

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

MARIA VILANÍ CAVALCANTE GUEDES

COMPORTAMENTOS DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL:  
ESTUDO FUNDAMENTADO NO MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE

FORTALEZA

2005

MARIA VILANÍ CAVALCANTE GUEDES

COMPORTAMENTOS DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL:  
ESTUDO FUNDAMENTADO NO MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE

Tese submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Orientadora: Profa. Dra. Thelma Leite de Araujo

Linha de pesquisa:

Assistência Participativa de Enfermagem Clínico-Cirúrgica em situação saúde-doença.

Projeto: Ações Integradas em Saúde Cardiovascular.

FORTALEZA

2005

MARIA VILANÍ CAVALCANTE GUEDES

COMPORTAMENTOS DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL:  
ESTUDO FUNDAMENTADO NO MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE

Tese submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Apresentação em: 27/10/2005

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo- Orientadora  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Telma Ribeiro Garcia  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Profa. Dra. Marta Maria Coelho Damasceno  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Lucia de Fatima da Silva  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Profa. Dra. Maria Célia de Freitas  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. Dr. Paulo César de Almeida  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

## **DEDICATÓRIA**

À minha mãe Anunciada e  
à minha filha Lia, por suas crenças  
em mim.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus , pelo dom da vida e pela minha tranqüilidade ao vivê-la.

À minha família, meu porto seguro, pela amizade e confiança.

À Profa. Dra. Thelma Leite de Araujo, amiga e orientadora, que confiantemente acreditou nas minhas possibilidades. Por sua segurança na condução do trabalho.

Ao Prof. Dr. Paulo César de Almeida, por sua amizade e pelas sugestões e valorosa contribuição na organização e análise dos dados.

Ao Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes, pela amizade, apoio, colaboração e disponibilidade em ajudar.

À Banca examinadora, pelas contribuições.

Às amigas de fé, irmãs camaradas, Lucia de Fatima e Célia Freitas, pelo incentivo e apoio.

Às amigas Viviane, Ana Luisa, Luisa Helena e Diana Macia, que me encorajaram e ajudaram desde a inscrição no processo seletivo. Muito desta conquista foi construído também por vocês.

À amiga Rosa Amélia, pela presença constante e prestimosa.

Aos clientes, pela colaboração na elaboração deste estudo.

Aos profissionais do Centro de Saúde, pelo apoio e colaboração.

Às minhas colegas de turma, especialmente Vitória, valeu a convivência e a amizade.

À Universidade Federal do Ceará, pela valiosa oportunidade.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para o alcance desta meta, obrigada.

## RESUMO

O adoecimento crônico requer das pessoas mudança ou aquisição de comportamentos de saúde. No caso da hipertensão arterial os comportamentos envolvem mudanças no estilo de vida. A prevalência da doença, seus riscos de complicações cardiovasculares, com possibilidades de seqüelas transitórias ou permanentes e de morte pela dificuldade de adesão ao tratamento, tem despertado interesse de pesquisadores no mundo inteiro. Com base no Modelo de Crenças em Saúde (MCS) o estudo objetivou avaliar, como se expressam as crenças de pessoas portadoras de hipertensão arterial e identificar como estas pessoas percebem os riscos de complicações da mencionada hipertensão: a susceptibilidade, e a severidade da doença; os benefícios do tratamento adequado e contínuo; e as barreiras enfrentadas para o seguimento do tratamento prescrito e os estímulos para a ação. Estudo seccional realizado com uma amostra de 103 clientes adultos, portadores de hipertensão arterial, inscritos no Programa de Controle de Hipertensão Arterial há pelo menos um ano, com comparecimento no mínimo a sete consultas neste ano e que aceitaram livremente participar do estudo. Coletaram-se dados de julho a dezembro de 2004, em um Centro de Saúde municipal em Fortaleza-CE. Utilizaram-se dois formulários: um baseado no Modelo de Crenças em Saúde e o outro para classificar os participantes em relação à adesão ao tratamento. A análise estatística foi realizada com teste qui-quadrado de Fisher-Fremman-Halton com  $p \leq 0,05$  e os coeficientes de correlação de Pearson e de Rho de Spearman. Os resultados mostraram um grupo com 76,7% de mulheres, cuja idade variou de 22 a 80 anos (média de  $57,1 \pm 11,1$ ); 29,1% com até quatro anos de escolaridade, além de cinco analfabetos, e renda familiar média de R\$ 395,00; tempo de diagnóstico e de tratamento de um a 25 anos e de acompanhamento de um a 16 anos; 84,5% têm história familiar de doença cardiovascular; 27,2% estavam com IMC entre 18 e 24,9 kg/m<sup>2</sup>; 49 com circunferência da cintura nos valores recomendados para mulheres e homens; 35,9% das mulheres demonstraram adesão forte e 4,9% adesão ideal. Apresentaram comportamentos que favorecem a adesão ao tratamento; crenças na susceptibilidade às complicações; na severidade da doença; nos benefícios do tratamento; nas barreiras e nos estímulos para a ação. Os resultados revelaram associação estatisticamente significativa entre comportamentos, adesão ( $p=0,001$ ) e IMC ( $p=0,045$ ); na dimensão severidade e controle da pressão arterial  $< 140 \times 90$  mm Hg ( $p= 0,048$  para PAS ;  $p= 0,001$  para PAD); com tempo de tratamento ( $p= 0,027$ ); adesão e circunferência da cintura de mulheres ( $p=0,001$ ); adesão e IMC ( $p=0,012$ ); na dimensão benefícios, seguimento de orientações ( $p=0,001$ ); ajuda das orientações no tratamento ( $p=0,013$ ); possibilidade de controlar a pressão arterial ( $p=0,001$ ); na dimensão barreiras, escolaridade ( $p=0,024$ ). Os coeficientes de Pearson e de Rho de Spearman mostraram correlações estatisticamente significantes entre médias de pressão arterial sistólica e diastólica ( $p= 0,001$ ) e ( $p= 0,023$ ), respectivamente; peso ( $p=0,010$ ) e ( $p=0,007$ ) e tempo de diagnóstico ( $p=0,028$ ) e ( $p=0,012$ ); adesão ( $p=0,000$ ) e ( $p=0,000$ ), respectivamente. Segundo concluiu-se, o grupo tem comportamentos e crenças em relação à severidade da doença, aos benefícios do tratamento, e reconhece barreiras para o tratamento, mas não consegue mostrar bom perfil de adesão.

Palavras-chave: hipertensão arterial, crenças em saúde, comportamento em saúde, adesão ao tratamento.

## ABSTRACT

The chronic sickening requires a change or acquisition on people's health behavior. In hypertension the behaviors involve changes in lifestyle. The prevalence of the disease, its cardiovascular complication risks, with possibilities of temporary or permanent sequels and death by difficulty in following the treatment, has concerned researchers around the world. The aim of this study is to evaluate the behaviors and beliefs of the people who suffers from blood hypertension, according to the Health Belief Model, and to identify how these people realize the risks involved on its complication: the susceptibility and severity. A sectional study was carried out with a population of 103 adult clients. They all suffer from arterial hypertension and were subscribed in the Hypertension Control Program for at least one year, having attended a minimal of seven consultations during the year. They freely accepted to participate in the study. The data was collected from August to December 2004 in a Municipal Health Center in Fortaleza - CE. Two different forms were used. One of them based in the Health Belief Model and the other was used to classify the participants relating to their following of the treatment. The statistic analysis was made with qui-square test, the Fisher-Freman-Halton with  $p \leq 0,005$  and the Pearson and Rho Spearman's coefficients. The results presented a group with 76.7% of women; the age of its members varied from 22 to 80 (average of  $57,1 \pm 11,1$ ); 29.1% of them have studied only for four years and five of them were illiterate; the average family income was of R\$395,00; their diagnosis and treatment time ranged from one to 25 years and accompaniment from one to 16 years; 84.5% of them had records of cardiovascular disease in the family; 27.2% were with BMI between 18 and 24.9 kg/m<sup>2</sup>; 49 had the recommended values of waist circumference to women and men; 25.9% of the women were very good at following the treatment and 4.9% completely followed it. The group studied showed behavior that favors the following of the treatment; beliefs in the susceptibility to complications; in the disease severity; in the benefits of the treatment; in the barriers and in the stimulus to action. The results showed a statistically significant association between behavior and the following of the treatment ( $p=0,001$ ); BMI ( $p=0,045$ ); in the dimension severity and blood pressure < 140 x 90 mm Hg ( $p= 0,048$  for SBP;  $p= 0,001$  for DBP); with time of treatment ( $p= 0,027$ ); following of the treatment and women waist circumference ( $p=0,001$ ); following of the treatment and BMI ( $p=0,012$ ); between benefits and the guidance following ( $p=0,001$ ); the help of guidance during the treatment ( $p=0,013$ ); the possibility of controlling blood pressure ( $p=0,001$ ) and between barriers and schooling ( $p=0,024$ ). The Pearson and Rho Spearman's coefficients showed statistically significant correlations between averages of blood pressure (SBP e DBP) ( $p= 0,001$ ) and ( $p= 0,023$ ) respectively; weight ( $p=0,010$ ) and ( $p=0,007$ ) and diagnosis time ( $p=0,028$ ) and ( $p=0,012$ ); the following of the treatment ( $p=0,000$ ) and ( $p=0,000$ ) respectively. It was concluded that the group has behaviors and beliefs related to the disease severity, the treatment benefits, and it recognizes barriers to the treatment, but they have difficulty following the treatment.

Keywords: Hypertension, health belief, behavior in health, adherence the treatment.

## RESUMEN

La enfermedad crónica requiere de las personas mudanza o adquisición de comportamientos de salud. En el caso de la hipertensión arterial los comportamientos envuelven cambios en el modo de vida. La existencia de la enfermedad, sus riesgos de complicaciones cardiovasculares, con posibilidades de secuelas transitorias o permanentes y de muerte por la dificultad de adhesión al tratamiento, tiene despertado interés de investigadores en el mundo todo. El estudio ha objetivado evaluar comportamientos y creencias de personas con hipertensión arterial con base en el Modelo de Creencias en Salud e identificar como estas personas perciben la susceptibilidad y la severidad de la enfermedad; los beneficios del tratamiento adecuado y continuo; y, las barreras enfrentadas para el seguimiento del tratamiento prescrito. Estudio seccional, caracterizado por la observación de determinada cantidad planeada de individuos, en una única oportunidad. La muestra fue de 103 clientes adultos, portadores de hipertensión arterial, inscritos en el Programa de Control de Hipertensión Arterial hace en lo mínimo un año, con comparecencia siete consultas en este año que aceptaran libremente participar del estudio. Se ha colectado datos de agosto a diciembre de 2004, en un Centro de Salud municipal en Fortaleza – CE. Se ha utilizado dos formularios, un basado en el Modelo de Creencias en Salud, y el otro para clasificar los participantes, con relación a la adhesión al tratamiento. El análisis estadística realizada con teste qui-cuadrado, de Fisher-Freman-Halton, con  $p \leq 0,005$  y los coeficientes de correlación de Pearson y Rho de Spearman. Los resultados mostraron un grupo con 76,7% de mujeres; edad ha cambiado de 22 a 80 años (média de  $57,1 \pm 11,1$ ); 29,1% con hasta cuatro años de escolaridad y cinco analfabetos; renda familiar de R\$ 395,00; tiempo de diagnóstico y de tratamiento de un a 25 años y de comportamiento de 1 a 16 años; 84,5% tienen historia familiar de enfermedad cardiovascular; 27,2% estaban con IMC entre 18 e 24,9%; 49 con circunferencia de la cintura en los valores en los valores recomendados para mujeres y hombres; 35,9% de las mujeres presentaban adhesión fuerte y 4,9% adhesión ideal. Presentaron comportamientos que favorecen la adhesión al tratamiento; creencias en la susceptibilidad a las comparaciones; en la severidad de la enfermedad; en los beneficios del tratamiento; en las barreras y en los estímulos para la acción. Los resultados mostraron asociación estadísticamente significativa entre comportamientos y adhesión ( $p=0,001$ ); IMC ( $p=0,045$ ); en la dimensión severidad y el control de la presión arterial  $<140 \times 90$  mm Hg ( $p=0,048$  para PAS;  $p=0,001$  para PAD); con tiempo de tratamiento ( $p=0,027$ ); adhesión y circunferencia de la cintura de mujeres ( $p=0,001$ ); adhesión e IMC ( $p=0,012$ ); entre beneficios e seguimiento de las orientaciones ( $p=0,001$ ); ayuda de las orientaciones en el tratamiento ( $p=0,013$ ); posibilidad de controlar la presión arterial ( $p=0,001$ ) y entre barreras y escolaridad ( $p=0,024$ ). Los coeficientes de Pearson e Rho de Spearman mostraron correlaciones estadísticamente significantes entre médias de presión arterial (PAS y PAD) ( $p=0,001$ ) y ( $p=0,023$ ) respectivamente; peso ( $p=0,010$ ) y ( $p=0,007$ ) y tiempo de diagnóstico ( $p=0,028$ ) y ( $p=0,012$ ); adhesión ( $p=0,000$ ) y ( $p=0,000$ ) respectivamente. Se concluyó, el grupo tiene comportamientos y creencias con relación a la severidad de la enfermedad, a los beneficios del tratamiento, y reconoce barreras para el tratamiento, pero no consigue mostrar buen perfil de adhesión.

Palabras-llave: hipertensión arterial, creencias en salud, comportamiento en salud, adhesión al tratamiento.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Análise univariada das variáveis sociodemográficas da amostra. Fortaleza-CE, 2004.....	47
Tabela 2	Distribuição das variáveis: idade, escolaridade, renda, número de pessoas morando no domicílio. Fortaleza-CE, 2004.....	49
Tabela 3	Análise univariada dos dados de índice de massa corporal, circunferência da cintura e herança genética do grupo amostral. Fortaleza-CE, 2004.....	50
Tabela 4	Resultados estatísticos dos dados das condições do grupo amostral em relação ao tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004.....	51
Tabela 5	Resultados descritivos dos valores de pressão arterial sistólica e diastólica. Fortaleza-CE, 2004.....	52
Tabela 6	Análise univariada dos comportamentos de saúde do grupo amostral. Fortaleza-CE, 2004.....	53
Tabela 7	Análise univariada dos dados de susceptibilidade percebida do grupo amostral às complicações da hipertensão arterial. Fortaleza-CE, 2004.....	55
Tabela 8	Análise univariada dos dados de percepção do grupo amostral sobre a severidade da hipertensão arterial. Fortaleza-CE, 2004.....	56
Tabela 9	Análise univariada dos dados de percepção do grupo amostral sobre os benefícios do tratamento da hipertensão arterial. Fortaleza-CE, 2004.....	57
Tabela 10	Análise univariada dos dados de percepção do grupo amostral sobre as barreiras no tratamento da hipertensão arterial. Fortaleza-CE, 2004.....	58
Tabela 11	Análise univariada dos dados de percepção do grupo amostral sobre os estímulos que favorecem o tratamento da hipertensão arterial. Fortaleza-CE, 2004.....	59
Tabela 12	Análise bivariada das variáveis sociodemográficas do grupo amostral em relação à manutenção da pressão arterial sistólica controlada <140mmHg. Fortaleza-CE, 2004.....	60
Tabela 13	Análise bivariada das variáveis sociodemográficas do grupo amostral em relação à manutenção da pressão arterial diastólica controlada < 90 mm Hg. Fortaleza-CE, 2004.....	63
Tabela 14	Análise bivariada dos valores de medidas da circunferência da cintura de mulheres e homens em relação à adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004.....	

		65
Tabela 15	Análise bivariada do nível de adesão e variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2004.....	67
Tabela 16	Análise bivariada dos aspectos de comportamentos e variáveis sociodemográficas e de tratamento anti-hipertensivo do grupo amostral. Fortaleza-CE, 2004.....	69
Tabela 17	Análise bivariada da dimensão da susceptibilidade percebida e variáveis sociodemográficas e de tratamento anti-hipertensivo do grupo amostral. Fortaleza-CE, 2004.....	72
Tabela 18	Análise bivariada da dimensão severidade percebida e variáveis sociodemográficas e de tratamento anti-hipertensivo do grupo amostral. Fortaleza-CE, 2004.....	73
Tabela 19	Análise bivariada da dimensão benefícios percebidos pelo grupo amostral em relação às variáveis sociodemográficas e de tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004.....	75
Tabela 20	Análise bivariada da dimensão benefícios percebidos, variáveis sociodemográficas e de tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004.....	76
Tabela 21	Análise bivariada dos estímulos para a ação e as variáveis sociodemográficas e de tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004.....	77
Tabela 22	Análise bivariada e percepção da susceptibilidade da hipertensão arterial, suas possíveis complicações e a adesão do grupo amostral ao tratamento. Fortaleza-CE, 2004.....	79
Tabela 23	Comportamentos dos clientes hipertensos em relação à severidade da doença e ao tempo de tratamento. Fortaleza-CE, 2004.....	80
Tabela 24	Análise bivariada da preocupação do grupo amostral em relação à seriedade da hipertensão arterial não controlada. Fortaleza-CE, 2004.....	81
Tabela 25	Análise bivariada da adesão do grupo amostral em relação à severidade da hipertensão arterial. Fortaleza-CE, 2004.....	82
Tabela 26	Comportamentos e percepção dos clientes em relação aos benefícios da adesão ao tratamento. Fortaleza-CE, 2004.....	83
Tabela 27	Percepção dos benefícios do tratamento e comportamento dos hipertensos. Fortaleza-CE, 2004.....	84
Tabela 28	Análise bivariada da percepção dos clientes sobre os possíveis benefícios da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Fortaleza-CE, 2004.....	85
Tabela 29	Análise bivariada da percepção do grupo amostral sobre as barreiras à adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE,	86

	2004.....	
Tabela 30	Análise bivariada da percepção das possíveis barreiras ao tratamento da hipertensão arterial e a adesão do grupo amostral ao tratamento. Fortaleza-CE, 2004.....	87
Tabela 31	Análise bivariada das terapias medicamentosas adotadas no tratamento anti-hipertensivo do grupo amostral. Fortaleza-CE, 2004.....	88
Tabela 32	Análise bivariada da prática de tomar todos os medicamentos receitados em relação à adesão ao tratamento anti-hipertensivo do grupo amostral. Fortaleza-CE, 2004.....	89
Tabela 33	Análise bivariada dos medicamentos receitados em relação à adesão ao tratamento anti-hipertensivo do grupo amostral. Fortaleza-CE, 2004.....	89
Tabela 34	Análise bivariada dos estímulos recebidos dos profissionais e da sociedade para a adesão do grupo amostral ao tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004.....	90
Tabela 35	Dados gerais de pontuação dos comportamentos e das dimensões do Modelo de Crenças em Saúde e dos estímulos para a ação. Fortaleza-CE, 2004.....	91
Tabela 36	Dados dos coeficientes de correlações da média de pressão arterial sistólica e fatores relacionados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004.....	92
Tabela 37	Dados dos coeficientes de correlações da média de pressão arterial diastólica e fatores relacionados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004.....	93
Tabela 38	Dados dos coeficientes de correlações da adesão e fatores relacionados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004.....	94
Tabela 39	Dados de coeficientes de correlações entre comportamento seguir as orientações dos profissionais e o seguimento do tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004.....	95
Tabela 40	Dados dos coeficientes de correlações da adesão e as médias dos aspectos de comportamentos e das dimensões do Modelo de Crenças em Saúde de clientes portadores de hipertensão arterial. Fortaleza-CE, 2004.....	95

# SUMÁRIO

RESUMO  
ABSTRACT  
RESUMEN

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	26
2.1 Objetivo geral.....	26
2.2 Objetivos específicos.....	26
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	27
3.1 O Modelo de Crenças em Saúde.....	27
3.2 Material e métodos.....	32
3.2.1 Tipo de estudo.....	33
3.2.2 Caracterização do local do estudo.....	33
3.2.3 População.....	35
3.2.4 Amostra.....	37
3.2.5 Procedimentos para coleta de dados .....	39
3.2.6 Organização dos dados .....	45
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	47
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	96
5.1 Breves considerações.....	96
5.1.1 Perfil sociodemográfico do grupo amostral.....	100
5.1.2 Adesão ao tratamento da hipertensão arterial.....	105
5.2 Comportamentos e crenças de pessoas com hipertensão arterial.....	110
5.2.1 Práticas comportamentais de pessoas com hipertensão arterial.....	110
5.2.2 Crenças das pessoas com hipertensão arterial na susceptibilidade de complicações da doença.....	121
5.2.3 Crenças das pessoas na severidade da hipertensão arterial.....	125
5.2.4 Crenças das pessoas nos benefícios do tratamento da hipertensão arterial.....	129
5.2.5 Percepção das pessoas com hipertensão arterial sobre as barreiras ao tratamento.....	132
5.2.6 Estímulos para a ação de adesão ao tratamento e controle da hipertensão arterial.....	135
6 CONCLUSÕES.....	140
7 REFERÊNCIAS.....	146
APÊNDICES.....	155
ANEXO.....	162

# 1 INTRODUÇÃO

Ser portador de doença crônica significa viver constantemente com atenção a seus sinais e sintomas, muitas vezes em uso contínuo de medicamentos e enfrentando mudanças em seu estilo de vida. É preciso, portanto, se manter atento à dieta, à atividade física, com vistas a amenizar as crises do cotidiano, principalmente aquelas desencadeadoras de estresse. Esta verdade se aplica, em especial, aos portadores de hipertensão arterial.

A hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível, de interesse para a saúde pública, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. Essa problemática aflige estudiosos do mundo inteiro, pela prevalência da doença, pelo diagnóstico na maioria das vezes tardio e pelos baixos índices de adesão ao tratamento.

Segundo evidenciado por resultados de uma revisão sistemática realizada por Kearney et al. (2004) com base em estudos divulgados, entre janeiro de 1980 e julho de 2003, e publicados em periódicos indexados na MEDLINE cujo objetivo foi examinar a prevalência e o nível de conhecimento, tratamento e controle da hipertensão em diferentes regiões do mundo, a prevalência da hipertensão variou ao redor do mundo, em relação a sexo, com baixa prevalência na área rural da Índia em homens (3,4%) e em mulheres (6,8%), e alta prevalência na Polônia, em homens (68,9%) e em mulheres (72,5%).

Ainda de acordo com o mencionado estudo, o nível de conhecimento, o tratamento e o controle variaram entre países e regiões. O conhecimento variou de 75,0% em Barbados, para 25,2% na Coréia; o tratamento, de 10,7% no México para 66,0% em Barbados, enquanto o controle da pressão arterial < 140 x 90 mmHg em uso de medicação anti-hipertensiva oscilou de 5,4% na Coréia para 58,0% em Barbados. Assim, conforme apontaram os resultados, muitas pessoas com hipertensão arterial ainda desconhecem sua condição e entre aquelas que sabem ser portadoras o tratamento é freqüentemente inadequado, resultando baixa adesão.

No Brasil, ainda não se sabe a prevalência da hipertensão arterial. Todavia, estudos isolados, desenvolvidos no período de 1990 e 2001, com população urbana adulta, em alguns municípios brasileiros, indicam uma prevalência alternada de 22,3% a 43,9%.

Entre estes destaca-se a pesquisa de Debert-Ribeiro et al. (1981), realizada em São Paulo com 5.500 trabalhadores, que mostrou a prevalência por faixa etária entre 15 e mais de 55 anos, com variação entre 5,3% e 46,7% para homens e de 2,7% a 27,3% para as mulheres.

Atualmente, está em fase de conclusão a pesquisa nacional Projeto Corações do Brasil destinada a mapear os nove principais fatores de risco cardiovasculares em todo o território nacional. Entre esses, inclui-se a hipertensão arterial como um dos fatores de risco mais preocupantes, porque na maioria das vezes é assintomática.

Os resultados do estudo devem contribuir na redução da incidência de eventos cardiovasculares, como infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico, principais causas de morte no país.

De acordo com os primeiros resultados desta pesquisa, 93,5% da população brasileira hipertensa não atinge o nível de pressão arterial ideal, e dos 6,5% que se tratam, 65,0% são mulheres e 35,0% homens. Além disso, 48,1% da população portadora de hipertensão arterial sabe do problema e não faz qualquer tipo de tratamento, comportamento observado sobretudo entre os homens (CONSELHO , 2005).

Esta prevalência merece atenção pelo fato da doença ter seu início silencioso, só sendo descoberta em fase tardia, quando o indivíduo já apresenta algum sintoma (DIRETRIZES..., 2002).

Conhecida como assassina silenciosa, por inicialmente não produzir sintomas que alertem o portador para a doença, em geral, a hipertensão arterial é descoberta por acaso, quando de consulta de *check up*, ou mesmo por ocasião do acometimento de outra doença, ao ser verificada a pressão arterial como rotina de atendimento. Outro modo de diagnóstico é quando o paciente já apresenta sintoma indicador de comprometimento em algum órgão e procura o serviço de saúde, quase sempre em caráter de urgência.

Borenstein (1994) afirma ser a emergência o local onde muitas vezes a hipertensão arterial é diagnosticada, seja porque o portador chega

ali para um atendimento geral, ou com uma crise hipertensiva, ou mesmo com complicações envolvendo órgãos-alvo.

É notório o fato da hipertensão arterial ser um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Estudos realizados desde 1947, em especial o conhecido estudo Framingham, descrevem os riscos das doenças cardiovasculares, e apontam a pressão sanguínea elevada como grave risco, principalmente para o sexo masculino. Os riscos tornam-se mais pronunciados no referente à doença cerebrovascular e à falência cardíaca do que propriamente para a doença cardiovascular. Consoante os estudos clássicos já asseguravam, a pressão sanguínea era considerada fator de risco menor para a mulher e para a doença claudicante intermitente, particularmente no caso dos fumantes e daqueles com intolerância a glicose (KANDEL; McGEE; GORDON, 1976).

Na contemporaneidade, segundo demonstram novas pesquisas como a de Kannel (2000), ao se referir ao estudo de Framingham e ressaltar as pesquisas populacionais desde aquela época, a pressão arterial diastólica elevada contribui fortemente para o aumento das doenças cardiovasculares com aterogênese associada. Assim, a hipertensão arterial ocupa lugar de destaque como risco para estas doenças, com ênfase na faixa etária de 30 a 69 anos, sendo responsável por 65% do total de óbitos e, conseqüentemente, se torna a primeira causa de morbi-mortalidade na população brasileira (BRASIL, 2001).



Como afirmam Brandão, Brandão e Magalhães et al. (2003, p. 8), a hipertensão arterial está descrita como fator de risco responsável por grande parte da morbi-mortalidade cardiovascular em países desenvolvidos, desde os estudos de Framingham. Estes autores acrescentam algumas condições que contribuem para incrementar os riscos, quais sejam: “ distúrbios metabólicos ligados à obesidade, ao diabetes, às dislipidemias” .

Mas a pressão arterial sistólica não deve ser menos valorizada. Deste modo, Kannel (2000) chama a atenção para o fato de que a associação de elevação da pressão arterial sistólica e diastólica em um mesmo paciente aumenta o fator de risco para doenças cardiovasculares, pois a pressão sistólica tende a subir com o envelhecimento, enquanto os níveis diastólicos estabilizam ou declinam. Fatores como dislipidemia, obesidade abdominal, hipertrofia do ventrículo esquerdo, intolerância a glicose, fumo e eletrocardiograma com anormalidades, devem ser avaliados e acompanhados porque associados eles parecem potencializar os efeitos da hipertensão.

Considerada como uma doença com inúmeros fatores etiológicos, torna-se difícil defini-la, embora seja possível afirmar que a hipertensão arterial é a elevação crônica da pressão sistólica e/ou diastólica. Entretanto, não há critérios segundo os quais se possa seguramente determinar uma linha divisória entre normotensão e hipertensão, portanto, toda pressão arterial acima de 120 x 80 mmHg já constitui fator de risco e deve ser tratada(LUNA, 1989; ARAUJO,T 1999; NOBRE ; LIMA, 2000).

O valor da pressão arterial considerado ótimo tem sofrido constantes modificações, sempre na perspectiva de definir um ponto de corte de melhor valor preditivo na prevenção de agravos cardiovasculares. Conforme descreve Luna (1989), em 1978 a Organização Mundial de Saúde (OMS) constituiu uma Comissão de Peritos para definir as cifras tensionais as quais apontavam a normotensão no adulto como sendo uma pressão sistólica igual ou inferior a 140 mmHg e a diastólica igual ou inferior a 90 mmHg.

Ainda conforme o autor:

Não há, realmente uma linha divisória entre normotensão e hipertensão que satisfaça a equação segurança do paciente/necessidade do tratamento; portanto, toda pressão acima de 120/80mmHg já constitui um fator de risco, o qual deve ser tratado por meio não-medicamentoso ou medicamentoso (LUNA, 1989, p.5).

Em 1997, o VI Relatório do Joint National Committee: prevenção, detecção, avaliação e tratamento da hipertensão arterial elevada traz a classificação da pressão arterial ótima para adultos com mais de 18 anos da seguinte forma: sistólica, aquela inferior a 120 mmHg, e diastólica, inferior a 80 mmHg.

Em 2002, a publicação, em nível mundial, do VII Relatório do Joint National Committee e, no Brasil, a da IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial trouxeram mudanças drásticas na classificação de pressão arterial. Nestas, considera-se pressão arterial ótima aquela na qual a sistólica é inferior a 120 mmHg e a diastólica inferior a 80 mmHg, em relação ao risco

cardiovascular, a lesão em órgãos-alvo. Esse novo ponto de corte traz um fator aparentemente complicado porque, até então, os valores normais estavam em 120x80 mmHg. Tais valores, hoje, são considerados pré-hipertensão, e, como tal, requerem por parte do portador mudanças no estilo de vida, e dos profissionais de saúde, atenção, orientações e controles.

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares. De acordo com os dados da Campanha de Prevenção da Sociedade Brasileira de Hipertensão (realizada em 2000), publicados na Revista de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), 25 a 30% dos adultos são hipertensos. Por meio dos dados da Secretaria da Saúde (SESA) Ceará (1998), estima-se que 16 a 20% da sua população seja acometida por hipertensão arterial e estes valores crescem para 35% para as pessoas após os 50 anos. Neste Estado, a mortalidade por doenças cardiovasculares, no período de 1993-1997, foi de 43% para ambos os sexos.

Por ser fator de risco para as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial tem contribuído para a morbi-mortalidade, internamento hospitalar e aposentadoria precoce.

Em 1998, de acordo com os registros oficiais do sistema de informação sobre mortalidade-SIM, essas doenças foram responsáveis por 25% do total de óbitos (...). O custo com internações no SUS chega a R\$ 475 milhões. Isso equivale a 16,22% dos custos do SUS com internações (...). Das aposentadorias precoces de trabalhadores brasileiros, de acordo com o INSS, 40% são decorrentes dessas doenças (BRASIL, 2001, p.6).

A hipertensão arterial também corrói a receita do Sistema Único de Saúde (SUS) pois, em 2000, foram gastos cerca de R\$ 17 milhões de reais em internações por hipertensão arterial sem, no entanto, se computar as despesas decorrentes das complicações dela advindas (BRANDÃO; BRANDÃO; MAGALHÃES et al. , 2003). Ainda como afirmam estes autores, em 2000, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 27,0% do total de óbitos e também por 15,2% das internações pelo SUS em indivíduos na faixa etária de 30 a 69 anos. Destes, 17,7% estavam relacionados ao acidente vascular encefálico e ao infarto agudo do miocárdio, doenças para as quais a hipertensão arterial constitui um dos principais fatores de risco.

Diante deste quadro, em face da gravidade da doença, acredita-se ser necessário intervir nesta situação. Para isto, uma estratégia é educar a população, pois não se pode desconhecer a influência de fatores ambientais relacionados à hipertensão primária. Entre eles sobressaem excesso no consumo de sal, de fumo e de álcool, obesidade, tensão emocional e sedentarismo.

Estes são aspectos que requerem modificações no estilo de vida, por serem importantes no tratamento e na prevenção primária da doença, capaz, até mesmo, de interromper o ciclo da hipertensão e suas complicações. Além disso, há de se identificar os fatores dificultadores do processo de adesão ao tratamento e mesmo de crenças e valores envolvidos nesta problemática.

Como evidenciado por estudos como os de Guerra (1998) e Araújo C.(1999), os pacientes hipertensos atendidos no serviço público de saúde, apesar das orientações recebidas nas consultas médicas e/ou de enfermagem, demonstram dificuldades em aderir ao tratamento. Diante disto, pode-se inferir que provavelmente há obstáculos no processo ensino-aprendizagem desta clientela.

No relacionado à educação do hipertenso com vistas a sua adesão, é importante destacar estudo realizado por Lima, Silva e Guedes (2002), o qual reforça a idéia de não ser suficiente as pessoas conhecerem os fatores de risco que contribuem para o surgimento e/ou agravamento da doença hipertensiva; é preciso aprenderem, valorizarem e incorporarem este conhecimento no seu cotidiano para se alcançar a tão esperada adesão ao tratamento. Assim, há de se compreender que educar em saúde é muito mais que ensinar a tomar remédios.

Por ser diagnosticada quando a doença de certo modo já se encontra em fase avançada e o portador já apresenta alguma complicação, merece atenção por parte dos profissionais de saúde a avaliação da pressão arterial de todo paciente que procure seus serviços profissionais. Conforme recomendado, a mensuração deve seguir o padrão ouro, definido pela American Heart Association, descrito no Brasil em Consensos e Diretrizes do Tratamento da Hipertensão Arterial preconizados pelas associações científicas. Referido padrão descreve o modo como se deve mensurar a pressão arterial, inclusive em relação a equipamentos.

Reconhece-se ser difícil seguir o tratamento de uma doença como a hipertensão arterial e entre suas justificativas mais conhecidas está o fato de sinais e sintomas desaparecerem ao ser iniciada a terapêutica medicamentosa ou não medicamentosa. Ademais, outros fatores contribuem para a adesão ou não ao tratamento, a exemplo de: o relacionamento profissional-cliente, os efeitos colaterais das drogas, a quantidade de drogas a ser tomada pelo paciente todos os dias e os horários das medicações, fatores econômicos e mesmo dificuldade de aceitar ser doente crônico e ter de viver continuamente tomando medicamentos, fazendo dieta, atividades físicas, além de manter um estilo de vida mais tranquilo.

Segundo observado por Andrade, Vilas-Boas e Chagas et al. (2002), ao estudar a epidemiologia da aderência ao tratamento da hipertensão, mesmo dispondo de ampla variedade de anti-hipertensivos, menos de um terço dos adultos hipertensos têm sua pressão arterial controlada. Ainda segundo acrescentam, no caso dos americanos, 54,0% sabem ser hipertensos, mas apenas 27,0% têm sua pressão arterial em níveis recomendados e aproximadamente 16,0% a 50,0% no primeiro ano de vida descontinuem o tratamento anti-hipertensivo e é considerável a quantidade de pessoas que usam os medicamentos de modo inadequado.

Em vista de todos estes aspectos serem do conhecimento de médicos e enfermeiros que atendem esta clientela, é necessário um programa de ensinamento sobre a doença e suas complicações e em todas

as oportunidades de consulta precisam ser dadas e reforçadas orientações. Desse modo, os clientes com conhecimentos bem estruturados sobre a doença poderão aderir ao tratamento e com isso retardar ao máximo os efeitos deletérios da doença sobre o organismo.

Como é notório, todos os profissionais desenvolvem atividades educativas com estes pacientes no relacionado à terapêutica medicamentosa e à não medicamentosa, há distribuição gratuita de medicamentos nos postos de saúde, realização de exames e encaminhamento a outros especialistas, quando a doença começa a apresentar complicações. No entanto, a taxa de adesão é baixa e o cliente termina suspendendo o tratamento por conta própria ou mesmo abandonando-o até que novamente os sintomas reapareçam ou uma complicação se instale.

Entretanto, dos clientes acompanhados e cuidados pela mesma equipe, atentos às orientações, expostos a esquema terapêutico semelhante, alguns conseguem assimilar as orientações e pô-las em prática. Com base neste comportamento, podem obter resultados favoráveis traduzidos em controle dos níveis pressóricos e conseqüente melhor qualidade de vida. Outros, porém, não conseguem seguir um tratamento contínuo, nem manter seus níveis pressóricos controlados.

Após estudar o conceito adesão, Araújo (2002) chegou à seguinte estrutura: antecedentes, atributos e conseqüências. Nos antecedentes da adesão estão os fatores relacionados ao paciente, à terapêutica e ao

sistema de saúde; nos atributos têm-se a participação ativa no tratamento e a realização de mudanças no estilo de vida, e nas conseqüências encontram-se as pressões arteriais controladas, redução na incidência ou retardamento na ocorrência de complicações e melhoria da qualidade de vida. Esta estrutura traz um sistema de retroalimentação e as conseqüências da adesão servem de reforço para o elemento atributos.

No Centro de Saúde onde o estudo foi realizado, o cliente é atendido pelos mesmos profissionais. Esta decisão está vinculada ao esforço de proporcionar condições para o desenvolvimento de relação interpessoal entre cliente e profissionais (JARDIM, 2005).

Diante destas evidências, questiona-se: Por que clientes inscritos em um programa, cuidados pela mesma equipe, recebendo orientações semelhantes e expostos à mesma terapêutica não conseguem aderir ao tratamento? Quais as crenças dos clientes em relação às complicações da hipertensão arterial que interferem para o não seguimento das orientações sobre o tratamento?

Nos estudos sobre hipertensão é constante a preocupação em verificar o volume de informação e conhecimento dos portadores da doença, pois, conforme se acredita, quanto mais conhecimentos o indivíduo possuir, mais possibilidades ele terá para aderir ao tratamento, e, com isso, retardar ou mesmo impedir o surgimento das complicações tão temidas. No entanto, conforme observado, é comum encontrar o cliente com um discurso razoável de conhecimentos, porém com uma prática de



autocuidado insuficiente para manter seus níveis pressóricos controlados, como se houvesse contradição entre o pensar e o agir.

Na busca de nexos para entender esse paradoxo, ter conhecimentos e não pô-los em prática, no momento inicial parece haver crenças de que mesmo sem realizar adequadamente o tratamento da doença não ocorrerão complicações passíveis de limitar a pessoa ou mesmo levá-la a óbito. Para compreender tal pensamento mágico esse estudo está fundamentado no Modelo de Crenças em Saúde proposto por Rosenstock (1960), o qual é entendido como um modelo teórico que visa entender comportamentos sobre crenças em saúde.

Mencionado modelo está fundamentado em quatro dimensões, quais sejam: susceptibilidade e severidade em relação à doença e benefícios e barreiras percebidos nos comportamentos (ROSENSTOCK, 1974b; DELA COLETA, 2004). Com base no modelo, o indivíduo desenvolve comportamentos preventivos em relação a uma doença ou suas complicações, quando acredita estar sob risco de adoecer ou que a doença ou complicação é séria. No caso em estudo, as complicações cardiovasculares decorrentes da falta de controle da hipertensão arterial.

Nesse sentido, o profissional de saúde que cuida desses clientes precisa compreender os motivos pelos quais as pessoas apresentam ou não comportamentos preventivos, para investir naqueles aspectos mais negligenciados por essas pessoas (ROSENSTOCK, 1960).

Como qualquer modelo teórico, o Modelo de Crenças em Saúde tem limitações em face das diferenças dos comportamentos individuais em saúde que podem ser explicados por atitudes, crenças e outras influências nas ações em saúde.

Com base no descrito, este estudo se pauta na seguinte hipótese: a adesão da pessoa portadora de hipertensão ao tratamento é influenciada pelo conhecimento que detém sobre a doença e por suas crenças na susceptibilidade às complicações cardiovasculares advindas da doença; da sua severidade e na percepção dos benefícios e barreiras, na realização do tratamento e na adoção de comportamentos de saúde para reduzir a sua morbi-mortalidade.

Assim, os argumentos para esta hipótese são os seguintes: 1º) Se a pessoa com hipertensão arterial acredita na susceptibilidade e na severidade da doença, então demonstra comportamento de saúde. 2º) Se a pessoa acredita nos benefícios do tratamento, então o segue conforme as orientações recebidas. 3º) Se a pessoa com hipertensão arterial acredita que as barreiras dificultam o tratamento, então demonstra interesse pelos estímulos para a ação.

Consoante se admite, as crenças das pessoas interferem fortemente nos modos de pensar, sentir e agir. No caso de pessoas portadoras de hipertensão arterial, existem as crenças nas complicações da doença. No entanto, algumas pessoas, apesar de não seguirem o

tratamento de modo adequado, não acreditam que estas complicações possam atingi-las.

Neste sentido, o estudo se justifica pela possibilidade de aprofundar a investigação sobre as crenças desta clientela. Portanto conforme se espera, o conhecimento produzido poderá contribuir para o processo educativo desta clientela, ao colaborar para a redução da morbidade e talvez da mortalidade por complicações cardiovasculares.

Acredita-se que o conhecimento produzido com esse estudo contribuirá para a definição de estratégias capazes de colaborar com a minimização do problema da não-adesão da clientela hipertensa ao tratamento. Para alcançar esse estágio, as oportunidades de educação em saúde devem favorecer às pessoas adoecidas oportunidades de pensar uma vida mais saudável, embora sejam portadoras de uma doença crônica. Entretanto, é inegável, tratamento de doença crônica é cansativo e as pessoas portadoras da doença precisam ser estimuladas para cada vez mais se interessarem por sua saúde e desse modo minimizar a ocorrência e complicações em órgãos-alvo.

Ainda segundo se acredita, a identificação de estímulos contribuirá sobremaneira no processo de capacitação dessa clientela para alcançar comportamentos em saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar a influência das crenças sobre os comportamentos de saúde em pessoas hipertensas acompanhadas em uma unidade de saúde de Fortaleza-CE.

### **2.2 Específicos**

Descrever a percepção da susceptibilidade, severidade, benefícios e barreiras de pessoas hipertensas em relação à sua enfermidade.

Identificar os comportamentos de pessoas hipertensas que se relacionam ao controle da pressão arterial.

Levantar as associações entre as características sociodemográficas, comportamentos e a percepção de susceptibilidade, severidade da doença, benefícios e barreiras ao tratamento por pessoas portadoras de hipertensão arterial.

Correlacionar os valores da pressão arterial com o nível de adesão, os comportamentos e as dimensões do Modelo de Crenças em Saúde.

## **3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO**

### **3.1 O Modelo de Crenças em Saúde**

Indiscutivelmente, o homem recebe influência do meio onde vive e desenvolve suas atividades laborativas e sociais. Desta maneira, ao adoecer, as crenças sobre o processo saúde-doença com certeza estarão presentes, pois no círculo de amizades existe sempre alguém para aconselhar sobre alguma coisa e com isto muitas crenças também são construídas.

Os comportamentos em saúde têm sido estudados mediante modelos teóricos e entre eles está o Modelo de Crenças em Saúde, um modelo gerado na psicologia social, cujos primeiros estudos se iniciaram por volta de 1950 nos Estados Unidos. Os psicólogos sociais tentavam explicar a adoção de comportamentos preventivos ao estabelecer relações entre comportamentos individuais e algumas crenças individuais.

Segundo é notório, o desenvolvimento inicial do modelo foi conduzido por Hochbaum, Leventhal, Kegeles e Rosenstock, com vistas a encontrar as razões para explicar por que pessoas saudáveis que tinham acesso aos serviços públicos de saúde não desenvolviam comportamentos preventivos, pois a teoria se direcionava para a prevenção de doenças. Conforme percebiam os autores, as pessoas pouco recorriam aos serviços de

saúde para detecção precoce de doenças assintomáticas, a despeito de usarem os serviços de saúde gratuitamente.

Após exaustivos estudos, em 1966, Rosenstock publicou o modelo, ora discutido, que se estruturou com base na teoria de campo de Kurt Lewin. Com esta nova abordagem teórica os autores queriam explicar por que as pessoas não se preveniam de doenças, apesar de saberem desta possibilidade. A partir desta publicação, outra variável é incorporada, ou seja, o modelo passa a ser aplicado em relação " à manutenção da saúde em geral incluindo a procura do diagnóstico e o atendimento correto das recomendações médicas" (DELA COLETA,2004, p. 27-8).

Em 1974, uma edição específica da *Health education monographs* foi dedicada à publicação de inúmeros trabalhos sobre o Modelo de Crenças em Saúde, e reuniu diversos ensaios sobre o seu uso (DELA COLETA, 1995). Este modelo tem por base as teorias psicológicas que fundamentam a tomada de decisão e alternativas de comportamentos em saúde.

Conforme Nutbeam e Harris (1998), o Modelo de Crenças em Saúde é um modelo teórico para melhor entender comportamentos sobre crenças em saúde. Os autores consideram ainda suas limitações em virtude das diferenças dos comportamentos individuais em saúde que podem ser explicados por atitudes, crenças e outras influências nas ações em saúde.

Como já mencionado, de acordo com Rosenstock (1974a), o Modelo de Crenças em Saúde está estruturado em quatro dimensões, a saber:

- Susceptibilidade percebida – relacionada à percepção subjetiva do risco de contrair uma doença;
- Severidade percebida – refere-se à condição do sujeito perceber a gravidade ou seriedade da doença, avaliada pela perturbação que esta situação pode acarretar;
- Benefícios percebidos – dizem respeito à crença na efetividade das ações referentes aos benefícios positivos;
- Barreiras percebidas – são os aspectos negativos da ação, quer dizer, o indivíduo não acredita que possa acontecer com ele próprio.

Na opinião de Dela Coleta (2004), a ação é potencializada pela combinação da susceptibilidade e da severidade percebidas na doença e a modalidade de ação é escolhida com base nos benefícios menos as barreiras percebidas nas alternativas comportamentais.

Em dezesseis estudos desenvolvidos por Harrison, Mullen e Green (1992), a meta-análise foi examinar a redução de riscos e adesão ao regime terapêutico entre outros, relacionando as quatro dimensões- susceptibilidade, severidade, benefícios e barreiras do Modelo de Crenças em Saúde e a mensuração de comportamentos em saúde. Os autores consideraram ainda a importância de se trabalhar as quatro dimensões juntas, pois a interação entre estas pode causar melhor efeito, ou seja, na pior das hipóteses, menos de 10% da variação pode ser contada por qualquer dimensão.

De acordo com alguns estudos realizados embasados no Modelo de Crenças em Saúde, as crenças são fatores influenciadores nos comportamentos em saúde. Soares (2003), por exemplo, estudou as crenças de mulheres em relação aos agravos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Conforme encontrou, entre as mulheres contaminadas, perceber o risco de contrair o HIV não foi um elemento presente na vida dessas mulheres. Sobressaiu, no entanto, a confiança no parceiro e o fato de terem parceiro único como elementos de destaque para a contaminação das mulheres e de vulnerabilidade para o HIV entre aquelas não contaminadas.

Em outro estudo, sobre o significado de drogas para alunos de enfermagem, Medina, Rebolledo e Pedrão (2004) evidenciaram que todos os estratos sociais possuem crenças relacionadas às drogas ilícitas; os jovens têm curiosidade, baixa auto-estima, pressão dos grupos de amigos para o uso de drogas; as drogas causam danos na saúde, enquanto atividades desportivas, recreativas e religiosas contribuem para uma vida saudável.

Ainda em relação a crenças, Brevidelli e Cianciarullo (2001) estudaram as crenças dos profissionais de enfermagem na prevenção dos acidentes com agulhas e, segundo identificaram, 75% dos profissionais relataram ter reencapado agulhas pelo menos uma vez, e aqueles que tinham menos de dois anos de experiência profissional percebiam menor número de barreiras e maior número de benefícios para adotar a recomendação de não realizar tal ação.



Inegavelmente, o comportamento preventivo é um desafio para o ser humano em geral, diante das possibilidades e da liberdade do indivíduo para agir de diferentes modos. Pode-se definir comportamento preventivo como ações que o indivíduo executa com a finalidade de manter sua saúde ou evitar adoecimentos. Esse entendimento merece ser trabalhado pelas pessoas com hipertensão arterial, com vistas a manter sua pressão arterial sob controle em valores iguais ou inferiores a 140 x 90 mmHg.

Conforme Rosenstock (1974a), o Modelo de Crenças em Saúde favorece a compreensão de que a adoção de comportamentos de saúde está ancorada em aspectos como:

- a percepção do indivíduo sobre a possibilidade de ser atingido por complicações como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência renal crônica, entre outras, advindas da hipertensão arterial não controlada – Percepção da suscetibilidade;

- a possibilidade do indivíduo associar o não controle de uma doença como a hipertensão arterial a conseqüências graves como a invalidez transitória ou permanente e morte – Percepção da severidade;

- o entendimento do indivíduo sobre a possibilidade de minimizar as conseqüências de uma doença, que requer tratamento continuado, em decorrência de uma ação que gera benefícios, mesmo sabendo que existem barreiras de diferentes origens, tanto de tempo, como de desconfortos, gastos financeiros, privações de atividades de lazer, entre outras – Percepção de benefícios em relação à percepção de barreiras.

O adoecimento crônico transforma a vida da pessoa acometida pela doença, a da família e também a dos amigos. Em situação como essa, um componente importante é a motivação do indivíduo. Essa preocupação é mencionada em artigo de Rosenstock (1974b) ao chamar a atenção para o fato de que no modelo original os fatores cognitivos contribuem para o desenvolvimento de comportamentos e a motivação é uma das condições indispensáveis para a redução de complicações cardiovasculares decorrentes do não controle da hipertensão arterial.

### **3.2 Material e métodos**

Em primeiro lugar, a adesão do cliente ao tratamento é um desafio para a pessoa adoecida, assim como para os profissionais que fazem o acompanhamento dessa clientela. Pensar a possibilidade de adesão ideal é pensar que o cliente faz o tratamento medicamentoso conforme prescrito, e segue sempre todas as orientações de mudanças no estilo de vida, as quais contribuem para a prevenção de complicações cardiovasculares.

Como enfatizado, a proposição desta pesquisa é identificar comportamentos e crenças dos clientes portadores de hipertensão arterial sobre as complicações e seus riscos cardiovasculares, em decorrência das dificuldades de seguir adequadamente o tratamento anti-hipertensivo.

### **3.2.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo seccional entendido como investigação epidemiológica caracterizada pela observação de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade. Assim, a coleta de dados ocorre em um único momento como se fosse uma fotografia da realidade (NEWMAN; BROWNER; CUMMINGS et al., 2001; KLEIN; BLOCH, 2001).

### **3.2.2 Caracterização do local do estudo**

Escolheu-se como local de realização do estudo um Centro de Saúde da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV), localizado em Fortaleza-CE. Na referida unidade de saúde todos os registros são eletrônicos e o Programa de Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes funciona plenamente com consultas médicas e de enfermagem, distribuição de medicamentos e encaminhamentos, tanto para a realização de exames laboratoriais como para outros especialistas.

Este Centro de Saúde atende à população residente em quatro bairros. Nele, o cadastramento da população é feito mediante comprovação de endereço e o atendimento regular, com a apresentação de documentos de identidade.

Segundo recomendado, a clientela em geral, e a de portadores de hipertensão arterial, em especial, devem ter cadastro definitivo para ser atendidos em consultas mensais com enfermeiras ou médicos nos dois turnos. Clientes não cadastrados na unidade também são atendidos, porém não recebem medicação. Estes clientes são orientados a procurar a unidade de saúde mais próxima do seu domicílio para se cadastrar e obter atendimento pleno do qual constam consultas, entrega de medicamentos, encaminhamentos para exames ou consultas com especialistas.

Os clientes com hipertensão arterial cadastrados têm garantia de uma consulta mensal com as enfermeiras. Quanto ao atendimento por médicos clínicos, só acontece quando surgem intercorrências tipo: pressão arterial elevada no momento da consulta, apresentação de resultados de exames solicitados pelos médicos em consulta anterior, queixa em relação aos medicamentos, por agravamento de quadro clínico, com sintomatologia nova, ou para encaminhamento a especialista.

Não existe apazamento prévio de atendimento, ou seja, o cliente não sai de uma consulta com agendamento da próxima consulta, apenas é sugerido que ele compareça ao Centro de Saúde um dia antes de terminar a medicação. Para isso, deverá chegar cedo para conseguir ficha e ser atendido no mesmo dia.

Outros controles são realizados e os clientes com hipertensão arterial fazem uma vez por ano os seguintes exames laboratoriais: dosagem de glicose, colesterol, triglicérides, creatinina, uréia e, às vezes, hemograma.

Quando os resultados indicam alterações, o cliente é medicado e orientado; e para verificar se o problema ou sintoma regrediu, ele deverá repetir os exames em três meses. Não se constitui prática encaminhar oficialmente clientes ao oftalmologista, apenas se recomenda procurarem tal atendimento.

### **3.2.3 População**

O cadastro do Programa de Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* do Centro de Saúde conta com 638 clientes inscritos, segundo os registros eletrônicos verificados no início da coleta dos dados. Definiu-se a população como aquela formada pelos hipertensos desse centro que atendessem aos seguintes critérios: estar inscrito no programa da unidade no mínimo há um ano; ter comparecido no mínimo a sete consultas no período de doze meses; e não ser portador de Diabetes *Mellitus*. Conforme esses critérios, foram excluídos: 305 clientes com cadastro há menos de um ano na unidade de saúde lócus desse estudo; 56 pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* e 45 que não compareciam ao serviço há mais de seis meses.

Como critérios de exclusão considerados no estudo mencionam-se: inexistência de registros no prontuário das seguintes informações: valores das medidas da pressão arterial nas duas consultas que antecederam à coleta

de dados, peso, estatura e medicamentos prescritos; recusa do cliente em participar; cliente sem condições de prestar informações e o não atendimento na íntegra aos critérios de inclusão.

A exigência de inscrição há um ano no Programa de Controle de Hipertensão é respaldada por Calhoun e Oparil (2001p.213), pois, segundo asseguram, " ... mais de 50% daqueles que iniciam o tratamento o abandonam dentro de um ano..."; o comparecimento a um mínimo de consultas em um ano foi definido aleatoriamente pela pesquisadora, amparada na definição de Giorgi, Mion Júnior e Car et al. (1985, p. 169), os quais afirmam ser abandono de tratamento " ... o fato de o paciente não comparecer ao ambulatório há no mínimo 3 meses e não ter nenhuma consulta agendada e persistência como ato de freqüentar o ambulatório"; e não ser portador de Diabetes *Mellitus* porque esta patologia, por si, já é de difícil adesão e, conseqüentemente, controle.

A adesão da amostra foi avaliada pelos seguintes critérios: tratamento medicamentoso e tratamento não-medicamentoso. O tratamento medicamentoso requer o uso correto dos fármacos prescritos, e com isso espera-se a manutenção da pressão sistólica  $\leq 140$ mmHg e da pressão diastólica  $\leq 90$  mmHg em uso de medicação anti-hipertensiva conforme (BURT; CUTLER.; HIGGINS et al., 1995; DIRETRIZES, 2002; CHOBANIAN; BAKRIS; BLACK et al., 2003; GUS ; HARZHEIM ; ZASLAVSKY et al., 2004).

Quanto à adesão ao tratamento não-medicamentoso, envolve os diversos aspectos do estilo de vida, a saber: seguimento contínuo de dieta

hipossódica; abandono do fumo; ingestão de álcool o mínimo permitido; realização de atividades físicas diariamente e por no mínimo 30 minutos. Também foram considerados os indicadores de estilo de vida: índice de massa corporal (IMC), que deve ser inferior a 25 kg/m<sup>2</sup> ; medida da cintura igual ou inferior a 88 cm para mulheres e igual ou inferior a 102 cm para os homens (DIRETRIZES, 2002).

Para a classificação dos clientes em relação à adesão, tomou-se como base um formulário adaptado por Moreira (2003) que atribui uma pontuação variável de 0,5 ponto a 3 pontos e envolve os itens: consumo de sal (1,0 ponto), consumo de gordura (0,5 ponto), índice de massa corporal (1,0 ponto) abstinência de fumo (0,5 ponto), ausência de ingestão alcoólica (0,5 ponto), prática regular de atividade física (1,0 ponto), enfrentamento eficaz de estresse (0,5 ponto), uso adequado de medicamento (3,0 pontos), comparecimento às consultas mensais (0,5 ponto) e controle da pressão arterial < 140 x 90 mmHg (3,0 pontos). Cada item do formulário possui uma graduação de ações e, conseqüentemente, de pontuação. Ao final, o somatório dos pontos permitiu classificar os clientes em: adesão fraquíssima (0 X <3 pontos); adesão fraca ( $\geq 3,0$  X < 5,0); adesão média ( $\geq 5,0$  X < 7,0); adesão forte ( $\geq 7,0$  X < 9,0) e adesão ideal > 9,0 (Anexo A).

### **3.2.4 Amostra**

A escolha dos clientes deu-se de modo não intencional. Seguindo esta dinâmica, inicialmente solicitou-se à Coordenadora do Centro de

Saúde uma cópia do cadastro dos clientes do programa, com a finalidade de identificar aqueles que estavam cadastrados há no mínimo um ano e comparecendo regularmente às consultas.

Apesar da população de pacientes ser relativamente pequena (N = 232), não se pôde trabalhar com todos eles, o que seria o ideal, pois durante o período de coleta de dados esses clientes não compareceram para consulta e, portanto, perderam a qualidade de inclusão. Desse modo, resolveu-se escolher um tamanho de amostra baseado em critérios estatísticos, para esta poder ter maior representatividade da população.

O cálculo do tamanho da amostra foi feito mediante utilização da fórmula apropriada para populações finitas (GIL, 1999). Escolheu-se como variável para o emprego dessa fórmula a prevalência conhecida da hipertensão arterial. Utilizou-se a prevalência média estimada desse desfecho em adultos de zona urbana de aproximadamente 33,1% (DIRETRIZES, 2002). Baseado, ainda, nessas diretrizes, estimou-se um erro amostral relativo de 30%, implicando, dessa maneira, um erro amostral absoluto de 7%. Ao se fixar um Coeficiente de Confiança de 95%, tem-se:

$$n = \frac{t_{5\%}^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{e^2 (N - 1) + t_{5\%}^2 \cdot P \cdot Q}$$

onde;

- n é o tamanho de amostra mínimo ( n = 103);
- t é o valor da distribuição t de Student ( $t_{5\%} = 1,96$ );



- P é a prevalência de hipertensão numa população de adultos da zona urbana (P = 33,1%; então, Q = 66,9%);
- N é o tamanho da população (N = 232) e
- e é erro amostral (e = 7%)

Inicialmente a amostra foi calculada em 66 participantes mas em virtude de se dispor de tempo para a coleta dos dados, optou-se por uma amostra bem mais extensa com vistas a uma maior representatividade. Por conseguinte, foram entrevistados 103 clientes. Este é, portanto, o tamanho final da amostra da pesquisa (n = **103**). Com esse tamanho de amostra as análises estatísticas seriam mais confiáveis, e se poderiam empregar testes paramétricos ou testes não-paramétricos, sem necessidade de ajuntamentos de categorias de algumas variáveis, para esse último caso.

Definido o tamanho da amostra, o passo seguinte foi manter contato com os clientes enquanto aguardavam na fila para serem atendidos. Na ocasião eles foram convidados a participar do estudo e tomaram conhecimento dos seus objetivos.

### **3.2.5 Procedimentos para coleta de dados**

Para a realização do estudo, a princípio solicitou-se autorização ao Coordenador do Distrito de Saúde da SER IV. Em seguida pediu-se permissão à Diretora do Centro de Saúde para ter acesso aos clientes, ao cadastro de clientes do programa e utilização do espaço físico da unidade. Contou-se,

também, com a ajuda das enfermeiras responsáveis pelo desenvolvimento do Programa de Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes no turno da manhã.

Antes, porém, em respeito aos ditames legais que norteiam o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, onde foi avaliado e aprovado ( Anexo B).

Para a coleta de dados contou-se com a ajuda de uma enfermeira externa à unidade, com experiência em pesquisa, então treinada para medir a circunferência da cintura dos pesquisados, consultar o cadastro eletrônico para obtenção de dados dos clientes e de interesse para o estudo e preenchimento do formulário elaborado para o fim específico de coletar dados. Acompanhou-se esta enfermeira na primeira semana na unidade, apresentando-a às enfermeiras e demais funcionários.

Na primeira semana realizou-se a validação do instrumento por meio de teste piloto com doze clientes do programa. Estes clientes tinham perfil próximo da população, mas por não preencherem todos os critérios de inclusão não faziam parte da amostra. O teste piloto levou a diversas reformulações do instrumento até chegar ao modelo utilizado na coleta de dados, que é um formulário (Apêndice B) elaborado com base nas dimensões do Modelo de Crenças em Saúde, levando-se em consideração as especificidades do objeto de estudo e a necessidade de adesão ao

tratamento da hipertensão arterial, com vistas a adiar ou mesmo impedir as complicações cardiovasculares dela advindas. Foram considerados, também, os estímulos responsáveis pelo processo de tomada de decisão, os quais podem ser de origem interna ou externa.

Conforme decidiu-se, o formulário preparado para obter informações sobre crenças em saúde está estruturado com uma escala de valores tipo Likert, variável de 1 a 5. Na maioria dos itens, quanto mais elevado o escore, mais o pesquisado concordava com o conteúdo do instrumento. A escolha por este recurso de coleta de dados decorreu da facilidade para trabalhar com grupos de baixa escolaridade. Apesar da facilidade de trabalhar com esse tipo de instrumento, adite-se a necessidade de encontrar recursos lingüísticos que permitam aos clientes escolher a resposta mais representativa do seu modo de pensar e agir em relação à doença.

O instrumento de coleta de dados continha 92 itens com a seguinte composição: variáveis demográficas; variáveis relacionadas às condições de saúde e vida dos clientes, suas ações de adesão; conhecimentos sobre hipertensão arterial; comportamentos de saúde; dados relacionados às crenças dos clientes hipertensos em relação à susceptibilidade, severidade, percepção sobre benefícios do tratamento, barreiras para a ação, ou seja, percepção das dificuldades de se prevenir dos riscos cardiovasculares e estímulos para a ação.

Após o teste piloto, sentiu-se a necessidade de ajustes no formulário (Apêndice B) e este foi modificado no conjunto de questões referentes a comportamentos e crenças, algumas das quais consideradas repetitivas pelos pesquisados. Em seguida ao ajuste, voltou-se ao campo para verificar se havia clareza na formulação de todos os itens e conseqüente compreensão por parte dos respondentes. Superadas as dificuldades, considerou-se o formulário aprovado. Também se solicitou a avaliação desta última versão do instrumento por especialista em estatística para verificar sua adequação no referente aos procedimentos de análise estatística. Com a avaliação favorável, iniciou-se a coleta definitiva dos dados.

Estes dados foram coletados no período de julho a dezembro de 2004. Durante esta etapa, os clientes foram convidados a participar do estudo e, na ocasião, discutiu-se sua finalidade e objetivos, pediu-se a colaboração de todos e foi assegurada liberdade para aceitar ou não o convite, lembrando-lhes não haver prejuízo ao atendimento, caso não aceitassem, nem riscos para a saúde. Recebiam a garantia de confidencialidade dos dados e do direito de desistir de participar em qualquer etapa da coleta de dados. Os clientes que aceitaram participar foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A) em duas vias, das quais uma ficou com o participante e a outra com a pesquisadora.

Os dados de peso, altura, valores das medidas da pressão arterial nas três últimas consultas, número de consultas nos últimos doze meses e os

medicamentos usados pelos clientes foram obtidos diretamente do prontuário eletrônico e registrados na primeira parte do formulário.

Para verificar estes parâmetros, a unidade de saúde dispõe dos seguintes equipamentos: esfigmomanômetro aneróide marca BD adulto, adequado apenas à circunferência do braço de 27 a 34 cm, com largura do manguito 13 cm e comprimento da bolsa 30 cm, além de estetoscópio com campânula.

A mensuração da pressão arterial é feita na sala de triagem, por uma única auxiliar de enfermagem. Ao concluir a mensuração, os valores eram anotados em um papel, e entregues ao cliente para apresentação à enfermeira e respectivo registro no prontuário eletrônico. Pela observação, pôde-se ver que a mensuração da pressão arterial não seguia o padrão ouro definido na IV Diretrizes para o Tratamento da Hipertensão Arterial (2002), a ser observado em todo o Brasil, inclusive por recomendação do Ministério da Saúde. Entretanto, mesmo assim, foram considerados os resultados registrados nos prontuários dos clientes porque a partir deste registro é implementada a terapêutica anti-hipertensiva. Por ocasião da consulta, em algumas situações, a enfermeira ficava em dúvida em relação aos valores de medição da pressão arterial, e, então, verificava novamente a pressão arterial do cliente.

Utilizou-se a observação simples para se saber como eram obtidas as medidas de peso e altura dos clientes hipertensos. Conforme se percebeu, as medidas de massa e estatura eram obtidas por meio de uma

balança da marca Filizola, com precisão de 100 gramas para o peso e de 0,1cm para a estatura.

A medida da circunferência da cintura foi realizada pela pesquisadora colaboradora de acordo com o preconizado em Brasil (2004), utilizando-se fita métrica não elástica, posicionada e ajustada diretamente sobre a pele, 2cm acima da cicatriz umbilical, de modo a permanecer na mesma altura. O cliente mantinha-se de pé, ereto, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e pés separados numa distância de 25-30 cm. O registro era feito quando o cliente se encontrava na fase de expiração.

Quanto à entrevista para preenchimento do formulário, foi feita quando os participantes estavam na fila à espera de serem chamados pela enfermeira ou pelo médico. Procurou-se conversar com estas pessoas para conhecê-las um pouco mais e, ao despertar seu interesse, se solicitava sua colaboração para participar da pesquisa.

Em geral, não houve rejeição; pelo contrário, até clientes que não preenchiam os critérios de inclusão queriam ser entrevistados. Isto levou as pesquisadoras a preencherem formulários posteriormente descartados por não atenderem aos critérios estabelecidos.

Conforme se observou, a fila não foi o melhor local para coletar os dados, pois as conversas paralelas e a preocupação com a vez de ser atendido deixavam os clientes tensos. Ao se perceber a possibilidade de

comprometer a entrevista em consequência do local de realização, buscou-se contornar a dificuldade. Para isto, o entrevistado manteve-se sentado, e o pesquisador usou um timbre de voz e velocidade de articulação de palavras que permitissem sua escuta e compreensão.

Também se tentou coletar os dados após a consulta, mas os clientes não aceitaram permanecer na unidade por estarem cansados, ou por terem de cuidar de seus afazeres profissionais ou domésticos, e até mesmo porque para obter a ficha eles tinham de chegar muito cedo à unidade. Apesar das dificuldades encontradas, estas foram sanadas e não houve prejuízo para a coleta de dados.

### **3.2.6 Organização dos dados**

Para formar um banco utilizando Excel e o pacote estatístico Statistical Package Social Science (SPSS), versão 13.0, os dados foram codificados. Quanto aos resultados, foram expostos em tabelas uni e bivariadas e, em seguida, foram feitas análises estatísticas descritivas com frequências simples e percentuais, além de média e desvio padrão, e estatística inferencial por meio do teste de qui-quadrado para associação e teste de Fisher-Fremman-Halton quando detectadas frequências esperadas menores que 5 em tabelas 2x2. Além desses, foi feito o teste de Kolmogorov-Smirnov para analisar a normalidade dos dados. Foram calculados, também, os coeficientes e a correlação de Pearson para dados com distribuição simétrica e de Rho de Spearman para aqueles dados com distribuições assimétricas ou escalares. O qui-quadrado de Friedman foi

utilizado para avaliar a diferença estatística entre as pontuações das dimensões do modelo de crença. Em todos os cálculos inferenciais adotou-se o nível de significância de 5%.

A discussão dos resultados foi embasada no Modelo de Crenças em Saúde e na literatura atualizada sobre o manuseio da hipertensão arterial.



## 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Como mencionado, os resultados do estudo estão apresentados em tabelas uni e bivariadas, além de cálculos de medida de tendência central e de inferências estatísticas.

Tabela 1 – Análise univariada das variáveis sociodemográficas da amostra.  
Fortaleza-CE, 2004

VARIÁVEIS	Nº	%
1. Sexo (n=103)		
Feminino	79	76,7
Masculino	24	23,3
2. Faixa etária (n=103)		
22 - 54	43	41,8
55 - 65	38	36,9
66 - 80	22	21,3
3. Escolaridade (ano) (n=103)		
0 - 4	30	29,1
5 - 9	46	44,7
10 - 15	27	26,2
4. Renda familiar (SM) (n=103)		
≤ 1,0	34	34,7
1,1 - 2,0	35	35,7
2,1 - 4,0	18	18,4
4,1 - 7,7	11	11,2
Não informaram	5	4,9
5. Estado civil (n=103)		
Solteiro	25	24,3
Casado	57	55,3
Viúvo	21	20,4
6. Profissão/Ocupação (n=103)		
Doméstica	41	39,8
Aposentado	14	13,6
Costureira	9	8,7
Dona de casa	7	6,8
Outra	32	31,1
7. Pessoas no domicílio (n=103)		
0 - 2	27	26,2
3 - 5	62	60,2
6 - 8	11	10,7
9 - 14	3	2,9
8. Tempo de diagnóstico (ano) (n=103)		
1	14	13,6
2	17	16,5
3-5	22	21,4
6-10	20	19,4
11-25	30	29,1
9. Tempo de tratamento (ano) (n=103)		
1	20	19,4
2	19	18,4
3-5	22	21,4
6-10	18	17,5
11-25	24	23,3
10. Tempo de acompanhamento (ano) (n=103)		
1	53	51,5
2	33	32,0
3-16	17	16,5

Na Tabela 1 estão expostos os dados sociodemográficos da amostra. Participaram do estudo 103 clientes dos quais 79 (76,7%) do sexo feminino e 24 (23,7%) do masculino. A idade média dos clientes era de 57,11 ( $\pm$  11,1 anos), enquanto o valor mínimo era 22 anos e o máximo 80 anos. Destes, 33,0% tinham idade  $\geq$  60 anos. Quanto à escolaridade, 30 (29,1%) tinham até quatro anos de estudo. Além disso, cinco eram analfabetos; dos demais, 73 (70,9%), apenas um tinha curso superior.

Em relação ao estado civil, 25 (24,3%) eram solteiros, 57 (55,3%) casados e 21 (20,4%) viúvos. Dos participantes, 87 (88,8%) possuíam renda familiar  $\leq$  4 salários mínimos (R\$ 260,00 valor da época da coleta dos dados); para 11 (11,2%) a renda variava entre 4,1 e 7,7 salários mínimos e, ainda, cinco pesquisados não revelaram sua renda por não saber calculá-la, de tão irrisória.

A atividade laboral dos estudados, em sua maior parte, 48 (46,6%), estava relacionada às atividades domésticas ou de dona de casa. Ademais, 14 (13,6%) eram pessoas aposentadas, que, em geral, permanecem muito tempo em casa. Quanto à composição, as famílias dos entrevistados estavam assim distribuídas: 27 (26,2%) eram constituídas de até duas pessoas, 62 (60,2%) tinham entre três e cinco membros, 11 (10,7%) eram compostas entre seis e oito pessoas e 3 (2,9%) tinham entre nove e quatorze pessoas. A média de moradores por domicílio foi de 3,78 ( $\pm$  2,305) pessoas. Quatro entrevistados moravam sós.

O tempo de diagnóstico variou de um ano a 25 anos. Para uns, 31 (30,1%), era de até dois anos, e para outros, 30 (29,1%) variou entre 11 e

25 anos. No referente a tempo de tratamento, 39 (37,8%) estavam em tratamento há dois anos, enquanto 24 (23,3%) encontravam-se entre onze e 25 anos de tratamento. Dos clientes em acompanhamento no Centro de Saúde local do estudo, 68 (83,3%) estavam entre um e dois anos e 17 (16,55) entre três e dezesseis anos.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis: idade, escolaridade, renda, número de pessoas morando no domicílio.  
Fortaleza-CE, 2004

Variáveis Demográficas	Kolmogorov-Smirnov	Valor p	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
							25th	50th (Mediana)	75th
Idade	0,715	0,687	57,14	11,172	22	80	51,00	57,00	64,00
Escolaridade	1,705	0,006	6,65	3,286	0	15	4,00	6,00	10,00
Renda	2,254	0,000	523,64	394,996	0	2000	260,00	400,00	670,00
NºDependentes	1,643	0,009	3,78	2,305	0	14	2,00	4,00	5,00

Os resultados de alguns dados demográficos foram examinados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar o comportamento da sua distribuição. Esse teste avalia se a distribuição é simétrica ou assimétrica. Isto é percebido sempre que o valor p for maior que o nível de significância estabelecido. Neste estudo o  $p \leq 0,05$  permite considerar-se que a variável tem distribuição normal. Nele são fornecidos também resultados da média, desvio padrão, mediana e percentis.

Como mostram os resultados da Tabela 2, a idade, a quantidade de pessoas residentes no domicílio e a escolaridade do grupo amostral apresentaram distribuição normal, mas a renda apresentou distribuição assimétrica.

Tabela 3 - Análise univariada dos dados de índice de massa corporal, circunferência da cintura e herança genética do grupo amostral. Fortaleza-CE, 2004

Variáveis (n=103)	Nº	%
1. IMC (kg/m <sup>2</sup> )		
18,0 – 24,9	28	27,2
25,0 – 29,9	48	46,6
30,0 - +	27	26,2
2. Circunferência abdominal (cm)		
Mulheres (n=79)		
≤ 88	32	40,5
> 88	47	59,5
Homens (n=24)		
≤ 102	16	66,7
> 102	8	33,3
3. Herança genética (n=103)		
Sim	87	84,5
Não	7	6,8
Não sabe informar	9	8,7

Na Tabela 3 estão expostos os seguintes dados do grupo amostral: índice de massa corporal, circunferência da cintura e herança genética para hipertensão arterial. Dos entrevistados, 28 (27,2%) se encontravam na faixa de 18,0 a 24,9 kg/m<sup>2</sup>; 48 (46,6%) estavam na faixa de sobrepeso compreendida entre 25,0 e 29,9 kg/m<sup>2</sup> e 27 (26,2%) estavam na faixa de obesos, com IMC de 30 kg/m<sup>2</sup> ou mais.

A mensuração da circunferência da cintura apresentou os seguintes resultados: entre as mulheres, 32 (40,5%) estavam na faixa ≤ 88 cm e 47 (59,5) na faixa > 88 cm. Entre os homens, 16 (66,7%) encontravam-se na faixa ≤ 102 cm e 8 na faixa > 102 cm.

Em face da sua relação com doenças crônicas, estas duas medidas são importantes, pois o aumento de peso e conseqüente aumento da circunferência da cintura expõem ainda mais a pessoa aos riscos de complicações cardiovasculares.

Aliado a isso, como observado, 87 (84,5%) dos participantes possuíam herança genética positiva, pai e mãe, ou pai ou mãe, para hipertensão arterial. Logo, essas pessoas são mais vulneráveis a complicações.

Tabela 4- Resultados estatísticos dos dados das condições do grupo amostral em relação ao tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004

Variáveis	K-S	p	Média	DP	Mín.	Máx.	25th	50th	75th
Adesão	0,702	0,708	6,8196	1,37643	3,24	9,37	5,8700	6,8700	7,8700
Peso	1,001	0,269	66,92	12,347	40	105	59,00	66,00	73,00
Altura	1,003	0,266	1,5493	0,08829	1,18	1,76	1,5000	1,5400	1,6200
IMC	0,860	0,450	27,7354	4,53659	16,64	42,80	24,9700	27,1900	30,1100
Circunferência de cintura feminina	0,569	0,903	0,5222	11,31024	0,63	83,00	0,8700	0,9400	1,0100
Circunferência da cintura masculina	0,525	0,946	0,9950	0,11190	0,83	1,27	0,9125	0,9750	1,0650
Circunferência da cintura da amostra	5,325	0,000	2,5222	11,31024					
Tempo de diagnóstico	1,978	0,001	7,70	6,503	1	25	2,00	5,00	12,00
Tempo de tratamento	2,184	0,000	6,63	6,214	1	25	2,00	4,00	10,00
Tempo de acompanhamento	3,081	0,000	1,83	1,368	1	10	1,00	1,00	2,00
Consulta/ano	2,197	0,000	9,82	1,964	7	12	8,00	10,00	12,00
Quantidade de remédio	3,533	0,000	1,80	0,616	0	4	1,00	2,00	2,00
Nº internações	2,746	0,000	0,82	0,988	0	5	0,00	1,00	1,00

Obs.: K-S: Kolmogorov-Smirnov; P: Valor de p; DP: Desvio Padrão; Percentis: 25th e 75th e Mediana: 50th

Os valores de adesão, peso, altura, IMC e circunferência da cintura feminina e masculina evidenciaram distribuição normal, pois o valor p revelado mediante aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov encontrava-se acima do nível de significância.

Enquanto a adesão teve média de 6,81, com desvio padrão  $\pm$  1,37, o peso teve média de 66,92 kg e desvio padrão de  $\pm$  12,34 kg; a altura, média de 1,54m e desvio padrão de  $\pm$  0,08m; o IMC, média de 27,73 kg/m<sup>2</sup> e

desvio padrão de  $\pm 4,53$  kg/m<sup>2</sup>, a cintura feminina, média de 0,90 m e desvio padrão de  $\pm 2,52$  m e a masculina, média de 0,94 m e desvio padrão de 0,99 m.

Tabela 5- Resultados descritivos dos valores de pressão arterial sistólica e diastólica. Fortaleza-CE, 2004

Valor de pressão arterial	K-S	p	Média	DP	Min.	Máx.	25th	50th	75th
Última PAS	1,792	0,003	133,88	18,563	90	220	120,0	130,0	140,0
Última PAD	2,021	0,001	86,50	13,555	60	150	80,0	80,0	90,0
Penúltima PAS	1,636	0,009	136,60	17,576	100	200	120,0	140,0	150,0
Penúltima PAD	2,246	0,000	86,89	11,464	60	120	80,0	90,0	100,0
Antepenúltima PAS	2,998	0,000	135,15	16,382	70	120	80,0	80,0	100,0
Antepenúltima PAD	2,020	0,001	87,38	10,381	110	180	120,0	130,0	140,0

Obs.: K-S: Kolmogorov-Smirnov; P: Valor de p; DP: Desvio Padrão; Percentis: 25th e 75th e Mediana: 50th

Ao se examinar os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov, os valores da pressão arterial sistólica (PAS) de duas mensurações mostraram distribuição simétrica, pois o valor de p foi menor que o nível de significância. Na última mensuração, a média da PAS foi de 133,88 mmHg, com desvio padrão de  $\pm 18,53$  mmHg; na antepenúltima, foi de 135,15 mmHg, com desvio padrão de  $\pm 16,38$  mmHg. Considerou-se cliente com pressão arterial controlada aquele que estava em tratamento anti-hipertensivo e em uso de medicação. Neste estudo, o valor considerado normal foi PAS < 140mmHg e PAD < 90 mmHg.

Diferente do observado para PAS, a pressão arterial diastólica (PAD) não seguiu uma distribuição normal e teve como média o valor 86,50 mmHg, com desvio padrão de  $\pm 13,55$  mmHg, na última mensuração; na penúltima, teve média 86,89 mmHg, com desvio padrão  $\pm 11,46$  mmHg, e na antepenúltima encontrou-se média de 87,38 mmHg e desvio padrão  $\pm 10,38$  mmHg.

Tabela 6- Análise univariada dos comportamentos de saúde do grupo amostral. Fortaleza-CE, 2004

Comportamentos (n=103)	Discordo Total		Discordo Parcial		Indeciso	Concordo Parcial		Concordo Total		
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%	
Para manter a pressão arterial segue orientações	2	1,9	8	7,8	8	7,8	32	31,1	53	51,4
Ao comer fora de casa mantém dieta com pouco sal	24	23,3	13	12,6	15	14,6	32	31,1	19	18,4
Comer gordura em todas as refeições prejudica o controle da pressão arterial	-	-	1	1,0	3	2,9	11	10,7	88	85,4
Sabendo que sal dificulta o controle da pressão alta, come igual aos familiares	36	35,0	18	17,5	27	26,2	15	14,6	7	6,7
Abandonar o fumo	8	7,8	-	-	3	2,9	11	10,7	81	78,6
Abandonar o álcool	6	5,8	-	-	4	3,9	13	12,6	80	77,7
Fazer atividade física no mínimo três vezes por semana durante 30 minutos	2	1,9	2	1,9	6	5,8	15	14,6	78	75,8
Tomar medicação toda a medicação prescrita, todo dia	1	1,0	-	-	-	-	11	10,7	91	88,3
Realizar atividades de lazer	5	4,9	4	3,9	5	4,9	29	28,2	60	58,3
Comparecer às consultas todo mês	-	-	-	-	13	12,6	41	39,8	49	47,6

Esta tabela mostra os aspectos comportamentais avaliados, os quais dizem respeito a ações do dia-a-dia de pessoas adoecidas de hipertensão arterial.

O grupo estudado apresentou comportamentos indicativos de possibilidades de manutenção da pressão arterial sob controle. Assim, conforme constatado, 53 (51,4%) clientes disseram seguir as orientações recebidas para manter a pressão arterial controlada e 88 (85,4%) afirmaram que ingerir constantemente alimentos ricos em lipídios dificulta o controle da pressão arterial.

Dos participantes, 36 (35,0%) disseram não comer sal conforme os demais familiares, ou seja, sua alimentação contém menor teor de sal. No entanto, só 24 (23,3%) afirmaram que ao fazerem refeições fora de casa mantêm dieta de pouco sal e 22 (21,4%) com pouca gordura.

A maioria, 81(78,6%), lembrou a necessidade de abandonar o fumo e 80 (77,7%) de abandonar o álcool. Apesar disto, foram encontrados oito fumantes e seis pessoas que não acreditam que o álcool dificulte o controle da pressão arterial.

A realização de atividade física regularmente foi apontada por 78 pessoas (75,8%) do grupo amostral, assim como 91 (88,3%) disseram tomar toda a medicação prescrita e todo dia.

Ainda segundo identificou-se, 60 (58,3%) dos entrevistados realizam atividades de lazer e 49 (47,6%) comparecem às consultas mensais. Desta maneira, como se percebe, há tendência dos clientes em concordar com os comportamentos benéficos para a manutenção da pressão arterial em níveis considerados controlados.



Tabela 7 - Análise univariada dos dados de susceptibilidade percebida do grupo amostral às complicações da hipertensão arterial. Fortaleza-CE, 2004

Susceptibilidade Percebida (n=103)	Discordo Total		Discordo Parcial		Indeciso		Concordo Parcial		Concordo Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Controlar a pressão arterial evita ou retarda complicações	-	-	2	1,9	2	1,9	27	26,2	72	70,0
Com a pressão arterial controlada se vive melhor	-	-	-	-	2	1,9	12	11,7	89	86,4
Teme uma complicação causada pela pressão arterial alta	17	16,5	3	2,9	3	2,9	19	18,5	61	59,2
Pressão alta pode causar:										
- infarto do miocárdio	-	-	2	1,9	1	1,0	16	15,5	84	81,6
- derrame cerebral	-	-	-	-	2	1,9	12	11,7	89	86,4
- dor no peito	11	10,7	8	7,8	20	19,4	14	13,6	50	48,5
- problema nos olhos	22	21,4	10	9,7	14	13,6	23	22,3	34	33,0
- problema nos rins	24	23,3	10	9,7	8	7,8	15	14,6	46	44,7
- problema nas veias	23	22,3	24	23,3	27	26,1	7	7,0	22	21,4
- diminuição do desejo sexual	41	40,3	17	16,5	14	13,7	14	13,7	16	15,8
- impotência sexual	34	33,3	18	17,5	19	18,6	16	15,8	15	14,6
- preocupação	22	21,4	8	7,8	10	9,7	21	20,4	42	40,8

Obs.: Nos itens diminuição do desejo sexual e impotência sexual, um participante deixou de responder. Assim n=102.

No Modelo de Crenças em Saúde a dimensão **susceptibilidade** percebida refere-se à percepção subjetiva de risco da pessoa em contrair uma doença. Nesse estudo, se refere à crença na possibilidade de desenvolver complicações cardiovasculares em consequência da hipertensão arterial sem controle.

Os aspectos avaliados nessa dimensão foram reconhecidos pelo grupo amostral como fatores contribuidores para complicações cardiovasculares. Desse modo, segundo 72 (70,0%), controlar a pressão arterial evita ou retarda complicações. Quanto às complicações cardiovasculares, para 84 (81,6%), causa infarto agudo do miocárdio; 89 (86,4%), acidente vascular cerebral e 46 (44,7%), insuficiência renal.

Na opinião dos participantes, 58 (56,8%) e 52 (50,8%), respectivamente, a pressão alta diminui o desejo sexual e pode causar impotência. Tal afirmação, neste estudo, favorece o entendimento de que

as conseqüências da doença e seu tratamento sobre a libido das pessoas hipertensas revelaram pouco impacto, talvez por ser um grupo formado em sua maioria por mulheres, as quais, em geral, se mostram tímidas para falar sobre sua intimidade ou mesmo em virtude da idade do grupo estudado.

Dos pesquisados, apenas 42 (40,8%) se dizem preocupados com a pressão alta. De certo modo, isso pode ser uma atitude saudável, porque a hipertensão requer atitudes colaborativas e não preocupação. Entretanto, sob o ponto de vista do modelo, esses clientes não se consideram susceptíveis.

Tabela 8 - Análise univariada dos dados de percepção do grupo amostral sobre a severidade da hipertensão arterial. Fortaleza-CE, 2004

Severidade Percebida (n=103)	Discordo Total		Discordo Parcial		Indeciso		Concordo Parcial		Concordo Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pressão alta:										
- é uma doença séria	2	1,9	-	-	1	1,0	10	9,7	90	87,4
- não tem cura	8	7,8	9	8,7	16	15,5	15	14,6	55	53,4
- alta mata	1	1,0	1	1,0	2	1,9	6	5,8	93	90,3
- deixa a pessoa inutilizada	3	2,9	2	1,9	2	1,9	5	4,9	91	88,3
- atrapalha o trabalho	64	62,1	2	1,9	3	2,9	14	13,6	20	19,4
- atrapalha a vida social	64	62,1	1	1,0	6	5,8	9	8,7	20	22,3
- atrapalha a vida familiar	50	48,6	2	1,9	8	7,8	15	14,6	28	27,1
- atrapalha as finanças da família	40	38,8	3	2,9	4	3,9	21	20,4	35	34,0

A **severidade** diz respeito a como a pessoa percebe as conseqüências da doença. De acordo com os resultados encontrados, 90 (87,4%) consideraram a hipertensão arterial uma doença séria; segundo 55 (53,4%) dos pesquisados a doença não tem cura; para 93 (90,3%), a hipertensão arterial mata e para 91 (88,3%), a falta de controle da pressão alta pode deixar a pessoa com seqüelas.

Ainda conforme encontrado no mesmo grupo 64 (62,1%) clientes não afirmaram que a doença os impede de trabalhar e, também, segundo 64 (62,1%), esta não dificulta a participação em atividades sociais.

Consoante verificado, na opinião de 50 (48,6%) participantes, a hipertensão arterial prejudica a vida familiar e na de 40 (38,8%) provoca, prejuízo, também, nas finanças familiares.

Tabela 9 - Análise univariada dos dados de percepção do grupo amostral sobre os benefícios do tratamento da hipertensão arterial. Fortaleza-CE, 2004

Percepção dos Benefícios (n=103)	Discordo Total		Discordo Parcial		Indeciso		Concordo Parcial		Concordo Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fazendo o tratamento é possível manter a pressão arterial controlada	-	-	-	-	1	1,0	2	1,9	100	97,1
É importante seguir o tratamento recomendado	-	-	-	-	2	1,9	14	13,6	87	84,5
Deve-se seguir o tratamento independente da quantidade de remédios prescritos	1	1,0	2	1,9	16	15,5	38	36,9	46	44,7
É bom saber o valor da pressão arterial sempre que for medida	-	-	1	1,0	3	3,9	7	6,8	92	89,3
É bom receber orientações sobre o tratamento e a doença	-	-	-	-	1	1,0	12	11,7	90	87,4
Repousar 6 a 8 horas por noite ajuda a controlar a pressão arterial	-	-	3	2,9	10	9,7	21	20,4	69	66,7
Repousar durante o dia ajuda a controlar a pressão arterial	12	11,7	6	5,8	17	16,5	17	16,5	51	49,5
Evitar situações que causam aborrecimentos ajuda a controlar a pressão arterial	7	6,8	4	3,9	5	4,9	23	22,3	64	62,1

Na dimensão *benefícios percebidos*, os pesquisados mostraram crenças nos benefícios do tratamento anti-hipertensivo. Dos participantes do estudo, 100 (97,1%) disseram ser possível manter a pressão arterial controlada, 87 (84,5%) consideraram importante seguir o tratamento recomendado, assim como 90 (87,4%) referiram ser bom receber orientações sobre o tratamento e a doença.

Ações como dormir seis a oito horas por noite foram apontadas por 69 (66,7%) como importantes, enquanto 64 (62,1%) disseram evitar situações que causam aborrecimentos, para manter a pressão arterial controlada.

Tabela 10 - Análise univariada dos dados de percepção do grupo amostral sobre as barreiras no tratamento da hipertensão arterial. Fortaleza-CE, 2004.

Percepção de Barreiras (n=103)	Discordo Total Nº %	Discordo Parcial Nº %	Indeciso Nº %	Concordo Parcial Nº %	Concordo Total Nº %
Tomar todos os remédios	1 1,0	1 1,0	3 2,9	11 10,7	87 84,5
Fazer tratamento da pressão alta é cansativo	56 54,4	9 8,7	2 1,9	17 16,5	19 18,4
Tomar remédio e fazer dieta sem sentir sintomas é complicado	56 54,4	5 4,9	8 7,8	18 17,5	16 15,5
Só deve tomar remédios e seguir orientações quem tem sintomas	30 29,1	2 1,9	10 9,7	24 23,3	37 35,9
Orientações dos médicos e enfermeiras ajudam a fazer o tratamento	3 2,9	- -	1 1,0	20 19,4	79 76,7
Usar remédio para pressão arterial continuamente reduz o desejo sexual (n=102)	40 39,2	14 13,7	15 14,7	12 11,8	21 20,6
As condições financeiras influem no tratamento	25 24,3	2 1,9	6 5,8	27 26,2	43 41,8

As **barreiras** envolvem os aspectos de custo- benefício em realizar o tratamento de modo adequado. Conforme encontrou-se, 56 (54,4%) clientes afirmaram " ... ser o tratamento da pressão alta cansativo...", e, " ...tomar remédio e fazer dieta sem sentir sintomas é complicado...".

Mesmo com esses resultados, segundo se evidenciou, 87 (84,5%) dos clientes afirmaram tomar todos os remédios.

Tabela 11 - Análise univariada dos dados de percepção do grupo amostral sobre os estímulos que favorecem o tratamento da hipertensão arterial. Fortaleza-CE, 2004

Estímulos para a Ação (n=103)	Discordo Total		Discordo Parcial		Indeciso		Concordo Parcial		Concordo Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Campanhas sobre pressão alta ajudam a conhecer a doença	6	5,8	1	1,0	5	4,9	16	15,5	75	72,8
Campanhas na televisão ajudam	12	11,7	6	5,8	10	9,7	15	14,6	60	58,2
Campanhas em rádio ajudam	13	12,6	4	3,9	13	12,6	15	14,6	58	56,3
Na consulta médica a pessoa aprende	3	2,9	3	2,9	3	2,9	19	18,5	75	72,8
Na consulta de enfermagem a pessoa aprende	1	1,0	1	1,0	2	1,9	12	11,6	87	84,5
Programas coletivos contribuem para o tratamento da pressão alta	7	6,8	3	2,9	7	6,8	19	18,5	67	65,0
Trocar experiências com outras pessoas que têm pressão alta ajuda a continuar no tratamento	11	10,7	2	1,9	17	16,5	19	18,5	54	52,4
Só tomar os remédios evita as complicações da pressão alta	1	1,0	-	-	1	1,0	16	15,5	85	82,5
Comer bastantes frutas e verduras ajuda a controlar a pressão alta	1	1,0	-	-	2	1,9	9	8,7	91	88,4
Momentos de descanso, lazer, descontração ajudam a manter a pressão arterial controlada	2	1,9	-	-	1	1,0	12	11,6	88	85,5
Notícias de parentes com complicações da pressão alta ajudam a fazer o tratamento	6	5,8	2	1,9	4	3,9	10	9,7	81	78,6

É fundamental pensar como ajudar pessoas acometidas pela condição de doente crônico. Assim, procurou-se identificar junto aos clientes que estímulos os ajudavam a fazer de modo efetivo o tratamento anti-hipertensivo.

Obteve-se boa resposta tanto nos aspectos individuais como nos coletivos. Nos individuais, citam-se: trocar experiências com outras pessoas com as mesmas dificuldades em realizar o tratamento, 54 (52,4%); melhorar a alimentação incluindo mais frutas e verduras, indicado por 91 (88,4%); ter momentos de descanso, lazer, 88 (85,5%), e saber que amigo ou parente teve uma complicação decorrente da falta de controle da pressão arterial se constitui em estímulos para 81 (78,6%) dos pesquisados.

Nos aspectos coletivos também se encontraram bons resultados. As campanhas, as consultas médicas (72,8%) e as consultas de enfermagem (84,5%) foram apontadas como ocasiões de aprendizagem sobre a doença e seu tratamento.

Chamou a atenção o fato de 85 (82,5%) dos clientes afirmarem que “só tomar os remédios evita complicações da hipertensão arterial”, não co-relacionando as complicações aos aspectos não farmacológicos do tratamento, também considerados importantes.

Tabela 12 – Análise bivariada das variáveis sociodemográficas do grupo amostral em relação à manutenção da pressão arterial sistólica controlada < 140 mmHg. Fortaleza-CE, 2004

VARIÁVEIS	PA Sistólica (< 140 mmHg)				$\chi^2$	p
	Sim		Não			
	Nº	%	Nº	%		
1. Sexo					1,36	0,244
Feminino	50	63,3	29	36,7		
Masculino	12	50,0	12	50,0		
2. Faixa etária (ano)						0,125
22- 54	5	62,5	3	37,5		
55-65	48	65,8	25	34,2		
65-80	9	40,9	13	59,1		
3. IMC (kg/m <sup>2</sup> )					1,90	0,387
18,0 - 24,9	18	64,3	10	35,7		
25,0 - 29,9	25	52,1	23	47,9		
30 ou +	13	48,1	14	51,9		
4. Renda familiar n=98(SM)					2,63	0,442
≤ 1,0	21	61,8	13	38,2		
1,1 - 2,0	22	62,9	13	37,1		
2,1 - 4,0	11	61,1	7	38,9		
4,1 - 7,7	4	36,4	7	63,6		
5. Escolaridade (ano)					4,60	0,100
0 - 4	19	63,3	11	36,7		
5 - 9	18	50,0	18	50,0		
10 - 15	15	40,5	22	59,5		
6. Tempo de diagnóstico (ano)					6,36	0,174
1	9	64,3	5	35,7		
2	14	82,4	3	17,6		
3 - 5	12	54,5	10	45,5		
6 - 10	13	65,0	7	35,0		
11 - 25	14	46,7	16	53,3		
7. Tempo de tratamento (ano)					5,22	0,265
1	13	65,0	7	35,0		
2	15	78,9	4	21,1		
3 - 5	13	59,0	9	41,0		
6 - 10	10	55,6	8	44,4		
11 - 25	11	45,8	13	54,2		
8. Tempo de acompanhamento (ano)					1,01	0,602
1	31	58,5	22	41,5		
2	22	66,7	11	33,3		
3 - 16	9	52,9	8	47,1		

Na Tabela 12 analisaram-se as variáveis sociodemográficas da amostra em função do controle da pressão arterial sistólica <140mmHg, considerando o teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) e o cálculo de p. Como os resultados mostraram, entre as mulheres, 63,3% controlavam a pressão arterial sistólica, contra apenas 50,0% dos homens com este comportamento. Todavia, essa diferença não foi estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 1,36$  ; p= 0,244).

Em relação à idade, encontraram-se 62 (60,2) dos clientes com a PAS controlada e destes 48 (65,8%) estavam na faixa etária de 55 a 65. Não houve, porém, associação estatisticamente significativa.

No referente ao índice de massa corporal, encontraram-se 27 (26,1%) dos clientes com 30 ou mais kg/m<sup>2</sup>, ou seja, obesos. Destes, 13 (48,1%) estavam com a PAS controlada e 14 (51,9%) daqueles na faixa de obesidade não controlavam a pressão arterial, enquanto 23 (47,9%) dos com sobrepeso e 10 (35,7%) na faixa considerada de pessoas eutróficas ou saudáveis não estavam controlados. Mesmo assim, não se verificou associação estatisticamente significativa entre as variáveis controle da PAS e IMC ( $\chi^2=1,90$  ; p= 0,387).

Quanto à renda familiar, não se identificou associação estatisticamente significativa com a PAS ( $\chi^2 = 2,63$  ; p= 0,442). Apesar disso, 54 (62,1%) dos clientes com renda de até quatro salários mínimos controlavam a PAS, enquanto 36,4% dos que ganhavam acima desse valor faziam esse controle.

A escolaridade não evidenciou associação estatisticamente significativa com o controle da PAS ( $\chi^2 = 4,60$  ;  $p= 0,100$ ). Verificou-se, porém, que 19 (63,3%) dos clientes com quatro anos de escolaridade controlavam sua PAS, mas, entre aqueles que estudaram de dez a quinze anos, somente 15 (40,5%) estavam controlados.

Com a PAS controlada em relação ao tempo de diagnóstico, verificou-se 9 (64,3%) clientes com um ano; 14 (82,4%) com dois anos; 12 (54,5%) entre três e cinco anos e 14 (46,7%) com no mínimo onze anos. Mesmo assim, essas variáveis não mostraram associação estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 6,36$  ;  $p= 0,174$ ).

A variável tempo de tratamento não revelou associação estatisticamente significativa com a PAS ( $\chi^2 = 5,22$  ;  $p= 0,265$ ), e verificou-se a seguinte distribuição: 13 (65,0%) dos clientes com um ano de tratamento; 15 (78,9%) com dois anos; 13 (59,0%) entre três e cinco anos, e 11 (45,8%) entre 11 e 25 anos estavam com a PAS controlada.

Destaca-se, ainda, o tempo de acompanhamento, e mesmo não havendo associação estatisticamente significativa com a PAS controlada ( $\chi^2 = 1,01$  ;  $p= 0,602$ ), 52,9% dos clientes com tempo de acompanhamento entre três e dezesseis anos estavam controlados: 58,5% com um ano e 66,7% com dois anos.



Tabela 13 - Análise bivariada das variáveis sociodemográficas do grupo amostral em relação à manutenção pressão arterial diastólica controlada <90 mmHg . Fortaleza-CE, 2004

VARIÁVEIS	Pressão Diastólica (<90 mmHg				$\chi^2$	P
	Sim N°	%	Não N°	%		
1. Sexo					0,33	0,585
Feminino	48	60,8	31	39,2		
Masculino	13	54,2	11	45,8		
2. Faixa etária					1,42	0,491
22-54	28	65,1	15	34,9		
55-65	22	57,9	16	42,1		
66-80	11	50,0	11	50,0		
3. IMC (kg/m <sup>2</sup> )					1,78	0,411
18,0 - 24,9	19	67,9	9	32,1		
25,0 - 29,9	29	59,2	20	40,8		
30 ou +	13	50,0	13	50,0		
4. Renda familiar (SM)					5,05	0,168
≤1,0	16	47,1	18	52,9		
1,1- 2,0	25	71,4	10	28,6		
2,1-4,0	11	61,1	7	38,9		
4,1-7,7	5	45,5	6	54,5		
5. Escolaridade (ano)					2,06	0,356
0 - 4	18	60,0	12	40,0		
5 - 9	30	65,2	16	34,8		
10 - 15	13	48,1	14	51,9		
6. Tempo de diagnóstico (ano)					8,37	0,079
1						
2	8	57,1	6	42,9		
3- 5	16	88,9	2	11,1		
6 - 10	12	57,1	9	42,9		
11 - 25	10	50,0	10	50,0		
7. Tempo de tratamento (ano)					12,73	<b>0,013</b>
1						
2	11	55,0	9	45,0		
3 - 5	18	94,8	1	5,2		
6 - 10	11	50,0	11	50,0		
11- 25	8	44,4	10	55,6		
8. Tempo de acompanhamento (ano)					4,94	0,085
1	30	56,6	23	43,4		
2	24	72,7	9	27,3		
3-16	7	41,2	10	58,8		

As variáveis sociodemográficas da amostra expostas na Tabela 13 foram analisadas em função do controle da pressão arterial diastólica <90mmHg, considerando o teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) e o cálculo de p. Consoante mostraram os resultados, 60,8% das mulheres e 54,2 dos homens estavam com PAD controlada <90 mmHg, com ( $\chi^2 = 0,33$  ; p= 0,585), mas sem associação estatística significativa entre o controle e a variável sexo.

A variável idade apresentou o seguinte comportamento: 61 (59,2%) dos clientes estavam com a PAD < 90 mmHg. Destes, 28 (65,1%) tinham idade entre 22 e 54 anos, portanto, esta pressão estava controlada, mas não houve associação significativa entre as variáveis ( $p= 0,491$ ).

Entre os clientes com PAD controlada, <90 mmHg, foram encontrados os seguintes resultados: na faixa de índice de massa corporal , com 18,0 a 24,9 kg/m<sup>2</sup>, estavam 19 (67,9 %) dos clientes; na faixa de 25,0 a 29,9 kg/m<sup>2</sup>, 29 (59,2%), e na faixa de 30 kg/m<sup>2</sup> ou mais, estavam 13 (50,0%). Não se identificou associação estatisticamente significativa ( $\chi^2=1,78$  ;  $p=0,411$ ) entre as variáveis.

Ao se analisar a relação da PAD controlada, < 90 mmHg, e a renda familiar, encontraram-se 16 (47,1%) pessoas pesquisadas que ganhavam menos de um salário mínimo com PAD controlada; da mesma forma, 25 (71,4%) dos que ganhavam mais de um e até dois salários mínimos; 11 (61,1%) dos que ganhavam de 2,1 a quatro salários mínimos e 5 (45,5%) daqueles que ganhavam entre 4,1 e 7,7 salários mínimos. No entanto, não se verificou associação estatisticamente significativa ( $\chi^2= 5,05$  ;  $p= 0,168$ ) entre a PAD controlada e a renda familiar. Todavia, cinco pesquisados não souberam informar suas rendas. Também não se evidenciou associação estatisticamente significativa entre escolaridade e controle da PAD ( $\chi^2 = 2,06$ ;  $p= 0,356$ ).

O tempo de diagnóstico não mostrou associação com o controle da PAD ( $\chi^2 = 8,37$  ;  $p= 0,079$ ). Encontrou-se PAD controlada em 8 (57,1%) das

peças com um ano de diagnóstico, em 16 ( 88,9%) das que estavam há dois anos, em 10 (59,1 %) das que estavam entre três e cinco anos,15 (50,0 %) daquelas entre seis e dez anos, assim como daquelas entre onze e quinze anos. Além disso, o cálculo do qui-quadrado ( $\chi^2 = 8,37$  e  $p= 0,079$ ) não revelou associação significativa.

Neste estudo, o tempo de tratamento mostrou influência no controle da PAD ( $\chi^2 = 12,73$  ;  $p=0,013$ ). O melhor resultado foi dos pesquisados com dois anos de tratamento, pois 94,7% estavam com a PAD controlada, ou seja, PAD < 90 mmHg.

Já o tempo de acompanhamento não evidenciou associação estatisticamente significativa ( $\chi^2 =4,94$  ;  $p= 0,085$ ), embora 13 (65,0 %) dos clientes acompanhados há um ano, e 24 (72,7 %) daqueles com dois anos e apenas 7 (41,2%) com acompanhamento entre três e dezesseis anos estavam com a PAD controlada, apesar de não haver associação estatisticamente significativa.

Tabela 14 - Análise bivariada dos valores de medidas da circunferência da cintura de mulheres e homens em relação à adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004

Circunferência da Cintura (cm)	Adesão			p
	Ideal/Forte Nº	Média Nº	Fraca Nº	
1. Mulheres				<b>0,001</b>
≤ 88	24	7	1	
> 88	18	23	6	
2. Homens				0,543
≤ 102	4	11	1	
> 102	3	4	1	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

Nesta tabela, os valores das mensurações da circunferência da cintura e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos clientes estudados

estão discriminados. Das mulheres com circunferência da cintura < 88 cm, 24 (75,0%) estavam na faixa de adesão ideal ou forte, 7 (21,9%) e 1 (3,1%) com adesão média e fraca, respectivamente. Os homens com circunferência < 102 cm mostraram adesão em todos os níveis, com destaque para 11 (68,8%), cuja adesão foi média. As mulheres com circunferência da cintura na faixa ideal têm adesão ideal/forte, enquanto entre as com essa medida fora da faixa de normalidade a adesão é apenas média ou fraca. Desse modo, só se encontrou associação estatisticamente significativa entre as mulheres ( $p=0,001$ ).

Tabela 15 – Análise bivariada do nível de adesão e variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2004

Variáveis	Adesão				p
	Ideal Nº	Forte Nº	Média Nº	Fraca Nº	
1. Sexo					0,169
Feminino	5	37	30	7	
Masculino	-	7	15	2	
2. Faixa etária (ano)					0,864
22-54	2	17	19	5	
55-65	2	19	14	3	
66-80	1	8	12	1	
3. IMC (kg/m <sup>2</sup> )					<b>0,012</b>
18,0 a 24,9	3	15	9	1	
25,0 a 29,9	2	15	19	3	
30 ou +	1	4	17	-	
4. Renda familiar n=98 (SM)					0,424
≤ 1,0	-	15	15	4	
1,1 a 2,0	3	14	14	4	
2,1 a 4,0	1	9	8	-	
4,1 a 7,7	1	2	7	1	
5. Escolaridade (ano)					0,740
0 a 4	1	15	12	2	
5 a 9	1	19	21	5	
10 a 15	3	10	12	2	
6. Tempo de diagnóstico (ano)					0,627
1	-	5	7	2	
2	-	10	7	-	
3 a 5	2	7	10	3	
6 a 10	1	9	10	-	
11 a 25	2	13	11	4	
7. Tempo de tratamento (ano)					0,596
1	-	7	11	2	
2	-	10	8	1	
3 a 5	3	7	9	3	
6 a 10	1	8	9	-	
11 a 25	1	12	8	3	
8. Tempo de acompanhamento (ano)					0,856
1	2	21	25	5	
2	1	16	13	3	
3 a 16	2	7	7	1	
9. Número consultas (ano)					0,064
7 - 9	-	16	22	6	
10 - 12	5	28	23	3	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

Na Tabela 15 estão apresentados os dados relacionados com a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e as variáveis sociodemográficas. A categorização da adesão foi feita tomando por base a pontuação obtida pelos clientes participantes do estudo em uma escala de comportamentos (Anexo C) em relação ao uso de sal e gordura na alimentação; hábitos de

fumar e de consumir bebida alcoólica; uso adequado da medicação prescrita; manutenção de vida tranqüila; comparecimento às consultas aprazadas e manutenção da PA <140x90 mmHg.

Conforme observado, a variável sexo não influenciou na adesão ao tratamento ( $p= 0,169$ ). No entanto, o índice de massa corporal mostrou associação estatisticamente significativa ( $p= \mathbf{0,012}$ ).

A faixa etária não evidenciou significância estatística ( $p= 0,864$ ) com a adesão, assim como a renda familiar não se mostrou influente no processo de adesão ( $p= 0,424$ ).

Quanto ao nível de instrução, segundo se percebeu, a baixa escolaridade não indicou influência no processo de adesão ao tratamento ( $p= 0,740$ ). Também não tiveram influência na adesão o tempo de diagnóstico da doença ( $p= 0,627$ ); o tempo de tratamento ( $p= 0,596$ ) e o tempo de acompanhamento no posto de saúde ( $p= 0,856$ ).

Ainda consoante verificado, o número de consultas durante o último ano não mostrou relação significativa ( $p= 0,064$ ) com a adesão ao tratamento, apesar da importância de tal comportamento para o controle da pressão arterial.

Em síntese, pode-se afirmar que não houve associação estatisticamente significativa de adesão com as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, renda familiar, tempos de diagnóstico, de tratamento e de acompanhamento, e também o número de consultas/ano.

Tabela 16 - Análise bivariada dos aspectos de comportamentos e variáveis sociodemográficas e de tratamento anti-hipertensivo do grupo amostral. Fortaleza-CE, 2004

Variáveis	Comportamentos				p
	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo	
	Parcial	Nº	Parcial	Total	
	Nº	Nº	Nº	Nº	
1. Sexo					0,090
Feminino	-	22	34	23	
Masculino	2	8	7	7	
2. Faixa etária (ano)					0,090
22 a 54	-	19	13	9	
55 a 80	2	11	28	21	
3. Escolaridade (ano)					0,115
0 a 4	-	5	11	14	
5 a 9	-	18	18	10	
10 a 15	-	9	12	6	
4. Tempo de diagnóstico (ano)					0,852
1 a 2	-	13	11	7	
3 a 8	-	9	13	9	
9 a 16	-	7	12	9	
17 a 25	-	3	5	5	
5. Tempo de tratamento (ano)					0,114
1 a 2	-	18	14	7	
3 a 10	-	10	18	12	
11 a 25	-	4	9	11	
6. Tempo de acompanhamento (ano)					0,416
1	-	18	20	15	
2	-	11	15	7	
3 a 16	-	3	6	8	
7. PAS <140mmHg					0,297
Sim	-	23	22	17	
Não	-	9	19	13	
8. PAD <90mmHg					0,860
Sim	-	18	24	19	
Não	-	14	17	11	
9. Adesão					<b>0,001</b>
Sim	-	7	20	22	
Não	-	25	21	8	
10. IMC (kg/m <sup>2</sup> )					<b>0,045</b>
18,0 a 24,9	1	3	14	10	
25 a 29,9	1	14	18	16	
30 ou +	-	13	9	4	
11. Circunferência cintura (m)					0,262
<0,88	1	3	14	10	
0,88 a 1,02	1	14	18	16	
>1,02	-	13	9	4	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

Os dados sociodemográficos do grupo amostral e as influências destas variáveis no comportamento dos clientes estudados, em relação ao tratamento anti-hipertensivo, estão apresentados na Tabela 16.

Como observado, a variável sexo não apresentou associação estatisticamente significativa ( $p= 0,090$ ). De certo modo, como apontam os resultados descritivos, tanto as mulheres quanto os homens, aparentemente, tinham possibilidade de estar com a pressão arterial controlada e entre as mulheres um maior número de pesquisadas concordavam totalmente com os comportamentos preventivos de complicações cardiovasculares.

Ao se estudar doenças crônicas como a hipertensão arterial, supõe-se, a princípio, que as pessoas com mais idade sejam também as que têm mais tempo de diagnóstico e, conseqüentemente, deveriam compreender melhor a necessidade de seguir os tratamentos indicados, neles incluídas mudanças no estilo de vida e terapêutica medicamentosa. Nesse estudo, embora haja maior concentração de clientes com idade no intervalo de 55 e 80 anos, não foi identificada associação estatisticamente significativa entre idade e comportamentos preventivos.

Da mesma forma, os resultados de escolaridade não mostraram associação estatisticamente significativa em relação aos comportamentos preventivos ( $p=0,115$ ).

De certo modo, também conforme se supõe, o tempo de diagnóstico de uma doença crônica como a hipertensão arterial pode ser indutor de comportamentos preventivos, por ser uma doença que requer mudanças de estilo de vida, uso contínuo de medicações e outros cuidados em relação ao modo de viver, trabalhar e ter lazer. Contudo, nesse estudo, não se identificou associação estatisticamente significativa ( $p= 0,852$ ).



Nem o tempo de tratamento, nem o de acompanhamento influenciaram no comportamento dos clientes, pois não houve associação estatisticamente significativa ( $p= 0,114$  ;  $p= 0,416$ ), respectivamente.

Assim, pode-se considerar que os diversos aspectos do comportamento não influenciaram na manutenção da pressão arterial sistólica nem na diastólica controladas ( $p= 0,297$  ;  $p= 0,860$ ), respectivamente.

Tabela 17 - Análise bivariada da dimensão susceptibilidade percebida e variáveis sociodemográficas e de tratamento anti-hipertensivo do grupo amostral. Fortaleza-CE, 2004

Variáveis	Susceptibilidade Percebida				p
	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo	
	Parcial Nº	Nº	Parcial Nº	Total Nº	
1. Sexo					0,090
Feminino	-	22	34	23	
Masculino	2	8	7	7	
2. Faixa etária (ano)					0,817
22 a 54	2	17	19	9	
55 a 80	1	24	25	10	
3. Escolaridade (ano)					0,116
0 a 4	-	5	11	14	
5 a 9	-	18	18	10	
10 a 15	-	9	12	6	
4. Tempo de diagnóstico (ano)					0,787
1 a 2	-	15	12	4	
3 a 8	-	12	16	3	
9 a 16	-	13	10	5	
17 a 25	-	4	6	3	
5. Tempo de tratamento (ano)					0,291
1 a 2	-	19	14	6	
3 a 10	-	15	21	4	
11 a 25	-	10	9	5	
6. Tempo de acompanhamento (ano)					0,367
1	-	20	24	9	
2	-	17	14	2	
3 a 16	-	7	6	4	
7. PAS <140mmHg					0,542
Sim	-	26	25	11	
Não	-	18	19	4	
8. PAD <90mmHg					0,350
Sim	-	27	23	11	
Não	-	17	21	4	
9. Adesão					0,963
Sim	-	20	22	7	
Não	-	24	22	8	
10. IMC (kg/m <sup>2</sup> )					0,498
18,0 a 24,9	1	11	14	2	
25 a 29,9	2	21	20	6	
30 ou +	-	9	10	7	
11. Circunferência cintura (m)					0,275
<0,88	1	11	14	2	
0,88 a 1,02	2	21	20	6	
>1,02	-	9	10	7	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

A *susceptibilidade percebida* é uma dimensão do Modelo de Crenças em Saúde que serve de referencial teórico para este estudo. Na Tabela 17 constam os resultados das variáveis sociodemográficas e a

influência destas no modo como os clientes percebem os riscos de complicações em decorrência da hipertensão arterial não controlada.

Conforme observou-s nenhuma das variáveis testadas mostrou associação estatisticamente significativa.

Tabela 18 - Análise bivariada da dimensão severidade percebida e variáveis sociodemográficas e de tratamento anti-hipertensivo do grupo amostral. Fortaleza-CE, 2004

Variáveis	Severidade					p
	Discordo	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo	
	Total	Parcial		Parcial	Total	
Nº	Nº	Nº	Nº	Nº		

1. Sexo						0,432
Feminino	3	20	30	9	17	
Masculino	1	7	7	6	3	
2. Faixa etária						0,432
22 a 54	1	13	15	8	6	
55 a 80	3	14	22	7	14	
3. Escolaridade						0,068
0 a 4	-	4	11	7	8	
5 a 9	-	18	19	4	5	
10 a 15	-	9	7	4	7	
4. Tempo de diagnóstico						0,567
1 a 2	-	13	11	3	4	
3 a 8	-	9	13	5	4	
9 a 16	-	7	8	6	7	
17 a 25	-	2	5	1	5	
5. Tempo de tratamento (ano)						<b>0,027</b>
1 a 2	-	14	14	5	6	
3 a 10	-	12	17	8	3	
11 a 25	-	5	6	2	11	
6. Tempo de acompanhamento (ano)						0,367
1	-	20	14	9	10	
2	-	8	15	4	6	
3 a 16	-	3	8	2	4	
7. PAS < 140 mmHg						<b>0,048</b>
Sim	2	20	16	12	12	
Não	2	7	21	3	8	
8. PAD < 90 mmHg						<b>0,030</b>
Sim	-	25	18	8	10	
Não	-	6	19	7	10	
9. Adesão						0,276
Sim	-	18	14	7	10	
Não	-	23	23	8	10	
10. IMC (kg/m <sup>2</sup> )						0,293
18,0 a 24,9	2	10	9	3	4	
25,0 a 29,9	2	14	14	9	10	
30 ou +	-	3	14	3	6	
11. Circunferência da cintura (m)						0,233
< 0,88	2	10	9	3	4	
0,88 a 1,02	2	14	14	9	10	
>1,02	-	3	14	3	6	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

Os resultados dos testes estatísticos não demonstraram associação estatisticamente significativa entre a severidade e as seguintes variáveis: sexo (p= 0,432), faixa etária (p= 0,432), escolaridade (p= 0,068), tempo de diagnóstico (p= 0,567), tempo de acompanhamento (p= 0,367), adesão (p= 0,276), IMC (p= 0,293) e circunferência da cintura (p= 0,233).

Em contraposição, houve associação estatisticamente significativa entre severidade e tempo de tratamento (p= **0,027**), PAS < 140 mmHg (p= **0,048**) e PAD <90 mmHg (p= **0,030**).

Variáveis	Benefícios Percebidos			p
	Indeciso	Concordo Parcial	Concordo Total	
	Nº	Nº	Nº	

Tabela 19 – Análise bivariada da dimensão benefícios percebidos pelo grupo amostral em relação às variáveis demográficas e de tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004

1. Sexo				0,307
Feminino	3	19	57	
Masculino	2	3	19	
2. Faixa etária (ano)				0,307
22 a 54	3	11	29	
55 a 80	2	23	47	
3. Escolaridade (ano)				<b>0,052</b>
0 a 4	-	4	26	
5 a 9	1	13	32	
10 a 15	4	5	18	
4. Tempo de diagnóstico (ano)				0,629
1 a 2	2	9	20	
3 a 8	1	6	24	
9 a 16	1	5	22	
17 a 25	1	2	10	
5. Tempo de tratamento (ano)				0,568
1 a 2	2	11	26	
3 a 10	1	7	32	
11 a 25	2	4	18	
6. Tempo de acompanhamento (ano)				0,422
1	3	12	38	
2	2	5	26	
3 a 16	-	5	12	
7. PAS < 140 mmHg				0,291
Sim	3	10	49	
Não	2	12	27	
8. PAD < 90mmHg				0,366
Sim	2	11	48	
Não	3	11	28	
9. Adesão				0,433
Sim	2	8	39	
Não	3	14	37	
10. IMC (kg/m <sup>2</sup> )				0,383
18,0 a 24,9	2	7	19	
25,0 a 29,9	2	7	40	
30 ou +	1	8	17	
11. Circunferência da cintura (m)				0,803
< 0,88	2	7	19	
0,88 a 1,02	2	7	40	
>1,02	1	8	17	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

Os resultados dos testes mostraram valores que não evidenciam associação estatisticamente significativa entre a variável percepção dos benefícios promovidos pelo seguimento do tratamento recomendado pelos profissionais de saúde que acompanham a clientela participante deste estudo. A exceção ficou por conta da escolaridade, cujo ( $p= 0,052$ ) indica associação estatisticamente significativa.

Tabela 20 - Análise bivariada da dimensão benefícios percebidos, variáveis sociodemográficas e de tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004

Variáveis	Percepção das Barreiras para a Ação					p
	Discordo	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo	
	Total	Parcial		Parcial	Total	
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	
1. Sexo						0,660
Feminino	7	15	35	16	6	
Masculino	1	3	14	3	3	
2. Faixa etária (ano)						0,660
22 a 54	3	10	19	9	2	
55 a 80	5	8	30	12	7	
3. Escolaridade (ano)						<b>0,024</b>
0 a 4	2	1	18	6	3	
5 a 9	1	13	22	8	2	
10 a 15	5	4	9	5	4	
4. Tempo de diagnóstico (ano)						0,366
1 a 2	3	3	15	-	6	
3 a 8	2	2	13	-	8	
9 a 16	3	3	13	-	11	
17 a 25	-	-	3	-	3	
5. Tempo de tratamento (ano)						0,194
1 a 2	3	8	21	7	-	
3 a 10	3	8	15	8	6	
11 a 25	2	2	13	4	3	
6. Tempo de acompanhamento (ano)						0,666
1	4	8	28	9	4	
2	4	7	14	5	3	
3 a 16	-	3	7	5	2	
7. PAS <140 mmHg						0,471
Sim	6	6	27	10	5	
Não	2	2	22	9	4	
8. PAD < 90 mmHg						<b>0,008</b>
Sim	6	15	29	-	11	
Não	2	3	20	-	17	
9. Adesão						0,114
Sim	6	12	19	7	5	
Não	2	6	30	12	4	
10. IMC (kg/m <sup>2</sup> )						0,759
18,0 a 24,9	2	7	12	4	3	
25 a 29,9	5	9	21	10	4	
30 ou +	1	2	16	5	2	
11. Circunferência da cintura (m)						0,128
<0,88	2	7	12	3	3	
0,88 a 1,02	5	9	21	4	4	
>1,02	1	2	16	2	2	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

Como evidenciam os resultados expostos na Tabela 20, as barreiras ao tratamento anti-hipertensivo, investigadas junto aos clientes participantes do estudo, foram estatisticamente significantes na associação da escolaridade ( $p=0,024$ ) com a PAD < 90mmHg ( $p= 0,008$ ). As demais variáveis,

apesar de apresentarem um bom resultado, não mostraram associação estatisticamente significativa.

Tabela 21 - Análise bivariada dos estímulos para a ação e as variáveis sociodemográficas e de tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004

Variáveis	Estímulos para a Ação				p
	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo	
	Parcial		Parcial	Total	
	Nº	Nº	Nº	Nº	
1. Sexo					0,897
Feminino	3	9	17	50	
Masculino	-	2	7	15	
2. Faixa etária (ano)					0,897
22 a 54	-	3	12	28	
55 a 80	-	8	12	37	
3. Escolaridade (ano)					0,251
0 a 4	-	1	9	20	
5 a 9	-	7	9	30	
10 a 15	-	6	6	15	
4. Tempo de diagnóstico (ano)					0,203
1 a 2	-	4	7	20	
3 a 8	-	4	9	18	
9 a 16	-	5	4	19	
17 a 25	-	1	4	8	
5. Tempo de tratamento (ano)					0,436
1 a 2	-	4	9	26	
3 a 10	-	8	11	21	
11 a 25	-	2	4	18	
6. Tempo de acompanhamento (ano)					0,963
1	2	7	13	31	
2	1	2	7	23	
3 a 16	-	2	4	11	
7. PAS <140 mmHg					0,534
Sim	-	9	12	41	
Não	-	5	12	24	
8. PAD < 90 mmHg					0,613
Sim	-	7	14	40	
Não	-	7	10	25	
9. Adesão					0,426
Sim	-	8	9	32	
Não	-	6	15	33	
10. IMC (kg/m <sup>2</sup> )					0,230
18,0 a 24,9	-	2	9	17	
25 a 29,9	2	7	6	34	
30 ou +	1	2	9	14	
11. Circunferência da cintura (cm)					0,523
< 88	-	2	9	17	
88 a 102	2	7	6	34	
>102	1	2	9	14	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

Na Tabela 21 constam os resultados das variáveis sociodemográficas e de tratamento da hipertensão arterial em relação aos estímulos para um tratamento eficaz, ou seja, estímulos que ajudem o cliente a



seguir o tratamento conforme prescrito pelo profissional de saúde. Segundo observado, não se evidenciou nenhuma associação estatisticamente significativa.

Variáveis	Susceptibilidade/Complicações			p
	Níveis de Adesão			
	Ideal/Forte Nº	Média Nº	Fraca Nº	
1. Infarto agudo do miocárdio				0,822
Discordo/Indeciso	1	2	-	
Concordo parcial	9	5	1	
Concordo total	39	38	7	
2. Acidente vascular encefálico				0,737
Indeciso	2	-	-	
Concordo parcial	5	6	1	
Concordo total	42	39	8	
3. Retinopatia hipertensiva				0,177
Discordo total	13	8	1	
Discordo parcial	6	3	-	
Indeciso	6	5	4	
Concordo parcial	6	15	2	
Concordo total	18	14	2	
4. Precordialgia				0,138
Discordo total	5	3	3	
Discordo parcial	4	1	2	
Indeciso	10	11	1	
Concordo parcial	5	8	1	
Concordo total	25	22	2	
5. Insuficiência renal				0,799
Discordo total	11	11	2	
Discordo parcial	6	4	-	
Indeciso	3	3	2	
Concordo parcial	6	8	2	
Concordo total	23	19	3	
6. Vasculopatia hipertensiva				0,410
Discordo total	11	8	4	
Discordo parcial	15	8	1	
Indeciso	9	16	2	
Concordo parcial	2	2	1	
Concordo total	11	10	1	
7. Diminuição da libido				0,381
Discordo total	22	13	4	
Discordo parcial	9	7	1	
Indeciso	5	9	1	
Concordo parcial	3	9	2	
Concordo total	9	6	1	
8. Disfunção erétil				0,433
Discordo total	16	14	3	
Discordo parcial	12	5	1	
Indeciso	7	11	2	
Concordo parcial	4	10	2	
Concordo total	9	5	1	
9. Preocupação com as complicações da doença				0,337
Discordo total	13	8	1	
Discordo parcial	4	3	2	
Indeciso	6	2	1	
Concordo parcial	7	10	3	
Concordo total	19	22	2	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

É interessante verificar que nos resultados obtidos e nas análises realizadas, o grupo amostral tem revelado algumas peculiaridades não

confirmadas em momentos diferenciados. No acompanhamento de portadores de doença como hipertensão arterial, espera-se aprendizagem decorrente do dia-a-dia da própria doença e seus sintomas. Portanto, as limitações dela advindas deveriam ser momentos reflexivos em relação ao futuro, e, acima de tudo, deveriam trazer seus reflexos na qualidade de vida. Segundo afirmam os clientes pesquisados, eles usam adequadamente os medicamentos, fazem restrição de sal, gorduras, entre outros cuidados, mas não demonstram acreditar nas possíveis complicações advindas da doença.

Assim, os comportamentos e as crenças nas diversas complicações da hipertensão arterial não mostraram associação estatisticamente significativa.

Tabela 23 - Comportamentos dos clientes hipertensos em relação à severidade da doença e ao tempo de tratamento. Fortaleza-CE, 2004

Variáveis	Tempo de Tratamento (ano)			p
	0 – 2	3 – 10	11 – 25	
	Nº	Nº	Nº	
1. Crença na cura da hipertensão arterial				0,518
Discordo total	4	3	2	
Discordo parcial	6	3	-	
Indeciso	4	7	4	
Concordo parcial	3	8	4	
Concordo total	22	21	20	
2. Toma os medicamentos				0,689
Sim	36	35	23	
Não	2	4	3	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

A crença sobre a cura da hipertensão arterial, como mostram os dados da Tabela 23, focaliza a sua severidade e o comportamento de tomar o(s) medicamento(s) conforme recomendado pela equipe que

acompanha a clientela, em função do tempo de tratamento. Conforme se verificou, embora os resultados tendam para o lado positivo, não houve associação estatisticamente significativa ( $p= 0,518$  ;  $p= 0,689$ ), respectivamente.

Tabela 24- Análise bivariada da preocupação do grupo amostral em relação à seriedade da Hipertensão Arterial não controlada. Fortaleza-CE, 2004

Seriedade da Hipertensão Arterial	Preocupação com Seriedade da Doença					P
	Discordo Total N°	Discordo Parcial N°	Indeciso N°	Concordo Parcial N°	Concordo Total N°	
1. Hipertensão arterial é doença séria						0,297
Indeciso	2	-	-	-	1	
Concordo parcial	3	2	2	2	2	
Concordo total	16	7	7	18	41	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

Segundo se percebe, os resultados expostos na Tabela 24 dizem respeito à preocupação do grupo amostral em relação à seriedade da hipertensão arterial, mas não revelaram associação estatisticamente significativa ( $p= 0,297$ ). Mesmo assim, conforme explicitado na Tabela 1, 83 (80,6 %) dos participantes do estudo estavam em tratamento pelo menos há dois anos e 86 (83,5 %) estavam em acompanhamento na unidade cenário do estudo também há no mínimo dois anos, recebendo orientações da equipe durante as consultas mensais.

Tabela 25 – Análise bivariada da adesão do grupo amostral em relação à severidade da hipertensão arterial. Fortaleza-CE, 2004

Severidade	Adesão			p
	Ideal/Forte Nº	Média Nº	Fraca Nº	
1. Hipertensão arterial não tem cura				0,539
Discordo total	5	4	-	
Discordo parcial	4	5	-	
Indeciso	8	7	-	
Concordo parcial	6	5	4	
Concordo total	26	24	5	
2. Hipertensão arterial mata				0,872
Discordo total	-	-	-	
Discordo parcial	-	-	-	
Indeciso	3	2	-	
Concordo parcial	2	4	-	
Concordo total	44	39	9	
3. Hipertensão arterial pode deixar seqüelas				0,886
Discordo total	-	-	-	
Discordo parcial	4	3	-	
Indeciso	2	4	-	
Concordo parcial	43	38	9	
Concordo total				
4. Hipertensão arterial atrapalha a vida social				0,948
Discordo total	30	28	6	
Discordo parcial	-	-	-	
Indeciso	5	2	-	
Concordo parcial	5	4	-	
Concordo total	9	11	3	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

As possíveis conseqüências da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo não têm sido motivo de preocupação dos clientes participantes do estudo. Isso se mostra de modo bastante claro quando não se encontrou associação estatisticamente significativa na análise das variáveis estudadas, embora a opção "*concordo totalmente*" tenha sido a mais apontada pelos pesquisados, sugerindo tendência para concordância.

Tabela 26 – Comportamentos e percepção dos clientes em relação aos benefícios da adesão ao tratamento. Fortaleza-CE, 2004

Variáveis	Adesão ao Tratamento		P
	Sim Nº	Não Nº	
1. Seguimento das orientações			<b>0,001</b>
Discordo total	1	1	
Discordo parcial	5	1	
Indeciso	5	3	
Concordo parcial	31	-	
Concordo total	52	2	
2. Toma medicação diariamente			0,095
Discordo total	-	1	
Concordo parcial	11	-	
Concordo total	85	6	
3. Orientações ajudam a seguir o tratamento			<b>0,013</b>
Discordo total	3	-	
Concordo parcial	15	5	
Concordo total	77	2	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

Na Tabela 26 estão expostos os dados relacionados a comportamentos e crenças do grupo amostral em relação aos benefícios de seguir adequadamente o tratamento anti-hipertensivo. Conforme se verificou, houve associação estatisticamente significativa em relação ao seguimento das orientações em geral e estas ajudam a realizar o tratamento ( $p= 0,001$  ;  $p= 0,013$ ), respectivamente. Todavia, há tendência para a concordância no seguimento das orientações recebidas, mas em relação ao uso dos medicamentos receitados e em tomar a medicação diariamente, não se encontrou associação estatisticamente significativa.

Tabela 27 – Percepção dos benefícios do tratamento e comportamento dos hipertensos. Fortaleza-CE, 2004

Variáveis	Seguir Orientações da Equipe					P
	Discordo	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo	
	Total	Parcial	Nº	Parcial	Total	
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	
1. Seguir tratamento						<b>0,001</b>
Indeciso	-	1	3	-	-	
Concordo parcial		5	3	3	4	
Concordo total	-	3	3	28	50	
2. Tomar todos remédios prescritos						<b>0,004</b>
Indeciso	-	1	3	2	2	
Concordo parcial	-	4	3	6	6	
Concordo total	-	4	3	23	46	
3. Manter pressão arterial controlada						0,297
Concordo parcial	-	-	1	-	2	
Concordo total	-	9	8	31	52	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

Na Tabela 27 estão os dados relacionados à percepção dos benefícios do tratamento e comportamentos dos clientes em seguir as orientações da equipe de saúde responsável pelo acompanhamento. Segundo verificado, encontrou-se associação estatisticamente significativa entre as variáveis seguir tratamento e tomar todos os remédios prescritos ( $p=0,001$  ;  $p= 0,004$ ), respectivamente. Entretanto, as orientações da equipe para manter a pressão arterial controlada não foram percebidas como benefícios e deste modo não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis ( $p= 0,297$ ).

Tabela 28 - Análise bivariada da percepção dos clientes sobre os possíveis benefícios da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Fortaleza-CE, 2004

Benefícios	Adesão	p
------------	--------	---

	Ideal/Forte Nº	Média Nº	Fraca Nº	
1. É possível controlar a PA				<b>0,001</b>
Concordo total	48	47	8	
2. Seguir o tratamento total				0,654
Discordo	1	3	-	
Indeciso	6	7	3	
Concordo parcial	19	14	3	
Concordo total	23	21	3	
3. Dormir 6 a 8 horas noite				0,390
Discordo parcial	2	1	-	
Indeciso	5	4	-	
Concordo parcial	6	11	4	
Concordo total	36	29	5	
4. Evitar aborrecimentos				0,287
Discordo total	5	1	1	
Discordo parcial	1	1	2	
Indeciso	4	2	-	
Concordo parcial	11	10	1	
Concordo total	28	31	5	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton

Consoante mostraram os resultados dos possíveis benefícios do tratamento e a conseqüente adesão, os clientes acreditam que podem controlar a hipertensão arterial. Encontrou-se nas variáveis tendência para concordância dos benefícios em todos os níveis de adesão. No entanto, associação estatisticamente significativa só se identificou na variável “*ser possível controlar a hipertensão arterial*” ( $p= 0,001$ ).

Tabela 29 - Análise bivariada da percepção do grupo amostral sobre as barreiras à adesão ao tratamento. Fortaleza-CE, 2004

Variáveis	Adesão ao Tratamento Medicamentoso	p
-----------	------------------------------------	---



	Sim Nº	Não Nº	
1. Medicação causa impotência			0,519
Discordo total	35	2	
Discordo parcial	18	1	
Indeciso	14	1	
Concordo parcial	11	-	
Concordo total	20	1	
2. Medicação reduz o desejo sexual			0,250
Discordo total	31	2	
Discordo parcial	15	3	
Indeciso	19	2	
Concordo parcial	16	-	
Concordo total	15	-	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

A adesão ao tratamento pelo grupo amostral não sofreu influência das barreiras advindas da terapia medicamentosa, haja vista não haver associação estatisticamente significativa em relação às variáveis estudadas ( $p= 0,519$ ;  $p= 0,250$ ), respectivamente.

Tabela 30 - Análise bivariada da percepção das possíveis barreiras ao tratamento da hipertensão arterial e a adesão do grupo amostral ao tratamento. Fortaleza-CE, 2004

Barreiras	Adesão			p
	Ideal/Forte Nº	Média Nº	Fraca Nº	

1. Tratamento da hipertensão arterial é cansativo				0,848
Discordo total	28	25	3	
Discordo parcial	5	3	1	
Indeciso	1	1	-	
Concordo parcial	8	7	2	
Concordo total	7	9	3	
2. É ruim tomar remédio e fazer dieta sem se sentir doente				0,402
Discordo total	27	26	3	
Discordo parcial	3	1	1	
Indeciso	4	4	-	
Concordo parcial	8	9	1	
Concordo total	7	5	4	
3. Só segue orientações e toma remédio se tiver sintomas				0,061
Discordo total	17	11	1	
Discordo parcial	-	1	1	
Indeciso	8	2	-	
Concordo parcial	7	13	4	
Concordo total	17	18	3	
4. Fazer tratamento requer condições financeiras				0,475
Discordo total	14	10	-	
Discordo parcial	2	-	-	
Indeciso	2	3	1	
Concordo parcial	12	12	4	
Concordo total	19	20	4	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

Como é notório, o tratamento de uma doença crônica é contínuo e deverá ser incorporado ao cotidiano do portador da doença, a exemplo de um hábito como tomar banho, escovar os dentes, comer ou dormir. No caso da hipertensão arterial, este tratamento apresenta algumas limitações ou mesmo barreiras para sua realização. No grupo estudado encontrou-se ( $p= 0,061$ ), significante apenas em nível de 10%. Portanto, quase existe associação estatisticamente significante entre as variáveis analisadas. Pode-se pensar, ainda, que o grupo amostral não reconhece barreiras para o tratamento da doença, embora aspectos considerados importantes no seguimento terapêutico não tenham mostrado associação estatisticamente significante.

Fremman-Halton.	Terapias Medicamentosas	Adesão			p
		Ideal/Forte Nº	Média Nº	Fraca Nº	
	1. Monoterapia	13	10	5	0,351
	2. Associação de duas drogas	31	32	4	
	3. Associação de três ou + drogas	5	3	-	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

As

terapias

medicamentosas utilizadas no tratamento da hipertensão arterial podem se constituir em fator dificultador de adesão. Dos clientes pesquisados, 28 faziam monoterapia e treze tinham adesão ideal ou forte; 67 faziam uso de duas drogas associadas e, destes, 31 também mostraram adesão. Dos oito que usavam três ou mais fármacos em seu tratamento, cinco estavam em nível de adesão ideal ou forte. Mesmo assim, não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis testadas.

Tabela 32 - Análise bivariada da prática de tomar todos os medicamentos receitados em relação à adesão ao tratamento anti-hipertensivo do grupo amostral. Fortaleza-CE, 2004

Toma todos os Medicamentos Receitados e Conforme a Prescrição	Adesão			p
	Ideal/Forte Nº	Média Nº	Fraca Nº	
1. Sim	47	42	5	<b>0,005</b>
2. Não	2	3	4	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

Dos 49 clientes que mostraram adesão ideal ou forte ao tratamento, 47 disseram tomar todos os medicamentos receitados conforme a prescrição; dos 45 com adesão média, 42 afirmaram tomar todos os medicamentos e dos nove com adesão fraca, cinco garantiram tomar os

medicamentos receitados. Segundo evidenciado, a análise mostrou associação estatisticamente significativa entre as variáveis ( $p= 0,005$ ).

Tabela 33 - Análise bivariada dos medicamentos receitados em relação à adesão ao tratamento anti-hipertensivo do grupo amostral. Fortaleza-CE, 2004

Medicamentos Receitados	Adesão			p
	Ideal/Forte Nº	Média Nº	Fraca Nº	
1. Captopril	23	28	6	0,602
2. Hidroclorotiazida	37	32	3	
3. Propranolol	19	17	3	
4. Nifedipina	3	1	-	
5. Alfametildopa	8	3	1	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

No grupo pesquisado foram encontrados 57 clientes em uso de captopril como monoterapia ou associado a outras drogas e destes 23 apresentavam adesão ideal ou forte ao tratamento; 72 pesquisados estavam em uso de hidroclorotiazida e destes 37 mostraram adesão ao tratamento; em uso de propranolol, estavam 39 entrevistados, dos quais dezenove com boa adesão; quatro usavam nifedipina e, destes, três estavam em nível de adesão considerada ideal ou forte. E, finalmente doze clientes usavam alfametildopa, dos quais oito no subgrupo de adesão ideal ou forte. Apesar destes resultados, não se evidenciou associação estatisticamente significativa entre as variáveis medicamentos receitados e adesão.

Tabela 34 - Análise bivariada dos estímulos recebidos dos profissionais e da sociedade para a adesão do grupo amostral ao tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004

Estímulos	Adesão			p
	Ideal/Forte Nº	Média Nº	Fraca Nº	
1. Campanhas ajudam				0,671
Discordo total	4	2	1	
Indeciso	3	1	-	
Concordo parcial	10	6	2	
Concordo total	32	36	6	
2. Programas coletivos ajudam				0,627
Discordo total	5	3	-	
Discordo parcial	-	2	-	
Indeciso	3			
Concordo parcial	8	10	1	
Concordo total	33	26	8	
3. Conversar com outros hipertensos ajuda				0,349
Discordo total	7	5	-	
Discordo parcial	1	1	-	
Indeciso	5	10	2	
Concordo parcial	6	10	3	
Concordo total	30	19	4	
4. Só tomar remédio evita complicações				0,081
Discordo total	1	-	-	
Indeciso	1	-	-	
Concordo parcial	7	8	-	
Concordo total	40	37	9	
5. Comer frutas e verduras ajuda a controlar a pressão arterial				0,610
Discordo total	1	-	-	
Indeciso	1	-	-	
Concordo parcial	4	6	-	
Concordo total	43	39	9	
6. Meditação e descontração ajudam a controlar a pressão arterial				0,502
Discordo total	1	1	-	
Indeciso	1	-	-	
Concordo parcial	7	3	1	
Concordo total	40	41	8	
7. Saber que parente ou amigo teve complicação de hipertensão arterial ajuda no tratamento				0,858
Discordo total	3	3	-	
Discordo parcial	2	1	-	
Indeciso	2	1	1	
Concordo parcial	4	6	-	
Concordo total	38	34	8	

Obs.: p de Fisher-Fremman-Halton.

Os estímulos para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, tanto advindos dos profissionais que acompanham a clientela, como da sociedade em geral, não mostraram relevância neste estudo, pois não apresentaram associação estatisticamente significativa.

Variáveis	Discordo		Indeciso		Concordo Parcial		Concordo Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Comportamento	2	1,9	30	29,1	41	39,8	30
Suscetibilidade	3	2,9	41	39,8	44	42,7	15	14,6
Severidade	30	30,1	37	35,9	16	15,5	20	19,4
Benefícios	-	-	5	4,9	22	21,4	76	73,8
Barreiras	26	25,1	49	47,6	19	18,4	9	8,7
Estímulos	3	2,9	11	10,7	24	23,3	65	63,1

Obs.: Qui-quadrado de Friedman= 114,53; p= **0,001**.

Como evidencia a síntese dos comportamentos e das dimensões do modelo em estudo, no extremo de valores negativos não foi possível discriminar resultados de "*discordo totalmente*" e "*discordo parcialmente*" porque as frequências absolutas em três aspectos eram baixas. Diante disto, optou-se por juntá-las na categoria "*discordo*". O teste realizado, qui-quadrado de Friedman = 114,53 e (p= **0,001**), mostrou haver diferença estatisticamente significativa entre as pontuações das dimensões.

A despeito dos resultados dos testes de qui-quadrado, de Fisher-Fremman-Halton e qui-quadrado de Friedman, decidiu-se reavaliar algumas variáveis com o objetivo de certificar se, por outras abordagens, ainda era possível encontrar alguma associação estatisticamente significativa.

Assim, fez-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade da distribuição, o coeficiente de correlação de Pearson para distribuições simétricas e lineares e o de Rho de Spearman para as assimétricas e ou relações não lineares, cujos resultados estão expostos a seguir.

Tabela 36– Dados dos coeficientes de correlações da média de pressão arterial sistólica e fatores relacionados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004

Média PAS	Correlação	Valor p
Idade	0,318 <sup>1</sup>	<b>0,001</b>
Peso	0,230 <sup>1</sup>	<b>0,010</b>
Altura	0,165 <sup>1</sup>	<b>0,048</b>
IMC	0,154 <sup>1</sup>	0,060
C. cintura	0,223 <sup>1</sup>	<b>0,012</b>
Renda	0,068 <sup>2</sup>	0,493
Escolaridade	0,056 <sup>2</sup>	0,572
Tempo de diagnóstico	0,217 <sup>2</sup>	<b>0,028</b>
Tempo de tratamento	0,174 <sup>2</sup>	0,078
Tempo de acompanhamento	0,017 <sup>2</sup>	0,863
Adesão	-0,604 <sup>2</sup>	<b>0,000</b>

1. Coeficiente de correlação de Pearson; 2. Rho de Spearman.

Por meio dos cálculos de coeficientes de correlação de Pearson, encontrou-se correlação estatisticamente significativa ( $p= 0,001$ ) para idade em relação à média de PAS, mostrando que a PAS aumenta com a idade; com o peso ( $p= 0,010$ ) e com o aumento da circunferência da cintura ( $p= 0,012$ ).

O coeficiente de Rho de Spearman mostrou correlação estatisticamente significativa da PAS com o tempo de diagnóstico ( $p= 0,028$ ) e com a adesão ( $p= 0,000$ ) e coeficiente negativo, porque (-0,604), apesar de uma correlação forte, se aproxima de -1.

Tabela 37 – Dados dos coeficientes de correlações da média de pressão arterial diastólica e fatores relacionados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004

Média PAD	Correlação	Valor p
Idade	0,198 <sup>1</sup>	<b>0,023</b>
Peso	0,242 <sup>1</sup>	<b>0,007</b>
Atura	0,153 <sup>1</sup>	0,062
IMC	0,160 <sup>1</sup>	<b>0,054</b>
C. cintura	0,177 <sup>1</sup>	<b>0,037</b>
Renda	0,096 <sup>2</sup>	0,335
Escolaridade	0,049 <sup>2</sup>	0,621
Tempo de diagnóstico	0,246 <sup>2</sup>	<b>0,012</b>
Tempo de tratamento	0,240 <sup>2</sup>	<b>0,014</b>
Tempo de acompanhamento	0,029 <sup>2</sup>	0,772
Adesão	-0,615 <sup>2</sup>	<b>0,000</b>

1. Coeficiente de correlação de Pearson; 2. Rho de Spearman.

Como verificado, encontraram-se cálculos de coeficientes de correlação de Pearson, correlação estatisticamente significativa ( $p= 0,023$ ) para idade em relação à média de PAD, mostrando que a PAD aumenta com a idade; com o peso ( $p= 0,007$ ), com o IMC ( $p= 0,054$ ) e com o aumento da circunferência da cintura ( $p= 0,037$ ).

O coeficiente de Rho de Spearman revelou correlação estatisticamente significativa da PAD ( $p= 0,012$ ); ( $p= 0,014$ ) com o tempo de diagnóstico e de tratamento, respectivamente, e, também, com a adesão ( $p= 0,000$ ) e coeficiente negativo, porque ( $- 0,615$ ), apesar de uma correlação forte, se aproxima de -1.



Tabela 38 – Dados dos coeficientes de correlações da adesão e fatores relacionados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004

Adesão	Correlação	Valor p
Renda	- 0,049	0,625
Escolaridade	- 0,163	0,099
Tempo de diagnóstico	0,056	0,577
Tempo de tratamento	0,153	0,124
Tempo de acompanhamento	0,192	<b>0,052</b>
Consulta/ ano	0,282	<b>0,004</b>
Dorme de 6 a 8 horas/noite	0,019	0,845
Evita preocupações	0,114	0,250
Considera tratamento cansativo	-0,213	<b>0,030</b>
Tomar remédio e fazer dieta sem sintoma é complicado	-0,174	0,078
Só toma remédio quem tem sintomas	-0,124	0,212
Campanhas ajudam no tratamento	0,023	0,817
Caminhadas ajudam no tratamento	0,066	0,508
Trocar experiências com outras pessoas com hipertensão ajuda a seguir tratamento	0,194	<b>0,050</b>
Só tomar remédios evita complicações	-0,057	0,570
Comer frutas e verduras ajuda no tratamento	0,043	0,663
Ter momentos de descontração ajuda no tratamento	-0,088	0,379
Notícias de complicações de parentes ajudam a fazer o tratamento	0,009	0,931

Coeficiente de correlação de Rho de Spearman.

Consoante se nota, os resultados dos cálculos dos coeficientes de Rho de Spearman demonstraram correlação negativa para renda, escolaridade, percepção de o cliente considerar o tratamento cansativo, assim como considerar ruim tomar remédios e fazer dieta sem sentir sintomas e de precisar tomar remédio apenas quem tem sintomas da doença. Verificaram-se correlações negativas também para as variáveis " *só tomar remédios evita complicações*" e " *ter momentos de descontração ajuda a fazer o tratamento*". Encontrou-se correlação estatisticamente significativa (p= **0,004**) para o número de consultas no ano (p= **0,030**) para a barreira tratamento cansativo e (p=**0,050**) para o estímulo da troca de experiências com pessoas também acometidas pelo mesmo adoecimento e a adesão

ao tratamento. Para as demais variáveis não houve correlação estatisticamente significativa.

Tabela 39 - Dados de coeficientes de correlações entre comportamento seguir as orientações dos profissionais e o seguimento do tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza-CE, 2004.

Seguir Orientações dos Profissionais	Correlação	Valor p
Seguir o tratamento prescrito	0,201	<b>0,042</b>
Tomar todos remédios	0,517	<b>0,000</b>
Para manter a pressão arterial controlada	0,080	0,420

Coefficiente de correlação de Rho de Spearman.

Os coeficientes de correlação e o valor de p calculados mostraram correlação estatisticamente significativa para seguir o tratamento (p= **0,042**) e tomar os remédios (p= **0,000**) em relação à força das orientações dos profissionais que acompanham esse clientes, resultados que reafirmam os já obtidos pelo qui-quadrado. No entanto, não se mostrou correlação estatisticamente significativa com a variável " *para manter a pressão arterial controlada*".

Tabela 40 – Dados dos coeficientes de correlações da adesão e as médias dos aspectos dos comportamentos, das dimensões do Modelo de Crenças em Saúde e estímulos para a ação de clientes portadores de hipertensão arterial. Fortaleza-CE, 2004

Adesão	Correlação	Valor p
Média dos aspectos de comportamentos	0,500	<b>0,000</b>
Média da dimensão susceptibilidade	-0,051	0,606
Média da dimensão severidade	-0,055	0,584
Média da dimensão benefícios percebidos	0,078	0,434
Média da dimensão barreiras	-0,191	<b>0,054</b>
Média dos estímulos	0,169	0,088

Coefficiente de correlação de Rho de Spearman.

Na Tabela 40 estão expostas as correlações das médias dos vários aspectos componentes do item ***comportamento***, assim como daqueles

constantes dos itens investigativos das dimensões do Modelo de Crenças em Saúde e os *estímulos* para ajudar na adesão ao tratamento. Foram negativas as correlações das dimensões *susceptibilidade percebida*, *severidade* e *barreiras*. Entretanto houve correlação estatisticamente significativa nos aspectos do comportamento ( $p= 0,000$ ) e aproximou-se bastante de correlação estatisticamente significativa a dimensão barreiras ( $p= 0,054$ ).

## 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 Breves considerações

A hipertensão arterial é um sério problema de saúde pública, responsável por complicações cardiovasculares com elevada morbimortalidade em decorrência da baixa taxa de adesão ao tratamento. Conforme Aubert, Bovet e Gervanosi et al. (1998), a hipertensão arterial tem se tornado um grave problema em países em transição epidemiológica, diante do envelhecimento populacional, urbanização e condições socioeconômicas que favorecem hábitos sedentários e alimentares, entre outras .

De modo geral, a doença é silenciosa e sua descoberta acontece por acaso, inclusive, por não ser comum a medição da pressão arterial em todo atendimento nos serviços de saúde. Além de não se medir a pressão arterial nos atendimentos de saúde, esta, quando ocorre, nem sempre é realizada dentro das normas e padrões recomendados pelas sociedades científicas e de acordo com o tipo de cliente.

Nos serviços de saúde existe um esfigmomanômetro, utilizado para medir a pressão arterial de pessoas com diferentes circunferências de braços, conforme recomendação explícita nos consensos nacionais (DIRETRIZES, 2002) e internacionais (7<sup>th</sup> JOINT, 2003).

Entretanto, como afirmam Burt, Cutler e Higgins et al. (1995), nesses casos resulta em valores superestimados em até 37% de hipertensão arterial na população estudada. Além disso, a técnica de verificação, de modo geral, não atende às recomendações mundiais da American Heart Association e nem às do Brasil, contidas nos consensos nacionais.

Desse modo, o cliente pode ser informado indevidamente de estarem os valores da sua pressão arterial elevados, ou pior, de estar sua pressão normal, quando na realidade está elevada, e, portanto, requer atenção contínua. Segundo é notório, o tratamento de doenças como a hipertensão arterial é complexo e os estudos realizados no mundo inteiro confirmam dificuldades no seu devido seguimento.

Rocha (2003) mostra as dificuldades de manter os clientes hipertensos em tratamento, principalmente porque, a princípio, os níveis pressóricos elevados produzem sintomas geradores de desconforto. Conyudo, ao desaparecerem estes, o cliente negligencia o seguimento do tratamento terapêutico e a manutenção de hábitos saudáveis de vida. Nesse sentido, a ausência de sintomas constitui grave dificuldade para assegurar a adesão do cliente hipertenso ao tratamento (STOKES; ATHIN, 2003 ; BURKE; DUNBAR-JACOB, 1995).

Neste estudo, procurou-se conhecer os comportamentos e as crenças dos clientes sobre a doença hipertensão arterial, bem como os estímulos que ajudam no seguimento do protocolo de tratamento. Crença vem do latim, *credentia*, e significa ato ou efeito de crer; opiniões que se adotam com fé e convicção (MICHAELIS 2000, 2000). Diante dessa proposta,

buscou-se a teoria do Modelo de Crenças em Saúde para respaldar os resultados.

O Modelo de Crenças em Saúde é composto por quatro dimensões e alguns estímulos, de origem interna ou externa, que influenciam o processo de decisão. Além disso, as variáveis sociodemográficas também dão sua contribuição (ROSENSTOCK, 1974b; DELA COLETA, 2004). Com base no modelo teórico estudado, foi possível analisar como os pacientes portadores de hipertensão arterial em tratamento percebem os fatores de riscos cardiovasculares presentes na doença. Assim, compreender as crenças de mulheres e homens portadores de hipertensão ajuda na obtenção de informações destinadas a avaliar como esta clientela está sendo acompanhada, orientada, ou mesmo encontrar nexos colaborativos na abordagem do processo de adesão ao tratamento, um requisito imprescindível para minimizar ou até evitar tais complicações.

As dimensões do modelo estudado trazem um componente importante, isto é, a motivação para a saúde, compreendida como uma condição emocional em decorrência de algum estímulo, no caso em estudo, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo com vistas a reduzir os eventos de complicações cardiovasculares.

É essencial identificar as razões pelas quais as pessoas fazem ou deixam de fazer certas atividades, pois o ser humano desenvolve ações porque se sente motivado. Portanto, a motivação envolve comportamento direcionado a um objetivo (WEITEN, 2002).

Todavia, a motivação possui um pólo positivo e outro negativo. No processo saúde-doença ela mostra seus dois pólos. No positivo, estão os desejos e vontade pessoal de alcançar a condição de bem-estar. No negativo, a motivação está relacionada às situações desagradáveis da doença. Diversas situações de saúde têm características ameaçadoras, portanto, que devem ser evitadas, ou barreiras que devem ser transpostas (ROSENSTOCK, 1974b).

Ao evocar motivação para a saúde sempre se está pensando em induzir o indivíduo a realizar ações para evitar ou diminuir os efeitos adversos de uma doença. Assim, pode-se fazer associação entre motivação e crenças como partes de um todo a ser trabalhado em um sentido de unidade. Além disso, as doenças trazem implicações de diversas ordens, entre elas as laborais e financeiras, familiares e sociais. Em síntese, a motivação é importante para a tomada de decisão em relação à susceptibilidade e à severidade de uma doença.

### **5.1.1 Perfil sociodemográfico do grupo amostral**

Participaram do estudo 103 clientes hipertensos em tratamento na unidade de saúde onde o estudo foi realizado. Ao se analisar os resultados, encontram-se 79 (76,7%) mulheres. Estas procuram mais os serviços de saúde que os homens, mesmo aquelas que trabalham fora do lar, como se as preocupações com a saúde estivessem mais presentes nas suas vidas.

Isto é mais evidenciado no caso de mulheres com filhos, talvez pelo interesse de vê-los crescidos e encaminhados na vida. Os resultados podem indicar, também, que os serviços de saúde não incentivam ações para os homens terem acesso aos serviços de atendimento, de modo geral, em consequência do horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde. Segundo mencionado, a pesquisa envolveu apenas 24 (23,3%) homens. Tal fato parece confirmar as dificuldades de acesso.

Culturalmente, os homens possuem comportamentos mais reservados e poucos aceitam a condição de dependência. Por isso, raramente pedem autorização para faltarem ou chegarem atrasados ao trabalho em virtude de uma consulta.

Resultado semelhante foi encontrado por Giorgi, Mion Júnior e Car et al. (1985). Conforme eles identificaram em seu estudo, os homens com menos de 40 anos apresentaram a maior taxa de abandono ao tratamento, cujas causas não foram identificadas, mas apontaram duas possíveis justificativas para o fato: os efeitos colaterais das drogas hipotensoras e as complicações decorrentes do horário de funcionamento do serviço e do horário de trabalho.

Em corroboração a essa análise, Figueiredo (2005) indica possíveis causas para a não procura de serviços de saúde pela clientela masculina, tais como: as unidades de saúde não contribuem para que a clientela masculina se sinta pertencendo àquele ambiente porque são estruturadas para atendimento de mulheres, crianças e idosos; a ausência de programas direcionados para os homens e as características de identidade associadas



à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com sua saúde.

Desde os anos 1980, os estudos brasileiros sobre hipertensão arterial mostram predominância de mulheres na procura por acompanhamento em serviços de saúde (GIORGI; MION JÚNIOR; CAR et al., 1985; FUCHS; PETER; ACCORDI et al., 2001; FORTES ; LOPES, 2004).

No estudo ora desenvolvido, a idade dos participantes variou de 22 a 80 anos. Destes, 33,0% com 60 anos e mais e média de 57,14 anos ( $\pm$  11,17 anos). A idade é um fator merecedor de atenção, pois cada vez mais crianças e adolescentes são diagnosticados como portadores de hipertensão arterial (MOURA; SILVA; FERRAZ et al., 2004 ; SOARES, 2004; LINO; LOPES; MARQUES et al., 2004). Grande concentração de clientes (78,7%) situou-se na faixa etária de 44 a 65 anos, isto é, mulheres e homens com boa força de trabalho e expostos às possíveis complicações advindas da doença.

Quanto à escolaridade, concentrou-se em pessoas com até nove anos de estudo (73,8%). Conforme se supõe, a baixa escolaridade da amostra pode dificultar tanto a compreensão dos clientes em relação às orientações sobre os modos de tomar a(s) medicação(ões) como as recomendações sobre as mudanças no estilo de vida tão necessárias ao controle da hipertensão arterial. Estudo realizado por Feijão, Gadelha e Bezerra et al. (2005), em Caucaia-CE, mostrou que a escolaridade influenciou na prevalência mais elevada de hipertensão arterial no grupo investigado.

Também, como identificado, a baixa renda dos estudados, contribui para dificultar o tratamento e, conseqüentemente, o controle da hipertensão arterial, uma vez que 88,8% tinham renda familiar de até quatro salários mínimos e desses 70,9% ganhavam até dois salários mínimos, na época, R\$ 260,00. Essa baixa renda, média de apenas R\$ 395,00, é conseqüência das ocupações do grupo amostral, as quais são atividades pouco rentáveis, como donas de casa, costureiras, domésticas entre outras. Resultados semelhantes foram encontrados por Freitas, Carvalho e Neves et al. (2001) em estudo realizado em Catanduva-SP.

Consoante afirma Polanczyk (2005), a renda familiar e a escolaridade baixas, uma conseqüência da outra e vice-versa, são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Lolio, Pereira e Lotufo et al. (1993), no estudo sobre hipertensão arterial e possíveis fatores de risco, apontam entre outros aspectos as atividades laborais manuais, de baixa recompensa financeira, como as encontradas nesse estudo. Ademais, segundo Cordeiro, Fischer e Lima Filho et al. (1993), atividades repetitivas e em ambientes barulhentos contribuem para o surgimento ou mesmo manutenção de níveis pressóricos elevados.

Apesar de o ambiente poder influenciar na fisiopatologia da hipertensão arterial, este fato ainda é pouco conhecido. De acordo, porém, com Pickering (2003), a raiva reprimida e a submissividade parecem ser desencadeadores de estresse. No estudo ora elaborado, os hipertensos pesquisados desenvolvem atividades nas quais estas características podem

se manifestar. Como lembra o autor, na tensão ocupacional existe um conflito entre demanda-controle e a pressão arterial é social e culturalmente determinada, embora os fatores responsáveis por diferenças de grupos e indivíduos permaneçam obscuros.

Neste estudo predominaram as mulheres e, destas, 55,3% se ocupam em atividades repetitivas e de baixa recompensa financeira. Nesse sentido, os resultados obtidos se aproximam dos de Cantos, Duarte e Dutra et al. (2004). Segundo estes autores, em pesquisa realizada em Santa Catarina, as mulheres estão mais expostas ao estresse e há existência de correlação entre estresse e hipertensão arterial.

Segundo é notório, a família sempre foi pensada como base de apoio de seus membros. Entretanto, conforme verificado neste estudo, quatro clientes moravam sozinhos. Talvez isso contribua para a não adesão ao tratamento, pela falta de familiares ou pessoas para incentivar a sua continuidade.

De acordo com o Modelo de Crenças em Saúde, os dados demográficos constituem fatores modificadores do comportamento preventivo (ROSENSTOCK, 1974b; DELA COLETA, 2004).

Consoante enfatizado, o controle da hipertensão arterial (PAS e PAD) requer do seu portador mudanças no modo de viver e nisso se inclui manter peso corporal ideal e adequado à sua estatura. Assim, o índice de massa corporal é um indicador importante na análise desse controle. Neste estudo, encontraram-se pesquisados eutróficos, com sobrepeso, e obesos com PAS e PAD controladas, mesmo sem associação estatisticamente

significante entre as variáveis. Tais resultados mostraram-se semelhantes aos do estudo realizado por Franco, Oparil e Carreteiro (2004). No entanto, em ambos os estudos os pesquisados com índice de massa corporal entre 18 e 24,9(kg/m<sup>2</sup>) controlavam melhor a doença.

Outros estudos como os de Feijão, Gadelha e Bezerra et al. (2005) mostraram a população com alta prevalência de excesso de peso (51,26%) e de hipertensão (22,58%) e a ocorrência de hipertensão estava fortemente associada ao excesso de peso. Manter peso na faixa adequada para a altura deve ser uma preocupação do portador de hipertensão arterial e uma recomendação dos profissionais que acompanham essa clientela.

No aprendizado sobre a doença e no controle da pressão arterial, tempo de diagnóstico, de tratamento e de acompanhamento é aspecto importante. Os resultados mostraram clientes com perfil de adesão, apesar de não se ter encontrado associação estatisticamente significante em relação às variáveis tempo de diagnóstico e tempo de acompanhamento. No entanto, identificou-se associação estatisticamente significante entre as variáveis tempo de tratamento e controle da pressão arterial diastólica (p= **0,013**).

### **5.1.2 Adesão ao tratamento da hipertensão arterial**

De acordo com Freitas (1999), a condição crônica de saúde possui as seguintes características: é permanente, irreversível, incapacitante, incurável, degenerativa e de longa duração. Assim, ela exige modificações

físicas, psicológicas e sociais, incluídas mudanças no estilo de vida, muitas vezes levando à dependência se não for devidamente tratada para evitar ou retardar as complicações.

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Fuchs, Gus e Zaslavsky et al. (2003) comentam acerca do ponto de corte para o diagnóstico da doença, referindo que os resultados dos estudos de Framingham já relacionavam a hipertensão arterial a esses riscos.

Descrevem, ainda, resultados de diversos estudos segundo os quais existe associação desta com a doença isquêmica do coração e do cérebro, entre os quais uma meta-análise de 61 grandes estudos de coorte realizados com um milhão de indivíduos sob risco, com 56 mil mortes por problemas cardiovasculares. Tal fato assegura a associação entre hipertensão e risco cardiovascular.

Com esta afirmação os autores chamam a atenção para a necessidade de esforços no intuito de todas as pessoas utilizarem os recursos preventivos para impedir ou retardar o desenvolvimento da hipertensão arterial, principalmente quem tem história familiar positiva da doença. No grupo estudado encontraram-se 84,5% dos clientes cujos pai e mãe eram hipertensos, além de irmãos, tios, avós e alguns casos em que a doença já se manifestou em descendentes, no caso, em filhos.

Em corroboração a este entendimento, Siqueira , Veiga e Costa Júnior (2003), em estudo com clientes matriculados no Ambulatório de Hipertensão do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, 66,6% tinham pelo

menos um dos pais com hipertensão. Entre estes, 51,8% tinham, além do acometimento dos pais, um dos irmãos ou um dos avós, ou ambos.

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial é a chave para a minimização dos índices de morbi-mortalidade e se constitui desafio para as pessoas que sofrem com a doença, para os profissionais que cuidam dessa clientela e para o sistema de saúde. Nesse estudo encontrou-se uma clientela cujo comportamento mostra tendência de boa adesão.

Assim, verificou-se associação estatisticamente significativa de adesão com índice de massa corporal ( $p= 0,012$ ). Além deste índice, outro aspecto a ser considerado na análise é a circunferência da cintura, recomendada em  $\leq 88$  cm para as mulheres e  $\leq 102$  cm para os homens (DIRETRIZES, 2002). Neste estudo, as mulheres demonstraram melhores resultados, pois 32 (40,5%) estavam no índice recomendado, ou seja, verificou-se associação estatisticamente significativa ( $p= 0,001$ ).

Embora não tenha havido associação estatisticamente significativa para os homens, 16 (66,7%) estavam no índice recomendado de 102 cm. Ressalte-se que a medida da circunferência da cintura é considerada por Martins e Marinho (2003) como um forte indicador para doenças cardiovasculares. Pelo método empregado na análise, consoante as autoras encontraram, a medida da circunferência da cintura está fortemente associada a idade, sexo e sedentarismo e as mulheres têm sete vezes mais riscos de apresentarem obesidade abdominal.

Como se sabe, o diagnóstico da hipertensão arterial para muitas pessoas ocorre por acaso. Um mal-estar leva o indivíduo ao serviço de

emergência e, ali, é diagnosticada a doença que muitas vezes já evidencia fortes indícios de lesão em órgãos-alvo.

É importante lembrar que este diagnóstico deve ser melhor esclarecido, e nesse sentido, a pessoa deve ser encaminhada a um serviço de saúde para acompanhamento e tratamento. Agora, essa pessoa acometida pela hipertensão arterial deverá modificar seus modos de vida, para viver saudável, mesmo como portadora de uma doença crônica.

Surge, então, um fator fundamental para a qualidade de vida dessas pessoas: a adesão ao tratamento medicamentoso e as mudanças no estilo de vida. Nessas circunstâncias, a motivação deverá determinar que comportamento de saúde a pessoa desenvolverá (ROSENSTOCK, 1960). Como afirmam Lopes, Barreto-Filho e Riccio (2003), a adesão ao tratamento de doenças crônicas é um desafio para o cliente e para a equipe de saúde responsável por seu acompanhamento.

Para se considerar a adesão do cliente ao tratamento, Giorgi, Mion Júnior e Car et al. (1985) apontam os seguintes critérios: frequência às consultas, não abandono do tratamento, contagem dos comprimidos possivelmente ingeridos e controle efetivo da pressão arterial, pelo uso de marcadores urinários ou dosagens das drogas tanto na urina como no sangue. Araújo (2002) aponta outros critérios, como os seguintes: participação ativa no tratamento, englobando uso correto dos medicamentos, monitoramento do tratamento, comparecimento pontual aos encontros agendados e realização de mudanças no estilo de vida por

meio de seguimento do regime dietético prescrito, práticas regulares de atividades físicas e monitoramento do estresse.

De acordo, porém, com Burke e Dunbar-Jacob (1995), os clientes com riscos cardiovasculares devem seguir os seguintes planos terapêuticos: medicação prescrita, dieta e atividade física para que haja adesão. Lembrem, ainda, que a adesão inadequada ao regime terapêutico tem sido uma preocupação para os profissionais de saúde, mas o seguimento do regime terapêutico depende de 10 a 85% das pessoas para quem se prescreve. Além disso, educação e estratégias comportamentais podem minimizar esses problemas.

Na presente investigação, a adesão ao tratamento inicialmente foi analisada com base nas variáveis sociodemográficas. Nos resultados encontraram-se clientes cujo IMC variou da condição de pessoas eutróficas a obesas, e com nível de adesão ideal/forte, média e fraca. A manutenção do peso ideal deve ser incentivada porque a perda de cinco a dez quilos de peso corporal produz redução dos níveis pressóricos.

Ao estudar os efeitos da redução do peso na pressão sanguínea, consoante mencionaram Mertens e Van Gaal (2000), a redução de 3,9 kg no peso corporal corresponde à redução de 2,3 mmHg na pressão arterial diastólica e 2,9 mmHg na pressão arterial sistólica. De acordo com estas reduções, o cliente alcançará um nível suficiente de controle da hipertensão arterial e assim poderá suspender a terapêutica medicamentosa.

Na opinião de Gaudemaris, Lang e Chatellier et al. (2002), é importante a relação entre fatores socioeconômicos e pressão arterial.



Segundo afirmam, a hipertensão é um conhecido fator de risco cardiovascular e depende de outros fatores, como consumo de álcool, obesidade, sedentarismo. Lembram, ainda, que estes fatores têm se mostrado diferentes em função do *status* social tanto dos franceses como de pessoas de outros países.

Fatores socioeconômicos e conhecimentos são considerados no Modelo de Crenças em Saúde como potenciais modificadores, em virtude de influenciarem na susceptibilidade e severidade da doença percebida, nos benefícios e nas barreiras evidenciadas na ação preventiva. Esses, em conjunto, dão visibilidade às ameaças da doença, desencadeando estímulos contribuidores para comportamentos preventivos (ROSENSTOCK, 1974b).

## **5.2 Comportamentos e crenças de pessoas com hipertensão arterial**

Nesta seção serão discutidos os comportamentos e crenças de pessoas com hipertensão arterial.

### **5.2.1 Práticas comportamentais de pessoas com hipertensão arterial**

Embora se mostre em diferentes aspectos, o comportamento é um estado de adequação a uma situação e depende de várias circunstâncias: conhecimento, vontade, amizade e conveniência. Uma

pessoa pode ter conhecimento sobre determinado assunto e não ter comportamento compatível com esse conhecimento. A exemplo, é comum profissionais de saúde que fumam, bebem em excesso, são obesos, sedentários e possuem hábitos alimentares pouco saudáveis.

Na situação de doença a pessoa precisa obter conhecimentos sobre sua enfermidade, seus sintomas e agravos, sobre o tratamento e sua duração, no intuito de iniciar um processo de amadurecimento de idéias e assimilação da realidade para em seguida tomar suas decisões e mostrar seus posicionamentos. Cabe aos profissionais colaborar, esclarecer e apontar caminhos adequados para o alcance das metas estabelecidas em acordo com o cliente.

No caso das doenças crônicas, essa etapa precisa ser bem assimilada com vistas à adesão ao tratamento. Espera-se que a devida informação sobre a doença desperte no cliente interesse em fazer o tratamento de modo eficiente e eficaz, e em desenvolver comportamentos preventivos, neles incluídos a adesão ao tratamento, com conseqüente limitação do surgimento de complicações.

Para se compreender comportamento preventivo em saúde, há de se levar em conta a variedade de ações preventivas, e nestas buscar seus nexos inter-relacionados. Como afirmam Williams e Wechesler (1972), o comportamento se relaciona com a saúde de modos diversificados. Nestes, a atenção se volta para a crença sobre a doença.

Desse modo, as crenças em saúde variam de pessoa para pessoa e de doença para doença, mas é importante identificar fatores passíveis de

contribuir, positiva ou negativamente, para a ocorrência de diversas ações de saúde.

Conforme mencionado, o comportamento dos clientes pesquisados foi avaliado a partir das seguintes variáveis: seguir orientações sobre consumo de sal e gordura, realizar atividades físicas regularmente, tomar medicação conforme prescrição, abandonar tabagismo e etilismo, realizar atividades de lazer e comparecer às consultas apazadas. O cálculo global destas variáveis foi estimado em relação à manutenção da pressão arterial  $\leq 140 \times 90$  mmHg e encontrou-se associação estatisticamente significativa ( $p= 0,001$ ) para o controle da PAD e ( $p= 0,045$ ) para adesão.

Os valores do coeficiente de Pearson da média da PAS evidenciaram correlação estatisticamente significativa da média da PAS com a idade ( $p= 0,001$ ); com o peso ( $p= 0,010$ ); a altura ( $p= 0,048$ ) e com a circunferência da cintura ( $p= 0,012$ ). Portanto, mostraram que o aumento dessas variáveis contribui para o aumento da pressão arterial sistólica. Em relação à PAD, identificou-se correlação estatisticamente significativa com a idade ( $p= 0,023$ ); com o peso ( $p= 0,007$ ); com o IMC ( $p= 0,054$ ) e com a circunferência da cintura ( $p= 0,037$ ), ou seja, essas variáveis influenciam no aumento da pressão arterial diastólica.

Quanto ao coeficiente de Rho de Spearman, percebeu-se correlação estatisticamente significativa entre PAS, tempo de diagnóstico ( $p= 0,028$ ) e adesão ( $p=0,000$ ); e correlação entre PAD e tempo de diagnóstico ( $p= 0,012$ ) e adesão ( $p= 0,000$ ).

Para o alcance do controle da hipertensão arterial, as mudanças no estilo de vida são comportamentos essenciais e devem ser incentivadas nos encontros com os clientes em tratamento. Nesse sentido, Chobanian, Bakris e Black et al. (2003) afirmam que a adoção de estilo de vida saudável é importante para as pessoas prevenirem a elevação da pressão arterial e as modificações do estilo de vida são partes indispensáveis no direcionamento daquelas pessoas com hipertensão arterial.

Portanto, o estilo de vida saudável contribui sobremaneira para a manutenção da hipertensão arterial sob controle. No grupo estudado, as respostas, em sua maioria, estavam na direção do seguimento das orientações de dieta hipossódica, hipolipídica, realização de atividade física regular e uso adequado de medicação.

É necessário não esquecer que os resultados clínicos se constituem os achados mais confiáveis no controle da hipertensão arterial. Não basta discursar, é preciso mostrar resultados como pressão arterial  $\leq 140 \times 90$  mmHg, manter peso ideal e não apresentar complicações cardiovasculares. Com estes parâmetros, é possível afirmar que o cliente está com a doença sob controle.

Os aspectos de comportamentos foram analisados em relação ao controle da pressão arterial. Considerou-se controlado aquele cliente em uso de medicação anti-hipertensiva e com pressão arterial  $<140 \times 90$  mmHg, conforme preconizam Burt, Cutler e Higgins et al. (1995); a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002); o Seventh Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High

Blood Pressure (2003) e a 2003 European Society of Hypertension- European Society of Cardiology: guidelines for the management of arterial hypertension (2003).

De acordo com a análise dos resultados dos comportamentos, das dimensões do modelo teórico estudado e dos estímulos, em relação às variáveis sexo e idade da clientela estudada, não há associação estatisticamente significativa, embora os estudos mostrem as mulheres e os clientes maiores de 54 anos mais presentes nos serviços de saúde.

Conforme se sabe, a hipertensão arterial é de difícil controle tanto para homens quanto para mulheres, e estas sempre são mais sobrecarregadas e requisitadas, pois, em nossa cultura, cabe à mulher a gerência do lar, a educação e saúde dos filhos, entre outras atividades.

O fato de a mulher desenvolver atividades fora do lar representa para ela um terceiro turno de trabalho. Se esta mulher é de classe social menos favorecida, como é o caso das participantes desse estudo, além de trabalhar muito durante a semana, ela não dispõe de tempo para lazer nos finais de semana e feriados, porque precisa desempenhar tarefas domésticas acumuladas.

Em relação à faixa etária, os clientes com mais idade e que já experienciaram alguma complicação advinda da falta de adesão e conseqüente não controle da pressão arterial apresentaram comportamentos semelhantes aos mais jovens. Ao se discutir os aspectos de procura de assistência à saúde, encontraram-se clientes com muitos anos de diagnóstico da doença e poucos anos de tratamento. Isso se deve ao fato

de ser a doença silenciosa e a pessoa acometida só procurar atenção em serviço de saúde quando a sintomatologia se torna mais intensa, algumas vezes até com danos em órgão-alvo, embora em seus discursos esteja presente a importância de tomar todos os medicamentos para o tratamento da doença. Resultados semelhantes foram encontrados por Carvalho, Telarolli Júnior e Machado (1998) ao estudarem um grupo de clientes idosos.

Neste estudo a escolaridade mostrou-se estatisticamente significativa apenas em relação à dimensão *barreiras* ao tratamento ( $p = 0,052$ ) e tal fato também foi identificado em outras investigações, como a de Klein e Araújo (1985), realizada no Rio de Janeiro, cujos resultados demonstraram que a incidência de hipertensão arterial é inversamente proporcional à escolaridade da população.

A escolaridade também influencia no processo educativo destes clientes, pois se constitui fator fundamental para o aprendizado dos cuidados relacionados ao tratamento e a mudanças no estilo de vida (CAR; PIERIN; AQUINO, 1991).

Receber o diagnóstico e saber-se portador de uma doença crônica pode gerar inúmeros desdobramentos na vida de uma pessoa. Muitas se entregam à doença e se tornam mais doentes ainda. Outras, negam a existência da doença e não procuram assistência nos serviços de saúde. Seguem, assim, o curso da vida, fugindo da realidade. No grupo estudado essa variável não se mostrou estatisticamente significativa.

Quanto ao tempo de tratamento, influencia, apenas parcialmente, a decisão do cliente portador de hipertensão arterial de seguir o esquema

terapêutico, conforme recomendado pela equipe de profissionais que o acompanha. Entretanto, a terapêutica medicamentosa é deixada de lado após o desaparecimento dos sintomas, a ocorrer, em geral, antes do final do primeiro ano de terapia (CALHOUN; OPARIL, 2003). Além disso, as recomendações para modificações no estilo de vida muitas vezes são proteladas ou sequer postas em prática. Consoante os resultados mostraram, houve sensibilidade dos clientes pesquisados apenas na dimensão *severidade* da doença (  $p= 0,029$ ).

A adesão ao tratamento contínuo, como no caso da hipertensão arterial, é um exercício diário de recomeçar e se confronta com a problemática da automedicação. Leite e Vasconcelos (2003), na revisão bibliográfica de seu estudo, encontraram que a não-adesão é um problema universal. Esta se dá em diferentes graus e está relacionada ao profissional de saúde, ao tipo e quantidade de fármacos, à patologia e ao paciente.

Chama a atenção o fato da população não aderir à prescrição do profissional, mas seguir as indicações dos vizinhos. Quando o cliente toma a decisão de seguir a orientação ou sugestão do vizinho, ele está querendo utilizar algum tipo de medicamento, muitas vezes popular, para tratar sua doença e alcançar melhoria na qualidade de vida, às vezes por acreditar que os remédios industrializados fazem mal (BURKE; DUNBAR-JACOB, 1995).

Não se pode esquecer, porém, que adesão ao tratamento, no caso de doenças crônicas como a hipertensão arterial, envolve diferentes aspectos: dieta, atividades físicas, abandono do fumo e do álcool, e não apenas o uso da terapêutica medicamentosa.

Lahdenpera e Kyngás (2000) estudaram esta temática por meio de um levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados MEDLINE no período de 1980 a 1999 e Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) de 1982 a 1999. Os resultados mostram diferenças entre os termos *adherence* (diz respeito ao seguimento às recomendações médicas em geral) e *compliance* (diz respeito ao seguimento do esquema terapêutico). Evidentemente existe relação antecedente e conseqüente das ações: seguir o tratamento anti-hipertensivo e mostrar adesão. No referente aos clientes portadores de hipertensão arterial, espera-se adesão total ao esquema terapêutico, com vistas a retardar ou mesmo evitar complicações cardiovasculares.

O cliente deve se motivar o suficiente para assumir um comportamento de saúde; neste estudo, a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Só se pode pensar nessas perspectivas quando o cliente é colocado no centro da situação e faz suas escolhas (MOREIRA; ARAUJO; CHAVES, 2004). Jamais um profissional de saúde poderá escolher sozinho a melhor opção para seu cliente portador de uma condição crônica de saúde, porque nessa situação o estará alijando do processo terapêutico. Afinal, é ele cliente quem tomará medicamentos, fará dieta, atividade física, abandonará álcool e fumo. Todas tarefas que na nossa cultura fazem parte do lado bom e prazeroso da vida.

Por suas características, o Modelo de Crenças em Saúde reforça a importância dos comportamentos preventivos direcionados para uma doença (ROSENSTOCK 1974a, 1990). Por esse motivo, o ser humano precisa



saber-se susceptível à ocorrência da doença. Precisa saber também que pode fazer algo para impedir a sua instalação e teria como benefícios a redução de sua severidade, ou seja, o indivíduo deve reconhecer a possibilidade de ter a doença, ou uma complicação advinda de uma doença já instalada, para agir de modo preventivo.

Nesse sentido, o autor adota o conceito de Kals e Cobb para comportamento preventivo como qualquer atividade feita por uma pessoa, que acredita estar saudável, com a finalidade de prevenir ou detectar doença em um estágio assintomático. Antonovisky e Katz (1970) corroboram esse entendimento.

Do mesmo modo, Marcon, Valsechi e Silva et al. (1995) confirmam esta opinião ao afirmar que comportamento preventivo em saúde representa um conjunto de ações individuais ou coletivas executadas voluntariamente pelo indivíduo em estado assintomático em relação a uma doença específica com objetivo de minimizar o potencial de ameaça percebido em relação a ela.

Em estudo sobre comportamentos relacionados à saúde de adolescentes, Farias Júnior, Pires e Lopes (2003) caracterizaram comportamento preventivo em saúde com base no levantamento de informações referentes ao consumo de drogas lícitas (fumo e álcool) e ilícitas.

Ainda sobre este conceito, segundo acrescentam Jayanti e Burns (1998), o modelo conceitual de cuidados preventivos em saúde é fortemente influenciado por valores percebidos em cada ação, suas

respostas eficazes ou nas crenças segundo as quais uma ação específica pode mitigar o tratamento em saúde. Os autores mostram, ainda, a influência da motivação e da consciência em saúde nos comportamentos e cuidados.

Nessa direção, Becker e Maiman (1975) acrescentam a importância de uma saudável relação interpessoal entre o cliente e os profissionais de saúde que o acompanham. Confiança e aproximação são atributos fundamentais para comunicar à pessoa adoecida a doença, seu prognóstico e tratamento. Desse modo, para a boa adesão ao tratamento, deve haver entre as partes interessadas uma cumplicidade franca e honesta.

Ainda no referente a comportamentos, é oportuno lembrar a importância de manter o peso corporal adequado para o controle da hipertensão arterial. No entanto, os clientes portadores de hipertensão arterial, participantes do estudo, apesar de se mostrarem sensíveis a esses cuidados, não conseguem identificá-los como benéficos para viver saudável, embora sejam portadores de hipertensão arterial.

O grupo amostral, avaliado em seu todo, alcançou bom perfil de IMC, mas tal fato não repercutiu na circunferência abdominal. Para uma análise mais refinada e considerando os valores padrões deste parâmetro para mulheres  $\leq 88$  cm e homens  $\leq 102$  cm, agruparam-se os pesquisados por sexo e foram identificados melhores resultados para as mulheres ( $p= 0,001$ ). Conforme enfatizado, o aumento da adiposidade corporal influencia no aumento da prevalência da hipertensão arterial,

principalmente naquelas pessoas que apresentam gordura centralizada (CARNEIRO ; FARIA; RIBEIRO FILHO et al., 2003).

Como evidenciado por estudos sobre a mensuração da circunferência abdominal, este parâmetro, em conjunto com o índice de massa corporal, são significantes preditores para doenças cardiovasculares e diabetes (ZHU; WANG; HESHKA et al. , 2002; JANSSEN; HEYMSFIELD; ALLISON et al., 2002; MERTENS; VAN GAAL, 2002).

As crenças como expressão da cultura de um povo direcionam e motivam sua conduta. Em face deste dado, os profissionais de saúde devem incentivar a clientela a tomar medidas preventivas, com a finalidade de alcançar comportamentos geradores de bem-estar e direcionar a atenção para a melhoria das condições de saúde.

Identificou-se uma clientela que acredita ser possível controlar a pressão arterial ( $p= 0,001$ ), que segue o tratamento conforme prescrição ( $p= 0,001$ ) e toma os remédios de acordo com orientações das enfermeiras ( $p= 0,004$ ), mostrando tendência para a adesão ao tratamento. Esses resultados se apresentam na clínica, embora não se confirmem na maioria dos testes estatísticos. Já nos aspectos seguimento de orientações e crenças de que as orientações ajudam no tratamento, os achados se confirmam nos testes.

## 5.2.2 Crenças das pessoas com hipertensão arterial na susceptibilidade de complicações da doença

*Susceptibilidade* percebida é uma dimensão do Modelo de Crenças em Saúde mensurada por meio da percepção subjetiva da pessoa sobre o risco de contrair uma doença (ROSENSTOCK, 1974b; DELA COLETA, 2004) ou, como definiu Rosenstock (1974a, p. 33), " é o risco subjetivo de se contrair uma doença".

Neste estudo, analisou-se a susceptibilidade em relação às complicações cardiovasculares advindas do controle insuficiente da hipertensão arterial. Para tanto, foram definidas variáveis sobre a gravidade da doença com vistas a prevenir, retardar ou controlar complicações como infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico, retinopatia hipertensiva, angina, doença renal, vasculopatias hipertensivas e impotência.

Embora os resultados encontrados mostrem clientes com boa adesão ao tratamento, poucos percebem a susceptibilidade de complicações. Esses achados não foram, entretanto, estatisticamente significantes ( $p= 0,963$ ). Atualmente, o avanço tecnológico e a comunicação em tempo real são fatores que podem desnudar as complicações advindas da hipertensão arterial.

Notícias de pessoas conhecidas, entre elas artistas que passaram mal em palco, caíram durante um show ou mesmo morreram em decorrência de complicações causadas pela hipertensão arterial, ainda não despertaram na clientela vítima da doença a necessária atenção para a

possibilidade de também ela correr os mesmos riscos, se não estiver seguindo o tratamento. Conseqüentemente, acredita-se que a pressão arterial não se encontra devidamente controlada nos níveis hoje considerados adequados.

Em geral, as pessoas não se acreditam alvo de situações desagradáveis e esta assertiva se repete com os clientes com hipertensão arterial, os quais só crêem nas complicações que a doença causa quando estas aparecem. Tal desconhecimento os deixa muito mais vulneráveis ante o risco de vivenciar as complicações e ficar com seqüelas transitórias ou mesmo definitivas.

Falta aos clientes conscientizar-se de que a hipertensão arterial é uma doença de risco e em virtude desta característica eles estão mais expostos, embora esse fato ainda não constitua motivo de preocupação. Com base nessas atitudes, acredita-se que pensamentos mágicos como "*não vai acontecer comigo*" povoem suas mentes e dominem seus pensamentos.

Nesse sentido, as pessoas hipertensas precisam ter conhecimentos sobre sua condição e procurar seguir o tratamento para retardar ou mesmo impedir o surgimento de mencionadas complicações. No grupo estudado, alguns clientes já haviam sido internados por crises hipertensivas, mas nem assim percebem a doença como ameaçadora à sua integridade pessoal.

Tal fato acentua a importância do envolvimento do cliente com hipertensão nas decisões que o levem a abraçar as atividades de mudanças no estilo de vida para atingir o estado de adesão ao tratamento. Isto encontra respaldo nos estudos desenvolvidos por Pessuto e Carvalho (1998)

e Lolio, Pereira e Lotufo et al. (1993), ao reforçarem a necessidade de seguir completamente o esquema terapêutico com vistas a uma melhor qualidade de vida.

Pessuto (1994), em seu estudo realizado com setenta clientes portadores de hipertensão arterial em Botucatu-SP, sobre necessidades básicas e fatores de risco desta clientela, encontrou 12,8% dos investigados associando a hipertensão a doenças renais, cardíacas e outras, enquanto 15,7% afirmaram não haver nenhuma relação entre a hipertensão e outras doenças. No estudo ora desenvolvido, não se verificou associação significativa em relação a crenças na susceptibilidade das complicações advindas da não manutenção da pressão arterial < 140 x 90 mmHg.

De acordo com Castiel (2003, p. 83), risco em saúde é conceituado como "...uma forma de descrever o futuro sob o pressuposto de que se pode decidir qual o futuro desejável". Acrescenta, ainda, o autor que os riscos envolvem aspectos econômicos, ambientais, condutas pessoais e dimensões interpessoais.

De modo geral, preocupa o fato de os clientes não perceberem sua vulnerabilidade para as complicações advindas da hipertensão arterial. As complicações mais comentadas, entre grupos de pessoas, independente do ambiente de serviços de saúde, são infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica. Pouco se comenta sobre retinopatia e vasculopatia.

A retinopatia hipertensiva como complicação da hipertensão arterial só é possível ser detectada se o cliente for examinado por

oftalmologista. No posto de saúde onde o estudo foi realizado não existe o profissional nem os clientes são encaminhados a um serviço de referência. São apenas orientados a procurarem um oftalmologista por conta própria, mas só esporadicamente.

A despeito de terem sido encontrados clientes com queixas visuais, não é possível relacioná-las diretamente com a hipertensão arterial, principalmente pela média de idade do grupo amostral.

A retinopatia hipertensiva depende da duração da hipertensão e da idade do paciente (SAKATA; SAKATA; BARRETO JR et al., 2002; JACOMINI; HANNOUCHE, 2001). No grupo estudado existiam clientes com idade entre 22 e 80 anos, 30% com mais de 60 anos, e com até vinte anos de diagnóstico da doença.

Outras complicações, como hipertrofia ventricular esquerda e insuficiência cardíaca congestiva não foram identificadas nos clientes. Todavia, não há registros da equipe no prontuário eletrônico, apesar de um terço do grupo estudado ser de pessoas idosas. Se o profissional não discute estes riscos com o cliente ou não o informa sobre eles, fica mais difícil para este relacionar tais fatos como complicações decorrentes da hipertensão arterial.

Ao se referir a essas complicações, De Quattro (2003) as considera como preocupações médicas adicionais em pacientes idosos com hipertensão arterial.

### 5.2.3 Crenças das pessoas na severidade da hipertensão arterial

**Severidade** é compreendida como a percepção dos clientes das conseqüências da hipertensão arterial. Trata das seguintes variáveis: consciência da hipertensão como doença crônica, que pode matar seus portadores; pode deixar seqüelas; prejudica a vida laboral, social, familiar e até a situação financeira do indivíduo e da sua família.

Conscientizar-se da gravidade de uma doença é complexo, principalmente quando ela está sob controle e conseqüentemente não apresenta sintomatologia. Ao saber-se acometida por doença crônica, não surpreende a pessoa ter momentos de total insatisfações com suas condições de vida, por não saber conviver com a situação e não se sentir saudável.

Na opinião de Rosenstock (1974a), o grau de seriedade de uma doença pode ser julgado tanto pelas emoções que desencadeia, como pelas dificuldades que a situação de enfermidade vivenciada pela pessoa acrescenta.

De modo geral, as situações que dificultam ou mesmo impedem a pessoa de desenvolver suas atividades do dia-a-dia tendem a provocar sentimentos de impotência, condição desencadeadora de diversas outras intercorrências. Para levar uma vida de melhor qualidade, o cliente hipertenso precisa compreender as peculiaridades da sua doença.

Ter clareza da gravidade da hipertensão arterial não controlada é a oportunidade para a pessoa adoecida admitir a severidade da doença e



suas prováveis complicações. Segundo Rosenstock (1974a), a severidade de uma doença é algo complexo, cujas repercussões vão para além da possibilidade de morte dela decorrente. Acrescenta, ainda, que as implicações financeiras, laborais e sociais fazem parte desse contexto.

Neste estudo, os resultados da dimensão severidade mostram associação estatisticamente significativa em relação ao tempo de tratamento ( $p= 0,027$ ), na manutenção da pressão arterial  $< 140 \times 90$  mmHg ( $p= 0,048$  ;  $p= 0,030$ ) para PAS e PAD, respectivamente. Nos demais aspectos, os resultados facultam o entendimento de que os clientes parecem não perceber a severidade da hipertensão arterial, e diante disso ficam mais expostos às complicações da doença.

Torna-se preocupante este posicionamento porque eles estão cadastrados no Programa de Controle de Hipertensão com direito a consultas mensais, recebimento dos medicamentos prescritos e 16,5% destes têm mais de três anos de acompanhamento por uma mesma equipe de profissionais.

Essa clientela, durante as consultas, principalmente de enfermagem, recebe orientações e estímulos para apreender conhecimentos sobre a doença e como conviver saudável, apesar da sua cronicidade. Tal situação é reforçada por Lescura e Mamede (1990) quando lembram que a severidade de uma doença atinge as relações familiares, as de trabalho e as sociais.

Na dimensão severidade, como afirmam 90,3% dos clientes, a hipertensão arterial não controlada mata; segundo 88,3%, podem ficar

inutilizados, e para 53,4%, é uma doença incurável. Isso representa uma ameaça constante com diferentes repercussões na vida dessas pessoas. No aspecto pessoal, além das despesas com a compra de medicamentos quando não os recebem na unidade de saúde, a doença impõe outras limitações, como dieta hipossódica, hipolipídica, entre outros fatores. Também repercute no absenteísmo ao trabalho, contribuindo para descontos no salário e dificuldades de participar das atividades sociais.

Para o Estado são despesas cobertas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com medicamentos e internações hospitalares. Além dos gastos do SUS, a previdência social sofre reflexos pelo quantitativo de pessoas que procuram os benefícios de auxílio doença e aposentadoria muitas vezes precoce.

Os reflexos econômicos das doenças cardiovasculares, para as quais a hipertensão arterial contribui sobremaneira, se mostram por meio dos gastos que oneram os orçamentos da saúde e da previdência social brasileira. Esses podem ser avaliados pelos indicadores relativos ao ano de 1998: 65% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos; 40% de aposentadorias precoces e 14% das internações na faixa etária de 30 a 69 anos, ou seja, as 150.000 internações por ano geraram uma despesa de R\$ 475 milhões (LESSA, 2001).

Como é notório, os gastos devem ser contabilizados, principalmente porque alguns agravos poderiam ter sido evitados ou retardados. Isso é importante, mas não é o principal, pois o mais grave é a perda da vida ou da qualidade de vida.

Nesse contexto, cabe às equipes que acompanham os portadores de hipertensão arterial identificar mecanismos para torná-los mais participantes do seu processo de adoecimento e de viver saudável, porque a severidade da doença deve fazer parte do *modus vivendi* de cada uma dessas pessoas. As seqüelas advindas das complicações diminuem anos de vida, sem se falar na baixa qualidade dos anos sobrevividos. Consoante evidenciaram os resultados, os pesquisados não identificam a severidade da doença, como era de se esperar, tomando-se por parâmetro o tempo de diagnóstico e de tratamento da doença.

De acordo com estudo desenvolvido por Ribeiro, Mello e Melchior et al. (2005) acerca do custo anual do manejo da cardiopatia isquêmica crônica no Brasil, com base no banco de dados do DATASUS, de 147 clientes acompanhados, 101 tinham a hipertensão arterial como característica clínica. Ainda segundo os autores continuam apontando, no sistema público de saúde, hipertensão arterial e sexo feminino tiveram uma associação com maior custo no manejo ambulatorial.

Os autores lembram que no Brasil as doenças cardiovasculares em 2002 foram a primeira causa de mortes, responsável por 27,4% do total de óbitos. Além disso, em 2003, os gastos do Sistema Único de Saúde decorrentes de internações hospitalares totalizaram R\$ 142.328.978,80 para doenças cerebrovasculares e R\$ 380.315.215,00 para doenças cardiovasculares.

Ademais, ainda se precisa adicionar a esse montante os gastos intangíveis com complicações advindas das dificuldades de não manter a

hipertensão arterial controlada. As dores, a imobilidade, a dependência na execução de atividades da vida diária e tantos outros desdobramentos decorrentes destas complicações, a envolver não apenas o cliente mas seus familiares, amigos e companheiros de trabalho.

Embora os pesquisados acreditem que a hipertensão arterial não tem cura, eles não se mostram absolutamente convencidos disso, e poucos seguem totalmente o tratamento prescrito e orientado. Resultados semelhantes foram encontrados por outros estudiosos (CADE, 1997; PESSUTO; CARVALHO, 1998; CADE, 2001; FORTES; LOPES, 2004).

#### **5.2.4 Crenças das pessoas nos benefícios do tratamento da hipertensão arterial**

*Benefícios* do tratamento da hipertensão arterial consistem em ações que, postas em prática, contribuem para a redução das ameaças de complicações cardiovasculares. As variáveis analisadas nessa dimensão dizem respeito à possibilidade de manter a pressão arterial controlada, seguir a terapêutica medicamentosa recomendada, independente da quantidade e frequência de medicamentos prescritos, necessidade de dormir bem, repousar durante o dia e evitar situações estressantes.

Neste estudo, conforme observado, os clientes envolvidos têm boa percepção dos benefícios da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Para 97,1% deles, é possível manter a pressão arterial sob controle, apesar de não haver associação estatisticamente significativa. Como afirma Coutinho

(2005), a clínica é importante; no entanto os recursos da epidemiologia proporcionam decisões diagnósticas e terapêuticas mais confiáveis, eficazes e seguras.

De acordo com o modelo teórico que fundamenta este estudo, os benefícios percebidos têm relação direta com a efetividade da ação posta em prática e com o aparecimento de resultados positivos (ROSENSTOCK, 1974a; LESCURA; MAMEDE, 1990; DELA COLETA, 2004). Na prática, essa efetividade se mostra na performance do controle da hipertensão arterial.

Pelos resultados obtidos, como se percebe, a clientela pesquisada acredita ser possível controlar a pressão arterial, condição nem sempre alcançada. Isso ocorre porque as pessoas estudadas não seguem, totalmente, a proposta de tratamento apresentada pelos profissionais. Segundo identificou-se, apenas nove pesquisados disseram não tomar os medicamentos conforme prescrição e dos 94 (91,3%) que disseram seguir a terapêutica, 47 (50%) estavam em nível de adesão ideal ou forte e 42 (44,7%) em média adesão.

Na dimensão percepção dos benefícios, verificou-se associação estatisticamente significativa em relação a escolaridade ( $p= 0,052$ ), seguir as orientações e para as orientações que ajudam a seguir o tratamento ( $p= 0,001$  ;  $p= 0,013$ ), respectivamente. Uma importante associação encontrada diz respeito à crença de ser possível controlar a pressão arterial ( $p= 0,001$ ).

Os aspectos relacionados ao sono, repouso e situações estressantes foram avaliados e detectou-se que os clientes pesquisados não

dormem em quantidade nem com qualidade suficientes e não conseguem evitar situações estressantes. No referente à quantidade e qualidade do sono e repouso dos participantes do estudo, encontraram-se clientes com dificuldades de dormir, sem, no entanto, caracterizar apnéia obstrutiva do sono, situação que agrava, sobremaneira, os níveis pressóricos da pessoa portadora de hipertensão arterial.

Katz e McHorney (1998) estudaram a correlação clínica da insônia em pacientes com doenças crônicas acompanhados durante dois anos e encontraram 16% dos participantes com insônia severa e 34% com insônia entre leve e no limite. Identificaram também repercussões, especialmente nas doenças cardiopulmonares.

Sob a hipótese de que o sono durante o dia aumenta os eventos cardiovascular e cerebrovascular, e conseqüentemente a mortalidade, Bursztyn, Ginsberg e Hammerman-Rozenberg et al. (1999) desenvolveram um estudo prospectivo de base populacional com 455 pessoas com 70 anos de idade, acompanhadas durante seis anos e meio. Tinham como objetivo avaliar a prevalência da prática da sesta e também a mortalidade. Analisaram ainda a relação desta prática com pessoas do grupo amostral que teve infarto prévio e encontraram nestes uma mortalidade de 20% enquanto no grupo que não havia sofrido infarto a prevalência foi de 11%. Segundo concluíram, a sesta parece ser preditora de mortalidade.

Sobre os aspectos psicológicos e mentais, Chaves e Cade (2004), em estudo realizado com mulheres hipertensas, não encontraram

associação estatisticamente significativa da hipertensão arterial com o nível de ansiedade das mulheres pesquisadas.

O Modelo de Crenças em Saúde é orientado para prevenção; assim a ameaça de doença deve impulsionar o comportamento preventivo. Para Rosenstock (1974a), os benefícios percebidos se mostram quando o indivíduo resolve fazer algo que impeça a instalação de uma doença, ou o seu agravamento. Nesse sentido, quando o hipertenso segue o tratamento prescrito, ele está percebendo os benefícios de tal ação, e, dessa forma, tenta reduzir as chances de complicações cardiovasculares.

### **5.2.5 Percepção das pessoas com hipertensão arterial sobre as barreiras ao tratamento**

*Barreiras ao tratamento* são todas as dificuldades encontradas ou interpostas pelo cliente com hipertensão arterial para não seguir o tratamento recomendado. As barreiras podem ser pessoais, emocionais e estruturais. No aspecto pessoal elas se estabelecem pelas limitações impostas pelo seguimento ideal da terapêutica, ou seja, as mudanças nos hábitos de vida, o uso contínuo de medicamentos, os efeitos colaterais de algumas drogas anti-hipertensivas.

Em artigo publicado no American Heart Journal, Borzecki, Oliveria e Berlowitz (2005) discutem as barreiras para o controle da hipertensão arterial e apontam a não-aderência à prescrição medicamentosa como a maior barreira.

Conforme os autores admitem, as dificuldades se concentram em mudar o estilo de vida e não seguir a prescrição medicamentosa como as duas maiores razões para a pobre aderência. Apontam, então, um modelo conceitual formado pelos fatores ligados ao paciente, ao provedor e ao ambiente terapêutico.

No presente estudo, encontrou-se associação estatisticamente significativa ( $p= 0,024$ ) em relação à escolaridade e ( $p= 0,008$ ) à PAD < 90mmHg. Os demais resultados não apontaram barreiras para não seguir o tratamento, apesar dos dados que se direcionam para essa percepção. O tratamento da hipertensão arterial é contínuo e as barreiras para seu seguimento estão relacionadas, também, com o tipo e quantidade de drogas prescritas, com o nível de confiança e relacionamento entre cliente e profissional e facilidades de acesso aos serviços de saúde.

Dos clientes examinados, 28 faziam monoterapia e, destes, treze estavam em nível de adesão ideal ou forte, dez em nível mediano de adesão e cinco com adesão fraca. Em uso de duas drogas foram considerados 67 clientes e em uso de três ou mais foram considerados oito. Destes, cinco apresentavam boa aderência ao programa terapêutico.

A monoterapia é uma boa estratégia para iniciar o tratamento da hipertensão arterial. Borzecki, Oliveria e Berlowitz (2005) em seu estudo a descrevem como facilitadora do processo de adesão ao tratamento, e ainda, segundo sugerem, a droga deve ser prescrita em dose única.

Na opinião dos clientes estudados, o modo de tomar os remédios contribui para a realização satisfatória do tratamento. Nisso se encaixa a



monoterapia em dose única. Também como observado, eles dizem tomar todos os medicamentos prescritos.

No grupo investigado, os clientes com bom nível de adesão afirmaram que quando faltam os medicamentos na unidade de saúde eles pedem emprestado a outros portadores de hipertensão arterial. Conforme se supõe, provavelmente estes que emprestam são os que têm fraca adesão ao tratamento. E mais, eles possuem medicamentos porque acumulam estoque, ou seja, vão às consultas, mas não tomam os remédios. Se não realizam a terapia medicamentosa, provavelmente, também, não realizam atividades de mudanças de estilo de vida.

Esse comportamento dos pesquisados não mantém coerência quando dizem que " ... só segue orientações..." e " ... toma remédio se tiverem sintomas..." ( $p= 0,061$ ).

A problemática da baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial é uma preocupação mundial. Em países desenvolvidos, a população tem melhor poder aquisitivo. No entanto, encontra-se a adesão em menos de 25% das pessoas com hipertensão arterial (NEUTEL; SMITH, 2003). Ao se projetar tal fato para países em desenvolvimento, onde a população possui baixo nível socioeconômico e dificuldades tanto de acesso aos serviços de saúde como de obtenção dos medicamentos prescritos, a não adesão deve ser maior e as conseqüências serão muito mais graves.

Assim, reafirma-se, as barreiras como crença envolvem aspectos negativos como as dificuldades enfrentadas pela pessoa no acesso aos serviços de saúde, ou por ela interpostas entre si, a doença e seu

tratamento, dificultando ou impedindo o desenvolvimento de comportamentos adequados à situação, no caso do hipertenso, adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Na situação da hipertensão arterial, tema objeto desse estudo, espera-se comportamentos preventivos de complicações cardiovasculares (ROSENSTOCK, 1974a).

Com vistas a minimizar tais problemas, os profissionais de saúde, em especial, devem unir forças por meio de estudos e pesquisas voltadas a encontrar mecanismos para despertar a motivação de clientes com adoecimento crônico em geral e, daqueles com hipertensão arterial, em particular.

#### **2.5.6 Estímulos para a ação de adesão ao tratamento e controle da hipertensão arterial**

*Estímulos* são todas as ações passíveis de ser utilizadas para despertar o interesse da clientela, para conhecer a doença, e os recursos para mantê-la sob controle. Tais ações são influenciadas pelas crenças da pessoa em relação à efetividade destas para reduzir as ameaças à saúde (LESCURA; MAMEDE, 1990).

Como se percebe, de modo geral, as ações de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial não alcançam os resultados esperados em virtude da baixa taxa de adesão ao tratamento. Diversos estudos mostram resultados aquém do esperado de clientelas

acompanhadas nos serviços de saúde, por longos períodos. Tal fato é também discutido por outros autores (NUTBEAM, 2000; FORTES; LOPES, 2004).

Os clientes participantes do estudo mostraram interesse por alguns estímulos apresentados, para a continuidade do tratamento e alcance de um bom nível de adesão. Se os estímulos sugeridos fossem incorporados ao modo de viver desta clientela, certamente as complicações cardiovasculares, decorrentes da hipertensão arterial, seriam retardadas, ou nem sequer surgiriam.

Embora os resultados se direcionem para a concordância sobre o valor dos estímulos, na prática, isso não ocorre. No desenvolvimento de suas atividades de educação em saúde, os profissionais de saúde, e em especial os enfermeiros, enfatizam veementemente as mudanças de comportamento, em geral, no estilo de vida. Com esses objetivos, os profissionais estão trabalhando no enfoque preventivista, e se esforçam para induzirem seus clientes a alcançar comportamento saudável, na maioria das vezes pela coerção e persuasão (VALLA; STOTZ, 1993; VASCONCELOS, 1999; NUTBEAM, 2000; FRANCONI; COELHO, 2004).

Para educar pessoas com doenças crônicas é necessário estar atento às suas percepções, sentimentos, conhecimentos e expectativas em busca da sua compreensão.

Quando a pessoa portadora de uma doença como a hipertensão arterial se percebe doente crônico, ela passa a receber muitas informações de profissionais, da mídia, de familiares, amigos e vizinhos. Cada um emite opiniões as mais díspares e sugere as mais diferentes soluções. Portanto, o

cliente se depara com uma infinidade de situações e fica confuso para escolher a melhor opção. Na realidade, ele deveria seguir o plano terapêutico apresentado pelo profissional de saúde, mas nem sempre é esta a sua atitude. Com isso deixa de seguir o esquema terapêutico e passa a usar esquemas alternativos, como os baseados em plantas. Outras vezes, não segue nenhum tratamento.

Neste estudo, as campanhas em ambientes públicos e aquelas divulgadas pelos meios de comunicação de massa foram lembradas pelos clientes pesquisados mas, de modo geral, ninguém participa ou segue as orientações.

Como se sabe, as campanhas de saúde pública e programas de prevenção, veiculados pelos meios de comunicação, são planejados e preparados para o público em geral. Desse modo, pessoas com diferentes níveis socioeconômicos estão expostas a uma carga de informações, imagens, textos, cores com o objetivo de lhes informar e solicitar uma atitude (WEBER, 1995).

No entanto, os meios de comunicação, em especial a televisão- porque invade nossas casas sem pedir permissão- em algumas situações enviam mensagens contraditórias: ora ela diz: não beba; ora mostra pessoas felizes bebendo (CASTRO, 1995).

Outros recursos de comunicação em massa como cartaz, *folder*, *outdoor*, cartilhas são interessantes, mas nem sempre alcançam a clientela em virtude do nível de escolaridade da população brasileira. Nesta pesquisa,

29,1% dos participantes têm até quatro anos de estudo, além de cinco, que são analfabetos.

Cuspidi (2000) desenvolveu um estudo com pacientes portadores de hipertensão arterial que participaram de atividades educacionais desenvolvidas no Centro de Hipertensão e com um grupo referência para o centro, que serviu de grupo controle. Consoante mostraram os resultados os pacientes acompanhados no centro demonstraram conhecimentos mais detalhados sobre problemas da hipertensão, associados a melhor adesão ao tratamento e controle da pressão sanguínea. Segundo concluiu o autor, este tipo de atividade melhora o nível de conhecimento sobre hipertensão, tratamento e adesão.

Conforme verificou-se, conversar com outros portadores da doença ou saber da existência de outros familiares ou amigos acometidos pela mesma doença constituíram forte estímulo.

Além disso, pode-se acrescentar como estímulo a relação médico-paciente e, quando se estabelece, deve ser sempre uma relação de confiança. Desse modo, o cliente desenvolve motivações para seguir o regime terapêutico, com o objetivo de parecer aos olhos dos profissionais que o acompanham como uma pessoa responsável por sua saúde, interessada no seu bem-estar e em busca de qualidade de vida.

Como enfatizado, o controle da hipertensão arterial é um desafio para todas as pessoas envolvidas, e provavelmente o alcance desta meta contribui para a promoção da saúde. Assim, concorda-se com Nutbeam (2000), quando aponta a necessidade de se desenvolver nas pessoas

capacidade de saúde, como benefício individual e também como benefício social. Ainda conforme o autor, essa capacidade colabora com as metas de saúde pública, e a educação em saúde e a comunicação como estratégias no século XXI.

Ao analisar o valor ( $p=0,001$ ) do qui-quadrado de Friedman, observou-se haver diferença estatisticamente significativa entre as pontuações das dimensões.

Segundo confirmado pelos testes de correlação dos coeficientes de Pearson e de Rho de Spearman, os valores da pressão arterial aumentam com a idade, o peso e a circunferência da cintura. Viu-se ainda que foram negativas as correlações das dimensões susceptibilidade percebida, severidade e barreira.

Admite-se que a clientela, envolvida no estudo não tem clareza dos riscos aos quais está exposta, apesar de boa parte dos participantes se empenhar para manter a pressão arterial controlada, em 140 x 90 mmHg e em uso contínuo da medicação anti-hipertensiva. Dessa maneira, consoante se acredita, o Modelo de Crenças em Saúde é um referencial teórico considerado adequado para subsidiar o processo educativo das pessoas acometidas por hipertensão arterial.

## 6 CONCLUSÕES

Conhecer um pouco mais as pessoas acometidas por doenças como a hipertensão arterial foi o mote para esse estudo. Acompanhar clientes com doenças crônicas não transmissíveis é uma tarefa complexa, e requer, portanto, mais que responsabilidade dos profissionais. Há de se desenvolver vínculos de amizade, respeito pelo cliente, para ele efetivamente se sentir seguro e interessado em se manter continuamente em tratamento.

Nesse estudo, procurou-se avaliar a expressão de crenças de pessoas acometidas de hipertensão arterial no relacionado às possíveis complicações cardiovasculares advindas de um tratamento irregular e, conseqüentemente, com fraca adesão.

Por ser uma doença incurável, a hipertensão arterial exige várias mudanças com vistas ao seu controle e estas dependem de decisão individual. Como é notório, fatores de diversas ordens contribuem para a manutenção dessa decisão enquanto outros são dificultadores. As mudanças no estilo de vida, por exemplo, impõem cuidados com a dieta, controle na ingestão de álcool, cessação do hábito de fumar, manutenção do peso, realização de atividade física regular, além do uso contínuo de medicação.

Conforme enfatizado, para ser bem-sucedido, o tratamento precisa ser realizado devidamente. Foram investigados 103 clientes em

tratamento de hipertensão arterial em um Centro de Saúde, inscritos há no mínimo um ano, com comparecimento de no mínimo sete consultas/ano e não portadores de Diabetes *Mellitus*.

Encontrou-se um grupo composto em sua maioria de mulheres (76,7%), com idade entre 22 e 80 anos, com tempo de diagnóstico e tratamento de no mínimo um ano e no máximo 25 anos e de acompanhamento no Centro de Saúde entre um e dezesseis anos. Segundo se verificou, 35,9% das mulheres entrevistadas apresentavam adesão forte e 4,9% adesão ideal, embora essa adesão ideal seja o retrato de um momento. Por conseguinte, poderia mudar em curto intervalo de tempo, apesar de se esperar que o cliente se mantenha sempre com sua pressão arterial controlada.

Como ressaltado ao longo desse trabalho, a adesão ao tratamento de uma doença crônica, a exemplo da hipertensão arterial, é resultado de comportamentos em saúde, complexos e merecedores de incentivo por parte dos profissionais de saúde, em todos os contatos com o cliente. Em relação aos comportamentos, evidenciaram-se resultados importantes, a despeito de não terem revelado associação estatisticamente significativa aos testes.

Diante das dificuldades expostas pelos pesquisados, buscou-se identificar as crenças no modo de viver dessas pessoas, para então se poder contribuir de modo mais efetivo no seu acompanhamento terapêutico.



No início, questionava-se: Quais as crenças dos clientes em relação às complicações da hipertensão arterial que interferem para o não seguimento das orientações sobre o tratamento?

Ao se chegar a essa etapa considerada finalização do estudo, não se credita um amplo conhecimento sobre as crenças de pessoas acometidas de hipertensão arterial quanto às complicações advindas da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Nas dimensões do Modelo de Crenças em Saúde encontraram-se aspectos marcadores no tratamento da hipertensão arterial e na manutenção da pressão arterial sob controle, ou seja, < 140 x 90 mmHg, no caso dessa clientela, em uso de medicação.

A dimensão **susceptibilidade** não mostrou resultados relevantes em relação às complicações cardiovasculares decorrentes da hipertensão arterial, mesmo o grupo amostral concordando que a doença pode causar sérios agravos à saúde. Com esses resultados, os clientes investigados não se percebem vulneráveis a essas complicações.

Como observado, a severidade da doença é reconhecida pelos pesquisados, embora não tenham sido encontrados resultados com significância estatística. A seriedade da doença avaliada na dimensão **severidade** contribuiu para o entendimento de que a doença poderá expor o indivíduo adoecido a viver limitações transitórias ou definitivas e até mesmo a morte.

Na dimensão **benefícios**, as crenças estão assim relacionadas: possibilidade de manter a pressão arterial controlada; a adesão ao

tratamento com forte relação no seguimento das orientações ministradas pela equipe em geral e, em particular, aquelas dadas pela enfermeira, pois essas orientações ajudam a seguir o tratamento.

Na dimensão **barreiras** identificou-se a crença segundo a qual o tratamento anti-hipertensivo é cansativo. Ao mesmo tempo os **estímulos** mostraram a crença de que trocar experiências com outras pessoas portadoras da mesma doença ajuda a fazer o tratamento.

Ao retornar a hipótese desse estudo – a adesão da pessoa portadora de hipertensão ao tratamento é influenciada pelo conhecimento que detém sobre a doença e por suas crenças na susceptibilidade às complicações cardiovasculares advindas da doença; na severidade da doença e na percepção dos benefícios e barreiras, para a realização do tratamento, e na adoção de comportamentos de saúde para reduzir a sua morbi-mortalidade, pode-se dizer que a compreensão dos resultados permitiu identificar algumas crenças dos pesquisados.

Estes têm as seguintes crenças: 1. é possível manter controlada a pressão arterial; 2. as consultas mensais contribuem para a adesão; 3. o tratamento da hipertensão arterial é cansativo; 4. trocar experiência com outras pessoas também portadora de hipertensão ajuda a se manter em tratamento. Para isso as pessoas adotam o comportamento de seguir o tratamento prescrito, tomando todos os remédios em quantidade e frequência.

Além disso, verificou-se a comprovação de que a pressão arterial sistólica e a diastólica aumentam com a idade, com o peso, com o índice de massa corporal, com a circunferência da cintura e diminuem ou se mantêm controladas com a adesão ao tratamento.

Nesse ponto da conclusão, deve-se pensar como a enfermagem pode contribuir para o aumento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e com isso reduzir a prevalência da doença no país. Os estímulos identificados pelos clientes devem ser utilizados para o planejamento de ações educativas destinadas a despertar a motivação da clientela para a realização do tratamento na sua plenitude.

Conforme se acredita, os resultados alcançados nesse estudo contribuirão para a compreensão da complexidade do problema da adesão, por profissionais e clientes. Além disso, a sensibilização para o tratamento deve ser uma constante no cotidiano das pessoas envolvidas, podendo contar com a participação da mídia para alcançar cada vez mais pessoas, com essa problemática.

Pela abrangência de suas discussões, o Modelo de Crenças em Saúde mostrou-se adequado ao estudo. Ademais os resultados obtidos favorecem o entendimento da necessidade de, a partir deles, se iniciar um amplo processo de educação em saúde no intuito de despertar o interesse e a motivação das pessoas com hipertensão arterial para a realização adequada do tratamento, ou seja, sua total adesão com vistas a evitar ou minimizar as complicações cardiovasculares.

A educação em saúde deve assumir sua dimensão mais própria, no caso dessa clientela, envolvê-la de modo participante em todo o processo de tratamento, e, assim, alcançar a adesão e conseqüentemente melhor qualidade de vida.

Concluir uma investigação não significa esgotar o assunto e sua compreensão, mas, principalmente, apontar novos aspectos a serem investigados. Com esta finalidade, tentou-se compreender a estrutura do sentido estabelecido pelos clientes pesquisados, dirigindo-se à compreensão de outros clientes, numa busca de mecanismos de motivação para a adesão.

## 7 REFERÊNCIAS

ANDRADE, J.P.; VILAS-BOAS, F.; CHAGAS,H.; ANDRADE, M. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.79, n. 4, p. 380-4, 2002.

ANTONOVSKY, A.; KATZ, R. The model dental: an empirical study of preventive health behavior. **Soc. Sci. & Med.**, v. 4, p. 367-380, 1970.

ARAÚJO, G.B.S. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo**: análise conceitual. 2002. 119f. UFPB. 2002. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem): Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002.

ARAUJO, C. A. R. **Aderência do cliente hipertenso ao tratamento**: um estudo em uma instituição de saúde de referência estadual. 1999. 101f. UECE. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 1999.

ARAUJO, T. L. Hipertensão arterial – um problema de saúde coletiva e individual. In: DAMASCENO, M. M. C.; ARAUJO, T. L.; FERNANDES, A. F. C. **Transtornos vitais no fim do século XX**: diabetes *mellitus*, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. p. 33-38.

AUBERT, I.; BOVET, P.; GERVASONI, J-P.; RWEBOGORA, A.; WAEBER, B.; PACCAUD, F. Knowledge, attitudes, and practices on hypertension in a country in epidemiological transition. **Hypertesion**, v. 31, p. 1136-1145, 1998.

BECKER, M. H.; MAIMAN, L. A. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical recommendations. **Medical Care**, v.13, n.1, p. 10-24, Jan. 1975.

BORENSTEIN, M.S. Estando em crise hipertensiva numa emergência hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.47, n.3. p. 265-259, jul./set. 1994.

BORZECKI, A. M.; OLIVERIA, S. A.; BERLOWITZ, D. R. Barriers to hypertension control. **American Heart Journal**, v. 149, n. 5, p. 786-794. May. 2005.

BRANDÃO, A.P.; BRANDÃO, A.A.; MAGALHÃES, M.E.C.; POZZAN,R. Epidemiologia da hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v.13, n.1, p. 7-19, jan./fev. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional. **SISVAN**: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informações em serviços de saúde. Ministério da Saúde: Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Justificativa – por que hipertensão e diabetes? **Revista de hipertensão e diabetes**, Brasília, Ano 1, n. 1, p. 6-7, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução Nº 196/96**. 1996. (mimeo.)

BREVIDELLI, M. M.; CIANCIARULLO, T. I. Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulhas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.2, p. 193-201, 2001.

BURKE, L. E.; DUNBAR-JACOB, J. Adherence to medication, diet, and activity recommendation: from assessment to maintenance. **J. Cardiovasc. Nurs.**, v.9, n.2, p. 62-79, Jan. 1995

BURT, V. L.; CUTLER, J. A.; HIGGINS, M.; HORAN, M. J.; LABARTHE, D.; WHELTON, P.; BROWN, C.; ROCCELLA, E. J. Trends in the Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult US population: data from the health examination surveys, 1960 to 1991. **Hypertension**, v. 28, n.26, p. 60-69, 1995.

BURSZTYN, M. GINSBERG, G.; HAMMERMAN-ROZENBERG, R.; STESSMAN, J. The siesta in de eldeely - risk factor for mortality? **Arch. Intern. Med.**, v. 159, p. 1582-1586, 1999.

CADE, N. V. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto-SP, v. 9, n. 3, p. 43-50, maio, 2001.

CADE, N. V. O cotidiano e a adesão ao tratamento da adesão. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.2, n.2, p. 10-15, jul./dez. 1997.

CALHOUN, D. A.; OPARIL, S. Levantamento Nacional em Exame e Nutrição III. Como estamos com o controle da pressão arterial. In: WEBER. M. A. **Hipertensão**. Tradução Lélis Borges do Couto. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. p. 211-220.

CANTOS, G. A.; DUARTE, M. F. S.; DUTRA, R. L.; SILVA, C. S. M.; WALTRICK, C. D. A.; BALEN, M. G.; HERMES, E.; PEROZIN, A. R. Prevalência de fatores de risco de doença arterial coronária em funcionários de hospital universitário e sua correlação com estresse psicológico. **J. Bras. Patol. Méd. Lab.**, v.40, n.4, p.240-247. agosto, 2004.

CARNEIRO, G.; FARIA, A.N.; RIBEIRO FILHO, F.F.; GUIMARÃES, A.; LERÁRIO,D.; FERREIRA, S. ; ZANELLA, M.T. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, v.49, n.3, p.306-311, 2003.

CARVALHO, F.; TELAROLLI JÚNIOR, R.; MACHADO, J. M. S. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.617- 621, 1998.

CAR, M. R.; PIERIN, A. M. G.; AQUINO, V. L. A. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.25, n.3, p.259-269, 1991.

CASTIEL, L. D. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, D. ; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CASTRO, A. Televisão e AIDS: questões para o planejamento. In: PITTA, A. M. R. (org.) **Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 1995. p. 166-171.

CEARÁ- Secretaria da Saúde. **Indicadores de saúde**. Fortaleza: SESA, 1998.

CHAVES, E. C. ; CADE, N. V. Efeitos da ansiedade sobre a pressão arterial de mulheres com hipertensão. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto-SP. v.12, n.2, p. 162-167, mar./abr. 2004.

CHAVES, E. S. **Avaliação da pressão arterial em crianças e adolescentes com história familiar de hipertensão arterial**. 2004. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

CHOBANIAN, A.V.; BAKRIS, G.L.; BLACK, H.R.; CUSHMAN, W.C.; GREEN, L.A.; IZZO, J.L.; BARRY Jr, D.W.; MATERSON, B.J.;OPARIL, S. WRIGHT Jr, J.T.; ROCCELLA, E.J.; NATIONAL High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **Hypertension**, Dec. 2003.

CORDEIRO, R. ; FISCHER, F. M.; LIMA FILHO, E. C.; MOREIRA FILHO, D. C. Ocupação e hipertensão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 380-387, 1993.

COUTINHO, M. Princípios de epidemiologia clínica aplicada à Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 71, n.2, p.109-116, 2005.

CUSPIDI, C. To better know hypertension: educational meetings for hypertensive patients. **Blood Pressure**, v. 9, n.5, p. 255-259, Dec. 2000.

DELA COLETA, M. F. **O modelo de crenças em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular**. 1995. 244f. Tese (Doutorado em Psicologia)-Universidade de Brasília, Brasília, DF, 1995.

DELA COLETA, M.F. Modelo de crenças em saúde. In: DELA COLETA, M.F. (Org.). **Modelos de pesquisa e modificação de comportamentos de saúde: teorias, estudos e instrumentos**. Taubaté-SP: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004. p.27-62.

DE QUATTRO, V. Efeitos do envelhecimento sobre a pressão arterial. In: WEBER, M. A. **Hipertensão**. Tradução Lélis Borges do Couto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 14-17.

DIRETRIZES brasileiras hipertensão arterial IV. Campos de Jordão: S.n. 2002. 40 p.

FARIAS JÚNIOR, J. C.; PIRES, M. C.; LOPES, A. S. Reprodutibilidade de um questionário para levantamento de informações sobre comportamentos relacionados à saúde de adolescentes. **Rev. Bras. Cienc. Mov.**, v.10, n.3, p. 44-48, 2002.

FEIJÃO, A.M.M.; GADELHA, F.V.; BEZERRA, A.A.; OLIVEIRA, A.M.; SILVA, M.S.S. ; LIMA, J.W.O. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.84, n. 1, p. 29-33, dez. 2000.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v.10, n.1, p.105-109 , 2005.

FORTES, A.N.; LOPES, M.V.O. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa unidade básica de atenção à saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v..13, n. 1, p. 26-34, jan./mar. 2004.

FRANCIONI, F. F.; COELHO, M. S. A superação do déficit de conhecimento no convívio com uma condição crônica de saúde: a percepção da necessidade da ação educativa. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 156-162, jan./mar. 2004.

FRANCO, V. ; OPARIL, S. ; CARRETERO, O. A. Hypertensive therapy: parte II. **Circulation**, v. 109, p. 3081 – 3088, 2004.

FREITAS, M. C. **Condição crônica de saúde do adulto: análise do conceito**. 1999. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 1999.

FREITAS, O. C. ; CARVALHO, F. R. ; NEVES, J. M. ; VELUDO, P. K. ; PARREIRA, R. S.; GONÇALVES, R. M. ; LIMA, S. A. BESTETTI, R. B. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brazil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.77, n.1, p. 16-21, 2001.



FUCHS, S.C.; PETTER, J.G.; ACCORDI, M.C.; ZEN, V.I.; PIZZOL-Jr, A.D.; MOREIRA, L.B. ; FUCHS, F.D. Establishing the prevalence of hypertension. Influence of sampling criteria. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.76, n. 6, p. 449-52, 2001.

FUCHS, F. D.; GUS, M.; ZASLAVSKY, R. ; CRUZ, M. S. Pressão arterial e risco cardiovascular: a evidência definitiva. **Hipertensão**, v.6, n. 2, p. 58-60, 2003.

GAUDEMARIS, R.; LANG, T.; CHATELLIER, G.; LARABI, L.; LAUWERS-CANCÈS, V.; MAÏTRE, A.; DIÈNE, E. Socioeconomic inequalities in hypertension prevalence and care: the HIPAF study. **Hypertension**, v.39, p. 1119-1125, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIORGI, D.M.A.; MION Jr, D.; CAR, M.R.; PIERIN, A.; SILVA, H.B. MSRCONDES, M. Aderência ao tratamento em hipertensão arterial: influência de variáveis estruturais e estratégias que visem sua melhoria. **Rev. Bras. Med (Cardiologia)** v.4, p. 167-176, ago. 1985.

GUERRA, E. M. D. **Recusa ao tratamento da hipertensão arterial**: contribuição para o refinamento do diagnóstico. 1998. 142f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Clínico-Cirúrgica)- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

HARRISON, J. A.; MULLEN, P. D. ; GREEN, L. W. (1992). A Meta-Analysis of Studies of the Health Belief Model. **Health Education Research**, v. 7, p. 107-116, 1992.

JACOMINI, C. Z.; HANNOUCHE, R. Z. Retinopatia hipertensiva. **Rev. Bras. Hipertens.** v.8, n. 3, p. 321-327, jul./set. 2001.

JANSEN, I.; HEYMSFIELD, S. B.; ALLISON, D. B.; KOTLER, D. P.; ROSS, R. Body mass index and waist circumference independently contribute to the prediction of nonabdominal, abdominal, subcutaneous, and visceral fat. **Am. J. Clin. Nutr.**, v.75, p. 683-688, 2002.

JARDIM, P. C. B. V. Cuidando da hipertensão no consultório. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.85, n. 5, p. 348-49, 2005.

JAYANTI, R. K.; BURNS, A. C. The antecedents of preventive health care behavior: an empirical study. **Jounal Academ. Marketing Sci.**, v. 26, n. 1, p. 6-15 1998.

KANNEL, W. B.; MCGEE, D.; GORDON, T. A general cardiovascular risk profile: The Framingham study. **The Am. Journal of Cardiology**, v. 38. p. 46-51, Jul. 1976.

KANNEL, W. B. Elevated systolic blood pressure as a cardiovascular risk factor. **The Am. Journal of Cardiology**, v.85, n.15, p. 251-255, Jan. 2000.

KATZ, D. A.; McHORNEY, C. A. Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. **Arch. Intern. Med.**, v.158, p.1099-1107, 1998.

KEARNEY, P. M.; WHELTON, M. ; REYNOLDS, K. ; WHELTON, P. K. HE, J. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. **J. Hypertens.**, v. 22, n. 1, p. 11 – 19, 2004.

KLEIN, C. H.; ARAÚJO, J. W. G. Fumo, bebida alcoólica, migração, instrução, ocupação, agregação familiar e pressão arterial em Volta Redonda, Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v.1, n.2, p.160-176, abr./jun. 1985.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K.V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R.; CARVALHO, D. M.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 125-150.

LAHDENPERA, T. S.; KYNGÁS, H. A. Compliance and its evaluation in patients with hypertension. **Journal of Clinical Nursing**, n. 9, p. 826-833, 2000.

LEITE, S. N. ; VASCONCELOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.3, p. 775-782, 2003.

LESCURA, Y.; MAMEDE, M. V. **Educação em saúde**: abordagem para o enfermeiro. São Paulo: Sarvier, 1990.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.8, n. 4, p. 383-392, out./dez. 2001.

LIMA, C.C.; SILVA, L.F.; GUEDES, M. V. C. Educar pessoas hipertensas é mais que ensinar a tomar remédios. **Humanidades e Ciências Sociais**, Fortaleza, v.4, n.2, p. 55-60, jul./dez. 2002.

LINO, A. I. A.; LOPES, C. L. R.; MARQUES, E. S.; SANTOS, M. A. M.; MORAIS, N. H. F. O trabalho da enfermagem no rastreamento da hipertensão arterial em crianças e adolescentes de uma escola da rede pública de Goiânia-Goiás. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n.2, p. 298-302, 2004. Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)

LOLLIO, C. A.; PEREIRA, J. C. R.; LOTUFO, P. A.; SOUZA, J. M. P. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 357-362, 1993.

LOPES, H. F. ; BARRETO-FILHO, J. A. S. ; RICCIO, G. M. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v.13, n. 1, p. 148-155, jan./fev. 2003.

LUNA, R. L. **Hipertensão arterial**. Rio de Janeiro: Medsi, 1989.

MARCON, S. S.; VALSECHI, E. A. A.; SILVA, R. L. D. T.; WAIDMAN, M. A. P. Comportamento preventivo de servidores da UEM hipertensos e a aderência ao programa de assistência ao hipertenso do ambulatório. **Ciência y Enfermería**, Concepción, v.1, n.1, p. 33-42, 1995.

MARTINS, I. S.; MARINHO, S.P. O potencial diagnóstico dos indicadores de obesidade centralizada. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n. 6, p. 760-767, 2003.

MEDINA, N. M. O.; REBOLLEDO, E. A. O.; PEDRÃO, L. J. El significado de drogas para el estudiante de enfermería según el modelo de creencias en salud de Rosenstock. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n. especial, p.316-323, mar./abr. 2004.

MERTENS, I. L. ; VAN GAAL, L.F. Overweight, obesity, and blood pressure: the effects of modest weight reduction. **Obes. Res.**, v. 8, p. 270-278, 2000.

MICHAELIS 2000. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Reader's Digest; São Paulo: Melhoramentos, 2000. 2v.

MINAS GERAIS. Conselho Regional Farmácia. Pesquisa revela que 93,5% da população brasileira hipertensa não atinge o nível de pressão arterial ideal. Disponível em <[http://www.crfmg.org.br/Noticias/pesquisa\\_coracoes.html](http://www.crfmg.org.br/Noticias/pesquisa_coracoes.html). > Acesso em 24 ago. 2005.

MOREIRA, T. M. .; ARAUJO, T. L.; CHAVES, E. S. La investigación perfeccionando la práctica de enfermería: técnica del cuidado para la adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial. **Enfermería Integral**. v.66 n.1 , p. 4-9, 2004.

MOREIRA, T. M. M. **Tecnologia de cuidado na busca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial**: desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza-Ceará. 2003. 260f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

MOURA, A. A.; SILVA, M. A. M.; FERRAZ, M. R. T.; RIVERA, I. R. Prevalência de pressão arterial elevada em escolares e adolescentes de Maceió. **J. Pediatr.**, v.80, n.1, p. 35-40, 2004.

NEUTEL, J. M.; SMITH, D. H. G. Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension. **J. Clin. Hypertens.**, v.5, n.2, p. 127-132, 2003.

NEWMAN, T. B.; BROWNER, W. S.; CUMMINGS, S. R.; HULLEY, S. B. Designing an observational study: cross-sectional and case-control studies. In: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T. B. **Designing clinical research**. 2<sup>nd</sup> . ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.

NOBRE, F.; LIMA, N. K. C. Hipertensão arterial: conceito, classificação e critérios diagnósticos. In: TIMERMAN, A.; CÉSAR, L. A. M. **Manual de cardiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p. 303-306.

NUTBEAM, D.; HARRIS, E. Theories which explain health behaviour and health behaviour change by focussing on individual characteristics. In: **Theory in a nutshell: a practitioner's guide to commonly used theories and model in health promotion**. Austrália: Department of Public Health and Community Medicine. S.l. : s.n., 1998. p. 19-34.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into 21<sup>st</sup> century. **Health Promotion international**, v.15, n.3, p.259-267, 2000.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.1, p. 33-39, jan. 1998.

PESSUTO, J. **As necessidades básicas afetadas e os fatores de riscos de clientes portadores de hipertensão arterial**. 1994, 158f. Dissertação (Mestrado)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 1994.

PICKERING, T. G. Papel do estresse no desenvolvimento da hipertensão. In: WEBER. M. A. **Hipertensão**. Tradução Lélis Borges do Couto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 35-53.

POLANCZYK, C. A. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 84, n.3, p. 199-201, mar. 2005.

ROCHA, A. Adesão ao tratamento: o papel do médico. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.10, n.3, p. 213-215, jul./set. 2003.

RIBEIRO, R. A.; MELLO, R. G. B.; MELCHIOR, R.; DILL, J. C.; HOHMANN, C. B.; LUCCHESI, A. M.; STEIN, R.; RIBEIRO, J. P.; POLANCZYK, C. A. Custo anual do manejo da cardiopatia isquêmica crônica no Brasil. Perspectiva pública e privada. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.85, n. 1, p. 3-8, jul. 2005.

ROSENSTOCK, I. M. The health belief model: explaining health behavior expectancies. In: GLANZ, K.; LEWIS, F. M. RIMER, B. K. **Health behavior and health education: theory, research and practice**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1990. p.39-62.

ROSENSTOCK, I. M. Historical origins of the health belief model. **Health Education Monographs**, v.2, n. 4, p. 328-335. 1974a.

ROSENSTOCK, I. M. The health belief model and preventive health behavior. **Health Education Monographs**, v.2, n.4, p. 354-387. 1974b.

ROSENSTOCK, I. M. What research in motivation suggests for public health. **Am. Journal Public Health**, v. 50, n.3, p. 295 - 302. Mar. 1960.

SAKATA, K.; SAKATA, V.; BARRETO Jr, J.; BOTTÓS, K. M.; BOTTÓS, J. M.; DUARTE FILHO, N. P. BUSATTO, D. Hipertensão e retinopatia hipertensiva. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v.65, p. 207-211, 2002.

SEVENTH Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **Hypertension**, Dec. 2003.

SIQUEIRA, F. P. C. ; VEIGA, E. V. COSTA JÚNIOR, M. L. C. A hereditariedade como fator de risco para hipertensão arterial: algumas considerações. **Enfermagem Brasil**, v.2, n.6, p. 330-335. nov./dez. 2003.

SOARES, M. J. G. O. **Mulheres e HIV/AIDS**: análise de comportamento preventivo à luz do Modelo de Crenças em Saúde. 2003. 185f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

STOKES, G. S.; ATKIN, P. A. Problemas da aderência ao tratamento e polifarmácia. In: WEBER, M. A. **Hipertensão**. Tradução Lélis Borges do Couto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.151-159.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

WEBER, M. H. Comunicação : estratégia vital para a saúde. In: PITTA, A. M. R. (org.) **Saúde & comunicação**: visibilidades e silêncios. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 1995. p. 151-165.

WEITEN, W. Motivação e emoção. In: WEITEN, W. **Introdução à Psicologia**. Temas e variações. 4. ed. (versão abreviada) Tradutores Maria Lúcia Brasil; Zaira G. Botelho; Clara A Colotto; José Carlos B. dos Santos. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002. p. 278-307.

WILLIAMS, A. F. ; WECHSLER, H. Interrelationship of action in health and other areas. **Health Service Reports**, v.87, n. 10, p. 969-975. Dec. 1972.

ZHU, S.; WANG, Z.; HESHKA, S.; HEO, M.; FAINTH, M.; HEYMSFIELD, S. B. Waist circumference and obesity-associated risk factors among whites in the third National Health and Nutrition Examination Survey: clinical action thresholds. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 76, p. 743-749, 2002.

2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. European Society of

Hypertension-European Society of Cardiology Guidelines Committee. **J Hypertens.** , v. 21, n. 6, p. 1011-53, 2003.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e pretendo desenvolver uma pesquisa que subsidiará a elaboração de minha Tese de Doutorado sobre Hipertensão Arterial com base no Modelo de Crenças em Saúde. Acredito que o estudo venha a contribuir para a adesão do cliente hipertenso ao tratamento e com isso minimizar os riscos de complicações cardiovasculares.

Gostaria de contar com sua colaboração. Sua participação será prestar informações sobre suas crenças em relação aos riscos de complicações no coração se a pessoa não fizer o tratamento da pressão alta de maneira certa. As informações poderão ser prestadas aqui no Posto de Saúde, em um consultório, ou no seu domicílio, se for mais conveniente ou confortável. Asseguro-lhe que sua participação não lhe trará riscos e as vantagens do estudo são, principalmente, saber que crenças os hipertensos têm sobre as complicações que a doença produz, para que os profissionais que cuidam destas pessoas possam agir de modo mais direcionado para estas questões.

Será garantido sigilo sobre sua identidade e as informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para fins deste estudo. Fica garantida também a sua liberdade para se retirar do estudo a qualquer tempo, sem nenhum prejuízo para a continuidade do seu tratamento aqui neste Posto de Saúde.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, o(a) senhor(a) poderá se comunicar com a pesquisadora no seguinte endereço:

Dados de identificação da pesquisadora:

Maria Vilani Cavalcante Guedes

Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60430-130 – Fone: 3288.8464

O Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Universitário da Universidade Federal do Ceará se encontra disponível para reclamações pertinentes à pesquisa pelo telefone (85)3288.8338.

Certa de contar com sua colaboração, apresento antecipadamente meus agradecimentos.

Maria Vilani Cavalcante Guedes

## TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento do estudo acima mencionado, e tendo sido devidamente esclarecido(a) de sua finalidade e das condições de minha participação e dos aspectos legais, concordo em participar.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do(a) Pesquisado(a) ou  
Assinatura digital do Pesquisado

Assinatura de quem recebeu o Consentimento



O preenchimento deste formulário será de acordo com esta codificação:

1-Discordo Total; 2- Discordo Parcial; 3- Indeciso; 4- Concordo Parcial e  
5- Concordo Total

## I - Fatores Modificadores

### A) Variáveis demográficas

Nº	Variáveis	Codificação
1	Sexo: 1 ( <input type="checkbox"/> ) Feminino 2 ( <input type="checkbox"/> ) Masculino	1. _____
2	Idade: _____	2. _____
3	Anos de escolaridade: _____	3. _____
4	Estado civil: 1 ( <input type="checkbox"/> ) Solteiro 2 ( <input type="checkbox"/> ) Casado 3 ( <input type="checkbox"/> ) Viúvo	4. _____
5	Renda familiar: _____	5. _____
6	Profissão/Ocupação: _____	6. _____
7	Número de pessoas que moram com o cliente: _____	7. _____
8	Peso: _____	8. _____
9	Altura: _____	9. _____
10	Circunferência da cintura: _____	10. _____
11	Tempo de diagnóstico: _____	11. _____
12	Tempo de tratamento: _____	12. _____
13	Tempo de acompanhamento: _____	13. _____
14	Número consultas/ano: _____	14. _____
15	Valor da PA na última consulta: _____	15. _____
16	Valor da PA na penúltima consulta: _____	16. _____
17	Valor da PA na antepenúltima consulta: _____	17. _____
18	Quantos remédios o (a) senhor (a) toma? _____	18. _____
19	Quais remédios o (a) senhor (a) toma? 1 ( <input type="checkbox"/> ) Captopril 2 ( <input type="checkbox"/> ) Hidroclorotiazida ( <input type="checkbox"/> ) 3 ( <input type="checkbox"/> ) Atenolol ( <input type="checkbox"/> ) 4 Propranolol 5 ( <input type="checkbox"/> ) Nifedipina 6( <input type="checkbox"/> ) Furosemida 7( <input type="checkbox"/> ) Alfametildopa	19. _____
20	Está em uso de : 1 ( <input type="checkbox"/> ) hormônio 2 ( <input type="checkbox"/> ) anticoncepcional 3 ( <input type="checkbox"/> ) esteróide 4 ( <input type="checkbox"/> ) outro medicamento: _____	20. _____

### B) Variáveis relacionadas às condições de saúde e vida dos clientes.

Após ter o diagnóstico de pressão alta, quando a resposta for negativa **escreva zero**.

Nº	Variáveis	Codificação			
21	Quantas vezes se internou por causa da pressão alta? ____	21. _____			
22	Qual o motivo? 1 ( ) Infarto do miocárdio 2 ( ) derrame cerebral 3 ( ) crise hipertensiva 4 ( ) dor no peito 5 ( ) outro _____	22. _____			
23	Por causa da pressão alta teve problemas: ( ) nos olhos _____	23. _____			
24	Por causa da pressão alta teve problemas: ( ) nos rins _____	24. _____			
25	Por causa da pressão alta teve problemas: ( ) nos vasos sanguíneos _____	25. _____			
26	Quando falta remédio no Centro de Saúde, o que faz? 1 ( ) compra na farmácia 2 ( ) pede amostras grátis ao médico ou à enfermeira 3 ( ) fica sem tomar 4 ( ) outra: _____	26. _____			
27	Para o (a) senhor(a) hipertensão arterial é: 1 ( ) pressão baixa 2 ( ) pressão normal 3 ( ) pressão alta 4 ( ) não sei	27. _____			
28	Toma sempre todos os remédios receitados para controlar sua pressão arterial? 1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) às vezes 4 ( ) só quando me lembro 5 ( ) só quando sinto algum sintoma	28. _____			
Comportamentos de Saúde					Codificação
	1	2	3	4	5
29. Segue as orientações dadas pelas enfermeiras porque considera importantes para manter sua pressão arterial controlada					
30. Quando se alimenta fora de casa mantém a dieta de pouco sal					
31. Quando se alimenta fora de casa mantém a dieta de pouca gordura					
32. Os alimentos gordurosos consumidos em todas as refeições prejudicam o controle da pressão arterial					
33. Realiza atividade física no mínimo três vezes por semana durante 30 minutos					
34. Em casa sua comida tem sal normal*					
35. Abandonou o fumo					
36. Abandonou o álcool					
37. Toma a medicação todo dia na quantidade que o médico receitou					
38. Realiza atividade de lazer					
39. Comparece mensalmente às consultas					

\* Maior pontuação no discordo totalmente.

## DIMENSÕES DO MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE

<b>Susceptibilidade Percebida</b>	1	2	3	4	5	Codificação
40. Pressão arterial controlada evita ou retarda complicações cardiovasculares						40. _____
41. Acredita que com a pressão arterial controlada se vive melhor						41. _____
42. Teme a possibilidade de ter uma complicação causada pela pressão alta						42. _____
43. Acredita que conversar com pessoas que também têm pressão alta ajuda a encontrar meios para seguir o tratamento						43. _____
44. A pressão alta pode causar infarto do miocárdio						44. _____
45. A pressão alta pode causar derrame cerebral						45. _____
46. A pressão alta não controlada pode causar problema visual						46. _____
47. A pressão alta pode causar dor no peito						47. _____
48. A pressão alta pode causar problema nos rins						48. _____
49. A pressão alta pode causar problema nas veias						49. _____
50. A pressão alta pode diminuir a vontade de ter relações sexuais						50. _____
51. A pressão alta pode causar impotência sexual						51. _____
52. Você se preocupa porque tem pressão alta						52. _____
53. É comum apresentar sintoma ou sinal de pressão alta						53. _____
54. Sintomas que apresenta quando a pressão está muito alta 1 ( ) dor de cabeça 2 ( ) 3 ( ) dormência nos braços 4 ( ) dormência nas pernas 5 ( ) sensação de desmaio 6 ( ) falta de força 7 ( ) tontura 8 ( ) outros _____						54. _____
55. Familiar em 1º ou 2º grau tem pressão alta 1 ( ) sim. Especificar: _____ 2 ( ) não 3 ( ) não sei						55. _____

<b>Severidade Percebida</b>	1	2	3	4	5	Codificação
56. Acredita que a pressão alta é uma doença						56. _____

séria						
57. Pressão alta tem cura*						57. _____
58. Pressão alta mata						58. _____
59. Pressão alta pode deixar a pessoa inutilizada						59. _____
60. Pressão alta atrapalha o seu trabalho						60. _____
61. Pressão alta atrapalha suas atividades sociais						61. _____
62. Pressão alta prejudica sua vida familiar						62. _____
63. Pressão alta prejudica a situação financeira da família						63. _____

\* Maior pontuação no discordo totalmente.

<b>Benefícios Percebidos</b>	1	2	3	4	5	Codificação
64. É possível manter a pressão arterial controlada						64. _____
65. É importante seguir o tratamento recomendado pelos profissionais aqui do Centro de Saúde						65. _____
66. O tratamento deve ser seguido independente da quantidade de medicamentos prescritos						66. _____
67. As orientações dadas sobre o modo de tomar os remédios da pressão devem ser seguidas						67. _____
68. É necessário receber a informação sobre o valor da pressão arterial sempre que for medida						68. _____
69. Gosta de receber as orientações dadas pelos profissionais que o (a) atendem no Centro de Saúde						69. _____
70. Repousar no mínimo 6 a 8 horas por noite é uma prática saudável para uma pessoa que tem pressão alta						70. _____
71. Concorda que repousar durante o dia ajuda a controlar a pressão alta						71. _____
72. Evita situações que o deixam aborrecido						72. _____
73. Fazer atividade física todo dia ajuda a controlar a pressão alta						73. _____

\* Maior pontuação no discordo totalmente.

<b>Barreiras para a Ação</b>	1	2	3	4	5	Codificação
74. Toma todos os remédios receitados pelo médico						74. _____
75. O tratamento da pressão alta é cansativo porque todo dia a pessoa faz as mesmas coisas*						75. _____
76. Tomar remédio e fazer dieta todo dia quando não se sente nada é complicado*						76. _____
77. Só quem tem sintomas deve tomar sempre os remédios e seguir as orientações das enfermeiras e dos médicos*						77. _____
78. A maneira como o médico e a enfermeira dão as orientações ajuda a fazer o tratamento						78. _____
79. O uso continuado dos remédios para pressão alta diminui o interesse por sexo						79. _____
80. As condições financeiras influenciam na realização do tratamento						80. _____

<b>Estímulos para a Ação</b>	1	2	3	4	5	Codificação
81. As campanhas sobre pressão alta ajudam a conhecer a doença						81. _____
82. Aprende com as campanhas da televisão						82. _____
83. Aprende com as campanhas do rádio						83. _____
84. Aprende durante a consulta do médico						84. _____
85. Aprende durante a consulta da enfermeira						85. _____
86. Caminhadas e verificação de pressão arterial em <i>shopping</i> , na beira-mar e nas praças contribuem para as pessoas com pressão alta seguirem o tratamento						86. _____
87. Participa dessas atividades? 1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) às vezes						87. _____
88. Conversar e trocar experiências com outras pessoas que têm pressão alta ajuda a seguir dieta, fazer atividade física e programas de relaxamento						88. _____
89. Não ter complicações como infarto do miocárdio, derrame cerebral, doença nos rins, nos olhos e nas veias depende somente de seguir o tratamento medicamentoso*						89. _____
90. Incluir mais verduras e frutas na alimentação ajuda a manter a pressão controlada						90. _____
91. Ter momentos de descanso, meditação e descontração ajudam a manter a pressão controlada						91. _____
92. Saber que parentes ou amigos tiveram complicações por causa da pressão alta ajuda a fazer o tratamento corretamente						92. _____

\* Maior pontuação no discordo totalmente.

**ANEXO**

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

VARIÁVEIS	NOTA MÁXIMA	NOTA RECEBIDA	DESCRIÇÃO
Consumo de sal	1,0	(0,0) ( ) (0,25) ( ) (0,5) ( ) (0,75) ( ) (1,0) ( )	Refere claramente que consome sal sem moderação. Menciona isso como sem importância. Refere claramente que consome sal sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal. Refere claramente que consome muito sal, mas diz que quer diminuir e não consegue. Refere que às vezes consome uma quantidade maior de sal, mas é raro. Afirma ter cuidado extremo com a restrição de sal.
Consumo de gordura	0,5	(0,0) ( ) (0,12) ( ) (0,25) ( ) (0,37) ( ) (0,5) ( )	Refere claramente que consome sal sem moderação. Menciona isso como sem importância. Refere claramente que consome sal sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal. Refere claramente que consome muito sal, mas diz que quer diminuir e não consegue. Refere que às vezes consome uma quantidade maior de sal, mas é raro. Afirma ter cuidado extremo com a restrição de sal.
Índice de massa corporal	1,0	(0,0) ( ) (0,25) ( ) (0,5) ( ) (1,0) ( )	$> 35$ e $\leq 40$ kg/m <sup>2</sup> $> 30$ e $\leq 35$ kg/m <sup>2</sup> $> 25$ e $\leq 30$ kg/m <sup>2</sup> $\leq 25$ kg/m <sup>2</sup>
Abstinência do fumo	0,5	(0,0) ( ) (0,12) ( ) (0,25) ( ) (0,37) ( ) (0,5) ( )	Refere claramente que fuma, em excesso, e conta isto como sem importância. Refere claramente que fuma, em excesso, mas diz saber que faz mal. Refere claramente que fuma, mas comenta que quer diminuir e não consegue. Refere que às vezes fuma, mas é raro. Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao fumo.
Ausência de ingestão alcoólica	0,5	(0,0) ( ) (0,12) ( ) (0,25) ( ) (0,37) ( ) (0,5) ( )	Refere claramente que é etilista, sem moderação, e fala nisto como sem importância. Refere claramente que é etilista, sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal. Refere que é etilista, mas alega que quer diminuir e não consegue. Refere que às vezes bebe, mas é raro. Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao álcool.
Prática regular de atividade física	1,0	(0,0) ( ) (0,25) ( ) (0,5) ( ) (0,75) ( ) (1,0) ( )	Refere claramente que é sedentário, e menciona isto como sem importância. Refere claramente que é sedentário, mas diz saber que faz mal. Refere que é sedentário, mas ressalta que quer modificar o comportamento e não consegue. Refere que às vezes é sedentário, mas é raro. Afirma ter cuidado extremo com a restrição com o sedentarismo

VARIÁVEIS	NOTA MÁXIMA	NOTA RECEBIDA	DESCRIÇÃO
Enfrentamento eficaz do estresse	0,5	(0,0) ( ) (0,12) ( ) (0,25) ( ) (0,37) ( ) (0,5) ( )	Refere claramente que se estressa com muita facilidade e conta isto como sem importância. Refere claramente que se estressa com muita facilidade, mas diz saber que faz mal. Refere claramente que se estressa com facilidade, mas enfatiza que quer modificar o comportamento e não consegue. Refere que às vezes se estressa, mas é raro. Afirma ter cuidado extremo com o estresse.
Uso adequado do(s) medicamento(s)	1,5	(0,0) ( ) (0,25) ( ) (0,5) ( ) (1,0) ( ) (1,5) ( )	Refere claramente que não toma o(s) remédio(s) e menciona isto como sem importância. Refere claramente que não toma o(s) medicamento(s), só quando a pressão sobe. Refere claramente que tem dificuldade em tomar o(s) fármaco(s) corretamente pelos seus efeitos colaterais. Refere que às vezes se esquece de tomar o(s) remédio(s), mas é raro. Afirma ter cuidado extremo com o horário de tomar o(s) medicamento(s).
Comparecimento às consultas mensais	0,5	(0,0) ( ) (0,12) ( ) (0,25) ( ) (0,37) ( ) (0,5) ( )	Refere claramente que vai à consulta somente quando passa muito mal. Refere claramente que vai à consulta somente quando a pressão sobe. Refere claramente que falta às consultas, mas diz que quer modificar tal comportamento e não consegue. Refere que às vezes falta à consulta, mas é raro. Afirma ter cuidado extremo com o comparecimento às consultas.
Controle da pressão arterial	3,0	(0,0) ( ) (0,5) ( ) (1,0) ( ) (1,5) ( ) (2,0) ( ) (3,0) ( )	≥ 180 x 110 mm Hg 160 - 179 mm Hg x 100 - 109 mm Hg PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg 140 - 159 x 90 - 99 mm Hg 130 - 139 x 85 - 89 mm Hg (Normal Limitrofe) ≤ 130 x 85 mm Hg (Pressão normal)
TOTAL	10,0	X =	

Classificação: X < 3 = Adesão Fraquíssima  
X ≥ 3 e < 5 = Adesão Fraca  
X ≥ 5 e < 7 = Adesão Média  
X ≥ 7 e < 9 = Adesão Forte  
X ≥ 9 = Adesão Ideal