

Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo

Hypertension control and related factors at primary care located in the west side of the city of São Paulo, Brazil

Angela Maria Geraldo Pierin¹
Sandra Nara Marroni²
Luzi Aparecida Faleiros Taveira³
Isabela Judith Martins Benseñor⁴

Abstract *The objective of this study was to characterize blood pressure control of 440 hypertensive patients. The subjects were interviewed and had their blood pressure measurement by means of an automatic device. The results showed that 45.5% had an adequate blood pressure control. People under control were different ($p < 0.05$) from those without control: the ones under blood pressure control were mainly women, younger, with a shorter time of disease, with previous treatment for hypertension, less interruptions in treatment and more conscious about the importance of physical activities. They also rarely forgot to take the medicines in the right time, generally using less than, 3 or more antihypertensive drugs, with family history of cardiovascular diseases, reporting physical activity more frequently and less sadness. The multivariate analysis revealed a statistically significant association of uncontrolled hypertension with previous treatment (OR = 2.26; IC 95%, 1.4 - 3.6), no family history of cardiovascular diseases (OR = 2.2; IC 95%, 1.3 - 3.5) and unaware of the importance of physical activities for blood pressure control (OR = 3.5; IC 95%, 1.1 - 10.8). Blood pressure control was associated with biological variables, behavior and information about hypertension as a risk factor and its treatment.*

Key words *Hypertension, Control, Compliance*

Resumo *Realizou-se estudo para caracterizar o controle de hipertensos atendidos na atenção primária com amostra de 440 hipertensos. Os hipertensos foram entrevistados e a medida da pressão foi realizada com aparelho automático validado. A relação entre as variáveis classificatórias foi avaliada com o teste qui-quadrado e posterior análise multivariada. Os resultados mostraram que o controle da hipertensão arterial foi de 45,5% e se associou ($p < 0,05$) a mulheres, idade menos elevada, menos tempo de doença, já ter feito tratamento para hipertensão, menos interrupção do tratamento, conhecimento sobre a importância dos exercícios físicos, raramente deixar de tomar remédio na hora certa, menor número de drogas anti-hipertensivas prescritas, antecedentes para doenças cardíacas, prática de exercícios físicos e menos tristeza. A análise de regressão logística mostrou que a falta de controle da hipertensão foi dependente de tratamento anterior para hipertensão (OR = 2,26; IC 95%, 1,4 - 3,6), falta de conhecimento sobre prática de atividade física (OR = 3,5; IC 95%, 1,1 - 10,8) e ausência de antecedente familiar para problemas cardíacos (OR = 2,2; IC 95%, 1,3 - 3,5). Menos da metade dos hipertensos estava controlada e o controle se associou a variáveis biológicas, tratamento, atitudes e conhecimento sobre a hipertensão e seu tratamento.*

Palavras-chave *Hipertensão, Controle, Adesão*

¹Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419, Cerqueira César. 05403-000 São Paulo SP. pierin@usp.br

²Centro Universitário Unirg.

³Centro Universitário Nove de Julho.

⁴Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Introdução

A hipertensão arterial é reconhecida como principal fator de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares. Dados do Ministério da Saúde indicam que, no ano de 2000, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 32,1% de mortalidade no Brasil¹. Além disso, a hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente. Estudos isolados têm apontado prevalências que oscilam de 22% a 44%²⁻⁵, porém com baixos índices de controle da doença.

Face ao controle pouco satisfatório da hipertensão arterial, questiona-se quais seriam as justificativas para tal situação. Uma provável explicação estaria ligada ao fato da redução insuficiente dos níveis da pressão arterial pela proposta de tratamentos pouco eficazes. Outra possibilidade para o controle ineficiente dos níveis pressóricos relaciona-se com a pouca ou a falta de adesão ao tratamento. Adesão ao tratamento pode ser considerada como “o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a pressão arterial em níveis normais”⁶. Diversos fatores influenciam nesse processo, tais como os relacionados ao hipertenso, como características biossociais; à doença na sua cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias; ao tratamento como os efeitos indesejáveis das drogas e esquemas complexos; a aspectos institucionais, como acesso ao serviço de saúde e ao relacionamento da pessoa hipertensa com a equipe de saúde⁷.

Para que se possa atingir e manter os níveis tensionais controlados, o hipertenso frequentemente requer estímulo constante para as mudanças de estilos de vida e ajustes ao tratamento. Face ao panorama traçado, ressalta-se a importância do direcionamento de programas e políticas de saúde para a atenção no contexto da hipertensão arterial. A criação de uma rede de informação que sustente a caracterização da população-alvo e viabilize o seguimento do hipertenso constitui etapa importante da assistência.

Atualmente, pouco se tem estudado sobre a atenção aos hipertensos em Unidades Básicas de Saúde na atenção primária. Em 1996, realizou-se estudo sobre essa temática em uma Unidade de Saúde da cidade de São Paulo para avaliar a efetividade do controle da hipertensão arterial. Os resultados mostraram que em 78,8% obteve-se redução na pressão diastólica e sistólica e em 44,4% ocorreu normalização da pressão arterial de acordo com os níveis preconizados pelo programa⁸.

Portanto, frente ao panorama descrito, que aponta as dificuldades que existem no manejo do indivíduo com hipertensão arterial, e ao pouco conhecimento atual da assistência a essa população na atenção primária, a presente investigação teve como finalidade estudar um grupo de pessoas hipertensas atendidas em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da Cidade de São Paulo. O objetivo principal foi caracterizar a prevalência do controle da hipertensão arterial, e o secundário, identificar variáveis relacionadas, objetivando que os dados resultantes possam contribuir efetivamente para o controle da hipertensão arterial em Unidades Básicas de Saúde e servir de suporte a demais profissionais que se interessem por esta problemática.

Metodologia

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional e analítico, tipo transversal, que fez parte de um projeto de políticas públicas de saúde com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Local do estudo, população-alvo e amostragem

O estudo foi realizado no Distrito de Saúde do Butantã, Região Oeste da cidade de São Paulo, que desenvolve atividades de parceria do município com a universidade. O distrito é formado por uma rede de catorze unidades básicas de saúde (UBS), um centro de saúde escola, um centro de referência para DST-aids, um CAPS, um centro de convivência, um ambulatório de especialidades, um pronto-socorro e um hospital municipal. Entre as UBS, três são unidades vinculadas ao Programa de Saúde da Família; em função das características similares em relação ao PSF, essas três unidades foram escolhidas para a realização do estudo.

A população-alvo foi dos indivíduos com hipertensão arterial já diagnosticada e em acompanhamento nas unidades de saúde destacadas. O critério diagnóstico para hipertensão arterial segue o preconizado pelo Programa de Saúde da Família⁹, que é de valores acima ou iguais a 140 mm Hg para a pressão sistólica e/ou 90 mm Hg para a pressão diastólica em pelo menos duas medidas realizadas em momentos diferentes. A captação dos hipertensos é feita pelos agentes de

saúde na visita domiciliar por meio da hipertensão referida; em situações de pronto atendimento, pela realização rotineira da medida da pressão arterial independente da queixa e pela identificação nas diferentes áreas de abrangência das unidades, também pela medida rotineira da pressão arterial. Após a rotina diagnóstica e instituição do tratamento, os hipertensos são acompanhados por meio de consultas a intervalos médios de dois a três meses.

No cálculo da amostra, foi estimado um tamanho mínimo de 137 hipertensos em cada unidade, tendo como base uma taxa de prevalência de adesão ao tratamento de 20%, erro alfa de 5%, poder de teste de 80% e possível variação de 30%. Estimando-se possíveis perdas, a meta era atingir 140 hipertensos em cada unidade básica de saúde. No final, foram incluídos 147 hipertensos em duas unidades e 146 na terceira, perfazendo o total de 440 pessoas hipertensas estudadas, o que permite que, na amostra, sejam estudadas algumas associações.

Crítérios de inclusão e exclusão

Para composição da amostra, os hipertensos obedeceram aos seguintes critérios: diagnóstico de hipertensão arterial confirmado no prontuário médico, em acompanhamento há pelo menos seis meses na unidade básica de saúde, concordância do hipertenso para a participação no estudo através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, ambos os sexos, adultos com idade acima de dezoito anos, sem restrição de raça e pertencer à comunidade de abrangência das unidades de saúde do estudo.

Foram excluídos hipertensos com história de abuso de drogas ilícitas, distúrbios mentais e hipertensas grávidas.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2004 a março de 2005. A seleção dos entrevistados foi por conveniência no período estudado; porém, para evitar possíveis vieses, a seleção dos entrevistados foi realizada nos diferentes dias da semana e nos períodos da manhã e tarde. Para identificação dos hipertensos que atendessem aos critérios do estudo, foram consultadas as fichas individuais constantes no prontuário da família e aqueles que preencheram os requisitos necessários foram convidados para participar do estudo, por ocasião de sua vinda à unidade para consulta ou atividades de grupo.

Caso o hipertenso tivesse disponibilidade, a coleta dos dados ocorreu no mesmo dia após a sua atividade no serviço, o que aconteceu na maioria das vezes; caso contrário, agendou-se uma data específica para tal. As perdas e recusas em participar do estudo foram mínimas.

Os dados foram coletados através de entrevista com o preenchimento de instrumento construído para essa finalidade e medida da pressão arterial. Os dados coletados por entrevista incluíram aspectos biossociais, como sexo, idade, escolaridade, ocupação e renda familiar. Na avaliação dos hábitos de vida, foram considerados tabagistas aqueles que referiram uso atual de cigarro, cachimbo ou charuto e ex-tabagista os que abandonaram. Na ingestão de bebida alcoólica, foi perguntado se faz uso ou não, ou abandonou ingestão de bebida alcoólica; caso sim, foi caracterizado o tipo de bebida (destilada ou fermentada). Considerou-se prática regular de atividade física pelo menos três vezes por semana e pelo menos trinta minutos. Nos dados da doença, foram incluídos antecedentes pessoais e familiares para hipertensão e problemas cardíacos, há quanto tempo sabe que é hipertenso e se já tinha tratado a doença anteriormente e abandonado o tratamento. O conhecimento sobre tratamento não medicamentoso incluiu perguntas como interrupção do fumo e ingestão de bebida alcoólica, prática regular de atividade física, redução do sal da alimentação e medidas antiestresse. Atitudes frente ao tratamento medicamentoso foram investigadas com questões sobre esquecimento e horário de tomada dos remédios, se leva os medicamentos quando viaja, providência dos remédios antes de acabarem e uso dos medicamentos mesmo quando a pressão está controlada. Foi perguntado, ainda, se houve interrupção do tratamento por conta própria e se faltou às consultas no último ano. Como tentativa de avaliar o sentimento do hipertenso em relação à sua vida, foi usado um diagrama com sete figuras de faces, Escala de Faces de Andrews, que é uma escala visual intervalar de 7 pontos¹⁰, composta por faces estilizadas, referindo-se ao estado de humor que predominou frente à questão "Qual dessas faces melhor representa sua vida como um todo?". Cada figura da escala consiste em um círculo com olhos que não mudam e uma boca que varia desde um sorriso de quase meio círculo voltado para cima, que reflete o sentimento de felicidade, até outro meio círculo, semelhante, voltado para baixo, que reflete o sentimento de tristeza.

A medida da pressão arterial foi realizada no início da entrevista com aparelho automático

oscilométrico (OMROM - HEM 705CP)¹¹ validado. O procedimento de medida da pressão arterial foi realizado de acordo com o preconizado pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão². A medida foi feita no membro superior esquerdo, na posição sentada, com o braço apoiado na altura do coração, após cinco a dez minutos de repouso, três vezes consecutivas, sendo o intervalo entre uma e outra medida de um a dois minutos. Foram usados três aparelhos de medida da pressão, um para cada unidade e mensalmente cada aparelho foi usado com um outro aparelho para simultaneamente medir a pressão arterial de uma pessoa, na qual não houvesse nenhuma razão para se suspeitar que a pressão arterial nos dois braços fosse diferente. Se a medida pareada de pressão arterial concordou em até 4 mmHg (ou menos) tanto para pressão arterial sistólica como para a diastólica, os aparelhos foram considerados como calibrados.

Para a coleta dos dados, contou-se com a participação de alunas de pós-graduação *sensu stricto* e alunas bolsistas de Programas de Iniciação à Pesquisa do CNPq, devidamente treinadas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de São Paulo.

Análise estatística

Os dados coletados foram tabulados e processados por meio do *software* SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 7.5, por meio de estatísticas descritiva e analítica.

As variáveis classificatórias são apresentadas descritivamente em tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%). A relação entre as variáveis foi avaliada com o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher.

Foi realizada análise multivariada com modelo de regressão logística múltipla e foram introduzidas no modelo as variáveis que apresentaram $p < 0,05$ na análise univariada. O nível de significância adotado foi de 0,05.

No que se refere ao controle da pressão arterial, neste estudo, foram consideradas controladas as pessoas que, após três medidas consecutivas, apresentaram média da pressão sistólica menor que 140 mm Hg e diastólica menor que 90 mm Hg. Os considerados não controlados apresentaram valores maiores ou iguais aos citados.

Resultados

Foram estudados 440 hipertensos com predominância do sexo feminino (66%), cor branca (51,7%), estado civil separado (52%), com 1º grau (52,1%), renda familiar de até cinco salários mínimos (65,4%). Quanto à ocupação, observou-se maioria composta pelos aposentados e “do lar” (62%), e pequeno contingente (22,1 %) exercia ocupações manuais não especializadas.

Do total de hipertensos estudados, 45,5% estavam controlados, ou seja, os níveis da pressão sistólica estavam abaixo de 140 mm Hg e da pressão diastólica menores que 90 mm Hg. Os níveis da pressão arterial dos controlados foram significativamente mais baixos do que os dos hipertensos não controlados ($120,8 \pm 11,5/78,4 \pm 6,6$ *versus* $154,3 \pm 18,7/97,7 \pm 12,1$ mmHg, $p < 0,05$).

Na caracterização dos hipertensos estudados, verificou-se que, nas variáveis biossociais, o gênero e idade influenciaram de forma significativa ($p < 0,05$) no controle da hipertensão arterial. As mulheres estavam mais controladas do que os hipertensos do sexo masculino (52,6 % *versus* 30,9 %). Os hipertensos controlados apresentaram idade significativamente menor do que os não controlados ($p < 0,05$, $55 \pm 12,3$ *versus* $59 \pm 12,2$ anos). As demais características, tais como etnia, estado civil, escolaridade, renda salarial e ocupação, não influenciaram no controle da hipertensão arterial. Em relação aos hábitos de vida, a maioria dos entrevistados referiu nunca ter fumado (67,9%), ingerido bebidas alcoólicas (85,3%) e cerca da metade nunca praticou exercícios físicos regulares (53,2%). Os hipertensos não controlados referiram mais não praticar exercícios físicos regularmente do que os controlados (64,5% *versus* 35,5%, $p < 0,05$). Tabagismo e ingestão de bebida alcoólica não se associaram de forma significativa ao controle da hipertensão. A maioria tinha mais de cinco anos de hipertensão (56,2%) e o tempo de doença relacionou-se com o controle da hipertensão, pois nessa faixa de tempo a maioria era formada por hipertensos não controlados (59,3% *versus* 41%, $p < 0,05$). (Tabela 1)

O conhecimento dos hipertensos quanto ao tratamento não medicamentoso mostrou índices elevados, como redução do sal (99,1%), parar de fumar (94,3%), redução do peso (93,8%), prática de exercícios físicos (93,4%) e redução da ingestão de bebida alcoólica (92,5%). Dos conhecimentos avaliados, o único que apresentou relevância estatística foi a prática de exercícios físicos, pois os hipertensos não controla-

dos referiram mais desconhecimento de que a atividade física ajuda no controle da hipertensão arterial, em relação aos hipertensos controlados (82,7% *versus* 17%, $p < 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 1. Características biossociais e hábitos de vida dos hipertensos não controlados e controlados.

Variáveis	Hipertensos não controlados		Hipertensos controlados		Valor de p
	N	%	N	%	
Sexo					0,001
Masculino	103	69,13	46	30,87	
Feminino	138	47,42	153	52,58	
Cor					0,756
Branco	123	54,19	104	45,81	
Não branco	118	55,66	94	44,34	
Estado civil					0,448
Sem companheiro	81	50,30	80	49,68	
Com companheiro	155	56,99	117	43,01	
Escolaridade					0,805
Lê e escreve	76	57,58	56	42,42	
1º grau	120	52,63	108	47,37	
2º grau	38	55,88	30	44,12	
Superior	6	60,00	4	40,00	
Ocupação					0,616
Aposentado	79	59,40	54	40,60	
“Do lar”	73	54,07	62	45,93	
Profissional liberal	11	61,11	7	38,89	
Mão de obra especializada	10	62,50	6	37,50	
Mão de obra não especializada	44	46,32	51	53,68	
Desempregado	10	45,45	12	54,55	
Outros	5	50,00	5	50,00	
Renda familiar (salários mínimos)					0,813
1 - 5	192	55,33	155	44,67	
≥ 5	48	53,93	41	46,07	
Tabagismo					0,652
Interrompeu	52	57,78	38	42,22	
Sim	20	62,50	12	37,50	
Não	141	54,65	117	45,35	
Etilismo					0,867
Não	185	55,22	150	44,78	
Interrompeu	23	58,97	16	41,03	
Sim	8	61,54	5	38,46	
Exercícios físicos					0,001
Não	144	62,37	87	37,66	
Interrompeu	13	33,33	26	66,67	
Sim	75	48,39	80	51,61	
Tempo de hipertensão (anos)					0,042
1 a 5	93	48,4	99	51,6	
> 5	146	59,3	100	40,6	
Antecedente familiar p/ hipertensão					0,325
Sim	154	52,20	141	47,80	
Não	53	57,61	39	42,39	
Não sabe	34	64,15	19	35,85	
Antecedente familiar p/ problema cardíaco					0,007
Sim	75	46,88	85	53,13	
Não	128	57,92	93	42,08	
Não sabe	38	64,41	21	35,59	
Idade (anos, média±desvio padrão)	59 ± 12,2		55 ± 12,3		0,0009

* Valor de p de teste χ^2 .

Tabela 2. Conhecimento sobre tratamento não medicamentoso e atitudes frente ao tratamento medicamentoso dos hipertensos não controlados e controlados.

Variáveis	Hipertensos não controlados		Hipertensos controlados		Valor de p*
	N	%	N	%	
Sabe que o tratamento da hipertensão inclui:					
Parar de fumar?					0,899
Sim	227	54,70	188	45,30	
Não	14	56,00	11	44,00	
Reduzir o peso?					0,196
Sim	222	53,88	190	46,12	
Não	18	66,67	9	33,33	
Praticar exercícios físicos?					0,002
Sim	217	52,80	194	47,20	
Não	24	82,76	5	17,24	
Reduzir ingestão de álcool?					0,287
Sim	220	54,05	187	45,95	
Não	21	63,64	12	36,36	
Reduzir o sal?					0,069
Sim	237	54,48	198	45,52	
Não	4	100,0	0	0	
Reduzir o estresse?					0,797
Sim	205	54,52	171	45,48	
Não	36	56,25	28	43,75	

* Valor de p de teste χ^2 .

Em relação às atitudes frente ao tratamento da hipertensão, observou-se que os hipertensos apontaram que sempre levam os remédios quando viajam (92,1%), sempre tomam os remédios no mesmo horário (68,2%), sempre providenciam os remédios antes de acabarem (87,8%) e sempre tomam remédio quando a pressão está controlada (66,7%). Apenas no item “toma remédio sempre no mesmo horário” os hipertensos não controlados indicaram ter essa atitude mais “raramente e às vezes” do que os controlados (86,7% e 62,5% *versus* 13,3% e 37,5%, respectivamente, $p < 0,05$) (Tabela 3). A maioria dos hipertensos entrevistados afirmou que nunca faltou à consulta médica (71,8%), não interrompeu o tratamento (65,2%) e não tratou a hipertensão antes (57,1%). Verificou-se, ainda, que os hipertensos não controlados em relação aos controlados foram significativamente diferentes ($p < 0,05$) em relação à realização de tratamento anterior para hipertensão (65,7% *versus* 34,2%), interrupção do tratamento (61,4% *versus* 38,6%) e uso de três ou mais drogas anti-hipertensivas (60,5% *versus* 39,5%, $p < 0,05$). O fato de faltar às

consultas não se associou com o controle da hipertensão arterial (Tabela 4).

Em relação ao sentimento da sua vida como um todo, quando solicitados a apontarem em um diagrama com sete faces distribuídas na ordem da mais feliz para a menos feliz, cerca da metade dos hipertensos indicou as faces 1 e 2, que demonstravam mais alegria (51%). Um pequeno percentual (10,2%) indicou as faces 6 e 7, que estão no extremo da escala, indicando maior grau de tristeza. Os dados da Tabela 5 mostram que houve associação significativa ($p < 0,05$) entre o controle da hipertensão e a referência dos hipertensos controlados e não controlados de como se sentiam em relação à sua vida como um todo. Observou-se uma tendência na indicação das faces 5 e 6, que representam mais tristeza, no grupo de hipertensos não controlados em relação aos controlados.

Na análise de regressão logística, foram introduzidas no modelo as seguintes variáveis que apresentaram $p < 0,05$: sexo, idade, realização de exercício físico, tempo de hipertensão, antecedente familiar para problema cardíaco, conhecimento sobre

Tabela 3. Atitudes frente ao tratamento medicamentoso dos hipertensos não controlados e controlados.

Variáveis	Hipertensos não controlados		Hipertensos controlados		Valor de p*
	N	%	N	%	
Esquece de tomar os remédios					0,215
Nunca	104	50,00	104	50,00	
Raramente	18	54,55	15	45,45	
Às vezes	79	61,72	49	38,28	
Sempre	32	52,46	29	47,54	
Toma os remédios sempre no mesmo horário					0,008
Nunca	11	57,89	8	42,11	
Raramente	13	86,67	2	13,33	
Às vezes	65	62,50	39	37,50	
Sempre	147	49,66	149	50,34	
Leva os remédios quando viaja					0,221
Nunca	5	55,56	4	44,44	
Raramente	5	100,00	0	0	
Às vezes	10	50,00	10	50,00	
Sempre	214	53,77	184	46,23	
Providencia os remédios antes que acabem					0,367
Nunca	6	54,55	5	45,45	
Raramente	6	75,00	2	25,00	
Às vezes	22	64,71	12	35,29	
Sempre	201	52,89	179	47,11	
Toma remédios quando a pressão está controlada					0,263
Nunca	26	50,00	26	50,00	
Raramente	7	63,64	4	36,36	
Às vezes	51	63,75	29	36,25	
Sempre	149	51,92	138	48,08	

*Valor de p de teste χ^2 .**Tabela 4.** Tratamento medicamentoso dos hipertensos não controlados e controlados.

Variáveis	Hipertensos não controlados		Hipertensos controlados		Valor de p*
	N	%	N	%	
Tratamento anterior para hipertensão					0,001
Sim	121	65,76	63	34,24	
Não	115	46,94	130	53,06	
Interrupção do tratamento					0,040
Sim	94	61,44	59	38,56	
Não	147	51,22	140	48,78	
Falta às consultas					0,085
Sim	76	61,29	48	38,71	
Não	165	52,22	151	47,78	
Número de drogas anti-hipertensivas					0,031
Nenhuma	22	64,71	12	35,29	
Uma	29	44,62	362	55,38	
Duas	76	48,72	80	51,28	
Três ou mais	115	60,53	75	39,47	

*Valor de p de teste χ^2 .

a prática de exercícios físicos, atitude de tomar os remédios sempre no mesmo horário, tratamento anterior para hipertensão, interrupção do tratamento, número de drogas anti-hipertensivas, sentimento em relação à vida como um todo. Após os ajustes no modelo de regressão logística, a falta de controle nos hipertensos estudados se associou com realização de tratamento anterior para hipertensão, ausência de antecedentes familiares para problemas cardíacos e falta de conhecimento sobre a influência da prática de atividade física no tratamento da hipertensão (Tabela 6).

Discussão

O principal resultado do presente estudo mostrou que nas três Unidades Básicas de Saúde em que o estudo foi realizado, menos da metade dos hipertensos estava com a pressão arterial controlada. Dentre as variáveis estudadas na análise univariada, algumas tiveram influência significativa ($p < 0,05$) no controle da hipertensão arterial, tais como idade, sexo, tempo de doença, tratamento anterior para hipertensão, antecedentes familiares para doença cardíaca, prática de exercícios físicos e sua influência no tratamento da hipertensão, interrupção do tratamento, tomar remédio no mesmo horário, número de drogas anti-hipertensivas e como se sente em relação a sua vida como um todo.

A variável gênero merece atenção especial no contexto da hipertensão arterial. Apesar de não se identificar diferenças significativas na prevalência da doença entre homens e mulheres, no aspecto adesão ao tratamento e conseqüente controle dos níveis da pressão arterial, observa-se comportamentos distintos. Estudo¹² realizado em

nosso meio mostrou que homens, jovens, não brancos se relacionaram com desconhecimento sobre a hipertensão e tratamento, característica que pode influenciar negativamente no controle da hipertensão. Sousa¹³, em investigação sobre a prevalência da hipertensão arterial referida, percepção de sua origem e formas de controle em área da metropolitana de São Paulo, mostrou que as mulheres foram as que mais procuraram pela assistência e pondera que as mulheres parecem ter uma percepção mais acurada de sua condição de saúde e também desenvolvem maiores relações com os serviços de saúde em razão de seus atributos e funções reprodutivas. Destacase, ainda, os resultados entre homens e mulheres em um estudo com hipertensos de segmentos sociais pauperizados do Vale do Paraíba (SP). Os achados indicaram que, para os homens, os seguintes fatores de risco estiveram associados à hipertensão: viver na zona rural (ORaj=2,00; $p=0,01$); etilismo (ORaj= 1,90; $p=0,03$) e idade acima de quarenta anos (ORaj=3,10; $p < 0,0001$). Famílias numerosas, com mais de seis pessoas, exerceram efeito protetor (ORaj=0,46; $p=0,02$). Para mulheres, os fatores de risco associados foram ausência de escolaridade (ORaj= 2,37; $p=0,0003$); sedentarismo (ORaj=1,71; $p=0,04$); obesidade acompanhada de baixa estatura (ORaj= 4,66; $p < 0,0001$) e idade acima de quarenta anos (ORaj=5,29; $p=0,01$)¹⁴.

No Brasil, em um dos primeiros estudos¹⁵ sobre o assunto, verificou-se que a maior taxa de abandono ao tratamento da hipertensão ocorria entre homens, analfabetos e com idade entre vinte e quarenta anos. De forma similar, estudo mais recente¹³, também observou que homens tendem a ser menos aderentes ao tratamento anti-hipertensivo.

Tabela 5. Avaliação do sentimento em relação à vida como um todo dos hipertensos controlados e não controlados.

Como se sente em relação à vida?	Hipertensos não controlados		Hipertensos controlados		Valor de p*
	N	%	N	%	
1 ☺	67	59,3	46	40,1	0,044
2 ☺	52	46,8	59	53,2	
3 ☺	41	50,0	41	50,0	
4 ☺	32	53,3	28	46,7	
5 ☺	20	69,0	9	31,0	
6 ☹	12	92,3	1	7,7	
7 ☹	17	53,1	15	46,9	

* Valor de p de teste χ^2 .

Tabela 6. Modelo de regressão logística múltipla: variáveis associadas à falta de controle da hipertensão arterial.

Variáveis e categorias	Odds ratio	IC 95%*
Tratamento anterior para hipertensão		(1,409-3,633)
Sim	2,263	
Não	1,000	
Conhecimento da prática de exercícios físicos		(1,130-10,808)
Sim	1,000	
Não	3,495	
Antecedente familiar para problemas cardíacos		(1,346-3,480)
Sim	1,000	
Não	2,164	

* Intervalo de confiança em nível de 95% ajustado por todas variáveis listadas na tabela.

A idade também foi uma variável que se destacou no presente estudo. A pressão arterial sistólica tende a aumentar com a idade e a pressão arterial diastólica eleva-se até os cinquenta anos em homens e sessenta anos em mulheres², década na qual que se encontrava a média de idade dos hipertensos estudados. Estudo de coorte realizado na cidade de Porto Alegre (RS) mostrou que o abandono ao tratamento anti-hipertensivo se associou com tabagismo, escolaridade inferior ou igual a cinco anos e menos de cinco anos de doença e aumento da idade com maior probabilidade de seguimento¹⁶. Por outro lado, investigação com hipertensos na cidade de São Paulo evidenciou que maiores níveis tensionais no seguimento destas pessoas se relacionaram com idade acima de sessenta anos, além de baixa escolaridade, baixa renda e mais de cinco anos de hipertensão¹². Em outro estudo de base populacional, para levantar a frequência de idosos aderentes e avaliar se a polifarmácia interfere na adesão ao tratamento, a frequência de idosos aderentes foi de 37,1% e maior entre os que utilizavam menos fármacos¹⁷.

Considera-se que haja associação direta entre aumento da idade e maior envolvimento com a problemática de saúde dos hipertensos, o que deveria repercutir em maior controle da doença. Talvez, em determinadas situações, tal ocorrência seja mascarada pelas próprias características do envelhecimento, com crescente complexidade da doença e assistência.

Quanto às características relativas ao diagnóstico dos hipertensos, o tempo de doença e ter realizado tratamento anterior para hipertensão foram os dados que tiveram influência signifi-

cante no controle da pressão arterial, pois hipertensos com mais tempo de diagnóstico apresentaram-se menos controlados. Tais resultados diferem dos encontrados por outros estudos^{3,4} que observaram que a média de tempo de diagnóstico dos hipertensos foi de onze anos, sendo que os controlados encontravam-se em tratamento há mais tempo. Nesse contexto, merecem ser destacadas a característica da cronicidade da doença, ausência de sintomatologia específica e complicações de longo prazo advindas do não controle da hipertensão, que aliados ao tempo de doença tendem a se constituírem em fatores dificultadores do processo de adesão ao tratamento e conseqüente controle satisfatório dos níveis tensionais. A magnitude da importância da variável "realização de tratamento anterior" foi confirmada pela sua permanência no modelo de regressão logística, pois o fato de já ter realizado tratamento para hipertensão arterial contribuiu para elevar a chance de falta de controle em 2,63 vezes.

Os hábitos e estilos de vida também são variáveis que devem ser avaliadas na caracterização da clientela hipertensa pelo destaque que possuem em relação às medidas do tratamento não medicamentoso. A adoção de estilos de vida saudáveis, como restrição da ingestão de bebida alcoólica, abolição do tabagismo, planejamento alimentar com redução do sal e alimentos hipercalóricos, manejo de situações estressantes e atividade física regular, devem fazer parte da assistência direcionada aos hipertensos. Sabe-se que a adoção de um estilo de vida saudável está intimamente relacionada à melhoria da qualidade de vida e interfere de forma positiva no controle

da hipertensão arterial. No presente estudo, verificou-se, inclusive, que os hipertensos não controlados realizavam menos atividade física, o que sem dúvida contribui para controle menos efetivo da hipertensão. A redução da pressão arterial ocorre mesmo com atividades leves, como três sessões semanais com vinte minutos de duração, tanto em hipertensos como em normotensos, sendo mais eficiente no primeiro grupo¹⁸. Portanto, as pessoas hipertensas ou não devem ser estimuladas a iniciar programas de exercícios físicos regulares. As orientações das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão² recomendam a prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por pelo menos trinta minutos por dia, três a cinco vezes por semana.

O conhecimento sobre a doença e tratamento também é uma variável que pode influenciar no controle da hipertensão arterial, que por sua vez está intimamente relacionado à adesão ao tratamento. Dados de estudos^{3,4,19-21} mostraram que, de um modo geral, os hipertensos possuem a informação sobre sua problemática de saúde, porém não estão devidamente controlados. A discrepância entre ter informação a respeito da doença e tratamento e conseguir controlar a pressão arterial aponta para a diferença essencial entre conhecimento e adesão. Enquanto o conhecimento é racional, a adesão é um processo complexo, envolvendo fatores emocionais e barreiras concretas, de ordem prática e logística^{22,23}. Como pode ser verificado, no presente estudo, tanto os hipertensos controlados quanto os não controlados apresentaram conhecimento satisfatório sobre as formas não medicamentosas de tratamento, só se diferiram em relação à atividade física, pois mais uma vez os não controlados se destacaram pelo pouco conhecimento. A falta de conhecimentos sobre a importância da atividade física regular no controle da hipertensão pode ser confirmada pela persistência dessa variável na análise multivariada, elevando em 3,49 vezes a chance de falta de controle da doença.

Acrescenta-se ao cenário de fatores intervenientes no controle da hipertensão as crenças de saúde, antecedentes familiares mórbidos e atitudes frente ao tratamento, com destaque para o histórico familiar para a hipertensão e fatores de risco cardiovasculares. Inclusive, a análise multivariada revelou que a ausência de antecedentes familiares para problemas cardíacos contribuiu em 2,16 vezes para a falta de controle da hipertensão. Os comportamentos e atitudes são de longa data e, para se obter mudanças ou minimizar atitudes que possam comprometer a realização

adequada do tratamento, a equipe de saúde precisa ter conhecimento e habilidade de práticas de educação. A educação das pessoas com doenças crônicas, como a hipertensão, tem como finalidade influenciar o comportamento do hipertenso na obtenção de mudanças e manutenção das mesmas. Os objetivos educacionais se relacionam a ajudar o hipertenso a entender, conhecer e aceitar a doença; conhecer e reconhecer comportamentos de risco; informar sobre decisões do tratamento e diagnóstico; negociar e cumprir propostas de tratamento e enfrentar problemas de manutenção do tratamento¹⁴. A identificação de atitudes como levar os remédios quando viajam, determinar horário para tomada dos remédios, providenciar os remédios antes que acabem, não deixar de tomar os remédios por conta própria e não faltar às consultas são exemplos de ações que reforçam atitudes positivas de comportamento frente ao tratamento.

Características do tratamento medicamentoso anti-hipertensivo também podem influenciar no controle, como acesso aos medicamentos, efeitos indesejáveis, tratamento por toda vida, além da proposição de esquemas terapêuticos com várias drogas^{24,25}. Para alcançar o objetivo terapêutico, muitas vezes são necessárias associações de vários medicamentos. Estudos têm demonstrado que, em média, são necessárias pelo menos três classes terapêuticas para o controle almejado da pressão arterial²⁶; fato esse encontrado no presente estudo, pois os hipertensos não controlados estavam sob tratamento com três ou mais drogas. Nesse sentido, o uso de terapia combinada fixa pode facilitar.

Os fatores psicossociais também interferem na realização do tratamento no contexto das doenças crônicas, como a hipertensão arterial. A autoeficácia reflete a percepção individual ou crenças sobre a capacidade em participar de determinadas atividades, com a finalidade de manter comportamentos para reduzir riscos. A automotivação relaciona-se ao componente individual da ação para garantir a adesão. A autoestima relaciona-se à autoeficácia e é importante na redefinição de autoconceito e mudanças de papéis e estilos de vida. A relação entre características da personalidade e realização do tratamento é controversa; porém, variáveis como sentimento de bem-estar, socialização e capacidade de ser igual a outros são elementos de medida da personalidade e podem se associar com o seguimento do tratamento e consequente controle da doença^{27,28}. Na tentativa de se avaliar como se sentiam em relação à sua vida como um todo, na presente

investigação, observou-se que o controle associou-se com esse sentimento. O achado de mais tristeza no grupo de hipertensos não controlados pode ser um indicativo a mais de necessidade de atenção especial a essa clientela.

Uma das limitações metodológicas do presente estudo é o desenho de corte transversal, que talvez não possibilite identificar se os fatores que se associaram à falta de controle da hipertensão, resultantes do modelo de regressão logística, são decorrentes ou antecedentes à doença, como a falta de conhecimento sobre a prática de exercícios físicos e ausência de antecedentes familiares para problemas cardíacos. Por outro lado, a terceira variável, "já ter realizado tratamento para hipertensão", também presente no modelo, pode relacionar-se diretamente à falta de controle da doença pelo fato de que os hipertensos não controlados possuíam mais tempo de doença, referiram mais faltar às consultas e interromper o tratamento. Destaca-se, ainda, que o presente estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde com peculiaridades da clientela atendida, que sofre influência direta do contexto socioeconômico pouco favorecido, o que sem dúvida pode contribuir ainda mais para uma adesão menos intensa ao tratamento e menor controle da hipertensão, portanto, pode diferir do controle real da população hipertensa. Acrescenta-se também a esse cenário o fato de que as unidades onde o estudo foi realizado apresentam características que as diferem de outras unidades de saúde, em função da atuação da universidade nos serviços.

Atualmente, existem medidas terapêuticas, farmacológicas e não farmacológicas realmente

eficazes para o tratamento da hipertensão. Porém, tem-se verificado taxas insatisfatórias no controle da doença, expondo os hipertensos aos malefícios advindos das complicações. Considera-se que a falta de controle apresenta relação direta com a equivalente falta de adesão ao tratamento. A adesão, por sua vez, envolve uma gama de fatores, muitos deles coincidentes com os fatores de risco para a própria hipertensão arterial. Na estratificação do risco individual dos hipertensos, a busca por variáveis, além daquelas determinadas em consensos e guias, pode ser um pré-requisito importante para o reconhecimento de possibilidades que podem influenciar na almejada adesão ao tratamento e controle adequado da doença, além de evitar o abandono ao tratamento.

Considerações finais

Em síntese, o presente artigo mostrou que o controle da hipertensão arterial foi pouco satisfatório, pois menos da metade dos hipertensos estava controlada, o que pode ser reflexo da baixa adesão ao tratamento e é um problema que deve ser enfrentado por todos: a pessoa hipertensa, família, comunidade, instituições e equipe de saúde. As políticas públicas de atenção à saúde devem ser direcionadas a todos; porém, merece atenção especial a parcela não controlada dos hipertensos que deve ser contemplada com estratégias especiais de promoção, prevenção e controle, para minimizar ou evitar complicações decorrentes da doença não controlada.

Colaboradores

AMG Pierin, SN Marroni, LAF Taveira e IJM Benseñor participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. [site da Internet]. Disponível em: <http://www.datasus.com.br>
2. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2006.
3. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Júnior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* 2003; 81:349-354.
4. Sanchez CG, Pierin AMG. Perfil do paciente hipertenso atendido em pronto socorro: comparação com hipertensos em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enf USP* 2004; 38:90-98.
5. Piccini RX, Victora CG. How well is hypertension managed in the community? A population-based survey in a Brazilian city. *Cad Saude Publica* 1997;13:595-600.
6. Car MR, Pierin AMG, Aquino VLA. Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. *Rev Esc Enf USP* 1991;25:259-269.
7. Constantine R, Brownstein JN, Hoover S, Wordlaw-Stinson L, Orenstein D, Jones P, Farris R. Strategies for controlling blood pressure among low-income populations in Georgia. *Prev Chronic Dis*. 2008; 5(2):A52.
8. Sala A, Nemes Filho A, Eluf-Neto J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. *Rev. Saude Publica* 1996; 30:161-167.
9. Mion Jr, D, Pierin AMG. Hipertensão arterial. In: Ministério da Saúde. *Manual de condutas médicas – Programa de Saúde da Família*. São Paulo: Ministério da Saúde; 2001. p. 276-282.
10. Andrews FM, Withey SB. Developing measures of perceived life quality: results from social national survey. *Soc Indic Res* 1974; 1:1-26.
11. Pierin AMG, Ferreira A, Laranjeira C, Taveira LA, Marroni SN. Validação dos aparelhos automáticos e semi-automáticos de medida da pressão arterial: uma revisão sobre o assunto. *Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão* 2004; 7:65-70.
12. Pierin AMG, Mion JR D, Fukushima J, Pinto AR, Kaminaga M. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. *Rev Esc Enf USP* 2001; 35:11-18.
13. Sousa AL. Educando a pessoa hipertensa. In: Pierin AMG, organizadora. *Hipertensão arterial - Uma proposta para o cuidar*. Barueri: Manole; 2005. p. 165-184.
14. Martins IS, Salas I, Oliveira DS, Marinho SP, Pita S, Araújo EAC. Hipertensão em segmentos sociais pauperizados da região do Vale do Paraíba – São Paulo. *Cien Saude Colet* 2008; 13(2):477-486.
15. Giorgi DMA. Estudo sobre algumas variáveis que influenciam a aderência ao tratamento em hipertensão arterial [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1989.
16. Busnello RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB, Fuchs FD. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. *Arq Bras Cardiol* 2001; 76:349-351.
17. Rocha CH, Oliveira APS, Ferreira C, Faggiani FT, Tôres F, Schroeter G, Souza ACA. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Cien Saude Colet* 2008; 13(Supl.):703-710.
18. Souza WKS. Benefícios da atividade física na hipertensão arterial e orientações práticas. *Rev Bras Hipertens* 2004; 11:115-116.
19. Naik AD, Kallen MA, Walder A, Street RL Jr. Improving hypertension control in diabetes mellitus: the effects of collaborative and proactive health communication. *Circulation* 2008; 117(11):1355-1357.
20. Weir MR, Maibach EW, Bakris GL, Black HR, Chawla P, Messerli FH, Neutel JM, Weber MA. Implications of a healthy lifestyle and medication analysis for improving hypertension control. *Arch Intern Med* 2000; 160:481-490.
21. Mazzaglia G, Mantovani LG, Sturkenboom MC, Filippi A, Trifirò G, Cricelli C, Brignoli O, Caputi AP. Patterns of persistence with antihypertensive medications in newly diagnosed hypertensive patients in Italy: a retrospective cohort study in primary care. *J Hypertens* 2005; 23(11):2093-2100.
22. Israilli ZH, Hernández-Hernández R, Valasco M. The future of antihypertensive treatment. *Am J Ther* 2007;14(2):121-134.
23. Van Wijk BL, Klungel OH, Heerdink ER, de Boer A. Rate and determinants of 10-year persistence with antihypertensive drugs. *J Hypertens* 2005; 23(11): 2101-2107.
24. Elliott WJ. What factors contribute to the inadequate control of elevated blood pressure? *J Clin Hypertens* 2008;10(Suppl. 1):20-26.
25. Esposati LD, Di Martino M, Saragoni S. Pharmacoeconomics of antihypertensive drug treatment: an analysis of how long patients remain on various antihypertensive therapies. *J Clin Hypertens* 2004; 6:76-82.
26. Mancia G, Grassi G. Systolic and diastolic blood pressure control in antihypertensive drugs trials. *J Hypertens* 2002; 20:1461-1464.
27. Daly J, Sindone AP, Thompson DR, Hancock K, Chang E, Davidson P. Barriers to participation in and adherence to cardiac rehabilitation programs: a critical literature review. *Prog Cardiovasc Nurs* 2002; 17:8-17.
28. Peres D, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev. Saude Publica* 2003; 37:635-642.

Artigo apresentado em 26/05//2008

Aprovado em 27/04/2009

Versão final apresentada em 10/06/2009