = 0,2329; p > 0,05$$

Observou-se que o controle pressórico não recebeu influências do nível de escolaridade, com uma distribuição muito semelhante entre as categorias, e ligeiro aumento de não controlados entre aqueles com Fundamental Incompleto. O não controle da pressão arterial mostrou-se maior entre aqueles com menor escolaridade – alfabetizados e analfabetos – 74,2%. (Tabela 14)

Durante as entrevistas foi observada a dificuldade encontrada pelos analfabetos e os de baixa escolaridade em conhecer a medicação e compreender a receita. Não eram oferecidos recursos visuais que auxiliassem na identificação do medicamento e do horário a ser tomado. Quando solicitado ao paciente que mostrasse quais medicamentos estava tomando para a HA, alguns apresentaram caixas de antiinflamatórios, remédios controlados e outros.

Vários autores têm apresentado a baixa escolaridade associada a fatores socioeconômicos como uma das causas para a baixa adesão ao tratamento da HA (NOBRE, PIERIN & MION, 2001; STRELEC, PIERIN & MION, 2003; DÓREA & LOTUFO, 2004).

Tabela 15 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e situação conjugal. Cacoal – RO, 2006.

Categorias	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Controlada	12	30,0	18	32,7	2	33,3	10	38,5	7	46,7	49	34,5
Não controlada	28	70,0	37	67,3	4	66,7	16	61,5	8	53,3	93	65,5
Total	40	28,2	55	38,7	6	4,2	26	18,3	15	10,6	142	100,0

$$\chi^2 = 19,4583; p = 0,72; p > 0,05$$

- (1) Convive c/ companheira (o) c/ laços conjugais e s/ filhos
- (2) Convive c/ companheira (o) e filho(s)
- (3) Convive c/ companheira (o), filhos e/ou outros familiares.
- (4) Convive c/ familiares, sem companheira (o)
- (5) Vive só

Na distribuição do controle pressórico segundo a situação conjugal, chama a atenção o fato de que, entre aqueles que vivem sós, o índice de indivíduos com a PA não controlada foi menor (53,3%) do que entre aqueles que convivem com companheiros (70,0%). No entanto, nesta amostra estas diferenças não foram estatisticamente significantes (Tabela 15).

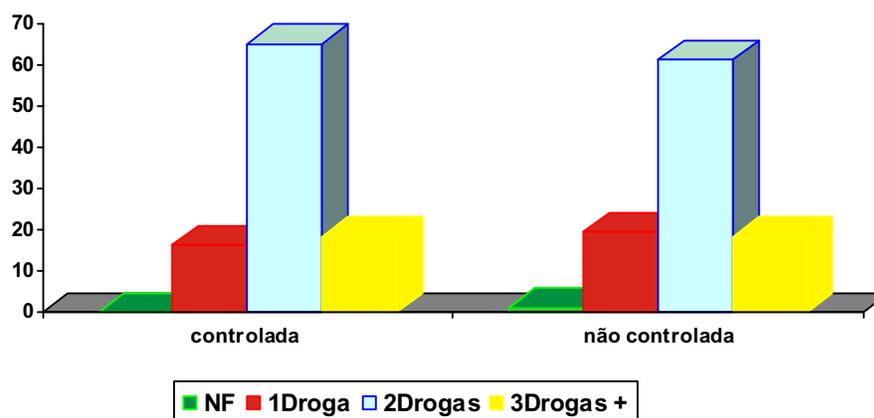
No trabalho de Strelec, Pierin & Mion (2003), as diferenças no controle pressórico não foram significativas quanto à situação conjugal. Os viúvos apresentaram o melhor índice, demonstrando semelhanças com a categoria dos que vivem sós em nosso estudo. O menor índice de controle pressórico se encontrou entre os que convivem por comunhão legal (contrato de comunhão) (Tabela 15).

3.3 – Comparando a adesão ao tratamento

A grande maioria dos indivíduos faz uso de medicação. Somente um paciente não usava hipotensor, porém não apresentava controle pressórico. Se considerarmos o uso de 2 drogas ou mais (n=115) vamos encontrar 81,0% da população nesta situação, sendo que 64,3% estão sem controle pressórico. O que demonstra um grande uso da medicação na terapêutica, porém sem obter o sucesso almejado e que o número de drogas utilizadas para o controle da PA não influenciou de forma significativa nos valores pressóricos. (Figura 6).

Este índice baixo no controle da PA com o tratamento pode estar relacionado com duas situações: A primeira pode ser em decorrência do uso irregular da medicação pelos pacientes; a segunda pelo fato do tratamento medicamentoso estar desassociado do tratamento não medicamentoso, principalmente a falta de controle do peso e da prática da atividade física. Aumentar a dose da medicação ou o número de drogas de forma isolada não está se apresentando como suficiente para o controle da PA nestes pacientes (SBH, 2002; NOBRE, PIERIN & MION, 2001)

Figura 6 – Porcentagem de indivíduos segundo o controle pressórico e número de drogas. Cacoal – RO, 2006.

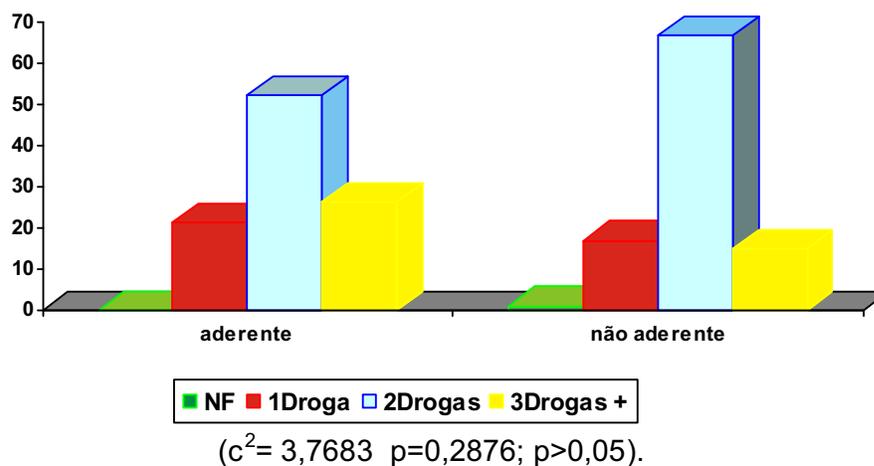


$c2 = 10,4332; p=0,9168 \quad p>0,05$

A análise estatística da variável adesão mostrou-se não ter relação significativa com o número de drogas utilizadas no tratamento (Figura 7 Tabela 16).

É interessante observar que a melhor taxa de adesão esteja entre aqueles que usavam três drogas ou mais, pois se esperava que houvesse uma interferência dessa terapêutica. Por outro lado, esta terapêutica não significou melhor controle pressórico. (Figura 7).

Figura 7 – Distribuição da porcentagem de indivíduos segundo a variável adesão ao tratamento e número de drogas. Cacoal – RO, 2006.



Observa-se na prática clínica, que os que usam uma droga estão iniciando o tratamento. E aqueles que usam duas ou mais drogas são os que já apresentam algumas complicações com a PA ou, pelo contrário, já alcançaram a dosagem de manutenção. (Figura 8)

Tabela 16 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e número de doses. Cacoal – RO, 2006.

Categoria	Controlada		Não Contr.		Total	
	n	%	n	%	n	%
Número de doses						
1 Dose	12	24,5	19	20,4	31	21,8
2 Doses	30	61,2	65	69,9	95	66,9
□ 3 Doses	3	6,1	3	3,2	6	4,2
NR	4	8,2	6	6,5	10	7,0
Total	49	34,5	93	65,5	142	100,0

$$c^2 = 1,3734; p = 0,7118; p > 0,05$$

A maioria dos indivíduos pesquisados (66,9%) fazia uso de duas doses da medicação. O número de doses do hipotensor prescrito, assim como o número de drogas, não interferiu significativamente no controle da pressão arterial. E nem mesmo na adesão ao tratamento (Tabelas 16 e 17).

Segundo a literatura, a medicação tem apresentado boa eficácia em vários estudos realizados, podendo-se obter bons resultados com a prescrição de uma dose na terapêutica inicial. Porém, mesmo com a inserção de mais doses, o tratamento não tem sido suficiente para manter a PA em níveis aceitáveis, demonstrando não estar sendo realizado de forma regular ou de modo isolado, sem o tratamento não medicamentoso.

Tabela 17 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável adesão ao tratamento e número de doses. Cacoal – RO, 2006.

Categoria	Aderente		Não aderente		Total	
	N	%	n	%	n	%
Número de doses						
1 Dose	12	28,6	19	19,0	31	21,8
2 Doses	27	64,3	68	68,0	95	66,9
□ 3 Doses	2	4,8	4	4,0	6	4,2
NR*	1	2,4	9	9,0	10	7,0
Total	42	29,6	100	70,4	142	100,0

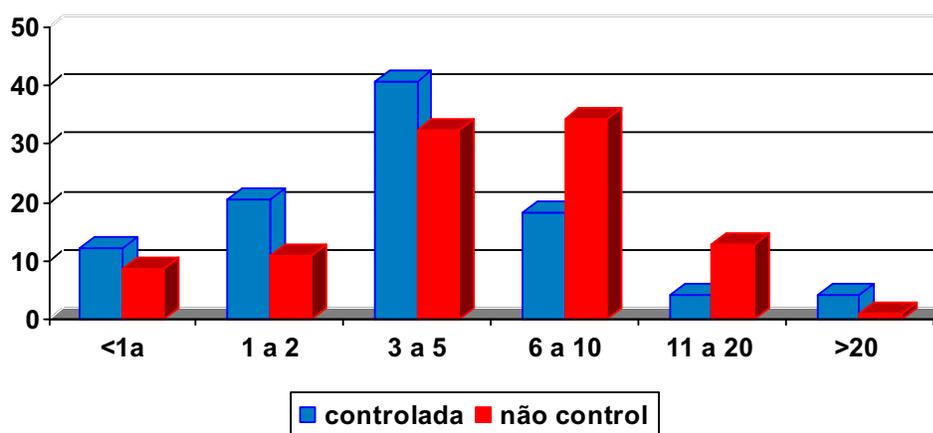
$$c^2 = 3,1829; p = 0,364; p > 0,05$$

Os melhores índices de adesão foram identificados entre aqueles que usavam somente uma dose – 28,6%. Nos indivíduos que usam duas e três doses as

diferenças percentuais são pequenas entre os grupos. Isto evidencia os achados na literatura confirmando que a prescrição de uma dose ainda é a melhor alternativa para a adesão ao tratamento da HA. (Tabela 17).

Pode-se observar a relação de adesão e controle pressórico da PA entre os pacientes com menos de 5 anos de tratamento quando, normalmente, é prescrita a terapêutica com uma droga e uma dose da medicação. Esta combinação quando bem sucedida tem demonstrado menores efeitos colaterais facilitando também a manutenção do tratamento (OIGMAN & NEVES, 1999).

Figura 8 - Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e tempo de tratamento. Cacoal – RO, 2006.

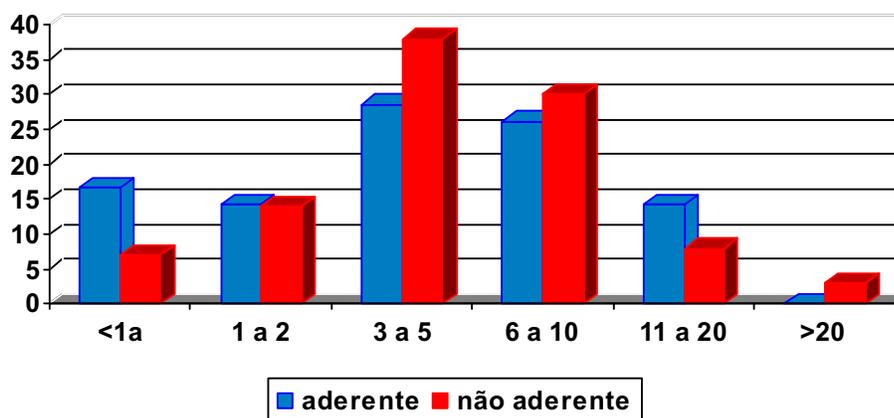


$\chi^2 = 9,9897$; $p = 0,0755$; $p > 0,05$

É interessante observar que até uma média de 5 anos de tratamento o número de indivíduos que alcançaram o controle pressórico era maior do que aqueles fora de controle. A partir do quinto ano esta situação se inverte e leva ao pensamento de que o seguimento dos pacientes por longo prazo não tem obtido o sucesso necessário (Figura 8).

Os tratamentos das doenças crônicas que implicam em manutenção de um quadro clínico e não a sua cura tem-se apresentado como um grande desafio, tanto para o paciente como para a equipe de saúde. O tempo prolongado torna-se assim um dos fatores predisponentes para a não adesão ao tratamento (NOBRE, PIERIN & MION, 2001).

Figura 9 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável adesão e tempo de tratamento. Cacoal – RO, 2006.



$$c^2 = 6,1458; p=0,2923; p > 0,05$$

Observa-se que a adesão ao tratamento é maior nos primeiros anos de tratamento, tal como acontece com o controle pressórico. Durante os primeiros anos de tratamento a adesão foi melhor 31,0%. O maior percentual de não adesão ocorreu no grupo de 3 anos e mais (79,0 %)(Figura 9).

Tabela 18 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e interrupção do tratamento. Cacoal – RO, 2006.

Categoria	Controlada		Não Contr.		Total	
	n	%	n	%	n	%
Já parou o tratamento alguma vez						
Não	32	65,3	68	73,1	100	70,5
Sim	13	26,5	19	20,4	32	22,5
NR	4	8,2	6	6,5	10	7,0
Total	49	34,5	93	65,5	142	100,0

$$c^2 = 0,9416; p=0,6245; p > 0,05$$

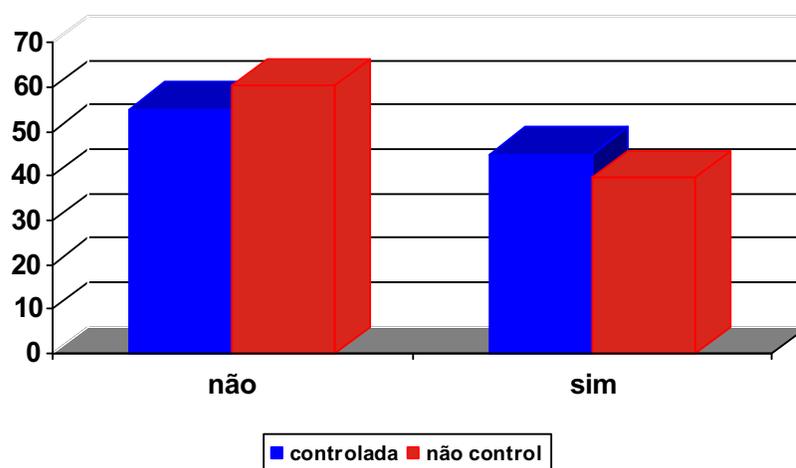
Nesta amostragem 22,5% dos indivíduos afirmaram já ter parado o tratamento alguma vez. No entanto a maioria destes estava com a PA controlada no momento da coleta dos dados. (Tabela 18)

Os principais motivos apresentados para a interrupção do tratamento foram: 34,4% - achava que estava curado, 21,9% sem motivo e 9,4% orientação médica.

Pode-se verificar certa relação destas informações com o caráter assintomático da HA e a dificuldade de um referencial para saber se ainda está doente ou não (NOBRE, PIERIN & MION, 2001; GUSMÃO & PIERIN, 2004; RIBEIRO et al, 2005).

Nos estudos de Peres, Magna & Viana (2003) verificou-se que os pacientes associavam vários sintomas à HA como dor de cabeça, tontura, dor no corpo, dor nas veias e no coração. Como estes sintomas são mais característicos das crenças das pessoas, sua ausência é compreendida como cura da HA.

Figura 10 - Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e tratamento alternativo. Cacoal – RO, 2006.



$$c^2c= 0,1670; p=0,6827; p> 0,05$$

Muitos pacientes do estudo afirmaram fazer uso de tratamento alternativo – 41,5%. No entanto o uso de tratamento alternativo não mostrou relação com o controle pressórico. Verificou-se que a pressão estava controlada em 44,9% daqueles que referiram outro tratamento associado. A opção por associar tratamento alternativo não demonstrou interferir sobre o controle da pressão arterial. (Figura 10).

Conforme Peres, Magna & Viana (2003) quase metade dos entrevistados faziam uso de medicação caseira associada ao medicamento. Os pacientes usam a medicação convencional, mas não de forma incondicional. Esta prática pode estar relacionada às crenças e culturas populares que dão mais sentido para o paciente de seu estado, não percebendo a doença apenas como um fenômeno físico, mas algo que o ultrapassa para as dimensões sócio-culturais-religiosas.

Tabela 19 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e atividade física. Cacoal – RO, 2006.

Categoria	Controlada		Não Contr.		Total	
	n	%	n	%	n	%
Atividade Física						
Ausente	21	42,9	40	43,0	61	43,0
Irregular	18	36,7	36	38,7	54	38,0
Regular	10	20,4	17	18,3	27	19,0
Total	49	34,5	93	65,5	142	100,0

$$c^2 = 0,1096; p = 0,9467; p > 0,05$$

A maioria dos indivíduos refere ausência de atividade física (61 – 43,0%). Comparando-se os percentuais entre os grupos, observamos que os mesmos são semelhantes entre os que apresentam PA controlada e PA não controlada. Como estas atividades físicas entre os que praticam, não são acompanhadas por profissionais, é provável que não estejam sendo realizados de modo a contribuir para a redução da PA. (Tabela 19).

Os tipos de atividades físicas mais citadas foram: caminhada 37,3%; trabalho rural diário 14,1%; ciclismo 3,5%; os outros foram serviços domésticos, hidroginástica e alongamentos.

Os principais motivos citados para não praticar atividades físicas foram: não querer fazer ou descuido 20,4%; doenças 14,1%; cansaço pelo trabalho 12,7%; falta de informação 7,7%; outros 2,8% e 42,3% não responderam.

A prática da atividade física se apresenta como um dos principais métodos não medicamentosos para o controle da PA. Se não está apresentando melhores resultados se conclui que a mesma não está sendo realizada de forma sistemática conforme indicado na literatura. Outro fator que cabe cuidado é a prática da atividade física entre idosos, pelas possíveis limitações decorrentes de outras patologias ou pelas alterações fisiológicas em consequência da idade. (HALPERN & MANCINI, 2000; MANIDI & MICHEL, 2001; OPAS, 2003; PONT GÉIS, 2003).

Desta forma se verifica que indicar a atividade física para o paciente pode significar apenas uma descarga de consciência do profissional de saúde, porém se a mesma não for orientada com critérios técnicos pode ser lesiva ao idoso em vez de saudável.

Tabela 20 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e dificuldade para manter o peso ideal.

Cacoal – RO, 2006.

Categoria	Controlada		Não Contr.		Total	
	n	%	n	%	N	%
Dificuldade para manter o peso ideal						
Sim	31	63,3	43	46,2	74	52,1
Não	12	24,5	41	44,1	53	37,3
Desconhece	6	12,2	9	9,7	15	10,6
Total	49	34,5	93	65,5	142	100,0

$$\chi^2 = 5,2878; p=0,0711; p>0,05$$

Dos indivíduos entrevistados (75 – 52,8%)⁴ disseram conhecer o seu peso ideal e (74 – 52,1%) informaram ter dificuldades para mantê-lo. Conforme visto na tabela 9, (64,1%) estão acima do peso e apenas (52,8%) tem conhecimento do peso ideal, muitos provavelmente, disseram não ter dificuldades para manter o peso por desconhecê-lo. (Tabela 20). Estes dados demonstram a necessidade de investir na informação, na educação em saúde e no auto-conhecimento das pessoas em relação ao seu próprio corpo.

O tratamento da obesidade e sua prevenção é outro grande desafio por significar alto risco para as doenças degenerativas, entre elas a HA. Ela está associada diretamente a fatores genéticos, ao padrão alimentar e ao sedentarismo, porém estamos vivendo um modelo cultural que promove a obesidade, o sedentarismo e uma alimentação desequilibrada. Este modelo está se constituindo como novos hábitos de vida da população a nível mundial. Para tratar e prevenir a obesidade tem que interferir nestes hábitos que estão se instalando, promovendo a adesão desde a infância de comportamentos voltados aos cuidados da saúde (AMODEO & LIMA 1996; ABESO, 1998; MAITINO, 2000).

Porém para o controle do peso é preciso em primeiro lugar que o sujeito tenha conhecimento de qual é seu peso ideal, pouco mais de 50% informaram sabê-lo, porém quando era perguntado qual o peso ideal, a maioria apresentava respostas subjetivas como, “*acho que estou bem assim*”, “*talvez um pouco mais magro*”, etc. Não apresentando valores reais como meta de controle.

⁴ A tabela deste percentual não foi apresentada

Tabela 21 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e tabagismo. Cacoal – RO, 2006.

Categoria	Controlada		Não Contr.		Total	
	n	%	n	%	N	%
Fuma						
Não	28	57,1	61	65,6	89	62,7
Já fumou	16	32,7	30	32,3	46	32,4
Sim	5	10,2	1	1,1	6	4,2
As vezes		0,0	1	1,1	1	0,7
Total	49	34,5	93	65,5	142	100,0

$$c^2 = 7,2232; p = 0,0651; p > 0,05$$

Quanto ao tabagismo apenas (7 – 4,9%) dos indivíduos da amostra informaram sua prática e (46 – 32,4%) disseram já ter usado e abandonado. Dentre os 7 tabagistas 5 apresentaram PA controlada. Como o método utilizado na entrevista foi do auto-relato, vários pacientes podem ter omitido esta informação (Tabela 21).

Como visto anteriormente, o tabagismo não se caracteriza como uma causa direta na HA, mas isto não descarta o cuidado que se deve ter em relação ao seu uso. A SBH (2002) preconiza o abandono total deste hábito.

Dos indivíduos entrevistados, (122 – 85,9%) informaram não fazer uso de bebidas alcoólicas. Tanto as informações sobre o uso do tabagismo quanto do álcool foram muito modestas, deixando dúvidas se a informação pelo auto-relato foi fidedigna, porém os dados do trabalho de STRELEC, PIERIN & MION, 2003 apresentaram números semelhantes a estes. Mesmo entre aqueles que informaram o uso de bebidas alcoólicas, a quantidade referida não ultrapassa o limite preconizado pela SBH (2002).

Ocorreu em alguns casos de entrevistarmos o casal, quando perguntado para a esposa sobre o hábito de ingestão de álcool algumas disseram que não usavam, mas o marido sim, quando ele foi entrevistado, negou o uso.

Figura 11 - Distribuição da porcentagem de indivíduos segundo a variável adição de sal a comida pronta. Cacoal – RO, 2006.

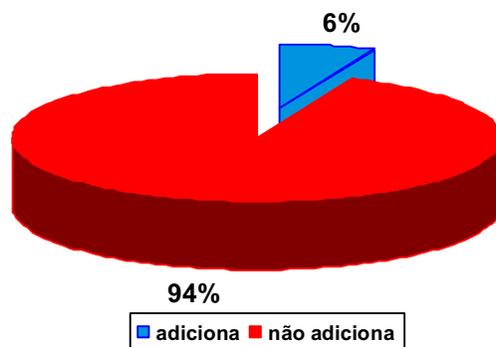


Figura 12 - Distribuição da porcentagem de indivíduos segundo uso do saleiro sobre a mesa. Cacoal – RO, 2006.



$c2c=0,0816$; $p=0,7750$; $p>0,05$ / $c2c= 0,1421$; $p=07620$; $p>0,05$.

A grande maioria referiu não adicionar sal à comida – 93,7% e também não usar saleiro sobre a mesa – 96,0%. Estas variáveis não mostraram relação com o controle pressórico. (Figuras 11 e 12).

De acordo com os relatos verificou-se baixo consumo de sal. Do total da amostra de 142, apenas 7% informaram que sua comida é bem temperada.

Assim como as informações sobre tabagismo e alcoolismo, o uso de sal na comida foi pouco relatado. Porém analisando os números do controle pressórico, estes demonstram que há falhas no tratamento farmacológico e não farmacológico.

A literatura tem confirmado redução dos níveis pressóricos pela alimentação com baixo teor de sódio (WAITZBERG, 2001; SBH, 2002).

Tabela 22 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e Doenças Associadas. Cacoal – RO, 2006.

Categoria	Controlada		Não Controlada		Total	
	N	%	n	%	n	%
Tem outra doença associada						
Não	10	20,4	25	26,9	35	24,6
Sim	39	79,6	68	73,1	107	75,4
Total	49	34,5	93	65,5	142	100,0

$$c^2c=0,4175; p=0,51818; p>0,05$$

A maioria dos indivíduos informou outras doenças associadas à HA (107 – 75,4%). As principais doenças citadas foram osteomusculares/reumáticas e problemas nas articulações 35,0%. O mesmo paciente pode ter citado mais de uma doença associada.

Esta quantidade de indivíduos com doenças associadas a HA sugere a necessidade de tomar outras medicações, podendo com isso intensificar os efeitos colaterais na interação medicamentosa, apresentar maior dificuldade de aquisição de toda a medicação e dificuldades quanto ao cuidado com os horários das dosagens (MASSIE, 2001; OIGMAN & NEVES, 1999; OLIVEIRA & SILVA, 1999).

O alto percentual de pacientes com problemas osteomusculares demonstra que os mesmos poderão apresentar dificuldades em aderir a um programa de atividades físicas regulares (HALPERN & MANCINI, 2000; MANIDI & MICHEL, 2001; OMS, 2003b; PONT GEIS 2003).

Tabela 23 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e resultado do Teste Morisky-Green. Cacoal – RO, 2006.

Categoria	Controlada		Não controlada		Total	
	n	%	n	%	n	%
TESTE DE MORISKY – GREEN						
1 – Alguma vez você se esquece de tomar seu remédio						
Sim	31	63,3	43	46,2	74	52,1
Não	18	36,7	50	53,8	68	47,9
2 – Você às vezes se descuida com o horário de tomar o seu remédio?						
Sim	30	61,2	56	60,2	86	60,6
Não	19	38,8	37	39,8	56	39,4
3 – Quando você se sente melhor você às vezes para de tomar o seu remédio?						
Sim	12	24,5	15	16,1	27	19,0
Não	37	75,5	78	83,9	115	81,0
4 – As vezes, se você se sente pior (mal) quando toma o remédio você para de tomá-lo?						
Sim	6	12,2	12	12,9	18	12,7
Não	43	87,8	81	87,1	124	87,3
Total	49	34,5	93	65,5	142	100,0

$$c^2 = 3,3361; p=0,5032; p>0,05$$

Na aplicação do Teste de Morisky-Green para avaliação da adesão do tratamento medicamentoso percebe-se maior índice de respostas SIM nas questões 1 e 2, referindo-se ao esquecimento em tomar a medicação e ao descuido com o horário, enquanto nas questões 3 e 4 o índice foi menor de respostas SIM 19% e 12,7%. Lembramos que a resposta SIM indica não adesão.

Os estudos de STRELEC, PIERIN & MION, 2003 apresentaram resultados semelhantes a estes na aplicação do teste de Morisky-Green. Nas duas primeiras perguntas aproximadamente 50% responderam **sim**, caindo para 28% na terceira e 17% na quarta pergunta.

**Tabela 24 – Distribuição da frequência do escore do Teste Morisky-Green.
Cacoal – RO, 2006.**

Escore	n.	%
NR*	1	0,7
0	9	6,3
1	16	11,3
2	43	30,3
3	31	21,8
4	42	29,6
Total	142	100,0

De acordo com os autores do Teste Morisky-Green (1986), devem ser considerados aderentes ao tratamento medicamentoso somente aqueles que alcançarem escore igual a 4. Segundo este critério 42 – 29,6% apresentavam-se aderentes ao tratamento medicamentoso.

Para viabilizar uma melhor análise dos dados, categorizamos os indivíduos em aderentes e não aderentes.

Tabela 25 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e classificação do Teste Morisky-Green em aderente e não aderente. Cacoal – RO, 2006.

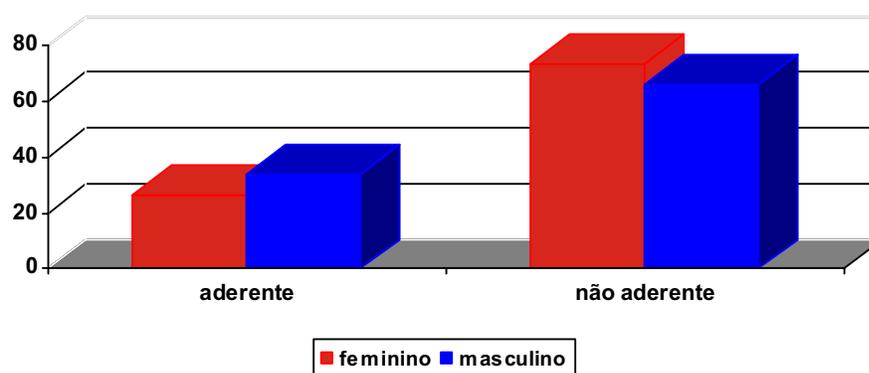
Categoria	Controlada			Não controlada		Total	
Classificação do Teste M-G	n	%	n	%	n	%	
Aderente	12	24,5	30	32,3	42	29,6	
Não aderente	37	75,5	63	67,7	100	70,4	
Total	49	34,5	93	65,5	142	100	

$$c^2c = 0,5942; p = 0,4408; p > 0,05$$

Percebe-se que mesmo havendo semelhanças entre os números de aderentes (42 – 29,6%) e àqueles que apresentam a PA controlada (49 – 34,5%), não há relação direta entre a adesão ao tratamento medicamentoso, classificada pelo teste de Morisky-Green, e o controle pressórico, uma vez que apenas (12 – 24,5%) apresentaram coincidir estas duas situações. Estes números apontam para a possibilidade de estar havendo problemas com o modo que o tratamento medicamentoso está sendo realizado.

Peres, Magna & Viana (2003), informam que, segundo pesquisas analisadas, tem se verificado que apenas um terço dos pacientes sempre toma a medicação conforme a prescrição, outro terço às vezes toma e um terço raramente ou nunca a toma. Isto pode ser atribuído ao cansaço do paciente em viver na condição de 'doente', situação que é salientada pelo uso da medicação. Tomar remédio faz lembrar sua condição crônica de saúde e com isto gerar ansiedade, medo e tristeza, o que leva a evitar tal situação.

Figura 13 - Distribuição da porcentagem de indivíduos segundo a variável sexo e classificação do Teste Morisky-Green. Cacoal – RO, 2006



$$c^2c = 0,5309; p = 0,4662; p > 0,05$$

Os homens apresentaram maiores índices de adesão - 33,9%. As mulheres mostraram-se menos aderentes. (Figura 13).

Tabela 26 - Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo as principais dificuldades para fazer o tratamento da HA.

Cacoal – RO, 2006

Categoria	n	%
Não refere	68	47,9
Comprar a medicação	50	35,2
Outros*	15	10,6
Fatores psicológicos**	8	5,6
Acesso ao Centro de Saúde	6	4,2
Problemas alimentares	6	4,2
Total de citações	153*	107,7

*As citações podiam ser repetidas pelos pacientes.

** Os principais fatores psicológicos citados foram preocupação, nervosismo, insônia, ansiedade e desânimo.

Quase metade dos indivíduos não referiu dificuldades para fazer o tratamento (68 – 47,9%). Entre os que referiram 52,1%, alguma dificuldade, a aquisição da medicação foi lembrada como a principal delas (50 – 35,2%). Isto confirma a tese do fator sócio econômico como uma das causas da não aderência e conseqüente dificuldade para manter sob controle os valores pressóricos, citada anteriormente. (Tabela 26)

Outra consideração se faz quanto às deficiências do programa HIPERDIA que deveria suprir a medicação necessária para o tratamento regular sem que os pacientes necessitassem de comprá-lo.

Os dados encontrados demonstram que a maioria dos pacientes associa a idéia de tratamento apenas ao uso de medicamentos. E ainda não têm a compreensão clara do tratamento não medicamentoso e sua importância, por isso quase não aparece dificuldades citadas a ele. Entre os fatores de risco verificados na revisão bibliográfica apenas o sal aparece citado. Não foram citados obesidade, o tabagismo, alcoolismo e nem o sedentarismo.

Tabela 27 – Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável percepção do idoso sobre o que faz sua PA subir. Cacoal – RO, 2006

Categorias	n	%
Fatores psicológicos/preocupação/estresse	72	50,7
Desconhece	32	22,5
Sal	30	21,1
Outros fatores	16	11,3
Não respondido	10	7,0
Sol quente/calor	8	5,6
Falta da medicação	4	2,8
Total de respostas	172	121,1

Observa-se que a maioria (72 – 50,7%) associa a alta de sua PA a fatores subjetivos (psicológicos) como a preocupação e estresse, e em segundo lugar (32 – 22,5%) os que desconhecem as possíveis causas da HA. (Tabela 27).

Chama a atenção o desconhecimento dos pacientes com relação a HA, seus riscos e causas. Peres, Magna & Viana (2003) verificaram que 35,0% dos

entrevistados relacionaram as causas da HA a aspectos emocionais e 20,0% desconheciam suas causas.

Em comentários livres dos entrevistados alguns citaram gostar de carne gorda e comida salgada. Houve reclamações por ter engordado após parar de fumar. As principais preocupações citadas foram relacionadas a problemas e conflitos familiares.

Apenas 7 indivíduos relataram efeitos colaterais, destes apenas um se mostrou aderente ao tratamento medicamentoso. Os efeitos colaterais dos medicamentos mais citados foram tosse, cefaléia, queimação no estômago, insônia, boca amarga e o remédio faz urinar muito, "*precisando levantar várias vezes à noite*". Mesmo que o número de indivíduos que relataram efeitos colaterais seja pequeno, sua maioria não é aderente ao tratamento. Estes efeitos colaterais já estão previstos na literatura, para os quais podem se fazer ajustes no tratamento, como horário de tomada da dose, substituição da medicação e outros.

4 – CONCLUSÃO

Analisando os dados, preocupa o alto índice de pacientes com a PA não controlada (65,5%). Vale ressaltar que só trabalhamos com os pacientes aderentes ao serviço os quais já demonstram estar buscando ajuda e tratamento, porém continuam em situação de risco para sua saúde. Este indicador sugere uma avaliação criteriosa do modo como o tratamento está sendo realizado e dos fatores que estão influenciando o baixo resultado terapêutico para o controle pressórico.

Primeiro, observa-se que os pacientes não apresentaram níveis satisfatórios de adesão ao tratamento medicamentoso segundo a metodologia do Teste de Morisky-Green (1986). Apenas 29,6% alcançaram escore 4 (aderentes ao tratamento) e somente 12 (8,5%) da amostra coincidiram adesão ao tratamento medicamentoso e controle pressórico.

Avaliando a adesão ao tratamento não medicamentoso, verificou-se que foi baixa a adesão no controle do peso e na prática da atividade física. Porém nos relatos sobre o uso de sal, álcool e tabagismo, os índices apresentaram bons níveis de adesão. Não nos esquecendo que os dados colhidos foram por auto-relato e que podem carecer de fidelidade por parte do entrevistado e de difícil controle externo pelos profissionais de saúde.

Os principais fatores de risco identificados foram alto índice de sobrepeso (64% da amostra) e sedentarismo. Apenas 19% fazem atividade física com regularidade, porém com baixo índice de PA controlada 20,4%. Isto sugere uma prática ainda não sistematizada e com baixo valor terapêutico e profilático. Dos que fazem atividade física, nenhum deles informou ter acompanhamento e orientação profissional, praticando-a sem critério técnico.

A avaliação da dieta é complexa e apresenta limitações para se realizar em uma entrevista. Em virtude disto, optamos neste estudo por avaliar apenas o consumo de sal o qual se apresentou bem baixo, podendo o mesmo ter sido viciado pelo auto-relato dos pacientes.

Observando os indicadores de alcoolismo, tabagismo e consumo de sal percebe-se estarem abaixo de 20% da amostra. Por estes dados, pode-se considerar uma boa adesão ao tratamento não medicamentoso nestes critérios.

Vale ressaltar os indicadores de escolaridade onde 34,5% eram analfabetos e 35,9% apenas alfabetizados, totalizando 70,4% da amostra. Mesmo que o nível de escolaridade não foi estatisticamente significativo para os índices de controle pressórico, verificou-se durante as entrevistas vários problemas relacionados a compreensão da receita, ao conhecimento da medicação, à prescrição do horário e dosagens. Como havia um grande número de idosos com outras doenças associadas (75,4%) para as quais faziam tratamento medicamentoso, observou-se freqüentes trocas das medicações da HA por outras prescrições. Estes pacientes necessitam de estratégias diferenciadas na orientação do uso da medicação como o uso de cores, figuras ou fitas, não podendo se limitar a prescrição em receituário.

Outra observação que chama a atenção se refere ao número de idosos inscritos no programa HIPERDIA 1.582 de 4.312 no município (36,69%). Este percentual sugere que um grande número de idosos podem ser hipertensos, mas não estarem sob acompanhamento, uma vez que estudos indicam que a HA está presente em mais de 50% nos idosos entre 60 a 69 anos e em aproximadamente três quartos da população acima de 70% (DÓREA & LOTUFO, 2004).

Faz-se importante considerar os melhores índices de controle pressórico e de adesão nos primeiros anos de tratamento, porém à medida que aumenta o tempo de tratamento, reduzem significativamente estes índices. Sugere-se melhor avaliação dos fatores que estão contribuindo para estes indicadores preocupantes.

O acesso ao tratamento de qualidade é fundamental para uma boa adesão. Neste estudo observou-se que o Programa HIPERDIA vem apresentando várias lacunas em seu funcionamento, há faltas freqüentes de medicação, dispõe apenas de um médico na unidade para atender todos os programas, não há consultas de rotina, apenas no início do tratamento ou quando os pacientes fazem alguma queixa. Lembramos que a HA basicamente assintomática e a queixa do paciente não deveria ser o indicativo para a consulta médica, mas sim seu histórico dos registros da PA e a falta de controle da mesma.

No programa HIPERDIA tem duas auxiliares de enfermagem que revezam os horários de manhã e tarde. Elas apresentaram pouco conhecimento sobre os critérios de tratamento, apenas verificam a PA, fazem registro e dispensação da medicação quando a tem disponível.

Ainda que este trabalho não objetivasse avaliar o programa HIPERDIA em si, seus problemas estavam evidentes à observação. Quando tinha medicação era

parcial, em um período tinha apenas *captopril*, quando este acabou, só foi disponibilizado *hidroclorotiazida*. A principal dificuldade citada pelos pacientes para fazer o tratamento foi dificuldade para a compra da medicação (35,2%), quando esta faltava na unidade.

Não havia consultas de enfermagem e orientações complementares sobre os cuidados com o tratamento medicamentoso ou uso de estratégias para facilitar a identificação da medicação e do horário. Como também não era feito orientações sobre o tratamento não medicamentoso como a atividade física, controle do peso, alimentação e outros. Não há uma rotina sistemática no acompanhamento dos pacientes, estes não vinham ao CS para fazer o controle da PA, apenas para buscar a medicação.

Pode-se verificar o desconhecimento dos pacientes sobre as possíveis causas da HA, (50,7%) associaram a HA com questões psicológicas e (22,5%) informaram desconhecê-las.

Por estes dados, percebe-se que o programa HIPERDIA está apresentando limitações e fragilidades em sua prática, não está alcançando a meta de controlar a PA da população que demanda atendimentos na rede pública. Este estudo nos leva a pensar na necessidade de estratégias mais elaboradas e intensificadas para que se possam alcançar as metas de controle da PA. Entre estas estratégias cabe assinalar a necessidade de um plano de educação em saúde, a organização de uma equipe multiprofissional e uma atenção especial a estes pacientes por parte dos agentes públicos tanto profissionais quanto políticos. Precisa-se investir na capacitação e qualificação dos profissionais que atuam nesta área, pois todo tratamento de doenças crônicas demandam uma atenção diferenciada. Lembramos aqui que o principal modelo para o tratamento da HA é o modelo relacional – médico/profissional de saúde e paciente.

Verifica-se a necessidade de investimento público tanto na aquisição da medicação quando em uma equipe multiprofissional para oferecer o atendimento necessário a esta clientela. A falta de investimentos no controle da HA terá como conseqüências investimentos maiores no tratamento das suas conseqüências como internações de pacientes com AVCs e infarto agudo do miocárdio e suas sequelas. Investir na prevenção ainda é a melhor alternativa para os cofres públicos.

Este estudo nos proporcionou observar a relevância do controle da PA para a qualidade de vida do idoso e a prevenção de riscos para órgãos alvo. As principais

complicações para a realização do tratamento de forma regular e a falência do serviço de saúde diante deste desafio.

Porém este assunto carece de maior aprofundamento para se compreender toda a sua complexidade objetiva e subjetiva presente no tratamento da HA.

REFERÊNCIAS

1. ABESO. **Consenso Latino Americano Sobre Obesidade**. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/doc/consenso.doc>.>
2. AGOSTINI, Sibeles B. Impacto dos Alimentos Funcionais para a Saúde. **Revista Nutrição em Pauta**, São Paulo, Ano IX, n. 48, p. 10, maio/jun. 2001.
3. AIRES, Margarida de M. et al. **Fisiologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
4. AMODEO, Celso; LIMA, Nereide K da C. Nonpharmacologic treatment of essential hypertension. **Medicina**, Ribeirão Preto, n.29, p. 239-243, apr./sept. 1996.
5. ANDRADE, Jadelson P.; VILAS-BOAS, Fábio; CHAGAS, Hildenizia; ANDRADE, Marianna. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. **Arq. Bras. Cardiol.** , v.79, n.4, p.380-384. Oct. 2002,
6. ASSIS, Maria Alice A. **Consulta de nutrição**. Florianópolis: Insular, 1997.
7. BERNE, Robert M.; LEVY, Mathew N. **Fisiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
8. BOCK, Ana M. B.; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes T. **Psicologias, Uma introdução ao estudo da Psicologia**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.
9. BRASIL. Ministério da Saúde/MS. Secretaria de Políticas Públicas. Brazilian National Strategy for the Reorganization of Care for Arterial Hypertension and Diabetes *Mellitus*. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], v.35, n.6, p.585-588. 2001.
10. BRASIL/MP/IBGE. CDDI. **Gerência de Biblioteca e Acervos Especiais**. Rio de Janeiro, 2001.
11. BRASIL/PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Estatuto do Idoso. Casa civil. **Subchefia para assuntos jurídicos**. Lei nº 10.741, de 1 de out. de 2003.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Uma análise da situação de saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília, 2004a.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Por que aprovar a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco?** Rio de Janeiro, 2004b.
14. BROWN, Morris J. Hypertension and ethnic group. **BMJ**, v.332, p. 833-836, apr. 2006.
15. CALDERON, Patrícia. Alimentação na melhor idade. **Rev. Qualidade em Alimentação Nutrição**, São Paulo, ano IV, n. 15, p. 9-17, abr. 2003.
16. CAMPOS, Dinah M. de S. **Psicologia da aprendizagem**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
17. CARVALHO FILHO, Eurico T. de. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, Matheus & Cols. Gerontologia. **A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.
18. CARVALHO, Fernanda; TELAROLLI Jr., Rodolpho; MACHADO, José C. M. da S. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.3, p.617-621, jul./set. 1998.
19. CASTRO, Fátima A. F. et al. Educação nutricional: A importância da prática dietética. **Rev. Nutrição em Pauta**, São Paulo, n. 52, p. 9-15, jan/fev. 2002.
20. CAVALCANTE, Tânia Maria. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiquiatr. clín.**, [S.l.], v.32, n.5, p.283-300. 2005.
21. CONSELHO DE ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS DE CIÊNCIAS MÉDICAS (CIOMS). **Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Biomédica em Seres Humanos**. São Paulo: Loyola, 2004.
22. COSTA, Sérgio F. **Introdução ilustrada à estatística**. 3. ed. São Paulo: Harbra, 1998.

23. COVEY, Stephen R. **Os 7 hábitos das pessoas altamente eficazes**. Tradução de Alberto C. Fusaro e Márcia do C. F. Fusaro. 6. ed. São Paulo: Best Seller, 2001.
24. CRUZ, Maria L. R. do Carmo; VEIGA, Eugenia Velludo; NOGUEIRA, Maria Sueli; HAYASHIDA, Miyeko; RUFFINO, Márcia Caron. Valores de pressão arterial em trabalhadores de uma instituição universitária. **Rev. Ciência y Enfermeria**, [S.l.], v.8, n. 1, p. 57-65. 2002.
25. DESPAIGNE, Nuria D. et al. Hábito de fumar como factor predisponente en cardiópatas. **Rev. Cubana Enfermer.** [S.l.], v.19, n. 02, p. 146-50. jul./set. 2003.
26. DÓREA, Egídio L.; LOTUFO, Paulo A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Hipertensão**, [S.l.], v. 7, n.3. 2004.
27. FECHIO, Juliane Jellmayer; MALERBI, Fani Eta Korn. Adesão a um programa de atividade física em adultos portadores de diabetes. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.48, n.2, p.267-275. Abr. 2004.
28. FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838 p.
29. FERREIRA, Sandra R.G.; ZANELLA, Maria T. Epidemiologia da hipertensão arterial associada à obesidade. **Rev bras hipertens**, [S.l.], v.2, n.1, p. 28-35. 2000.
30. FRANK, Andréa Abdala; SOARES, Eliane de Abreu. **Nutrição no envelhecer**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2002.
31. FREUD, Sigmund. **Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II)**, 1. ed., Rio de Janeiro: Imago, 1996.
32. FUCHS, Flávio D.; FUCHS, Sandra C.; DUNCAN, Bruce B. Pressão arterial e risco cardiovascular: reavaliação de níveis de risco e alvos pressóricos terapêuticos. **Rev. Bras. Hipertens**, [S.l.], v. 8, n. 20, p.1-5. 2001.

33. FUCHS, Sandra C.; CASTRO, Mauro S. de; FUCHS, Felipe C. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise das evidências. **Rev. Bras. Hipertens**, [S.l.], v. 7, n 3. 2004.
34. FUNATSU, Kazuo; YAMASHITA, Takeshi; NAKAMURA, Haruo. Effect of coffee intake on blood pressure in male habitual alcohol drinkers. **Hypertens Res**, [S.l.], v. 28, p. 521-527. 2005.
35. GONZÁLEZ, Juana S.; FAJARDO, Eresmilda V. Prevalência de la hipertensión arterial em el área del Policlínico-Facultad “Josué País García”. **Rev. Cubana Enfermer**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 169-73. 1999.
36. GONZÁLEZ, Magda A. et al. Conocimientos, creencias y prácticas em pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapêutica. **Rev. Cubana Enfermer**, v. 21, n. 3. 2005.
37. GORAYEB, Ricardo. Psicologia e hipertensão. **Rev Bras Hipertens**, [S.l.], v.7, n. 2, Abr./Jun. 2000.
38. GUIMARÃES, Armênio C. Sobrepeso e obesidade: fatores de risco cardiovascular – Aspectos clínicos e epidemiológicos. **Rev. Hipertensão**, [S.l.], v. 4, n. 3. 2001.
39. GUSMÃO, Josiane L. de; PIERIN, Ângela M. G. A importância da qualidade de vida na hipertensão arterial. **Rev. Hipertensão**, [S.l.], v.7, n. 3. 2004.
40. GUYTON, Arthur C. **Fisiologia Humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.
41. GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Fisiologia Médica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
42. HADDAD, Nagib. **Metodologia de estudos em ciências da saúde: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico**. São Paulo: Roca, 2004.

43. HALPERN, Alfredo; MANCINI, Marcio C. O Tratamento da obesidade no paciente portador de hipertensão arterial. **Rev. Brás. Hipertensão**, [S.l.], v.7, n. 2, p. 166-71, abril/junho. 2000.
44. HAYFLICK, Leonard. **Como e porque envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campos, 1997.
45. HEIMANN, Joel C. Sal e hipertensão arterial: Aspectos fisiopatológicos. **Rev. Hipertensão**, [S.l.], v.7, n 2. 2004.
46. ISSA, Jaqueline S. et al. Intervenção sobre o tabagismo realizado por cardiologista em rotina ambulatorial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 70, n 4, p. 271-274. 1998.
47. JARDIM, Paulo C.B.V.; SOUZA, Ana L.L.; MONEGO, Estelamaris T. **Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso**. Medicina, Ribeirão Preto, v.29, p. 232-238, abr./set. 1996.
48. JOHNSON, Spencer. **Quem mexeu no meu queijo?** Tradução de Maria Clara de Biase. 31. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.
49. LAPLANCHE, Jean. **Vocabulário de Psicanálise**. Tradução de Pedro Tamem. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
50. LESSA, Inês. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev. Bras. Hipertensão**, [S.l.], v.8, p. 383-92. 2001.
51. MAITINO, Edison Moraes. Saúde na Educação Física Escolar. **Revista MIMESIS - Ciências Humanas**, Bauru, v. 21, n. 1, p.73-84. 2000.
52. MANIDI, Marié-José; MICHEL, Jean-Pierre. **Atividade física para adultos com mais de 55 anos**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2001.
53. MANO, Reinaldo. **Manuais de Cardiologia – Manual de Hipertensão Arterial**. Ed. 2005. Exemplar exclusivo de assinantes.

54. MARTINS, Ignez S.; GOMES, Armando D.; PASINI, Urbano. Níveis lipêmicos e alguns fatores de risco de doenças cardiovasculares em população do Município de São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, v.23, n.1, p.26-38. Fev. 1989.
55. MASSIE, Barry M. In: LAWRENCE, M. et al. **Diagnóstico & Tratamento 2001: um livro médico LANGE**. São Paulo: Atheneu, 2001.
56. McARDLE, Willian D.; KATCH, Frank I.; KATCH, Victor L. **Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano**. Tradução de Giuseppe Taranto. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
57. McPHEE, Stephen J.; SCHROEDER, Steven A. In: LAWRENCE, M. et al. **Diagnóstico & Tratamento 2001: um livro médico LANGE**. São Paulo: Atheneu, 2001.
58. MEIRELLES, Morgana A. E. **Atividade física na terceira idade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.
59. MION Jr., Décio; PIERIN, Ângela; KRASILCIC, Sara; MATAVELLI, Luis Celso & SANTELLO, José Luiz. Diagnóstico da hipertensão arterial. **Medicina**, Ribeirão Preto, n.29, p.193-198, abr./set.1996.
60. MOREIRA, Leila B. Álcool e hipertensão arterial. Hipertensão **Rev. da SBH**, v. 8, n. 1. 2005.
61. MORISKY, Donald E.; GREEN, Lawrence W. Concurrent and predictive validity of a self-reported Measure of medication adherence. **Medical Care**, [S.I.], v. 24, n. 1. Jan. 1986.
62. MOSCOVICI, Fela. **Mudanças no grupo. Desenvolvimento Interpessoal: treinamento em grupo**. 10. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.
63. NEGRÃO, Carlos E.; RONDON, Maria U.P.B. Exercício físico, hipertensão e controle barorreflexo da pressão arterial. **Rev. Bras. Hipertensão**, [S.I.] n. 8, p.89-95. 2001.

64. NERI, Anita L. Qualidade de vida na velhice. In: REBELATTO, José R. e MORELLI, José Geraldo da S. **Fisioterapia geriátrica – a prática da assistência ao idoso**.(orgs). Barueri: Manole, 2004.
65. NEVES, Mário F.; BURLÁ, Adriana K.; OIGMAN, Wille. Como diagnosticar e tratar hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Bras. Medicina**, [S.I.], v.62, n.12, dez 2005.
66. NIEMAN, David C. **Exercício e saúde**. 2.ed. São Paulo: Manole, 1999.
67. NOBRE, Fernando; PIERIN, Ângela; MION, Décio Jr. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.
68. NOGUEIRA, Armando R. et al. V. A importância clínica da pressão de pulso. **Rev. Bras. Hipertens**, [S.I.], v.10, n.2, abr/jun.2003.
69. OIGMAN, Wille; NEVES, Mário F. Toros. Hypertension In The Elderly. **Revista Bras de Med.**, [S.I.], v. 56. n. 1, p. 23-23, Dec. 1999.
70. OLIVEIRA, João J. de; SILVA, Sandra R.A.S. O idoso com hipertensão arterial. **Rev. Bras. de Méd.**, [S.I.], v.56, n. 7, Jul. 1999.
71. OLIVEIRA, Taciana C. de et al. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. **Rev. Latino-Am de Enfermagem**, [S.I.], v.10, n. 4, p. 530 – 6, jul./ago. 2002.
72. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. BANCO MUNDIAL – OMS/BM. **Aspectos Econômicos do Tabagismo & do Controle do Tabaco em Países em Desenvolvimento**. Fev. 2003a.
73. _____. **Saúde nos Países em Desenvolvimento**. Fev. 2003b.
74. _____. Classificação do IMC.
http://pt.wikipedia.org/wiki/%C3%8_Índice_de_Massa_Corporal. Consultado em 5 Junho/2006.
75. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/OMS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Doenças crônico-degenerativas e**

obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003c.

76. PEIXOTO, Sérgio V.; FIRMO, Josélia O. A.; LIMA-COSTA, Maria F. Fatores associados ao hábito de fumar entre idosos (Projeto Bambuí). **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], v.39, n.5, p.746-753, out. 2005.
77. PEREIRA, João Santos; PEREIRA, Adriana L. Figueiredo. Envelhecimento: um desafio multidisciplinar. **Rev. Neurobiol**, Recife, v.61, n.1, p. 9-16, jan./mar. 1998.
78. PERES, Denise S.; MAGNA, Jocelí M.; VIANA, Luiz A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], v. 37, n. 5, p. 635-42. 2003.
79. PIERIN, Ângela M.G.; GUSMÃO, Josiane L.; CARVALHO, Luciane V.B. de. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para a hipertensão arterial. **Rev. Hipertensão**, [S.l.], v. 7, n.3. 2004.
80. PIRES, Sueli L.; GAGLIARDI, Rubens J.; GORZONI, Milton L. Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.62, n.3, p.844-851, set. 2004.
81. PONT GEIS, Pilar. **Atividade física e saúde na terceira idade: teoria e prática.** Tradução de Magda Schwartzaupt Chaves. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
82. RAMOS, Simone C.; OLIVEIRA, Maria Núbia G. Constipação intestinal no idoso – a fibra como tratamento e prevenção. **Rev. Nutrição em Pauta**, São Paulo, ano X, n. 54, p. 52, 2002.
83. REIS, Nelzir T.; COPLE, Cláudia dos S. **Nutrição Clínica na Hipertensão Arterial.** Rio de Janeiro: Revinter, 1999.
84. RIBEIRO, Artur B. Importância da redução da PA na prevenção da morbimortalidade cardiovascular – milímetros fazem a diferença? Simpósio Internacional. Set. 2004.

85. RIBEIRO, Rodrigo A.; MELLO, Renato G. B.; MELCHIOR, Raquel; DILL, Juliana C.; HOHMANN, Clarissa B.; LUCCHESI, Angélica M.; STEIN, Ricardo; RIBEIRO, Jorge Pint; POLAN, Carisi A. Custo anual do manejo da cardiopatia isquêmica crônica no Brasil. Perspectiva pública e privada. **Arq Bras de Cardiol**, [S.l.], v.85, n.1, Jul. 2005.
86. ROACH, Sally. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Tradução de Ivone E. Cabral e Márcia T.L. Lisboa. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
87. ROCHA, Augusto. Adesão ao tratamento: o papel do médico. **Rev. Bras. Hipertens**, [S.l.], v. 10, n. 3, jul./set. 2003.
88. RONDON, Maria U.P.B.; BRUM, Patrícia C. Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, [S.l.], v. 10, n.2, abri/jun. 2003.
89. SABBI, Deroni. **Sinto logo existo**. 1.ed. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2002.
90. SILVA, Marco A. D. da; SOUSA, Amanda G.M.R.; CHARGODSKY, Hernan. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil Estudo FRICAS. **Arq. Bras. Cardiol** São Paulo, v.71, n.5, nov. 1998.
91. SIMÕES, Marcus V.; SCHMIDT, André. Hipertensão arterial como fator de risco para doenças cardiovasculares. **Medicina**, Ribeirão Preto, n.29, p.214-219, abr./set. 1996.
92. SIMONETTI, Janete P.; BATISTA, Lígia; CARVALHO, Lídia R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Rev. Latino-am de Enfermagem**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 415-22. 2002.
93. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SBH. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Campos do Jordão, 2002.
94. SOUSA, Ana L.L.- Hipertensão Arterial: Perfil da Morbidade Referida na Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1989 - 1990. **Revista Eletrônica de**

Enfermagem (online), Goiânia, v.2, n.1, out - dez. 2000. Disponível: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>

95. SPARREBERGER, Felipe; MOREIRA, Leila B.; CANEPPELE, Maria C.G.L. Associação entre estresse e hipertensão. **Rev. Hipertens**, [S.l.], v.7, n.3, 2004.
96. SPRITZER, Nelson. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. **Medicina**, Ribeirão Preto, n.29, p.199-213, abr./set. 1996.
97. STRELEC, Maria A.A.M.; PIERIN, Ângela M.G.; MION Jr., Décio. The influence of Patient's Consciousness Regarding High Blood Pressure and Patient's Attitude in face of Disease Controlling Medicine Intake. **Arq. Brás. De Cardiol.** v. 81, n. 4, p. 349-54, 2003.
98. STUCHI, Rosamary A. G.; CARVALHO, Emilia C. de. Crenças dos portadores de doença coronariana, segundo o referencial de Rokeach, sobre o comportamento de fumar. **Rev. Latino-Am. De Enfermagem**, [S.l.], v.11, n.1, p.74-79, jan./fev. 2003
99. TANAKA, Masakuso et al. Angiotensin II Type 1 Receptor Antagonist and Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor Altered the Activation of Cu/Zn-Containing Superoxide Dismutase in the Heart of Stroke-Prone Spontaneously Hypertensive Rats. **Hypertens Res**, [S.l.], v.28, n. 1. 2005.
100. TAVARES, Agostinho; KOHLMANN Jr., Osvaldo. Tratamento da hipertensão arterial: valor da redução na ingestão de sal. **Rev. Hipertensão**, [S.l.], v.7, n. 2. 2004.
101. TRENTINI, Mercedes et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev. Latino-am de Enfermagem** [S.l.], v. 13, n.1, p. 38-45, jan/fev. 2005.
102. VIEIRA, Sonia. **Introdução à Bioestatística**. 3.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

103. WAITZBERG, Dan L. **Nutrição Oral, enteral e parenteral na prática clínica.**
3. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

ANEXOS

ANEXO I

1 – TESTE DE MORISKY – GREEN.

	SIM	NÃO
1 – ALGUMA VEZ VOCÊ SE ESQUECE DE TOMAR SEU REMÉDIO		
2 – VOCÊ ÀS VEZES SE DESCUIDA COM O HORÁRIO DE TOMAR O SEU REMÉDIO?		
3 – QUANDO VOCÊ SE SENTE MELHOR VOCÊ AS VEZES PARA DE TOMAR O SEU REMÉDIO?		
4 – AS VEZES SE VOCÊ SE SENTE PIOR QUANDO VOCÊ TOMA O REMÉDIO VOCÊ PARA DE TOMÁ-LO?		
TOTAL		
MÉDIA		

O escore com referências para alto e baixo será: Sim = 0 e Não = 1 com variação de 0 – 4. Tendo a média mais próxima de zero melhor será a adesão (Morisky e Green, 1986).

ANEXO II

INSTRUMENTO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA

1 – NOME (INICIAIS) _____		N	°	

2. INFORMAÇÕES PESSOAIS				
2.1. Data de nascimento: ____/____/____		2.2. Idade: ____ (anos)		
2.3. Naturalidade: (Estado) _____		2.4. Sexo: [1] M [2] F		
2.5. Raça/Cor: [1] Branca [2] Preta/Negra [3] Amarela [4] Parda [5] Indígena				
3. SITUAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA				
3.1. Residência Zona: [1] Urbana [2] Rural				
3.2. Escolaridade:				
[1] Não sabe ler/escrever		[2] Alfabetizado	[3] Fundamental	
incompleto (1º grau incompleto)				
[4] Fundamental completo (1º grau completo)		[5] Médio Incompleto (2º grau incompleto)		
[6] Médio completo (2º grau completo)		[7] Superior incompleto	[8] Superior completo	
[9] Especialização/Residência		[10] Mestrado	[11] Doutorado	
3.3. Situação conjugal: [1] Convive c/ companheira(o) e filho(s)				[2] Convive c/ companheira(o) c/ laços
conjugais e s/ filhos [3] Convive c/ companheira(o), filhos e/ou outros familiares				[4] Convive c/ familiares, sem
companheira(o) [5] Convive c/ outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais				[6] Vive só
3.4. Ocupação: [1] Comércio [2] Indústria [3] Agropecuária [4] Estudante				
[5] Aposentado		[6] Empregado Doméstico	[7] Do lar	
4. DADOS FÍSICOS				
4.1. Peso: _____		Altura: _____	4.2. IMC: _____	Classificação:

4.3.. PA Sistólica: []		PA Diastólica: []	4.4. PA média: [] < 116,7 [] > 116,7	
5. TRATAMENTO				
5.1. Medicamentoso [1] Não medicamentoso exclusivo [2] Medicamentoso associado [3]				
6. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO				
6.1. Número de drogas [1] 1 Droga [2] 2 Drogas [3] <input type="checkbox"/> 3 Drogas [4] Não usa				
6.2. Número de doses diárias [1] 1 Dose [2] 2 Doses [3] <input type="checkbox"/> 3 Doses [4] Não usa				
7. TEMPO DE TRATAMENTO				
7.1. Há quanto tempo faz o tratamento: _____ (anos)		[1] Não sabe		
[1] < 1 ano [2] 1 - 2 anos [3] 3- 5 anos [4] <input type="checkbox"/> 6 anos				
7.2. Já parou de fazer o tratamento alguma vez? [1] Não Sim [2] Porquê?				

8. TESTE DE MORISKY – GREEN.	SIM	NÃO
1 – Alguma vez (de vez em quando) você se esquece de tomar seu remédio		
2 – Você às vezes se descuida com o horário de tomar o seu remédio?		
3 – Quando você se sente melhor você às vezes para de tomar o seu remédio?		
4 – As vezes, se você se sente pior (mal) quando toma o remédio você para de tomá-lo?		
TOTAL		
MÉDIA		

9. TRATAMENTO ALTERNATIVO

9.1. Você usa algum tratamento alternativo? [1] Não [2] sim Quais? _____

9.2. Quando você usa o tratamento alternativo, você deixa de tomar a medicação? [1] Não [2] Sim

10. TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

10.1. Atividade física regular 3 vezes por semana 30': [1] Regular [2] Irregular [3] Ausente

10.2. Se pratica atividade física, qual? [1] Caminhada [2] Natação [3] Ciclismo [4] Outra:

10.3. Se não pratica ou é irregular, por quê? _____

10.4. Você sabe qual é o seu peso ideal? [1] Não [2] Sim Qual? _____

10.5. Você tem alguma dificuldade em manter o seu peso ideal? [1] Não [2] Sim

Quais?

10.6. Você fuma? [1] Sim [2] Não [3] As vezes [4] Já fumou

10.7. Se sim ou às vezes: Quais as dificuldades para parar de fumar?

10.8. Você tem o costume de tomar alguma bebida alcoólica? [1] Sim, todos os dias

[2] Sim, finais de semana [3] Não

Se sim, durante a última semana você tomou:

Cerveja/Shopp – copos: 1-2 3-5 >= 6

Vinho – copos: 1-2 3-5 >= 6

Cachaça – copos: 1-2 3-5 >= 6

Outra _____ - copos 1-2 3-5 >= 6

10.9. Você tem alguma dificuldade para reduzir sua ingestão de bebida alcoólica? [1] Não [2] Sim

Quais? _____

10.10. Como é o sal em sua comida? [1] Normal [2] Fraco/Pouco [3] Salgada (Bem temperada)

10.11. Você tem o hábito de adicionar sal à comida pronta ou salada? [1] Sim [2] Não

10.12. Em sua casa o saleiro fica em cima da mesa nas refeições? [1] Sim [2] Não

11. HISTÓRICO DE OUTRAS DOENÇAS CONCOMITANTES (COMORBIDADES)

11.1. Você tem alguma outra doença? [1] Não [2] Sim Quais?

[1] Diabetes [2] TB [3] MH [4] Osteoporose [5] Gastrite

[8]

Outras:

12. PERCEPÇÕES SOBRE A HIPERTENSÃO E O TRATAMENTO (Comentários livres)

12.1. Em sua opinião, o que faz a sua pressão subir? _____

12.2. Quais as principais dificuldades para fazer o tratamento para hipertensão com regularidade?

12.3. Observações e comentários
livres: _____

Responsável pela entrevista: _____

Data:

__/__/__

TABELAS DE REFERÊNCIAS AUXILIARES

Ingestão de álcool – IV Dir. SBH - 2002

Indivíduos abstêmios não devem ser induzidos a beber. Para os consumidores de álcool, a ingestão de bebida alcoólica deve ser limitada a:

30 g álcool/dia = 1 garrafa de cerveja (5% de álcool, 600 ml), = 2 taças de vinho (12% de álcool, 250 ml) = 1 dose (42% de álcool, 60 ml) de destilados (uísque, vodca, aguardente).

Esse limite deve ser reduzido à metade para homens de baixo peso, mulheres, indivíduos com sobrepeso e/ou triglicérides elevados. O consumo diário maior que as quantidades descritas e/ou grande quantidade de bebida alcoólica em um único dia associam-se a risco cardiovascular elevado.

Classificação da Pressão Arterial – IV Dir. SBH - 2002

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130–139	85–89
Hipertensão		
Estágio 1 (leve)	140–159	90–99
Estágio 2 (moderada)	160–179	100–109
Estágio 3 (grave)	>180	>110
Sistólica isolada	>140	<90

Tabelas HIPERDIA

Sobrepeso ou Obesidade – classificação de acordo com a tabela:

Classificação	IMC (peso em Kg/altura ao quadrado)	Risco de co-morbidade
Normal	18,5-24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0-29,9	Pouco aumentado
Obeso Classe I	30,0-34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0-39,9	Grave
Obeso Classe III	>= 40,0	Muito grave

Raça/Cor	
Código	Descrição
1	Branca
2	Preta
3	Amarela
4	Parda
5	Indígena

Situação familiar/Conjugal	
Código	Descrição
1	Convive c/ companheira(o) e filho(s)
2	Convive c/ companheira(o) c/ laços conjugais e s/ filhos
3	Convive c/ companheira(o), filhos e/ou outros familiares
4	Convive c/ familiares, sem companheira(o)
5	Convive c/ outra(s) pessoa(s), sem laços consangüíneos e/ou laços conjugais
6	Vive só

Escolaridade	
Código	Descrição
01	Não sabe ler/escrever
02	Alfabetizado
03	Fundamental incompleto (1º grau incompleto)
04	Fundamental completo (1º grau completo)
05	Médio Incompleto (2º grau incompleto)
06	Médio completo (2º grau completo)
07	Superior incompleto
08	Superior completo
09	Especialização/Residência
10	Mestrado
11	Doutorado

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, da pesquisa intitulada “Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial por Idosos Usuários de Unidade Básica de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Cacoal/Ro.”, como pré-requisito para dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde oferecido pela UNB – Universidade de Brasília.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento. Em caso de recusa você não será prejudicado (a) de forma alguma. Se inicialmente você aceitar participar e mudar de idéia, decidindo sair da pesquisa, não será prejudicado em seu tratamento.

Esta pesquisa tem como objetivos identificar as possíveis causas que dificultam os pacientes a realizarem o tratamento de forma regular e o que pode ser feito para melhorar a adesão ao tratamento.

A sua participação como voluntário consiste em após receber as explicações, responder a uma entrevista e se submeter a medidas de peso, altura e cintura-quadril.

Você terá direito de não responder a entrevista e sair da pesquisa a qualquer tempo e sua identificação será mantida em sigilo.

A pesquisa de forma alguma trará riscos ou prejuízos para você, que estará oferecendo as informações desejadas e contribuindo para os conhecimentos sobre o tema estudados e para o desenvolvimento da ciência.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, concordo em participar do estudo “Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial por Idosos Usuários de Unidade Básica de Saúde da Secretaria de Saúde de Cacoal/Ro” como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo(a) pesquisador (a) _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação e que minha identidade será preservada. Estou ciente que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ tratamento.

Pesquisador responsável: Wilson Plaster. Telefones para contato: 8114-9280

Data ____/____/____

Assinatura do respondente

Data ____/____/____

Nome do pesquisador – Assinatura

ANEXO IV

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DAS UNIDADES DE SAÚDE E DO PROGRAMA HIPERDIA (PROGRAMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES)

1. Qualificações dos serviços de saúde, por Unidade.		
1.1. Nome da unidade: _____		
1.2. Localização da unidade: _____		
1.3. Nº de bairros de abrangência da unidade: _____		
1.4. População de abrangência da Unidade: _____		
1.5. Programas de saúde implantados na unidade: _____		
1.6. População atendida (média/mês): _____		
1.7. Nº de funcionários que atendem ao programa e sua formação profissional, horário de atendimento regular:		
Quantidade	Formação profissional	Hor. atend. (média seman.)
2. Qualificação do Programa HIPERDIA		
2.1. Nº de inscritos no Programa HIPERDIA: Total _____ Nº de hipertensos: _____ Nº de diabéticos: _____ Nº de hipertensos diabéticos: _____		
2.2. Quantidade por faixa etária (em anos): 0-09 (96-05) [] 10-19 (86-95) [] 20-29 (76-85) [] 30-39 (66-75) [] 40-49 (56-65) [] 50-59 (46-55) [] 60-69 (36-45) [] 70-79 (26-35) [] 80 + (25 -) []		
Quantidade de faltosos por faixa etária: 0-09 (96-05) [] 10-19 (86-95) [] 20-29 (76-85) [] 30-39 (66-75) [] 40-49 (56-65) [] 50-59 (46-55) [] 60-69 (36-45) [] 70-79 (26-35) [] 80 + (25 -) []		
2.3. Qual o acompanhamento oferecido aos faltosos: _____		
2.4. Como ele é procedido: _____		
2.5. Quais as informações relevantes de registro e controle do programa: _____		
2.6. Quais os instrumentos de avaliação do Programa: _____		
2.7. Quais as medicações previstas no Programa: _____		
2.8. Quais as medicações disponíveis na Unidade: _____		

Tabela para definir faixas etárias dos hipertensos por UBS

Quantidade hipertensos por faixa etária (em anos):	
0-09 (96-05)	
10-19 (86-95)	
20-29 (76-85)	
30-39 (66-75)	
40-49 (56-65)	
50-59 (46-55)	
60-69 (36-45)	
70-79 (26-35)	
80 + (25 -)	

Quantidade hipertensos faltosos por faixa etária (em anos):	
0-09 (96-05)	
10-19 (86-95)	
20-29 (76-85)	
30-39 (66-75)	
40-49 (56-65)	
50-59 (46-55)	
60-69 (36-45)	
70-79 (26-35)	
80 + (25 -)	