

**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).

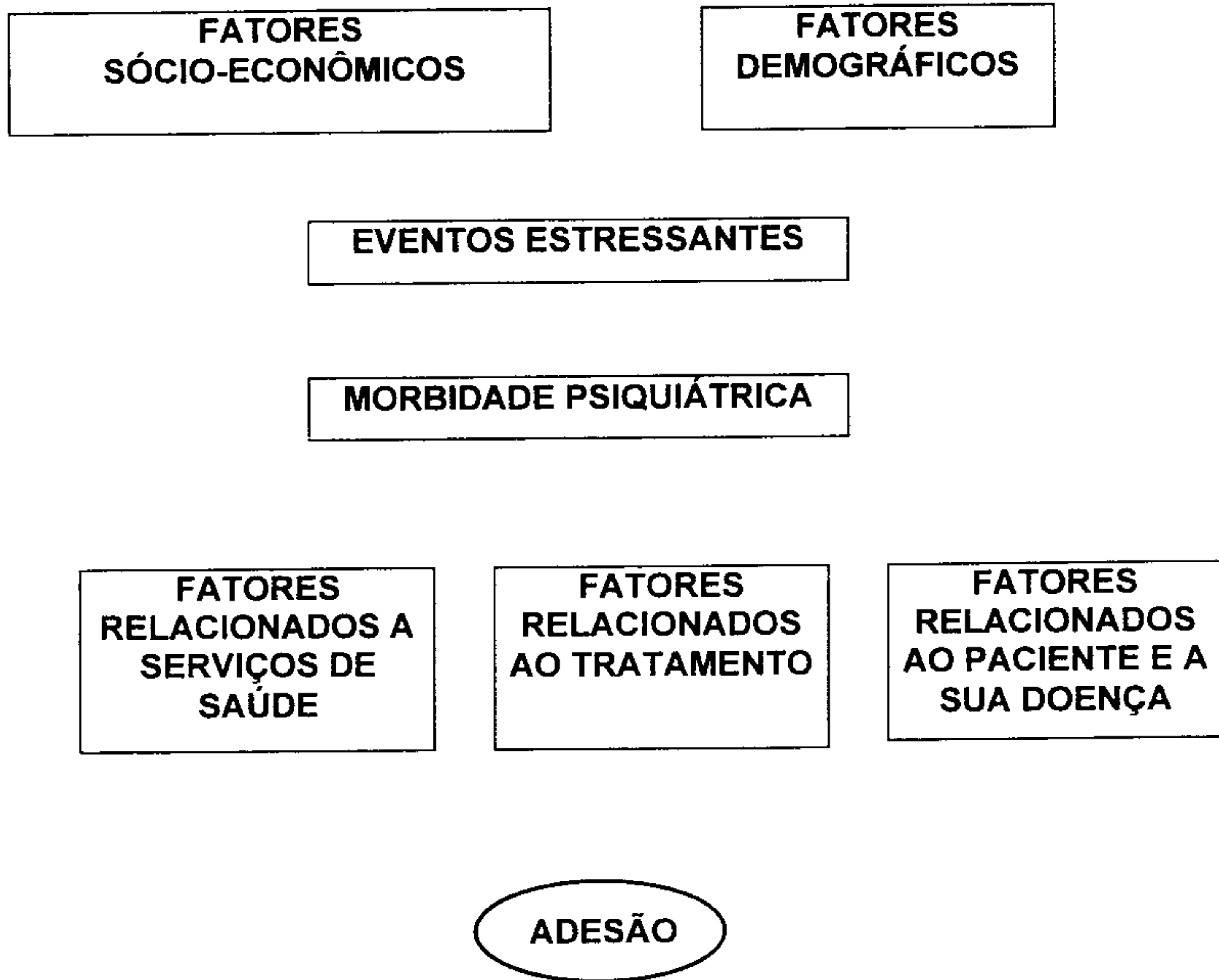
São escassos os estudos sobre o tema no Brasil e praticamente nenhum avaliou a adesão ao tratamento sob o ponto de vista do paciente (8). Aliás, os motivos da não-adesão parecem ser diferentes na perspectiva dos pacientes, se comparados com a dos médicos: dois estudos europeus mostraram que, enquanto 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 a converting 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

diabéticos, o uso de inibidores da enzima de conversão é fortemente recomendado^{7,8,27}. Porém não houve diferença estatística no uso de inibidores da enzima de conversão entre os que eram (17%) e não eram diabéticos (16%). O custo mensal de diurético (hidroclorotiazida 50mg) é de 3,70 reais, de beta-bloqueador (propranolol 80mg) 6,00 reais, de bloqueador do cálcio (verapamil 240mg) 45,00 reais e de inibidor da enzima e conversão (enalapril 20 mg) 58,00 reais. Principalmente pela condição econômica da população de hipertensos, certamente o custo da medicação é algo a ser levado em consideração.

Outro aspecto a salientar é o fato de mais da metade dos hipertensos estarem em uso de medicação uma vez ao dia e de que apenas 23% usam-na mais do que duas vezes. Estes achados estão em sintonia com as recomendações atuais sobre uso de anti-hipertensivos, pois sabe-se que a prescrição simplificada repercute positivamente na adesão^{7,8,28,29,30,34}.

Entretanto, deve-se lembrar que, para evitar as complicações decorrentes da hipertensão, há necessidade de um bom controle e, como a maioria dos hipertensos encontrava-se com a pressão arterial descontrolada, pode-se inferir que existe risco de complicações entre essa população.

Em relação ao tipo de convênio observou-se que o padrão de consulta foi semelhante ao utilizado pela população em geral de acordo com estudo realizado em Pelotas por Dias da Costa¹⁶, que encontrou a seguinte distribuição: 49% atendidos por serviços particulares e convênios e 51% pelo sistema público. Convém salientar as diferenças em relação às informações coletadas entre as perdas: uma minoria (13%) consultavam pelo SUS. Seria provável inferir que a população de hipertensos consultasse, na verdade, menos no SUS do que a população geral.

Deve-se destacar também o fato de que apesar da maioria consultar em postos de saúde, uma minoria participava de grupos de hipertensos. Nesse sentido, a literatura recomenda toda e qualquer medida que fortaleça a adesão^{31,34}, o que poderia levar à conclusão de que esse aspecto deveria demandar maiores esforços. São escassos, porém, os ensaios clínicos com adequado delineamento que tenham demonstrado bons resultados em termos de

controle da pressão arterial através da participação em grupos de hipertensos. Um estudo brasileiro conseguiu demonstrar melhoria em outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (tabagismo, exercício físico regular, etc.)³² mas não no controle da pressão arterial. Enquanto o consenso brasileiro sobre hipertensão recomenda a ação multi-disciplinar, em revisão sistemática recente sobre medidas que aumentam adesão, a participação em grupos nem ao menos é citada³³.

Alguns aspectos positivos quanto à qualidade do atendimento apareceram quando registrou-se que 70% dos hipertensos relataram conseguir a consulta em um dia ou menos, que a maior parte não esperava muito pela consulta e que o fazia sentado.

Chama a atenção a frequência de exames complementares básicos tais como o ECG (47,3%), EQU (57,1%), de alguns exames de sangue (67,2%), tais como glicemia e potássio e Rx de tórax (69%), nos doze meses que antecederam a entrevista. É preocupante a comparação com os dados de Piccini, coletados cinco anos antes, onde as taxas de solicitação de ECG, Rx de tórax e de exames de sangue foram de: 74%, 48% e de 84%, principalmente se considerarmos que nesse estudo os dados também se referiam àqueles hipertensos que não tinham diagnóstico até aquele momento e que, portanto seria lógico que tivessem menores taxas de exames solicitados. Quanto à realização de Rx, na verdade, poderiam ser esperados resultados inferiores, já que a sua solicitação não faz parte das recomendações obrigatórias atuais^{7,34}.

A maioria dos hipertensos atribuiu nota máxima para os seus familiares e para o atendimento médico. Embora tenha se orientado os entrevistadores no sentido de que o hipertenso anotasse na folha do questionário a nota que daria ao familiar com o objetivo de deixá-lo mais à vontade, sabemos que provavelmente isso tenha sido insuficiente para garantir uma opinião sem influências decorrentes da presença do familiar. O mesmo pode ter acontecido com relação à nota dada ao médico pela última consulta, já que o entrevistado exercia naquele momento, de certa forma, o papel de representante do serviço médico.

A presença de para-efeitos como motivo para não ter tomado a medicação foi referida por 11% dos entrevistados. Esse achado, porém, está em

contraposição ao de um estudo que comparou o uso de placebo com beta-bloqueador e diurético³⁵ e também à opinião de alguns especialistas no assunto³⁶, com evidências de que os para-efeitos possam ser responsáveis pela não-adesão. Inquérito realizado no Brasil em 1987 mostrou que a presença de para-efeitos constituiu-se em 10% das causas de não-adesão³⁷.

Em relação ao conhecimento de alguns aspectos da doença, observou-se que a maioria apresentava idéias corretas. Um estudo transversal mostrou que conhecimento sobre as causas da HAS foi uma das variáveis positivamente associadas à adesão³⁸. Ou seja, nesta amostra, apesar da baixa escolaridade aparentemente não seria a falta da informação uma das principais responsáveis pelo escasso controle da pressão arterial.

Eventos estressantes entre os hipertensos estiveram presentes em uma proporção maior do que na população geral, segundo estudo de base populacional de Lima¹⁷, onde o número de eventos foi igual a zero em 74% (vs.40,6%), igual a um em 22% (vs.39,2%) e a dois ou mais em 3,8% (vs.20,2%) dos entrevistados.

No estudo acima, a prevalência de dependência alcoólica entre adultos pelotenses através do instrumento CAGE era de 1,9%, o que não foi diferente do encontrado na população com relato de hipertensão (2,6%). Atualmente, a Organização Mundial de Saúde considera que o abuso de álcool aumenta os níveis tensionais e o risco para doenças de natureza não vascular assim como de Acidente Vascular Cerebral⁸. Segundo este estudo, não foi alta a prevalência de alcoolismo entre os hipertensos. Em relação ao abuso de álcool, a prevalência entre os hipertensos (7,5%) também não foi diferente em relação à encontrada na população geral (6,5%)²⁰.

Em relação à presença de distúrbios psiquiátricos menores, encontrou-se uma prevalência maior em relação à encontrada na população geral com mais de 15 anos (40% vs. 29%)¹⁷. As mesmas considerações que foram feitas em relação à prevalência de dependência alcoólica, podem ser feitas em relação à presença destes distúrbios. Eles estão associados a estilos de vida menos saudáveis, além de aumentar o risco cardiovascular⁸ e, inclusive, de HAS³⁹. Não encontrou-se na literatura nenhum estudo prospectivo que tivesse tentado demonstrar o contrário,

ou seja, se pessoas com hipertensão estão em maior risco de desenvolver os distúrbios psiquiátricos menores. Apesar disso, até o momento não foram realizados estudos sobre esse tema⁸.

Praticamente o mesmo pode ser dito em relação ao tabagismo, pois este aumenta a morbi-mortalidade cardiovascular^{7,8}, sendo que a amostra apresentou 25% de fumantes. Essa foi uma taxa menor do que a encontrada em 1992 por Dias da Costa¹⁶ na população geral, mas ainda assim é uma prevalência alta, se for considerado que a concomitância fumo-HAS, aumenta o risco cardiovascular.

Conclusões:

O presente estudo destaca alguns aspectos do perfil do hipertenso com HAS referida:

Quase 15% dos adultos entre 20 e 75 anos na cidade de Pelotas tem HAS referida.

Boa parte dos hipertensos (40%) com HAS referida tem menos de três anos de escolaridade e quase 50% tem renda *per capita* inferior a um salário mínimo.

Pouco mais da metade dos hipertensos consultam pelo SUS.

A maior parte dos hipertensos não está com a pressão arterial controlada (70%), sendo que metade dos 15% que não estavam em uso de medicação seriam candidatos ao tratamento farmacológico.

Em desacordo com as recomendações atuais usam-se mais inibidores da enzima de conversão do que os beta-bloqueadores, sendo que estes últimos são mais caros.

Ocorre sub-uso de beta-bloqueadores em pacientes com relato de *Angina Pectoris* assim como de inibidores de enzima de conversão em diabéticos.

As medidas não farmacológicas estão sendo pouco recomendadas.

Aparentemente há bom acesso à consulta mas ocorre sub-uso de exames complementares.

É muito alta a prevalência de fumantes, de distúrbios psiquiátricos menores e de eventos estressantes entre os hipertensos.

Recomendações:

Através dos dados deste estudo, levar ao conhecimento das autoridades responsáveis pela saúde alguns aspectos que podem ajudar no tratamento da hipertensão, como, por exemplo, uso mais freqüente de beta-bloqueadores em pacientes com *Angina Pectoris* e de inibidores da enzima de conversão entre os diabéticos. O mesmo pode ser dito em relação aos exames considerados básicos na avaliação do hipertenso.

Há necessidade de maior recomendação, por parte dos médicos, das medidas não farmacológicas do tratamento anti-hipertensivo.

Ao recomendar tratamento ao hipertenso, lembrar que 40% deles têm menos de três anos de escolaridade e que pouco mais de 50% tem condições econômicas muito desfavoráveis.

Pressionar as autoridades no sentido de facilitar mais o acesso aos medicamentos.

Promover estudos com adequado delineamento sobre a efetividade dos grupos de hipertensos.

Utilizar instrumentos diferentes em relação aos deste estudo para avaliar o apoio familiar e o grau de satisfação com o atendimento médico. Sugere-se perguntas auto-aplicadas, ou ao menos, utilização de urna para garantir o anonimato ao entrevistado.

Tabela 1. Distribuição dos hipertensos segundo variáveis demográficas. Pelotas, RS, 1998.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	197	30,6%
Feminino	446	69,4%
Idade (anos)		
20-49	194	30,2%
50-59	183	28,5%
60-77	266	41,4%
Cor		
Não branca	148	23,0%
Branca	495	77,0%
Estado civil		
Casado ou c/companheiro	410	63,8%
Viúvo	127	19,8%
Separado	53	8,2%
Solteiro	53	8,2%
Total	643	100%

Tabela 2. Distribuição dos hipertensos segundo a escolaridade, a renda familiar per capita, o tamanho da família e características do trabalho. Pelotas, RS, 1998.

Variável	n	%
Escolaridade (anos completos)		
0 a 3	246	38,3%
4 a 7	232	36,1%
8 a 11	67	10,4%
12 ou mais	97	15,1%
Renda familiar per capita (em SM#)		
Abaixo de 1	298	46,3%
1 a 3	234	36,4%
Acima de 3	111	17,3%
Número de moradores		
1-2	124	19,5%
3-4	330	52,0%
>4	181	28,5%
Horas trabalho/ dia*		
<8hrs	133	66,9%
>8hrs	66	33,1%
Dias trabalho /semana*		
6 a 7	96	48,5%
1 a 5	102	51,5%
Total	643	100%

Salários mínimos

* Somente para quem estava trabalhando

Tabela 3. Distribuição dos hipertensos segundo variáveis relacionadas à avaliação da consulta e do apoio da família. Pelotas, RS, 1998.

Variável	n	%
Tipo de serviço		
SUS	343	53,3%
Outro convênio	228	35,5%
Particular	55	8,6%
Não consulta	17	2,6%
Participa de grupo de hipertensos*		
Sim	12	4,3%
Não	266	95,7%
Consulta sempre com o mesmo médico#		
Sim	493	78,8%
Não	133	21,2%
Demora p/consulta (em minutos)#		
0 – 30	311	50,2%
31 – 90	139	22,4%
90 – 720	170	27,4%
Demora para conseguir consulta (dias)#		
Nenhum	305	47,4%
1	130	20,2%
2	60	9,3%
3 ou mais	148	23,0%
Como espera a consulta#		
Em pé	118	18,4%
Sentado	492	76,5%
Total	643	100%

* Somente para quem consultou em postos de saúde

Somente para quem consulta

Tabela 4. Distribuição dos hipertensos segundo variáveis relacionadas com recomendações para o controle da hipertensão. Pelotas, RS, 1998.

Variável	n	%
Comer com pouco sal		
Sim	386	40,0%
Não	257	60,0%
Fazer exercício regular		
Sim	197	30,6%
Não	446	69,4%
Comer com pouca gordura		
Sim	250	38,9%
Não	393	61,1%
Outra recomendação		
Sim	172	26,7%
Não	471	73,3%
Total	643	100%

Tabela 5. Distribuição dos hipertensos conforme variáveis relacionadas com o número de medicamentos anti-hipertensivos, de doses diárias e presença de para-efeitos. Pelotas, RS, 1998.

Variável	n	%
Número de medicamentos anti-hipertensivos		
0	105	17,1%
1	354	55,1%
2	152	23,6%
3 ou mais	27	4,2%
Administrações/dia		
Até 1x	333	56,6%
1 a 2	121	20,6%
acima de 2	134	22,8%
Presença de para-efeitos		
Sim	80	12,4%
Não	562	87,4%
Total	643	100%

Tabela 6. Distribuição dos hipertensos conforme presença de eventos estressantes, dependência de álcool, tabagismo e distúrbio psiquiátrico menor. Pelotas, RS, 1998.

Variável	n	%
Eventos estressantes		
Nenhum	261	40,6%
Hum	252	39,2%
Dois ou mais	130	20,2%
Dependência de álcool *		
Sim	17	2,6%
Não	626	97,4%
Tabagismo		
Nunca	336	52,3%
No passado	155	24,1%
Atualmente	151	23,5%
Abuso de álcool		
Sim	45	7,1%
Não	589	82,9%
Distúrbios Psiquiátricos Menores #		
Sim	258	40,1%
Não	385	59,9%
Total	643	100%

* CAGE

SRQ-20

Figura 1. Proporção de patologias concomitantes em 643 hipertensos, Pelotas, RS, 1998.

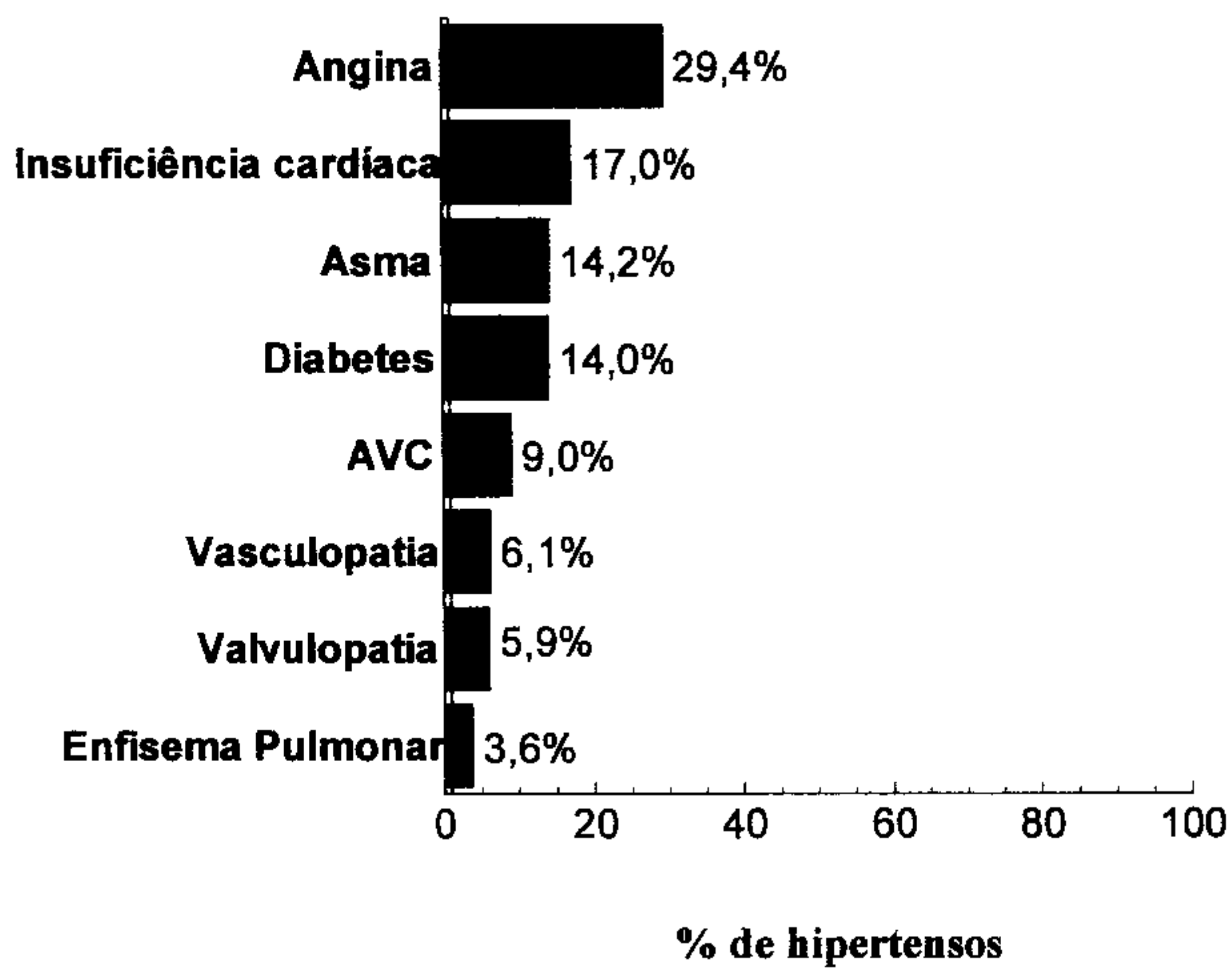


Figura 2. Distribuição dos hipertensos segundo uso de medidas anti-hipertensivas. Pelotas, RS. 1998.

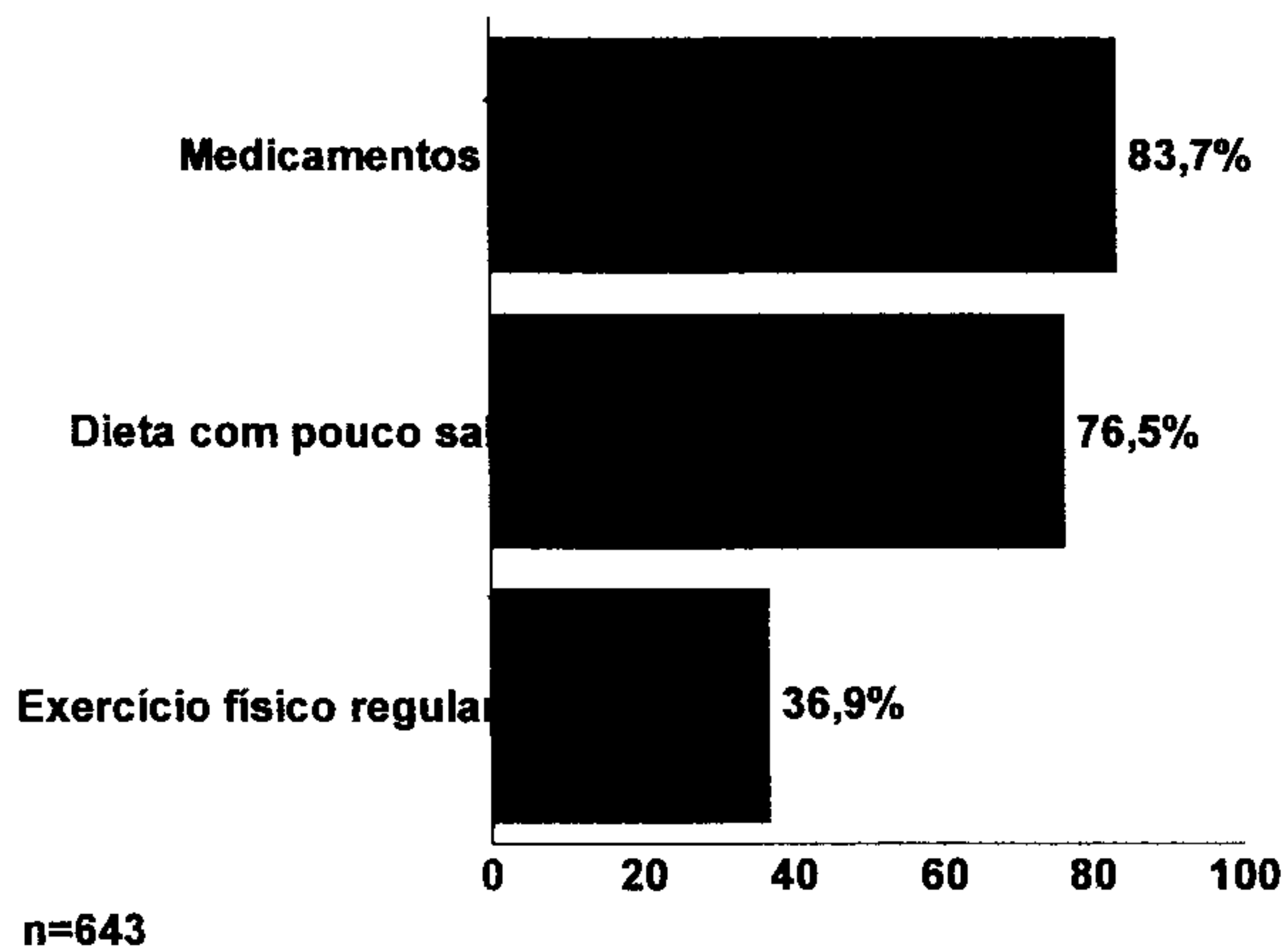
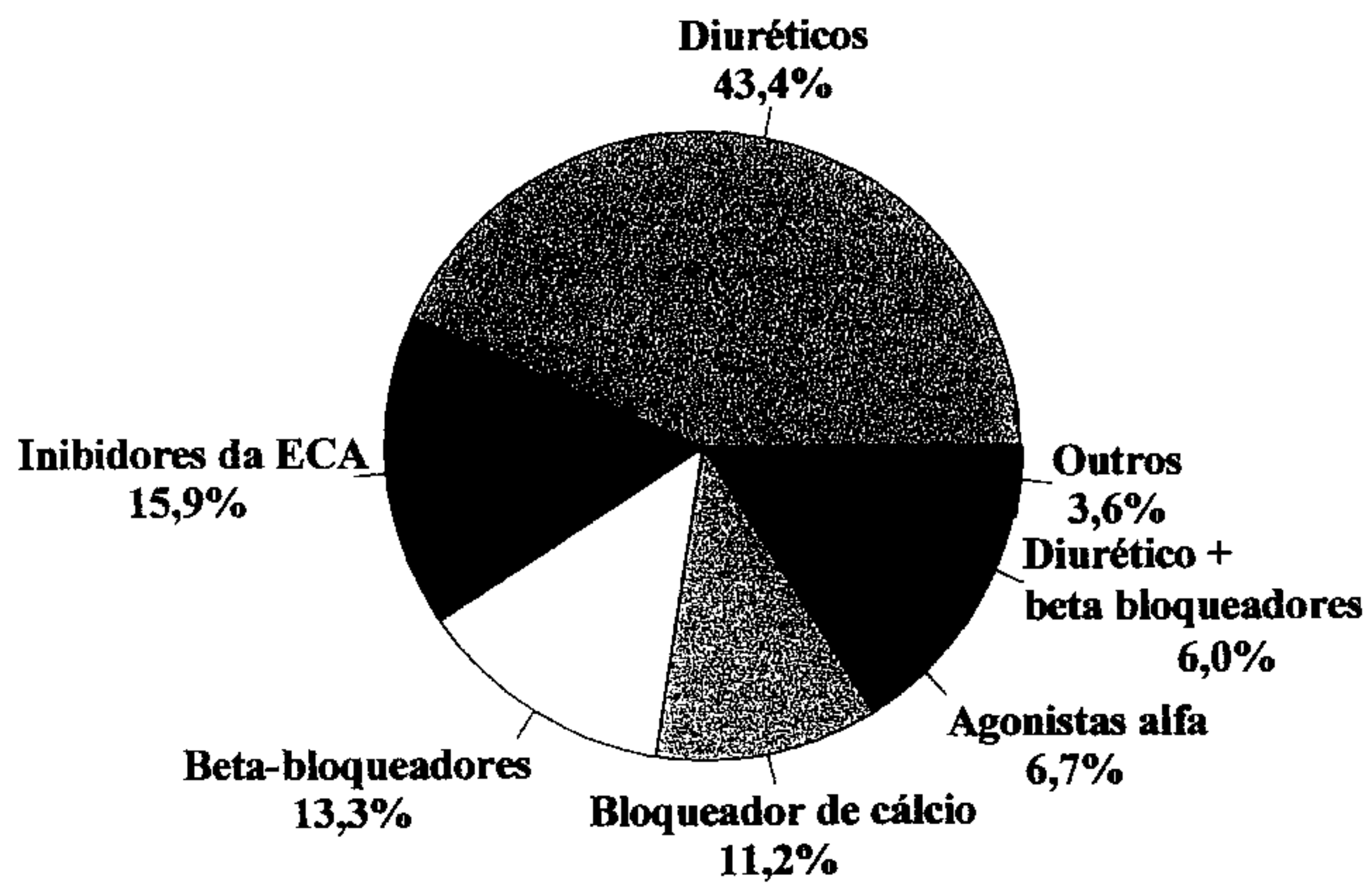
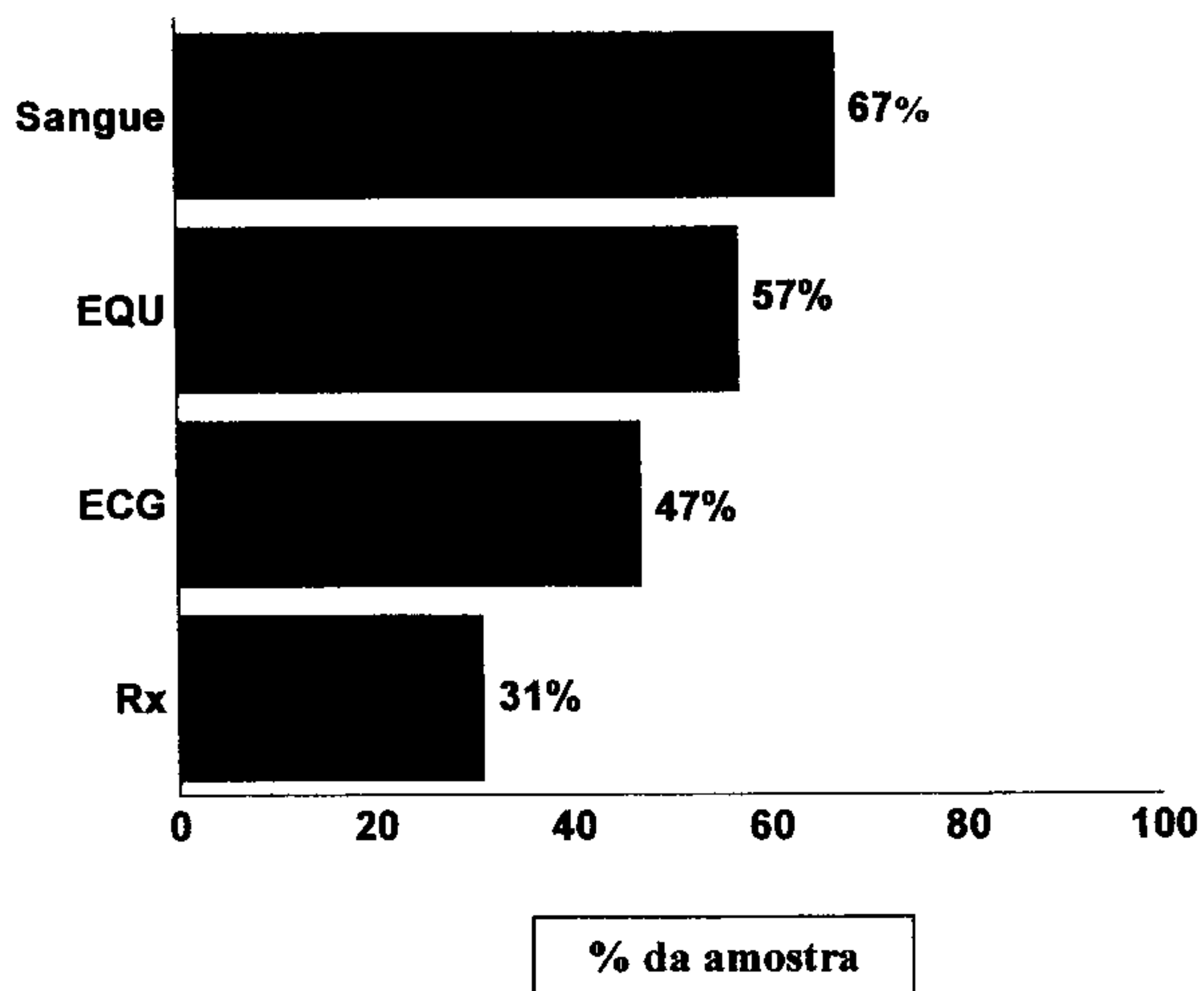


Figura 3. Distribuição da amostra conforme o uso de anti-hipertensivos.

Pelotas, RS, 1998.



**Figura 4. Exames realizados no último ano em 643 hipertensos.
Pelotas, RS. 1998.**



Referências bibliográficas

- ¹ Rutter M. Pesquisa de Mercado 1988. São Paulo. Ed. Ática..
- ² Cohen JA coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas* 1960; 20: 37-46.
- ³ Dean AG, Dean JA, Burton AH and Dicker RC 1994. Epi-Info version 6.0. Atlanta, CDC/OMS.
- ⁴ Norussis MJ. 1994 SPSS 6.1 for windows: Statistical Package for Social Sciences. Chicago: SPSS Inc.
- ⁵ StataCorp 1997. Stata Statistical Software: Release 5.0 College Station, TX: Stata Corporation.
- ⁶ Harrison's Principles of Internal Medicine 1998; 14th edition vol. 1: 1380.
- ⁷ The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure 1997.
- ⁸ Chalmers J et al. WHO-ISH Hypertension Guidelines Committee 1999. World Health Organization – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999; 17: 151-185.
- ⁹ Piccini RX e Victora CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. *Rev. Saúde Pública*, 1994; 28 (4): 261-7.
- ¹⁰ Duncan BB. As desigualdades sociais na distribuição de fatores de risco para doenças não transmissíveis. [Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina/ UFRGS], 1991.
- ¹¹ Burt VL et al. Prevalence of Hypertension in US Adult Population. Results From the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension* 1995; 25: 305-313.
- ¹² Piccini RX e Victora CG. O manejo da hipertensão arterial sistêmica na comunidade: Estudo de base populacional em uma cidade brasileira. *Cad Saúde Públ* 1997; 13(4):595-600.
- ¹³ Lessa I e Fonseca J: Raça, Aderência ao Tratamento e/ou Consultas e Controle da Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 1997; 68(6):443-449.
- ¹⁴ Turner RR et al. Role of quality of life in hypertension therapy: Implication for patient therapy. *Cardiology* 1990, 80(1):11-22.

-
- ¹⁵ Armstrong D. Doctor-initiated consultations: a study of communication between general practitioners and patients about the need for reattendance. *The British Journal of General Practice* 1990; 40:241-2.
- ¹⁶ Dias da Costa JS e Facchini LA: Utilização dos serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31(4):360-9.
- ¹⁷ Lima MS et al. Psychiatric disorder and the use of benzodiazepines: an example of the inverse care law from Brasil. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1999; 34(6): 316-22.
- ¹⁸ Mari JJ and Willians P. A validity Study of a Psychiatric Screening Questionary (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry* 1986;148:23-26.
- ¹⁹ Lima MS, Béria JU, Tomasi E e Conceição AT. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Intern J Psychiatry in Medicine* 1996; 26(2):213-224.
- ²⁰ Lima MS. Morbidade psiquiátrica menor e consumo de psicofármacos em Pelotas, RS. Dissertação de mestrado, UFPEL 1995.
- ²¹ Assunção MC. Diabetes Mellitus no nível de atenção primária à saúde em Pelotas, RS: estrutura, processo e resultado. Dissertação de mestrado, Departamento de Medicina Social, Mestrado em Epidemiologia UFPEL, 1998.
- ²² Berlowitz DR et al. Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population. *The New England Journal of Medicine* 1998; 339(27):1957-63.
- ²³ Kaplan NM. *Clinical Hypertension*. Sixth edition. 1994:171.
- ²⁴ Maronde RF et al. Underutilization of Anti-hypertensive drugs and associated hospitalization. *Medical Care* 1986; 27 (12):1159-66.
- ²⁵ Souza NA et al. Importância clínica dos custos hospitalares em pacientes com hipertensão arterial em tratamento num hospital universitário, Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1986; 20(4):293-302.
- ²⁶ Kravitz RL et al. Recall of Recommendations and Adherence to Advice Among Patients With Chronic Medical Conditions. *Arch Intern Med*. 1993; 153(23):1869-1878.
- ²⁷ Moser M. National Recommendations for the Pharmacological Treatment of Hypertension: Should They Be Revised? *Arch Intern Med* 1999, 159:1403-6.
- ²⁸ Duncan, Schmidt MI e Giugliane ERJ. *Medicina Ambulatorial: condutas Clínicas em Atenção Primária* 1996.
- ²⁹ Barker LR. *Principles of Ambulatory Medicine* fifth edition 1999:47.

-
- ³⁰ Feldman R et al. Adherence to Pharmacological Management of Hypertension 1998. Canadian Journal of Public Health, 89(5):1-16 – 1-18.
- ³¹ Chockalingam A et al. Adherence to Management of High Blood Pressure: Recommendations of the Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control. Canadian Journal of Public Health 1998:1-5 – 1-7.
- ³² Sousa AL et al. Uma Experiência Profissional na Abordagem ao Paciente Hipertenso. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 1992; 59(1):31-35.
- ³³ Haynes RB et al. Interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. The Cochrane Library 1998, Issue 2:1-19.
- ³⁴ III Consenso brasileiro de hipertensão arterial. 1998:7.
- ³⁵ Turner RR. Role of quality of life in hypertension therapy: Implication for patient therapy. Cardiology 1990; 80 (1):11-22.
- ³⁶ Lessa I. Epidemiologia do tratamento e da adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus. O adulto brasileiro e as doenças de modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. HUATEC-SP-RJ. 1998. 223-39.
- ³⁷ Barros MA. Hipertensão arterial: causas de não aderência ao tratamento. Ciência cultura saúde 1987. 9 (4):19-21.
- ³⁸ Sharkness CM and Snow DA. The patient's view of hypertension and compliance. Am J Prev Med 1992; 8 (3):141-6.
- ³⁹ Jonas BS, Franks P and Ingram DD. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal Evidence From the National Health and Nutrition Examination Survey I Follow-up. Archives of Family Medicine. 1997; 6:43-4

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

ARTIGO 2

**Adesão ao tratamento na hipertensão arterial
sistêmica: prevalência e fatores associados**

ENRIQUE DANIEL SALDAÑA GARIN

JORGE UMBERTO BÉRIA

ELAINE TOMASI

Resumo

Objetivo: Estudar a prevalência de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica (HAS) e alguns fatores associados.

Metodologia: Em estudo de base populacional, com amostra aleatória por estágios múltiplos, com pessoas entre 20 e 75 anos, foi estudada a adesão referida ao tratamento da HAS, em Pelotas, RS, Brasil. Foram relatados 736 casos de HAS (diagnóstico prévio) entre as 5039 pessoas, sendo entrevistados 643. Foram estudados fatores demográficos, sócio-econômicos, eventos estressantes, tipo de serviço de saúde utilizado, número de medicamentos e presença de efeitos colaterais.

Resultados: A prevalência de adesão referida foi de 72%. A análise multivariada feita por regressão logística não condicional mostrou significância em relação aos seguintes fatores: idade, número de anti-hipertensivos e de consultas tiveram tendência linear, no sentido de que quanto maior a idade e o número de consultas e de usar dois ou mais anti-hipertensivos, maior a adesão referida. A presença de distúrbios psiquiátricos menores apresentou um risco 15% maior em relação a quem não tinha. Quem tinha entre 8 e 11 anos de escolaridade mostrou um risco 21% maior do que quem tem três anos ou menos. Quem admitiu não ter tomado o anti-hipertensivo ao menos uma vez na última semana e presença de efeitos colaterais decorrentes do seu uso, teve um risco 33% e 21% menor de adesão referida, respectivamente.

Conclusões: A prevalência de adesão referida foi de 70%. Quem tinha: maior idade, usava menos do que dois anti-hipertensivos, consultou mais vezes no último ano, não apresentava distúrbios psiquiátricos menores, não havia deixado de tomar o anti-hipertensivo na última semana, e não apresentava efeitos colaterais, teve maior chance de apresentar adesão.

Palavras-chave: Hipertensão, adesão, tratamento, anti-hipertensivos, epidemiologia.

Abstract

Objective: To study the prevalence of adherence to hypertension medical treatment as well as some connecting factors.

Methodology: A cross-sectional study randomly sampled through multiple stages was carried out in individuals aged 20 to 75 years to show the prevalence of adherence to hypertension medical treatment, in Pelotas, RS, Brazil. 736 out of 5039 individuals related to be hypertensive (previous diagnosis) and 643 were interviewed. Demographic, socioeconomic status, stressful life events, kind of health service, number of anti-hypertensive drugs as well as the presence of untoward effects have been studied.

Results: The prevalence of adherence was 72%. The multivariate analysis through non-conditional logistical regression proved to be significant and showed a linear trend e.g. the higher the age, the number of appointments, and the intake of two or up anti-hypertensive drugs, the higher the adherence percentage. The presence of minor psychiatric disorders has shown a 15% higher risk among hypertensives comparatively to ordinary patients. Moreover the the higher the schooling (from 8 to 11 years) the higher the risk (21%) (from 3 years or less). The individuals who admitted not to have taken the drugs at least once the week before (33%) and the presence of side effects (21%) showed a lower adherence risk rate.

Conclusions: The adherence to hypertension medical treatment proved to be of 72%. Patients who were older, used to take less than two anti-hypertensive drugs a day, had been frequent to medical appointments the year before, had neither minor psychiatric disorders nor side effect symptoms and followed medical treatment the week before showed higher adherence levels.

Key words: Hypertension, blood pressure, adherence, compliance, treatment, anti-hypertensive, epidemiology.

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos problemas de saúde mais comuns na clínica ambulatorial¹. Afeta entre 20² e 24%³ da população adulta e é um dos principais determinantes das doenças cardiovasculares, sendo estas últimas as principais causas de morte em países ocidentais⁴. Normalmente, quem apresenta HAS deve seguir uma série de medidas gerais (chamadas de não farmacológicas) e a maior parte deve tomar medicação por toda a vida, por tratar-se de doença crônica e incurável. As medidas não farmacológicas são: manter peso adequado, comer com pouco sal, fazer exercícios físicos regulares e eliminar, dentro do possível, todos os outros fatores de risco que contribuam com o aumento do risco cardiovascular^{4,5} (fumo e dislipidemia, entre outros).

Para que ocorra o controle da HAS são necessários basicamente dois fatores: conduta médica acertada e adesão do paciente.

“Adesão” a qualquer tipo de tratamento ou medida pode ser definida como “a concordância entre o comportamento do paciente e a prescrição ou orientação médica”⁶.

A baixa adesão ao tratamento continua sendo um grande desafio terapêutico se for considerado, por exemplo, que dois terços dos hipertensos dos EUA não tem adequado controle de sua pressão arterial (PA)^{4,7}. O mesmo foi verificado na população urbana de Pelotas, cidade ao sul do Brasil, onde apenas 31% encontravam-se compensados em 1992². Afora as complicações a longo prazo que podem decorrer do inadequado manejo da HAS, a suspensão abrupta de alguns medicamentos pode trazer graves conseqüências a curto prazo, como no caso dos beta-bloqueadores. A sua interrupção repentina está associada a um aumento de quatro vezes na incidência de eventos coronarianos em pacientes hipertensos⁸.

Adesão é, então, parte central no controle da HAS, na prevenção de suas complicações e um dos maiores problemas clínicos no manejo dos hipertensos⁹.

Os estudos mostram diferentes prevalências de adesão, variando entre 10% e 90%. Essa enorme variação é devida, entre outros aspectos, às diferenças na definição do desfecho¹.

Vários fatores têm sido relacionados à adesão, sendo que, por exemplo, os demográficos e a presença de para-efeitos dividem opiniões entre os especialistas^{10,11,12}. O custo da medicação também tem sido apontado como causa de não-adesão¹³ (embora no Terceiro Mundo poucos estudos tenham avaliado esse aspecto¹⁵), assim como a má comunicação entre o médico e o paciente^{14,15,16}.

A não-adesão não deve ser vista como algo negativo, porque pode ser apropriado não aderir a uma medicação que esteja causando mais desconforto do que benefício. Não aderir ao tratamento pode implicar em mudança de medicação, aumento de dose ou mesmo realização de exames desnecessários, com os respectivos custos. No paciente ambulatorial, a não-adesão freqüentemente se manifesta diretamente através do simples não comparecimento à consulta e, lamentavelmente, mesmo em países desenvolvidos, a maioria dos registros médicos não fornece dados fidedignos sobre como o paciente vem tomando a sua medicação¹².

Dispõem-se de várias formas de aferir adesão^{12,17}, e estas podem ser divididas em diretas e indiretas. As primeiras referem-se à dosagem da droga em si ou de marcadores no sangue e/ou na urina. Além de ser um método relativamente caro, existem variações farmacocinéticas entre os indivíduos, e podem apenas revelar a droga tomada dias ou, mais freqüentemente, horas após a sua administração, evidenciando então a adesão apenas em período relativamente curto, anterior à coleta do material.

Entre as formas indiretas de aferir adesão, as mais usadas são:

1. Auto-relato: embora a maior parte dos autores considere que o auto-relato tenda a superestimar a adesão, eles concordam que seja a forma mais prática e eficiente de verificá-la^{1,18,19,20}, principalmente em países em desenvolvimento. Um estudo sobre o uso da digoxina, com o objetivo de comparar o auto-relato com a contagem (não eletrônica) de comprimidos, tendo como padrão-ouro a dosagem sérica de digoxina, mostrou que o primeiro correlacionou-se melhor²⁰ do que o segundo com a aferição sérica.

2. Contagem de comprimidos: em contraposição ao encontrado por Fletcher no estudo sobre a digoxina, alguns autores consideram que esta seja uma forma mais confiável de medir adesão do que o auto-relato¹⁷. Normalmente, porém, também costuma superestimar a adesão e não garante que os comprimidos que não retornam ao local de controle tenham, de fato, sido administrados, ao menos na dose e no intervalo adequados^{12,15}. Logisticamente falando, seria difícil e caro conduzir um estudo prospectivo de base populacional para medir adesão por este método.
3. Frasco com monitorização eletrônica: consiste na utilização de *containers* com microprocessador que registra o horário e o número de comprimidos extraídos naquele momento. Portanto, pode mostrar não somente se o número de comprimidos por dia foi usado corretamente mas também se o intervalo-dose foi apropriado. Embora alguns estudos tenham mostrado que auxilia a contagem não eletrônica de medicamentos²¹, outros apontam para o fato dele ser um método caro e com falhas no componente eletrônico, que pode chegar a 25% dos casos²².

Consultando as fontes de informação Medline, Lilacs e Cochrane Library desde 1988, através dos seguintes descritores: hipertensão, adesão, *compliance*, tratamento e recomendações, sendo associados através dos operadores: *and*, *or* e *near 7*, não se encontrou nenhum estudo de base populacional sobre adesão ao tratamento.

Com o objetivo de aferir a adesão ao tratamento na HAS, foi então conduzido este estudo de base populacional, utilizando como indicador do desfecho o auto-relato.

Metodologia

Pelotas está localizada ao sul do Brasil e tem uma população de aproximadamente 300.000 mil habitantes, residentes em sua maioria na área

urbana²³. A população-alvo foi constituída por moradores da zona urbana da cidade, com relato de hipertensão (diagnosticada por médico), e com idade entre 20 e 75 anos. A população em estudo foi uma amostra representativa extraída por estágios múltiplos, a partir da população-alvo. Para a prevalência de adesão, calculou-se o tamanho de amostra estimando-se 50% de adesão, com precisão de 5% e nível de confiança de 95%, o que levaria a um total de 384 hipertensos a serem entrevistados. Ao considerar o efeito de delineamento²⁴ este número foi duplicado totalizando 768 hipertensos. Para a investigação de fatores associados – eventos estressantes e morbidade psiquiátrica – realizou-se um cálculo *a posteriori* para determinação do poder estatístico. Foram sorteados 49 setores censitários da zona urbana, sendo que para cada uma deles foi elaborado um mapa de onde sortearam-se quarteirões e, nestes, a esquina para o começo das entrevistas. Uma a cada cinco casas foi escolhida para verificar a presença de hipertensos dentro da faixa etária de interesse.

No caso de recusa, de não se encontrar nenhum dos moradores, ou de ninguém atender, realizava-se revisita em mais cinco ocasiões em turnos e dias diferentes (noite e fim-de-semana). 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. Foram utilizados questionários padronizados e pré-testados e a aferição da pressão arterial foi realizada duas vezes ao final da entrevista (ou uma terceira se houvesse discrepância maior que 5 mmhg). Foram utilizados esfigmomanômetros do tipo aneróide, calibrados através de um outro do tipo mercurial no início e durante todo o estudo, bimensalmente. Inicialmente vinte e quatro estudantes de Medicina e um de Enfermagem participaram do estudo. Durante o trabalho de campo, seis desistiram, sendo realizado novo treinamento com a inclusão de onze entrevistadores, todos estudantes de Medicina. Ao todo trinta e seis estudantes participaram das diferentes etapas do estudo: treinamento de cinco dias, estudo piloto (dois dias) e trabalho de campo, este último com duração de 10 meses. Foram realizadas duas digitações dos dados através do programa EPI-INFO²⁵, com checagem de amplitude e consistência e depois

comparadas para detectar erros. Posteriormente os dados foram transferidos para o pacote estatístico SPSS for Windows²⁶, onde as variáveis foram agrupadas e realizaram-se as análises bivariadas entre o desfecho e as variáveis independentes, através de tabelas de contingência pelos testes qui-quadrado (exato de Fischer ou de Pearson) e de tendência linear. Do SPSS, os dados foram transferidos para o pacote estatístico STATA²⁷ para a realização da regressão logística. No modelo de análise considerou-se que os fatores demográficos e sócio-econômicos possam determinar diretamente, ou através dos eventos estressantes, morbidade psiquiátrica, e variáveis relacionadas ao trabalho, diferentes formas de utilização dos serviços de saúde. Estes últimos podem diretamente, ou através de fatores relacionados ao tratamento e à percepção (conhecimento) da HAS, causar diferentes níveis de adesão. A regressão logística foi feita, seguindo esse modelo de análise prévio (Figura 1), controlando o efeito das variáveis de mesmo nível ou superior em relação àquela que estivesse sendo testada. Permaneceram no modelo as variáveis com associação ao nível de 5%, ou até de 20% para os possíveis fatores de confusão. Realizou-se a estratégia de análise “para trás” e utilizou-se a significância de cada variável no modelo e o teste da razão de verossimilhança como critério para a permanência das diferentes variáveis do modelo ($p < 0,05$). A medida de efeito utilizada foi a razão de prevalências com intervalo de confiança de 95%, obtidas pela transformação das razões de *odds* da regressão logística²⁸. Esta transformação é recomendada quando o desfecho é muito prevalente, o que tende a superestimar o risco quando a medida de efeito é a as razões de *odds*²⁹.

O controle de qualidade foi realizado através da revisão dos questionários e da revisita determinada por sorteio, de 10% das entrevistas com reaplicação de oito questões do questionário original. Como tentativa de caracterização das perdas e recusas foi elaborado um mini-questionário com treze questões.

Definição de Variáveis

Dependente:

Adesão: foi definido como aderente ao tratamento o hipertenso que respondesse afirmativamente, ao ser questionado sobre o fato de aderir às recomendações e tratamentos médicos. 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 essas foram agregadas à resposta negativa.

Independentes:

Demográficas: sexo, idade, cor da pele e estado civil.

Sócio-econômicas: escolaridade e renda familiar *per capita*, em salários mínimos.

Relacionadas ao trabalho: ativo ou aposentado, dias de trabalho por semana e carga horária diária.

Eventos psicossociais no último ano: morte de familiar (cônjuge ou irmã(o)), familiar que more na casa com doença grave ou crônica, desemprego, separação conjugal, roubo (ou assalto) e acidente que tenha necessitado de atendimento médico. A ocorrência destes eventos foi agrupada em um escore e categorizada em nenhum, um, dois ou mais eventos.

Morbidade psiquiátrica: através do instrumento SRQ-20³⁰, validado para o Brasil.

Serviços de saúde: tipo de serviço, número de consultas/ano, tempo e condições de espera (em pé ou sentado), se consulta com o mesmo médico e nota atribuída ao médico pela última consulta.

Tratamento: uma variável foi construída a partir de três questões: referente ao uso de medicação anti-hipertensiva, ao ato de fazer exercício físico regular e ao de comer com pouco sal. Além desta, o número, o custo mensal e o tipo de medicamentos consumidos, o uso de medidas não farmacológicas, se possuía

receita e se ela conferia com o que estava tomando, se havia deixado de tomar a medicação na última semana (e os seus motivos), também foram avaliados. O apoio familiar ao tratamento foi avaliado através de uma nota de zero a dez, atribuída pelo entrevistado por escrito no questionário.

Percepção sobre a HAS: uma variável composta foi formada a partir de três questões relacionadas ao conhecimento de alguns aspectos básicos da HAS, como o fato dela ser crônica, geralmente assintomática e de tratamento contínuo. O tempo de diagnóstico da HAS, assim como a idéia que o hipertenso fazia sobre o estado de controle da sua pressão arterial no momento da entrevista também foram abordados.

Resultados

Havendo identificado 5039 pessoas na faixa etária de interesse e 736 pessoas com HAS, resultando em uma prevalência de 14,6% de HAS referida. Foram entrevistadas 643 hipertensos, registrando-se um índice de perdas de 12,4%. No entanto foi possível recuperar informações de parte dessa população (24%). Comparando com a população que participou do estudo, observou-se que as recusas eram de hipertensos mais velhos (média de 62 anos), com distribuição equitativa por sexo, com maior renda e quase a totalidade de cor branca (92%).

Na avaliação dos 64 questionários realizados como parte do controle de qualidade, observou-se uma concordância inter-observadores, através da estatística kappa³¹, que foi considerada excelente em duas variáveis (idade e estado civil), moderada em quatro (fumo, tipo de serviço de saúde, se consulta sempre com o mesmo médico e se tem sintomas devido à HAS) e fraca nas duas restantes (há quanto tempo foi diagnosticada a HAS e se suspenderia o tratamento se assintomático).

A média de idade da população em estudo foi de 56 anos, 69,4% eram mulheres (Tabela 1) e 77% eram de cor branca. Em termos de escolaridade, pouco mais de 25% tinham ao menos oito anos completos; a renda *per capita*, de mais de 45% da amostra, era inferior a um salário mínimo (Tabela 1).

A adesão encontrada foi de 72%. A Tabela 1 mostra as associações não ajustadas entre a adesão referida e variáveis demográficas, sócio-econômicas e relacionadas ao trabalho. Com o aumento da idade ocorreu uma maior chance de adesão, sendo 53% maior entre aqueles com idade entre 60 e 75 anos do que aqueles entre 20 e 49. As mulheres mostraram uma chance de adesão de 9% maior comparadas à dos homens. Em termos de escolaridade, tanto aqueles com 8 a 11 anos de estudo, quanto os que tinham mais de 12, tiveram uma menor chance de adesão se comparados aos que tinham três ou menos anos de escolaridade (34 e 19%, respectivamente).

A renda e o estado civil não se mostraram associados à adesão.

Quem estava trabalhando teve 12% menos chance de adesão do que aqueles que não estavam e quem relatou ser aposentado teve uma chance 46% maior de adesão.

A Tabela 2 mostra as associações não ajustadas de adesão referida com variáveis relacionadas à morbidade psiquiátrica e à utilização dos serviços de saúde. A presença de distúrbios psiquiátricos menores e a ocorrência de, ao menos dois eventos estressantes, diminuía a chance de adesão em 15 e 18%, respectivamente. O fato de consultar sempre com o mesmo médico e de ter consultado três vezes ou mais no último ano aumentou a chance de adesão em 27% e 2,3 vezes, respectivamente.

A Tabela 3 apresenta as análises não ajustadas de adesão com as variáveis relacionadas à doença e ao tratamento. O fato de relatar sintomas que o hipertenso julgasse devidos à HAS diminuiu a chance de adesão em 14%, e ter conhecimento de ao menos duas de três informações corretas sobre a HAS, diminuía a chance de adesão em 8%. O fato de tomar acima de duas doses diárias do anti-hipertensivo, diminuía a chance de adesão em 11%. O fato de possuir a receita do anti-hipertensivo e de ela coincidir com o relato do hipertenso aumentava a chance de adesão mais de duas vezes. Se o hipertenso admitisse ter deixado de tomar a medicação, ao menos uma vez na última semana, sua chance de adesão diminuía em 74%. Não houve associação entre e o fato de tomar mais de duas doses ao dia do anti-hipertensivo, quando comparado com

uma ou nenhuma dose diária. Considerar-se com a pressão controlada no momento da entrevista aumentou a chance de adesão em 35%, enquanto que o fato de seguir ao menos duas de três medidas anti-hipertensivas (comer com pouco sal, fazer exercício regular e tomar anti-hipertensivo), aumentou a chance de adesão em 57%. A presença de para-efeitos diminuiu a chance de adesão em 23%.

Para a regressão logística não condicional foi obedecido um modelo de análise hierarquizado (Figura 1) em que cada variável teve seu efeito ajustado para aquelas do mesmo nível ou superior. A Tabela 4 apresenta as razões de prevalências brutas e ajustadas. Entre as variáveis demográficas, o sexo perdeu a significância e a idade manteve uma associação de tendência, sugerindo que, quanto maior a idade, maior a adesão. A escolaridade manteve significância apenas em relação àqueles com oito a onze anos de estudo, que mostraram uma chance 21% menor de adesão do que os que tinham três ou menos anos completos de escola.

Os distúrbios psiquiátricos menores mantiveram praticamente a mesma significância após o ajuste, mostrando que a sua ocorrência diminuiu a chance de adesão em 15%. Já o fato de estar trabalhando, estar aposentado, ser atendido sempre pelo mesmo médico e o de possuir a receita médica (e ela concordar com o relatado pelo hipertenso) perderam a significância.

O número de consultas ao ano e o de medidas anti-hipertensivas relatadas mostraram-se associados de forma linear com a adesão, mostrando que, quanto maior o número de consultas e de medidas adotadas, maior a chance de adesão.

O relato de não ter tomado, ao menos uma das doses da medicação na última semana, mostrou uma diminuição na chance de adesão de 33%, assim como o de apresentar algum para-efeito devido à medicação diminuiu a chance de adesão em 21%.

Discussão

Como limitações do estudo poderíamos citar:

O tamanho da amostra foi calculado considerando um estudo de prevalência. Devido ao tamanho da amostra ser relativamente grande, fez-se um cálculo *a posteriori* com base na literatura em relação aos possíveis fatores associados à adesão. Lamentavelmente, em função da escassez de dados, apontando para os diversos riscos relativos e de prevalências em expostos e não expostos aos fatores que pretendíamos estudar, somente assegurar se poder estatístico (80%) em relação à morbidade psiquiátrica e aos eventos estressantes. Portanto, a não associação dos outros fatores à adesão pode ser devida à falta de poder estatístico.

A não-adesão pode ser causada pela falta de comunicação entre o médico e o paciente, aspecto que não foi medido no presente estudo. Para isso seria necessário observar consultas e entrevistar pacientes logo após, o que seria muito difícil de realizar sob a perspectiva de garantir a representatividade populacional. A maioria dos estudos não contemplam esse aspecto da comunicação; os poucos que o fizeram mostraram que ela pode ser responsável por 20 a 70% da não-adesão¹. Homedes, em revisão sobre adesão em países do Terceiro Mundo, cita estudos mostrando melhor comunicação do paciente com enfermeiros do que com o médico¹². Em estudo longitudinal com 186 médicos durante dois anos, observou-se que entre os preditores de adesão estavam o grau de satisfação do médico com o seu trabalho e sua especialização, ambos repercutindo na adesão geral e na medicação e dieta, respectivamente³². Esses aspectos também não foram abordados no presente estudo.

As perdas constituíram-se em um grupo com mais idade, com maior proporção de homens, de brancos e com renda superior em relação à amostra estudada. A idade mostrou-se associada de forma linear e positiva com adesão, sugerindo que as perdas possam ter subestimado a prevalência de adesão e mudado o efeito de outras variáveis que estivessem sendo positiva ou negativamente influenciadas pela idade.

A adesão referida talvez não seja a melhor forma de aferir adesão. Porém, para estudos de base populacional, principalmente em países em desenvolvimento, é provavelmente o instrumento mais viável. Apesar de nenhum estudo ter aferido a acurácia do auto-relato em países em desenvolvimento, alguns trabalhos sugerem que ele seja comparável à contagem de comprimidos¹². Por outro lado, a adesão referida tem mostrado boa correlação com o grau de controle da pressão arterial no hipertenso, assim como o de glicemia e o de hemoglobina glicosilada no diabético³³. Embora a adesão referida possa superestimar a adesão, sabe-se que aqueles que admitem a não-adesão são pessoas verdadeiramente passíveis de intervenção¹. A forma de perguntar deve ser clara, aberta, não julgadora e que não intimide. Todos esses aspectos foram levados em consideração durante a elaboração do questionário e treinamento.

Existem algumas possíveis desvantagens, quando se trata a adesão de forma dicotômica³⁴. Esse aspecto refere-se fundamentalmente ao uso de medicação, onde se pode ter quatro padrões de uso: “adequado”, “sub”, “sobre” e “errático”. Em relação a adesão referida, dispunha-se de três possibilidades e a correspondente à opção às vezes, mais ou menos ou quase sempre, (respondido por 90 hipertensos – 14% da amostra) foi incorporada à resposta negativa de adesão. Isso poderia superestimar a não-adesão apenas em relação ao item quase sempre, mas não se acredita então que isso tenha modificado os resultados.

Inicialmente havia-se pensado em uma forma mais complexa de aferir adesão, considerada presente se o hipertenso apresentasse duas das seguintes condições: 1ª) referência direta de seguir as recomendações e tratamentos médicos; 2ª) estar com os níveis tensionais controlados, ou seja, pressão sistólica abaixo de 140 mmhg e diastólica abaixo de 90 mmhg, conforme recomendação atual⁴; 3ª) referência positiva a dois dos seguintes aspectos: a) manter dieta com pouco sal, b) fazer exercícios físicos regularmente, c) não ter deixado de tomar a medicação mais do que uma vez nos sete dias anteriores à entrevista. Porém, através desse instrumento, haveria grande perda de precisão, já que, houve baixo relato de haver recebido recomendação médica quanto ao exercício regular e à

dieta com pouco sal (30,6% e 60%, respectivamente). se a adesão tivesse sido aferida dessa forma teríamos uma prevalência de 30%.

Embora alguns autores recomendem¹ e outros utilizem^{35,36} a meta terapêutica (nível de controle da pressão arterial) como um dos itens de adesão, em uma cidade onde há evidências recentes de manejo inadequado dos diabéticos³⁷, das gestantes³⁸ e das crianças com asma brônquica³⁹ é, no mínimo questionável, considerar que alguém não adere, se disser que adere mas estiver com a pressão acima do preconizado. Com esse desfecho teríamos apenas 24% de aderentes ao tratamento.

Talvez a adesão referida possa significar, quanto a alguns aspectos, mais a intenção de aderir do que a adesão em si, mas isto provavelmente sirva apenas para que possamos explicar alguns achados, como o fato das pessoas com maior escolaridade terem apresentado maior referência de adesão do que aqueles com menos estudo. Talvez as pessoas com menor escolaridade sintam-se mais pressionadas a responder afirmativamente quando questionadas sobre, por exemplo, cumprir tratamentos.

Preceitos éticos na pesquisa apontam para a necessidade de verificar que as medidas para aumentar a adesão impliquem também no julgamento do seu benefício clínico e não somente nas taxas de adesão⁴⁰. A adesão referida esteve significativamente associada ao controle da pressão arterial, já que 69% daqueles que referiram não-adesão estavam com a pressão não controlada, comparados com 78,2% entre os que responderam afirmativamente. Esse aspecto, embora possa sugerir que a adesão referida seja um dos instrumentos a serem utilizados para aferir não somente a adesão em si, mas também o controle da pressão arterial, a diferença no grau de controle é pequena e, talvez, clinicamente pouco importante.

Algumas variáveis pesquisadas não mostraram associação com a adesão: dias de trabalho por semana, carga horária de trabalho, tabagismo, se espera pela consulta sentado ou em pé, participação em grupos de hipertensos, nota dada à família pelo apoio recebido e ao médico pela última consulta, número de exames solicitados no último ano, tipo de serviço utilizado para consultar, a presença de

outra doença crônica, uso de outros remédios, número de anti-hipertensivos e o seu custo. É importante lembrar a possível falta de poder estatístico, em relação a estes fatores.

Quanto à participação em grupos, apenas 12 hipertensos referiram tal fato, sendo difícil qualquer associação com adesão.

Chama a atenção, favoravelmente, o fato de que o tipo de serviço utilizado pelo hipertenso não tenha se associado à adesão. Porém, houve diferença estatística entre os atendidos pelo SUS e por outros serviços em termos de controle da pressão (25,9% vs. 36%, respectivamente). Isso poderia sugerir duas coisas: que as pessoas de classes menos favorecidas pretendem aderir com a mesma intensidade do que aquelas mais favorecidas, mas não conseguem devido a barreiras econômicas, ou estão subtratadas. Porém, não houve diferença estatística entre a renda e o número de anti-hipertensivos utilizados, mas sim entre a renda e a proporção de hipertensos com a pressão controlada (25% entre aqueles com menos de um salário mínimo *per capita* e 36% entre os que dispunham de 1 a 3 salários). Não podemos dizer porém que, quanto maior a renda maior a proporção de hipertensos com a pressão arterial controlada, já que a diferença não foi de tendência linear: 30,6% dos hipertensos de renda superior a três salários mínimos *per capita* tinham a pressão controlada. Esses aspectos podem sugerir subtratamento entre as classes mais pobres.

Não houve diferença ao comparar os hipertensos que gastavam – com medicação anti-hipertensiva – menos de 20 reais por mês com aqueles que gastavam mais do que isso, registrando-se uma adesão de 74,4% e 76,8%, respectivamente. Embora a literatura relativa a países desenvolvidos^{1,11}, onde os medicamentos são subsidiados, esse fator não seja citado como de risco, em países do Terceiro Mundo esperar-se-ia outros resultados¹². Se fosse considerado que o custo mensal, por exemplo, de um diurético (hidroclorotiazida 50 mg) é inferior a 4 reais e de uma dose média de beta-bloqueador (80 mg duas vezes ao dia) de aproximadamente 12 reais, talvez o custo não seja um fator importante para a não-adesão entre os hipertensos. Em contraposição, quanto menor a renda, maior foi a proporção de hipertensos que, tendo deixado de tomar a

medicação ao menos uma vez na semana anterior à da consulta, referiram que o motivo fora a falta de dinheiro: 29% vs.16%.

A não-adesão pode ser o resultado de esquemas terapêuticos que não sejam compatíveis com as rotinas diárias do hipertenso¹⁰, mas neste estudo, ao menos quanto às horas e dias de trabalho, não houve relação.

Poder-se-ia esperar que a concomitância de outras doenças levasse a uma maior adesão, já que, segundo alguns autores, seria o caráter assintomático da HAS um dos principais motivos da baixa adesão ao tratamento^{1,19,41}. Então, a concomitância de outra doença, principalmente se sintomática, poderia levar a uma maior adesão ao tratamento de forma geral. Por outro lado, em uma população com baixa renda, a presença de outra enfermidade sintomática poderia levar à sua priorização. Em relação a esses aspectos, como as recusas ocorreram em hipertensos com maior idade (maior chance de ter doenças crônicas), talvez pudesse ter sido evidenciado algum efeito se tivessem sido incluídas no estudo.

Outras variáveis foram levadas à regressão, consideradas como possíveis fatores de confusão por terem associação ao menos a nível de 20%: o estado civil, o alcoolismo, o número de doses ao dia do anti-hipertensivo e o tempo de diagnóstico de HAS.

Após o ajuste realizado através da regressão logística, perderam a significância as seguintes variáveis: sexo, estar trabalhando, ser aposentado, ser atendido pelo mesmo médico e adesão ao prescrito na receita.

As variáveis que mantiveram a sua significância após o ajuste foram: idade, anos completos de escola, distúrbios psiquiátricos menores, número de consultas ao ano, admitir não ter tomado a medicação ao menos uma vez na última semana, número de medidas anti-hipertensivas seguidas e presença de para-efeitos.

Quanto à idade, embora não se possa precisar a medida de efeito, já que o intervalo passa a englobar a unidade, a avaliação de tendência sugere que, quanto maior a idade, maior a chance de adesão.

Na análise bruta a escolaridade mostrou-se associada à adesão no sentido de que, quanto maior a escolaridade menor a adesão. Porém, quanto maior a idade menor a escolaridade da amostra e, como a idade mostrou-se, mesmo

depois de ajustada, associada positivamente com a adesão, provavelmente parte da associação perdida entre a escolaridade e a adesão, deva-se ao confundimento que a idade estava exercendo. Permaneceu, no estrato de escolaridade entre 8 e 11 anos, uma menor chance de adesão; a literatura mostra opiniões diversas em relação ao assunto. Essa variação nas opiniões vai desde a idéia de a escolaridade não ser preditora da adesão¹, ou ser preditora de mínima importância⁴².

O sexo também não se relacionou com o desfecho na análise ajustada, o que está de acordo com a literatura^{1,42}.

Em relação ao fato de estar trabalhando, é possível que a idade estivesse funcionando como fator de confusão, já que é maior a proporção de pessoas mais jovens que trabalham. Controlado para a idade, perdeu a significância. Raciocínio semelhante, só que inverso, pode ser feito em relação à aposentadoria, já que quanto mais idade, maior a proporção de aposentados.

Ter distúrbio psiquiátrico menor diminuiu a chance de adesão em 15%, o que parece lógico, principalmente em termos de depressão (mesmo que adesão referida queira dizer apenas intenção de aderir). Apesar disso, não foi diferente a proporção de hipertensos com a pressão arterial controlada com SRQ positivo comparado com aqueles com SRQ negativo (28% vs. 31,4%).

Em estudo pelotense sobre hipertensos², a única variável entre as estudadas que predisse controle da pressão arterial foi o fato de consultar sempre com o mesmo médico, o que parece lógico. No presente estudo, a variável perdeu a significância na análise multivariada, sendo que quem consultou com o mesmo médico teve menor prevalência de distúrbio psiquiátrico.

O fato do maior número de consultas estar associado de forma linear à adesão era esperado. Porém, não se pode afastar a possibilidade de ter havido causalidade reversa, já que quem admite aderir vai mais à consulta.

Embora, mesmo na análise bruta, o número de anti-hipertensivos não tenha se relacionado à adesão, um estudo mostrou que dose única comparada com duas melhorava a adesão mas não o controle da pressão arterial. Este estudo, porém, não comparou com um maior número de doses⁴³. Kjellgren, em revisão

não sistemática¹⁰, cita estudo de Guerrero onde trocar uma por várias doses ao dia não afetou muito a adesão.

O fato de possuir a receita e ela conferir com o relato sobre como o hipertenso toma medicação anti-hipertensiva, após o ajuste perdeu a significância, talvez porque o número de consultas, que foi linearmente maior entre os que possuíam a receita, estivesse servindo como fator de confusão. Assim, é possível considerar que possuir a receita possa ser um marcador de adesão.

Admitir não ter tomado a medicação ao menos uma vez nos sete dias anteriores à entrevista, mesmo após o ajuste para as outras variáveis, diminuiu a chance de adesão referida em 33%. Provavelmente os dois fatores estejam medindo o mesmo fenômeno em termos de adesão, embora o desfecho seja bem menos específico.

A tendência linear entre o número de medidas adotadas pelo hipertenso e a adesão referida também segue uma lógica. Algo a questionar é se, na verdade, essa variável não estaria, no modelo de análise, no mesmo nível da adesão referida.

Em relação à presença de para-efeitos, os resultados concordam com os da literatura^{1,11,17}. Ocorreram 80 referências de para-efeitos, sendo que era possível relatar mais de um. O mais freqüente foi sono (12), seguido por azia e poliúria (9), mal-estar (7) e fraqueza (4). O relato de impotência ocorreu apenas uma vez, mas deve-se considerar que a entrevista foi face a face no domicílio, o que dificulta esse tipo de relato.

Para que ocorram os benefícios, das medidas anti-hipertensivas, é básico que elas sejam de fato adotadas pelo hipertenso. Com a grande quantidade de ensaios clínicos realizados para verificar a eficácia de determinadas intervenções, era de se esperar que isso tivesse sido acompanhado por um número correspondente de estudos para testar intervenções na área de adesão. Porém, isso não tem acontecido, existindo apenas alguns poucos estudos⁴⁴.

Conclusões

- A adesão referida encontrada foi de 72% e, apesar desse alto índice de adesão, a maioria desses não estavam com a pressão controlada (69%).
- Comparada com outras formas de aferir adesão, provavelmente a adesão referida superestima o fenômeno.
- Estatisticamente falando, existe associação entre adesão referida e controle da pressão arterial, mas seu impacto na saúde populacional talvez seja pouco relevante.
- É possível que exista subtratamento dos hipertensos de menor renda.
- A presença de para-efeitos da medicação anti-hipertensiva, de distúrbios psiquiátricos menores e admitir ter deixado de tomar a medicação uma vez na última semana diminuem a chance de adesão.
- Quanto maior a idade, o número de consultas ao ano e de medidas que o hipertenso refere seguir, maior a chance de adesão referida.

Recomendações

- Explicar os possíveis para-efeitos de cada anti-hipertensivos e checar a sua ocorrência em cada consulta. Da mesma forma, avaliar em todo paciente hipertenso a concomitância de doença psiquiátrica, dando assim, especial atenção ao aspecto da adesão.
- Seria importante a realização de novos estudos, preferencialmente prospectivos, que utilizem instrumentos com maior acurácia que a adesão referida, os quais, uma vez definidos possam contribuir para a padronização a pesquisa neste campo.
- Também é relevante que se realizem estudos de intervenção com hipertensos e médicos, testando formas de aumentar o controle da HAS na população.

Figura 1. Modelo de análise para adesão referida em hipertensos, Pelotas, RS, 1998.

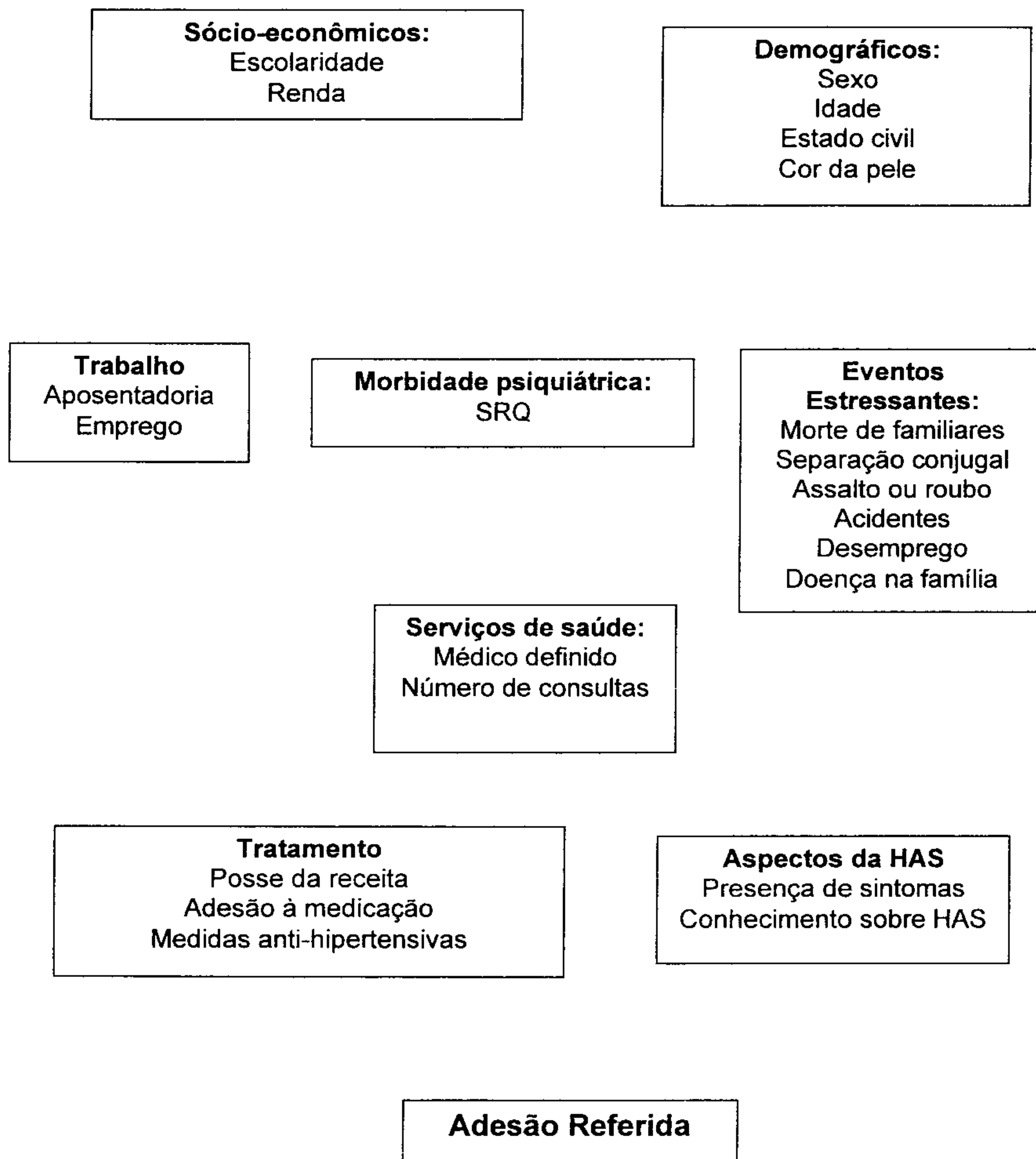


Tabela 1. Adesão ao tratamento na HAS. Análise não ajustada das variáveis demográficas, sócio-econômicas e relacionadas ao trabalho. Pelotas, RS, 1998 .

Variável	n	%	Prevalência De adesão	RP (IC 95%) [§]
Idade em anos				
20 a 49	194	30,2%	55,4%	1,00
50 a 59	183	28,5%	70,5%	1,10 (1,07-1,13)
60 a 75	266	41,4%	84,5%	1,53 (1,35-1,73)
Sexo				
Masculino	197	30,6%	65,8%	1,00
Feminino	446	69,4%	74,4%	1,09 (1,01-1,18)
Anos completos de escola				
0 a 3	246	38,3%	75,5%	1,00
4 a 7	232	36,1%	75,0%	0,99 (0,98-0,99)
8 a 11	67	10,4%	50,7%	0,66 (0,54-0,79)
12 ou mais	97	15,1%	68,8%	0,81 (0,74-0,89)
Renda familiar per capita em SM#				
Menos de um	298	46,3%	73,5%	1,00
1 a 3	234	36,4%	71,6%	0,98 (0,95-1,01)
Acima de 3	111	17,3%	67,6%	0,91 (0,78-1,06)
Estado civil				
Casado	410	63,8%	69,4%	1,00
Outros	233	36,2%	76,0%	1,09 (0,99-1,10)
Está trabalhando				
Não	440	68,4%	74,7%	1,00
Sim	203	31,6%	65,3%	0,88 (0,79-0,97)
Aposentado				
Não	402	62,6%	68,0%	1,00
Sim	241	37,4%	78,0%	1,46 (1,10-1,92)
Total*	643	100%	71,8%	

#SM = salários mínimos

§ razão de prevalências e respectivo intervalo de confiança

* os totais não coincidem devido à falta de dados para alguns hipertensos.

Tabela 2. Adesão ao tratamento na HAS. Análise não ajustada das variáveis relacionadas à morbidade psiquiátrica e ao uso de serviços de saúde. Pelotas, RS, 1998

Variável	n	%	Prevalência de adesão	RP (IC95%)§
SRQ*				
Não	384	59,9%	76,8 %	1,00
Sim	257	40,1%	64,2%	0,85 (0,78-0,93)
Eventos estressantes #				
Nenhum	259	40,4%	76,8%	1,00
Um	252	39,3%	70,6%	0,95 (0,93-1,03)
Dois ou três	130	20,3%	63,8%	0,82 (0,71-0,95)
Convênio				
SUS	343	55%	71,2%	1,00
Outros	282	45%	73,4%	0,98 (0,90-1,06)
Médico definido				
Não	133	21,3%	57,9%	1,00
Sim	493	78,7%	76,3%	1,27 (1,14-1,42)
Nº de consultas no ano				
0	168	26,3%	60,7%	1,00
1 a 2	182	28,5%	72,0%	1,18 (1,06-2,60)
3 ou mais	288	45,2%	78,1%	2,31 (1,52-3,51)
Total★	643	100%	71,8%	

* para distúrbios psiquiátricos menores

no último ano

§ razão de prevalências e respectivo intervalo de confiança

★ os totais não coincidem devido à falta de dados para alguns hipertensos.

Tabela 3. Adesão ao tratamento na HAS. Análise não ajustada das variáveis relacionadas à doença e ao tratamento. Pelotas, RS, 1998

Variável	n	%	Prevalência de adesão	RP (IC95%) [§]
Sintomas pela HAS*				
Não	174	37,3%	79,9%	1,00
Sim	467	62,7%	68,7%	0,86 (0,77-0,96)
Número de noções sobre HAS^º				
Nenhuma	65	10,1%	64,6%	1,00
Uma	467	72,9%	75,6%	1,16 (1,07-1,26)
Duas ou três	109	17,0%	59,6%	0,92 (0,88-0,96)
Possui a receita e esta confere com relato				
Não	424	77,5%	71,9%	1,00
Sim	123	22,5%	84,6%	2,14 (1,25-3,63)
Esqueceu de tomar medicação[#]				
Não	382	71,4%	83,2%	1,00
Sim	153	28,6%	54,9%	0,26 (0,16-0,37)
Doses dos anti-hipertensivos				
0 a 1	332	56,6%	74,4%	1,00
acima de 1 até 2	121	20,6%	77,7%	1,04 (1,00-1,08)
acima de 2	134	22,8%	66,4%	0,89 (0,80-0,99)
Medidas anti-hipertensivas				
Nenhuma	160	24,9%	53,3%	1,00
Uma	313	48,7%	71,2%	1,18 (1,13-1,24)
Duas a três	170	26,4%	88,2%	1,57 (1,37-1,80)
Presença de para-efeitos				
Não	560	87,5%	73,5%	1,00
Sim	80	12,5%	57,5%	0,77 (0,65-0,91)
Considerar pressão controlada [^]				
Não	149	23,4%	59,1%	1,00
Sim	487	76,6%	75,4%	1,35 (1,16-1,57)
Total★	643	100%	71,8%	

§ razão de prevalências e respectivo intervalo de confiança

* referidos pelo hipertenso

º p de tendência

° conhecimento de três aspectos da HAS

na última semana

^ no momento da entrevista

★ os totais não coincidem devido à falta de dados para alguns hipertensos

Tabela 4. Análise multivariada, hierarquizada por regressão logística de fatores de risco para a adesão referida ao tratamento da HAS, Pelotas, RS, 1998.

Variável	RP (IC95%) não ajustada	RP (IC95%)§ ajustada
Idade em anos		p=0,001 [□]
20 a 49	1,00	1,00
50 a 59	1,10 (1,07-1,13)	1,27 (0,93-1,74)
60 a 75	1,53 (1,35-1,73)	1,53 (0,87-2,71)
Sexo		
Masculino	1,00	1,00
Feminino	1,09 (1,01-1,18)	1,11 (0,81-1,52)
SRQ*		
Não	1,00	1,00
Sim	0,85 (0,78-0,93)	0,85 (0,80-0,94)

§ razão de prevalências e respectivo intervalo de confiança

□ p de tendência

Tabela 5. Análise multivariada, hierarquizada por regressão logística de fatores associados à adesão referida ao tratamento da HAS. Pelotas, RS, 1998.

Variável	RP (IC _{95%}) bruta	RP (IC _{95%}) [§] ajustada
Anos completos de escola		p=0,02 ^α
0 a 3	1,00	1,00
4 a 7	0,99 (0,98-0,99)	1,06 (0,93-1,21)
8 a 11	0,66 (0,54-0,79)	0,79 (0,71-0,87)
12 ou mais	0,81 (0,74-0,89)	0,99 (0,74-1,31)
Está trabalhando		
Não	1,00	1,00
Sim	0,88 (0,79-0,97)	1,09 (0,71-1,67)
Aposentado		
Não	1,00	1,00
Sim	1,46 (1,10-1,92)	1,04 (0,62-1,72)
Médico definido		
Não	1,00	1,00
Sim	1,27 (1,14-1,42)	1,27 (0,94-1,71)
Nº de consultas no ano		p=0,001 ^α
0	1,00	1,00
1 a 2	1,18 (1,06-2,60)	1,18 (0,78-1,78)
3 ou mais	2,31 (1,52-3,51)	1,28 (0,85-1,92)
Possui a receita e esta confere com relato		
Não	1,00	1,00
Sim	2,14 (1,25-3,63)	1,07 (0,95-1,20)
Não tomou a medicação #		
Não	1,00	1,00
Sim	0,26 (0,16-0,37)	0,67 (0,65-0,69)
Medidas anti-hipertensivas		p<0,001 ^α
Nenhuma	1,00	1,00
Uma	1,18 (1,13-1,24)	1,18 (0,80-1,74)
Duas a três	1,57 (1,37-1,80)	1,57 (0,52-4,72)
Presença de para-efeitos		
Não	1,00	1,00
Sim	0,77 (0,65-0,91)	0,79 (0,71-0,88)

§ razão de prevalências e respectivo intervalo de confiança

α p de tendência

ao menos uma vez na última semana

Referências bibliográficas

- ¹ Barker LR. Principles of Ambulatory Medicine, fifth edition 1999:844.
- ² Piccini RX e. Victora CG. Hipertensão Arterial Sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. Rev Saúde Pública 1994; 28:261-7.
- ³ Burt VL et al. Prevalence of Hypertension in US adult population. Hypertension 1995; 25:305-13.
- ⁴ The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure 1997.
- ⁵ Chalmers J et al. WHO-ISH Hypertension Guidelines Committee. 1999 World Health Organization – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. J Hypertens 1999; 17:151-185.
- ⁶ Rudd P. Partial Compliance: Implications for Clinical Practice. Journal of Cardiovasc. Pharmacology 1993; 22(A):S1-S5.
- ⁷ Berlowitz DR et al. Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population. The New England Journal of Medicine 1998; 339(27):1957-63.
- ⁸ Psaty BM et al. The relative risk of incident coronary heart disease associated with recently stopping the use of β -blockers. JAMA 1990; 263:1653 -7.
- ⁹ Rimer BK, Glanz K and Lerman C: Contribution of Public Health to Patient Compliance. Journal of Community Health. 16 (4):1991.
- ¹⁰ Kjellgren KI, Ahlner J and Saljo R. Taking anti-hypertensive medication – controlling or co-operating with patients?. International Journal of Cardiology. 47(3):257-68.
- ¹¹ Feldman R et al. Adherence to Pharmacologic Management of Hypertension. Canadian Journal of Public Health, 89(5):I-17 – I-19.
- ¹² Homedes N e Ugalde A. Research on Patient Compliance in Developing Countries. Bulletin of the Pan American Health Organization 1994; 28(1):17-33.
- ¹³ Oparil S. Antihypertensive therapy in the era of evidence based medical practice: what to do until the facts are in. Current Opinion in Nephrology and Hypertension 1996; 5(2):159-61.

-
- ¹⁴ Armstrong D. Doctor-initiated consultations: a study of communication between general practitioners and patients about the need for reattendance. *The British Journal of General Practice* 1990; 40:241-2.
- ¹⁵ Homedes N e Ugalde A. Patients' compliance with medical treatments in the third world. What do we know? *Health Policy and Planning* 1993; 8(4):291-314.
- ¹⁶ Clark LT. Improving compliance and increasing control of hypertension: needs of special hypertensive populations. *American Heart Journal* 1991, 121:664-669.
- ¹⁷ RW Sanson-Fischer and Clover K. Compliance in the Treatment of Hypertension. A Need for Action. *American Journal of Hypertension* 1995; 9(1):82S-85S.
- ¹⁸ Burning JE and Hennekens CH. Methodology in intervention trials in individuals in *Oxford Textbook of Public Health. The Practice of Public Health 3rd edition Vol.2* 1997.
- ¹⁹ Lessa I. Epidemiologia do tratamento e de adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. *Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. Huatec- SP-RJ-1998:223-239.*
- ²⁰ Fletcher SW et al. Measurements of medication compliance in a clinical setting. *Archives of Internal Medicine* 1979:635-638.
- ²¹ Lee JY et al. Assessing Medication Adherence by Pill Count and Electronic Monitoring in the African American Study of Kidney Disease and Hypertension Pilot Study. *American Journal of Hypertension* 1996; 9:719-25.
- ²² Rudd P et al. Role of quality of life in hypertension therapy: Implication for Patient Therapy. *Cardiology* 1990, 80(1):11:22.
- ²³ IBGE Contagem populacional 1996.
- ²⁴ Bennet S, Woods T, Liynage WM, Smith DL. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. *World Health Stat Q* 1991;44(3):98-106.
- ²⁵ Dean AG, Dean JA, Burton AH and Dicker RC 1994. *Epi-Info version 6.0.* Atlanta, CDC/OMS.

-
- ²⁶ Norussis MJ. 1994 SPSS 6.1 for windows: Statistical Package for Social Sciences. Chicago: SPSS Inc.
- ²⁷ ScorpCorp. 1997. Stata Statistical software: Release 5.0 College Station, TX: Stata Corporation
- ²⁸ Zochetti C, Consoninni D e Bertazi PA. Estimation of Prevalence Rate Ratios from Cross-Sectional Data. *International Journal of Epidemiology* 1995; 24(5):1064-5.
- ²⁹ Fletcher RH, Fletcher SW and Wagner EH. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 3ª. Edição 1996:227.
- ³⁰ Willians MJJ. P. A 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.
- ³¹ Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educa. Psychol. Meas.* 1960; 20: 37-46.
- ³² DiMatteo MR et al. Physicians' Characteristics Influence Patients' Adherence to Medical Treatment: Results From the Medical Outcomes Study. *Health Psychology* 1993;12(2):93-102.
- ³³ Kravitz RL et al. Recall of Recommendations and Adherence to Advice Among Patients With Chronic Medical Conditions. *Arch Intern Med* 1993;153:1869-78.
- ³⁴ Dirks JF Psy D and Kinsman RA. Nondichotomous patterns of medication usage: The yes-no fallacy. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 1982; 31:413-17.
- ³⁵ Lessa I e Fonseca J. Raça, Aderência ao Tratamento e/ou Consultas e Controle da Hipertensão Arterial. *Arq Bras cardiol* 1997; 68(6):443-49.
- ³⁶ Portillo LG. Adhesión terapéutica y conocimiento en hipertensión de pacientes incluidos en las consultas de enfermería. *Atención Primaria* 1993; 12(8): 469-73.
- ³⁷ Assunção MC. Diabetes Mellitus no nível de atenção primária à saúde em Pelotas, RS: estrutura, processo e resultado. Dissertação de mestrado, Departamento de Medicina Social, Mestrado em Epidemiologia UFPEL, 1998.
- ³⁸ Silveira DS. Qualidade do Cuidado Pré-natal oferecido por Unidades de Atenção Primária à Saúde no Município de Pelotas, RS, Brasil.

³⁹ Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para asma nas crianças. Dissertação de mestrado, Departamento de Medicina Social, Mestrado em Epidemiologia UFPEL, 1998.

⁴⁰ Sharkness CM and Snow DA. The patient's view of hypertension and compliance. Am. J. Prev. Med. 1992; 8 (3):141-6.

⁴¹ Feldman R et al. Adherence to Pharmacologic Management of Hypertension. Canadian J of Public Health 1998:1-16 - 1-18.

⁴² Miller NH et al. The Multilevel Compliance Challenge: Recommendations for a Call to Action. A Statement for Health Care Professionals. Circulation 1997; 95(4):1985-90.

⁴³ Haynes RB et al. Interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. The Cochrane Library 1998, Issue 2:1-19 apud Baird et al, 1984.

⁴⁴ Haynes RB et al. Interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. The Cochrane Library 1998, Issue 2:1-19.

ANEXO I

QUESTIONÁRIO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS – FACULDADE DE MEDICINA
QUESTIONÁRIO SOBRE HIPERTENSÃO**

<p>⇒ Número do questionário: _____</p> <p>⇒ Data da entrevista ____/____/____</p> <p>⇒ Setor censitário: _____</p> <p>⇒ Número da casa: _____</p> <p>⇒ Nome: _____</p> <hr/> <p>⇒ Endereço: _____</p> <hr/> <p>⇒ Ponto de referência: _____</p> <hr/> <p>⇒ Telefone: _____</p>	<p>numero _____</p> <p>data ____/____/____</p> <p>setor: _____</p> <p>núcasa _____</p>																											
<p>1. Sexo: (NÃO PERGUNTAR, OBSERVAR) (1) masculino (2) feminino</p> <p>2. Cor da pele : (NÃO PERGUNTAR, OBSERVAR) (1) branca (2) não branca</p> <p align="center"><i>Agora eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre o(a) sr(a)</i></p> <p>3. Qual sua idade em anos completos ? : ____</p> <p>4. Qual seu estado civil ?</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) casado(a) ou vive com companheiro(a) (2) viúvo</p> <p style="padding-left: 20px;">(3) separado/divorciado/desquitado (4) solteiro</p> <p>5. O(A) sr(a) está trabalhando? (1) sim (0) não (SE NÃO, PORQUE ESTUDA, PULE PARA A QUESTÃO 8. SE NÃO ESTUDA, PULE PARA A QUESTÃO 6)</p> <p style="padding-left: 20px;">Quantos dias por semana o(a) sr(a) trabalha? ____ dias (8) NSA</p> <p style="padding-left: 20px;">Quantas horas por dia? ____ horas (88) NSA</p> <p>6. O(A) Sr(a) é aposentado? (1) sim (0) não PULE PARA QUESTÃO 8 (8)NSA</p> <p>7. Com qual idade o(a) sr(a) se aposentou? ____ anos (88) NSA</p> <p>8. Até que série o(a) sr(a) estudou?</p> <p style="padding-left: 40px;">____/ 0 não estudou</p> <p style="padding-left: 40px;">____/ 1 série do primário</p> <p style="padding-left: 40px;">____/ 2 série do ginásial</p> <p style="padding-left: 40px;">____/ 3 série do primeiro grau</p> <p style="padding-left: 40px;">____/ 4 série do científico/normal/clássico/2º grau</p> <p style="padding-left: 40px;">____/ 5 ano do curso superior</p> <p>9. O(a) sr(a) mora com mais alguém na sua casa?:</p> <p style="padding-left: 40px;">() sim Quantos? ____ (00) não</p> <p align="center"><i>Agora vou perguntar sobre algumas coisas sobre a sua casa, está bem?</i></p> <p>10. Na sua casa tem:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">→ Rádio</td> <td style="width: 30%;">() sim, quantos? ____</td> <td style="width: 30%;">(00) não</td> </tr> <tr> <td>→ Geladeira</td> <td>(1) sim</td> <td>(0) não</td> </tr> <tr> <td>→ Aspirador de pó</td> <td>(1) sim</td> <td>(0) não</td> </tr> <tr> <td>→ Máquina de lavar roupa</td> <td>(1) sim</td> <td>(0) não</td> </tr> <tr> <td>→ Vídeo cassete</td> <td>(1) sim</td> <td>(0) não</td> </tr> <tr> <td>→ TV a cores</td> <td>() sim, quantas? ____</td> <td>(00) não</td> </tr> <tr> <td>→ Banheiro</td> <td>() sim, quantos? ____</td> <td>(00) não</td> </tr> <tr> <td>→ Carro</td> <td>() sim, quantos? ____</td> <td>(00) não</td> </tr> <tr> <td>→ Empregada doméstica/mês</td> <td>() sim, quantas? ____</td> <td>(00) não</td> </tr> </table> <p align="center"><i>Agora eu gostaria de saber algumas coisas sobre sua saúde</i></p> <p>11. O(a) sr(a) tem ou teve algum problema dos que eu vou citar.</p>	→ Rádio	() sim, quantos? ____	(00) não	→ Geladeira	(1) sim	(0) não	→ Aspirador de pó	(1) sim	(0) não	→ Máquina de lavar roupa	(1) sim	(0) não	→ Vídeo cassete	(1) sim	(0) não	→ TV a cores	() sim, quantas? ____	(00) não	→ Banheiro	() sim, quantos? ____	(00) não	→ Carro	() sim, quantos? ____	(00) não	→ Empregada doméstica/mês	() sim, quantas? ____	(00) não	<p>sexo ____</p> <p>cor ____</p> <p>idade ____</p> <p>estcivil ____</p> <p>contrab ____</p> <p>est ____</p> <p>diatrab ____</p> <p>hstrab ____</p> <p>apos ____</p> <p>idadapo ____</p> <p>escol ____/____</p> <p>morasoz ____</p> <p>radio ____</p> <p>gelad ____</p> <p>aspiro ____</p> <p>maqlav ____</p> <p>video ____</p> <p>TVcor ____</p> <p>banhei ____</p> <p>carro ____</p> <p>emp ____</p>
→ Rádio	() sim, quantos? ____	(00) não																										
→ Geladeira	(1) sim	(0) não																										
→ Aspirador de pó	(1) sim	(0) não																										
→ Máquina de lavar roupa	(1) sim	(0) não																										
→ Vídeo cassete	(1) sim	(0) não																										
→ TV a cores	() sim, quantas? ____	(00) não																										
→ Banheiro	() sim, quantos? ____	(00) não																										
→ Carro	() sim, quantos? ____	(00) não																										
→ Empregada doméstica/mês	() sim, quantas? ____	(00) não																										

- Dor no peito devido a doença no coração ou Angina (1) sim (0) não
- Insuficiência cardíaca ou coração crescido (1) sim (0) não
- Problema de válvula do coração (1) sim (0) não
- Derrame ou isquemia cerebral (1) sim (0) não
- Entupimento de artérias ou veias das pernas (1) sim (0) não
- Diabetes (1) sim (0) não
- Bronquite ou Asma (1) sim (0) não
- Enfisema pulmonar (1) sim (0) não

angina ___
 inscard ___
 valvul ___
 avc ___
 obstart ___
 diabet ___
 broasm ___
 enfise ___

12. ♥ Há quanto tempo sabe que tem pressão alta?
 ___ anos e ___ meses

hasanos ___
 hasmes ___

13. ♥ Dos tratamentos para pressão alta que vou dizer, o(a) sr(a) faz algum deles?

- () está comendo com pouco sal (1) sim (0) não
- () está caminhando ou fazendo exercício (1) sim (0) não (8)NSA
 ao menos 3 vezes por semana
- () está tomando remédios (1) sim (0) não (VÁ PARA A 22)

tsal ___
 tcam ___
 tmed ___

SE TOMA REMÉDIOS E FOR IDOSO, COPIE DO QUESTIONÁRIO SOBRE O IDOSO, OS REMÉDIOS PARA A PRESSÃO SE NÃO É IDOSO, PERGUNTE E ESCREVA QUAIS :

14. ♥ Quais são os remédios para a pressão?

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
5. _____

rem1 _____
 rem2 _____
 rem3 _____
 rem4 _____
 rem5 _____
 outrem ___

Além dos remédios para a pressão, quantos outros remédios está tomando?

15. ♥ O(a) sr(a) pode me dizer quantas vezes ao dia e em que horários deve tomar os remédios da pressão? **DEIXE O ENTREVISTADO DAR A INFORMAÇÃO, E DEPOIS, SE NÃO TIVER MOSTRADO A RECEITA DEVIDO À QUESTÃO ANTERIOR, PERGUNTAR:**

Teria a última receita do médico para que eu possa ver?

(1) confere (2) não confere (3) não possui a receita.

SE NÃO CONFERE, NÃO COMENTAR NADA, APENAS ANOTAR O QUE NÃO CONFERE _____

received ___

16. ♥ Dos remédios que toma para a pressão, qual é o que deve ser tomado mais vezes ao dia? Quantas vezes? _____

doses _____

17. ♥ Sabemos que nem sempre é fácil tomar os remédios. Desde <DIA DA SEMANA> da semana passada, o sr(a) deixou de tomar alguma vez o remédio que deveria? (1) Sim (0) Não **PULAR PARA A QUESTÃO N.º21 (8) NSA**

esquemed ___

18. ♥ **SE DEIXOU DE TOMAR:** Quantas vezes deixou de tomar nessa semana?
 _____ vezes (88) NSA

n.º esq ___

19. ♥ Nessas vezes em que deixou de tomar os remédios, quais os principais motivos para deixar de tomá-los? (8)NSA

- * se esquece (1)sim (0)não
- * falta de dinheiro (1)sim (0)não
- * não sente nada devido à pressão alta (1)sim (0)não

esq ___
 pila ___
 nada ___
 nece ___

* não vê necessidade de tomar sempre o remédio (1)sim (0)não
 * sente algo desagradável por causa do remédio (1)sim (0)não
 outros anotar qual: _____
 _____ ()sim (0)não

20. ♥ O Sr(a) não tomou os remédios por ordem do médico?
 (1) sim (0) não (8) NSA nremed ____

21. ♥ O(a) sr(a) acha que o(s) remédios da pressão lhe causam algum sintoma ou problema? (00) não
 SE SENTE, ANOTAR QUAL(IS) ()sim _____

 paraefe1 ____
 paraefe2 ____
 paraefe3 ____
 paraefe4 ____

Agora vamos conversar sobre como faz para consultar

22. ♥ Quando o(a) sr(a) consulta para a pressão, geralmente o faz SUS(INPS), por algum outro convênio, ou particular? (1)SUS/INPS 2)convênio
 (3) particular (8) NÃO CONSULTA convênio__

23. ♥ Quando o(a) sr(a) quer consultar, quanto dias demora, em geral, em conseguir a consulta? ____ (88) NÃO CONSULTA demora ____

24. ♥ Quando consulta para a pressão alta, geralmente é com o mesmo médico?
 (1) sim (0) não (8)NSA mesmodr ____

25. ♥ Alguma vez os médicos lhe deram alguma recomendação para tratar a pressão fora os remédios? Quais?

* comer com pouco sal (1)sim (0)não psal ____
 * caminhar (1)sim (0)não cami ____
 * não fumar (1)sim (0)não nfu ____
 * diminuir peso (1)sim (0)não dipe ____
 * comer pouca gordura (1)sim (0)não gordure ____
 * outra recomendação ()sim (0)não outrare1 ____
 ANOTAR A(S) OUTRA(S): _____ outrare2 ____
 _____ outrare3 ____

26. ♥ Em geral, no dia da consulta, quantos minutos ou horas tem de esperar para ser atendido? ____ horas ____ minutos (88)NSA esphs ____
 espmin ____

27. ♥ Quando precisa esperar para ser atendido, geralmente é em pé, na fila ou sentado? (1) em pé (2) sentado (8)NSA comoesp ____

28. ♥ Se tivesse que dar uma nota de 0 a 10 para o seu médico na última consulta, qual seria essa nota? ____ (88)NSA notacon ____

29. ♥ O(a) sr(a) acha que alguém que faz tratamento para pressão alta pode parar com os remédios se estiver se sentindo bem? (1)sim (0) não susptto ____

30. ♥ O(a) sr(a) acha que o tratamento da pressão deve ser:
 →(1) para sempre →(2) por algum tempo tempotto ____

SE NÃO TOMA A MEDICAÇÃO, PULE PARA A 32. SE TOMA MEDICAÇÃO:

31. ♥ Quanto o(a) sr(a) gasta por mês com remédios para a pressão?
_____ reais (999) IGN (888) NSA
SE NÃO CONSULTA PELO SUS/INPS, PULE PARA A 34, SE CONSULTA:

32. ♥ Quando consulta pelo SUS, geralmente é no posto de saúde?
(1) sim (0) não **PULE PARA A 34 (8) NSA**

33. ♥ Desde <MÊS> do ano passado, o(a) sr(a) participou de algum grupo de hipertensos em posto de saúde? (1) sim (0) não (8) NSA

34. ♥ Agora eu gostaria que o(a) sr(a) escrevesse aqui neste quadradinho o seguinte: Se tivesse que dar uma nota de zero a dez para os seus familiares pelo apoio que lhe dão para que o(a) sr(a) siga o tratamento, qual seria essa nota? **SE NÃO SABE ESCREVER, ANOTE VOCÊ MESMO.** Nota ____ (88) NSA (99) IGN

35. ♥ O Sr(a) acha que é possível ter pressão alta sem sentir nada?
(1)sim (0)não

36. ♥ Sente alguma coisa devido à pressão alta? (1)sim (0)não **PULE PARA A 38**

37. ♥ O que sente? _____

38. ♥ Desde <MÊS> do ano passado lhe aconteceu alguma das coisas que vou citar?

→ Roubo ou assalto (1) Sim (0) Não

→ Morte de alguém da sua família ou outra pessoa muito importante para o(a) sr(a) (1) Sim (0) Não

→ Desemprego (1) Sim (0) Não

→ Separação da(o) sua (seu) companheira(o) (1) Sim (0) Não

→ Alguém com doença grave na família e que more na sua casa (1) Sim (0) Não

→ Acidente que tenha necessitado de atendimento médico. (1) Sim (0) Não

39. ♥ O(A) sr(a) tem algum outro problema de saúde que eu não perguntei?
(00)não ()sim, qual? _____

40. ♥ O(A) sr(a) consultou alguma vez desde <MES> do ano passado devido à pressão? () sim, ____ vezes (00) não. **PULE PARA QUESTÃO 43**

41. ♥ Há quanto tempo foi a última consulta? ____ meses (88) NSA

42. ♥ Quanto o(a) sr(a) gastou com essa(s) consulta(s)? _____reais
(000)SUS (999)IGN (888) NSA

43. ♥ O(A) sr(a) baixou hospital alguma vez desde <MES> do ano passado devido a algum problema relacionado à pressão alta? ()sim, ____ vezes (0) não **PULE PARA QUESTÃO 45**

44. ♥ Quanto o(a) sr(a) gastou com essa(s) baixa(s)? _____reais
(0000) SUS (9999) IGN (8888) NSA

gasmed. _____

conpo _____

grupohas _____

notafam _____

sentehas _____

sinto _____

sintom 1 _____ sintom 2 _____

sintom 3 _____ sintom 4 _____

sintom 5 _____

roubo _____

perda _____

desemp _____

separa _____

doen _____

aci _____

outprob1 _____

outprob2 _____

outprob3 _____

outprob4 _____

consano _____

meses _____

cuscon _____

hospano _____

coano _____

45. ♥ O(A) sr(a) fez algum destes exames desde <mês> do ano passado?

- RX de coração e/ou pulmão (1) sim(0) não
 →Eletrocardiograma (1) sim (0) não
 →Exames de sangue (1) sim(0) não
 →Exame de urina (1) sim(0) não

Rxano __
 Ecg __
 Sangue __
 EQU __

SE NÃO FEZ EXAMES, PULE PARA QUESTÃO 47

46. ♥ Quanto o(a) sr(a) gastou com esses exames? _____ reais
 (000)SUS/INPS (999) IGN (888) NSA

cusexan _____

47. ♥ O(a) sr(a) acha que costuma seguir as recomendações e tratamentos dados pelo seu médico, em relação à hipertensão?

- (1)sim (2)não (3)às vezes/mais ou menos/quase sempre

As perguntas a seguir são sobre alguns de seus hábitos

adesão __

48. O(a) sr(a) fuma ou alguma vez já fumou?

- (0) nunca fumou (PULE PARA QUESTÃO 48) (1) ex-fumante (2) fuma

fumo __

49. Eu gostaria de saber algumas coisas sobre seu hábito de fumar.

Qual tipo de cigarro	Idade início	Idade parou	Inter-ruptão	Quantos p/dia	Quantos p/semana
cigarro					
Outros()					

Outros
 1=cachimbo
 2=charuto

cigini __ __
 cigpar __ __
 ciginter __ __
 qdiacig __ __
 qsemcig __ __
 iniout __ __
 paroutr __ __
 intoutr __ __
 qdiaout __ __
 qsemout __ __

50. ♥ O(a) sr(a) tomou bebidas alcoólicas no último mês?

- (1)sim (0)não PULE PARA A QUESTÃO 57

bebul __

51. ♥ SE TOMOU: Quantas vezes tomou? (1)diariamente

- (2)uma vez por semana (3)duas a quatro vezes por semana
 (4)menos de uma vez por semana (8)NSA

quabeb __

52. ♥ No último mês que tipo de bebida o(a) sr(a) tomou?

TIPO: A. Cerveja (1)sim (0)não B. Cachaça (1)sim (0)não
 C. Vinho (1)sim (0)não D. Whisky (1)sim (0)não
 E. Vodka (1)sim (0)não
 F. Outro (1)sim (0)não _____ (8)NSA

cer __ cach __
 vin __ whi __
 vod __
 out __

TIPO	RECIPIENTE	UNIDADE/DIA	UNI/SEM	UNI/MÊS
A	_____	_____	_____	_____
B	_____	_____	_____	_____
C	_____	_____	_____	_____
D	_____	_____	_____	_____
E	_____	_____	_____	_____
F	_____	_____	_____	_____

ar __ aud __
 aus __
 aum __
 br __ bur __
 bus __
 bum __
 cr __ cud __
 cus __
 cum __
 dur __ dud __
 dus __
 dum __
 er __ eud __
 eus __
 eum __
 fr __ fud __
 fus __ fum __

- RECIPIENTE: 1. Martelo ou cálice de aperitivo(100ml)
 2. Copo comum ou cálice de vinho (250ml)
 3. Dose (60ml)
 4. ½ garrafa ou litro
 5. 1 garrafa ou litro
 6. 1 lata (350ml)
 7. 1 garrafa de 600ml

SE BEBE MENOS DO QUE UMA VEZ POR SEMANA, VÁ PARA A 57

53. ♥ Alguma vez o(a) sr(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? (1) sim (0)não (8) NSA

senbeb __

54. ♥ As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber? (1) sim (0)não (8) NSA

abobeb __

55. ♥ O(A) sr(a) sente-se culpado(a)/chateado(a) com o sr.(a) mesmo pela maneira como costuma beber? (1) sim (0)não (8) NSA

culbeb __

56. ♥ O(A) sr(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? (1)sim (0)não (8)NSA

mabeb __

57 ♥ Agora vou perguntar mais algumas coisas sobre como o(a) sr(a) tem se sentido no último mês, e quero que me responda sim ou não a cada pergunta.

1. O(a) sr(a) tem dores de cabeça frequentes? (1)sim (0)não
 2. O(a) sr(a) tem falta de apetite? (1)sim (0)não
 3. O(a) sr(a) dorme mal? (1)sim (0)não
 4. O(a)sr(a) se assusta com facilidade? (1)sim (0)não
 5. O(a) sr(a) tem tremores nas mãos? (1)sim (0)não
 6. O(a) sr(a) sente-se nervoso(a), tenso(a), preocupado(a)? (1)sim (0)não
 7. O(a) sr(a) tem má digestão? (1)sim (0)não
 8. O(a) sr(a) sente que suas idéias ficam embaralhadas de vez em quando? (1)sim (0)não
 9. O(a) sr(a) tem se sentido triste ultimamente? (1)sim (0)não
 10. O(a) sr(a) tem chorado mais do que de costume? (1)sim (0)não
 11. O(a) sr(a) consegue sentir algum prazer nas suas atividades do dia? (0)sim (1)não
 12. O(a) sr(a) tem dificuldade de tomar decisões? (1)sim (0)não
 13. O(a) sr(a) acha que seu trabalho diário é penoso, lhe causa algum sofrimento? (1)sim (0)não

dorca __
 faltap __
 dormal __
 susto __
 tremo __
 nertepre __
 madige __
 ideia __
 trist __
 choro __
 prazer __
 decide __
 trape __
 pavi __

14. O(a) sr(a) acha que tem um papel útil na sua vida? (0)sim (1)não
 15. O(a) sr(a) tem perdido o interesse pelas coisas? (1)sim (0)não
 16. O(a) sr(a) sente-se uma pessoa sem valor? (1)sim (0)não
 17. O(a) sr(a) alguma vez pensa em acabar com a sua vida? (1)sim (0)não
 18. O(a) sr(a) sente-se cansada o tempo todo? (1)sim (0)não
 19. O(a) sr(a) sente alguma coisa desagradável no estômago? (1)sim (0)não
 20. O(a) sr(a) se cansa com facilidade? (1)sim (0)não

inter ___
 valor ___
 sui ___
 cansa ___
 bucho ___
 cafacil ___

Agora gostaria de saber um pouco mais sobre a sua renda

58. Quanto o(a) sr(a) recebeu (ou ganhou) no último mês? R\$ _____

renda _____

59. E as outras pessoas da casa, no mês passado, quanto receberam?
 (8888) NSA (9999) IGN

→ Pessoa 1 R\$ _____

renda1 _____

→ Pessoa 2 R\$ _____

renda2 _____

→ Pessoa 3 R\$ _____

renda3 _____

→ Pessoa 4 R\$ _____

renda4 _____

→ Pessoa 5 R\$ _____

renda5 _____

60. ♥ Teve alguma outra renda no mês passado? R\$ _____

redad _____

61 ♥ Agora, se me der licença, vou medir a sua pressão, mas antes queria perguntar: o(a) sr(a) acha que a sua pressão está controlada neste momento?
 (1) sim (0) não

precon ___

primeira medida _____ / _____ segunda medida _____ / _____

medias _____

terceira medida _____ / _____ MÉDIA _____ / _____

mediad _____

⇒ Nome do entrevistador : _____

entre _____

COMENTÁRIOS SOBRE A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO:

ANEXO II

MANUAL DE INSTRUÇÕES GERAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA

**PERFIL DE SAÚDE DOS IDOSOS DE PELOTAS E ALGUNS DE SEUS DETERMINANTES
ESTUDO SOBRE ADEÇÃO AO TRATAMENTO NA HIPERTENSÃO**

MANUAL DE INSTRUÇÕES

INSTRUÇÕES GERAIS

1. Critérios de inclusão no estudo

No estudo sobre hipertensão serão incluídas na amostra todas as pessoas de 20 anos a 69 anos desde que, obviamente, sejam hipertensos. Para isso deverão **relatar diagnóstico prévio de Hipertensão Arterial Sistêmica feito por médico**. Por outro lado, deverão ser residentes na zona urbana de Pelotas e moradores nos setores sorteados para esta pesquisa.

No estudo sobre a saúde do idoso serão incluídas na amostra todas as **pessoas com 60 anos de idade ou mais (sem limite superior de idade)**, residentes na zona urbana de Pelotas, moradores nos setores sorteados para esta pesquisa. Mesmo quando o idoso não tiver condições de responder ao questionário será incluído no estudo; o questionário será respondido por outro morador da casa ou alguém que esteja cuidando do idoso.

2. Critérios de exclusão no estudo

Serão excluídas as pessoas que, embora pertencendo à faixa etária de interesse, não residam no domicílio que está sendo visitado. Por exemplo: parentes ou amigos que estejam visitando a família, naquele momento ou temporariamente e empregada doméstica que não durma no emprego. Empregados domésticos que durmam no emprego não devem ser considerados como membros da família, mas como uma família separada.

No estudo sobre hipertensão serão excluídas todas as pessoas que não tiverem mínimas condições físicas e/ou mentais de auto-administrar a medicação, ou ao menos de solicitá-la ao acompanhante.

Para o estudo do perfil de saúde dos idosos, não há critérios de exclusão.

3. Definição de Família: Serão considerados membros da família, todos aqueles que façam, regularmente, as refeições juntos (ou algumas das refeições do dia), mesmo que não durmam na mesma casa (e sim numa outra nos fundos, por exemplo).

4. Etapas do trabalho de campo

4.1. Reconhecimento do setor: o entrevistador deverá fazer um reconhecimento do setor com a marcação dos domicílios antes de iniciar com as visitas.

4.2. Escolha das casas a serem visitadas: para estes estudos, foram sorteados 50 setores censitários, conforme definição do IBGE. Inicialmente sortearmos a quadra por onde começarão as entrevistas. Após o sorteio da quadra, dentro do setor, sorteia-se uma das esquinas. Chegando-se na esquina sorteada, fica-se de frente para a edificação da esquina. Se esta edificação estiver com a porta de entrada voltada para você, será considerada como a primeira casa. Caminha-se para a direita e conta-se como segunda casa a próxima, escolhendo para visitar a quinta residência a partir da primeira contada; continua-se andando para a direita e conta-se mais quatro casas ou apartamentos, para então realizar a nova entrevista na quinta casa. Se a edificação da esquina estiver com a porta de entrada voltada para a rua da sua esquerda, você não a considera como a sua primeira casa; continue andando pela direita e conte como primeira a casa seguinte e após mais quatro casas, sendo que a quinta será escolhida como a ser visitada. Caso na esquina sorteada, haja um terreno, a primeira casa será a próxima da direita. Quando terminar esta quadra, o entrevistador passará para a próxima da seguinte maneira: ficando de costas para a esquina por onde iniciou

as entrevistas, o entrevistador enxergará três esquinas, devendo atravessar a rua no sentido da esquina mais da sua direita, continuando as visitas como descrito na primeira quadra.

Se durante a contagem das casas houver uma completamente desabitada, terreno vazio, casa comercial onde ninguém more, não conte como casa estes locais. Não esqueça que nas vilas é comum haver uma casa ou até várias atrás da outra; cada uma deve ser contada como uma casa. Nos edifícios, cada apartamento é considerado como uma casa, inclusive o apartamento do zelador, se ele morar no prédio. Quando você estiver num setor de blocos de edifícios, não esqueça que o bloco A vale como bloco 1 e assim por diante. Se houver um bloco nos fundos do bloco da frente mas que corresponde à seqüência numérica do bloco da frente, ele também deverá ser contado. As quadras irregulares apresentarão mais de 4 esquinas, pois cada entrada, mesmo que não seja uma esquina convencional, deve ser considerada uma nova esquina. Nunca entre em uma casa sem que apareça alguém para lhe receber. Tome cuidados com os cachorros, se necessário bata palmas ou peça auxílio para os vizinhos para chamar o morador da casa.

4.3. Apresentação do entrevistador ao informante: explicar que é da Universidade Federal de Pelotas e que está fazendo um trabalho sobre a saúde dos adultos em Pelotas. Dizer que o estudo está sendo realizado em vários locais da cidade e que gostaria de fazer alguma perguntas para algumas pessoas da família. Perguntar se há na residência alguma pessoa com pressão alta ou com 60 anos de idade ou mais. Sempre salientar que é muito importante a sua colaboração neste trabalho porque através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre os problemas relacionados à hipertensão e sobre os idosos. Ao mesmo tempo dizer que quer mostrar a carta de apresentação e crachá. Se houver recusa, anotar na folha de conglomerado, mas não desistir antes de 3 tentativas, pois a recusa será considerada uma perda, isto é não será selecionada outra casa para substituir esta. Tente marcar um novo horário para a pessoa, diga que você

sabe o quanto ela é ocupada e que responder um questionário pode ser cansativo, mas insista na importância do trabalho e na sua colaboração.

4.4. Sigilo: explicar que o estudo é absolutamente confidencial, e que as informações prestadas pelas pessoas não serão reveladas a ninguém.

4.5. Casa não incluída: se a casa estiver desabitada, anotar este dado na folha de conglomerado e selecionar uma casa a mais no final deste setor, para substituir a que faltou.

4.6. Domicílios coletivos: prisões, hospitais, casas de repouso, asilos, quartéis, hotéis, motéis, pensões e repúblicas serão excluídos.

4.7. Folha do conglomerado: deverá ser preenchida ao término de cada setor. Cada entrevistador receberá uma ficha de conglomerado para cada setor. Nesta folha deverá constar o número de setor visitado, o endereço da casa visitada, o número de pessoas em cada faixa etária de interesse, o número total de pessoas que moram na casa, o número de casas visitadas, desabitadas, com moradores ausentes e recusas. Casa onde os vizinhos informam que não mora ninguém, devem ser excluídas e seleciona-se uma nova casa para completar o número desejado e, na folha de conglomerado anota-se como casa desabitada. E casa onde os moradores estejam ausentes no momento da entrevista, pergunta-se a dois vizinhos se existem pessoas naquela casa. Se afirmativo, retornar em outra hora para entrevista. Aquelas pessoas que não respondem ao questionário por outros motivos que não seja recusa, por exemplo, uma pessoa impossibilitada de falar, doente no momento, entre outras, serão consideradas como perdas e isso será anotado na folha do conglomerado. Para esses casos também não haverá substituições.

5. Instruções gerais sobre as entrevistas

5.1. Procurar conversar ou responder as perguntas feitas pelos informantes somente no final da entrevista. **SEJA GENTIL!**

5.2. Formular as perguntas exatamente como estão escritas, sem enunciar as várias opções de resposta. Se necessário explicar a pergunta de uma segunda maneira e, em último caso enunciar todas as opções, tendo cuidado de não induzir a resposta.

5.3. As instruções nos questionário em letras em **NEGRITO** servem apenas para orientar o entrevistador, não devem ser perguntadas para o entrevistado. Apenas deverá ser lido o que estiver em *itálico*.

5.4. Sempre que houver dúvida escrever por extenso a resposta dada pelo informante e deixar para o supervisor decidir no final do dia.

5.5. Quando a resposta for "OUTRO", especificar junto à questão, segundo as palavras do informante. Estas respostas serão codificadas posteriormente

5.6. Quando uma resposta do informante parecer pouco confiável, anotá-la e fazer um comentário sobre a sua má qualidade.

5.7. Não deixar respostas em branco: observar a aplicação dos códigos especiais: **IGNORADO**: código **9, 99 ou 999**...=resposta desconhecida do informante ou informação muito pouco confiável . Use a resposta **IGNORADO** somente no último caso. Aproveite mesmo as respostas aproximadas, como por exemplo, renda entre 5000 e 6000, anotar 5500.

NÃO SE APLICA: código **8, 88 ou 888**...= quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso. Quando houver instruções para pular de uma pergunta para outra mais adiante, utiliza-se o código **8 ou 88**... nas perguntas que não foram aplicadas.

5.8. Não tente fazer contas durante a entrevista, porque isso muitas vezes resulta em erros. Por exemplo, se o salário for indicado sobre a forma de pagamento diário ou semanal, anotá-lo por extenso, e não tentar a multiplicação para obter o valor mensal. Isto será feito posteriormente.

5.9. Em resposta de tempo ou idade, quando for necessário arredondar, faça-o sempre para menos. Proceda da mesma maneira com o peso e a altura do entrevistado. Em caso de dúvidas escrever por extenso e deixar o supervisor decidir.

5.10. Preencha o questionário sempre a **lápiz**, e durante a entrevista leve sempre com você a borracha para correções, o apontador, as cartas de apresentação e o crachá.

5.11. Preencha o questionário com letra e os números de forma legível.

5.12. Lembre-se de esclarecer aos entrevistados que as respostas dadas são sigilosas.

5.13. Ao terminar a entrevista, agradeça pela atenção e diga que o entrevistado poderá receber outra visita de nossos entrevistadores.

5.14. A codificação deverá ser feita no mesmo dia , **após** a aplicação de todos os questionários, também a **lápiz**.

O MANUAL DE INSTRUÇÕES SERVE PARA ESCLARECER SUAS DÚVIDAS, PORTANTO DEVERÁ ESTAR SEMPRE COM VOCÊ. RECORRA AO MANUAL DE INSTRUÇÕES **SEMPRE** QUE SURGIR UMA DÚVIDA. ERROS DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO INDICARÃO QUE VOCÊ NÃO CONSULTOU O MANUAL.

ANEXO III

MANUAL DE INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
ESTUDO SOBRE HIPERTENSÃO
MANUAL DE INSTRUÇÕES
INSTRUÇÕES GERAIS

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas, portanto deve estar **sempre** com você. **Recorra ao manual de instruções** sempre que surgir uma dúvida.

Erros de preenchimento do questionário **indicarão** que você **não consultou** o manual.

Todas as perguntas devem ser feitas exatamente como são escritas, ou seja, **devem ser lidas em voz alta** para a pessoa entrevistada. **As opções das perguntas**(que estarão todas em **negrito**) **não devem ser lidas, apenas o enunciado a não ser que esteja indicado ao contrário.**

Preencha o questionário **sempre a lápis** e use borracha para correções.

Os **números** devem ser escritos de **forma legível** para não deixar dúvidas.

A **letra** também deve ser **legível**, pois só assim as informações poderão ser lidas.

Assim que obtiver o nome, deve referir-se à pessoa **pelo nome** precedido de **Sr** ou **Sra**.

Leve **sempre** com você o questionário, lápis, borracha, e apontador, assim como as cartas de apresentação, permissão do serviço e o crachá.

Quando for idosa a pessoa a ser entrevistada ela não puder falar, peça que uma pessoa da casa responda à entrevista, sempre lembrando que as perguntas referem-se ao idoso, que é o sujeito da pesquisa.

Quando a pessoa não souber responder(ignorado) (**IGN**), complete com **9,99,999**,etc, os campos de codificação. Se a resposta for "**NÃO SE APLICA**" (**NSA**), preencha com **8**, **88**, **888**, etc.

Antes de aceitar uma resposta como **IGN(9)**, **tente** obter uma resposta. **Não** esqueça que resposta ignorada **é sempre uma perda**, não serve para nada.

Esclareça ao entrevistado que as informações são **sigilosas**. Mas se o entrevistado recusar responder o questionário, tente convencê-lo, mas se persistir a recusa, fale com o orientador. **Não desista logo**, isso não interessa a ninguém.

Procure manter-se imparcial para que o entrevistado não se sinta julgado pelas suas respostas.

Entrevistador: assine o questionário, mesmo que você tenha sido substituído por um colega, **você é o responsável**.

Coloque a data de realização da entrevista.

Não numerar o questionário, isso somente será realizado pelo coordenador da pesquisa.

Anote a data em que foi feita a entrevista.

Anotar o número do setor censitário

Anotar o número da casa, de acordo com a ordem a ser seguida por sorteio prévio, dentro do respectivo setor censitário.

Escreva o nome completo do entrevistado.

Endereço: escreva-o de tal forma que se você precisar chegar lá, você realmente o encontre.

Ponto de referência: use referências básicas e fundamentais tais como: alguma característica especial do domicílio, ônibus a usar, pontos de referência próximos da casa (bar da esquina, colégio na frente) nome do bairro, etc.

Telefone: anotar o número de telefone do entrevistado ou, se o não possuir, do vizinho casa seja possível utilizá-lo.

Pergunta 1. **Sexo**: Não pergunte, apenas observe e anote.

Pergunta 2. **Cor**: Não pergunte sobre a cor, neste momento apenas observe e anote.

Pergunta 3. **Qual a sua idade em anos completos?**: anote quantos anos a pessoa está **no momento** da entrevista; se ela for fazer aniversário no dia seguinte, assim mesmo você registrará a idade do entrevistado **no momento da entrevista**.

Pergunta 4. **Qual seu estado civil?**: preencher conforme as opções.

Pergunta 5. **O sr(a) está trabalhando?**: preencher conforme as opções. Se a resposta for ESTUDA pule para a questão 8. Se não estuda, pule para a pergunta 6.

Quantas dias por semana está trabalhando?: anotar o número de dias que trabalha por semana. Se variar muito o número de dias de uma semana para outra, anotar o número de dias da última semana, a não ser que esta tenha sido muito diferente das habituais(doença por exemplo).

Quantas horas por dia está trabalhando?: se as horas de trabalho variarem muito de um dia para outro, anotar o número de horas do último dia, tendo este sido um dia habitual.

Pergunta 6. **O sr(a) é aposentado(a)?**: preencher conforme as opções. Se a resposta for não, pule para a pergunta 8.

Pergunta 7. **Com qual idade o(a) sr(a) se aposentou?**: anotar a idade em que aposentou. Se for preciso utilize a carteira de trabalho do entrevistado. Mesmo que esteja trabalhando, o que interessa é o que consta na carteira. Anote 88 se não for aposentado e 00 se faz menos de um ano que é aposentado.

Pergunta 8. **Até que série que o(a) sr(a) estudou?**: Se o entrevistado não estudou, codifique como 0/0. Se o entrevistado estudou, coloque do lado do item correspondente até que série de que nível (p. ex., se o entrevistado estudou até a quinta série do primário, coloque 5 no espaço ao lado de _/1série do primário). se o entrevistado disser que completou um nível determinado, observe: o primário tem 5 séries, o ginásial tem 4 séries e o científico/normal/clássico têm 3 séries. Para codificar esta resposta, coloque antes da barra o número da série que o entrevistado completou. Usando o exemplo dado anteriormente a codificação ficará 5 / 1. Se o entrevistado estudou com o modelo atual de ensino (primeiro e segundo grau), coloque o número correspondente à série no espaço indicado, ao lado de primeiro grau ou segundo grau. Se estudou pelo Mobral ou no sistema supletivo, não codifique, apenas anote.

Pergunta 9. **O(a) sr(a) mora com mais alguém na sua casa?**: se a resposta for sim, marque com um X e depois anote o número de pessoas que moram na casa, **sem** contar com o entrevistado. Caso a resposta seja não, anote 00. Anotar somente aquelas que estiverem morando junto nos últimos 6 meses ou que estão há menos tempo mas que irão fazê-lo por pelo menos 6 meses. Considerar como morador se fizerem as refeições juntos.

Pergunta 10. **Agora vou perguntar sobre algumas coisas sobre a sua casa, está bem?**: perguntar sobre todos os itens, mesmo que a resposta pareça óbvia, tanto no sentido de possuir como de não possuir um determinado bem. Na questões em que estiverem contemplados mais de um bem ("quantos"), marcar o **sim** apenas com um X e codificar de acordo com o número de bens daquele item. Aparelhos estragados devem ser considerados.

Pergunta 11. ***Eu gostaria de saber se o(a) sr(a) tem ou teve algum problema dos que eu vou citar:*** preencher conforme as opções e observar que a resposta não é exclusiva, portanto cabem duas respostas ou mais. Obs.: Varizes não é entupimento de veias.

Pergunta 12. ***Há quanto tempo sabe que tem pressão alta?***: anotar aproximadamente, mas o mais exato possível, há quanto tempo sabe que tem pressão alta. OBS.: Se der o número exato em anos, preencher o item “meses” como 00, e se for menos de um ano preencher o espaço correspondente aos “anos” como 00

Pergunta 13. ***Dos tratamentos para a pressão alta que vou dizer, o(a) sr(a) faz algum deles?***: preencher conforme as opções e observar que a resposta não é exclusiva, portanto cabem duas respostas ou mais. Se não toma remédios, pule para a pergunta 22, mas antes tente responder a questão 20, verificando se não está tomando a medicação porque nunca foi prescrita, porque parou de tomá-la por conta própria ou porque o médico mandou. Quanto aos exercícios, só conta se caminhar exclusivamente para fazer exercício; se o entrevistado não puder caminhar por problemas físicos, tanto temporários(últimos 3 meses), como definitivos, coloque 8(NSA).

Pergunta 14. SE TOMA REMÉDIOS E FOR IDOSO, COPIE DO QUESTIONÁRIO SOBRE O IDOSO, SE NÃO É IDOSO, PERGUNTE E ESCREVA QUAIS : ***Quais são os remédios para a pressão?***. Se o entrevistado já tiver dito quais os remédios toma no questionário sobre idoso(se for), não pergunte, apenas anote aqui os remédios para a pressão. A codificação será feita pelo coordenador. ***Além dos remédios para a pressão, quantos outros tipos de remédios está tomando?***. Aqui anote apenas o número total dos outros tipos de remédios que toma. Não nos interessa quais.

Pergunta 15 ***O(a) sr(a) pode me dizer quantas vezes ao dia e em que horários deve tomar os remédios da pressão? Teria a última receita do médico para que eu possa ver?***: primeiro pergunte sobre como deve tomar a medicação e depois dele(a) ter dito, é que será feita a segunda parte da questão. Não faça qualquer expressão de censura se estiver errado, apenas anote o que não confere. Somente no final da entrevista, se notar que existe algum erro na forma como deveria estar tomando a medicação, é que você deverá fazer as correções.

Pergunta 16. ***Dos remédios que toma, qual é o que deve ser tomado mais vezes ao dia? Quantas vezes?*** anote apenas o número de vezes.

Pergunta 17. ***Sabemos que nem sempre é fácil tomar os remédios. Desde<dia da semana> da semana passada, o(a) sr(a) deixou de tomar algum remédio que deveria?***: se a entrevista for por exemplo numa segunda feira, perguntar quantas vezes desde a segunda anterior ele(a) não tomou a medicação. Se a resposta for não, pule para a pergunta 22.

Pergunta 18. **Quantas vezes deixou de tomar a medicação nessa semana?:** anotar o número de vezes que não tomou a medicação, mesmo que não seja lembrado o número exato de vezes.

Pergunta 19. **Nessas vezes em que deixou de tomar os remédios, quais os principais motivos para deixar de tomá-los?:** nesta pergunta você NÃO vai ler as opções para o entrevistado. Se a resposta for outros, anote-os separados por vírgulas. NÃO codifique o item "outros", isso será realizado pelo coordenador.

Pergunta 20. **O Sr(a) não tomou os remédios nessas ocasiões por ordem do médico?** responda conforme as alternativas, mas procure definir bem se é sim ou não. Se o entrevistado não entender a pergunta, reformule-a com outras palavras, procurando parecer o mais imparcial possível deixando-o à vontade para responder o que quiser.

Pergunta 21 **O(a) sr(a) acha que o(s) remédios da pressão lhe causam algum sintoma ou problema?:** se sente algum sintoma anotar qual é, nas palavras do paciente e separado por vírgulas, se for mais de um. Não codificar se a opção for sim, isto será feito depois pelo coordenador.

Pergunta 22. **Quando o(a) sr(a) consulta pela pressão costuma fazê-lo através do SUS por algum outro convênio, ou particular?** Anotar qual o convênio pelo qual o entrevistado costuma consultar devido à pressão. Se utiliza tanto o SUS como outros convênios, anotar conforme a última consulta.

Pergunta 23. **Quando o(a) sr(a) quer consultar, quanto dias demora, em geral, em conseguir a consulta?:** anotar, em média quantos dias demora em geral para obter uma consulta para controlar a pressão. Se consegue consultar no dia, coloque 00.

Pergunta 24. **Quando consulta para a pressão alta, geralmente é com o mesmo médico?:** anotar conforme as opções. Se o entrevistado responder por exemplo "depende", pergunte se aquilo de que "depende", faz consultar geralmente com o mesmo médico sim ou não?.

Pergunta 25. **Alguma vez os médicos deram-lhe alguma recomendação para tratar a pressão fora os remédios? Quais?:** preencher conforme as opções e observar que a resposta não é exclusiva, portanto cabem duas respostas ou mais. Se resposta for "outros", anotar resumidamente qualquer outra recomendação. Observe que as alternativas NÃO devem ser lidas! NÃO codifique o item "outros", isso será realizado pelo coordenador.

Pergunta 26. **Em geral, no dia da consulta, quantos minutos ou horas tem de esperar para ser atendido?:** anote assim, por exemplo, se o paciente espera 10 minutos: 0 0 horas 1 0 minutos, se disser que não espera nada porque a consulta é agendada, escreva 0 0 horas 0 0 minutos. A espera vale tanto para o tempo que

a pessoa espera para retirar uma ficha como na própria sala de espera antes da consulta propriamente dita. se for outra pessoa que retira a ficha esse tempo também deve ser computado.

Pergunta 27. Quando precisa esperar para ser atendido, geralmente é em pé, na fila ou sentado? anotar conforme as opções.

Pergunta 28. Se tivesse que dar uma nota de 0 a 10 para o seu médico na última consulta, qual seria?: se notar que o entrevistado parece constrangido em responder, lembre a ele que as respostas são confidenciais e portanto não podem prejudicá-lo ou ao médico. Se recusar a dar, colocar 88.

Pergunta 29. O(a) sr(a) acha que alguém que faz tratamento para pressão alta pode parar com os remédios se estiver se sentindo bem?: anotar conforme as opções. Se o entrevistado responder "depende", colocar que queremos saber de forma geral e, portanto só cabem essas duas respostas.

Pergunta 30. O(a) sr(a) acha que o tratamento da pressão deve ser: nesta questão as opções devem ser lidas e o entrevistado deve escolher a mais adequada. Se o entrevistado responder "depende", colocar que queremos saber de forma geral e, portanto só cabem essas duas respostas.

Pergunta 31. Quanto o(a) sr(a) gasta por mês com remédios para a pressão?: anotar o valor, mesmo que seja aproximado. O código 888 deverá constar se o paciente por exemplo receber toda a medicação de forma gratuita.

Pergunta 32. SE NÃO CONSULTA PELO SUS/INPS, PULE PARA A 34, SE CONSULTA:

Quando consulta pelo SUS, geralmente é no posto de saúde? Responda conforme as opções. A opção NSA deverá ser colocada se o paciente não consultar em posto.

Pergunta 33. Desde <mês> do ano passado, o(a) sr(a) participou de algum grupo de hipertensos em posto de saúde?: o mês entre parênteses deve corresponder ao mês em que você estará no momento da entrevista; anotar conforme as opções. A opção NSA deverá ser colocada se o paciente não consultar em posto.

Pergunta 34. Agora eu gostaria que o(a) sr(a) escrevesse aqui neste quadrinho o seguinte: Se tivesse que dar uma nota de zero a dez para os seus familiares pelo apoio que lhe dão para que o(a) sr(a) siga o tratamento, qual seria essa nota?: A idéia é que o entrevistado, se estiver algum parente presente na entrevista, possa sentir-se mais a vontade para responder. Para isso o familiar não deveria, preferencialmente saber da nota. se não sabe escrever, anote você mesmo O 8 deverá constar se o paciente não tiver familiares ou acompanhantes.

Pergunta 35. O Sr(a) acha que seja possível ter pressão alta sem sentir nada? anotar conforme as opções.

Pergunta 36 Sente alguma coisa devido á pressão alta? Anotar conforme as opções. **Se não sente, pule para a 38**

Pergunta 37. O que sente? Anote nas palavras do entrevistado quais os sintomas, separados por vírgulas. NÃO codifique, isso será realizado pelo coordenador.

Pergunta 38. Desde <MÊS> do ano passado lhe aconteceu alguma das coisas que vou citar?

As repostas devem ser lidas para o entrevistado; preencher conforme as opções e observar que a resposta não é exclusiva, portanto cabem duas respostas ou mais.

Pergunta 39. O(A) sr(a) tem algum outro problema de saúde que eu não perguntei?: se a resposta for sim, anotar resumidamente, separado por vírgulas. NÃO codifique, isso será realizado pelo coordenador.

Pergunta 40. O(a) sr(a) consultou alguma vez desde<MÊS>do ano passado devido á pressão? Se a resposta for sim, anotar o número de vezes, se for não coloque 00. Veja em que mês estamos e pergunte se desde esse mês do ano passado... se a resposta for não, pule para a questão 43.

Pergunta 41. Há quanto tempo foi a última consulta? Anotar conforme a resposta.

Pergunta 42. Quanto o(a) sr(a) gastou com essa(s) consulta(s)?: marque o total do custo de todas as consultas, se houver mais de uma, conforme a resposta do entrevistado, sem usar centavos. Se o entrevistado não souber com exatidão, pergunte pelo custo médio. Quando a consulta foi feita pelo SUS, use 000 reais; use 888 quando for pulada. Quando houver alguma consulta por convênio, ignore a não ser que a pessoa tenha pago algum complemento. É importante salientar que não deve ser considerado o fato do entrevistado, por exemplo pagar algum convênio, o que importa é o que ele gasta diretamente no momento da consulta.

Pergunta 43. O(A) sr(a) baixou hospital alguma vez <MÊS> do ano passado devido a algum problema relacionado à pressão alta?: se a resposta for sim, fazer apenas um X no local do sim e, ao lado anotar o número de vezes. Se a resposta for não, pule para a questão 45.

Pergunta 44. Quanto o(a) sr(a) gastou com essa(s) baixa(s)?: marque o total do custo de todas as internações, se houver mais de uma, conforme a resposta do entrevistado, sem usar centavos. Se o entrevistado não souber com exatidão, pergunte pelo custo médio. Quando a consulta foi feita pelo SUS, use 0000 reais; use 8888 quando for pulada.

Pergunta 45. O(A) sr(a) fez algum destes exames desde<MÊS> do ano passado?: anotar conforme as opções, mas, se não fez exames pule para a questão 45. Eletrocardiograma de esforço deve ser considerado como eletrocardiograma.

Pergunta 46 Quanto o(a) sr(a) gastou com esses exames?: marque o total do custo de todos os exames, se tiver feito mais de um exame, conforme a resposta do entrevistado, sem usar centavos. Se o entrevistado não souber com exatidão, pergunte pelo custo médio. Quando a consulta foi feita pelo SUS, use 0000 reais; use 8888 quando for pulada. Se o eletrocardiograma estiver incluído na consulta, calcule 30% do valor total da consulta e anote. Se tem convênio, mas paga algum complemento, apenas anote o valor.

Pergunta 47. O(a) sr(a) acha que costuma seguir as recomendações e tratamentos dados pelo seu médico, em relação à hipertensão?: as opções de resposta NÃO devem ser lidas.

Pergunta 48. O(a) sr(a) fuma ou alguma vez já fumou?: anotar conforme as opções. Se nunca fumou, pule para a questão 50.

Pergunta 49. Eu gostaria de saber algumas coisas sobre seu hábito de fumar: Marque conforme as respostas do entrevistado. No espaço **interrupção**, coloque o número de anos de interrupção do hábito. Para codificação: calcule o tempo total em anos a partir da idade de início, idade em que parou e interrupção e preencha no campo **tempfilt**; preencha o número de cigarros fumados por dia e por semana conforme a resposta. A não ser que fume menos do que 7 cigarros por semana, onde o campo correspondente a quantos cigarros por dia fuma NÃO deverá ser preenchido. Observe que há campos de codificação também para **outro** tipo de fumo

Pergunta 50. O(a) sr(a) tomou bebidas alcoólicas no último mês? Responda conforme as opções. Se a resposta for não pule para a questão 54

Pergunta 51. Quantas vezes tomou? Anote conforme as opções.

Pergunta 52. No último mês que tipo de bebida o(a) sr(a) tomou? Suponhamos que o entrevistado beba cachaça e que ele calcule beber uma garrafa de 600 ml por semana: você deverá 0 em todos os outros tipos menos no da cachaça onde colocará 1. Para quantificar a bebida, você usará, neste exemplo, na variável **br 7**, na **bud 00**(porque a unidade foi dada em semanas), na **bus 01** e na **bum 00**. Neste exemplo todos os outros campos deverão ser preenchidos com 00. Deverá constar 88 ou 8 se não bebe regularmente. Esta é uma questão com índice de erro alto, portanto é importante fazer suposições em casa com vários exemplos antes de aplicar o questionário.

OBS.: veja que se bebe menos do que uma vez por semana deve pular para a questão 57.

Pergunta 53. **Alguma vez o(a) sr(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?** marque conforme as opções

Pergunta 54. **As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?** marque conforme as opções

Pergunta 55. **O(A) sr(a) sente-se culpado(a)/chateado(a) com o sr.(a) mesmo pela maneira como costuma beber?** marque conforme as opções

Pergunta 56. **O(A) sr(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?** marque conforme as opções

Pergunta 57. **Agora vou perguntar mais algumas coisas sobre como o(a) sr(a) tem se sentido no último mês, e quero que me responda sim ou não a cada pergunta.** marque conforme as opções

Pergunta 58. **Agora eu gostaria de saber um pouco mais sobre a sua renda. Quanto o Sr(a) recebeu no último mês?:** Preencha com a renda no último mês, Se o entrevistado não tem rendimento nenhum, preencha com zeros(0) os espaços.

Pergunta 59. **E as outras pessoas da casa, no mês passado, quanto receberam?** Preencha com a renda no último mês, codificação. Observe que há espaço para cinco pessoas; se houver menos de cinco pessoas com rendimentos na casa, preencha os campos que sobram com 8888 e os campos de codificação correspondentes também com 8888.

Pergunta 60. **Teve alguma outra renda no mês passado?** Anote em reais o valor.

Pergunta 61. **Agora, se me der licença, vou medir a sua pressão, mas antes queria perguntar: o(a) sr(a) acha que a sua pressão está controlada neste momento?** Responda conforme as opções.

Afira a pressão conforme as instruções e registre uma a uma. Depois, em casa faça a média anote e codifique colocando a média da sistólica na variável de nome **medias** e da diastólica na de nome **mediad**.

Coloque o seu nome somente no final da entrevista.

ÉTICA: NO FINAL DA ENTREVISTA, LEMBRE DE CORREGIR QUALQUER ERRO QUE TENHA PERCEBIDO NA FORMA COMO O ENTREVISTADO DEVE TOMAR A MEDICAÇÃO E ENCAMINHE-O A UM POSTO OU AO SEU MÉDICO CASO A PRESSÃO ESTEJA DESCONTROLADA: >140-90 mmhg.

SE ESTIVER TOMANDO A MEDICAÇÃO E ESTIVER COM A MÉDIA ABAIXO DE 110 mmhg NA SISTÓLICA E/OU ABAIXO DE 70 mmhg, COMUNIQUE QUE A PRESSÃO PARECE ESTAR ALGO BAIXA DEMAIS E

ENCAMINHE-O AO SEU MÉDICO PARA CONSULTA DENTRO DOS PRÓXIMOS 7 DIAS.

ENTREGUE A FOLHA COM AS NOÇÕES SOBRE HIPERTENSÃO E ANOTE NELA OS NÍVEIS DE PRESSÃO PARA QUE POSSA SER MOSTRADO PELO ENTREVISTADO AO SEU MÉDICO.

Agradeça ao sair.

ANEXO IV

QUESTIONÁRIO DE CONTROLE DE QUALIDADE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS –
FACULDADE DE MEDICINA
CONTROLE DE QUALIDADE DOS QUESTIONÁRIOS SOBRE HIPERTENSÃO E
SAÚDE GERAL DOS IDOSOS NA CIDADE DE PELOTAS**

⇒ Número do questionário: _____	numero _____
⇒ Data do questionário: ____/____/____	data ____/____/____
⇒ Setor censitário: _____	setor: _____
⇒ Número da casa: _____	nucasa _____
⇒ Endereço: _____ _____	
⇒ Ponto de referência: _____ _____	
⇒ TELEFONE : _____	
⇒ NOME DO ENTREVISTADO : _____ _____	

AGORA EU VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS PARA O(A) SR.(A)

1. Qual sua idade em anos completos ? idade _____

2. Qual seu estado civil ? estcivil _____
 - (1) casado(a) ou vive com companheiro(a)
 - (2) viúvo
 - (3) separado/divorciado
 - (4) solteiro

3. † No último ano, o(a) sr(a) caiu alguma vez? quedano _____
 - () sim , _____ vezes (00) não

4. O(A) sr(a) fuma ou alguma vez já fumou? fumo _____
 - (1) sim (0) não (PULE PARA QUESTÃO 68)

5. † Quando o(a) sr(a) está doente ou com problemas de saúde, quem mais lhe ajuda? (1) esposo(a), companheiro(a) (2) filho (a) ajudanc __
 (3) nora ou genro (4) neto(s)
 (5) irmão(s) (6) amigo ou vizinho
 () outra pessoa: _____
6. † O(A) sr(a) chateia-se frequentemente com coisas pequenas? (1) sim (0) não pequena__
7. † Eu gostaria que o(a) sr(a) repetisse o que eu vou dizer agora :
 NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ nemaqui __
 (1) resposta correta (0) resposta errada
8. ♥ Quando o(a) sr(a) consulta para a pressão, geralmente o faz SUS(INPS), por algum outro convênio, ou particular? (1)SUS/INPS 2)convênio convênio__
 (3) particular (8) NÃO CONSULTA
9. ♥ Sente alguma coisa devido à pressão alta? (1)sim (0)não sinto__
10. ♥ Quando consulta para a pressão alta, geralmente é com o mesmo médico? mesmodr __
 (1) sim (0) não (8)NSA
11. ♥ Há quanto tempo sabe que tem pressão alta? hasanos ____
 ____ anos e ____ meses hasmes ____
12. ♥ O(a) sr(a) acha que alguém que faz tratamento para pressão alta pode parar com os remédios se estiver se sentindo bem? (1)sim (0) não susptto __

ANEXO V

**MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA AFERIÇÃO
DA PRESSÃO ARTERIAL**

Descrição do procedimento da medida da pressão arterial

1. Certificar-se que o paciente não esteja com a bexiga cheia e que não tenha ingerido álcool e/ou bebidas alcoólicas durante a entrevista.
2. Solicite ao entrevistado que retire o máximo de roupa no sentido do braço permanecer preferencialmente sem vestimenta alguma. Se isso não for possível e estiver com camisa de manga longa, dobre-a você mesmo de forma que não fique concentrada em um único ponto comprimindo a circulação.
3. Solicitar ao entrevistado que permaneça sentado(ou deitado, se a entrevista foi realizada nessa posição), com o braço apoiado em algo de forma que o manguito fique na altura do coração.
4. Colocar o manguito de forma que apenas consiga-se colocar um dedo entre ele e o braço do entrevistado e cerca de 2 a 3 cm acima da fossa cubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial.
5. Solicitar ao entrevistado que não fale durante o procedimento
6. Pedir ao entrevistado para deixar o membro o mais relaxado possível.
7. Faça o procedimento de preferência sentado!
8. Palpar o pulso radial, inflar o manguito até o desaparecimento do pulso já tendo posicionado as olivas do estetoscópio nos ouvidos e estando o aparelho voltado com a curvatura para a frente.
9. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa cubital, evitando compressão excessiva.
10. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmhg, até 30 mmhg acima do ponto de desaparecimento do pulso radial.
11. Desinsuflar o manguito em velocidade constante de 2-4 mmhg por segundo. Após a determinação da pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 mmhg por segundo evitando congestão venosa e desconforto para o entrevistado.
12. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som(Fase I de Korotkoff) exceto em condições especiais(ver abaixo). Auscultar cerca de 3m mmhg abaixo do último som para confirmar o seu desaparecimento e depois desinsuflar completamente o manguito.
13. Se ouvir o sons de Korotkoff até o nível zero de pressão, considerar então a fase 4 para a determinação da diastólica.
14. Registrar os valores da pressão arterial sistólica e diastólica.
15. Repetir a aferição 2 minutos depois e se houver uma diferença igual ou superior a 5 mmhg entre uma medida e outra, tanto na sistólica como na diastólica, realizar uma terceira medida. Registrar novamente os valores da pressão arterial sistólica e diastólica.
16. **Em casa**, após a entrevista fazer uma média das duas ou três medidas e anotar.

ANEXO VI

CARTILHA COM NOÇÕES BÁSICAS SOBRE HAS

ALGUMAS NOÇÕES SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL

1. A Hipertensão arterial (pressão alta) está geralmente presente sem sintomas, ou seja, a pessoa geralmente pode ficar sem sentir nada por muitos anos.
2. Mesmo que a pessoa não sinta nada ela deve fazer **SEMPRE** o seu tratamento pois caso contrário, a cada batimento do coração, a pressão estará silenciosamente prejudicando.
3. Fazem parte do tratamento de qualquer pessoa que tenha pressão alta, as seguintes recomendações gerais:
 - comer com pouco sal
 - fazer exercício físico ao menos três vezes por semana sendo que o tipo e a duração desse exercício deverá ser indicada pelo seu médico
 - manter-se dentro do peso ideal
 - não fumar
 - não usar bebidas alcoólicas com frequência
 - consultar regularmente com o seu médico
 - informar ao médico sobre qualquer sintoma que acredite possa estar relacionado ao tratamento da pressão.
4. Mesmo que a pessoa esteja usando remédios para a o controle da pressão, ela deve fazer também as recomendações gerais
5. Os medicamentos **SOMENTE** podem ser suspensos pelo seu médico