

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA**

**ADESÃO AO TRATAMENTO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA:
UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM PELOTAS, RS**

ENRIQUE DANIEL SALDAÑA GARIN

deusa 26-10-99

**Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do grau de Mestre**

**ORIENTADOR: JORGE UMBERTO BÉRIA
CO-ORIENTADORA: ELAINE TOMASI**

PELOTAS, SETEMBRO DE 1999

Agradecimentos

Era uma tarde de sol e calor em pleno dezembro e ouvíamos a Beatriz lendo algum conteúdo de estatística. Em determinado momento, alguém reparou em um bando de patos que, na sua migração, desenhavam algo que parecia uma curva normal. Mas, como eles não são tão organizados assim, a forma da curva foi mudando e começamos a divagar sobre as anormalidades que ela começava a apresentar (“skew” para a direita, etc.) e as correções que devíamos fazer (logaritmo, exponencial, etc.).

No momento de entregar a dissertação fiquei pensando em alguma passagem que pudesse expressar algumas coisas do mestrado em que participei e lembrei dessa: tempo de esforço, renúncia, espírito de grupo e descontração.

Quando decidi fazer a prova de admissão pensei em adquirir algo e pagar o preço correspondente. Não imaginava porém, que o “produto” fosse tão bom e nem que o preço fosse “tão” correspondente. Porém, eu tive muita sorte, pois quem tem Neivas, Helenas, Eduardos, Cristinas, Beatrizes, Cecílias, Vânicas, Paulos, Ricardos, Lucianas e Silvias, não tem muito o que temer. Obrigado colegas, sem vocês teria sido quase impossível e, o que é pior, bem menos agradável! Quero agradecer também aos colegas do ambulatório de clínica geral de adultos que, sempre em atitude altruísta, viram com bons olhos o crescimento de dois colegas que, em troca, os sobrecarregavam ao afastar-se parcialmente.

Hoje não lembro das intermináveis e desesperantes horas na frente do computador, mas sim de tudo o que aprendi, comparado-o com o que disse na primeira vez em que me perguntaram se não iria “salvar” o arquivo: “de quem”? eu indaguei.

Fácil, extremamente fácil, como diz a música do Jota Quest, foi ser co-orientado e orientado pelos, agora amigos, Elaine Tomasi e Jorge Umberto Béria, pessoas de incrível disponibilidade, capacidade e simplicidade. Vocês conseguiram me ajudar a conseguir o que pareceu, inúmeras vezes, impossível. Muito obrigado!

Tive o privilégio de aprender epidemiologia com pessoas de incrível conhecimento e competência como os Drs.: Cesar Victora, Aluísio de Barros, Ana Menezes e Fernando Barros, a eles, meu agradecimento.

O mestrado me proporcionou também a oportunidade de voltar a aprender e conviver com pessoas que haviam me ensinado na graduação. Graças a isso então, pude desfrutar, por exemplo, da elegante e agradável capacidade da Dra Iná dos Santos, obrigado.

Impossível esquecer de agradecer às três pessoas que me incentivaram para fazer este mestrado: Maurício de Lima, Sérgio Tessaro e Luís Felipe Ustároz.

Meu especial agradecimento também, ao meu professor e paraninfo Dr. Ricardo Halpern que, por me conhecer bem, me apoiou em momentos difíceis.

Aos entrevistadores, pelo incansável e imprescindível esforço, muito obrigado.

Aos funcionários do centro de pesquisa, que sempre fizeram o possível para tornar tudo mais fácil e plácido; em especial à Flávia e sua incansável disponibilidade. Obrigado e foi um prazer!

Quero agradecer também aos meus familiares pela compreensão frente à minha escassa participação do ambiente familiar nos últimos três anos.

Por último, quero dizer que dedico este trabalho a vocês: Cristina e Matheus, minha maior razão de viver! Amo vocês!

Sumário

	Página
Projeto de Pesquisa	5
Relatório do Trabalho de Campo	19
Artigo 1: O perfil do hipertenso em pelotas, RS	27
Artigo 2: Adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: prevalência e fatores associados	56
Anexo I: Questionário	86
Anexo II: Manual de Instruções Gerais	94
Anexo III: Manual de Instruções Específicas	101
Anexo IV: Questionário de controle de qualidade	112
Anexo V: Manual de Procedimentos para aferição da pressão arterial	115
Anexo VI: Cartilha com noções básicas sobre HAS	117

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA**

PROJETO DE PESQUISA

**ADESÃO AO TRATAMENTO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA:
UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM PELOTAS, RS**

MESTRANDO: ENRIQUE DANIEL SALDAÑA GARIN

ORIENTADOR: JORGE UMBERTO BÉRIA

CO-ORIENTADORA: ELAINE TOMASI

PELOTAS, JANEIRO DE 1998

IMPORTÂNCIA

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos países ocidentais e um dos seus principais determinantes é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (1).

Por outro lado, a HAS é um dos problemas de saúde mais freqüentes no mundo inteiro. Nos EUA sua prevalência é estimada em 20% da população adulta (2). Dados semelhantes foram encontrados por Piccini et al, na cidade de Pelotas em 1993 (3), na faixa etária entre 20 e 60 anos, embora, nessa ocasião tenham sido considerados hipertensos tanto aqueles com diagnóstico prévio, como os que tiveram níveis tensionais elevados, em uma única visita. Para a definição de hipertensão, foi utilizado um ponto de corte de 160 mmHg para a pressão sistólica e 95 mmHg para a pressão diastólica (um pouco acima do utilizado atualmente: 140 e 90 mmHg, respectivamente) (1). Já em Porto Alegre, a prevalência de HAS na faixa etária de 15 a 69 anos foi estimada em 15% (4), mas novamente considerando como hipertensos, tanto aqueles com diagnóstico prévio, como os que tiveram uma média nas duas medidas de pressão arterial (aferida no início e no final da entrevista) superior a 160 e/ou 95 mmHg nas pressões sistólica e diastólica, respectivamente.

A falta de adesão ao tratamento é um conhecido determinante para o não controle da hipertensão e apresenta múltiplos fatores associados (5,6).

“Adesão” a qualquer tipo de tratamento ou medida pode ser definida como “a concordância entre o comportamento do paciente e a prescrição e/ou orientação médica” (5). É com esse conceito de adesão que este estudo propõe-se a trabalhar.

Sabe-se que nos EUA, apenas 25% dos hipertensos são tratados e que, desses, apenas 24% têm a hipertensão sob controle, estimando-se um total de 30 milhões de hipertensos sem tratamento (2). Sabe-se também que a falta de adesão ao tratamento é particularmente importante e de risco em determinados grupos de hipertensos, como é o caso daqueles que estão em uso de beta-bloqueadores. Um estudo de base populacional, do tipo caso-controle, encontrou um risco quatro

vezes maior de eventos coronarianos entre aqueles que estavam em uso irregular (índice de adesão inferior a 80%) desse tipo de medicação (7).

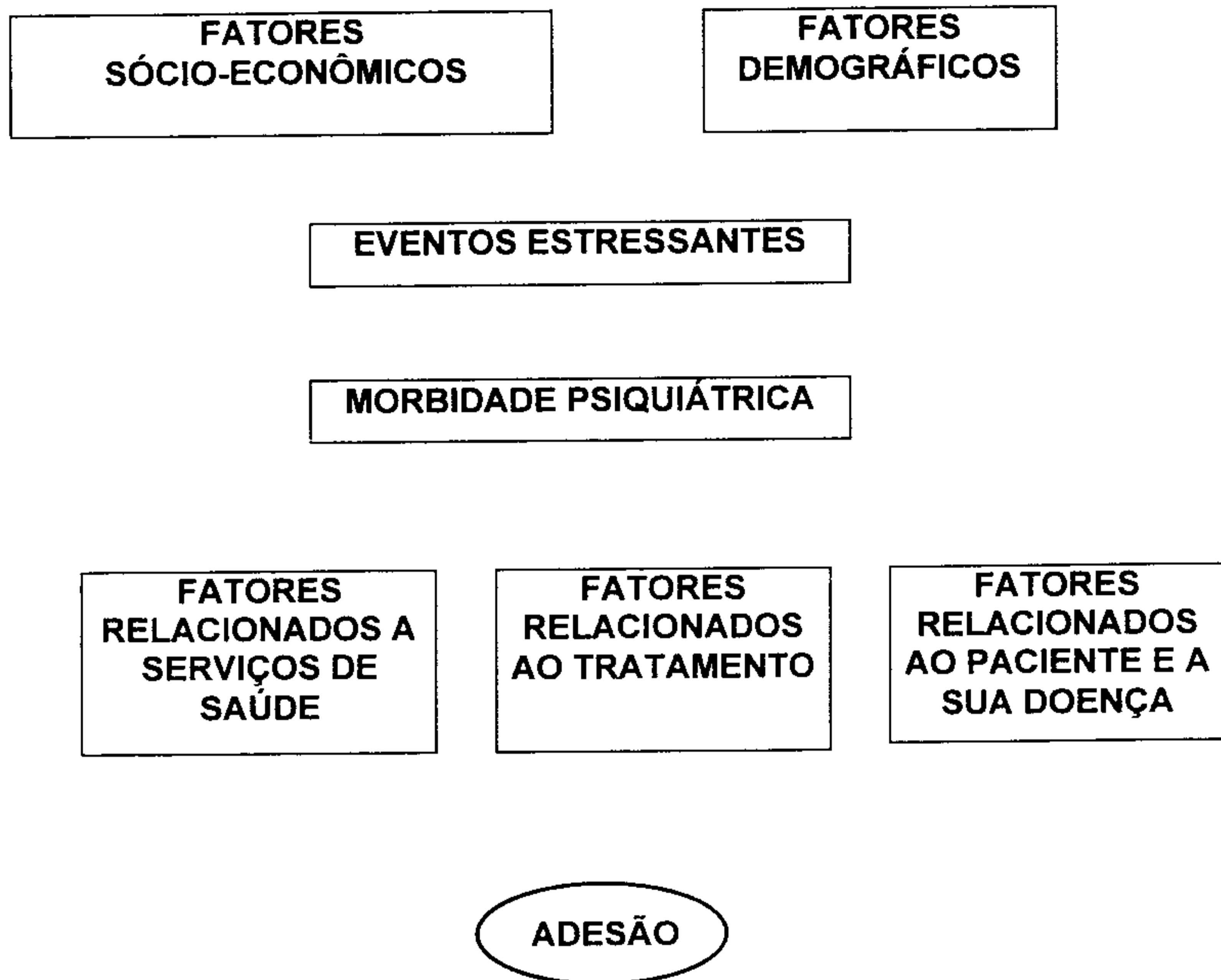
São escassos os estudos sobre o tema no Brasil e praticamente nenhum avaliou a adesão ao tratamento sob o ponto de vista do paciente (8). Aliás, os motivos da não-adesão parecem ser diferentes na perspectiva dos pacientes, se comparados com a dos médicos: dois estudos europeus mostraram que, enquanto os médicos acreditam que o não controle da HAS deva-se fundamentalmente à falta de adesão por parte dos pacientes, estes últimos acham que aderem bem ao tratamento e culpam a baixa eficácia e os efeitos colaterais dos medicamentos pela falha no tratamento (9). São ainda mais escassos os trabalhos de base populacional, principalmente no terceiro mundo (8).

Um dos tantos problemas no estudo da adesão em hipertensos é o fato de não existir uma padronização na definição de adesão (5,10), o que contribui para achados com ampla variabilidade (de 20 a 80%)(6).

Vários fatores têm sido relacionados com a não-adesão, entre eles: escassa explicação por parte dos médicos, comunicação defeituosa entre o médico e o paciente, efeitos colaterais e custo (11). Já entre os relacionados à adesão temos: maior número de exames solicitados (12), menor índice de massa corporal (13), participação familiar (14), curta espera em filas (15), entre outros.

Pelo exposto, parece importante avaliar a prevalência de adesão ao tratamento da HAS na cidade de Pelotas e seus fatores associados, o que pode contribuir para um melhor atendimento médico dos pacientes portadores dessa patologia.

MODELO TEÓRICO



De acordo com o modelo teórico acima, considera-se que os fatores sócio-econômicos e demográficos podem determinar diretamente, ou através de eventos estressantes, diferentes níveis de morbidade psiquiátrica. Esta, por sua vez, pode ter determinação direta sobre a adesão ou mediante outros fatores a ela associados, divididos entre os que estão relacionados à doença em si, ao seu tratamento e à atenção que o paciente recebe nos serviços de saúde. As relações entre esses fatores irão determinar diferentes graus de adesão. Evidentemente, o modelo acima não indica que tanto os eventos estressantes quanto a morbidade psiquiátrica determinem invariavelmente influência sobre os fatores localizados num nível hierárquico mais proximal em relação à adesão e sim apenas que,

quando presente, deve ser avaliada como pertencendo a um nível acima de determinação em relação a esses fatores.

Os fatores demográficos estudados serão: sexo, idade, estado civil e cor da pele. Para os sócio-econômicos, serão utilizadas a renda familiar *per capita*, a classe social e a escolaridade.

A morbidade psiquiátrica e os eventos estressantes serão estudados através de questionário e verificar-se á, quanto à primeira, os seguintes fatores: distúrbios psiquiátricos menores, alcoolismo, e tabagismo. Já os eventos estressantes a serem estudados são: roubo ou assalto, perda de familiar, desemprego, separação, acidente que tenha necessitado de assistência médica e doença crônica na família, todos no último ano.

Os fatores relacionados a serviços de saúde serão vistos pelo tempo gasto nas filas ou salas de espera antes de cada consulta, condições de espera antes de ser atendido, demora (dias) em obter a consulta, participação em grupos de hipertensos e grau de satisfação com o atendimento médico. Já os fatores relacionados com o tratamento serão vistos através do número de drogas usadas no manejo da pressão arterial (PA), número de doses ao dia, presença de parafarmacos, apoio familiar e custo da medicação. Por último, os fatores associados à doença serão: conhecimento, sintomas e presença de outras doenças concomitantes.

OBJETIVOS

- Estimar a prevalência de adesão ao tratamento da HAS em Pelotas.
- Descrever fatores associados com a adesão, tais como: fatores sócio-econômicos, demográficos, relacionados com os serviços de saúde, tipo de tratamento farmacológico e nível de informação sobre a doença e seu manejo, presença de eventos estressantes, transtornos psiquiátricos menores, alcoolismo e tabagismo.

HIPÓTESES

- A prevalência de adesão ao tratamento da hipertensão é baixa na população de Pelotas.
- A maioria dos pacientes desconhece as características básicas da doença, sendo que a adesão é maior entre aqueles que têm bom conhecimento sobre ela.
- Hipertensos com menor renda, transtornos psiquiátricos menores, fumantes, alcoolistas e com maior número de eventos estressantes, tem menor adesão ao tratamento
- Aderem menos ao tratamento: hipertensos insatisfeitos com o atendimento nos serviços de saúde, sem apoio familiar, com uso de três medicamentos ou mais para o controle da pressão arterial, com mais do que duas doses diárias de medicamentos.
- A adesão correlaciona-se positivamente com o controle da HAS.

METODOLOGIA

Delineamento: Estudo de prevalência, de base populacional.

População-alvo: A população-alvo será a residente na zona urbana de Pelotas e a população em estudo será uma amostra representativa (probabilística) da população-alvo.

Tamanho da amostra: Considerando que a cidade de Pelotas tem uma população de 165.680 habitantes na zona urbana na faixa etária de 20 a 69 anos (58,5%), e que a prevalência de hipertensão seja de 15% nessa faixa etária, teremos uma população de aproximadamente 25 mil hipertensos. Para uma frequência esperada de adesão igual a 50%, tendo como pior resultado aceitável um erro de 5% e um nível de confiança de 95%, seriam necessários aproximadamente 384 hipertensos. Com o objetivo de minimizar o efeito de delineamento serão necessários 768 hipertensos. Sabendo que residem aproximadamente 2,2 pessoas por domicílio em Pelotas nessa faixa etária, e

esperando encontrar uma prevalência de hipertensão de 15%, estima-se ter que visitar 2424 domicílios.

Serão sorteadas 44 zonas censitárias entre as 259 definidas pelo IBGE em Pelotas. Em cada zona será sorteado um quarteirão por onde se iniciará o estudo e, neste, a esquina por onde começarão as entrevistas. A partir dessa esquina, serão visitados 60 domicílios no sentido da esquerda de quem está de costas para a casa inicial, sendo que o intervalo entre uma casa e outra será de cinco. Se, após fazer toda a volta no quarteirão, forem encontradas menos de 60 casas, o entrevistador dará por encerrado aquele setor. Desta forma serão totalizados 2424 domicílios. Maiores detalhes sobre o método de seleção dos domicílios podem ser vistos no anexo “Manual de Instruções Gerais”.

Processo de captação:

- **Critérios de inclusão:** serão incluídos todos os hipertensos com diagnóstico prévio feito por médico.
- **Critérios de exclusão:** será excluído todo paciente que não tiver mínimas condições físicas e/ou mentais de auto-administrar a medicação ou, ao menos, de solicitá-la ao familiar ou acompanhante.

Instrumentos do estudo populacional:

1. Questionário padronizado e pré codificado com seu respectivo manual de instruções (anexo 1).
2. Esfigmomanômetros do tipo aneróide para verificação da pressão arterial que será regulado mensalmente por esfigmomanômetro do tipo mercurial.

LOGÍSTICA

O trabalho de campo será realizado em conjunto com o estudo sobre “O perfil de saúde dos idosos da cidade de Pelotas e alguns de seus determinantes”, coordenado por Helena Santos, também aluna do curso de Mestrado. Os entrevistadores serão estudantes de Medicina da UFPel e bolsistas da FAPERGS e CNPq, perfazendo um total de 13 pessoas. O treinamento e a supervisão serão realizados pelos coordenadores. No total, incluindo o treinamento, o tempo previsto para o trabalho de campo é de cinco meses.

O controle de qualidade será realizado através de revisão dos questionários e da revisita em 10% dos casos (Anexo II). A codificação, limpeza de dados e digitação dos questionários, assim como o controle de qualidade, serão supervisionados pelos coordenadores, em um período de aproximadamente dois meses.

Para a análise dos dados estão reservados três meses e será realizada pelo coordenador sob supervisão de Jorge Umberto Béria e Elaine Tomasi. Para a redação do relatório e de trabalhos para publicação, estão reservados três meses.

ANÁLISE DOS DADOS

- **UNIVARIADA**

A amostra será descrita em termos sócio-econômicos, demográficos, morbidade psiquiátrica e outras variáveis independentes e em termos de adesão como variável dependente. Para a análise univariada será utilizado o pacote SPSS/PC+.

- **BIVARIADA**

Proceder-se-á ao cruzamento das variáveis independentes com a dependente através de tabelas de contingência e o teste qui-quadrado, utilizando o pacote estatístico SPSS/PC+.

A medida de efeito será a razão de prevalências.

ANÁLISE MULTIVARIADA

A regressão logística será aplicada para fazer uma estimativa do efeito ajustado, sendo para isso utilizados os pacotes estatísticos Intercooled Stata e SPSS/PC+.

ORÇAMENTO E MATERIAL DE CONSUMO

Serão utilizados recursos próprios dos coordenadores da pesquisa, sendo que para este estudo prevê-se um orçamento estimado em aproximadamente mil e quatrocentos reais, distribuídos da seguinte forma:

- Impressão e folhas para os manuais gerais, específicos e questionários = 800 reais
- Material: lápis, borracha, crachá, prancheta, folha para impressão = 80 reais.
- Cartucho de tinta para impressora = 39 reais.
- Vale transporte = 400 reais

RECURSOS HUMANOS

Enrique Daniel Saldaña Garin

Jorge Umberto Béria

Elaine Tomasi

Entrevistadores (13)

FUNÇÃO

Coordenador

Orientador

Co-orientadora

Trabalho de campo

DEDICAÇÃO

UFPEL-20h/sem.

UFPEL-5h/sem.

UFPEL-5h/sem.

UFPEL-20h/sem.

DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

FATORES SÓCIO- ECONÔMICOS	Renda familiar per capita Classe social pela ABIPEME (18) Escolaridade em anos completos
FATORES DEMOGRÁFICOS	Sexo Idade em anos completos no momento da entrevista. Estado civil Cor
EVENTOS ESTRESSANTES	Roubo ou assalto no último ano Perda de familiar no último ano Desemprego no último ano Separação de cônjuge ou companheiro(a) no último ano Doença crônica na família Acidente que tenha necessitado assistência médica no último ano
MORBIDADE PSIQUIÁTRICA	Alcoolismo: questionário CAGE, validado para o Brasil Distúrbio psiquiátrico menor: SRQ 20, questionário de screening psiquiátrico validado para o Brasil. Fumo: hábito de fumar, número de cigarros consumidos ao dia, semana ou mês.

<p>FATORES RELACIONADOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE</p>	<p>Demora, em número de dias, em conseguir consulta para controle da HAS</p> <p>Condições, em geral, de espera para o atendimento (em pé ou sentado)</p> <p>Atendimento em geral pelo mesmo médico</p> <p>Demora na fila de espera antes de ser atendido (em média)</p> <p>Nível de satisfação com o atendimento médico (escala de 0 a 10) na última consulta</p> <p>Participação em grupo de hipertensos no último ano</p> <p>Exames solicitados nas consultas onde a HAS tenha sido abordada, no último ano</p> <p>Atendimento em serviço público ou privado</p>
<p>FATORES RELACIONADOS AO TRATAMENTO</p>	<p>Número de doses de medicação anti-hipertensiva prescrita pelo médico, ao dia</p> <p>Número de medicações diferentes a serem tomadas</p> <p>Presença de efeitos colaterais atribuídos pelo médico e/ou paciente à medicação</p> <p>Apoio familiar: se o paciente sente-se apoiado pela família para tratar-se (escala de 0 a 10)</p> <p>Custo mensal da medicação relacionado à renda familiar per capita</p> <p>Número de internações no último ano devido à hipertensão e custo das mesmas</p>
<p>FATORES RELACIONADOS AO PACIENTE E A SUA DOENÇA</p>	<p>Conhecimento, por parte do paciente, sobre características básicas da doença, tais como: o seu caráter crônico, o fato de ser geralmente assintomática e suas possíveis conseqüências.</p> <p>Concomitância de outras doenças crônicas.</p>

ADESÃO	<p><u>Auto-relato</u>: será questionado quantas vezes nos últimos sete dias o paciente deixou de tomar a medicação. Será considerado adesão se relatar 80% ou mais de doses administradas.</p> <p><u>Controle de T.A.</u>: a pressão arterial será considerada como controlada se o paciente estiver tanto com a pressão sistólica como a diastólica ≤ 140 e 90 mmHg, respectivamente.</p>
--------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INSTRUÇÕES AO ENTREVISTADO: Ao final de cada entrevista será fornecido um folheto (em anexo) contendo algumas instruções básica acerca da Hipertensão Arterial Sistêmica, assim como cada entrevistado receberá instruções para procura do seu médico caso seja constatado o descontrole da pressão tanto em termos de níveis altos como de muito baixos (manual de instruções do questionário).

Referências Bibliográficas

1. Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). Arch Intern Med 1993, 153: 154-183.
2. Burt VL, Whelton P, Rocella EJ, Brown C, Cutler JÁ, Higgins M, Horan MJ, Labarthe D: Prevalence of hypertension in the US adult population. Hypertension 1995, 25:305-313.
3. Piccini RX et al, Hipertensão Arterial Sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. Rev. Saúde Pública 1994, 28: 261-7.
4. Duncan BB. As Desigualdades Sociais na Distribuição de Fatores de Risco para Doenças não Transmissíveis. Tese de Doutorado do Curso de Pós-graduação em Medicina: Clínica Médica. UFRGS. Porto Alegre, 1991.
5. Rudd P: Partial Compliance: Implications for Clinical Practice. Journal of Cardiovasc. Pharmacology 1993; 22(supl.A):S1-S5.
6. Costa FV, Compliance with antihypertensive treatment, Clin. and Exper. Hypertension 1996; 18, 463-472.
7. Psaty BM, Koepsell TD, Wagner EH, LoGerfo JP, Inui TS. The relative risk of incident coronary heart disease associated with recently stopping the use of β -blockers. JAMA 1990; 263:1653-7.
8. Homedes N and Ugalde A. Patients compliance with medical treatments in the third world. What do we know?. Health Policy and Planning 1993;8:291-314.
9. Hosie J and Wiklund I. Managing hypertension in general practice: can we do better? J of Hum Hypertension 1995:S15-18.
10. Schaub AF, Steiner A, Vetter W. Compliance to treatment. Clin and Exper. Hypertension 1993;15:1121-1130.
11. Clark LT. Improving compliance and increasing control of hypertension: Needs of special hypertensive populations. Am Heart Journal. 1991 121:664-669.
12. DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, et al. Physicians Characteristics Influence Patients adherence to Medical

- Treatment: Results From the Medical Outcomes Study. *Health Psychology* 1993 12: 93-102.
13. Kravitz RL, Hays RD, Sherbourn CD, DiMatteo MR, Rogers WH, Ordway L, Greenfield S: Recall of Recommendations and Adherence to Advice Among Patients With Chronic Medical Conditions. *Arch. Int Med.* 1993;153:1869-1878.
 14. Sanson-Fischer RW and Clover K: Compliance in the Treatment of Hypertension. *Am J of Hypertension.* 1995; 8:82S-88S.
 15. Griffith S. A review of the factors associated with patients compliance and the taking of prescribed medicines. *British J of General Practice*, 1990;40, 114-116.
 16. Masur J, Monteiro MG, Validation of the CAGE alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 1983;16:215-218.
 17. Mari JJ, Willians. PA Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ 20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry* 1986;148:23-26.
 18. Rutter M. *Pesquisa de Mercado.* São Paulo. Ed. Ática, 1988.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Seleção dos entrevistadores

Participaram 25 estudantes, sendo quatro bolsistas e 21 voluntários. Com exceção de uma bolsista do curso de Enfermagem, os demais eram estudantes de Medicina da UFPEL, cursando o período compreendido entre o 2º e 11º semestre. A maioria dedicou-se à aplicação do questionário principal e alguns participaram das tarefas de rastreamento e identificação das casas a serem visitadas (registradas em folhas de conglomerados) ou então à aplicação dos questionários para controle de qualidade e caracterização das perdas e recusas.

Programa de treinamento

No dia 18/01/98 foram apresentados aos entrevistadores os projetos dos dois estudos, sem mencionar porém, os objetivos e/ou expectativas quanto aos possíveis resultados a serem encontrados.

Posteriormente, os autores explicaram as diversas etapas do trabalho de campo: localização correta das casas selecionadas (escolhidas de forma aleatória e sistemática), aplicação dos questionários e aferição da pressão arterial, estudo piloto e codificação das perguntas fechadas. Após, explicou-se quanto à codificação, dupla digitação, limpeza de dados e acompanhamento da análise (atividade complementar).

Explicou-se sobre a estratégia inicial, o horário do trabalho de campo, os deslocamentos necessários dentro da cidade e o material a ser utilizado: esfigmomanômetro aneróide e estetoscópio.

Foi oferecido a cada entrevistador que participasse de todo o estudo, um certificado de participação co-autoria nas apresentações em congressos e, dentro do possível, em publicações em revistas médicas (excluída a dissertação). Dos que aceitaram participar, fez-se uma relação com nome completo, endereço e telefone.

Cada entrevistador recebeu um questionário e um manual de instruções, geral e específico, para ser lido cuidadosamente em casa, a fim de discuti-lo no

dia seguinte, ocasião em que o orientador leu todas as questões, explicando qualquer dúvida que surgisse entre os participantes. A seguir, os entrevistadores aplicaram-se um questionário uns aos outros, controlando o tempo de aplicação, esclarecendo dúvidas com o orientador que, simultaneamente, observava a adequação na aplicação das questões. No final da tarde foram comentados alguns erros freqüentes na aplicação das questões, identificando-se os problemas que algumas delas tinham quanto à sua elaboração ou aplicabilidade. Em função disso, várias questões sofreram modificações, que foram relatadas e explicadas no dia seguinte.

No terceiro dia os entrevistadores deveriam aplicar questionários em algumas pessoas com as características de interesse, anotando dúvidas e sugestões quanto a possíveis modificações em determinadas perguntas. Não houve, porém, nessa etapa, qualquer necessidade de modificação.

No quarto dia foram explicadas as manobras de aferição da pressão arterial. Cada entrevistador possuía um conjunto formado por esfigmomanômetro e estetoscópio, pertencente ao próprio entrevistador ou fornecido, em caráter temporário, pela Faculdade de Medicina da UFPEL, através do ambulatório da Clínica Geral de Adultos.

Em duplas, os entrevistadores aferiram a pressão arterial de um terceiro e, se houvesse discordância maior do que 10 mmhg, a técnica era novamente checada pelo coordenador. Foi solicitado que cada entrevistador realizasse aferições adicionais em outras pessoas e que anotasse qualquer dúvida para posterior esclarecimento.

No quinto dia foi escolhido um setor censitário, não pertencente ao conjunto de setores amostrados para o estudo, com o objetivo de finalizar o treinamento com uma simulação prática, em que todas as etapas foram seguidas pelos entrevistadores.

Os esfigmomanômetros foram calibrados antes do início do trabalho de campo por um aparelho mercurial pertencente ao Hospital Escola da Faculdade de Medicina da UFPEL. Foi estabelecido que novas calibrações seriam realizadas mensalmente no mesmo local, onde haveria uma relação dos participantes que

receberia uma assinatura a cada calibragem. Apesar disso, no final do trabalho de campo, constatou-se que, em média, essa recalibragem foi realizada a cada dois meses.

Houve intenção de coletar informações para conhecer a classe social da amostra segundo a ABIPEME¹. Porém, coletou-se a escolaridade do entrevistado e não do chefe de família como seria devido. Por esse motivo é que foi utilizada a renda familiar per capita no lugar da classe social.

Estudo Piloto

Foi realizado um estudo piloto em dois setores censitários igualmente não pertencentes aos 44 sorteados para a pesquisa, um no centro da cidade e outro no bairro Fragata.

Durante o estudo piloto, optou-se por estender o limite superior de idade de 69 para 75 anos, o que não implicaria em problemas com a acuidade das informações - motivo pelo qual o limite anterior havia sido fixado - e porque poderia haver ganho em termos de tamanho de amostra e, conseqüentemente, de poder estatístico.

Trabalho de campo

A coleta de dados teve início no dia 29/01/98 e foi finalizada em 05/12/98.

Neste período, seis entrevistadores desistiram de permanecer na equipe, motivo pelo qual foi feito um novo treinamento em meados do mês de abril. Inicialmente os novos entrevistadores (onze ao todo) tiveram a única função de identificar os setores já sorteados com moradores ainda não entrevistados, pois observou-se que, dessa forma, o grupo destinado às entrevistas poderia trabalhar com maior agilidade. Uma vez finalizado o mapeamento dos setores, uma parte dos novos entrevistadores também realizou entrevistas, tendo antes realizado treinamento idêntico ao anterior. O restante do grupo recebeu instrução para aplicar os questionários do controle de qualidade ou para a tentativa de caracterização, também através de questionário, das perdas e recusas.

Nos últimos meses o coordenador passou a visitar sistematicamente os domicílios tidos como “problema” pelos entrevistadores, seja por recusa manifesta ou aparente. Com isso, o número de três revisitas previsto no início do estudo, foi elevado para cinco. Nessa etapa também foram sorteados outros cinco setores censitários, uma vez que, pela prevalência de hipertensos encontrada, até esse momento, ao final do trabalho de campo não se conseguiria o tamanho de amostra desejada. Portanto, foram visitados 49 setores censitários.

Controle de qualidade

As 64 entrevistas a serem refeitas pela equipe do controle de qualidade foram sorteadas entre as já realizadas e tiveram início no mês de setembro, correspondendo a 10% da amostra. Os questionários eram constituídos de quatorze questões: cinco de interesse exclusivo do estudo sobre hipertensão, seis sobre a saúde do idoso e três de interesse de ambas as pesquisas. A estatística Kappa² avaliou a concordância interobservadores, e esta é considerada excelente se os índices variam de 0,71 a 1,00; moderada entre 0,30 a 0,70 e fraca se abaixo de 0,30. A sua aplicação mostrou excelente concordância em duas variáveis (idade e estado civil), moderada em quatro (fumo, tipo de serviço de saúde, se tem sintomas devido à HAS e se consulta sempre com o mesmo médico) e fraca nas duas restantes (tempo de HAS e se suspenderia o tratamento se assintomático).

Perdas e recusas

Não foi possível entrevistar 93 pessoas (12,4%), sendo 52 (56%) por recusas e 41 (44%) por perdas. O principal motivo de perdas foi a ausência do hipertenso no domicílio por ocasião das cinco tentativas realizadas.

Para tentar caracterizar essas perdas e recusas foi elaborado um pequeno questionário com treze perguntas. Foi possível, através desse questionário, coletar alguns dados das pessoas que não foram entrevistadas. Ao todo conseguiram-se

dados de 22 hipertensos, sendo que apenas 18% foram coletados com o próprio hipertenso e o restante através de familiar ou vizinho.

Entre as 22 pessoas, praticamente a metade era do sexo masculino (45,5%), quase a totalidade era de cor branca (92%), 63,6% eram aposentados e 45,5% estavam trabalhando. A média de idade era algo superior (62 anos) à da amostra (56 anos).

Em termos de escolaridade observou-se que 31,8% das perdas e recusas tinha de 0 a 3 anos de estudo, 19,6% tinha de 4 a 7 anos, 40,9% tinha de 8 a 11 anos e 13,6% tinha 12 anos ou mais. Já a amostra estudada tinha: 38,3%, 36,1%, 10,4% e 15,1%, respectivamente.

Quanto ao convênio, os dados referentes às perdas e recusas mostraram que 13,6% consultava pelo SUS, 50% através de empresas privadas e 36,4% de consulta particular. Já a amostra estudada utilizava o SUS em 54,8% dos casos, 36,4% usava previdência privada (convênios) e apenas 8,8% consultava em serviços particulares.

Por último, em relação ao uso de tabaco, observou-se que a amostra foi constituída por 24% de fumantes, valor semelhante ao encontrado entre as perdas e recusas (22,7%).

Codificação, digitação e limpeza dos dados

A primeira codificação das perguntas fechadas foi feita pelos entrevistadores, sempre após o término da entrevista e em outro local.

Semanalmente, por ocasião da devolução dos questionários preenchidos, o coordenador fazia a revisão e, caso houvesse qualquer erro ou dúvida, as devidas correções eram feitas e/ou solicitadas (respectivamente) na reunião seguinte. Para informações julgadas de má qualidade quanto à forma com que foram coletadas, era solicitada revisita.

As questões abertas receberam um tratamento diferenciado: primeiro, foram tabuladas para verificação das possibilidades de resposta; em seguida, estas respostas foram agrupadas em categorias e codificadas; finalmente, esses

códigos foram alocados às questões, oportunidade em que o questionário sofria uma revisão final.

De janeiro a março de 1999, os questionários foram digitados duas vezes por pessoas devidamente treinadas, em um banco de dados próprio, construído através do programa EPI INFO³. As digitações foram comparadas para verificação de erros e inconsistências que, uma vez constatadas, foram corrigidas.

A análise dos dados iniciou-se com a transferência dos mesmos do EPI INFO, para o pacote estatístico SPSS⁴. e, posteriormente, para o STATA⁵. O primeiro foi utilizado para as análises uni e bivariadas e o segundo para a análise multivariada através de regressão logística. Tanto a digitação como a análise dos dados foram acompanhados e supervisionados pelos orientadores dos respectivos estudos.

Principais Dificuldades

Os principais problemas enfrentados durante o trabalho de campo foram:

- Dificuldade em encontrar as pessoas nas suas casas, principalmente durante os primeiros dois meses (janeiro e fevereiro), provavelmente por serem meses de férias.
- Alto índice de recusas, principalmente no centro da cidade, apesar da revisita freqüente e intensa, inclusive do coordenador.
- Duração prolongada do trabalho de campo, em parte, devido aos dois problemas anteriormente citados e também por uma menor prevalência de hipertensos do que se esperava.

Um total de quatorze questionários foram invalidados pelos seguintes motivos:

- Cinco deles foram feitos duas vezes por entrevistadores diferentes devido a problemas de coordenação com as folhas dos conglomerados e pela falta de aviso do fato por parte dos entrevistados.

- Em outros cinco as pessoas contatadas não eram hipertensos, embora assim o tivessem informado por ocasião do reconhecimento do setor e durante a entrevista.
- Dois hipertensos não tinham qualquer condição de tomar as medicações e/ou qualquer atitude para o controle da pressão. Um deles apresentava doença de Alzheimer, e o outro, seqüela de acidente vascular cerebral, sendo essa impossibilidade um dos critérios de exclusão do estudo.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICIA
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA**

ARTIGO 1

O PERFIL DO HIPERTENSO EM PELOTAS, RS

ENRIQUE DANIEL SALDAÑA GARIN

JORGE UMBERTO BÉRIA

ELAINE TOMASI

Resumo

Objetivo: Conhecer o perfil dos hipertensos em Pelotas, RS.

Metodologia: Estudo transversal, de base populacional, em Pelotas (300.000 habitantes), RS, sul do Brasil, para avaliar as principais características das pessoas com hipertensão referida. Nas 5039 pessoas entre 20 aos 75 anos, 736 relataram ter HAS, sendo que 643 hipertensos foram entrevistados e tiveram a sua pressão arterial aferida por duas vezes durante visita domiciliar.

Resultados: A prevalência de hipertensão referida foi de 14,6%, sendo maior entre as mulheres. Metade dos hipertensos tinha uma renda familiar *per capita* inferior a um salário mínimo e 40% menos de três anos de escolaridade. O relato de aconselhamento médico para medidas não farmacológicas foi baixa, assim como o controle da pressão arterial (30%). A maioria estava em uso de medicação anti-hipertensiva (80%), e estimou-se que 51% dos que não estavam medicados deveriam estar. Entre os medicados a maioria usava diuréticos (43%), seguidos pelos inibidores da enzima de conversão (15,8%) e de beta-bloqueadores (13,1%). Constatou-se uma maior prevalência de distúrbios psiquiátricos menores (SRQ-20) e de eventos estressantes do que na população geral, assim como alta prevalência de fumantes (23,4%).

Conclusões: A prevalência de hipertensão referida foi de 14,6%. A maior parte dos hipertensos não estavam com a pressão controlada. Os beta-bloqueadores eram sub-utilizados e as medidas não farmacológicas pouco recomendadas. Encontrou-se alta prevalência de eventos estressantes, tabagismo e distúrbios psiquiátricos menores entre os hipertensos.

Palavras-chave:

Hipertensão arterial sistêmica, epidemiologia, tratamento, tabagismo, eventos estressantes e saúde mental.

Abstract

Objective: To know the hypertensive people's profile in Pelotas city.

Methodology: A Cross-sectional survey was carried out in Pelotas, a medium size town in the south of Brazil. The aim of the study was to evaluate people who related to be hypertensive. 736 out of 5039 individuals aged 20 to 75 years related to be hypertensive, 643 have been interviewed and had their blood pressure twice measured during the interview.

Results: The prevalence of high blood pressure on individual patients who mentioned to be hypertensive was 14,6%. Women showed higher rate (69%). Half hypertensive people had *per capita* family's income lower than a minimum salary and 40% showed very little study schooling (less than three years). Either the frequency of medical counseling for nondrug therapy or the blood pressure control were considered low. Most patients had been taken anti-hypertensive drugs (80%) and half of the non-users should be undergoing medical treatment. Most patients had been taken diuretics (43%) or aconverting enzyme inhibitors (15,8%) or a beta blocker (13,1%). A higher prevalence of minor psychiatric disorders (40,1%) and stressful life events (59,4% one at least) was reported among individual patients with hypertension comparatively to the population at large. A high prevalence of smoking (25%) was also found.

Conclusions: The prevalence of hypertension was on people who mentioned to be hypertensive was 14,6%. Most of the study population showed a blood pressure inadequate control. Beta-blockers were underused and the non-pharmacological treatment little recommended. A high prevalence of stressful life events, minor psychiatric disorders and smoking was found among the hypertensive population.

Key words: Hypertension, Epidemiology, treatment, smoking, stressful life events, mental health.

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é provavelmente o maior problema de saúde pública dos países desenvolvidos e pode ser subdividida em primária e secundária (menos prevalente). Geralmente é assintomática mas de fácil detecção⁶.

O diagnóstico é feito, quando é aferida uma pressão arterial sistólica e diastólica acima de 140 e de 90 mmhg, respectivamente, por duas vezes em três consultas em dias diferentes ou, com menor número de aferições, se o paciente apresentar sinais de lesão nos chamados órgãos-alvo (retina, rins, cérebro e coração)⁷. Note-se que esses valores referem-se a aferições realizadas em consultórios. Atualmente, embora existam poucos estudos nesse sentido, estima-se que uma pressão arterial de 140-90 mmhg no consultório corresponda a 125-80 mmhg em aferições domiciliares⁸. Esse aspecto pode e provavelmente será confirmado no futuro por estudos prospectivos baseados em aferições domiciliares, ou de vinte e quatro horas, através de aparelhos especiais.

Em geral, a HAS também é de tratamento relativamente fácil, tanto com medidas farmacológicas como não farmacológicas, sendo que estas últimas sempre devem ser utilizadas.

A HAS é uma doença bastante prevalente entre os adultos do Rio Grande do Sul e do mundo^{9,10,11} e, se não tratada, com muita freqüência leva a complicações fatais, como o acidente vascular cerebral e a insuficiência cardíaca^{7,8}.

Embora a nível mundial tenha ocorrido, nos últimos anos, um aumento na proporção de hipertensos com as suas pressões sob controle, aproximadamente 70% ainda encontram-se descontrolados^{8,12}.

Vários fatores têm sido apontados como responsáveis pelo insucesso na tentativa de melhor controle da doença, entre eles o fato da patologia ser assintomática e de caráter crônico, assim como fatores étnicos¹³, presença de para-efeitos provocados pelos anti-hipertensivos¹⁴ e a má comunicação entre o médico e o paciente¹⁵.

É fundamental no manejo da HAS que sejam conhecidas as características da população de hipertensos, para melhor compreender as dificuldades na abordagem da patologia e, assim, apontar possíveis medidas que melhorem o seu controle.

Dois estudos no Rio Grande do Sul caracterizaram vários aspectos de hipertensos com hipertensão referida ou que estivessem com níveis elevados da pressão arterial no momento da entrevista^{9,10}.

Um estudo de base populacional realizado em Pelotas mostrou o perfil de procura dos serviços de saúde da população geral, sugerindo que ser hipertenso favorece essa procura. Assim sendo, esperar-se-ia encontrar também um adequado controle por parte da maioria dos hipertensos¹⁶.

Outro estudo pelotense¹⁷ de base populacional aferiu as prevalências de morbidades psiquiátricas menores (através do instrumento SRQ-20¹⁸), de eventos estressantes¹⁹ e do consumo de álcool²⁰, fatores que podem influenciar a prevalência e o manejo da hipertensão.

Assim, para revisar alguns aspectos epidemiológicos do perfil dos hipertensos realizou-se este estudo. Os resultados foram comparados com outros da mesma população de referência, tais como o uso de medicamentos e de serviços, transtornos psiquiátricos menores, dependência e abuso de álcool, tabagismo e ocorrência de eventos estressantes. Os eventos considerados foram: roubo ou assalto, doença grave ou morte de familiar, desemprego, separação conjugal e acidente com atendimento médico, ocorridos no último ano.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, com amostra por estágios múltiplos, na zona urbana de Pelotas (aproximadamente 300 mil habitantes), localizada na região sul do Rio Grande do Sul, Brasil.

Antes do trabalho de campo propriamente dito foi realizado um estudo piloto em dois setores que não faziam parte dos sorteados para o estudo principal.

Foram aplicados 24 questionários, nos quais foram detectados alguns problemas na aplicação, sendo então realizadas as devidas correções.

A partir do mapa dos setores do IBGE foram sorteados 49 setores censitários urbanos. Dentro de cada setor foi sorteado um quarteirão e, neste, a esquina por onde, de forma padronizada e sistemática, era iniciada a visita dos domicílios. De frente para a porta da primeira casa e no sentido anti-horário, eram visitadas uma a cada cinco, até completar o quarteirão. Retornando à primeira casa, mas agora voltado de costas, o entrevistador escolhia a esquina mais à direita, seguindo a contagem de casas do quarteirão anterior e assim sucessivamente até completar 60 domicílios ou terminar o setor, mesmo que não tivesse sido identificado o número desejado.

Em cada domicílio era perguntado o número de moradores e se havia hipertensos com idade entre 20 e 75 anos. Foi utilizado questionário padronizado, pré-codificado e testado, ao final do qual era medida a pressão arterial por duas vezes (ou três, se houvesse diferença maior do que 5 mmHg entre as primeiras duas medidas).

Os objetivos do estudo incluíam não apenas a caracterização do hipertenso com conhecimento da sua doença, mas também a avaliação de adesão ao tratamento e seus fatores associados, objeto de outra publicação. O cálculo do tamanho de amostra foi realizado prevendo uma adesão de 50%, com precisão de 5% e nível de confiança de 95%. Para isso teriam que ser entrevistados 384 hipertensos. Para contemplar o efeito de delineamento o tamanho da amostra foi duplicado, totalizando 768 hipertensos.

Foram consideradas perdas os domicílios onde ninguém estava presente nas repetidas vezes (até cinco) em que foram visitados ou onde houve recusa em responder à entrevista. Para verificar que a entrevista tivesse realmente sido realizada e comprovar a acuidade das informações, 10% das casas foram revisitadas, sempre por um entrevistador diferente em relação à primeira visita.

Para a aferição da pressão arterial foram utilizados esfigmomanômetros do tipo aneróide, calibrados através de um outro do tipo mercurial durante todo o estudo.

Ao final de cada entrevista o entrevistador estava instruído para corrigir qualquer erro que fosse verificado na administração de medicamentos anti-hipertensivos, baseando-se na receita do paciente. Da mesma forma, se a pressão estivesse acima de 140-90 mmhg ou abaixo de 110-70 mmhg, o entrevistador deveria recomendar consulta com o médico ou serviço de saúde normalmente utilizado pelo paciente. Nesta ocasião também era fornecido ao hipertenso material impresso contendo algumas noções sobre a hipertensão arterial sistêmica (Anexo V).

Adesão foi definida pela resposta positiva do hipertenso quando questionado sobre aderir às recomendações e tratamentos dados pelos médicos em relação à HAS. A questão original contemplava três possibilidades: sim, não e uma terceira que agrupava as respostas: às vezes, mais ou menos e quase sempre, sendo que estas foram agregadas à resposta negativa.

Os fatores demográficos investigados foram: sexo, idade, estado civil e cor da pele.

Para avaliar a condição socio-econômica foi utilizada a renda familiar *per capita* e a escolaridade em anos completos de estudo.

Os eventos estressantes investigados foram: Roubo ou assalto, perda de familiar, desemprego, separação de cônjuge ou companheiro(a), doença crônica na família, acidente que tenha necessitado assistência médica, todos no último ano.

Em relação à morbidade psiquiátrica foram avaliados: Alcoolismo, através do questionário CAGE, validado para o Brasil, abuso de álcool (ponto de corte de 24 gramas para homens e 16 para mulheres), distúrbio psiquiátrico menor, através do SRQ 20, questionário de screening psiquiátrico validado para o Brasil, tendo como ponto de corte 5-6 para mulheres e 7-8 para os homens. Por último, o fumo foi avaliado da seguinte forma: hábito de fumar, número de cigarros consumidos ao dia, semana ou mês.

Quanto aos fatores relacionados aos serviços de saúde foram investigados: Demora (dias), para conseguir consulta, condições de espera para o atendimento (em pé ou sentado), conseguir ser atendido geralmente pelo mesmo

médico, demora na fila de espera antes de ser atendido, nível de satisfação com o atendimento médico (escala de 0 a 10) na última consulta, participação em grupo de hipertensos no último ano, exames solicitados nas consultas onde a HAS tenha sido abordada, no último ano, atendimento em serviço público ou privado.

A investigação de fatores relacionados ao tratamento incluiu: Doses diárias de medicação anti-hipertensiva, número de medicações diferentes a serem tomadas, presença de efeitos colaterais atribuídos pelo médico e/ou paciente à medicação, apoio familiar (escala de 0 a 10), custo mensal da medicação relacionado à renda familiar per capita, número de internações no último ano devido à hipertensão e custo das mesmas.

Os fatores relacionados à HAS foram: Conhecimento por parte do paciente, de características básicas da doença, tais como: o seu caráter crônico, o fato de ser geralmente assintomática e duração do tratamento.

Os questionários foram digitados duas vezes para verificação de erros através do programa EPIINFO. As análises uni e bivariadas foram realizadas através do pacote estatístico SPSS for WINDOWS.

Resultados

Foram visitados 2587 domicílios onde residiam 5039 pessoas de 20 a 75 anos. Nestes domicílios foram identificadas 736 pessoas com relato de HAS, resultando em uma prevalência de 14,6% de HAS referida. Foi possível entrevistar 643 pessoas, registrando-se uma proporção de perdas de 12,4%.

A média de idade foi de 56 anos e a distribuição por sexo mostrou uma proporção maior de mulheres (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos hipertensos de acordo com a escolaridade, a renda familiar, o número de moradores e variáveis relacionadas ao trabalho. Observou-se que quase 40% da amostra havia completado menos do que quatro anos de escola.

A maioria dos entrevistados (68,4%) não estava trabalhando por ocasião da entrevista e, desses, mais da metade não era aposentado (54,3%). Entre todos os

aposentados (37,6%), cuja média de idade na aposentadoria era de 54 anos, quase 20% continuava trabalhando. Entre os que estavam trabalhando, quase 50% o faziam mais do que cinco dias por semana.

Em relação ao tamanho da família, observou-se que a maioria era de famílias com três ou quatro membros. Somente 7,2% dos entrevistados morava só.

Pouco mais da metade dos hipertensos (57,2%) apresentava pelo menos uma das patologias do conjunto investigado (Figura 1). Entre elas, a *Angina Pectoris* (29,4%) e a insuficiência cardíaca (17%) foram as mais frequentes.

Observou-se que 84% dos hipertensos estavam em uso de anti-hipertensivos e que a maioria estava comendo com pouco sal mas não estava fazendo exercício físico regular (Figura 2). Pouco mais da metade dos hipertensos usava algum outro tipo de medicação e a grande maioria não dispunha da receita (88%) do anti-hipertensivo. Entre os que tomavam medicação anti-hipertensiva e possuíam a receita, 12% o faziam de forma diferente em relação ao que constava na mesma.

Em relação ao tipo de serviço utilizado para consulta médica, pouco mais da metade dos hipertensos utilizava o serviço público e apenas 9% o faziam através de serviços particulares (Tabela 3). Observou-se também que, entre aqueles que consultavam pelo sistema único de saúde (SUS), a maioria o fazia em postos de saúde (81%) e que somente 4,3% participava de grupos de hipertensos (Tabela 3). A maior parte dos hipertensos (78,8%) consultava sempre com o mesmo médico e praticamente a metade relatou conseguir consulta no mesmo dia em que o atendimento era buscado (Tabela 3).

Uma minoria dos entrevistados não atribuiu nota máxima à família e/ou ao médico pelo apoio e tratamento recebidos.

Em relação às recomendações médicas que todo hipertenso deve receber, a maioria negou tê-las recebido (Tabela 4). Entre os hipertensos que relataram, através de uma questão aberta, outros tipos de recomendações, as mais comuns foram: não tomar café, não preocupar-se e não beber álcool, com 16, 20 e 23% de ocorrência, respectivamente.

Pouco mais da metade da amostra fazia uso de um único medicamento anti-hipertensivo e a maioria (56,6%) era medicada uma vez ao dia. O relato de para-efeitos ocorreu em 12,4% da amostra, sendo os mais comuns: sonolência (2,6%), azia, urinar demais e tonturas ou vertigem, todos estes últimos ocorrendo em 1,9% entre aqueles que tomavam anti-hipertensivos(Tabela 5).

Os anti-hipertensivos mais utilizados foram os diuréticos, seguidos dos inibidores da enzima de conversão e dos beta-bloqueadores (Figura 3). A associação de anti-hipertensivos dentro de um mesmo preparado ocorreu em 6,9% da amostra.

A maioria dos hipertensos considerou que o tratamento devia ser para sempre (73,3%) e que devia ser mantido mesmo que o hipertenso esteja sentindo-se bem (71,2%). Metade dos hipertensos consideraram a hipertensão como doença de caráter assintomática.

Em relação à realização de exames complementares nos doze meses que antecederam a entrevista, e que fazem parte da rotina de acompanhamento da HAS^{7,8}, encontrou-se que pouco menos da metade havia realizado eletrocardiograma (ECG), 57% realizaram exame comum de urina (EQU) e 67% realizaram exames de sangue (Figura 4).

Em relação à ocorrência de eventos estressantes no último ano, 60% dos entrevistados apresentaram ao menos um deles e 20% relataram dois ou mais.

Ocorreu uma prevalência de 40% de distúrbios psiquiátricos menores.

Através do CAGE, detectou-se alcoolismo em menos de 3% da amostra. Em termos de abuso de bebida alcoólica, verificou-se uma taxa de 7%. Já o hábito de fumar foi relatado por quase 25% da amostra (Tabela 6).

Entre os pacientes que tomavam medicação anti-hipertensiva, 28,5% relataram não ter tomado a medicação ao menos uma vez, nos sete dias que antecederam a entrevista. Entre esses, 37,6% relataram que tal fato acontecera devido a esquecimento, 20,5% por falta de dinheiro, 28% por não estar sentindo nada devido à hipertensão e 38% por não ver necessidade em tomar sempre a medicação.

Verificou-se que 70% da amostra não tinha a sua pressão sob controle. Ao analisar as pressões diastólica e sistólica isoladamente, verificou-se que a sistólica apresentou maior grau de descontrole (64,2%) do que a diastólica (47%).

A maioria dos hipertensos (71,5%) considerou seguir as recomendações e tratamentos dados pelos seus médicos e achou que, no momento da entrevista, estivesse com a pressão arterial controlada (76%).

Discussão

O estudo teve uma taxa de perdas e recusas igual a 12,4%. De acordo com dados disponíveis sobre 24% desse grupo, tratava-se de uma população de hipertensos diferente da estudada, como, por exemplo, quanto à renda. Portanto, os resultados devem ser interpretados à luz desse fato. Como não houve, porém associação entre sexo, renda, escolaridade e o fato de estar com a pressão controlada, é pouco provável que esse viés (de não respondentes) tenha afetado significativamente os resultados.

A aferição da pressão arterial não foi corrigida pelo diâmetro do braço, sendo possível que os resultados das medidas pudessem ser diferentes. Porém em estudo recente sobre diabetes mellitus na mesma cidade, no qual foi aferida a pressão arterial com a referida correção, houve apenas uma diferença de 1mmhg entre a medida corrigida e a não corrigida²¹.

Na tentativa de evitar problemas relacionados à confiabilidade e reprodutibilidade das informações colhidas, realizou-se, um cuidadoso e intenso treinamento dos entrevistadores. Além disso, foram revisitados 10% dos hipertensos, obtendo-se uma concordância excelente em duas variáveis (idade e estado civil), moderada em quatro (fumo, tipo de serviço de saúde e se consulta sempre com o mesmo médico) e fraca nas duas restantes (tempo de HAS e se suspenderia o tratamento se assintomático).

A prevalência de hipertensão (14,6%) foi diferente da encontrada por Piccini⁹ (19,8%), na mesma cidade. Por outro lado, foi semelhante à descrita por Duncan¹⁰ (15%), na cidade de Porto Alegre. Vale lembrar, porém, que esses

autores verificaram tanto a hipertensão referida quanto aquela considerada como presente se o entrevistado apresentasse níveis tensionais acima de 160 mmhg na pressão sistólica e/ou acima de 95 mmhg na diastólica, no momento da entrevista. Se, no entanto, considerarmos a hipertensão referida teríamos, no estudo de Piccini, uma prevalência de HAS de 14,5%, sendo então semelhante à encontrada no presente estudo.

De qualquer forma, esses dados contrastam com os de outras populações como, por exemplo, a dos Estados Unidos, onde a prevalência é de aproximadamente 24%¹¹. Porém, os dados americanos não se referem apenas à hipertensão referida, mas também à diagnosticada por ocasião do estudo.

Outro aspecto importante foi a prevalência de pacientes sem controle da sua pressão arterial (70%), lembrando que a pressão foi medida a nível domiciliar. Estima-se que, enquanto a nível ambulatorial deva-se ter como objetivo uma pressão inferior a 140 mmhg na sistólica e de 90 mmhg na diastólica, a nível domiciliar esses valores corresponderiam a 125-85 mmhg, respectivamente⁸. Portanto, pode-se dizer que a prevalência real de descontrole da pressão arterial teria sido de 91%. Mais importantes tornam-se esses aspectos pelo fato de que a maioria dos hipertensos considerou seguir as recomendações médicas e que estava, no momento da entrevista, com a pressão controlada.

O predomínio de mulheres (69%) não está de acordo com achados de outros países, onde a razão entre a prevalência mulher-homem está na ordem de 1:2 aos 65 anos⁶, assim como no estudo de Piccini (56,5% de mulheres). Isso pode ser explicado, em parte, por Piccini ter considerado hipertensos também aqueles com pressões elevadas no momento da visita domiciliar. Sabe-se que as mulheres procuram mais os serviços de saúde¹⁶, sendo portanto mais expostas ao diagnóstico. Não se poderia atribuir a maior prevalência de HAS entre mulheres às perdas já que, 54% das mesmas eram mulheres. Por ocasião da entrevista, quase 50% dos hipertensos estavam trabalhando, enquanto que apenas 24% das mulheres encontravam-se nessa situação. Sendo menor a proporção de mulheres que trabalhavam, aumentava a chance de encontrá-las em casa e de entrevistá-

las; o mesmo raciocínio pode ser feito em relação à coleta de informações quanto às perdas.

Chama a atenção também o nível de escolaridade e a condição econômica dos hipertensos, uma vez que quase 40% da amostra tinha menos de três anos completos de estudo. Enquanto em estudo pelotense na população geral encontrou-se 9% de analfabetos e 59% com o primeiro grau completo, no nosso estudo encontramos 14 e 67%, respectivamente. Cabe ressaltar que a escolaridade dos não respondentes era superior à da amostra, já que 55% deles tinham oito ou mais de anos de estudo, comparado com apenas 25% da amostra ($p=0,005$).

Tão ou mais preocupante é o fato de que mais de 80% dos hipertensos pertenciam a famílias com renda *per capita* inferior a três salários mínimos, tendo em vista o alto custo da medicação anti-hipertensiva.

Quase 30% dos entrevistados relatou ter *Angina Pectoris*, o que seria esperado já que a HAS é um dos seus maiores determinantes⁶. Ao contrário do que se poderia esperar, apenas 11% dos hipertensos com *Angina Pectoris* estavam em uso de beta-bloqueador, escolha a princípio mais lógica quando as duas doenças ocorrem na mesma pessoa⁷. A proporção de uso de beta-bloqueador em hipertensos que relataram ser anginosos (11,4%) não teve diferença estatística ($p=0,41$) quando comparada com aqueles que não relatavam ter angina (14%).

Em relação a medicamentos anti-hipertensivos, mais de 80% relataram o seu uso, comparados com 62% no estudo de Piccini. Deve-se lembrar, porém, que nesse estudo encontravam-se pessoas sem diagnóstico médico prévio de HAS, e portanto, não poderiam estar fazendo uso de medicação. Em outras populações, o uso de medicação também varia muito, oscilando desde 53% em pacientes sem conhecimento prévio da HAS e entre 40% e 70% entre aqueles com HAS referida^{11,22}.

Sabe-se que 40% dos hipertensos com pressão diastólica entre 90 e 94 mmhg irão controlar a pressão²³ através de medidas não farmacológicas, sendo que 83% dos hipertensos que negaram uso de medicação encontravam-se com esses níveis tensionais. Ou seja, sem levar em consideração aspectos

semelhantes em termos de pressão sistólica (principalmente nesta faixa etária onde ela é mais prevalente), ao menos 51% dos hipertensos que não referiram uso de medicação anti-hipertensiva seriam candidatos ao medicamento. Vale lembrar porém, o aspecto de que os dados sobre o possível controle da pressão através de medidas não farmacológicas, com esses níveis tensionais, são baseados em aferições não domiciliares que tem níveis inferiores em relação às ambulatoriais.

Além de aumentar o risco de doenças cardiocirculatórias, o sub-uso de medicação leva a um inadequado tratamento da HAS com outras conseqüências indesejáveis, como um maior número de internações²⁴ e de despesas hospitalares²⁵.

Quanto às medidas não farmacológicas, observou-se que a maioria relatou estar comendo com pouco sal e apenas uma minoria estava fazendo exercícios físicos regulares. Em contraposição, a maioria relatou não ter recebido recomendação médica quanto à primeira mas sim quanto à segunda. Estes achados foram diferentes daqueles relatados por Piccini, quando 89% da amostra referiu ter recebido instrução médica quanto ao uso do sal e 42% quanto a exercícios físicos. Já em relação à adesão na utilização dessas medidas não farmacológicas, observou-se que, quanto aos exercícios regulares, a ocorrência foi semelhante à encontrada por Piccini (67% de sedentarismo).

Um estudo norte-americano havia chegado a resultados semelhantes mostrando que os pacientes aderem mais às medicações do que às medidas gerais, principalmente em termos de exercícios físicos²⁶.

Chama a atenção que a grande maioria dos hipertensos não dispunha da receita e que, em 3% dos que tomavam medicação, o uso era incorreto (tanto quanto ao tipo quanto à posologia). É possível que o fato de não possuir a receita seja, ao menos, um marcador de não-adesão.

Em relação à escolha do anti-hipertensivo, os dados sugerem que, apesar das recomendações atuais sobre o uso preferencial de diuréticos e beta-bloqueadores^{7,27}, os inibidores da enzima de conversão estão sendo mais prescritos que os beta-bloqueadores. Em situações especiais, como no caso de

