

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

PRISCILA DOS SANTOS LEDUR

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ANTI-HIPERTENSIVO EM
PACIENTES HIPERTENSOS COM DIABETES**

**Porto Alegre
2011**

PRISCILA DOS SANTOS LEDUR

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ANTI-HIPERTENSIVO EM
PACIENTES HIPERTENSOS COM DIABETES**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Denise Tolfo Silveira

Co-orientadora: Beatriz D'Agord Schaan

Porto Alegre

2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, por todo apoio e compreensão, por estarem disponíveis sempre que necessário.

Ao meu namorado e sua família, por toda paciência e carinho a mim dispensados, por terem entendido a minha ausência em vários momentos.

Às minhas colegas e amigas Agnes, Andréia, Cristina e Dayanna, pelo companheirismo, fidelidade e pela construção de uma trajetória em comum.

À Professora Dra. Beatriz Schaan, por todo conhecimento que me proporcionou e oportunidades; indubitavelmente é uma das maiores responsáveis por tudo que foi construído durante a minha vida acadêmica e pessoal.

Ao Professor Dr. Miguel Gus, pelas contribuições, disponibilidade e apoio para a realização do presente trabalho.

À Professora Dra. Denise Tolfo, que me auxiliou nesta última etapa do curso e que sempre esteve disponível para sanar as minhas dúvidas.

Por fim, um agradecimento especial à minha Mãe e a minha Avó, que são as duas pessoas que me ensinaram o primeiro significado da palavra amor e que infelizmente não estarão presentes fisicamente para acompanhar a finalização dessa etapa tão importante na minha vida. Tenho certeza, no entanto, que jamais deixaram de estar ao meu lado e que certamente estão muito orgulhosas da minha conquista.

*“Ambição é o caminho para o sucesso.
Persistência é o veículo no qual se chega lá”.*

Bill Eardley

RESUMO

Realizou-se estudo transversal com o objetivo de avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, buscando associação entre adesão ao tratamento, autopercepção dos níveis pressóricos e pressão arterial (PA). Foram obtidas variáveis clínicas, demográficas e laboratoriais. Para aferir adesão aplicou-se Questionário de Morisky (QMorisky) e escala visual (EV). Foi realizada a monitorização ambulatorial da pressão arterial de 24 horas (MAPA 24h) em todos os pacientes. Foram avaliados 225 pacientes, com idade de $56,5 \pm 6,6$ anos, 62,7% mulheres. Foram aderentes 46,2% e 56,9% considerando-se os métodos QMorisky e EV, respectivamente. Houve concordância moderada entre os dois métodos (Kappa = 0,53). Os pacientes que referiram sentir a PA alterada (59,8%) apresentaram um menor nível de adesão quando aplicado o QMorisky, $P < 0,001$. Entretanto, tal diferença não resultou em diferenças significativas nos níveis pressóricos aferidos por MAPA 24h. Demonstrou-se com o presente estudo que pacientes que têm autopercepção da PA alterada aderem menos ao tratamento anti-hipertensivo, mas não se apresentam mais hipertensos quando comparados com aqueles que negam a autopercepção dos níveis pressóricos.

Descritores: Adesão à medicação, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Avaliação da adesão pela escala visual.....	19
Figura 2 - Adesão <i>versus</i> Consulta de Enfermagem.....	22
Figura 3 - Fatores que interferem na adesão ao tratamento	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características clínicas comparando aderentes <i>versus</i> não aderentes pelo QMorisky.	21
Tabela 2 - Médias pressóricas comparando aderentes <i>versus</i> não aderentes pelo QMorisky.	22

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
4 METODOLOGIA.....	15
4.1 ESTUDO DE BASE.....	15
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	15
4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	17
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	18
5 RESULTADOS.....	19
6 DISCUSSÃO	24
7 CONCLUSÕES	27
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	29
ANEXO A - Instrumento de Coleta de Dados	34
ANEXO B - Escala Visual	36
APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	37

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) atinge cerca de 30 milhões de brasileiros. É considerada importante fator de risco para acidente vascular cerebral (AVC), doença arterial coronariana, insuficiência vascular periférica e cardíaca, tornando-se assim, uma das mais importantes causas da morbi-mortalidade universal (SEMENCIW *et al.*, 1988; MACMAHON *et al.*, 1990; BURT *et al.*, 1995; ALMEIDA; LOPES, 2003). Em metanálise realizada por Lewington *et al.* (2002), os níveis de pressão arterial foram fortemente e diretamente relacionados com o risco cardiovascular. O aumento do risco cardiovascular, além de estar relacionado à própria doença, também está relacionado à associação com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares, especialmente o Diabetes Mellitus (DM) (STAMLER *et al.*, 1993). A associação entre DM e HAS é muito comum e hipertensos com DM tipo 2, comparados àqueles sem esta doença, possuem risco duas vezes maior de desenvolver eventos cardiovasculares. Da mesma forma, a prevalência de HAS em portadores de DM tipo 2 é maior do que na população em geral, especialmente em pacientes mais jovens (CURB *et al.*, 1996).

Tendo em vista o risco cardiovascular aumentado em pacientes hipertensos com DM, o benefício resultante do seu é elevado. Segundo a Associação Americana de Diabetes (2011), reduções mais acentuadas de pressão arterial nestes pacientes traduzem-se por benefício clínico. Não há consenso quanto ao valor pressórico ideal para indivíduos com DM. Em uma revisão sistemática com metanálise de 13 ensaios clínicos randomizados (BANGALORE *et al.*, 2011) foi encontrado que valores inferiores a 135 mmHg de pressão arterial (PA) sistólica reduziram o risco de eventos cardiovasculares (morte e acidente vascular encefálico). Frente a isso, é desejável que indivíduos hipertensos com DM tenham níveis pressóricos entre 130-135/80 mmHg.

Um fator determinante para que se alcance o sucesso terapêutico na HAS associada ao DM é a aderência ao tratamento por parte do paciente. Estima-se que menos de um terço dos pacientes hipertensos adultos têm a sua pressão adequadamente controlada (STAMLER *et al.*, 1993). Em estudo realizado em nosso meio (GUS *et al.*, 2004) foram avaliados 1063 pacientes, sendo que 30,1% seguiam o tratamento anti-hipertensivo sem apresentar controle adequado da PA, e apenas

10,4% dos indivíduos seguiam o tratamento adequadamente e tinham a PA controlada. Para a Organização Mundial da Saúde (2003), a adesão é o principal determinante da eficácia do tratamento e a baixa adesão é identificada como a principal causa do controle inadequado da pressão arterial. A definição tradicional de adesão refere-se à situação na qual o comportamento do paciente corresponde ao conselho médico ou de saúde, avaliada pelo comparecimento às consultas marcadas, às tomadas das prescrições ou pelas mudanças de estilo de vida (WILLE, 2006). Dos pacientes que não têm adequado controle da pressão arterial, aproximadamente 50% não aderem ao medicamento recomendado pelo médico (DUSING *et al.*, 1998; CARO *et al.*, 1999; LOWRY *et al.*, 2005).

A manutenção dos agentes anti-hipertensivos é realizada pelo médico a partir do seu julgamento clínico, que consiste, quase que exclusivamente, na avaliação da medida da pressão arterial durante a consulta ambulatorial. Constatando-se falha ou sucesso terapêutico decide-se entre as opções: 1^a) continuar o tratamento; 2^a) aumentar a dose dos anti-hipertensivos; 3^a) atenuar o tratamento; 4^a) suspender o tratamento. Esse processo de raciocínio ignora, com certeza, a principal razão do mau controle pressórico, que é a não aderência ao tratamento (WILLE, 2006).

Posto isso, nota-se que a avaliação da adesão ao tratamento farmacológico não é uma tarefa fácil. Cada método de quantificação da adesão (direto ou indireto) descrito na literatura tem sua limitação, sem haver um método ideal, cuja sensibilidade e especificidade seja superior a 80% (PIÑERO *et al.*, 1997).

Conforme Prado *et al.* (2007), a contagem de pílulas, utilizada como padrão-ouro em alguns estudos, requer a distribuição integral da medicação pela unidade de saúde, o que geralmente não corresponde à realidade da maior parte dos hipertensos, principalmente dos resistentes, em uso de mais de três fármacos, muitos não padronizados no Sistema Único de Saúde (SUS).

O enfermeiro, como profissional integrante de uma equipe multidisciplinar, pode e deve ser pró-ativo no tratamento do paciente, auxiliando na promoção, prevenção e recuperação da saúde. Uma das ferramentas profissionais disponíveis para isso, é a consulta de enfermagem. Segundo Waldman e Ludwig (2006), a consulta de enfermagem é uma atividade em que a atenção é dada às pessoas por profissional enfermeiro, em relação especificamente com a supervisão de saúde. É realizada em forma de ações combinadas qualitativas e quantitativas, sistemáticas e completas, de modo a se efetuarem em uma sucessão ordenada, lógica e de acordo

com critérios pré-estabelecidos pelo sistema. Torna-se, portanto, o momento ideal para realizar a educação do paciente e sua família para a prevenção de agravos de saúde. Segundo Monteiro *et al.* (2006), a educação para a saúde é mais do que um coadjuvante do tratamento; chega, algumas vezes, a ser seu principal pilar.

Nessa perspectiva pretende-se neste estudo avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo de pacientes hipertensos com DM que estão em atendimento ambulatorial, por meio da aplicação do Questionário *Morisky Green* validado na língua portuguesa, aplicação de escala visual para autoavaliação do paciente (MELO, 2005), e aferição do controle pressórico através da medida em consulta ambulatorial e realização da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA).

Este trabalho torna-se relevante ao aplicar um instrumento de fácil acesso, e que leva em consideração a percepção do profissional de saúde que está prestando o atendimento e também a visão do paciente, para que o mesmo possa fazer a própria autoavaliação do tratamento medicamentoso a que está sendo submetido e entender o seu esquema terapêutico.

2 OBJETIVOS

Serão descritos o objetivo geral e os objetivos específicos do presente trabalho no decorrer desta seção.

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo de pacientes hipertensos com DM que estão em atendimento ambulatorial.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Verificar a associação entre sintomas usualmente referidos por pacientes hipertensos e o nível de adesão ao tratamento;

b) Verificar a associação entre os sintomas usualmente referidos por pacientes hipertensos e os níveis pressóricos, avaliados em consultório e por MAPA.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para compreendermos a importância de se avaliar a adesão ao tratamento farmacológico por parte do paciente, faz-se necessário que o profissional tenha pleno domínio da situação de saúde, sendo capaz de compreender e identificar alterações no processo saúde-doença a que o paciente será exposto no decorrer de sua vida. Cada vez mais nos deparamos com pacientes com múltiplas patologias, aonde a evolução de uma interfere diretamente no prognóstico de outra. Como exemplo desse quadro, podemos citar a associação entre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), que se tornou uma epidemia bastante comum, e que não está mais restrita a pessoas de idade mais avançada.

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. É uma doença que possui alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco cardiovascular modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Atualmente, o diagnóstico de HAS é feito quando são encontrados níveis pressóricos superiores a 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de diastólica em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado pela média de duas ou mais medidas corretamente avaliadas em duas ou mais ocasiões (UNITED STATES OF AMERICA, 2004).

A HAS é também um fator de risco isolado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), no entanto, quando associada a outras patologias, como o DM, o risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares dobra (CURB *et al.*, 1996). Tamanha importância desse problema, que no Brasil as DCV têm sido a principal causa de morte (SCHMIDT *et al.*, 2011). Segundo dados do Datasus (2010), no ano de 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Dados locais recentes também indicaram que a HAS, DM, obesidade, baixo consumo de frutas e verduras, além de sedentarismo, são usualmente agregados na população e independentemente associados com a presença de doença cardiovascular autorreferida. Além disso, a principal associação encontrada neste estudo foi de DM com HAS. Esta associação determinou risco 8,5 vezes maior para a presença de doença cardiovascular (FUCHS *et al.*, 2008).

Para conter esse crescente aumento de morbi-mortalidade, um dos grandes

desafios dos profissionais de saúde é fazer com que o paciente siga ao tratamento proposto, que no caso de pacientes hipertensos com DM, alcançar a aderência ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo é a principal dificuldade para o sucesso terapêutico (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Embora a adesão ao tratamento farmacológico seja considerada o principal fator para o sucesso terapêutico, é considerada também, o fator mais limitante do mesmo, pois avaliá-la não é uma tarefa fácil. A definição tradicional de adesão refere-se à situação na qual o comportamento do paciente corresponde ao conselho médico ou de saúde, avaliada pelo comparecimento às consultas marcadas, às tomadas das prescrições ou pelas mudanças de estilo de vida (WILLE, 2006). Dos pacientes que não tem adequado controle da pressão arterial, aproximadamente 50% não adere ao medicamento recomendado pelo médico (DUSING *et al.*, 1998; CARO *et al.*, 1999; LOWRY *et al.*, 2005).

Cada método de quantificação da adesão (diretos ou indiretos) descrito na literatura tem suas limitações, sem haver um método ideal, cuja sensibilidade e especificidade sejam superiores a 80% (PIÑERO *et al.*, 1997). Os métodos diretos caracterizam-se por permitir detectar os medicamentos, ou os produtos da sua metabolização, nos fluidos biológicos do paciente. Os métodos indiretos incluem processos de medida feitos por meio de entrevistas com o paciente, informações obtidas de profissionais de saúde e familiares dos pacientes, os resultados dos tratamentos ou atividades de prevenção, preenchimento de prescrições e contagem de comprimidos (VERMEIRE *et al.*, 2001). A contagem de pílulas, utilizada como padrão-ouro, em alguns estudos, requer a distribuição integral da medicação pela unidade de saúde, o que geralmente não corresponde à realidade da maior parte dos hipertensos, principalmente dos resistentes, em uso de mais de três drogas, muitas não padronizadas no Sistema Único de Saúde (PRADO *et al.*, 2007; BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008).

Nesse contexto, cada vez mais os profissionais de saúde buscam utilizar métodos que sejam de fácil acesso e que tenham uma boa precisão. Um desses métodos é o Questionário Morisky, que foi desenvolvido, em 1986, por Morisky e colaboradores com o intuito de avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso habitual do medicamento (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986). Trata-se de um questionário, composto por 4 perguntas fechadas, em que o paciente responde sim ou não às perguntas. Por esse método, o paciente será considerado com alto grau

de adesão quando responder não a todas as perguntas. Caso responda sim para uma das perguntas já é considerado como tendo um baixo grau de adesão. Sewitch *et al.* (2003) propuseram uma subclassificação da avaliação da adesão, na qual o paciente ainda é classificado como apresentando um baixo grau de adesão não intencional (caso responda sim às duas primeiras perguntas do questionário), ou intencional (caso responda sim às duas últimas perguntas do questionário). Recentemente, Melo (2005) fez a adaptação transcultural do Questionário Morisky para a língua portuguesa, possibilitando com que tenhamos um método indireto, porém de fácil acesso e com bom nível de confiança em nosso meio.

Outra maneira de averiguar a adesão ao tratamento e a confiança dos resultados obtidos pelos métodos indiretos são adquirir dados objetivos que demonstrem como está a pressão arterial do paciente. Uma maneira simples de adquirir esses dados é aferindo a pressão arterial do paciente. Cada vez mais os médicos solicitam ao paciente a realização da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA). A MAPA é o método que permite o registro indireto e intermitente da pressão arterial durante 24 horas ou mais, enquanto o paciente realiza suas atividades habituais durante os períodos de vigília e sono. Uma das características mais específicas desse exame é a possibilidade de identificar as alterações do ciclo circadiano da pressão, sobretudo as alterações durante o sono, que têm implicações prognósticas consideráveis (OHKUBO *et al.*, 1997). Com base nessas informações, o exame vem sendo considerado padrão-ouro para diagnóstico e tratamento de HAS, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

4 METODOLOGIA

O presente estudo teve como base um projeto intitulado “Utilização de diferentes métodos de avaliação não invasiva para caracterização de risco cardiovascular em pacientes hipertensos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) sob número 09-636.

4.1 ESTUDO DE BASE

O estudo que serviu de base para a realização desse trabalho é de natureza quantitativa do tipo transversal que está na fase final de desenvolvimento, cujo objetivo é analisar a associação entre diferentes parâmetros obtidos com facilidade na prática clínica e indicativos de vasculopatia em indivíduos com HAS e DM avaliados em ambulatórios de nível terciário de HAS e DM. Os pacientes foram convidados a participar do estudo e chamados para a realização de uma consulta no Centro de Pesquisa Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), quando era realizada anamnese, exame físico, testes para avaliar neuropatia autonômica e agendamento de exames (ecocardiograma e MAPA). Tal estudo foi constituído por pacientes com hipertensão e DM tipo 2 em atendimento nos ambulatórios especializados citados, com idades entre 30 e 65 anos e pretende alocar 350 pacientes. Foram critérios de exclusão: uso contínuo de medicações e arritmias (fibrilação atrial) que interferissem na MAPA.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Esse estudo compartilhou parte da amostra do estudo de base, tendo em vista que ambos visavam objetivos na mesma população, ou seja, pacientes com hipertensão e DM tipo 2. Posto isso, o presente trabalho tem natureza quantitativa do tipo transversal.

Para cálculo amostral do presente trabalho, considerou-se a comparação entre duas médias de dados preliminares de 40 pacientes, na qual o desvio padrão (DP) de quem referiu sentir a pressão alterada foi de 0,573, enquanto que o DP de quem referiu não sentir a pressão alterada foi de 0,784. Considerando uma diferença aceitável de 0,28, nível de significância de 5% e poder de 80%, estimou-se uma amostra com $n= 192$ pacientes.

Foram incluídos 225 pacientes no período de janeiro a maio de 2011. Os dados foram coletados durante a consulta clínica do estudo de base, que era realizada no Centro de Pesquisa Clínica, momento em que foi aplicado o Questionário Morisky e a escala visual. Também foi avaliado o relato de sintomas associados à percepção da PA alterada (cefaleia, dor na nuca, escotomas, zumbido no ouvido, sangramento na nariz e outros que fossem referidos pelo paciente).

As variáveis em estudo foram: demográficas (sexo, idade, etnia), características clínicas (tempo de DM, história familiar de DM, tabagismo, doença cardiovascular prévia, índice de massa corpórea [IMC], medicamentos em uso, cálculo de risco cardiovascular pelo *UKPDS risk engine*, pressão arterial e MAPA) e laboratoriais (glicemia de jejum, hemoglobina glicada, taxa de filtração glomerular calculada [TFG], colesterol total e HDL-colesterol).

No Questionário Morisky, o paciente foi considerado aderente quando respondeu não para todas as perguntas (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986). Na escala visual, o paciente foi considerado aderente quando autoavaliou-se com a maior nota da escala, o número 5 (BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008). Foram utilizados os resultados dos exames da MAPA do estudo de base com a finalidade de observar se havia associação entre a presença de sintomas referidos pelos pacientes com o valor real da pressão arterial medido através do padrão-ouro, a MAPA, e com a adesão ao tratamento. Também utilizamos os dados de anamnese e exame físico para averiguar os demais fatores intervenientes na adesão ao tratamento medicamentoso. Os instrumentos de coleta de dados e a escala visual encontram-se nos ANEXOS A e B, respectivamente.

Foi considerado como DCV prévia o relato do paciente ou registro em prontuário de: infarto agudo do miocárdio (IAM), AVE, insuficiência cardíaca (IC), realização de cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) ou intervenção coronariana percutânea (ICP).

Foi calculado o risco absoluto de desenvolver DCV através do *UKPDS Risk*

Engine versão 2.0 (STEVENS *et al.*, 2001).

Foi avaliado o prontuário online de todos os pacientes para saber quantos tinham acompanhamento com o profissional enfermeiro para cuidados crônicos. Foi considerada como consulta de enfermagem ao doente crônico aquela que abordou hábitos de saúde, medicações em uso e que tinha registro da aferição da PA.

Variáveis avaliadas:

- a) IMC: o resultado foi obtido dividindo-se o peso (em quilogramas) pela altura (em metros) ao quadrado;
- b) Glicemia de jejum;
- c) Hemoglobina glicada (HbA1c);
- d) Colesterol total;
- e) HDL colesterol;
- f) Triglicerídeos;
- g) TFG: calculada pela equação MDRD (*Modification of Diet in Renal Disease*) (LEVEY *et al.*, 2009).
- h) PA consultório: A PA foi considerada alta quando a PA sistólica era maior do que 140 mmHg e/ou PA diastólica maior do que 90 mmHg após 3 medidas repetidas em condições ideais (SBC, 2010);
- i) MAPA: foi realizada a MAPA utilizando-se monitor Spacelabs 90207 programado para aferições a cada 15 minutos entre às 7:00 e 22:00 e a cada 20 minutos das 23:00h às 6:00h. Foram utilizados 2 tamanhos de manguitos de acordo com a circunferência braquial. Pacientes com circunferência braquial ≥ 33 cm utilizaram manguito 32 cm.x 42. e os com valores inferiores 24 cm.x.32. Foi entregue um diário para anotação dos períodos de sono e vigília. Foram considerados válidos para análise exames com pelo menos 80% de medidas válidas e que apresentarem pelo menos 2 medidas válidas a cada hora. Foram consideradas anormais as médias de PA de 24h $> 125/75$ mmHg; diurna $> 130/85$ mmHg e noturna $> 110/70$ mmHg (SBC, 2010).

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados são apresentados em forma de média e desvio padrão ou medianas e intervalos de confiança. As variáveis contínuas com distribuição normal são descritas como média e desvio padrão e comparadas entre os grupos de interesse através de testes paramétricos apropriados: teste *t* de Student, não pareado. Variáveis sem distribuição normal foram analisadas através de testes não paramétricos (Mann-Whitney e descritos como mediana (P25-P75) (FLETCHER; FLETCHER, 2006).

A relação entre variáveis categóricas foi avaliada pelos testes do qui-quadrado (FLETCHER; FLETCHER, 2006). O nível de significância adotado foi de 5%. Para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo em contexto multivariado foi utilizada modelo de regressão logística. Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS 18.0 (SPSS, Chicago).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Projeto Docente 52/2010, Versão 12/2010) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Nº 11- 0059). Foi obtido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos pacientes participantes do estudo (APÊNDICE), seguindo-se o protocolo que segue as condições estabelecidas nas novas Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo seres Humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

5 RESULTADOS

Foram avaliados 225 pacientes, com idade média de $56,5 \pm 6,6$ anos, 62,7% mulheres e 67,6% caucasianos. Sessenta e seis pacientes (29%) tiveram algum DCV prévio, 56% eram tabagistas ou ex-tabagistas. A maioria dos indivíduos apresentava obesidade ($IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$).

Quando avaliada a adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo através da escala visual, 128 (56,9%) pacientes referiram tomar sempre a medicação anti-hipertensiva, dando-se a nota 5 e sendo considerados aderentes por este método. Este dado e a estratificação das demais notas referidas pelos pacientes está apresentada na Figura 1. A avaliação da adesão pelo Questionário Morisky (QMorisky) identificou um menor número de aderentes, 104 (46,2%). Foi possível encontrar um nível de concordância moderado entre estes dois métodos, com $Kappa = 0,53$.

Centro e trinta e um (58,2%) indivíduos referiram sentir quando a pressão estava alterada. Os sintomas mais comuns foram: cefaleia (32,4%), dor na nuca (24,9%), distúrbio visual (22,7%), tonturas (15,1%) e outros (15,1%). Não houve diferença nas médias pressóricas entre os indivíduos que referiram sentir a pressão alterada e os que não sentiram.

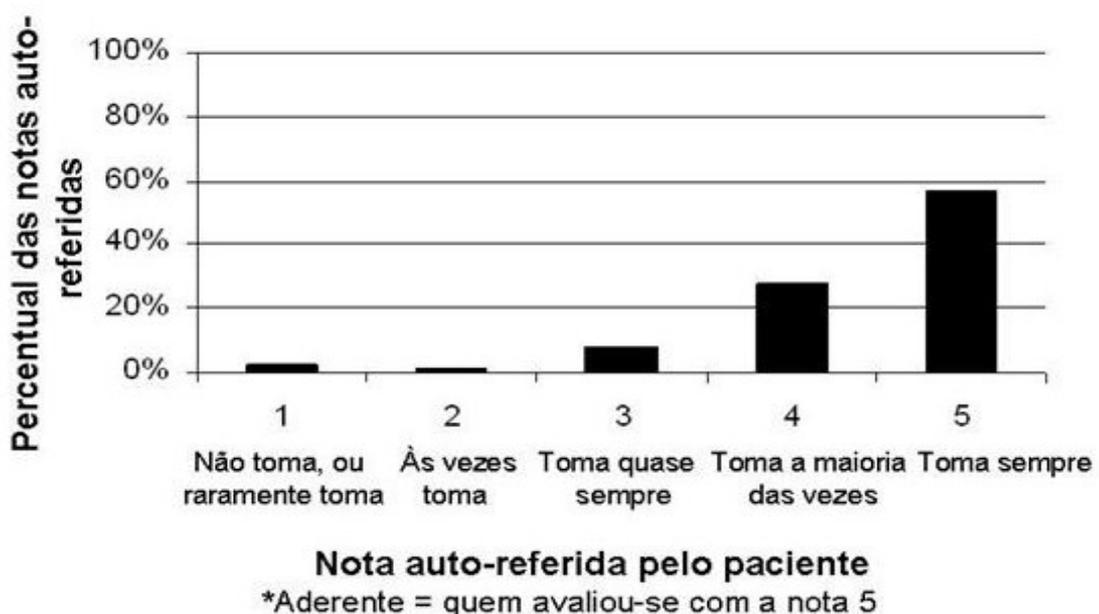


Figura 1 - Avaliação da adesão pela escala visual.

Quando comparados pacientes aderentes *versus* não aderentes pelo QMorisky, observamos que houve um maior número de mulheres em ambos os grupos. Os aderentes possuíam maior relato de história familiar de DCV, $p=0,030$. Não houve diferença quanto ao número de medicamentos anti-hipertensivos em uso entre aderentes e não aderentes, $p= 0,978$. Em ambos os grupos, a maioria dos pacientes estava com esquema terapêutico de 3 ou mais medicamentos anti-hipertensivos (52% nos aderentes *versus* 52,6% nos não aderentes). As demais características clínicas dos pacientes classificados de acordo com sua aderência estão na Tabela 1.

Independente do método utilizado para avaliar a adesão, observou-se que entre os aderentes existe um maior número de indivíduos que faz acompanhamento com enfermeiro, $p<0,001$ (Figura 2). Quanto às médias pressóricas, os indivíduos não aderentes apresentaram valores maiores na PA diastólica no consultório ($82,7 \pm 11,3$ *versus* $78,8 \pm 9,6$, $p<0,001$). A comparação das demais medidas de PA está apresentada na Tabela 2.

Os indivíduos que referiram sentir a pressão alterada apresentaram, através do QMorisky, um menor nível de adesão ao tratamento quando comparados aos que não sentiam a pressão alterada 87 (75,7%) *versus* 28 (24,3%), $p<0,001$. Não houve a mesma associação quando avaliada a percepção da alteração da pressão arterial e a escala visual, $p= 0,202$.

Tabela 1 - Características clínicas comparando aderentes *versus* não aderentes pelo QMorisky, Poro Alegre, 2011.

Variável	Aderente n (%) N = 104	Não aderente n(%) N = 121	P-valor
Sexo			
Feminino	70 (67,3)	71 (58,7)	0,214
Idade (anos)	57,2 ± 5,7	55,9 ± 7,3	0,164
Etnia			
Caucasiana	74 (73,3)	78 (66,7)	0,452
História familiar			
História familiar DM	70 (72,9)	91 (83,5)	0,048
História familiar DCV	36 (37,5)	23 (21,5)	0,030
Tempo DM (anos)	12,6 ± 7,6	12,3 ± 9,5	0,206
Tabagismo			0,163
Nunca fumou	47 (47,5)	66 (60,0)	
Fumante	17 (17,2)	12 (10,9)	
Ex-fumante	35 (35,4)	32 (29,1)	
DCV prévia	71 (68,3)	88 (72,7)	0,279
IMC			0,400
< 25	10 (10,1)	16 (14,0)	
25-30	43 (43,4)	40 (35,1)	
> 30	46 (46,5)	58 (50,9)	
Medicamentos			
Metformina	91 (89,2)	104 (88,1)	0,835
Sulfoniluréia	36 (35,3)	38 (32,2)	0,669
Insulina	45 (44,1)	68 (57,6)	0,031
Diurético	81 (79,4)	97 (82,9)	0,603
IECA	78 (77,2)	90 (76,9)	1,000
ARA2	8 (7,9)	8 (6,8)	0,799
AC	33 (32,7)	36 (30,8)	0,772
BB	53 (52,5)	59 (50,4)	0,787
VDD	13 (12,9)	19 (16,2)	0,307
AAG	69 (68,3)	80 (68,4)	1,000
Estatinas	67 (67,0)	76 (65,0)	0,634
N anti-hipertensivos			0,978
1	16 (15,7)	17 (14,7)	
2	33 (32,4)	38 (32,8)	
3 ou mais	53 (52,0)	61 (52,6)	
Percepção PA alterada	44 (42,3)	87 (75,5)	<0,001
UKPDS Risk Engine (%)			
DCV	14,0 (9,3-20,1)	13,9 (9,5-22,2)	0,738
DCV fatal	9,2 (5,4-13,9)	9,3(6,0-16,1)	0,792
AVE	7,2 (4,7-9,8)	5,8 (4,0-10,6)	0,394
AVE fatal	1,0 (0,7-1,7)	0,9 (0,6-1,6)	0,609
Glicemia jejum (mg/dl)	154,3 ± 67,2	150,8 ± 63,2	0,735
HbA1c (%)	7,8 (6,9-9,1)	8,2 (7,0-10,0)	0,293
Colesterol total (mg/dl)	175,9 ± 40,6	184,7 ± 44,7	0,200
HDL-colesterol (mg/dl)	43,5 ± 12,9	43,3 ± 13,8	0,933
Triglicerídeos (mg/dl)	145,0(101,0-222,5)	177,0(116,0-248,0)	0,146
TFG (ml/h)	86,0 ± 31,1	90,0 ± 26,7	0,401

Variável expressa como média ± desvio padrão; mediana e percentis; variáveis categóricas n (%). AAG: antiagregante plaquetário; AC: antagonista do canal de cálcio; ARA2: antagonista do receptor de angiotensina 2; AVE: acidente vascular encefálico; BB: betabloqueador; DCV: doença cardiovascular; IECA: inibidor da enzima conversora de angiotensina; IMC: índice de massa corpórea; PA: pressão arterial; TFG: taxa de filtração glomerular calculada pela equação MDRD; VDD: vasodilatador.

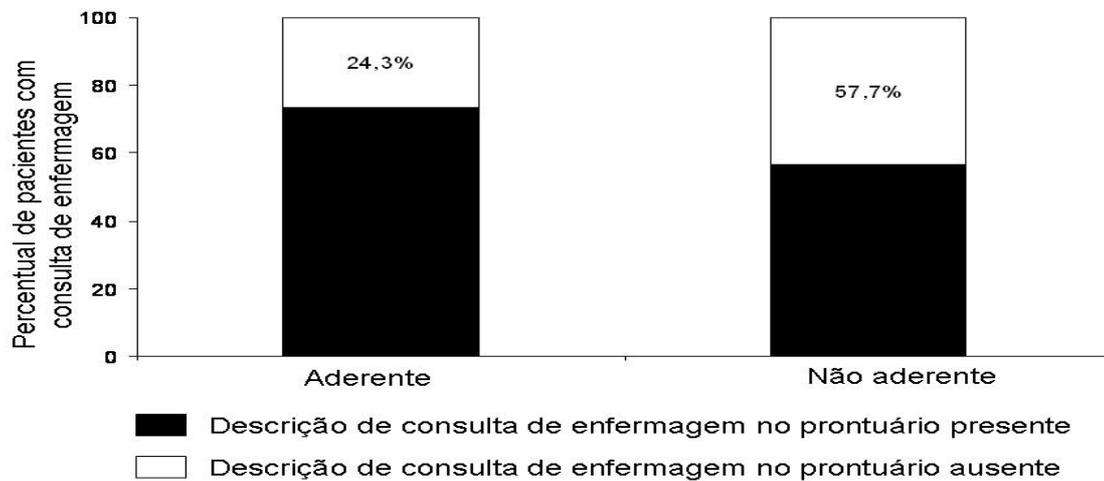


Figura 2 - Adesão *versus* Consulta de Enfermagem.

Tabela 2 - Médias pressóricas comparando aderentes *versus* não aderentes pelo QMorisky, Porto Alegre, 2011.

Variável	Aderente n (%) N = 104	Não aderente n(%) N = 121	P-valor
PAS média consultório (mmHg)	141,2 ± 19,0	142,1 ± 16,7	0,714
PAD média consultório (mmHg)	78,8 ± 9,6	82,7 ± 11,3	0,009
PAS MAPA média 24h	132,0 ± 12,0	131,7 ± 13,6	0,892
PAD MAPA média 24h	75,6 ± 7,2	77,5 ± 8,7	0,201
PAS MAPA média diurna	133,0 ± 15,1	133,7 ± 14,2	0,778
PAD MAPA média diurna	77,7 ± 8,8	79,6 ± 10,1	0,267
PAS MAPA média noturna	125,6 ± 17,7	124,6 ± 17,7	0,751
PAD MAPA média noturna	68,9 ± 10,2	70,7 ± 10,4	0,344

Variáveis expressas como média ± desvio padrão; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; MAPA: monitorização ambulatorial da pressão arterial.

A Figura 3 apresenta os dados da regressão logística em modelo ajustado para percepção da PA alterada, uso de 3 ou mais anti-hipertensivos, idade e tempo de DM. A percepção da PA alterada (OR= 4,44; IC 95% [2,42-8,13]) foi a variável preditora do desfecho adesão ($p < 0,001$) mesmo após ajuste. Não houve interação entre o uso de 3 ou mais anti-hipertensivos, idade, tempo de DM e a adesão.

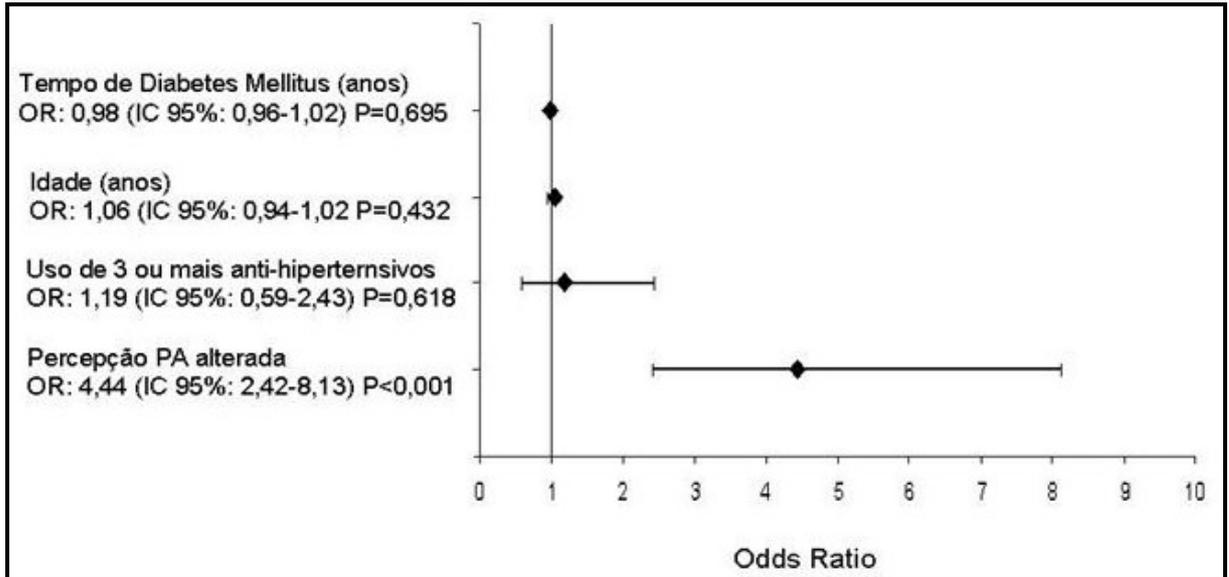


Figura 3 - Fatores que interferem na adesão ao tratamento.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que menos da metade dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em ambulatório de referência de serviço de saúde terciário adere ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo. Fatores associados a maior aderência foram um maior número de consultas de enfermagem realizados por estes pacientes e a não percepção de sintomas relacionados à elevação da pressão arterial pelos mesmos.

O nível de adesão reportado aqui foi semelhante ao encontrado na literatura nacional e internacional. Em estudo publicado por Barbosa e Lima (2006), o nível de adesão no Brasil e no mundo variou de 7 a 65%, sendo o país com maior nível de adesão o Japão e o com menor nível de adesão a Eslováquia. Em outra série realizada por Bloch, Melo e Nogueira (2008) foi encontrado um nível de adesão de 88,1%. No entanto, esse trabalho foi realizado com indivíduos hipertensos resistentes e que estavam em acompanhamento em ambulatório específico. Não temos conhecimento de outros estudos que tenham avaliado a adesão de forma sistemática em indivíduos com hipertensão e diabetes.

Foi possível observar um grau moderado de concordância entre os métodos utilizados para avaliar a adesão. A escala visual detectou um maior número de indivíduos aderentes do que o QMorisky. Por haver um grau de concordância moderado e não forte entre os métodos, optamos por utilizar a comparação de aderentes vs não aderentes utilizando apenas o QMorisky, que é amplamente utilizado e com o qual já foram realizados mais estudos científicos (MORISKY *et al.* 1986; BLOCH, 2008; SCHOENTHALER *et al.* 2009). Apesar da escala visual levar em consideração a percepção do paciente, foi possível observar que por este método existe uma tendência a superestimar a adesão, uma vez que dificilmente os pacientes consideram não tomar uma vez o medicamento como um problema e acabam, na maioria das vezes, respondendo que tomam sempre as medicações. Por outro lado, também existem controvérsias quanto ao valor preditivo do QMorisky.

Em estudo conduzido por PRADO *et al.* (2007) o QMorisky apresentou valor preditivo positivo de 91,6%, sendo considerado um bom método de avaliação. Já no estudo de Bloch, Melo e Nogueira (2008) o mesmo não apresentou bom desempenho isoladamente.

No presente trabalho, 58,2% dos indivíduos referiram sentir quando a pressão está alterada. Os sintomas mais frequentes foram cefaleia, dor na nuca, distúrbio visual e tonturas, semelhantes aos dados encontrados na literatura. Em estudo de Péres, Magna e Viana (2003) 72% dos indivíduos avaliados referiram sentir sintomas, sendo os mais comuns dor de cabeça, dor na nuca, coração acelerado, pontada no peito, tontura, dor no corpo e nas veias. No trabalho de Santos *et al.* (2005), 28% dos entrevistados referiram sentir náusea, cefaleia, tosse, edema e micção freqüente como efeito adverso do tratamento medicamentoso. No estudo citado, embora não tenha sido usado nenhum método específico para avaliar a adesão, os autores sugeriram que o relato de efeitos adversos foi um fator que contribuiu para a diminuição do número de indivíduos aderentes.

Dos indivíduos classificados como não aderentes, 75,5% referiram sentir a pressão alterada. Não existem outros estudos que tenham avaliado a possível associação entre não adesão ao tratamento anti-hipertensivo e percepção da pressão arterial alterada. No estudo de Cantillon *et al.* (1997), os pacientes eram questionados antes da aferição da pressão arterial sobre como eles achavam que estava sua pressão. Nesse trabalho, 86% dos que fizeram previsões quanto aos valores pressóricos não estimaram corretamente o valor real da PA. Apesar de os pacientes terem tido sua pressão aferida por uma semana, não foi realizada a MAPA e nem avaliada a adesão ao tratamento, dados que foram mostrados concomitantemente somente no presente trabalho.

Observamos também, que entre os não aderentes existe um menor número de indivíduos que faz acompanhamento com enfermeiro. Em estudo realizado por Dosse *et al.* (2009) foram avaliados 327 pacientes que tinham acompanhamento com equipe multiprofissional e a taxa de adesão encontrada foi de 62,3 %. No TCYB study (BOSWORTH *et al.*, 2008) 319 pacientes hipertensos foram randomizados para dois grupos: um recebeu acompanhamento do enfermeiro através de contato telefônico bimestral por 2 anos e o outro não. Ao término do seguimento, a taxa de adesão aumentou em 9% no grupo que teve acompanhamento com o enfermeiro *versus* 1% no grupo que não teve acompanhamento. Embora esse estudo tenha demonstrado uma melhora na adesão ao tratamento no grupo que teve acompanhamento do enfermeiro, ele não traz dados objetivos do controle pressórico do paciente, e nem da maneira como foi avaliada a adesão ao tratamento.

Com o presente trabalho podemos observar que a consulta de enfermagem

pode ser uma estratégia efetiva no auxílio à adesão ao tratamento, pois encontramos que 75,7% dos aderentes haviam tido acompanhamento com enfermeiro, enquanto que nos não aderentes apenas 42,3% tiveram acompanhamento.

Não encontramos diferença nas médias pressóricas dos indivíduos que aderem e que não aderem ao tratamento. Em estudo realizado por Gus *et al.* (2001) foi realizada MAPA em 76 pacientes, dos quais 25 referiram sentir dor de cabeça durante a realização do exame. Não houve nenhuma diferença nas médias pressóricas dos indivíduos que tiveram e os que não tiveram esta queixa. Cabe ressaltar que os valores médios de PA encontrados por Gus *et al.* (2001) foram mais elevados do que os do presente trabalho. No entanto, não sabemos qual era especificamente o esquema terapêutico a que esses pacientes estavam sendo submetidos, e a população estudada era apenas de hipertensos. No presente trabalho, foram avaliados indivíduos com hipertensão e diabetes e mais da metade dos pacientes avaliados estavam em uso de 3 ou mais drogas anti-hipertensivas, o que possivelmente justifica os valores pressóricos mais baixos.

Indivíduos classificados como não aderentes apresentaram maior valor de PA diastólica no consultório do que os aderentes. Observamos uma tendência de os não aderentes apresentarem valores pressóricos mais elevados do que os aderentes. Devido ao fato de o nosso cálculo amostral não ter sido calculado para prever a diferença da PA, não foi possível demonstrar isso de forma mais evidente no presente estudo. Os indivíduos aderentes apresentaram uma PAD em média 2mmHg menor do que os indivíduos não aderentes. Mesmo tendo sido pequena essa diferença, já é um achado importante, pois indivíduos com PA mais baixa têm menos risco de desenvolver eventos cardiovasculares futuros. Dado semelhante foi encontrado em uma revisão sistemática com metanálise realizada com 221.024 pacientes por Verdecchia *et al.* (2010). Foi avaliada qual redução de PA interfere na diminuição da probabilidade de desenvolver evento cardiovascular (IAM, AVE, morte cardíaca e insuficiência cardíaca congestiva). Para cada redução de 5mmHg na PAS houve redução de 13% na chance de ter evento cardíaco e para cada redução de 2 mmHg na PAD a redução foi de 12%.

7 CONCLUSÕES

O presente estudo possibilitou avaliar a adesão ao tratamento medicamento anti-hipertensivo de indivíduos hipertensos com diabetes e seus determinantes. Dos 225 pacientes, 128 (56,9%) foram considerados aderentes quando avaliados pela escala visual e 106 (46,2%) quando avaliados pelo Questionário Morisky (QMorisky), com nível de concordância moderado entre os métodos ($Kappa = 0,53$).

Quanto à associação entre sintomas usualmente referidos por pacientes hipertensos e o nível de adesão ao tratamento, este estudo revelou que dentre os não aderentes pelo QMorisky, 75,5% referiram sentir quando a pressão está alterada.

Os indivíduos não aderentes apresentaram níveis de pressão arterial diastólica mais elevada no consultório, mas não nas outras avaliações. Possivelmente isso se deve ao fato de o tamanho amostral não ter sido calculado para prever a diferença da PA.

Observou-se, portanto, que o índice de adesão ainda se mantém abaixo do recomendado. Indivíduos que referem sentir a pressão alterada aderem menos ao tratamento anti-hipertensivo, mas não apresentam efetivamente alterações nos níveis pressóricos que justifiquem o relato de sintomas. Hipertensos com diabetes não estão com níveis pressóricos adequados, estando ainda mais vulneráveis a complicações futuras.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que a enfermagem, com subsídios e ferramentas próprias, pode agir e intervir nos diversos campos na área da saúde, embora se tenha clareza que alguns desses campos ainda não foram explorados na sua plenitude. Nessa compreensão, este estudo observou que pacientes em acompanhamento multiprofissional com o enfermeiro aderem mais ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo.

Deve haver a intensificação do trabalho multidisciplinar na educação do paciente, para que ele seja ativo no seu esquema terapêutico antes de fazer a mudança propriamente dita na dose, ou no medicamento usado. A adesão ao tratamento deve ser buscada com a mesma intensidade que se deseja alcançar o controle pressórico. É necessário, portanto, que sejam realizados mais estudos dessa natureza com o objetivo de desenvolver novas estratégias para alcançar o nível de adesão e de educação em saúde do paciente, prevenindo eventos cardiovasculares futuros e minimizando os gastos desnecessários com a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 34, p. 1903-39, 2011.

ALMEIDA, G.P.L.; LOPES, H.F. Impacto da hipertensão arterial sistêmica sobre o risco cardiovascular. **Revista SBC**, v. 6, n. 4, p. 135-41, 2003.

BANGALORE, S.; KUMAR, S.; LOBACH, I.; MESSERLI, F. Blood Pressure Targets in Subjects With Type 2 Diabetes Mellitus/Impaired Fasting Glucose: Observation from Traditional and Bayesian Random-Effects Meta-Analyses of Randomized Trials. **Circulation**, May 31, 2011.

BARBOSA, R.G.B.; LIMA, N.Ki.C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 35-8, 2006.

BLOCH, K.; MELO, N.A.; NOGUEIRA, A. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistente e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2979-84, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BOSWORTH, H.B.; OLSEN, M.K; NEAY.A. *et al.* Take Control of Your Blood Pressure (TCYB) study: a multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. **An International for Communication in Healthcare**, v. 70, n. 3, p. 338-47, 2008.

BURT, V.L.; WHELTON, P.; ROCELLA, E.J. *et al.* Prevalence of Hypertension in the US adult Population: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. **Hypertension**, v. 25, p. 305-13, 1995.

CARO, J.J.; SPECKMAN, J.L.; SALS, M. *et al.* Effect of initial drug choice on persistence with antihypertensive therapy: the importance of actual practice data. **Canadian Medical Association Journal**, v. 160, p. 41-6, 1999.

CANTILLON, P; MORGAN, M; DUNDAS, R. *et al.* Patients' perceptions of changes in their blood pressure. **Journal of Human Hypertension**, v. 11, n. 4, p. 221-5, 1997.

CURB, J.D.; PRESSEL, S.L.; CUTLER, J.A. *et al.* Effect of diuretic-based antihypertensive treatment on cardiovascular disease risk in older diabetic patients with isolated systolic hypertension. Systolic Hypertension in the Elderly Program Cooperative Research Group. **Jama**, v. 276, p. 1886-92, 1996.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS [online]. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtbr.def>>. Acesso em: 30 out. 2010.

DOSSE, C.; CESARINO, C.B.; MARTIN, J.F.V.; CASTEDO, M.C.A. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 58-64, 2009.

DUSING, R.; WEISSER, B.; MENGDEN, T. *et al.* Changes in antihypertensive therapy-the role of adverse effects and adherence. **Blood Press**, v. 7, p. 313-5, 1998.

FLETCHER, R.W.; FLETCHER, S.E. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FUCHS, S.C., MOREIRA, L.B., CAMEY, S.A., MOREIRA, M.B.; FUCHS, F.D. Clustering of risk factors for cardiovascular disease among women in Southern Brazil: a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 285-93, 2008.

GUS, I.; HARZHEIM, E.; ZASLASVSKY, C. *et al.* Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, n. 5, p. 424-28, 2004.

GUS, M.; FUCHS, D.F.; PIMENTEL, M. *et al.* Behavior of ambulatory blood pressure surrounding episodes of headache in mildly hypertensive patients. **Archives of Internal Medicine**, v. 161, p. 252-55, 2001.

LEVEY, S.A.; STEVENS, A.L.; SCHIMD, H.C. *et al.* A new equation to estimate glomerular filtration rate. **Annals of Internal Medicine**, v. 150, n. 9, p. 604-13, 2009.

LEWINGTON, S.; CLARKE, R.; QISILBASH, N. *et al.* Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **The Lancet**, v. 360, p. 1903-13, 2002.

LOWRY, K.P.; DUDLEY, T.K.; ODDONE, E.Z. *et al.* Intentional and unintentional nonadherence to antihypertensive medication. **The Annals of Pharmacotherapy**, v.

39, p. 1198-203, 2005.

MACMAHON, S.; PETO, R.; CUTLER, J. *et al.* Blood pressure, stroke and coronary heart Disease. **Lancet**, v. 335, p. 765-74, 1990.

MELO, N.A. **Avaliação da adesão à terapêutica anti-hipertensiva em pacientes hipertensos resistentes**. 2005. (Mestrado em Saúde Coletiva.) Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

MONTEIRO, O.O.; CAVICCHIOLI, M.G.S.; ROSA, A.S. Diabete melito. In: BRETÃS, A.C.P.; GAMBA, M.A. **Enfermagem e saúde do adulto**. São Paulo: Manole, 2006. 299p.

MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, v. 24, p.67-74, 1986.

OHKUBO, T.; IMAI, Y.; TSUJI, I.; NAGAI, K.; WATANABE, N.; MINAMI, N. Relation between nocturnal decline in blood pressure and mortality. The Ohasama study. **American Journal of Hypertension**, v. 10, p. 1201-7, 1997.

Organização Mundial da Saúde. **Adesão a longo prazo de terapias**: evidências para a ação [online]. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/. Acesso em: 30 out. 2010.

PÉRES, S.D.; MAGNA, M.J.; VIANA, A.L. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 635-42, 2003.

PIÑERO, F.; GIL, V.; DONIS, M.; OROZCO, D.; TORRES, M.T.; MERINO, I. The validity of 6 indirect methods for assessing drug treatment compliance in arterial hypertension. **Atención Primaria**, v. 19, p. 372-4, 1997.

PRADO, J.C.; KUPEK, E.; MION, D. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. **Journal of Human Hypertension**, v. 21, p. 579-84, 2007.

SANTOS, A.S.M.A.; FROTA, A.M.; CRUZ, M.D.; HOLANDA, O.D.S. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 332-40, 2005.

SCHOENTHALER, A.; CHAPLIN, W.F.; ALLEGRANTE J.P. et al. Provider communication effects medication adherence in hypertensive African Americans. **An International for Communication in Healthcare**, v. 75, n. 2, p. 185-91, 2009.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; SILVA, G.A. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, p. 61-74, 2011.

SEMENCIW, R.M.; MORRINSON, H.I.; MAO, Y. et al. Major risk factors for cardiovascular disease mortality in adults: results from the nutrition Canada survey cohort. **International Journal of Epidemiology**, v. 17, n. 2, p. 317-24, 1988.

SEWITCH, M.J.; ABRAHAMOWICZ, M.; BURKUN, A.; BITTON, A.; WILD, G.E.; COHEN, A.; DOBKIN, P.L. Patient nonadherence to medication in inflammatory Bowel disease. **American Journal of Gastroenterology**, v. 98, p. 1535-44, 2003.

STAMLER, J.; VACCARO, O.; NEATON, J.D.; WENTWORTH, D. Diabetes, other risk factors and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. **Diabetes Care**, v. 16, p. 433-44, 1993.

STEVENS, R.J.; KOTHARI, V.; ADLER, A.I. et al. The UKPDS risk engine: a model for the risk of coronary heart disease in Type II diabetes (UKPDS 56). **Clinical Science**, v. 101, p. 671-9, 2001.

UNITED STATES OF AMERICA. USA. Department of Health and Human Services. National Heart, Lung, and Blood Institute. National High Blood Pressure Education Program. **The seventh report of the joint National Comitee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure**. USA, 2004 [online]. Disponível em: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf> . Acesso em 17 jun. 2011.

VERDECCHIA, P.; GENTILE, G.; ANGELI, F. et al. Influence of blood pressure reduction on composite cardiovascular endpoints in clinical trials. **Journal of Hypertension**, v. 28, n. 7, p. 1356-65, 2010.

VERMEIRE, E.; HEARNshaw, H.; VAN-ROYEN, P.; DENEKENS, J. Patient adherence to treatment: three decades of research. a comprehensive review. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 26, p. 331-45, 2001.

WALDMAN, B.F; LUDWIG, ML.M. Consulta de enfermagem para o cliente em condição crônica de saúde. In: TASCA, A.M; SANTOS, BR.L; PASKULIN, L. M.G; ZÁCHIA, S. **Cuidado ambulatorial: Consulta de enfermagem e grupos**. Rio de Janeiro: EPUB, 2006. 238p.

WILLE, O. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 30-4, 2006.

ANEXO A - Instrumento de Coleta de Dados**Questionário de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (MELO, 2005).**

Nome:

Número do Registro:

Nº Caso:

Procedência: (1) UBS (2) Ambu HAS (3) Outro: _____

Fones contato: () _____ () _____

Sexo: (1) M (2) F

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____ anos

Raça: (1) Branco (2) Preto (3) Pardo (4) Índio (5) Oriental (6) Outros

1) O Sr.(a) sente quando a sua pressão está alterada?

(1) Sim.

(2) Não.

(3) Não sei.

2) Quais desses sintomas o Sr.(a) sente quando a sua pressão está alterada?

(1) Cefaléia (2) Dor na nuca (3) Escotomas (4) Zumbido no ouvido

(5) Sangramento no nariz (6) Outros _____

3) Queremos que o Sr. (a) dê uma nota para a maneira como toma os seus remédios. Nessa régua, considere 1 como “não tomo os remédios certinho” e 5 como “tomo todos os remédios corretamente”. Como se classifica?

(1) Não toma ou raramente.

(2) Às vezes toma.

(3) Toma quase sempre.

(4) Toma a maioria das vezes.

(5) Toma sempre.

Teste de Morisky-Green

Para responder às próximas perguntas, pense nas duas últimas semanas.

1. Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação?

(1) Sim (2) Não

2. Você às vezes se descuida de tomar a sua medicação?

(1) Sim (2) Não

3. Quando está se sentindo melhor, você às vezes pára de tomar seu medicamento?

(1) Sim (2) Não

4. Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você pára de tomá-la?

(1) Sim (2) Não

ANEXO B - Escala Visual



1	não toma ou raramente toma	
2	às vezes toma	
3	toma quase sempre	
4	toma a maioria das vezes	
5	toma sempre	

Fonte: Melo (2005).

