



# CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DE ADESÃO A TERAPIA ANTI-HIPERTENSIVA EM PACIENTES ATENDIDOS EM UMA CLÍNICA PARTICULAR DE CARDIOLOGIA

*Livia Nerillo<sup>1</sup>; Thaise Targa<sup>1</sup>; Edivan Rodrigo de Paula Ramos<sup>2</sup>*

**RESUMO:** A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um dos mais sérios problemas de saúde pública no mundo devido a sua elevada prevalência e morbi-mortalidade. Apesar do grande número de medicamentos usados para o controle da pressão arterial (PA), a adesão do paciente à terapia farmacológica e não farmacológica é baixa comprometendo sua eficácia. Neste sentido, este projeto pretendeu identificar o grau de adesão à terapia farmacológica e não farmacológica de pacientes hipertensos e correlacionar a baixa adesão com as variáveis sócio-demográficas destes pacientes. Os sujeitos da pesquisa foram de 186 pacientes hipertensos atendidos em uma clínica particular de cardiologia localizada no município de Maringá-PR. A identificação de variáveis sócio-demográficas, patológicas e relacionadas ao estilo de vida foi obtida através de um questionário impresso. O nível de adesão dos pacientes foi verificado por meio dos testes de Haynes-Sackett, Morisky-Green e Batalla. Os resultados foram descritos de forma quantitativa como prevalência absoluta e percentual e tratados estatisticamente pelo teste do qui-quadrado considerando um nível de significância  $p < 0,005$ . Foi encontrado uma prevalência de não adesão a terapia farmacológica de 34,9 % no teste de Morisky-Green, 51,6% no teste de Batalla e 3,8% no Hayne e Sackett que esteve significativamente associada às variáveis ser solteiro/viúvo/divorciado ( $p=0,0181^*$ ), ganhar de 3 á 4 salários mínimo ( $p=0,0213^*$ ), ter o histórico familiar de doenças cardiovasculares ( $p=0,0229^*$ ), não comer fora ( $p=0,0354^*$ ) e ingerir carne de porco de 2-3 vezes por semana ( $p=0,0061^*$ ). Estes resultados demonstram uma baixa adesão a terapia anti-hipertensiva mesmo se tratando de uma clínica particular de cardiologia, configurando uma maior necessidade de atuação dos profissionais de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão; assistência de enfermagem; anti-hipertensivos; escalas de avaliação da adesão à terapia.

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, as Doenças Cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de mortes em todo o mundo, mais de 17 milhões por ano, e estima-se que esse quadro permanecerá até 2020 (BRASIL, 2006). Uma das DCV com maior prevalência é a hipertensão arterial sistêmica (HAS) que, segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), acomete cerca de 972 milhões da população adulta, número este que é

<sup>1</sup> Acadêmicas de Enfermagem pelo Centro Universitário de Maringá – CESUMAR, Maringá – Paraná. Programa de Bolsas de Iniciação Científica do Cesumar (PROBIC). livianerillo@hotmail.com; thatarga@gmail.com

<sup>2</sup> Orientador e Professor do Curso de Enfermagem pelo Centro Universitário de Maringá – CESUMAR. edivanramos@yahoo.com.br



comumente variável por se tratar de uma doença assintomática e sem dados epidemiológicos fidedignos.

No Brasil, um terço do total de mortes e 65% dos óbitos em pessoas com idade entre 30 e 69 anos são causados por DCV (DATASUS, 2006). No que se refere à HAS, estima-se que aproximadamente 17 milhões de brasileiros sejam acometidos pela doença (SBC, 2010). De acordo com o Ministério da Saúde (2009), a HAS teve aumento do seu índice entre os anos de 2002 e 2008 e contabilizou, neste último ano, mais de 19 mil mortes.

A etiologia da HAS é considerada multifatorial. Porém, existem alguns fatores de risco que estão relacionados ao aparecimento da HAS. Dentre estes fatores, pode-se destacar a faixa etária, gênero, etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, tabagismo, fatores socioeconômicos, grau de escolaridade e genética (SBC, 2010; BRASIL, 2006; AMODEO; HELENE, 2000).

A HAS não controlada danifica artérias mais sensíveis como as artérias cerebrais, coronarianas e renais. Por este motivo, a HAS é considerada um dos principais fatores de risco para doença arterial coronariana (DAC), doença cerebrovascular (DCV), doença vascular periférica (DCP), insuficiência cardíaca (IC) e doença renal terminal (DRT). Estima-se que seja responsável por cerca de 7,1 milhões de mortes prematuras no mundo e que contribua para o aparecimento de 62% das DCV e de 49% dos casos de doença isquêmica cardíaca. A mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Esses agravos são importantes causas de morbidade e mortalidade, com elevado custo social (SBC, 2010; ARAUJO; GUIMARAES, 2007; OLIVEIRA et al., 2010).

Devido às complicações descritas acima, é importante e necessário que o paciente com HAS faça o controle adequado de sua PA através da terapia não farmacológica e farmacológica. Mudanças no estilo de vida representam a terapia não farmacológica onde se destaca a prática regular de atividades físicas, perda de peso, dieta com pouco sódio e gorduras, não consumir bebidas alcoólicas e cigarro (LOPES; BARRETO; RICCIO, 2003).

A terapia farmacológica usada no controle da PA é representada por um grande número de classes terapêuticas. Os grupos de fármacos anti-hipertensivos são representados por diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina, inibidores de renina, vasodilatadores (bloqueadores dos receptores de angiotensina I, alfabloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio, ativadores de canais de potássio e



doadores de óxido nítrico) betabloqueadores e drogas simpatolíticas de ação central (OATES; BROWN, 2006).

Apesar do arsenal de drogas anti-hipertensivas receber, frequentemente, novos medicamentos, os profissionais de saúde que tratam de pacientes com essa patologia continuam esbarrando em um grave problema: a falta de adesão à terapêutica, seja ela medicamentosa ou não (GUSMÃO et al., 2009). A adesão ao tratamento é complexa e vários fatores estão associados, tais como: características do usuário, característica da doença, hábitos culturais e de vida (percepção do problema, desconhecimento); tratamento medicamentoso (efeitos indesejáveis, esquemas complexos); dificuldades institucionais (acesso, tempo de espera e de atendimento); e relacionamento com a equipe de saúde (OLIVEIRA et al., 2010).

Considerando que a falta de adesão do paciente a terapia é um dos problemas enfrentados pelos profissionais de saúde, é importante que estes profissionais consigam detectar os problemas relacionados à não adesão e, dessa forma, proponham medidas para torná-la mais efetiva (BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008).

Neste contexto, este trabalho teve como objetivo identificar o grau de adesão à terapia farmacológica e não farmacológica de pacientes hipertensos e correlacionar a baixa adesão com as variáveis sócio-demográficas visando identificar os fatores associados a não adesão à terapia.

## 2 MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de natureza quantitativa. De acordo com Gil (2008), a pesquisa exploratória tem por objetivo familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido, pouco explorado. E ainda, de acordo com o mesmo autor, a pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência.

Os sujeitos desta pesquisa foram representados por 186 pacientes hipertensos atendidos em uma clínica de cardiologia particular de Maringá. Como critério de inclusão foram considerados o fato dos pacientes terem idade igual ou superior a 18 anos e terem hipertensão tratada com medicamentos.

A pesquisa foi realizada em um Centro de Cardiologia localizado na cidade de Maringá-PR. Trata-se de uma empresa de natureza privada, que presta serviços



ambulatoriais não invasivos (consulta médica, eletrocardiograma, teste ergométrico, monitorização ambulatória da pressão arterial 24 horas - MAPA) a clientes particulares e conveniados. Contém uma equipe multiprofissional de três Médicos Cardiologistas, uma Técnica de enfermagem, duas Estagiárias de enfermagem, um Gerente, um Supervisor Financeiro, um Auxiliar de serviços gerais e três secretárias. Atende aproximadamente 1.700 clientes por mês.

A pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá (CESUMAR) obtendo registro CAAE 0058.0.299.000-11 e Parecer 029/2011, conforme as normas da Resolução nº 196/96, respeitando os princípios éticos com a participação voluntária dos pacientes, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista com o auxílio de um questionário impresso contendo questões abertas e fechadas. As entrevistas ocorreram enquanto os pacientes aguardavam a consulta. O período da coleta se deu entre os meses de outubro de 2011 e março de 2012, sendo as visitas realizadas no período da manhã ou no período da tarde, alternadamente, em todos os dias úteis da semana.

Os pacientes que aceitaram participar e assinaram o TCLE preencheram, por meio de entrevista, as fichas de identificação de variáveis sócio-demográficas, características patológicas e terapêuticas da doença e relacionadas ao estilo de vida. Em seguida, os pacientes responderam aos testes de Morisky-Green, Batalla, e Haynes-Sackett para avaliação da adesão ou não a terapia.

O teste de Morisky-Green (TMG), avalia as atitudes do paciente em relação ao tratamento medicamentoso, classificando como aderente os pacientes que atingirem a pontuação 4 das quatro perguntas objetivas que compõem o instrumento cujas respostas podem ser positivas (sim – 0 pontos) e negativas (não – 1 ponto) (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986).

O teste de Batalla, além da adesão a terapia farmacológica, também avalia o grau de conhecimento do participante sobre a fisiopatologia da HAS. Este teste apresenta três questões sendo duas fechadas com resposta negativa (não) ou positiva (sim) e uma questão aberta. A resposta errada na questão aberta ou um único não para as questões fechadas classifica o paciente como não aderente (MELCHORS, 2008).

O teste de Haynes-Sackett é composto de duas perguntas, por meio das quais o paciente comunica a autoadesão e podemos estimar a porcentagem de adesão



referente ao último mês de tratamento. A taxa de adesão do paciente é expressa em % de comprimidos tomados calculada segundo a fórmula apresentada:  $(n^{\circ} \text{ de dias esquecidos}/30 \text{ dias}) \times 100$ . Pacientes não aderentes são considerados aqueles com adesão menor que 80% ou maior que 110% (SACKETT et al., 1975; MELCHIORS, 2008). Nesta pesquisa foi considerada como indicador de não adesão a resposta positiva à primeira questão, sendo considerados não aderentes aqueles pacientes que relatavam dificuldades para tomar todos os comprimidos. Este critério de corte foi utilizado, pois a maioria dos pacientes apresentava dificuldade em relatar com fidedignidade quantos dias havia ficado sem tomar os medicamentos no último mês.

Os resultados foram trabalhados de forma quantitativa como frequência absoluta e percentual e sua frequência de distribuição será relacionada com o nível de adesão do paciente à terapia farmacológica e não farmacológica por meio do teste estatístico do qui-quadrado considerando um nível de significância  $p < 0,05$ . As análises estatísticas foram feitas com auxílio de programa estatístico *GraphPad Prisma 5.0*.

### 3 RESULTADOS

Do total de 186 pacientes da amostra estudada, encontrou-se uma prevalência de não aderência a terapia farmacológica de 34,9 % no teste de Morisky-Green, 51,6% no teste de Batalla e 3,8% no Hayne e Sackett. A frequência de distribuição dos pacientes nas diferentes variáveis sócias demográficas é mostrada nas tabelas 01, 04 e 07. Em relação às variáveis patológicas e terapêuticas os dados podem ser observados nas tabelas 02, 05 e 08. Já em relação às variáveis associadas ao estilo de vida podem ser observadas nas tabelas 03, 06 e 09.

Conforme demonstrado na tabela 01 o fato do paciente ser solteiro/viúvo/divorciado ( $p=0,0181^*$ ) foi significativo para a maior aderência à terapia assim como a renda familiar de 3 a 4 salários mínimos ( $p=0,0213^*$ ) (Tabela 07).

Em relação às variáveis patológicas e terapêuticas observou-se na tabela 05 que, ter o histórico familiar de DCV ( $p=0,0229^*$ ) é significativa para maior aderência ao tratamento farmacológico. Já as variáveis associadas ao estilo de vida, segundo a tabela 06, o fato de o paciente não comer fora ( $p=0,0354^*$ ) foi significativa para menor adesão. Por outro lado, na tabela 09 observou-se o fato do paciente ingerir carne de porco de 2-3 vezes por semana ( $p=0,0061^*$ ) foi relevante para a maior aderência à terapia.



## 4 DISCUSSÃO

Observaram-se diferentes taxas de adesão a terapia em função do teste utilizado o que pode ser justificado pelo fato destes testes podem apresentar medirem aspectos diferentes relacionados a terapia como por exemplo, avaliação das atitudes do paciente em relação ao tratamento medicamentoso pelo teste de Morisky-Green, grau de conhecimento do participante sobre a fisiopatologia pelo teste de Batalla e autoadesão pelo teste de Haynes-Sackett (MELCHIORS, 2008; MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; SACKETT et al., 1975). Esse fato é interessante, pois pode justificar as diferenças de adesão encontradas em diferentes trabalhos que usam as escalas isoladamente e, dessa forma, sugerir que as mesmas sejam utilizadas em conjunto para se conseguir uma maior precisão e sensibilidade na determinação do grau de adesão. Contudo, além das diferentes escalas, os dados de prevalência sobre adesão a terapia farmacológica anti-hipertensiva são variados e isso pode ser também influenciados pelas diferenças entre as populações estudadas e instrumentos utilizados pelos pesquisadores para medir a adesão (JESUS et al., 2008).

Bloch; Melo; Nogueira (2008), em uma pesquisa envolvendo 200 pacientes com HAS na cidade do Rio de Janeiro, utilizaram três métodos indiretos para avaliação da adesão à terapia farmacológica: avaliação do paciente, avaliação do médico e Teste de Morisky-Green (TMG). Estes testes forneceram, respectivamente, 80,5%, 52% e 51% de adesão. Apenas 11,9% dos participantes foram considerados não aderentes pelos três métodos. A diferença de valores em função do instrumento de trabalho usado também foi encontrada em nossa pesquisa, no qual encontramos a prevalência de não aderência de 34,9 % no TMG, 51,6% no teste de Batalla e 3,8% no Hayne e Sackett. O mesmo foi encontrado por Helena; Nemes; Eluf-Neto (2008) que, ao avaliar 46 hipertensos em Blumenau-SC, encontraram prevalências de não aderência de 8,7% (Haynes Sackett), 43,4% (TMG) e 69,6% (contagem manual de comprimidos e desfecho clínico).

Neste presente estudo foi verificando uma maior frequência de mulheres, embora a HAS atinja mais os homens. As mulheres demonstram uma maior preocupação com a saúde, aderindo mais ao tratamento, no qual em todos os testes utilizados, a aderência foi superior (68,2%; 51,8% e 96,4%) respectivamente nos testes aplicados. O mesmo foi encontrado no estudo de Araújo; Garcia (2006) com relação ao gênero, em que mulheres aderem mais ao tratamento anti-hipertensivo quando comparadas aos homens.



Os indivíduos com idade acima de 41 anos são mais propensos à não adesão (39,4%; 53,8% e 5,5%) comparado aos jovens (de 18 á 40 anos), segundo o presente estudo. Pierin et al. (2011) investigou o grau de controle da PA em 440 pacientes de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em São Paulo. Neste estudo encontrou-se igualmente que, os portadores de HAS mais jovens tinham maior grau de adesão em relação aos pacientes com faixas etária maiores. Por outro lado, na pesquisa de Oshiro Castro e Cymrot (2010) foram avaliados 192 pacientes também em uma UBS porem em Campo Grande-MS, revelou que a idade foi significante onde ser superior a 50 anos denota maior aderência ao tratamento. Apesar de acreditarmos que por ser uma doença silenciosa, a HAS tem menor preocupação por parte dos pacientes mais jovens, os resultados de nossa pesquisa que os idosos foram menos aderentes.

Além da faixa etária, no estudo de Oshiro Castro e Cymrot (2010) foi encontrado maior adesão a terapia em pacientes casados. Conforme Araújo e Garcia (2006) demonstrou também que o estado civil foi outra variável sócio-demográfica apontada como preditora da adesão ao tratamento. Quando comparados aos solteiros, os hipertensos casados apresentaram chances duas vezes maior de realizar o tratamento diferentemente do encontrado no presente estudo onde fato de o paciente ser solteiro/viúvo/divorciado foi significativo para a aderência à terapia.

Além disso, Araujo e Garcia (2006) e Oigman (2006), mencionam que os pacientes que trabalham são menos aderentes em relação aos que não trabalham. Conforme demonstrado por Nogueira et al. (2010) ao estudarem 2.384 funcionários de uma Universidade do Rio de Janeiro, a prevalência de HAS em trabalhadores é considerada elevada (29,6%). Somado a isso, estes autores encontraram que aproximadamente 81,5% dos funcionários hipertensos avaliados reconheciam sua condição sendo que apenas 77,8% estavam em tratamento anti-hipertensivo dos quais, 60,1%, estavam com a PA devidamente controlada. Se considerarmos que a população economicamente ativa é mais jovem, é possível que estas duas variáveis se complementem e contribuam para não aderência, já que o trabalho representa uma fonte de stress e preocupação, que por sua vez, podem diminuir os cuidados do paciente com sua própria saúde. Em contrapartida Araújo e Garcia (2006) e Gusmão e Mion-Jr (2006) expõem que essa não aderência pode estar atribuída a questão econômica, pois ao se aposentar os indivíduos sofrem perdas financeiras, que podem contribuir para o abandono do tratamento. Neste estudo, observou-se que a renda familiar (em salários mínimos) foi uma variável que influi



significativamente na maior adesão dos pacientes a terapia. Desse modo, os pacientes com maior renda familiar, acima de 3 salários mínimos, foram mais aderentes a terapia em relação aqueles com ganho maior.

Segundo Oliveira (2007), quanto maior o grau de escolaridade, maior é a compreensão dos pacientes em relação às informações recebidas. Apesar dos nossos resultados não terem evidenciado uma relação entre o grau de escolaridade e a não adesão do paciente à terapia anti-hipertensiva, esta relação foi encontrada por Vitor et al. (2011) em uma pesquisa com 49 hipertensos atendidos em um Centro de Referência na cidade de Fortaleza. O baixo grau de adesão associado ao desconhecimento do paciente em relação à terapia e a própria doença também foi encontrado por Santos et al. (2005) com 50 pacientes acompanhados pela Liga de Hipertensão de um hospital também de Fortaleza.

Para uma decisão específica de saúde ser tomada, é necessário que o indivíduo perceba a doença como ameaça, com isso a experiência anterior com a doença pode ser apontada como fator preditor da adesão ao tratamento. Araújo e Garcia (2006) perceberam que 34,1% dos hipertensos entrevistados referiram, como motivo para iniciar o tratamento, a presença de alguém da família ou conhecido com alguma complicação relacionada com a HAS não controlada. Esses resultados são interessantes, pois evidenciamos o mesmo nos pacientes que apresentaram histórico familiar de DCV, no qual foi significativo para a maior aderência à terapia farmacológica, segundo a escala de Batalla.

No que se refere às variáveis associadas ao estilo de vida, observamos relações estatísticas significativas entre não comer fora e comer carne de porco o que demonstrou a menor aderência do paciente a terapia, onde Jesus et al. (2008) justifica que os pacientes que utilizam medicamentos tendem a aderir menos as modificações no estilo de vida, pois acreditam que o uso das drogas anti-hipertensivas é suficiente para obter o controle da PA. Este comportamento é de fato preocupante, tendo em vista que os objetivos do tratamento não farmacológico vão além, de reduzir a HAS e os fatores de riscos cardiovasculares fatais e não fatais. Levantando em conta esses aspectos é recomendável o envolvimento dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, na educação e conscientização dos hipertensos em relação à sua doença e terapia farmacológica e não farmacológica.





A importância de o enfermeiro e outros profissionais de saúde estarem presentes no acompanhamento ao paciente com HAS foi demonstrado por Mano; Pierin (2005) ao avaliarem 226 pacientes hipertensos de um Centro de Saúde Escola do município de São Paulo. Metade dos pacientes foram atendidos por um programa tradicional e a outra metade, pelo programa saúde da família (PSF). Embora apenas 30% dos hipertensos do programa tradicional e 20% do PSF estivessem com a PA controlada, apenas os pacientes atendidos pelo PSF tiveram uma redução significativa da PA sistólica no final da pesquisa. Esta diferença de resultados foi associada ao fato do PSF apresentar um atendimento diferenciado que proporcionou a formação de vínculo entre pacientes e equipe saúde. Neste atendimento, o paciente era acolhido, inicialmente, pela enfermeira por meio da consulta de enfermagem e, em seguida, atendido pelo médico. Os pacientes também recebiam visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde. Além disso, foram formados grupos em locais cedidos pela comunidade que recebiam orientações frequentes sobre saúde.

Isto demonstra que o controle da PA exige não somente a participação individual, mas também o acompanhamento da equipe de saúde multiprofissional dentro de um programa eficiente de prevenção aos agravos à saúde (AQUINO et al. 2001). Fica evidente em nossa pesquisa, que o principal alicerce que o paciente busca ainda é o profissional médico. Diante deste fato, cabe ao profissional enfermeiro buscar uma relação de vínculo com o paciente, onde os mesmos possam confiar em suas orientações sobre a qualidade de vida e a HAS.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração os resultados da estatística empreendida, como também tentando compreender a questão da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, o estudo aponta para algumas implicações, tanto no que se refere à prática de enfermagem assistencial como à pesquisa.

Considerando a dificuldade em controlar a HAS, devido aos muitos fatores que a influenciam e a ausência de sintomas, na maioria das vezes, os pacientes necessitam de acompanhamento mais próximo, sendo uma das estratégias recomendáveis à atuação multiprofissional.



Nesta perspectiva, o primeiro passo é a educação em saúde na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudança de hábitos e transformação no modo de viver. Essa atitude educacional deve ser realizada de forma contínua por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender as necessidades específicas de cada paciente, de modo a serem mantidas a longo prazo, assim como, desenvolver trabalhos periódicos em grupos de pacientes, os quais podem ser úteis para troca de informações favorecendo o esclarecimento de dúvidas e atenuando ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes.

A identificação dos fatores antecedentes, dos tributos e das consequências mais frequentes associadas ao conceito, propicia subsídios para elaboração futura de instrumentos a serem utilizados em trabalhos de pesquisa relacionados a temática e para que se possa avaliar, em situações concretas da prática assistencial, a adesão dos pacientes ao tratamento anti-hipertensivo.

## REFERÊNCIAS

AMODEO, C.; HELENE E. V. **Manual do comportamento do hipertenso: uma visão psicológica para a prática clínica da hipertensão**. São Paulo, 2000.

AQUINO, E. M. M. L. L. et al. Hipertensão arterial em trabalhadoras de enfermagem: padrão de ocorrência, diagnóstico e tratamento. **Arquivo brasileiro de cardiologia**. v. 73, n. 03, p. 197-202, 2001.

ARAUJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2006.

ARAUJO, J. C.; GUIMARAES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3. p. 368-374, 2007.

AVEZUM, A.; GUIMARÃES, H.P.; PIEGAS. Aspectos Epidemiológicos do infarto agudo do miocárdio no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia*, v.16, p.2, 2006.

BLOCH, K. V.; MELO, A. N.; NOOGUEIRA, A. R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 p. 2979-2984, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sala de situação em saúde**. 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>>. Acesso em: 21 fev. 2011.

BRASIL; Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica; Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 15 - Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde. 51 p. 2006.



**DATASUS - Departamento de Informática do SUS.** Brasília. 2006. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em 07 mar 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUSMÃO, J. L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão.** v. 16 p. 38-43, 2009.

GUSMÃO, J. L.; MION JR, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão.** v.13, n.01, p. 23-25, 2006.

HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir a não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Revista Saúde Pública,** v. 42, n. 4, São Paulo, 2008.

JESUS, E. S. et al. Perfil de 3 um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimento e adesão ao tratamento. **Acta Paulista de Enfermagem.** v. 21, n. 1, São Paulo, 2008.

LOPES, H. F.; BARRETO-FILHO, J. A. S.; RICCIO, G. M. G. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Sociedade de Cardiologia Estado de São Paulo.** São Paulo, V. 13, n. 1, p. 148-155, 2003.

MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. Avaliação dos pacientes hipertensos acompanhado pelo Programa de Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta Paulista de Enfermagem.** v. 18, n. 3, São Paulo, 2005.

MELCHORS, A. C. **Hipertensão Arterial: Análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida.** Dissertação (Mestrado) em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

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

NOGUEIRA, D. et al. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: estudo pró-saúde Brasil. **Panam Saúde Pública,** 2010.

OATES, J. A.; BROWN, N. J. Anti-hipertensivos e terapia farmacológica da hipertensão. In: BRUNTON, Lourence L.; LAZO, Johons; PARKER, Keith L. **Goodman & Gilman: As bases farmacológicas da terapia.** 10 ed. Rio de Janeiro: Mc Grouw - Hill interamericana do Brasil, p.657-678, 2006.

OIGMAN, W. **Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.** **Revista Brasileira de Hipertensão.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 30-34, 2006.

OLIVEIRA, S. M. et al. Fatores associados à hipertensão arterial nos utentes de farmácias em Portugal. **Revista Saúde Pública,** São Paulo, v. 45, n. 1, p. 136-144, 2010.

OLIVEIRA, J. C. Idosos em tratamento farmacológico anti-hipertensivo: parâmetros para o cuidado clínico de enfermagem. (Dissertação) **Mestrado em cuidados clínicos de saúde: Universidade Estadual do Ceará,** Fortaleza, 2007.



OSHIRO, M. L.; CASTRO, L. L. C; CYMOROT, R. Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas e Aplicadas**; v.31, n.1, p. 95-100, 2010.

PIERIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidade Básica de Saúde localizada na região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, s. 1, Rio de Janeiro, 2011.

SACKETT, D. L. *et al.* Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. **Lancet**, v. 1, n. 7918, p.1205-1207. 1975.

SANTOS, Z. M. S. A. et al. A adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto e Contexto de Enfermagem**, v. 14 n.3, Florianópolis, 2005.

SIM; Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Análise dos dados de mortalidade de 2001**. Brasil: Ministério da Saúde. p. 135-231. 2001. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/capitulo4\\_sb.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/capitulo4_sb.pdf)>. Acesso em: 09 fev. 2010.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth. Histórico e Tratamento de pacientes com Hipertensão. In: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10 ed. v. 2, cap. 32, p. 904-916, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SBC; Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. São Paulo, v. 95, n. 1, p. 25, 2010.

SILVA, M. A. S.; SOUSA, A. G. M. R.; SCHARGODSKY, H. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil: estudo FRICAS. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 71, n. 5, p. 667-675, 1998.

VITOR, A. F.; MONTEIRO, F. P. M.; MORAIS, H. C. C.; VASCONCELOS, J. D. P.; LOPES, M. V. O.; ARAÚJO, T. L. Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 2, Rio de Janeiro, 2011.



## TABELAS

**Tabela 01:** Frequência de distribuição absoluta e percentual dos pacientes hipertensos aderentes e não aderentes, segundo a o teste de Morisky-Green, em função das variáveis sócio-demográficas.

VARIÁVEIS	MORISKY-GREEN		TOTAL	Valor de p
	Aderentes	Não aderentes		
<b>Masculino</b>	46 (60,5%)	30 (39,5%)	76	<b>0,3481</b>
<b>Feminino</b>	75 (68,2%)	35 (31,8%)	110	
<b>18 - 40 anos</b>	08 (66,7%)	04 (33,3%)	12	<b>0,2879</b>
<b>41 - 60 anos</b>	47 (72,3%)	18 (27,7%)	65	
<b>Acima de 60 anos</b>	66 (60,6%)	43 (39,4%)	109	
<b>Analfabeto</b>	12 (54,5%)	10 (45,5%)	22	<b>0,6409</b>
<b>1º grau completo/incompleto</b>	71 (68,9%)	32 (31,1%)	103	
<b>2º grau completo/incompleto</b>	18 (58,1%)	13 (41,9%)	31	
<b>3º grau completo/incompleto</b>	13 (68,4%)	06 (31,6%)	19	
<b>Pós-graduação</b>	07 (63,6%)	04 (36,4%)	11	
<b>Trabalha</b>	50 (64,9%)	27 (35,1%)	77	<b>0,6406</b>
<b>Não Trabalha</b>	27 (60,0)	18 (40,0%)	45	
<b>Aposentado</b>	44 (68,7%)	20 (31,3%)	64	
<b>Casado</b>	78 (59,5%)	53 (40,5%)	131	<b>0,0181*</b>
<b>Solteiro/viúvo/divorciado</b>	43 (78,2%)	12 (21,8%)	55	
<b>Não tem filhos</b>	11 (78,6%)	03 (21,4%)	14	<b>0,3853</b>
<b>Tem filhos</b>	110 (64,0%)	62 (36,0%)	172	
<b>Moradia própria</b>	110 (67,5%)	53 (32,5%)	163	<b>0,0999</b>
<b>Aluguel/outros</b>	11 (47,8%)	12 (52,2%)	23	
<b>1 a 2 salários</b>	36 (69,2%)	16 (30,8%)	52	<b>0,5868</b>
<b>3 a 4 salários</b>	42 (62,7%)	25 (37,3%)	67	
<b>Acima de 4 salários</b>	43 (64,1%)	24 (35,8%)	67	

\*Teste exato de Fisher ( $p < 0,05$ )

Significado: o fato de o paciente ser solteiro/viúvo/divorciado foi significativo para a aderência à terapia.



**Tabela 02:** Frequência de distribuição absoluta e percentual dos pacientes hipertensos aderentes e não aderentes, segundo a o teste de Morisky-Green, em função das variáveis patológicas e terapêuticas.

VARIÁVEIS	MORISKY-GREEN		TOTAL	Valor de p
	Aderentes	Não aderentes		
IMC até 24,9	28 (66,7%)	14 (33,3%)	42	<b>0,8976</b>
IMC 25 – 29,9	56 (65,9%)	29 (34,1%)	85	
IMC maior que 30	37 (62,7%)	22 (37,3%)	59	
Histórico familiar de DCV - sim	71 (61,2%)	45 (38,8%)	116	<b>0,2040</b>
Histórico familiar de DCV - não	50 (71,4%)	20 (28,6%)	70	
Outra Doença crônica – sim	46 (70,8%)	19 (29,2%)	65	<b>0,2612</b>
Outra Doença crônica – não	75 (62,0%)	46 (38,0)	121	
Medic. Uso contínuo – sim	92 (65,7%)	48 (34,3%)	140	<b>0,8587</b>
Medic. Uso contínuo - não	29 (63,0%)	17 (37,0%)	46	
Orientações - Médico	95 (65,5%)	50 (34,5%)	145	<b>0,9692</b>
Orientações - Enfermeiro	07 (63,6%)	04 (36,4%)	11	
Orientações - Farmacêutico	19 (63,3%)	11 (36,7%)	30	
1 consulta médica/1 ano	100 (63,3%)	58 (36,7%)	158	<b>0,4786</b>
1 consulta médica/2 anos	10 (76,9%)	03 (23,1%)	13	
1 consulta médica/3 anos	11 (73,3%)	04 (26,7%)	15	



**Tabela 03:** Frequência de distribuição absoluta e percentual dos pacientes hipertensos aderentes e não aderentes, segundo a o teste de Morisky-Green, em função das variáveis associadas ao estilo de vida.

VARIÁVEIS	MORISKY-GREEN		TOTAL	Valor de p
	Aderentes	Não aderentes		
Tabagismo - sim	11 (64,7%)	06 (35,3%)	17	<b>1,000</b>
Tabagismo - não	110 (65,1%)	59 (34,9%)	169	
Bebida alcoólica - sim	32 (62,7%)	19 (37,3%)	51	<b>0,7315</b>
Bebida alcoólica - não	89 (65,9%)	46 (34,1%)	135	
Atividade física - sim	52 (69,3%)	23 (30,7%)	75	<b>0,3493</b>
Atividade física - não	69 (62,2%)	42 (37,8%)	111	
Carne vermelha – não ingere	05 (71,4%)	02 (28,6%)	07	<b>0,1946</b>
Carne vermelha 1 vez/semana	15 (88,2%)	02 (11,8%)	17	
Carne vermelha 2-3 vezes/semana	43 (63,2%)	25 (36,8%)	68	
Carne vermelha >3 vezes/semana	58 (61,7%)	36 (38,3%)	94	
Carne porco – não ingere	16 (66,7%)	08 (33,3%)	24	<b>0,6892</b>
Carne porco 1 vez/semana	93 (63,7%)	53 (36,3%)	146	
Carne porco 2-3 vezes/semana	10 (71,4%)	04 (28,6%)	14	
Carne porco >3 vezes/semana	02 (100,0%)	00 (00,0%)	02	
Embutidos – não ingere	36 (69,2%)	16 (30,8%)	52	<b>0,1545</b>
Embutidos 1 vez/semana	74 (60,7%)	48 (39,3%)	122	
Embutidos 2-3 vezes/semana	09 (90,0%)	01 (10,0%)	10	
Embutidos >3 vezes/semana	02 (100,0%)	00 (00,0%)	02	
Legumes – não ingere	01 (50,0%)	01 (50,0%)	02	<b>0,7914</b>
Legumes 1 vez/semana	08 (66,7%)	04 (33,3%)	12	
Legumes 2-3 vezes/semana	18 (58,1%)	13 (41,9%)	31	
Legumes >3 vezes/semana	94 (66,7%)	47 (33,3%)	141	
Comer fora – não	50 (61,0%)	32 (39,0%)	82	<b>0,4419</b>
Comer fora 1 vez/semana	52 (72,2%)	20 (27,8%)	72	
Comer fora 2-3 vezes/semana	07 (58,3%)	05 (41,7%)	12	
Comer fora >3 vezes/semana	12 (60,0%)	08 (40,0%)	20	



**Tabela 04:** Frequência de distribuição absoluta e percentual dos pacientes hipertensos aderentes e não aderentes, segundo a o teste de Batalla, em função das variáveis sócio-demográficas.

VARIÁVEIS	BATALLA		TOTAL	Valor de p
	Aderentes	Não aderentes		
Masculino	33 (43,4%)	43 (56,6%)	76	<b>0,2973</b>
Feminino	57 (51,8%)	53 (48,2%)	110	
18 - 40 anos	08 (66,7%)	04 (33,3%)	12	<b>0,4157</b>
41 - 60 anos	30 (46,2%)	35 (53,8%)	65	
Acima de 60 anos	52 (47,7%)	57 (52,3%)	109	
Analfabeto	08 (36,4%)	14 (63,6%)	22	<b>0,1361</b>
1º grau completo/incompleto	45 (43,7%)	58 (56,3%)	103	
2º grau completo/incompleto	19 (61,3%)	12 (38,7%)	31	
3º grau completo/incompleto	10 (52,6%)	09 (47,4%)	19	
Pós-graduação	08 (72,7%)	03 (27,3%)	11	
Trabalha	41 (53,2%)	36 (46,8%)	77	<b>0,5136</b>
Não Trabalha	21 (46,7%)	24 (53,3%)	45	
Aposentado	28 (43,8%)	36 (56,2%)	64	
Casado	62 (47,3%)	69 (52,7%)	131	<b>0,7482</b>
Solteiro/viúvo/divorciado	28 (50,9%)	27 (49,1%)	55	
Não tem filhos	07 (50,0%)	07 (50,0%)	14	<b>1,000</b>
Tem filhos	83 (48,3%)	89 (51,7%)	172	
Moradia própria	80 (49,1%)	83 (50,9%)	163	<b>0,6611</b>
Aluguel/outros	10 (43,5%)	13 (56,5%)	23	
1 a 2 salários	26 (50,0%)	26 (50,0%)	52	<b>0,7583</b>
3 a 4 salários	30 (44,8%)	37 (55,2%)	67	
Acima de 4 salários	34 (50,7%)	33 (49,3%)	67	





**Tabela 05:** Frequência de distribuição absoluta e percentual dos pacientes hipertensos aderentes e não aderentes, segundo a o teste de Batalla, em função das variáveis patológicas e médicas.

VARIÁVEIS	BATALLA		TOTAL	Valor de p
	Aderentes	Não aderentes		
IMC até 24,9	16 (38,1%)	26 (61,9%)	42	<b>0,3146</b>
IMC 25 – 29,9	44 (51,8%)	41 (48,2%)	85	
IMC maior que 30	30 (50,8%)	29 (49,2%)	59	
Histórico familiar de DCV - sim	64 (55,2%)	52 (44,8%)	116	<b>0,0229*</b>
Histórico familiar de DCV - não	26 (37,1%)	44 (62,9%)	70	
Outra Doença crônica - sim	35 (53,8%)	30 (46,2%)	65	<b>0,3581</b>
Outra Doença crônica - não	56 (46,3%)	65 (53,7%)	121	
Medic. Uso contínuo - sim	67 (47,9%)	73 (52,1%)	140	<b>0,8656</b>
Medic. Uso contínuo - não	23 (50,0%)	23 (50,0%)	46	
Orientações - Médico	73 (50,3%)	72 (49,7%)	145	<b>0,5754</b>
Orientações - Enfermeiro	05 (45,5%)	06 (54,5%)	11	
Orientações - Farmacêutico	12 (40,0%)	18 (60,0%)	30	
1 consulta médica/1 ano	78 (49,4%)	80 (50,6%)	158	<b>0,4545</b>
1 consulta médica/2 anos	07 (53,8%)	06 (46,2%)	13	
1 consulta médica/3 anos	05 (33,3%)	10 (66,7%)	15	

\*Teste exato de Fisher ( $p < 0,05$ )

Significado: o fato de o paciente ter histórico familiar de DCV foi significativo para a maior aderência destes pacientes a terapia farmacológica, segundo a escala de Batalla.



**Tabela 06:** Frequência de distribuição absoluta e percentual dos pacientes hipertensos aderentes e não aderentes, segundo a o teste de Batalla, em função das variáveis associadas ao estilo de vida.

VARIÁVEIS	BATALLA		TOTAL	Valor de p
	Aderentes	Não aderentes		
Tabagismo - sim	09 (52,9%)	08 (47,1%)	17	<b>0,8010</b>
Tabagismo - não	81 (47,9%)	88 (52,1%)	169	
Bebida alcoólica - sim	26 (51,0%)	25 (49,0%)	51	<b>0,7428</b>
Bebida alcoólica - não	64 (47,4%)	71 (52,6%)	135	
Atividade física - sim	36 (48,0%)	39 (52,0%)	75	<b>1,000</b>
Atividade física - não	54 (48,6%)	57 (51,4%)	111	
Carne vermelha – não ingere	03 (42,9%)	04 (57,1%)	07	<b>0,9104</b>
Carne vermelha 1 vez/semana	09 (52,9%)	08 (47,1%)	17	
Carne vermelha 2-3 vezes/semana	31 (45,6%)	37 (54,4%)	68	
Carne vermelha >3 vezes/semana	47 (50,0%)	47 (50,0%)	94	
Carne porco – não ingere	09 (37,5%)	15 (62,5%)	24	<b>0,6754</b>
Carne porco 1 vez/semana	73 (50,3%)	72 (49,7%)	145	
Carne porco 2-3 vezes/semana	06 (42,9%)	08 (57,1%)	14	
Carne porco >3 vezes/semana	01 (50,0%)	01 (50,0%)	02	
Embutidos – não ingere	19 (36,5%)	33 (63,5%)	52	<b>0,0936</b>
Embutidos 1 vez/semana	66 (54,1%)	56 (45,9%)	122	
Embutidos 2-3 vezes/semana	05 (50,0%)	05 (50,0%)	10	
Embutidos >3 vezes/semana	00 (00,0%)	02 (100,0%)	02	
Legumes – não ingere	01 (50,0%)	01 (50,0%)	02	<b>0,8546</b>
Legumes 1 vez/semana	05 (41,7%)	07 (58,3%)	12	
Legumes 2-3 vezes/semana	17 (54,8%)	14 (45,2%)	31	
Legumes >3 vezes/semana	67 (47,5%)	74 (52,5%)	141	
Comer fora – não	31 (37,8%)	51 (62,2%)	82	<b>0,0354*</b>
Comer fora 1 vez/semana	44 (61,1%)	28 (38,9%)	72	
Comer fora 2-3 vezes/semana	05 (41,7%)	07 (58,3%)	12	
Comer fora >3 vezes/semana	10 (50,0%)	10 (50,0%)	20	

\*Teste do qui-quadrado ( $p < 0,05$ )

O fato de não comer fora foi significativo para menor aderência à terapia farmacológica.



**Tabela 07:** Frequência de distribuição absoluta e percentual dos pacientes hipertensos aderentes e não aderentes, segundo a o teste de Hayne e Sackett, em função das variáveis sócio-demográficas.

VARIÁVEIS	HAYNE E SACKETT		TOTAL	Valor de p
	Aderentes	Não aderentes		
<b>Masculino</b>	73 (96,1%)	03 (3,9%)	76	<b>1,000</b>
<b>Feminino</b>	106 (96,4%)	04 (3,6%)	110	
<b>18 - 40 anos</b>	12 (100%)	00 (0,0%)	12	<b>0,3214</b>
<b>41 - 60 anos</b>	64 (98,5%)	01 (1,5%)	65	
<b>Acima de 60 anos</b>	103 (94,5%)	06 (5,5%)	109	
<b>Analfabeto</b>	22 (100%)	00 (0,0%)	22	<b>0,2841</b>
<b>1º grau completo/incompleto</b>	99 (96,1%)	04 (3,9%)	103	
<b>2º grau completo/incompleto</b>	28 (90,3%)	03 (9,7%)	31	
<b>3º grau completo/incompleto</b>	19 (100%)	00 (0,0%)	19	
<b>Pós-graduação</b>	11 (100%)	00 (0,0%)	11	
<b>Trabalha</b>	75 (97,4%)	02 (2,6%)	77	<b>0,0843</b>
<b>Não Trabalha</b>	45 (100%)	00 (0,0%)	45	
<b>Aposentado</b>	59 (92,2%)	05 (7,8%)	64	
<b>Casado</b>	126 (96,2%)	05 (3,8%)	131	<b>1,000</b>
<b>Solteiro/viúvo/divorciado</b>	53 (96,4%)	02 (3,6%)	55	
<b>Não tem filhos</b>	14 (100%)	00 (0,0%)	14	<b>1,000</b>
<b>Tem filhos</b>	165 (95,9%)	07 (4,1%)	172	
<b>Moradia própria</b>	157 (96,3%)	06 (3,7%)	163	<b>1,000</b>
<b>Aluguel/outros</b>	22 (95,7%)	01 (4,3%)	23	
<b>1 a 2 salários</b>	08 (80,0%)	02 (20,0%)	10	<b>0,0213*</b>
<b>3 a 4 salários</b>	106 (97,2%)	03 (2,8%)	109	
<b>Acima de 4 salários</b>	65 (97,0%)	02 (3,0%)	67	

\*Teste do qui-quadrado ( $p < 0,05$ )

A renda familiar (em salários mínimos) foi uma variável que influi significativamente na maior adesão dos pacientes a terapia. Neste caso, os pacientes com maior renda familiar, acima de 3 salários mínimos, foram mais aderentes a terapia em relação aqueles com ganho maior.



**Tabela 08:** Frequência de distribuição absoluta e percentual dos pacientes hipertensos aderentes e não aderentes, segundo a o teste de Hayne e Sackett, em função das variáveis patológicas e médicas.

VARIÁVEIS	HAYNE E SACKETT		TOTAL	Valor de p
	Aderentes	Não aderentes		
IMC até 24,9	42 (100%)	00 (0,0%)	42	<b>0,2568</b>
IMC 25 – 29,9	80 (94,1%)	05 (5,9%)	85	
IMC maior que 30	57 (96,6%)	02 (3,4%)	59	
Histórico familiar de DCV - sim	113 (97,4%)	03 (2,6%)	116	<b>0,4283</b>
Histórico familiar de DCV - não	66 (94,3%)	04 (5,7%)	70	
Outra Doença crônica - sim	60 (92,3%)	05 (7,7%)	65	<b>0,0518</b>
Outra Doença crônica - não	119 (98,3%)	02 (1,7%)	121	
Medic. Uso contínuo - sim	133 (95,0%)	07 (5,0%)	140	<b>0,1961</b>
Medic. Uso contínuo - não	46 (100%)	00 (0,0%)	46	
Orientações - Médico	140 (96,6%)	05 (3,4%)	145	<b>0,5576</b>
Orientações - Enfermeiro	11 (100%)	00 (0,0%)	11	
Orientações - Farmacêutico	28 (93,3%)	02 (6,7%)	30	
1 consulta médica/1 ano	152 (96,2%)	06 (3,8%)	158	<b>0,5652</b>
1 consulta médica/2 anos	12 (92,3%)	01 (7,7%)	13	
1 consulta médica/3 anos	15 (100%)	00 (0,0%)	15	



**Tabela 09:** Frequência de distribuição absoluta e percentual dos pacientes hipertensos aderentes e não aderentes, segundo a o teste de Hayne e Sackett, em função das variáveis associadas ao estilo de vida.

VARIÁVEIS	HAYNE E SACKETT		TOTAL	Valor de p
	Aderentes	Não aderentes		
Tabagismo - sim	17 (100%)	00 (0,05)	17	<b>1,000</b>
Tabagismo – não	162 (95,9%)	07 (4,1%)	169	
Bebida alcoólica - sim	50 (98,0%)	01 (2,0%)	51	<b>0,6757</b>
Bebida alcoólica – não	129 (95,6%)	06 (4,4%)	135	
Atividade física - sim	74 (98,7%)	01 (1,3%)	75	<b>0,2446</b>
Atividade física - não	105 (94,6%)	06 (5,4%)	111	
Carne vermelha – não ingere	07 (100%)	00 (0,0%)	07	<b>0,6006</b>
Carne vermelha 1 vez/semana	17 (100%)	00 (0,0%)	17	
Carne vermelha 2-3 vezes/semana	64 (94,1%)	04 (5,9%)	68	
Carne vermelha >3 vezes/semana	91 (96,8%)	03 (3,2%)	94	
Carne porco – não ingere	23 (95,8%)	01 (4,2%)	24	<b>0,0061*</b>
Carne porco 1 vez/semana	141 (96,6%)	05 (3,4%)	146	
Carne porco 2-3 vezes/semana	14 (100%)	00 (0,0%)	14	
Carne porco >3 vezes/semana	01 (50,0%)	01 (50,0%)	02	
Embutidos – não ingere	52 (100%)	00 (0,0%)	52	<b>0,2821</b>
Embutidos 1 vez/semana	115 (94,3%)	07 (5,7%)	122	
Embutidos 2-3 vezes/semana	10 (100%)	00 (0,0%)	10	
Embutidos >3 vezes/semana	02 (100%)	00 (0,0%)	02	
Legumes – não ingere	02 (100%)	00 (0,0%)	02	<b>0,7568</b>
Legumes 1 vez/semana	12 (100%)	00 (0,0%)	12	
Legumes 2-3 vezes/semana	29 (93,5%)	02 (6,5%)	31	
Legumes >3 vezes/semana	136 (96,5%)	05 (3,5%)	141	
Comer fora – não	79 (96,3%)	03 (3,7%)	82	<b>0,5950</b>
Comer fora 1 vez/semana	68 (94,4%)	04 (5,6%)	72	
Comer fora 2-3 vezes/semana	12 (100%)	00 (0,0%)	12	
Comer fora >3 vezes/semana	20 (100%)	00 (0,0%)	20	

\*Teste do qui-quadrado ( $p < 0,05$ )

O fato de comer carne de porco por mais que três vezes durante a semana reduziu, significativamente, a adesão do paciente a terapia farmacológica.