



**UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ  
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**ALCIONE OLIVEIRA DE SOUZA**

**FATORES PREDITORES PARA ADESÃO AO TRATAMENTO  
DOS HIPERTENSOS DO SISTEMA HIPERDIA DE  
MARINGÁ-PR**

MARINGÁ  
2015

**ALCIONE OLIVEIRA DE SOUZA**

**FATORES PREDITORES PARA ADESÃO AO TRATAMENTO  
DOS HIPERTENSOS DO SISTEMA HIPERDIA DE  
MARINGÁ-PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde no Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientador: Prof. Dr<sup>a</sup> Mirian Ueda Yamaguchi

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr. Edivan Rodrigo de Paula Ramos

MARINGÁ  
2015

Souza; Alcione Oliveira.

Fatores Preditores Para Adesão ao Tratamento dos Hipertensos do Sistema HiperDia de Maringá-PR.

88 p.

Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário Cesumar (UniCesumar)  
Área de Concentração: Promoção da Saúde

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Mirian Ueda Yamaguchi.

1. Hipertensão; 2. Qualidade de Vida; 3. Estilo de Vida; 4. Adesão à medicação.

**ALCIONE OLIVEIRA DE SOUZA**

**FATORES PREDITORES PARA ADEÇÃO AO TRATAMENTO DOS  
HIPERTENSOS DO SISTEMA HIPERDIA DE MARINGÁ-PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde no Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde. Aprovado em: 17/12/2015.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Drª Mirian Ueda Yamaguchi

Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR

Presidente

---

Prof. Dr. Marcelo Picinin Bernuci

Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR

Membro Titular

---

Profa. Dra. Cláudia Regina Marchiori Antunes Araújo

Faculdade Adventista Paranaense

Membro Titular Externo

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta dissertação ao meu filho Arthur Souza Hoffman, que apesar de tão pequeno é minha força renovada todos os dias na sua alegria, amor e carinho.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tornar possíveis o impossível e por me dar força e sabedoria para enfrentar os desafios desta trajetória. Obrigada por concretizar mais uma etapa de minha vida e me cercar de pessoas tão especiais.

Ao Jonatan, pai do Arthur por estar comigo em muitos momentos, pelo apoio incondicional neste desafio; por acreditar na capacidade de realizar meus sonhos.

A meus pais, Francisco e Francisca, os dois hipertensos, minha fonte de inspiração que com suas particularidades e diferenças me ensinaram valores de perseverança, sabedoria e de amor.

À minha orientadora, Dr.<sup>a</sup> Mirian Ueda Yamaguchi, por me proporcionar a honra de ser uma das suas orientandas, pela competência, amizade, compreensão e valiosos ensinamentos e por acreditar em minha capacidade, sempre me motivando e inspirando.

Aos meus irmãos, Aucilene e José Fortunato, pelo apoio, torcida, amizade e carinho.

A Senhora Edna uma pessoa abençoada por Deus que me acolheu em sua casa em tantas idas e vindas a Maringá- PR.

Aos hipertensos que como meus pais foram minha fonte de inspiração, pelo carinho e simplicidade de cada entrevistado em nos ajudar com as pesquisas.

A todos os profissionais das Equipes de saúde dos locais de coleta de dados pela atenção e respeito que nos acolheu no local de trabalho.

Aos amigos do Mestrado pelas boas risadas e aprendizado compartilhado e pelas discussões valiosas que contribuíram para este estudo.

À Secretaria de Saúde de Maringá – PR em especial aos profissionais do Centro de Capacitação de Profissionais da Saúde (CECAPS) por disponibilizarem as informações e possibilitarem a realização desta pesquisa.

À minha equipe de trabalho de Diamantino – MT, pela compreensão, apoio incondicional e torcida pelo meu sucesso.

À Secretaria Municipal de Saúde de Diamantino – MT pela sensibilidade de compreender a importância deste trabalho e apoiar o desenvolvimento e conclusão do mesmo.

Enfim, a todos que passaram em algum momento nesta caminhada e que fortaleceram meus aprendizados, o meu muito obrigado a todos.

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.*

**Charles Chaplin**

# FATORES PREDITORES PARA ADESÃO AO TRATAMENTO DOS HIPERTENSOS DO SISTEMA HIPERDIA DE MARINGÁ-PR

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica considerada um grande problema de saúde pública por ser uma das causas mais importantes de morbimortalidade da população mundial. Trata-se de doença crônica degenerativa que tem alta prevalência e baixas taxas de controle, embora seu diagnóstico e tratamentos sejam simples. **OBJETIVOS:** Identificar o perfil dos hipertensos do sistema HiperDia e conhecer os preditores da adesão à terapia anti-hipertensiva correlacionados ao estilo de vida dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Maringá-PR. **MÉTODO:** transversal do tipo descritiva exploratória, com abordagem quantitativa. Foram entrevistados 401 pacientes a partir do cálculo amostral com base na população de 27.072 hipertensos cadastrados nas 29 UBS de Maringá-PR. Para obtenção das informações referentes ao perfil do hipertenso, adesão à terapia e nível de qualidade de vida foram aplicados um questionário estruturado com questões sócio-demográficas, o teste de Morisky-Green e o instrumento Estilo de Vida Fantástico, respectivamente. Utilizou-se estatística descritiva, análise de frequência relativa e absoluta. Para associação dos dados foram calculadas as *odds ratios*. O teste de associação (qui-quadrado) foi realizado no ambiente estatístico R ( $P < 0,05$ ). Para análise das razões de chances utilizou-se a regressão logística univariada e multivariada. **RESULTADOS:** Os resultados obtidos demonstraram que a adesão à terapia anti-hipertensiva foi 37,7%. As mulheres representaram 70% das usuárias cadastradas no sistema HiperDia e apresentaram mais que o dobro de chances de adotarem a terapia quando comparadas aos homens. Identificou-se como fatores preditivos para a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo as variáveis ser solteiro, apresentar sobrepeso ou obesidade e retornar ao serviço de saúde para acompanhamento da hipertensão em intervalo de 12 meses ou mais. Hipertensos do sexo feminino, acometidos por comorbidades graves e classificadas com qualidade de vida muito boa ou excelente apresentaram chances estatisticamente significativas para adesão à terapia. **CONCLUSÕES:** Concluiu-se por meio desta pesquisa, que um olhar mais atento para as características intrínsecas do paciente hipertenso, permite que o profissional da saúde identifique fatores preditores da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo a fim de proceder um acompanhamento mais dinâmico desses pacientes, com ênfase na conscientização das consequências da hipertensão crônica e riscos de suas complicações.

Palavras- chave: Hipertensão; Qualidade de Vida; Estilo de Vida; Adesão à medicação;

## **QUALITY OF LIFE AND ACCESSION TO THE PROCESSING OF HIPERDIA SYSTEM HYPERTENSIVE PEOPLE**

### **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Hypertension is a chronic disease considered a major public health problem because it is one of the most important causes of morbidity and mortality of the population. It is chronic degenerative disease that has a high prevalence and low rates of control, although its diagnosis and treatment are simple. **OBJECTIVES:** To identify the profile of hypertensive HiperDia system and know the predictors of adherence to antihypertensive therapy correlated to the lifestyle of the users of Maringa-PR Basic Health Units. **METHOD:** Cross exploratory descriptive with quantitative approach. 401 patients were interviewed from the sample calculation based on population of 27,072 hypertensive patients registered in 29 UBS Maringa-PR. To obtain information regarding the hypertensive patient's profile, adherence to therapy and level of quality of life were administered a structured questionnaire with socio-demographic issues, Morisky-Green test and the Fantastic Lifestyle instrument, respectively. We used descriptive statistics, frequency analysis relative and absolute. For association of the data the odds ratios were calculated. The association test (chi-square) was performed in the statistical environment R ( $P < 0.05$ ). To analyze the odds ratios used the univariate and multivariate logistic. **RESULTS:** The results showed that adherence to antihypertensive therapy was 37.7%. Women accounted for 70% of the users registered in the system HiperDia and had more than twice as likely to adopt the therapy when compared to men. It was identified as predictive factors for non-adherence to antihypertensive treatment variables being single, being overweight or obese and return to the health service to monitor the pressure in the range of 12 months or more. Hypertensive female, affected by severe comorbidities and classified as very good or excellent quality of life showed statistically significant chances for adherence to therapy. **CONCLUSIONS:** It was concluded by this research, a closer look at the intrinsic characteristics of hypertensive patients, allows the healthcare professional to identify predictors of non-adherence to antihypertensive treatment in order to make a more dynamic monitoring of these patients with an emphasis on awareness of the consequences of chronic hypertension and risk of complications.

**Key words:** Hypertension; Quality of life; Lifestyle; Medication adherence.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Determinantes sociais, de acordo com o modelo de Dahlgren e Whitehead. ....20

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Distribuição de frequência absoluta e relativa das características sócio-demográficas de pacientes hipertensos cadastrados no sistema HiperDia na cidade de Maringá – Paraná. ...31

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Quantidade de pacientes pesquisados por UBS, conforme suas distribuições por distrito sanitário e cálculo amostral dos estratos. ....	23
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM - Diabetes *mellitus*

DSS - Determinantes Sociais e de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IMC - Índice de massa corporal

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PA - Pressão Arterial

PAD - Pressão Arterial Sistolica

PSF - Programa Saúde da Família

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMG - Teste de Morisky-Green

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>6</b>
<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>7</b>
<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>8</b>
<b>LISTA DE QUADROS.....</b>	<b>9</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>10</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Objetivo geral.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>15</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 HIPERTENSÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>3.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O SISTEMA HIPERDIA .....</b>	<b>17</b>
<b>3.3 ADESÃO AO TRATAMENTO DA HAS .....</b>	<b>18</b>
<b>3.4 QUALIDADE DE VIDA E ESTILO DE VIDA.....</b>	<b>19</b>
<b>3.5 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE (DSS) .....</b>	<b>20</b>
<b>3.6 PROMOÇÃO DA SAÚDE.....</b>	<b>21</b>
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>22</b>
<b>4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....</b>	<b>22</b>
<b>4.2 LOCAL DO ESTUDO .....</b>	<b>22</b>
<b>4.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA .....</b>	<b>24</b>
<b>4.4 COLETA DE DADOS.....</b>	<b>25</b>
<b>4.5 ANÁLISE DE DADOS.....</b>	<b>25</b>
<b>4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....</b>	<b>26</b>
<b>5 ARTIGO: 1.....</b>	<b>27</b>
<b>5.1 NORMAS DO ARTIGO 1 .....</b>	<b>43</b>
<b>6 ARTIGO: 2.....</b>	<b>47</b>
<b>6.1 NORMAS DO ARTIGO 2 .....</b>	<b>66</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>68</b>
<b>8 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>73</b>

<b>Anexo A: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>74</b>
<b>Anexo B: Autorização da Comissão Permanente de Avaliação de Projetos.....</b>	<b>77</b>
<b>Anexo C: Questionário "Estilo de Vida Fantástico".....</b>	<b>78</b>
<b>Anexo D: Teste de Morisky-Green.....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>81</b>
<b>Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....</b>	<b>82</b>
<b>Apêndice B: Questionário para identificação dos dados sociodemográficos e econômicos, patológicos e relacionados ao estilo de vida.....</b>	<b>84</b>

# 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por pressão arterial (PA) elevada e contínua. É uma doença geralmente silenciosa que tende a evoluir para a cronicidade e manifesta suas consequências tardiamente. A HAS é responsável por aproximadamente 7,6 milhões de mortes ao ano no mundo e normalmente encontra-se associada a alterações funcionais cardíacas, renais e do sistema circulatório (WILLIAMS, 2010).

Dentre as características inerentes à HAS a natureza assintomática da doença tende a não estimular os hipertensos à adesão ao tratamento medicamentoso. Vários fatores podem influenciar na adesão do paciente ao tratamento como sexo, idade, escolaridade, estado civil e condição socioeconômica. Fatores de outra natureza podem estar relacionados, como as variáveis da própria doença, a sua cronicidade, ausência de sintomas e o surgimento de consequências orgânicas tardias. Deve-se considerar ainda os fatores relacionados aos serviços de saúde e aos profissionais das equipes multidisciplinares que podem também influenciar na adesão ao tratamento anti-hipertensivo (GUSMÃO; MION, 2006).

As equipes multiprofissionais das Estratégias de Saúde da Família são atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e por meio do sistema HiperDia mantêm o cadastro dos usuários diagnosticados com HAS para acompanhamento contínuo dessa população. Foram criadas estratégias para aumentar a adesão ao tratamento da HAS visto que cerca de 40 a 60% dos pacientes não fazem uso da medicação prescrita (SANTOS et al., 2013).

A relação entre profissionais da saúde e o paciente pode contribuir de forma determinante na adesão ao tratamento (MOREIRA et al., 2009; ROBINSON et al., 2010). Identificar dentre os pacientes hipertensos aqueles que necessitam maior interatividade do profissional da saúde com o paciente não é uma tarefa simples. A partir desse pressuposto, pesquisar e identificar os fatores preditores para adesão ou não adesão ao tratamento pode representar uma valiosa ferramenta no processo de reconhecer o paciente com menor chance de aderir ao tratamento. Identificar este paciente permitirá orientá-lo adequadamente a fim de torná-lo consciente da importância do uso do fármaco, além de motivá-lo a implementar

mudanças nos hábitos de vida, que dependem exclusivamente do engajamento do próprio paciente para obtenção de resultados satisfatórios.

Neste cenário, esta pesquisa foi elaborada com o propósito de identificar os fatores preditores para a adesão ou não adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos pacientes cadastrados no sistema HiperDia na cidade de Maringá - PR.

Esta dissertação é composta por dois artigos científicos. A pesquisa teve início com a análise do perfil dos hipertensos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Maringá – PR, cujos resultados encontram-se no primeiro manuscrito: “Perfil dos Hipertensos cadastrados no Sistema HiperDia em Maringá – PR”.

Em continuidade foi produzido o segundo manuscrito intitulado “Fatores Preditores para Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo”, que identificou os fatores preditores para adesão à terapia anti-hipertensiva.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Identificar o perfil dos hipertensos e os preditores para adesão à terapia anti-hipertensiva dos usuários cadastrados no sistema HiperDia nas Unidades Básicas de Saúde de Maringá PR.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Conhecer o perfil sócio-demográfico dos hipertensos cadastrados no sistema HiperDia;
- Avaliar a qualidade de vida dos pacientes em tratamento medicamentoso anti-hipertensivo;
- Identificar a adesão e não adesão à terapia medicamentosa;
- Correlacionar o escore da qualidade de vida e a adesão dos pacientes ao tratamento anti-hipertensivo;

## 3 REVISÃO DE LITERATURA

### 3.1 HIPERTENSÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) consiste em uma Doença Crônica não Transmissível (DCNT), degenerativa ligada ao comportamento e estilo de vida, está relacionada a uma série de problema de saúde pública em todo o mundo pelos seus elevados níveis de morbimortalidade e complicações crônicas. Nessa patologia são bem evidentes os efeitos do estilo de vida sobre o processo saúde - doença (CARVALHO et al.,2012; SANTOS et al. 2013).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), é considerada hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) quando os níveis de pressão arterial sistólica (PAS) mantêm-se maior ou igual a 140 mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, os níveis considerados fisiológicos de PAS e PAD devem estar abaixo de 120 e 80 mmHg, respectivamente, para pessoas com idade igual ou superior a 18 anos (SBC, 2010; PUCCI et al., 2012; BRASIL, 2013).

A HAS é um fator de risco importante no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, que podem danificar artérias cerebrais, coronarianas e renais, associadas às alterações funcionais de órgãos como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e pode ainda desencadear sequelas transitórias ou permanentes e mesmo causar a morte da pessoa acometida por tal agravo (BRASIL,2013; CUNHA et al., 2012) .

Em média global, 54% dos casos de acidente vascular cerebral e 47% dos infartos agudos do miocárdio estão relacionados a elevados níveis pressóricos (SBC, 2010; BRASIL, 2013, ZATTAR et al., 2013, REMOND et al.,2014). A HAS crônica é responsável por aproximadamente 7,6 milhões de mortes ao ano no mundo (BRASIL, 2013). A prevalência mundial em adultos foi em média de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres no ano de 2010. Nos Estados Unidos a HAS possui uma taxa de prevalência de aproximadamente 40% em adultos acima de 20 anos (CUNHA, et al., 2012; SOUZA et al., 2014).

No Brasil existem cerca de 17 milhões de hipertensos e segundo dados do Ministério da Saúde 2013, esses números tem aumentado, sendo considerado hoje um problema de saúde pública. A prevalência da HAS no país varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média),

chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. As doenças cardiovasculares relacionadas à hipertensão são consideradas a primeira causa de morte no Brasil atualmente (BRASIL, 2013; REMOND et al., 2014).

O tratamento para HAS tem por finalidade a manutenção de níveis pressóricos controlados da PA conforme as características da pessoa (idade, gênero, raça, cor, histórico familiar e de saúde) e tem por finalidade diminuir o risco de doenças relacionadas ao aparelho circulatório e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos (CUNHA, et al., 2012; ZATTAR et al., 2013).

O tratamento adequado deve incluir mudanças na alimentação e hábitos de vida e manutenção adequada da terapêutica medicamentosa, pois com esses cuidados é possível prevenir consequências em longo prazo e diminuir a mortalidade em decorrência da HAS (DEMONER et al., 2012; BRASIL, 2013).

### 3.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O SISTEMA HIPERDIA

Diante deste cenário, as unidades de atenção primária são indicadas como local adequado para o diagnóstico, acompanhamento e manutenção da saúde do hipertenso e tratamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Em 1994, as unidades de atenção primárias foram denominadas de Programa Saúde da Família (PSF) que visou inicialmente à reorganização dos serviços, a construção da saúde através de práticas solidária capaz de fortalecer a participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a criação de ambientes saudáveis (CARVALHO FILHA et al., 2011; BRASIL; 2014).

Em 2011, o PSF passou de programa a Estratégia Saúde da Família (ESF) e foi apresentada pelo Ministério da Saúde como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, visando à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS (PICCINI et al., 2012; BRASIL; 2014).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são serviços de atenção primária e possuem equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) voltadas para a prevenção dos agravos,

tratamento, promoção e reabilitação da saúde. É composta por equipes multiprofissionais, cujo processo de trabalho estabelece vínculo com a comunidade, e é responsável por, no máximo, 4.000 sujeitos, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas por área de abrangência desses serviços de saúde (GOMES et al., 2010).

Os profissionais atuantes nesses serviços são equipes multiprofissionais, que trabalham sob a dinâmica de vínculo com a comunidade e clientela, desenvolvendo os programas estabelecidos pelo SUS, considerando a diversidade popular de cada área de abrangência dessas equipes, os determinantes sociais em saúde, as políticas de promoção a saúde e os fatores sociais envolvidos na saúde pública desta população (PUCCI et al., 2012; BRASIL, 2013).

Para o acompanhamento dos hipertensos nas ESFs, é utilizado um sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia), que está incluído no plano de reorganização da atenção à hipertensão e ao diabetes *mellitus* (DM). O Sistema HiperDia foi instituído por meio da Portaria nº 371/GM, em 2002, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas DCNT, mediante a reorganização do trabalho de atenção à saúde. Esse plano foi estruturado pelo Ministério da Saúde, designado à prevenção, identificação e acompanhamento dos casos de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* em todas as ESFs do país. (GOMES et al., 2010; BRASIL; 2014).

### 3.3 ADESÃO AO TRATAMENTO DA HAS

Por se apresentar de uma doença, e que na maioria dos casos é assintomática, e pela alta morbidade e mortalidade decorrente das complicações ocasionadas pela HAS é necessário que o paciente faça o controle adequado dos níveis pressóricos através da terapêutica, medicamentosa (quando indicado) e não medicamentosa. Considerando que a HAS constitui uma patologia de difícil adesão ao tratamento por estar relacionada diretamente as mudanças no estilo de vida, orientação eficaz dos profissionais de saúde e participação ativa do paciente no tratamento anti-hipertensivo, é uma das principais causas de consulta na atenção básica (PUCCI et al., 2012; SANTOS et al., 2013; REMOND et al., 2014).

A adesão à terapêutica anti-hipertensiva baseia-se em seguir o tratamento precisamente da forma que foi proposto pelos profissionais de saúde em relação ao uso do

medicamento e ao seguimento de uma dieta ou à modificação de hábitos de vida incluindo mudanças nos hábitos alimentares inserção de atividade física na rotina diária, controle do peso, mudanças no estilo de vida com abandono do tabagismo, diminuição no uso de álcool, preservação do sono e redução do estresse (AMARANTE et al., 2010; SANTOS et al., 2013).

Existe uma variedade de instrumentos para avaliar a adesão ao tratamento e também a qualidade de vida relacionada à saúde. Esses questionários validados e específicos permitem avaliar o impacto de uma doença crônica como a hipertensão, sobre a vida do indivíduo e oferecem resultados baseados na percepção do próprio paciente em relação ao seu estado geral de saúde e adesão ao tratamento proposto (CUNHA, et al., 2012; SANTOS et al., 2013).

### 3.4 QUALIDADE DE VIDA E ESTILO DE VIDA

A qualidade de vida serve como indicador nos julgamentos clínicos de patologias específicas e orienta a avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades podem acarretar para as pessoas acometidas e permite um melhor conhecimento acerca do paciente e seu estilo de vida (PAZ et al., 2011; ANDRADE et al., 2014).

A qualidade de vida está relacionada ao bem-estar pessoal, autoestima, e abrange vários aspectos, como: o empoderamento, a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais e éticos dos indivíduos (PAZ et al., 2011; DAWALIBI et al., 2014). Entender o estilo de vida adotado pelo indivíduo ou por determinada população significa compreender suas necessidades e a partir daí propor intervenções adequadas.

O estilo de vida está relacionado à constante preocupação com a melhoria das condições de vida das pessoas, a dificuldade em conhecer a prevalência da doença, as características dos indivíduos e os hábitos de vida que constituem um desafio aos profissionais de saúde para estabelecerem intervenções que possibilitem os comportamentos saudáveis e intervenções positivas no estilo de vida em relação a doenças (BRITO et al. 2014; DAWALIBI et al.,2014)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o estilo de vida como resultante de padrões comportamentais, relacionados às características individuais, as condições econômicas, sociais e ambientais, que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na

vida das pessoas como educação, lazer e recreação, nutrição, trabalho, família, segurança, alimentação uso de álcool, droga e tabagismo, prática de sexo seguro, controle do estresse, além da necessidade de se ter uma visão otimista e positiva da vida (PAZ et al., 2011; BRITO et al. 2014).

### 3.5 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE (DSS)

A implementação de um estilo de vida adequado à saúde envolve vários fatores dentre eles os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que são considerados os fatores sociais, econômicos e comportamentais que influenciam a saúde dos indivíduos e que podem ser induzidas por decisões políticas, coletivas ou individuais (PEREIRA, OLIVEIRA, 2013).

Alguns modelos esquemáticos (Figura 1) foram desenvolvidos como forma de representação dos diversos níveis dos DSS. Um exemplo é o modelo idealizado por Dahlgren, Whitehead (1991), que apresenta diversas esferas, as quais se iniciam por uma camada basal, onde estão presentes características individuais seguidas por uma camada intermediária que perpassam pelos estilos de vida pelas redes sociais e comunitárias, e pelos fatores relacionados às condições de vida e de trabalho e por uma camada distal na qual se situam os macrodeterminantes da saúde (BADZIAK, MOURA, 2010; BUSS, FILHO, 2007).



Figura 1: Determinantes sociais, de acordo com o modelo de Dahlgren e Whitehead.  
FONTE: BUSS, FILHO (2007)

Baseados nessa dinâmica de representação dos DSS as estratégias e políticas públicas para a saúde devem se galgadas nas principais características do processo de transição epidemiológica, que está relacionada à maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população (BUSS, FILHO, 2007).

### 3.6 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Carta de Ottawa (WHO, 1986) é um dos documentos primordiais no desenvolvimento do conceito de promoção, onde o indivíduo já era pensado como protagonista dos cuidados com a saúde pessoal e coletiva. Atualmente os modelos de atenção à saúde, buscam atuar sobre as condições de vida da população, requerendo ações globais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais, entre outros condicionantes da saúde (PEREIRA, OLIVEIRA, 2013). A Promoção da Saúde visa assegurar o processo de capacidade da pessoa, famílias e comunidades para aumentar o controle sobre os determinantes de saúde e atuar de forma dinâmica na melhoria da qualidade de vida e saúde (PEREIRA, OLIVEIRA, 2013; HEIDEMANN et al., 2014).

Atualmente estudos sobre promoção da saúde colocam em ênfase a qualidade de vida dos indivíduos, da família e da comunidade; assim considerando cinco campos de ação estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS): elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço das ações comunitárias e sociais, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação dos sistemas e dos serviços de saúde (PICCINI et al., 2012; HEIDEMANN et al., 2014).

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi realizado em duas etapas: a primeira trata do perfil dos hipertensos de Maringá - PR, enquanto a segunda etapa é um estudo quantitativo transversal sobre a qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-hipertensivo desses pacientes.

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A pesquisa de campo consistiu em um estudo transversal, do tipo descritiva exploratória, com abordagem quantitativa.

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

A coleta de dados foi realizada durante os meses de Janeiro a Março de 2015, nas 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Maringá, no Estado do Paraná, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014) possui uma população, de 385.753 habitantes.

O número de pacientes necessário para compor a amostra em cada um dos estratos, correspondendo às UBS, foi calculado de acordo com:

$$n_g = \left( \frac{Z_{\alpha/2}}{e} \right)^2 \frac{N_g}{N} p_g (1 - p_g),$$

Todos os dados coletados foram tabulados e analisados utilizando o cálculo em que  $N_g$  é a quantidade de hipertensos registrados,  $N$  é o número total,  $p_g$  a prevalência das características a serem pesquisadas, fixada como 0,5 para todos os grupos. O nível de significância considerado foi de  $\alpha = 5\%$  e o erro máximo admitido entre a estimativa e o valor real do parâmetro foi de  $e = 0,05$ , isto é, de cinco pontos percentuais.

Sendo assim, o tamanho da amostra necessária para se estimar as características dos pacientes registrados como Hipertensos em Maringá - PR, perfazem um total de 400 indivíduos, distribuídos pelas UBS de acordo com o Quadro 1.

**Quadro 1:** Quantidade de pacientes pesquisados por UBS, conforme suas distribuições por distrito sanitário e cálculo amostral dos estratos.

<b>UBS</b>	<b>Nº DE HIPERTENSOS</b>	<b>Nº AMOSTRA</b>
UBS CÉU AZUL	582	9
UBS ACLIMAÇÃO	512	8
UBS ALVORADA I	1478	21
UBS ALVORADA III	1557	23
UBS CIDADE ALTA	990	15
UBS FLORIANO	242	4
UBS GREVILEAS	935	14
UBS GUAIAPO-REQUIÃO	1157	17
UBS IGUAÇÚ	1278	19
UBS IGUATEMI	904	13
UBS INDUSTRIAL	887	13
UBS INTERNORTE	808	12
UBS MANDACARU	1192	17
UBS MARINGÁ VELHO	416	6
UBS MORANGUEIRA	1462	21
UBS NEY BRAGA	1091	16
UBS JARDIM OLÍMPICO	806	12
UBS PARIGOT DE SOUZA	975	14
UBS PINHEIROS	1995	29
UBS PIATÃ	748	11
UBS QUEBEC	2068	30
UBS SÃO SILVESTRE	381	6
UBS UNIVERSO	502	8
UBS TUIUTI	1366	20
UBS VILA ESPERANÇA	651	10
UBS VILA OPERÁRIA	666	10
UBS VILA VARDELINA	323	5

UBS ZONA 06	386	6
UBS MONTESCHIO	714	11
<b>TOTAL</b>	<b>27072</b>	<b>400</b>

FONTE: Sistema HiperDia da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá - PR.

### 4.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Para caracterizar o perfil sócio-demográfico foi aplicado um questionário, o qual contém questões relacionadas ao perfil dos hipertensos (gênero, idade, profissão, escolaridade, estado civil, número de pessoas que residem na casa do pesquisado, número de filhos, trabalho e número de turnos trabalhados, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), se portador de deficiência, tipo de serviço de saúde que o paciente utiliza e a frequência do retorno para acompanhamento médico ao tratamento da hipertensão na UBS, histórico familiar de doença crônica, existência de outra doença crônica além da hipertensão e as informações sobre o medicamento prescrito em uso).

Para avaliar a adesão dos usuários foi utilizado o Teste de Morisky-Green (TMG), que é um questionário baseado em perguntas ao sujeito sobre seu comportamento diante da terapêutica farmacológica anti-hipertensiva. E deste modo, os considerados aderentes são os pacientes que obtêm pontuação máxima de quatro pontos e não aderente o que obtêm pontuação igual ou menor que três pontos (MORISKY; GREEN LEVINE 1986; EID et al., 2013; REMONDI et al., 2014).

O instrumento TMG consiste de quatro perguntas relacionadas ao tratamento da hipertensão: 1) "Você, alguma vez, se esqueceu de tomar seus medicamentos para hipertensão?"; 2) "Você, às vezes, se esquece de tomar seus medicamentos?"; 3) "Quando você se sente bem, alguma vez, deixa de tomar seus medicamentos?" e 4) "Quando você se sente mal com o medicamento, às vezes, deixa de tomá-los?".

Para avaliação do estilo de vida dos hipertensos foi utilizado o questionário denominado "Estilo de Vida Fantástico" (ANEXO C), o qual foi desenvolvido pelo Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster do Canadá, validado e traduzido por Rodriguez-Añez, Reis e Petroski no ano de 2008.

O referido questionário é composto por 25 questões na forma de escala tipo *Linkert* e se refere às questões pertinentes aos hábitos, estilo de vida e atitudes do entrevistado frente aos seguintes domínios: 1) família e amigos; 2) atividade física; 3) nutrição; 4) cigarro e drogas; 5) álcool; 6) sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; 7) tipo de comportamento; 8) introspecção; 9) trabalho e satisfação com a profissão (RODRIGUEZ-AÑEZ et al., 2008; PAZ et al., 2011; AZAMBUJA et al., 2013).

#### 4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada na sala de espera dos consultórios das UBS de acordo com a disponibilidade dos participantes durante a espera pelas avaliações médicas periódicas em dias e horários predeterminados. Os questionários foram respondidos individualmente e foram autorreferidos pelos participantes. A coleta dos dados foi realizada pela autora e dois estudantes de graduação do curso de Medicina que foram treinados para realização das entrevistas.

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

Para identificar as principais características sócio-demográficas e as relacionadas à saúde dos hipertensos, foi realizada uma análise exploratória dos dados em tabelas de frequência relativa e absoluta, utilizados no artigo 1.

No artigo 2, foram realizadas análises dos dados por meio da regressão logística univariada e multivariada. Para verificar possíveis associações entre a adesão ao tratamento, determinadas pelo teste de TGM com cada fator sócio-demográfico observado foram calculadas as *odds ratios* (razões de chances), assim como seus respectivos intervalos de confiança de 95% que foram estimados pelo modelo de regressão logística univariada. Os resultados do questionário estilo de vida fantástico que classificou o pesquisado em cinco categorias: “excelente”, “muito bom”, “bom”, “regular”, “necessita melhorar”.

Assim sendo, foram verificadas as possíveis relações dos resultados *versus* TMG. Todas as variáveis (dados sócio – demográfico, TMG e questionário “Estilo de Vida Fantástico”) foram estudadas de maneira isolada e aquelas que apresentaram valores *p*

superiores a 0,25 no teste de associação *Qui-quadrado* de maneira conjunta, foram submetidos à análise multivariada. Com o auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*) foram obtidos os resultados. A análise estatística foi realizada com o auxílio do programa *STATISTICAL ANALYSIS SYSTEM (SAS)*, versão 9.3 para os cálculos estatísticos.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo recebeu autorização da Secretária de Saúde do Município de Maringá – PR (ANEXO B), em virtude do mesmo ter sido realizado nas UBS do referido município. Ainda o mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Centro Universitário de Maringá – UniCesumar sob o número 873.870 (ANEXO A).

## 5 ARTIGO: 1

### PERFIL DOS HIPERTENSOS DO SISTEMA HIPERDIA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ – PARANÁ.

*PROFILE SYSTEM IN HYPERTENSIVE HIPERDIA MARINGA - PARANA.*

Alcione Oliveira de Souza <sup>1</sup>

Edivan Rodrigues de Paula Ramos <sup>2</sup>

Mirian Ueda Yamaguchi <sup>3</sup>

#### RESUMO

O objetivo da pesquisa foi identificar o perfil epidemiológico dos hipertensos cadastrados no sistema HiperDia, usuários das Estratégias de Saúde da Família (ESFs) do município de Maringá-PR. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado com 401 hipertensos. Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado sócio-demográficos e realizada estatística descritiva. As mulheres representaram 70% dos usuários cadastrados no HiperDia, a maioria pertencente à faixa de 60 a 70 anos e com baixo nível escolar. O delineamento do perfil dos hipertensos destaca a necessidade de ações direcionadas aos homens hipertensos que apresentaram- se proporcionalmente pouco integrados ao sistema e a baixa escolaridade dos usuários como alerta para a importância do uso de linguagem simples na comunicação com os hipertensos o qual subentende- se que apresentam maior dificuldade na compreensão das informações sobre a terapia medicamentosa e/ou orientações sobre hábitos saudáveis.

Palavras chaves: Hipertensão, Promoção da Saúde, Saúde Pública.

---

<sup>1</sup> Discente do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá- UniCesumar, E-mail: [alcionesouza\\_mt@hotmail.com](mailto:alcionesouza_mt@hotmail.com), fone: (65) 9967-8443.

<sup>2</sup> Edivan Rodrigues de Paula Ramos: Doutora em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Maringá. Docente Adjunto II do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Coorientador, E-mail: [edivanramos@yahoo.com.br](mailto:edivanramos@yahoo.com.br), fone: (79) 2105- 6600.

<sup>3</sup> Mirian Ueda Yamaguchi: Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Estadual de Maringá. Docente no Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde e no curso de Medicina no Centro Universitário Cesumar – UniCesumar, Maringá, Paraná. Orientadora, E-mail: [mirianueda@gmail.com](mailto:mirianueda@gmail.com), fone: (44) 3027- 6360.

## ABSTRACT

The objective of the research was to identify the epidemiological profile of hypertensive registered in HiperDia system, users of the Family Health Strategies (ESFs) of Maringá-PR. It is a cross-sectional, descriptive study with 401 hypertensive. Data were collected through a questionnaire structured socio-demographic and performed descriptive statistics. Women accounted for 70% of registered users in HiperDia, most belonging to the range of 60 to 70 years and with low educational level. The profile of hypertensive design highlights the need for actions aimed at hypertensive men who apresentaram- proportionately little integrated into the system and low education of users to warn of the importance of the simple language used in communicating with hypertension which is subentende- which have more difficulty in understanding the information on drug therapy and / or guidance on healthy habits.

Key words: Hypertension, Health Promotion, Public Health.

## INTRODUÇÃO

As mudanças sóciodemográficas sofridas pela população no contexto da saúde nas últimas décadas, relacionadas à alimentação, à expectativa de vida e às causas de morte redefiniram o perfil de suscetibilidade às doenças, ocasionando um aumento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), principalmente daquelas relacionadas ao sistema circulatório como a hipertensão (LIMA et al., 2012; FREITAS et al., 2012; GREZZANA et al., 2013).

A hipertensão é uma das patologias que mais causa morbidade e mortalidade entre as DCNT e é um dos fatores de risco mais prevalentes no desenvolvimento de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência renal e insuficiência cardíaca, além de comprometer o funcionamento de órgão alvos como cérebro, coração e rins (SBC; 2010; CUNHA et al., 2012; GREZZANA et al., 2013).

Estudo realizado com 44 estudos em 35 países, estimou que a hipertensão acomete em média 30% da população adulta. A prevalência da doença no Brasil varia entre 19% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para pessoas com 60 a 69 anos e 75%

em indivíduos com mais de 70 anos (SBC, 2010; SANTA-HELENA et al., 2010; BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde com intuito de identificar, prevenir e acompanhar os casos de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes *mellitus* (DM) criou o HiperDia, que é um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, no qual está incluso o plano de reorganização da atenção à HAS e ao DM. Esse plano foi estruturado pelo MS e apresenta abrangência à todas as Unidades de Atenção Básicas (UBS) do país (GOMES et al., 2010; PUCCI et al., 2012).

Diretamente ligada ao HiperDia encontram-se as Estratégias de Saúde da Família (ESF), que são um conjunto de ações de nível primário de atenção, voltado para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação da saúde. As ESF são apresentadas como campo ideal para o cuidado, acompanhamento e tratamento efetivo dos pacientes portadores de hipertensão pelas equipes de saúde que são responsáveis pelas consultas periódicas desses pacientes, atividades educativas, acompanhamento integral da saúde, diagnóstico precoce de comorbidades e manejo clínico na hipertensão (FILHA et al., 2011; BRASIL, 2013).

A equipe atuante nas ESF são equipes multiprofissionais, cujo processo de trabalho deve estabelecer vínculo com a comunidade e clientela, entre eles os hipertensos, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sócio-demográficos envolvidos na saúde pública do país. Para a eficácia do tratamento da hipertensão, é necessário o estabelecimento de relações seguras e de confiança, a interação entre paciente e equipe de saúde é fundamental para alcançar o comprometimento dos portadores de HAS com seu autocuidado e controle efetivo dos níveis pressóricos (FILHA et al., 2011; CARVALHO et al., 2012).

Além dos conhecimentos sobre o processo saúde/doença, são imprescindíveis informações para os profissionais de saúde atuantes nas UBS, inseridos nas ESF sobre as características sócio-demográficas destes indivíduos, pois isto possibilita a implantação de estratégias de promoção à saúde, organização das ações e programas específicos para atender esta população (CENATTI et al., 2013).

O presente estudo teve como objetivo, identificar o perfil sócio-demográfico dos hipertensos cadastrados no sistema HiperDia, inseridos nas ESFs de Maringá - PR, com

intuito de subsidiar informações ao planejamento de ações mais adequadas à realidade vivenciada dessa população, a fim de refletir na melhoria da qualidade de vida dos hipertensos.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com 401 hipertensos usuários do SUS cadastrados nas 29 UBS Maringá - PR, cuja coleta foi realizada no período de Janeiro a Março de 2015. Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado para caracterização dos dados sócio-demográficos (Apêndice B). As entrevistas foram realizadas no período de espera dos pacientes pelas avaliações médicas periódicas nas UBS. Os critérios de inclusão foram: possuir idade igual ou superior a 15 anos, estar cadastrado no sistema HiperDia de sua respectiva unidade de saúde e ser usuário de tratamento medicamentoso para hipertensão arterial.

Segundo dados da Secretária Municipal de Saúde de Maringá apresentavam-se cadastrados um total de 27.072 de hipertensos, por meio do qual foi calculado o tamanho da amostra considerando o número de pacientes, necessário para a pesquisa. Foi considerado uma estimativa de 5% e confiabilidade de 95%, acrescidos de 20% para possíveis perdas totalizando 400 hipertensos. Os dados foram agrupados em planilha do Software Microsoft Excel® 2007, e para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva e análise de frequências relativa e absoluta.

No contexto da região onde este estudo foi desenvolvido, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) (2014), o município de Maringá – PR que pertence à Mesorregião Central do Paraná, apresenta população estimada de 391.698 habitantes (ano de 2014), taxa de urbanização de 98,4% e um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,808, que é classificado como muito alto. O município conta 29 UBS que promove cobertura total da população para atenção básica à saúde.

Em 2014, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, o número de pessoas registradas no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) era de 27.072 pacientes. Este número é considerado expressivo, entretanto as doenças do aparelho circulatório têm sido a primeira causa de mortes na população de Maringá - PR, contabilizando 1.148 óbitos prematuros por DCNT (DATASUS, 2014; S.M.S MARINGÁ PR; 2014).

Para a realização deste estudo, foram respeitados os aspectos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR (número: 873.870 de 17/11/2014). Os participantes entrevistados foram devidamente informados sobre a pesquisa e aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Para identificar as principais características sócio-demográficas dos hipertensos, foi realizada uma análise exploratória dos dados, construindo-se tabela de frequência relativa e absoluta, para a representação dos resultados.

**Tabela 1:** Distribuição de frequência absoluta e relativa das características sócio-demográficos de pacientes hipertensos cadastrados no sistema HiperDia na cidade de Maringá – Paraná.

Fatores	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
<b>Gênero</b>		
Masculino	120	29,93
Feminino	281	70,07
<b>Idade</b>		
20 a 39 anos	20	4,99
40 a 59 anos	158	39,40
60 a 79 anos	200	49,88
80 anos ou mais	23	5,74
<b>Aposentado</b>		
Sim	120	29,93
Não	281	70,07
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	34	8,48
1º Grau	272	67,83
2º Grau	77	19,20
3º Grau	18	4,49
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	16	3,99
Casado	179	44,64
Viúvo	134	33,42
Divorciado	48	11,97
Amasiado	24	5,99

<b>Número de pessoas</b>			
	0	<b>21</b>	<b>5,24</b>
	1	<b>83</b>	<b>20,70</b>
	2 ou mais	<b>297</b>	<b>74,06</b>
<b>Número de filhos</b>			
	0	<b>29</b>	<b>7,23</b>
	1 a 3	<b>268</b>	<b>66,83</b>
	4 ou mais	<b>104</b>	<b>25,94</b>
<b>Trabalho</b>			
	Não	<b>29</b>	<b>7,23</b>
	Sim	<b>368</b>	<b>91,77</b>
<b>Quantidade de turnos de trabalho</b>			
	Um	<b>20</b>	<b>4,99</b>
	Dois	<b>346</b>	<b>86,28</b>
	Três	<b>6</b>	<b>1,50</b>
<b>Histórico de HAS</b>			
	Não	<b>92</b>	<b>22,94</b>
	Sim (pais)	<b>279</b>	<b>69,58</b>
	Sim (outros)	<b>30</b>	<b>7,48</b>
<b>Comorbidades</b>			
	Nenhuma	<b>212</b>	<b>52,87</b>
	AVC/Infarto	<b>15</b>	<b>3,74</b>
	Diabetes	<b>98</b>	<b>24,44</b>
	Doença Renal	<b>5</b>	<b>1,25</b>
	Outras	<b>71</b>	<b>17,71</b>
<b>Serviço de saúde mais utilizado</b>			
	ESF	<b>262</b>	<b>65,34</b>
	Hospital	<b>85</b>	<b>21,20</b>
	UPA	<b>54</b>	<b>13,47</b>
<b>Índice de massa corpórea (IMC)</b>			
	Abaixo do normal	<b>2</b>	<b>0,50</b>
	Normal	<b>94</b>	<b>23,44</b>
	Sobre peso	<b>165</b>	<b>41,15</b>
	Obeso	<b>140</b>	<b>34,91</b>
<b>Intervalo de retorno à UBS</b>			
	1 a 5 meses	<b>274</b>	<b>68,33</b>
	6 a 11 meses	<b>94</b>	<b>23,44</b>
	12 meses ou mais	<b>33</b>	<b>8,23</b>

De um total de 401 pacientes estudados, a maioria era do sexo feminino (70%) com idade entre 28 e 91 anos, sendo a maior parte pertencente à faixa de 60 a 70 anos, com média

de 60,6 anos. Como descrito na Tabela 1 que 29,93% destes indivíduos são aposentados e 70,07% comunicou ter outras profissões.

Quase 70% dos entrevistados possuíam apenas o 1º grau completo ou incompleto, sendo ainda cerca de 9% analfabetos, e apenas uma minoria cursou nível superior (4,49%). Quando somados, os pacientes que disseram estar casados ou amasiados corresponderam a mais da metade dos pesquisados, enquanto apenas uma pequena parcela (3,99%) era solteira.

Em relação ao número de pessoas que moravam com os hipertensos entrevistados, cerca de 80% apontou dividir a casa com uma ou duas pessoas e apenas 5,24% relataram morar sozinhos. Grande parte (91,77%) dos hipertensos que participaram da pesquisa respondeu que trabalha ou já trabalhou, enquanto apenas 7,23% responderam não realizar atividade remunerada. Para esta questão, foi considerado o número de turnos de trabalho, mais de 86,28% apontaram que realizavam suas atividades em dois turnos, e apenas 5% em média e 1,50% trabalhavam durante um e três turnos, respectivamente.

Quanto à presença de algum tipo de deficiência física apenas 11,72% dos pacientes declararam apresentar algum tipo de deficiência. Dentre aqueles hipertensos que responderam afirmativamente que possuíam deficiência, 53% apontaram ter deficiência auditiva e apenas 2% admitiram serem portadores de algum tipo de deficiência mental. De acordo com a Tabela 1, verifica-se que 22,94% do total de respondentes não possui histórico de doença cardiovascular na família. Entre aqueles que possuem registros na família, os pais foram os mais citados, cerca de 70% do total enquanto 7,48% apontou outros familiares.

Quando questionados sobre a presença de outra doença crônica, além da hipertensão, 52,87% dos entrevistados responderam não possuir outra doença crônica. As doenças mais citadas entre as outras comorbidades além da hipertensão foram: diabetes, abrangendo quase 25% dos pacientes, acidente vascular cerebral/infarto 3,74% e doenças renais crônicas 1,25%. Aqueles que marcaram mais de uma opção ou que possuíam alguma doença não citada, correspondendo ao grupo “outras doenças”, totalizam em média de 18%. Entre as patologias mais citadas no grupo classificado como “outras doenças” está o hipotireoidismo subclínico (dado não apresentado na Tabela 1).

Na necessidade por atendimento médico, mais de 65% dos participantes da pesquisa disseram recorrer à Estratégia de Saúde Familiar (ESF), enquanto os hospitais somam 21,20% e as unidades de pronto atendimento (UPA) foi opção citadas por 13,45% dos pacientes. Os

resultados do índice de massa corporal (IMC) foram calculados a partir do peso e altura declarados pelos hipertensos. De acordo com o IMC adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), dos pesquisados apenas 0,50% foram classificados com baixo peso, 23,44% com peso normal, 41,15% com sobrepeso e 34,91% foram classificados com obesidade.

Em relação à frequência que o paciente realizava acompanhamento da hipertensão, 68,33% informaram fazer acompanhamento médico de hipertensão em intervalos de um a cinco meses. Por outro lado, cerca de 8,23% disseram retornar ao serviço de saúde após 12 meses ou mais.

## DISCUSSÃO

A HAS é uma doença de fácil diagnóstico e tratamento mas encontra-se associada com as principais causas de mortalidade no mundo. É fato que no Brasil cerca de 90% da população acometida por acidente vascular cerebral e 40% dos infartos agudos de miocárdio estão associados à HAS (CASTRO et al., 2005). Neste contexto o sistema HiperDia foi concebido com intuito de reorganizar a atenção à HAS e proporcionar aos hipertensos o acompanhamento ao tratamento, visto que a HAS está entre as causas modificáveis de mortalidade.

Os resultados obtidos na presente investigação demonstram que houve predomínio expressivo do número de pacientes do sexo feminino cadastradas no sistema HiperDia quando comparadas aos homens. Proporções semelhantes foram encontradas em outras pesquisas sobre o perfil de pacientes cadastrados no mesmo sistema (CARVALHO et al. 2012; SOUZA et al. 2014).

O fato da maioria dos entrevistados pertencerem ao gênero feminino pode ser justificado em virtude das mulheres buscarem mais as unidades de atenção primária devido sua maior percepção sobre o estado de saúde - doença e por apresentarem maior tendência ao autocuidado. Neste sentido é importante ressaltar a necessidade de planejamento e implantação de estratégias direcionadas aos sexo masculino, visto que os homens hipertensos figuram como um terço do total dos pacientes cadastrados no sistema HiperDia.

As mulheres são o grupo de maior prevalência para HAS, de modo que dados do DATASUS (2012) indicam que 26,9% das mulheres e 21,3% dos homens são hipertensos no

Brasil. Considerando a população de hipertensos, vale ressaltar que 55,8% são mulheres e 44,2% são homens. Estimativas mundiais mostram que existem diferenças nessas proporções entre os gêneros, estudos com dados do Canadá e Estados Unidos apontaram uma inversão da prevalência com 30% dos homens portadores de HAS contra 25% das mulheres (WOLF-MAIER et al., 2003).

Assim, pode-se considerar que a proporção de homens participantes no acompanhamento e tratamento oferecido pelo sistema HiperDia está proporcionalmente muito inferior à prevalência de HAS nesse grupo e alerta para a necessidade de busca ativa do sexo masculino para o tratamento da HAS.

Nesta pesquisa a população estudada concentrou-se na faixa acima dos 60 anos de idade, e dentre as profissões citadas pelos entrevistados os aposentados figuraram como mais incidente em relação às demais ocupações. Estes resultados vão ao encontro da situação encontrada no Brasil em relação às DCNT (BRASIL; 2014). A HAS tem sua prevalência aumentada em pessoas envelhecidas com 60 anos ou mais. Pesquisas com idosos foram realizadas na região Sudeste do país, nas quais se constatou prevalência de hipertensão variando entre 51,8% e 61,5% nesta população (DOURADO et al. 2011; ZATTAR et al. 2014).

Quanto à escolaridade declarada, mais de dois terços dos hipertensos declararam possuir apenas o 1º grau completo ou incompleto. A baixa escolaridade é uma preocupação discutida em vários estudos sobre hipertensão. Pesquisas realizadas sobre este tema demonstraram que quanto menor o nível de escolaridade dos indivíduos, mais dificuldade apresentavam na compreensão das informações recebidas sobre seu tratamento, por isso a baixa escolaridade entre hipertensos é considerado um importante indicador a ser observado tanto pelos gestores como pela equipe de saúde no planejamento de estratégias, programas, propostas e ações destinadas a este grupo (LIMA et al. 2011; FREITAS et al. 2012; CENATTI et al. 2013; SOUZA et al. 2014).

Em relação à situação conjugal, mais da metade dos pacientes pesquisados disseram estar casados ou amasiados, enquanto uma pequena parcela declarou morar sozinhos. Oshiro Castro e Cymrot (2010) demonstraram que o estado civil foi uma variável sócio-demográfica importante em relação ao acompanhamento da hipertensão. O número de filhos e o fato do indivíduo dividir moradia com outras pessoas pode influenciar positivamente nas atitudes

perante a patologia. Araújo e Garcia (2006) demonstraram que 34,1% dos hipertensos revelaram como motivo para iniciar a terapêutica anti-hipertensiva, a presença de alguém da família (filhos, cônjuge, companheiro de moradia, entre outros) para orientar e ajudar no acompanhamento da hipertensão.

Relacionado às atividades laborais, quase a totalidade dos pesquisados responderam que trabalham ou já trabalharam em jornadas de dois turnos. Nogueira et al. (2010) estudaram 2.384 funcionários de uma Universidade do Rio de Janeiro (RJ) e a prevalência de HAS naquela população foi considerada elevada (29,6%). Dentre estes 81,5% reconheciam que eram hipertensos e precisava de tratamento e acompanhamento periódico da HAS, sendo que 77,8% destes indivíduos estavam em tratamento anti-hipertensivo regular, revelando a necessidade de ações direcionadas aos trabalhadores hipertensos para melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Quanto ao histórico familiar, esta pesquisa identificou que mais de dois terços dos portadores de HAS são filhos de hipertensos. Na etiologia da hipertensão a influência familiar contribui fortemente na manifestação final dos valores da pressão arterial (PA). Os fatores genéticos podem ser responsáveis por até 68% dos valores da PA sistólica e 62% da PA diastólica. Assim, a HAS é classificada como uma patologia hereditária e na maioria dos casos é o resultado final da interação entre fatores genéticos, ambientais e demográficos (FERMINO et al. 2009; SBC, 2010; BRASIL, 2013; CENATTI et al. 2013).

Quando os hipertensos entrevistados foram questionados sobre outras comorbidades a patologia mais citada foi a diabetes, seguido do infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC). Em contra partida, mais da metade dos participantes da pesquisa responderam não apresentar outras doenças crônicas além da hipertensão. Artigos sobre perfil dos hipertensos corroboram aos resultados encontrados nesta pesquisa e acredita-se que o fato de o indivíduo possuir outra doença crônica pode despertar maior preocupação com a saúde e qualidade de vida do hipertenso (LIMA et al., 2011; DEMONER et al., 2012).

Os serviços de saúde mais procurados pelos hipertensos de Maringá - PR são em primeiro lugar as Estratégia de Saúde Familiar (ESF), seguido dos hospitais e como última escolha as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). A regularidade do retorno para acompanhamento médico no sistema HiperDia foi em média a cada três meses, sendo esta periodicidade considerada ideal para reavaliação do tratamento segundo o SUS e deve ser

mantida em média a cada 90 dias. Destaca-se a importância da atenção primária a saúde no manejo clínico da HAS, na assistência ao hipertenso com intuito de promover a redução de complicações cardiovasculares decorrente desta patologia (BRASIL, 2013).

O índice de massa corporal (IMC) calculado a partir do peso e altura relatados pelos pacientes classificou a maioria dos hipertensos como portadores de sobrepeso ( $IMC \geq 25\text{kg}/\text{m}^2$  e  $<30\text{kg}/\text{m}^2$ ) segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS). Estudos comprovam que as medidas antropométricas são importantes para informação e acompanhamento do estado de saúde dos hipertensos.

O IMC fora dos parâmetros normais, ou seja, sobrepeso e obesidade são considerados fatores desencadeantes da HAS, uma vez que o peso dentro dos parâmetros da normalidade reduz a pressão arterial e a incidência de HAS, indicando que as mudanças de hábitos como o controle do peso e estilo de vida são fundamentais para prevenção e tratamento da HAS (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010; DOURADO et al. 2011).

A maioria dos hipertensos cadastrados no Sistema HiperDia de Maringá realiza o acompanhamento da hipertensão nos serviços de atenção primária, que é um espaço onde o profissional de saúde tem a oportunidade de trabalhar junto ao hipertenso e realizar programas de educação em saúde. As equipes da ESFs têm a oportunidade de promover a conscientização dos pacientes a respeito da HAS, dos riscos e complicações envolvidos nesta doença, visando a mudanças nos hábitos e estilo de vida. Pesquisas regionalizadas são necessárias, visto que de acordo com o perfil apresentado em cada microrregião as ações podem ser direcionadas pelos profissionais da saúde atuantes nas ESFs.

As mudanças ocorridas no perfil dos hipertensos nas últimas décadas direcionam as equipes das ESFs a atentarem-se cada vez mais às necessidades de conhecer melhor a população, na busca da preservação da saúde, realizando nesses serviços o diagnóstico precoce e terapêuticas adequadas aos casos de HAS, com objetivo de ampliar a visão desses pacientes sobre seu estado de saúde, para que os mesmos possam compreender melhor os riscos relacionados à sua saúde (ZATTAR et al. 2013; REMONDI et al., 2014).

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas visto que na entrevista sócio-demográfica, as informações foram autorreferidas, sem possibilitar a confirmação das informações prestadas pelos pacientes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa identificou que o perfil dos pacientes cadastrados no Sistema HiperDia de Maringá assemelha-se ao descrito em outros estudos e permitiu identificar que duas questões importantes continuam presentes na realidade da população usuária deste sistema. A primeira refere-se a baixa adesão dos homens ao sistema HiperDia. Embora no Brasil a prevalência da HAS é historicamente maior entre as mulheres, há na atualidade uma tendência de mudança no perfil epidemiológico como é evidenciado em outras partes do mundo, onde a HAS é mais prevalente entre os homens. O resultado deste estudo destaca a importância da implementação de busca ativa dos mesmos a fim de inseri-los às práticas educativas de prevenção e tratamento da hipertensão.

A segunda questão que merece ênfase refere-se à baixa escolaridade dos pacientes cadastrados no sistema HiperDia, que requer maior habilidade dos profissionais da saúde. Recomenda-se especial atenção no uso de uma linguagem simples e sensibilidade dos profissionais das UBS para identificar os hipertensos que apresentam maior dificuldade na compreensão das informações sobre a terapia não medicamentosa e terapia medicamentosa. Cabe destacar ainda em relação à terapia não medicamentosa a necessidade de orientações para mudanças de hábitos e do estilo de vida dos hipertensos que devem ser enfatizadas nas consultas realizadas nos serviços de atenção primária.

O profissional enfermeiro desenvolve papel de destaque na consulta de enfermagem aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, educação em saúde e prevenção de comorbidades nestes indivíduos hipertensos frequentadores destes serviços de atenção básica. Faz parte da assistência terapêutica destes profissionais nestes serviços, os esforços para que os hipertensos se sensibilizem pela adoção de um estilo de vida mais saudável que contribua para o controle e redução da PA, além de auxiliar na diminuição e manutenção do peso e dos riscos de agravos cardiovasculares relacionados à HAS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/pdf/v8n2a11.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/pdf/v8n2a11.pdf)>. Acesso em: 04 Mai. 2015.

BRASIL; Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica; Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão arterial sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica** n° 37. Brasília: Ministério da Saúde. 51p. 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)> Acesso em: 21 Nov. 2014.

BRASIL; Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica; Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. **Cadernos de Atenção Básica** n° 35. Brasília: Ministério da Saúde. 31p. 2014. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_35.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf)> Acesso em: 04 Abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/Brasília, 2013. 136p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2012\\_vigilancia\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012_vigilancia_risco.pdf)> Acesso em: 10 Jun. 2014.

CARVALHO, A. L. M.; LEOPOLDINO, W. D.; SILVA, J. E. G.; CUNHA, P. C. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa HiperDia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 7, p. 1885-1892. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n7/28.pdf>>. Acesso em: 24 Jun. 2014.

CASTRO M. E.; ROLIM M.O.; MAURICIO T. F.; Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paulista Enfermagem**, 2005; vol. 18, p.184-189. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a11v18n2.pdf> >. Acesso em: 20 Nov. 2015.

CENATTI, J. L.; LENTSCK, M. H.; PREZOTTO, K.H.; PILGER, C. Caracterização de Usuários Hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Revista de enfermagem e Atenção à saúde**. vol. 2, n. 1, p. 21-31, Jun. 2013. Disponível em: <<http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/928/660>>. Acesso em: 23 Mar. 2015.

CUNHA, P. R. M. S; BRANCO, D. R. C.; BERNARDES, A. C. F.; AGUIAR; M. I. F.; TAVARES, I. L.; PALMEIRA ROLIM, G. A.; LINARD, G. A. Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. **Revista Pesquisa Saúde**, vol. 13, n. 3, p. 11-16, set.-dez., 2012. Disponível em <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/1455/1142>>. Acesso em: 18 Jun. 2015.

DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Brasília. 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 11 Jun. 2014.

DEMONER, M. S.; RAMOS, E. R. P.; PEREIRA, E. R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, 25 (Número Especial 1): 27-34, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002012000800005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002012000800005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Jun. 2014.

DOURADO, C. S.; MACÊDO-COSTA, K. N. F.; OLIVEIRA, J. S.; LEADEBALL, O. D. C. P.; SILVA, G. R. F. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Revista Acta Scientiarum. Health Sciences**, 33, 1 (2011), 9-17. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7708>>. Acesso em: 24 Jun. 2014.

FERMINO, R. C.; SEABRA, A. GARGANTA, R. MAIA, J.A.R. Fatores genéticos na Agregação Familiar da Pressão Arterial de Familiar Nucleares Portuguesas. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, 92,3 (2009), 209-215. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v92n3/08.pdf>>. Acesso em: 04 Mai. 2015.

FIGUEIREDO N. N.; ASAKURA L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, 23(6): 782-7, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002010000600011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002010000600011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Jun. 2014.

FILHA, F. S. S. C.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. M. HiperDia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. **Revista Rene**, Fortaleza, 2011; vol. 12, n. esp., p. 930-936. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_esp\\_pdf/a06v12esp\\_n4.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a06v12esp_n4.pdf)>. Acesso em: 18 Fev. 2015.

FREITAS, L. C. RODRIGUES, G.M. ARAÚJO, F. C. FALCON, E. B. S. XAVIERN. F.; LEMOS, E. L. C.; PIRES, C. A. A. P. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. **Revista brasileira medicina de família e comunidade**. Florianópolis, 2012 Jan.-Mar.; vol.7, n. 22, p. 13-19. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/download/288/452>>. Acesso em: 29 Jun. 2014.

GOMES, T. J. O.; SILVA, M. V. R.; SANTOS, A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa HiperDia em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira Hipertensão**. Vol. 17(3): 132-139, 2010. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/03-controle.pdf>>. Acesso em: 21 Fev. 2015.

GREZZANA, G. B.; STEIN, A. T.; PELLANDA, L. C. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial por Meio da Monitoração Ambulatorial de 24 Horas. **Arquivos Brasileiros**

de **Cardiologia**, São Paulo, 100(4): 355-361 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n4/aop4797.pdf>> Acesso em: 10 Jun. 2014.

LIMA, L. M.; SCHWARTZ,E.; MUNIZ, R. M.; ZILLMER, J. G. V.; LUDTKE, I. Perfil dos Usuários do Hiperdia de Três Unidades Básicas de Saúde do Sul do Brasil. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2011 jun; 32(2):323-9. Disponível em: <<http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo02.pdf>>. Acesso em: 21 Fev.2015.

NOGUEIRA, D.; FAERSTEIN, E.; COELI, C. M.; CHOR, C. S. L., WERNECK, G. L. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: estudo pró-saúde Brasil. **Panam Saúde Pública**, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n2/a03v27n2.pdf>>. Acesso em: 04 Mai. 2015.

PUCCI, N.; PEREIRA, M. R.; VINHOLES, D. B.; PUCCI, P.; CAMPOS, N. D. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. **Revista Brasileira Cardiologia**. vol. 25, n. 4, p. 322-329 jul./ago., 2012. Disponível em: <<http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/V25n04a08.pdf>>. Acesso em: 11 Dez. 2014.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 30, n. 1, p. 126-136, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00126.pdf>>. Acesso em: 22 Jun. 2014.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; NETO, J. E. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Caderno Saúde Pública**, vol. 26, ano 12 , 2010. p. 2389-2398. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/17.pdf>>. Acesso em: 16 Mar. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, Suplemento 1., 2010. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.asp](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.asp)>. Acesso em: 20 Ago. 2014.

SOUZA,C. S.;STEIN, A. T.; BASTOS, A. N.; PELLANDA,L. C. Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa HiperDia: Estudo de Base Territorial. **Arquivos Brasileiros Cardiologia**. 2014; Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2014000600007&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2014000600007&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em: 21 Fev.2015.

WOLF-MAIER K.; COOPER R.S.; BANEGAS J.R; GIAMPAOLI S.; HENSE H.W.; JOFFRES M., et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada and United States. **JAMA** 2003; 289:2363-9. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12746359>>. Acesso em: 20 Nov. 2015.

ZATTAR, L. C.; BOING, A. F.; GIEHL, M. W. C.; D'ORSI, E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, vol. 29, n. 3. 2013. p. 507-552. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n3/a09v29n3.pdf>>. Acesso em: 04 Mai. 2015.

## 5.1 NORMAS DO ARTIGO 1



ISSN 0103-1104 versão impressa  
ISSN 2358-2898 versão online

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

#### Escopo e política

Aceita trabalhos inéditos sob forma de artigos originais, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de depoimentos.

Os textos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desde que identificadas a fonte e a autoria.

A publicação dos trabalhos está condicionada à aprovação de membros do Conselho *ad hoc* que avaliam os artigos pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas permanecem sigilosos até a publicação do texto. Eventuais sugestões de modificações da estrutura ou de conteúdo, por parte da Editoria, serão previamente acordadas com os autores, por meio de comunicações via site e e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final para publicação.

#### Forma e preparação de manuscritos

##### Modalidades de textos aceitos para publicação

##### Artigos originais

1. Pesquisa: artigos que apresentem resultados finais de pesquisas científicas, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Artigos resultantes de pesquisas que envolvem seres humanos devem ser enviados junto de cópia do documento da Comissão de Ética da instituição.
2. Ensaio: artigos com análise crítica sobre um tema específico de relevante interesse para a conjuntura das políticas de saúde no Brasil, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
3. Revisão: artigos com revisão crítica da literatura sobre um tema específico, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
4. Relato de experiência: artigos com descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
5. Opinião: de autoria exclusiva de convidados pelo Editor Científico da revista, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Nesse formato não são exigidos o resumo e o abstract.

##### Resenhas

Serão aceitas resenhas de livros de interesse para a área de Políticas Públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma noção do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, em até três laudas.

##### Documentos e depoimentos

Serão aceitos trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

##### Seções da publicação

A revista está estruturada com as seguintes seções:

- Editorial
- Apresentação
- Artigos de Debate
- Artigos Temáticos
- Artigos de Tema Livre
- Artigos Internacionais
- Resenhas
- Depoimentos
- Documentos

### **Apresentação do texto**

#### **Sequência de apresentação do texto**

Os artigos podem ser escritos em português, espanhol ou inglês.

Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português.

O título, por sua vez, deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do artigo. A folha de apresentação deve trazer o nome completo do(s) autor(es) e, no rodapé, as informações profissionais (contendo filiação institucional e titulação), endereço, telefone e e-mail para contato. Essas informações são obrigatórias. Quando o artigo for resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e se houve conflito de interesses na concepção da pesquisa.

Apresentar resumo em português e inglês (abstract) ou em espanhol e inglês com, no máximo, 700 caracteres com espaço (aproximadamente 120 palavras), no qual fique clara a síntese dos propósitos, métodos empregados e principais conclusões do trabalho. Devem ser incluídos, ao final do resumo, o mínimo de três e o máximo de cinco descritores (keywords), utilizando, de preferência, os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis no endereço <http://decs.bvs.br>.

Caso não sejam encontrados descritores relacionados à temática do artigo, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido no âmbito acadêmico.

Em seguida apresenta-se o artigo propriamente dito:

- a. as marcações de notas de rodapé no corpo do texto deverão ser sobrescritas. Por exemplo: Reforma Sanitária.
- b. para as palavras ou trechos do texto destacados a critério do autor, utilizar aspas simples. Por exemplo: 'porta de entrada'. Aspas duplas serão usadas apenas para citações diretas.
- c. quadros, gráficos e figuras deverão ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco e/ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e intitulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de quadros e de gráficos deverá ser, no máximo, de cinco por artigo. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem informações sobre os autores do artigo, citando apenas a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto.
- d. os autores citados no corpo do texto deverão estar escritos em caixa-baixa (só a primeira letra maiúscula), observando-se a norma da ABNT NBR 10520:2002 (disponível em bibliotecas). Por exemplo: "conforme argumentam Aciole (2003) e Crevelim e Peduzzi (2005), correspondente à atuação do usuário nos Conselhos de Saúde..."
- e. as referências bibliográficas deverão ser apresentadas, no corpo do texto, entre parênteses com o nome do autor em caixa-alta seguido do ano e, em se tratando de citação direta, da indicação da página. Por exemplo: (COSTA, 2009, p. 443).

As referências bibliográficas deverão ser apresentadas no final do artigo, observando-se a norma da ABNT NBR 6023:2002 (disponível em bibliotecas), com algumas adaptações (abreviar o prenome dos autores). Exemplos.

#### **Livro**

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

#### **Capítulo de livro**

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

#### **Artigo de periódico**

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, set./dez. 2010, p. 349-370.

#### **Material da internet**

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Normas para publicação da Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <[http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas\\_publicacoes.pdf](http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf)>. Acesso em: 9 jun 2010.

### **Envio de manuscritos**

Os artigos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: <http://www.saudeemdebate.org.br>, após realizar login fornecido junto da senha após o cadastro do autor responsável pela submissão. Todos os campos obrigatórios devem ser devidamente preenchidos. O artigo submetido e o arquivo enviado devem ser iguais, contendo as mesmas informações.

No corpo do texto não deve conter nenhuma informação que possibilite identificar os autores ou instituições. Todas as informações relacionadas aos autores devem constar apenas no arquivo submetido.

Os arquivos referentes a tabelas, gráficos e figuras devem ser submetidos separadamente do arquivo com o texto principal e não devem conter identificações sobre os autores.

O artigo deve ser digitado no programa Word da Microsoft® ou compatível (salvar em formato .doc ou .docx), em página padrão A4, com fonte Times New Roman tamanho 12 e espaçamento entre linhas de 1,5.

Os documentos solicitados (relacionados a seguir) deverão ser enviados via correio, devidamente assinados.

#### **Declaração de autoria e de responsabilidade**

Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento, ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na

elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; c) participar da aprovação da versão final do manuscrito. Para tal, é necessário que todos os autores e coautores assinem a Declaração de Autoria e de Responsabilidade, conforme modelo, disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>

### **Conflitos de interesse**

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse entre os autores. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho" na página de rosto (folha de apresentação do artigo) será suficiente.

### **Ética em pesquisa**

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais) deverá ser encaminhado um documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um Comitê de Ética em Pesquisa, deverá ser apresentada a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

**Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**  
**Av. Brasil, 4036, sala 802 - Manguinhos**  
**21040-361, Rio de Janeiro, RJ, Brasil**  
**Tel.: (21) 3882-9140**  
**Fax: (21) 2260-3782**



[revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

## **6 ARTIGO: 2**

### **FATORES PREDITORES PARA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO**

#### ***FACTORS FOR ACCESSION TO PREDICTORS ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT***

#### ***FACTORES PREDICTORES PARA LA ADHESIÓN A TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO***

Alcione Oliveira de Souza<sup>1</sup>

Edivan Rodrigues de Paula Ramos<sup>2</sup>

Mirian Ueda Yamaguchi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Discente do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Cesumar – UniCesumar, Maringá, Paraná.

<sup>2</sup> Farmacêutico. Doutor em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Maringá. Docente Adjunto II do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

<sup>3</sup> Farmacêutica. Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Estadual de Maringá. Docente no Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde e no curso de Medicina no Centro Universitário Cesumar – UniCesumar, Maringá, Paraná.

Autor Correspondente: Alcione Oliveira de Souza. E-mail: [alcionesouza\\_mt@hotmail.com](mailto:alcionesouza_mt@hotmail.com).  
(65) 9967-8443.

## RESUMO

As doenças hipertensivas constituem um relevante problema de saúde pública relacionados a eventos cardiovasculares graves e fatais. O presente estudo objetivou conhecer os preditores para adesão à terapia anti-hipertensiva correlacionados com variáveis sociodemográficas e estilo de vida dos pacientes cadastrados no sistema HiperDia das Unidades Básicas de Saúde de Maringá - PR. Realizou-se um estudo quantitativo e transversal com 401 usuários hipertensos. Foram coletados dados sociodemográficos por meio do teste de Morisky-Green (TMG) e o Questionário "Estilo de Vida Fantástico" avaliou a qualidade de vida. Os dados foram analisados por meio da regressão logística univariada e multivariada. Para os hipertensos entrevistados os resultados apontaram que 62,3% não aderem à terapia anti-hipertensiva e 54,6% apresentam qualidade de vida classificada como muito boa e excelente. Foram identificados como fatores preditores para a não adesão à terapia anti-hipertensiva o estado civil solteiro, IMC acima do peso e a realização do acompanhamento médico em intervalos de 12 meses ou mais. As variáveis idade, ser aposentado e grau de escolaridade não influenciaram significativamente a adesão ao tratamento. Conclui-se que a observação das características intrínsecas do paciente hipertenso permite ao profissional da saúde identificar aqueles que necessitam maior atenção no atendimento clínico com menor chance de aderir ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo.

Palavras chaves: Qualidade de Vida, Hipertensão, Adesão ao tratamento medicamentoso, Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

The hypertensive diseases constitute an excellent problem of public health related the serious and fatal cardiovascular events. The present study it objectified to know the preditores for adherence to the antihypertensive therapy correlated with sociodemographic variable and and lifestyle of the patients registered in HiperDia system of the Basic Units of Health of Maringá - PR. We conducted a quantitative and cross-sectional study with 401 hypertensive patients. We collected demographic data through Morisky-Green test (GMT) and the Questionnaire "Lifestyle Fantastic" evaluated the quality of life. The data were analyzed using univariate and multivariate logistic regression. For hypertensive respondents the results showed that 62.3% do not adhere to antihypertensive therapy and 54.6% have rated quality of life as very good and excellent. They were identified as predictors of non-adherence to antihypertensive therapy the unmarried, IMC overweight and implementation of medical monitoring every 12 months or more. The age, be retired and education level did not influence treatment adherence. It is concluded that the observation of the intrinsic characteristics of hypertensive patients enables the health professional to identify those who need more attention in clinical care are less likely to adhere to antihypertensive drug treatment.

Key words: Quality of Life, hypertension, Compliance to drug treatment, primary health care.

## RESUMEN

Las enfermedades hipertensivas son un importante problema de salud pública relacionados con eventos cardiovasculares graves y fatales. El presente estudio objetivou conocer los preditores para adhesión a la terapia anti-hipertensiva correlacionados con variables sociodemográficas y estilo de vida de los pacientes dados de alta en el sistema HiperDia de las Unidades Básicas de Salud de Maringá - PR. Se realizó un estudio cuantitativo y transversal con 401 usuarios hipertensos. Fueron recolectados datos sociodemográficos por medio de la prueba de Morisky-Green (TMG) y el Cuestionario "Estilo de Vida Fantástico" evaluó la calidad de vida. Los datos fueron analizados por medio de la regresión logística univariada y multivariada. Para los hipertensos encuestados los resultados apuntaron que 62,3% no adhieren a la terapia anti-hipertensiva y 54,6% presentan calidad de vida clasificada como muy bueno y excelente. Fueron identificados como factores preditores para la no adhesión a la terapia anti-hipertensiva el estado civil solteiro, IMC por encima del peso y la realización del acompañamiento médico en intervalos de 12 meses o más. Las variables edad, ser jubilado y grado de escolaridad no influenciaron significativamente la adhesión al tratamiento. Se concluye que la observación de las características intrínsecas del paciente hipertenso permite al profesional de la salud identificar aquellos que necesitan mayor atención en la atención clínico con más pequeña oportunidad de adherir al tratamiento medicamentoso anti-hipertensivo.

Palabras clave: Calidad de vida, la hipertensión, el cumplimiento del tratamiento farmacológico, la atención primaria de salud.

## INTRODUÇÃO

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) caracteriza-se por níveis elevados da pressão arterial (PA) com valores maiores ou iguais a 140 e 90 mmHg, os quais podem danificar artérias cerebrais, coronarianas e renais<sup>1</sup>. Estes danos associados às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvos como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, estão relacionados com o aumento progressivo do risco de eventos cardiovasculares graves e muitas vezes fatais<sup>2,3</sup>.

A HAS é responsável por aproximadamente 9,4 milhões de mortes por ano no mundo (OMS, 2013)<sup>4</sup>. No Brasil a hipertensão está associada a 25% dos óbitos por doença coronariana aguda e 40% das mortes por acidente vascular cerebral, totalizando 46.804 óbitos em 2013<sup>3</sup>. A prevalência da HAS no país varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos entre 60 e 69 anos e 75% para indivíduos com mais de 70 anos<sup>4,5</sup>.

Neste contexto, as Estratégias de Saúde da Família (ESF), que são serviços de saúde desenvolvidos por equipes multiprofissionais que trabalham na prevenção dos agravos, promoção da saúde, tratamento e reabilitação dos portadores de DCNT<sup>6</sup>. Nas ESF são realizados os cadastramentos dos hipertensos no sistema HiperDia objetivando o manejo clínico, tratamento e acompanhamento dessa população<sup>4,7</sup>.

Esses serviços de atenção primária são considerados alternativas para a reorientação do modelo de atenção, com ênfase na promoção da saúde envolvendo a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de habilidades pessoais, o reforço da ação comunitária, a criação de ambientes favoráveis à saúde e reorientação dos sistemas e dos serviços de saúde<sup>7,8</sup>.

A HAS é uma doença multifatorial e normalmente apresenta-se assintomática<sup>3</sup>. O indivíduo hipertenso pode relutar em utilizar a medicação anti-hipertensiva quando indicada e resistir na adoção de um estilo de vida saudável<sup>9</sup>. A adesão do paciente ao tratamento da hipertensão consiste em seguir as instruções fornecidas pelo médico ou outro profissional de saúde exatamente como é proposto ao paciente, em relação às doses do medicamento anti-hipertensivo, ao seguimento de uma dieta alimentar e/ou à modificação de hábitos de vida<sup>7,10</sup>.

Nos países desenvolvidos a taxa de não adesão à terapia anti-hipertensiva encontra-se em torno de 50%, sendo que estes valores são considerados superiores em países menos desenvolvidos<sup>5,10</sup>. No Brasil a taxa de adesão ao tratamento anti-hipertensivo varia entre 23% e 62,1%, reafirmando no contexto nacional a importância do problema devido às suas potenciais consequências<sup>10,11,12</sup>.

Diversos estudos vêm sendo desenvolvidos com intuito de caracterizar a falta de adesão a terapia anti-hipertensiva que representa um sério obstáculo no controle da HAS sendo considerado um grande desafio para os profissionais da saúde visto as consequências que causa à população portadora da doença, que pode chegar a 75% nas faixas etárias mais velhas<sup>3,5,13</sup>.

A adesão ao tratamento deve ser amplamente trabalhada nos serviços de atenção básica, pois a hipertensão é uma patologia que não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade nesses serviços de saúde como nas ESF<sup>3,8</sup>. O regime de tratamento é a auto administração de medicação de uso contínuo fornecida gratuitamente pelas UBS com acompanhamento da equipe multidisciplinar do sistema HiperDia<sup>14</sup>.

Pesquisas que utilizam métodos indiretos de avaliação da adesão às terapias medicamentosas podem ser executados por meio de métodos como o teste de Morisky-Green, que são questionários de simples aplicação, entendimento e baixo custo, por isso são com frequência aplicados em pesquisas que tratam da adesão ao tratamento anti-hipertensivo<sup>10,15</sup>.

A partir desta problemática entende-se que é oportuno conhecer perfil do paciente hipertenso, seus determinantes sociais, determinantes de saúde e o estilo de vida que podem influenciar na conduta do paciente em aderir ou não à terapia medicamentosa<sup>10,16</sup>. A identificação dos fatores preditivos para o abandono do tratamento permitirá aos profissionais da saúde desenvolverem um trabalho direcionado ao perfil do paciente a partir do conhecimento prévio daqueles com maior ou menor propensão de aderir ou não ao uso da medicação<sup>11,16,17</sup>.

Vale ressaltar que os dados sobre a prevalência da adesão à terapia anti-hipertensiva são variados e pode estar relacionados com diferenças entre as populações estudadas o que justifica o estudo regionalizado, como o desenvolvido neste estudo. Frente ao exposto, esta

pesquisa objetivou identificar os fatores preditores à adesão a terapia anti-hipertensiva correlacionada com variáveis sócio-demográficas, características terapêuticas e estilo de vida dos pacientes portadores de HAS, cadastrados no programa HiperDia das unidades Básicas de Saúde de Maringá - PR.

## MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Maringá (PR), durante os meses de Janeiro a Março de 2015. A amostra estudada foi calculada a partir 27.072 indivíduos hipertensos maiores de 15 anos cadastrados no programa HiperDia, na cidade de Maringá- PR, com um erro de estimativa de 5% e confiabilidade de 95%, acrescidos de 20% para possíveis perdas. A amostra estimada foi de 401 indivíduos, considerando a estratificação da amostra por Unidade Básica de Saúde (UBS).

A aplicação dos questionários foi realizada de forma individual no momento que os usuários do sistema HiperDia compareceram à UBS para avaliação com a equipe multidisciplinar. Os critérios para a inclusão do pesquisado no estudo foram: possuir idade igual ou superior a 15 anos, estar cadastrado no programa HiperDia da respectiva unidade de saúde, ser usuário de tratamento medicamentoso para hipertensão arterial, concordarem e assinarem o TCLE. As entrevistas foram realizadas no período de espera do paciente para a avaliação médica periódica nas UBS.

Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado para caracterização dos dados sócio-demográficos. Utilizou-se também o teste Morisky-Green (TMG) que é um método de autocomunicação, baseado em perguntas diretas e indiretas ao sujeito sobre seu comportamento diante da terapêutica farmacológica anti-hipertensiva<sup>18,19</sup>.

O teste de Morisky-Green (TMG) consiste em uma escala de autorrelato, que caracteriza as atitudes e comportamentos do paciente frente à tomada de medicamentos, objetivando identificar os pacientes aderentes ou não ao tratamento da hipertensão. De acordo com o protocolo do TMG, é considerado aderente o paciente que obtém pontuação máxima de quatro pontos e não aderente o que obtém pontuação igual ou menor que três pontos<sup>12,18,19</sup>.

O instrumento TMG consiste de quatro perguntas relacionadas ao tratamento da hipertensão: 1) “Você, alguma vez, se esqueceu de tomar seus medicamentos para

hipertensão?"; 2) "Você, às vezes, se esquece de tomar seus medicamentos?"; 3) "Quando você se sente bem, alguma vez, deixa de tomar seus medicamentos?" e 4) "Quando você se sente mal com o medicamento, às vezes, deixa de tomá-los"?<sup>18</sup>.

Para conhecer o estilo de vida dos indivíduos pesquisados foi aplicado o questionário denominado "Estilo de Vida Fantástico", o qual foi desenvolvido pelo Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster do Canadá, validado e traduzido por Rodriguez-Añez, Reis e Petroski<sup>22</sup> no ano de 2008<sup>20,21</sup>.

Este questionário é composto por 25 questões na forma de escala tipo *Linkert* e se refere às questões pertinentes aos hábitos e atitudes do entrevistado frente aos seguintes domínios: 1) família e amigos; 2) atividade física; 3) nutrição; 4) cigarro e drogas; 5) álcool; 6) sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; 7) tipo de comportamento; 8) introspecção; 9) trabalho e satisfação com a profissão<sup>22</sup>.

Essa escala tipo *Linkert* tem valores de cinco pontos, conforme cada coluna, sendo: 0 (zero) para a primeira coluna; 1 (um) para a segunda coluna; 2 (dois) para a terceira coluna; 3 (três) para a quarta coluna e 4 (quatro) para a quinta coluna. Para questões binárias, a pontuação é 0 (zero) para a primeira coluna e 4 (quatro) para a última coluna.

As somas dos valores obtidos nas respostas das 25 questões referentes ao estilo de vida permitiram chegar a uma pontuação total e classificar os indivíduos em cinco categorias: "Excelente (85 a 100 pontos)", "Muito boa (70 a 84 pontos)", "Boa (55 a 69 pontos)", "Regular (35 a 54 pontos)" e "Necessita melhorar ou ruim (0 a 34 pontos)". Almeja-se que os sujeitos atinjam níveis superiores à categoria "Boa", o que indica uma associação positiva entre o estilo de vida e as condições da saúde<sup>20, 21, 22</sup>.

Mediante análise dos resultados do TMG, classificaram-se dois grupos de indivíduos: os aderentes e os não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo. Para verificar possíveis associações entre a adesão ao tratamento, determinadas pelo teste de TGM com cada fator sócio-demográfico observado, foram calculadas as *odds ratios* (razões de chances), assim como seus respectivos intervalos de confiança de 95% que foram estimados pelo modelo de regressão logística univariada.

Os resultados do questionário estilo de vida fantástico classificou o pesquisado em 5 categorias: excelente, muito boa, boa, regular, necessita melhorar ou ruim. Foi verificado a

possível relação dos resultados *versus* TMG. Todas as variáveis (dados sócio-demográficos, TMG e questionário “Estilo de Vida Fantástico”) foram estudados de maneira isolada e aquelas que apresentaram valores  $p$  superiores a 0,25 no teste de associação Qui-quadrado, foram submetidas à análise multivariada. Com o auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*) foram obtidos os resultados. A análise estatística foi realizada com o auxílio do programa *STATISTICAL ANALYSIS SYSTEM (SAS)*, versão 9.3.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR (número: 873.870). Os participantes entrevistados foram devidamente informados sobre a pesquisa e aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde.

## RESULTADOS

Para o processamento da análise, organizou-se os dados em quatro tabelas, na primeira apresentam-se as informações referentes à adesão dos pacientes ao tratamento anti-hipertensivo, de acordo com a distribuição do sexo.

Entre os 401 hipertensos entrevistados, evidencia-se prevalência das mulheres com 281 do sexo feminino (70,1%) e 120 masculino (29,9%). Observa-se na Tabela 1 que 68,3% dos homens contra 59,8% das mulheres não aderem à terapia anti-hipertensiva.

**Tabela 1.** Distribuição por sexo dos 401 indivíduos aderentes e não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo cadastrados sistema HiperDia de Maringá – PR, ano 2014.

Sexo	Adesão ao tratamento anti-hipertensivo		
	Sim n(%)	Não n(%)	Total n(%)
<b>Homens</b>	38 (31,7)	82 (68,3)	120 (100)
<b>Mulheres</b>	113 (40,2)	168 (59,8)	281 (100)
<b>Total</b>	151 (37,7)	250 (62,3)	401 (100)

A análise e mensuração dos preditores relacionados à qualidade de vida foram realizadas por meio do questionário “Estilo de Vida Fantástico” e estão apresentadas na Tabela 2, que mostra o contexto da qualidade de vida dos entrevistados. Os indivíduos foram classificados com qualidade de vida: ruim, regular, bom, muito bom e excelente.

**Tabela 2.** Correlação entre qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-hipertensivo de 401 pacientes avaliados e cadastrados no sistema HiperDia de Maringá - PR ano 2014.

Categorias	Avaliação da Qualidade de Vida		Total n(%)
	Adesão ao Tratamento anti-hipertensivo		
	Sim (n)	Não (n)	
Ruim	0	0	0 (0,0)
Regular	13	24	37 (9,2)
Boa	48	97	145 (36,2)
Muito Boa	68	109	177 (44,1)
Excelente	22	20	42 (10,5)
<b>Total</b>	151	250	401 (100,0)

Categorias adotadas e validadas<sup>22</sup>

A Tabela 2 indica as categorias baseadas no estilo de vida dos hipertensos pesquisados. Nenhum deles enquadra-se na classificação Ruim (0%), os classificados como Regular representaram 9,2%, 36,2% Bom, 44,1% Muito Bom e 10,5% Excelente. As categorias Muito Bom e Excelente equivaleram à maioria dos entrevistados (54,6%).

Para verificar possíveis associações entre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo determinada pelo teste de *Morisky-Green* com cada fator sócio-demográfico e o questionário “Estilo de Vida Fantástico”, foram calculadas as *Odds ratios* (razões de chances), assim como seus respectivos intervalos de confiança de 95% por meio da análise univariada.

**Tabela 3:** Análise univariada da adesão ao tratamento em função de fatores relacionados aos pacientes hipertensos cadastrados no sistema HiperDia das UBS de Maringá-PR.

Fatores	Adesão à terapia		Odds Ratio Bruta (IC 95%)	Valor p
	Sim	Não		
<b>Sexo</b>				
Masculino	38	82	1	-
Feminino	113	168	1,451 (0,923; 2,282)	0,1066
<b>Idade</b>				
20 a 39 anos	3	17	0,321 (0,090; 1,145)	0,0799
40 a 59 anos	56	102	1	-
60 a 79 anos	84	116	1,319 (0,858; 2,028)	0,2072
80 anos ou mais	8	15	0,971 (0,388; 2,432)	0,9506
<b>Aposentado</b>				
Sim	54	66	1,552 (1,004; 2,399)	0,0480*
Não	97	184	1	-
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto	18	16	1,935 (0,945; 3,964)	0,0712
1º Grau	100	172	1	-
2º Grau	25	52	0,827 (0,483; 1,415)	0,4879
3º Grau	8	10	1,376 (0,526; 3,600)	0,5154
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro	1	15	0,101 (0,013; 0,785)	0,0284*
Casado	71	108	1	-
Viúvo	52	82	0,965 (0,610; 1,526)	0,8777
Divorciado	19	29	0,997 (0,520; 1,912)	0,9918
Amasiado	8	16	0,761 (0,309; 1,871)	0,5511
<b>Número de pessoas</b>				
0	10	11	1	-
1	30	53	0,623 (0,237; 1,637)	0,3366
2 ou mais	111	186	0,656 (0,270; 1,595)	0,3529
<b>Número de filhos</b>				
0	7	22	0,518 (0,214; 1,255)	0,1452
1 a 3	102	166	1	-

4 ou mais	42	62	1,102 (0,694; 1,751)	0,6795
<b>Trabalho</b>				
Não	10	19	0,862 (0,390; 1,907)	0,7145
Sim	139	229	1	-
<b>Quantidade de turnos</b>				
Um	9	11	1,359 (0,549; 3,369)	0,5072
Dois	130	216	1	-
Três	2	4	0,831 (0,150; 4,599)	0,8318
<b>IMC</b>				
Abaixo do Peso	1	1	0,958 (0,058; 15,778)	0,9762
Peso Normal	48	46	1	-
Acima do Peso	54	111	0,466 (0,277; 0,783)	0,0039*
Obesidade	48	92	0,500 (0,293; 0,853)	0,0110*
<b>Deficiência física</b>				
Não	132	221	1	-
Sim	19	28	1,136 (0,610; 2,114)	0,6872
<b>Histórico de doença</b>				
Não	35	57	1,066 (0,655; 1,733)	0,7981
Sim (pais)	102	177	1	-
Sim (outros)	14	16	1,518 (0,712; 3,239)	0,2799
<b>Comorbidades</b>				
Nenhuma	140	1	-	72
AVE/Infarto	10	5	3,889 (1,281; 11,806)	0,0165*
Diabetes	38	60	1,231 (0,750; 2,022)	0,4105
Doença Renal	1	4	0,486 (0,053; 4,430)	0,5223
Outras	30	41	1,423 (0,821; 2,466)	0,209
<b>Serviço de saúde utilizado</b>				
ESF	101	161	1	-
Hospital	32	53	0,797 (0,430; 1,479)	0,4719
UPA	18	36	0,962 (0,581; 1,594)	0,8818
<b>Tempo retorno UBS para acompanhamento</b>				

1 a 5 meses	115	159	1	-
6 a 11 meses	28	66	0,587 (0,355; 0,970)	0,0376*
12 meses ou mais	8	25	0,422 (0,193; 1,016)	0,0546
<b>Qualidade de vida</b>				
Ruim	0	-	-	0
Regular	13	24	0,492 (0,199; 1,219)	0,1257
Boa	48	97	0,450 (0,224; 0,904)	0,0248*
Muito Boa	68	109	0,567 (0,288; 1,116)	0,1006
Excelente	22	20	1	-

Os resultados apresentados indicam que apenas 37,7% dos pacientes entrevistados realizam adequadamente o tratamento anti-hipertensivo, conforme os critérios do teste de *Morisky-Green*. Observa-se pela análise univariada na Tabela 2, que os aposentados apresentam chances significativamente maiores (OR = 1,552) de aderirem ao tratamento em relação a aqueles que não são aposentados (Tabela. 3).

Também verificou-se que as chances de adesão são menores entre os solteiros, comparando-se com os casados. Por outro lado, aqueles que possuem um índice de massa corporal (IMC) classificado como acima do peso ou obeso, exibem cerca de metade das chances de realizarem os cuidados terapêuticos quando comparados àqueles com peso normal (Tabela. 3).

Nota-se um aumento significativo das chances dos indivíduos que já tiveram AVE/Infarto de adotar à terapia sobre os que não apresentam nenhuma outra doença crônica além da hipertensão. Os pacientes que realizam acompanhamento nas USBs entre 6 a 12 meses têm chances relativamente menores de aderir ao tratamento do que os que são acompanhados a menos de 5 meses (Tabela. 3).

Por fim, verifica-se também que os entrevistados que tiveram sua qualidade de vida classificada como regular e boa são menos propensos a adotar a intervenção terapêutica quando comparados aos que apresentaram qualidade de vida muito boa e excelente. Porém, apenas o nível “boa” obteve diferença significativa. Os demais fatores não apresentaram diferenças significativas na razão de chances de adoção do tratamento (Tabela. 3).

Para realizar a regressão logística multivariada, foram avaliadas as estimativas de razão de chances considerando possíveis interações entre as variáveis preditivas, das quais foram selecionadas as que tiveram relação de dependência com a variável resposta. Destas, foram escolhidas apenas, aquelas que não apresentaram multicolinearidade como apresentadas na Tabela 4.

**Tabela 4.** Análise de regressão logística multivariada da adesão ao tratamento anti-hipertensivo (Teste de Morisky-Green) em função dos fatores sócio demográfico e os resultados do Questionário “Estilo de Vida Fantástico”

<b>Fatores</b>	<b>Odds Ratio (OR) Ajustada</b>	<b>Valor p</b>
<b>Gênero</b>		
Feminino	2,282 (1,318; 3,951)	0,0032*
<b>Idade</b>		0,1208
20 a 39 anos	0,348 (0,092; 1,320)	0,9219
60 a 79 anos	1,026 (0,613; 1,719)	0,2305
80 anos ou mais	0,509 (0,169; 1,534)	
<b>Aposentado</b>		
Sim	1,586 (0,914; 2,749)	0,1008
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	2,126 (0,898; 5,036)	0,0864
2º Grau	1,050 (0,579; 1,903)	0,8721
3º Grau	1,981 (0,671; 5,847)	0,216
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	0,085 (0,010; 0,702)	0,0221*
Viúvo	0,768 (0,462; 1,275)	0,3067
Divorciado	0,710 (0,347; 1,454)	0,3489
Amasiado	0,849 (0,319; 2,263)	0,744
<b>Índice de Massa Corporal (IMC)</b>		
Abaixo do Peso	0,301 (0,015; 6,078)	0,4333
Acima do Peso	0,557 (0,317; 0,980)	0,0425*
Obesidade	0,644 (0,355; 1,171)	0,149
<b>Doenças crônicas</b>		
AVC/Infarto	4,169 (1,203; 14,447)	0,0243*
Diabetes	1,145 (0,662; 1,980)	0,6286
Doença Renal	0,536 (0,053; 5,397)	0,5968
Outras	1,085 (0,587; 2,006)	0,7954
<b>Tempo de retorno para acompanhamento</b>		
6 a 11 meses	0,599 (0,348; 1,033)	0,0652
12 meses ou mais	0,389 (0,157; 0,961)	0,0408*
<b>Qualidade de vida</b>		
Regular	0,591 (0,215; 1,621)	0,3068
Boa	0,432 (0,198; 0,942)	0,035*
Muito Boa	0,561 (0,265; 1,190)	0,1319

Probabilidade (P), razão de chances (OR). Acidente Vascular Cerebral (AVC)

A análise de regressão logística múltipla foi realizada com o objetivo de determinar conjuntamente quais eram as variáveis que poderiam ser consideradas como preditoras para adesão ou não adesão à terapia anti-hipertensiva entre os usuários do sistema HiperDia.

Dentre as nove variáveis, quando analisadas conjuntamente, três (idade, ser aposentado, escolaridade) não influenciaram significativamente a adesão à terapia, enquanto seis variáveis (sexo, estado civil, IMC, presença de doença crônica, nível de qualidade de vida, tempo de retorno ao serviço) apresentaram significância para adesão à terapia anti-hipertensiva (Tabela. 4).

Hipertensos do sexo feminino, que apresentaram como comorbidade um AVE/infarto e classificados no estilo de vida no nível boa apresentaram mais chances de aderirem ao tratamento. Com destaque ao fato de pacientes do sexo feminino possuem mais que o dobro de chances de adotar os cuidados terapêuticos em comparação aos homens (Tabela. 4).

Como também pode ser visualizado na Tabela 4, o estado civil solteiro, a classificação do IMC acima do peso e o tempo de retorno à UBS superior a 12 meses são fatores que quando analisados conjuntamente influenciam significativamente para a não adesão à terapia medicamentosa (Tabela. 4).

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos na presente investigação demonstraram que pouco mais de um terço dos hipertensos cadastrados no sistema HiperDia de Maringá-PR aderem à terapia anti-hipertensiva. Esse resultado é inferior ao outro estudo<sup>24</sup> que também utilizou o TMG e outros métodos<sup>25</sup> de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, nos quais obtiveram percentuais superiores, variando entre 51% e 72%, respectivamente.

O sexo feminino revelou-se predominante dentre os cadastrados no sistema HiperDia e apresentaram mais chances de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. A prevalência das mulheres nos serviços de saúde e a baixa participação dos homens observado nos resultados da presente pesquisa assemelha-se a certos estudos<sup>20,27</sup> que afirmam que aspectos culturais do sexo masculino podem favorecer a negligência com a saúde e a não adesão desta população ao tratamento das DCNT. A maior participação das mulheres pode ser explicada ainda pelo

fato delas terem maior percepção para identificarem seus problemas de saúde levando-as a freqüentarem mais os serviços de atenção à saúde<sup>10,26,28</sup>.

Com relação a epidemiologia da HAS no Brasil, as mulheres figuram como o sexo com maior prevalência de hipertensão, numa proporção de 26,9% de mulheres hipertensas contra 21,3% dos homens<sup>29</sup>. O que pode estar relacionado à maior participação das mulheres. A maior prevalência de hipertensão crônica nas mulheres ocorre devido as mudanças no seu papel na sociedade<sup>30</sup> que pode estar relacionado ao fato de grande parcela das mulheres na atualidade terem que administrar a profissão, a responsabilidade pela família e afazeres domésticos, o que favorece o estresse que é considerado fator de risco prevalente na HAS.

É importante que os profissionais de saúde dêem maior ênfase à necessidade de mudança no estilo de vida dos hipertensos, como os cuidados relacionados aos hábitos alimentares. Estes fazem parte da assistência terapêutica, e é comprovado que essas mudanças contribuem efetivamente para a redução da hipertensão crônica além de auxiliar na diminuição dos riscos cardiovasculares e melhor qualidade de vida desta população<sup>8,30</sup>.

Em uma das variáveis associadas ao estilo de vida, observou-se neste estudo relações estatísticas significativas da não adesão à terapia em indivíduos que foram classificados com IMC acima do peso e obeso. Nesse sentido, pesquisas corroboram com resultados de prevalência da não adesão à terapia anti-hipertensiva em pacientes que apresentaram sobrepeso e obesidade<sup>2,29</sup>.

Entre as comorbidades prevalentes nos hipertensos, a doença mais citada foi a diabetes, entretanto, pacientes que já sofreram um acidente vascular cerebral ou um infarto agudo do miocárdio apresentaram maior adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Resultados de estudos reiteram que hipertensos que sofrem de outras DCNT e se conscientizam da gravidade da doença possuem mais chances de adesão à terapia e menor taxa de abandono do tratamento<sup>28,30</sup>.

No que se refere ao acompanhamento médico da hipertensão, os usuários que declararam realizar acompanhamento com freqüência de 12 meses ou mais foram os que mais aderiram ao tratamento. Estudos destacam<sup>22</sup> que apenas o diagnóstico de hipertensão e o cadastro inicial no HiperDia não são suficientes para que o paciente realize os tratamentos medicamentoso e dietético adequado, é preciso o monitoramento deste indivíduo através dos programas de acompanhamento nas ESFs, fazendo com que o paciente se sinta motivado a

manter os tratamentos propostos para DCNT. No Brasil, o SUS determina que a frequência ideal para o acompanhamento médico da HAS deve ser realizada em periodicidade média de três em três meses<sup>3,12</sup>.

Os resultados da análise estatística do questionário “Estilo de Vida Fantástico”, apontaram que os indivíduos mais propensos a adesão ao tratamento anti-hipertensivo foram os entrevistados que apresentaram qualidade de vida “Muito Boa” e “Excelente”. Estes resultados provavelmente devem-se ao fato do estilo de vida e hipertensão estarem relacionados ao equilíbrio de diversos aspectos do estilo de vida, como aos hábitos alimentares, prática regular de exercícios físicos, relações pessoais e familiares estruturadas, trabalho estável, lazer e vida social, além da associação com baixo consumo de tabaco e bebidas alcoólicas. O controle efetivo da HAS está relacionado à adoção de hábitos de vida saudável, referido como tratamento não medicamentoso, que incluiu os fatores relacionados ao estilo de vida somado ao tratamento medicamentoso, quando se fizer necessário<sup>14,21</sup>.

Em relação à situação conjugal, ser solteiro destacou-se como uma variável que influencia significativamente para a não adesão à terapia anti-hipertensiva. Estudos demonstraram<sup>19</sup> que o estado civil foi uma variável sócio-demográfica importante em relação ao acompanhamento da hipertensão. Ainda o fato de ter filhos e de dividir moradia com outras pessoas podem influenciar positivamente nas atitudes perante a HAS, pesquisas demonstraram<sup>25</sup> que 34,1% dos hipertensos revelaram a presença de familiares como motivo para iniciar a terapêutica anti-hipertensiva.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados desta pesquisa pode-se identificar fatores preditivos relacionados à adesão e não adesão à terapia anti-hipertensiva. Pertencer ao sexo feminino, presença de comorbidades graves como acidente vascular cerebral ou infarto agudo do miocárdio e ter boa qualidade de vida, são fatores preditores para adesão ao tratamento medicamentoso para HAS.

Por outro lado pode-se afirmar que são fatores preditivos para não adesão à terapia anti-hipertensiva o estado civil solteiro, o IMC classificado como sobrepeso ou obeso e o retorno à UBS para o acompanhamento médico em intervalo superior a 12 meses.

Essa investigação aponta para a importância de um olhar mais atento por parte dos profissionais de saúde em especial do Enfermeiro durante a consulta de enfermagem e aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), para as características intrínsecas deste paciente, que permitem identificar, por meio desses fatores preditores avaliados, os hipertensos que necessitam de um acompanhamento mais dinâmico do tratamento, voltado para a conscientização das conseqüências da hipertensão crônica e riscos de suas complicações.

## REFERÊNCIAS

1. FIGUEIREDO N. N.; ASAKURA L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, 23(6): 782-7, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002010000600011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002010000600011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Jun. 2014.
2. CUNHA, P. R. M. S; BRANCO, D. R. C.; BERNARDES, A. C. F.; AGUIAR;M. I. F.; TAVARES,I. L.; PALMEIRA ROLIM, G. A.; LINARD, G. A. Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. **Revista Pesquisa Saúde**, 13(3): 11-16, set.-dez., 2012. Disponível em <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/1455/1142>> Acesso em: 18 Jun. 2015.
3. BRASIL; Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica; Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão arterial sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica** nº 37. Brasília: Ministério da Saúde. 51p. 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)>. Acesso em: 21 Nov. 2014.
4. MATTER, F. R.; OLINTO, M. T. A. PANIZ, V. M. V. Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma Farmácia Básica no Sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(2):395-404, fev, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00395.pdf> >. Acesso em: 23 Out. 2015.
5. BARRETO, M. S.; CREMONESE, I. Z.; JANEIRO,V.; MATSUDA,L. M. MARCON, S. S. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. **Revista Brasileira Enfermagem**. 2015 jan- fev;68(1):60-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0060.pdf>>. Acesso em: 26 Ago. 2015.
6. FILHA, F. S. S. C.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. M. HiperDia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. **Revista Rene**, Fortaleza, 2011; 12 (n. esp.) : 930-6. Disponível em: <

[http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_esp\\_pdf/a06v12esp\\_n4.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a06v12esp_n4.pdf)>. Acesso em: 18 Fev.2015.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Situação em Saúde**. 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 28 Jun. 2014.

8. HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(8):3553-3559, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03553.pdf>>. Acesso em: 23 Ago. 2015.

9. CARVALHO, A. L. M.; LEOPOLDINO, W. D.; SILVA, J. E. G.; CUNHA, P. C. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa HiperDia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7): 1885-1892 2012. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n7/28.pdf>>. Acesso em: 24 Jun. 2014.

10. GIROTTO, E. ANDRADE S. M.; CABRERA, M. A. S.; MATSUO T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciências Saúde Coletiva**, 2013; 18:1763-72. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n6/27.pdf>>. Acesso em: 20 Dez. 2014.

11. SANTOS, M. V. R.; OLIVEIRA, D. C.; ARRAES L. B.E col. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem, **Revista Brasileira Clínica Médica**. São Paulo, 11(1): 55-61, jan.-mar., 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/16791010/2013/v11n1/a3390.pdf>>. Acesso em: 14 Jun. 2014.

12. REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(1): 126-136, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00126.pdf>>. Acesso em: 22 Jun. 2014.

13. MOTTER, F. R.; OLINTO, M. T. A. PANIZ, V. M. V. Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma Farmácia Básica no Sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(2):395-404, fev, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00395.pdf>>. Acesso em: 23 Out. 2015.

14. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, Suplemento 1., 2010. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.asp](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.asp)>. Acesso em: 20 de Ago. 2014.

15. GREZZANA, G. B.; STEIN, A. T.; PELLANDA, L. C. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial por Meio da Monitoração Ambulatorial de 24 Horas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, 100(4): 355- 361,2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n4/aop4797.pdf>> Acesso em: 10 Jun. 2014.

16. MELCHIORS, A. C.; CORRER, C. J.; PONTAROLO, R.; SANTOS, F. de O. de S.; SOUZA, R. A. de P. e. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do Minichal Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 94, n. 3, p. 357-364, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n3/13.pdf>> Acesso em: 23 Out. 2015.
17. DAWALIBI, N. W. GOULART, M M. PREARO, L. C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(8): 3505-3512 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03505.pdf>>. Acesso em: 14 Jun. 2015.
18. MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medicine Care**, v. 24, p.67-74. 1986. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3945130>>. Acesso em: 9 Jun. 2014.
19. EID, L. P.; NOGUEIRA, M. S. VEIGA, E. V. CESARINO, E. J.; ALVES L. M. M.; Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de Morisky-Green. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, vol. 15, abr/jun 2013. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v15/n2/pdf/v15n2a07.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a07.pdf)>. Acesso em: 27 jun. 2014.
20. PAZ, E. P. A; SOUZA, M.H.N.; GUIMARÃES, R. M.; PAVANI, G. F. CORRÊA, H. F. S. CARVALHO, P. M. Estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos com a Estratégia de Saúde Familiar. **Investigación y Educación en Enfermería**. 2011;29(3) Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v29n3/v29n3a16>>. Acesso em: 22 jun. 2015.
21. AZAMBUJA, C. R.; MACHADO, R. R.; SANTOS, D. L. Correlação entre estilo de vida e nível de atividade física de idosas sedentárias e ativas. **Revista Brasileira Ciências e Movimentos** 2013; 21(3): 142-149. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/4072/2761>>. Acesso em: 26 jun. 2015.
22. RODRIGUEZ-AÑEZ R. C.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão Brasileira do Questionário “Estilo de Vida Fantástico”: Tradução e Validação para Adultos Jovens. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Vol. 91, nº 2, p. 102-109, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n2/v91n2a06.pdf>>. Acesso em: 23 Mar.2015.
23. FASOLO, L. R.; JÚNIOR, L. A. S. M.; BARBOSA, A. S.; FERNANDES, A. B.; JÚNIOR, J. A.P. Análise de regressão logística na combinação de métodos propedêuticos no diagnóstico do glaucoma. **Arquivos Brasileiros Oftalmologia**, 2013; vol. 76, n. 6, p. 341-344. Disponível em: <<http://www.cbo.com.br/Reader/uploads/1392336204.pdf>>. Acesso em: 08 Nov. 2015.
24. PUCCI, N.; PEREIRA, M. R.; VINHOLES, D. B.; PUCCI, P; CAMPOS, N. D. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. **Revista Brasileira Cardiologia**. vol. 25, n. 4, p. 322-329 jul./ago., 2012. Disponível em: <<http://www.rbconline.org.br/wpcontent/Archives/v25n4/V25n04a08.pdf>>. Acesso em: 11 Dez. 2014.

25. MORGADO M, ROLO S, MACEDO AF, PEREIRA L, CASTELO- BRANCO M. Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. **Journal of Cardiovascular Disease Research**. 2010;1 (4):196-202. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21264184>>. Acesso em: 21 Nov. 2015
26. DOURADO C. S.; MACÊDO-COSTA, K. N. F.; OLIVEIRA, J. S.; LEADEBALL, O. D. C. P.; SILVA, G. R. F. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Revista Acta Scientiarum. Health Maringá**, vol. 33, nº 1, p. 9-17, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7708/7708>>. Acesso em: 26 Dez. 2014.
27. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Brasília. 2014. Disponível em: <<http://www.dab@saude.gov.br>>. Acesso em: 11 Jun. 2014.
28. 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. Disponível em: <[http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewFile/876/939](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/876/939)> Acesso em: 20 de Ago. 2014.
29. AMER, N. M.; MARCON, S.S.;SANTANA,R. G. Índice de Massa Corporal e Hipertensão Arterial em Indivíduos Adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2011; 96(1): 47-53. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/abc/v96n1/aop14910>>. Acesso em: 20 de Ago. 2014.
30. SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; NETO, J. E. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Caderno Saúde Pública**, 26, 12 (2010), 2389-2398. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/17.pdf>>. Acesso em 16 Mar. de 2015.

## 6.1 NORMAS DO ARTIGO 2

### Orientação aos Autores

#### **SOBRE A APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS**

##### **1 Apresentação gráfica**

Os manuscritos devem ser elaborados em programa "Word for Windows", versão 6.0 ou superior, fonte "Times New Roman", tamanho 12, digitados em espaço 1,5, padrão A4 (212 x 297 mm), margens de 25 mm, limitando-se ao número de laudas e referências indicadas para os diversos tipos de trabalhos, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações (máximo de 5).

##### **2 As partes dos manuscritos**

Todo manuscrito deverá ter a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

###### **a) páginas preliminares:**

Página 1:

Título e subtítulo- nos idiomas: português, inglês, espanhol;

Autor(es) - nome completo acompanhado da profissão, cargo, função e instituição,

Autor correspondente: nome e endereço eletrônico do autor responsável para correspondência;

Indicação da Categoria do artigo: Pesquisa, Revisão Teórica, Relato de Experiência, Artigo reflexivo /Ensaio.

Página 2:

Título do artigo em português; Resumo e palavras-chave;

Título do artigo em inglês; Abstract e Key words; Título do artigo em espanhol; Resumen e Palabras clave.

(As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS - Descritores em Ciências da Saúde/BIREME, disponível em: <<http://decs.bvs.br/>> .

O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.

Página 3: a partir desta página apresenta-se o conteúdo do manuscrito precedido pelo título em português, e inclui:

###### **b) Texto:**

- Introdução;

- desenvolvimento (material e método ou descrição de metodologia, resultados, discussão e/ou comentários);

- conclusões ou considerações finais;

c) Agradecimentos (opcional);

d) Referências como especificado no item 4.3;

e) Anexos, se necessário.

##### **3 Sobre a normalização dos manuscritos:**

Para efeito de normalização, serão adotadas as diretrizes do Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals - URM do International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE - (Norma de Vancouver)

disponível na íntegra nos endereços:

em português: <<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>>

em espanhol: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>>

em inglês: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

As referências são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto.

As citações no texto devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, correspondendo às referências no final do artigo.

Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o "Journals Database"- Medline/Pubmed, disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>> ou com Catálogo Coletivo de Revistas de BVS (Bireme/OPAS/OMS) disponível em: <<http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt>>

As ilustrações devem ser apresentadas em Preto & Branco imediatamente após a referência a elas, em conformidade com a Norma de apresentação tabular do IBGE, 3ª ed. de 1993 . Dentro de cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1, GRÁF 1).

Cada ilustração deve ter um título e a fonte de

onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As abreviaturas, grandezas, símbolos e unidades devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas, em graus Celsius. Os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais.

Agradecimentos devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências bibliográficas.

#### **SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS**

A submissão dos manuscritos será realizada no site da REME <[www.reme.org](http://www.reme.org)> no Sistema SGP, Versão 3.0 da GNL. Os manuscritos submetidos à publicação devem vir acompanhados dos seguintes documentos todos em formato digital:

- a) manuscrito;
- b) figuras e tabelas em documento separado;
- c) documento de aprovação do Comitê de Ética em atendimento à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, quando couber;
- d) comprovante de depósito relativo ao pagamento da taxa de submissão.

O autor correspondente ao submeter o manuscrito deverá firmar eletronicamente:

- a) o compromisso de que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico e que, caso seja aceito, concorda(m) com a transferência dos direitos autorais para a REME;
- b) a responsabilidade por parte de todos o(s) autor(es) acerca da autoria e da originalidade;
- c) ausência de conflitos de interesse.

Para ensaios clínicos é necessário indicar o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

 [Links](#)  [Fale conosco](#)





Copyright 2013 Sociedade Mineira de Farmacologia

## 7 CONCLUSÃO

A presente pesquisa realizada em duas etapas em primeiro caracterizou o perfil dos hipertensos cadastrados no sistema HiperDia na cidade de Maringá - PR. Constatou-se que as mulheres representam a maioria e também as mais aderentes à terapia medicamentosa anti-hipertensiva, apresentando mais que o dobro de chances de adotar os cuidados terapêuticos quando comparadas aos homens. Os homens em contrapartida, apresentam baixa participação no programa HiperDia, assim como baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

Estes dados alertam para a importância da implementação de campanhas específicas ou busca ativa desta população, visto que dados epidemiológicos demonstram que o coeficiente de mortalidade é maior para os homens, o que se comprova na pirâmide etária pela feminização da velhice.

Por segundo, outra questão, foco desta pesquisa, fez referência à difícil adesão a terapia anti-hipertensiva por parte dos pacientes hipertensos em geral. Este estudo distinguiu fatores preditores da não adesão ao tratamento, identificando os pacientes hipertensos solteiros, portadores de sobrepeso ou obesos e que retornam ao serviço de saúde para acompanhamento em intervalos superiores a 12 meses com chance significativamente menor de adotar a terapia medicamentosa anti-hipertensiva.

Essa investigação suscita uma importante discussão sobre a relevância do olhar mais atento por parte dos profissionais de saúde para as características intrínsecas do paciente hipertenso de modo auxiliar na identificação daqueles que necessitam de maior atenção durante o atendimento clínico e da enfermagem, aumentando as chances de aderirem ao tratamento anti-hipertensivo.

## 8 REFERÊNCIAS

AMARANTE, L. C. et al. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. **Revista Ciência Farmácia Básica Ampliada**, 31(3): p.209-215, 2010. Disponível em: <[http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewFile/1116/990](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1116/990)>. Acesso em: 11 jun. 2014.

ANDRADE, J. M. O.; RIOS, L. R.; TEIXEIRA L. S.; VIEIRA, F. S., MENDES, D. C.; VIEIRA, M. A.; SILVEIRA M. F. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19 (8): 3497- 3504 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63031151020>>. Acesso em: 20 Out. 2015.

BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito Para efetivação do direito à saúde. **Revista Saúde Pública**. Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/51/114>>.

BRASIL; Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica; Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão arterial sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica** n° 37. Brasília: Ministério da Saúde. 51p. 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)>. Acesso em: 21 Nov. 2014.

BRASIL; Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica; Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. **Cadernos de Atenção Básica** n° 35. Brasília: Ministério da Saúde. 31p. 2014. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_35.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf)> Acesso em: 04 Abril 2015.

BRITO, B. J. Q.; GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M. B. Revisão da literatura sobre o estilo de vida de estudantes universitários. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 6, n. 2, p. 66-76, abr./jun. 2014 Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/viewFile/1838/1213>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

BUSS, P. M.; FILHO, A.P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (1): 77-93, 2007.

CARVALHO, A. L. M.; LEOPOLDINO, W. D. ; SILVA, J. E. G.; CUNHA, P.C. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa HiperDia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7): 1885-1892 2012. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n7/28.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2014.

CARVALHO FILHA, F. S; NOGUEIRA, L. T.,VIANA,L. M. M., HiperDia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. **Revista Rene**, Fortaleza, 2011; 12(n. esp.):930-6. Disponível em <[http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_esp\\_pdf/a06v12esp\\_n4.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a06v12esp_n4.pdf)>. Acesso em: 21 Set. 2015.

CUNHA, P. R. M. S; BRANCO, D. R. C.; BERNARDES, A. C. F.; AGUIAR;M. I. F.; TAVARES,I. L.; PALMEIRA ROLIM, G. A.; LINARD, G. A. Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. **Revista Pesquisa Saúde**, 13(3): 11-16, set.-dez., 2012. Disponível em <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/1455/1142>> Acesso em: 18 jun. 2015.

DAWALIBI, N. W.; GOULART, M.M.; PREARO, L.C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(8): 3505-3512, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03505.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

DEMONER, M. S.; RAMOS, E. R. P.; PEREIRA, E. R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, 25 (Número Especial 1): 27-34, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002012000800005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002012000800005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jun. 2014.

GOMES, T. J. O.; SILVA,M. V. R.; SANTOS,A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa HiperDia em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira Hipertensão**. Vol. 17(3):132-139, 2010. Disponível em:< <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/03-controle.pdf>>. Acesso em: 21 Fev.2015.

GUSMÃO, J. L. ; MION J. R, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, 13(1):23-25, 2006. Disponível em:<<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf> >. Acesso em: 21 Nov.2015.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(8):3553-3559, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03553.pdf>>. Acesso em: 23 Agos. 2015.

MOREIRA G.C.; CIPULLO, J.P.; MARTIN, J.F. et al. Evaluation of the awareness, control and cost-effectiveness of hypertension treatment in a Brazilian city: populational study. **J Hypertens.** 2009; 27(9):1900-7 Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19587607>>. Acesso em: 21 Nov. 2015.

PAZ, E. P. A; SOUZA, M.H.N.; GUIMARÃES, R. M.; PAVANI,G. F. CORRÊA,H. F. S. CARVALHO,P. M. Estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos com a Estratégia de Saúde Familiar. **Investigación y Educación en Enfermería.** 2011;29(3) Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v29n3/v29n3a16>>.Acesso em: 22 jun. 2015.

PEREIRA, L. C.; OLIVEIRA, M. A. C. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: Revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, 2013 mai-jun; 66(3): 412-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n3/a17v66n3.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

PICCINI, R. X. ; FACCHINI,L. A.;TOMASIE.;SIQUEIRA,F. V.;SILVEIRA,D. S.; THUMÉ, E.,SILVA,M. S.; DILELIO, A. S. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Revista Saúde Pública**, 2012;46(3):543-50. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3208.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2015.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(1): 126-136, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00126.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2014.

SANTOS, M. V. R.; OLIVEIRA, D. C.; ARRAES L. B.E col. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem, **Revista Brasileira Clínica Médica**. São Paulo, 11(1): 55-61, jan.-mar., 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/16791010/2013/v11n1/a3390.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, Suplemento 1., 2010. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.asp](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.asp)>. Acesso em: 20 de Ago.2014.

SOUZA, C. S.; STELINA, A. T.; BASTOS G. A. N.; PELLANDA, L. C. Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base Territorial. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**. 2014; 102(6): 571-578 Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/abc/v102n6/pt\\_0066-782X-abc-102-06-0571.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v102n6/pt_0066-782X-abc-102-06-0571.pdf)>. Acesso em: 20 de Ago.2014.

WILLIAMS B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, 2010; 55(1): 66-73. Disponível em: <<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1140309>>. Acesso em: 20 de Nov.2015.

ZATTAR, L. C.; BOING, A. F.; GIEHL, M. W. C.; D'ORSI, E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, 29, 3 (2013), 507-52. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n3/a09v29n3.pdf>>. Acesso em: 04 Mai. 2015.

**ANEXOS**

## Anexo A: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
MARINGÁ - CESUMAR



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** INFLUÊNCIAS DA QUALIDADE DE VIDA NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MARINGÁ - PR.

**Pesquisador:** Alcione Souza

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 34854314.0.0000.5539

**Instituição Proponente:** Centro Universitário de Maringá - CESUMAR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 873.870

**Data da Relatoria:** 30/10/2014

**Apresentação do Projeto:**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das mais importantes causas de orbimortalidade da população mundial. As Doenças do Aparelho Circulatório têm sido a primeira causa de mortes na população de Maringá - PR há vários anos, tendência constatada em todo o país. Por isso são importantes novos estudos que ampliem os conhecimentos sobre os fatores associados à adesão a terapia farmacológica e não farmacológica dos pacientes hipertensos, correlacionadas com estilo de vida e variáveis sócio-demográficas, aliadas terapêuticas do paciente em tratamento da HAS. Neste sentido, este projeto objetiva identificar os fatores relacionados ao estilo de vida e a adesão ou não adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos pacientes em

tratamento para hipertensão. Os sujeitos da pesquisa serão, aproximadamente, 800 pacientes hipertensos cadastrados no E-SUS em Unidades ESF inseridos na AMUSEP. Com este projeto, espera-se avaliar o grau de adesão e não adesão a terapia medicamentosa

anti-hipertensiva e sua relação ao estilo de vida dos pacientes cadastrados no programa E-SUS da região da AMUSEP e a partir dos resultados obtidos, sugerir medidas que possam somar na qualidade da atenção aos pacientes em tratamento da hipertensão, auxiliar os profissionais de saúde na condução do tratamento para essa população e produzir trabalho científico para auxiliar

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 - Tênis

Bairro: Jardim Aclimação

CEP: 75.000-000

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3027-6360

E-mail: cep@cesumar.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
MARINGÁ - CESUMAR**



Continuação do Parecer: 873.870

em futuros estudos relacionado ao tema.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar o grau de adesão e não adesão a terapia medicamentosa anti-hipertensiva e sua relação ao estilo de vida dos pacientes cadastrados no programa E-SUS da região da AMUSEP.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Respeitando os princípios éticos da pesquisa a participação será voluntária dos pacientes, mediante a assinatura do TCLE. Por tratar-se de análise quantitativa, e de participação voluntária o presente estudo não apresenta nenhum tipo de risco ao paciente.

**Benefícios:**

O conhecimento sobre os fatores associados à adesão a terapia medicamentosa e não medicamentosa correlacionadas com variáveis sócio-demográficas, somadas às características terapêuticas e ao estilo de vida, pode contribuir com a implementação de instrumentos que pode direcionar as ações dos profissionais de saúde para maior aderência dos pacientes aos tratamentos anti-hipertensivos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto trata de temática relevante na área de saúde pública e está muito bem formulado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta todos os documentos necessários.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 - Tênis  
 Bairro: Jardim Aclimação CEP: 75.000-000  
 UF: PR Município: MARINGÁ  
 Telefone: (44)3027-6360 E-mail: cep@cesumar.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
MARINGÁ - CESUMAR



Continuação do Parecer: 873.870

MARINGÁ, 17 de Novembro de 2014

---

Assinado por:  
**Nilce Marzolla Ideriha**  
(Coordenador)

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 - Térreo

Bairro: Jardim Aclimação

CEP: 75.000-000

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3027-6360

E-mail: [cep@cesumar.br](mailto:cep@cesumar.br)

Anexo B: Autorização da Comissão Permanente de Avaliação de Projetos



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**CECAPS**  
**Assessoria de Formação e Capacitação dos**  
**Trabalhadores da Saúde**

OFICIO Nº 2001/2014/SAÚDE

Maringá, 10 de outubro de 2014.

Prezado Senhor

Informamos que foi **autorizada**, pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos – Portaria nº 004/2013 desta Secretaria Municipal de Saúde; a pesquisa “Influência da qualidade de vida na adesão ao tratamento anti-hipertensivo em estratégia de saúde da família em Maringá” a ser realizada nas UBS desta Secretaria Municipal de Saúde.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente

  
Louídes Thome  
Coordenadora CECAPS

Ilma. Sra.  
Profª. Drª Nilce Marsolla Ideriha  
DD. Coordenadora do CEP  
UNICESUMAR -centro Universitário Cesumar  
Maringá – Pr.

Anexo C: Questionário "Estilo de Vida Fantástico"

Família e amigos	01	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim	<input type="checkbox"/> Quase nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Com relativa frequência	<input type="checkbox"/> Quase sempre
	02	Dou e recebo afeto	<input type="checkbox"/> Quase nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Com relativa frequência	<input type="checkbox"/> Quase sempre
Atividade	03	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta etc.)	<input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana	<input type="checkbox"/> 1-2 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 5 ou mais vezes por semana
	04	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa)	<input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana	<input type="checkbox"/> 1-2 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 5 ou mais vezes por semana
Nutrição	05	Como uma dieta balanceada (ver explicação)	<input type="checkbox"/> Quase nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Com relativa frequência	<input type="checkbox"/> Quase sempre
	06	Freqüentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal (4) bobagens e salgadinhos	<input type="checkbox"/> Quatro itens	<input type="checkbox"/> Três itens	<input type="checkbox"/> Dois itens	<input type="checkbox"/> Um item	<input type="checkbox"/> Nenhum
	07	Estou no intervalo de ___ quilos do meu peso considerado saudável	<input type="checkbox"/> Mais de 8 kg	<input type="checkbox"/> 8 kg	<input type="checkbox"/> 6 kg	<input type="checkbox"/> 4 kg	<input type="checkbox"/> 2 kg
Cigarro e Drogas	08	Fumo cigarros	<input type="checkbox"/> Mais de 10 por dia	<input type="checkbox"/> 1 a 10 por dia	<input type="checkbox"/> Nenhum nos últimos 6 meses	<input type="checkbox"/> Nenhum no ano passado	<input type="checkbox"/> Nenhum nos últimos cinco anos
	09	Uso drogas como maconha e cocaína	<input type="checkbox"/> Algumas vezes				<input type="checkbox"/> Nunca
	10	Abuso de remédios ou exagero	<input type="checkbox"/> Quase diariamente	<input type="checkbox"/> Com relativa frequência	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Quase nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
	11	Ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou "colas")	<input type="checkbox"/> Mais de 10 vezes por dia	<input type="checkbox"/> 7 a 10 vezes por dia	<input type="checkbox"/> 3 a 6 vezes por dia	<input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por dia	<input type="checkbox"/> Nunca
Álcool	12	Minha ingestão média por semana de álcool é: ___ doses (ver explicação)	<input type="checkbox"/> Mais de 20	<input type="checkbox"/> 13 a 20	<input type="checkbox"/> 11 a 12	<input type="checkbox"/> 8 a 10	<input type="checkbox"/> 0 a 7
	13	Bebo mais de quatro doses em uma ocasião	<input type="checkbox"/> Quase diariamente	<input type="checkbox"/> Com relativa frequência	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Quase nunca	<input type="checkbox"/> Nunca

	14	Dirijo após beber	<input type="checkbox"/> Algumas vezes			<input type="checkbox"/> Nunca	
Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro	15	Durmo bem e me sinto descansado	<input type="checkbox"/> Quase nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Com relativa frequência	<input type="checkbox"/> Quase sempre
	16	Uso cinto de segurança	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> A maioria das vezes	Sempre
	17	Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-a-dia	<input type="checkbox"/> Quase nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Com relativa frequência	<input type="checkbox"/> Quase sempre
	18	Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer	<input type="checkbox"/> Quase nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Com relativa frequência	<input type="checkbox"/> Quase sempre
	19	Pratico sexo seguro (ver explicação)	<input type="checkbox"/> Quase nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Com relativa frequência	<input type="checkbox"/> Quase sempre
Tipo de comportamento	20	Aparento estar com pressa	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Com relativa frequência	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Quase nunca
	21	Sinto-me com raiva e hostil	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Com relativa frequência	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Quase nunca
Introspecção	22	Penso de forma positiva e otimista	<input type="checkbox"/> Quase nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Com relativa frequência	<input type="checkbox"/> Quase sempre
	23	Sinto-me tenso e desapontado	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Com relativa frequência	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Quase nunca
	24	Sinto-me triste e deprimido	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Com relativa frequência	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Quase nunca
Trabalho	25	Estou satisfeito com meu trabalho ou função	<input type="checkbox"/> Quase nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Com relativa frequência	<input type="checkbox"/> Quase sempre

Fonte: RODRIGUEZ ANEZ, Ciro Romélio; REIS, Rodrigo Siqueira, PETROSKI, Edio Luiz. Versão brasileira do questionário "Estilo de Vida Fantástico": tradução e validação para adultos jovens.

Anexo D: Teste de Morisky-Green

1. Você já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos para a hipertensão?

Sim

Não

2. Você às vezes se esquece de tomar seus medicamentos?

Sim

Não

3. Quando se encontra bem (sem algum sintoma), deixa de tomar seus medicamentos?

Sim

Não

4. Se alguma vez se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?

Sim

Não

## **APÊNDICES**

Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**INFLUÊNCIAS DA QUALIDADE DE VIDA NA ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTI-HIPERTENSIVO EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM  
MARINGÁ – PR.**

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelos pesquisadores, Alcione Oliveira de Souza e Dra. Mirian Ueda Yamaguchi em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado **INFLUÊNCIAS DA QUALIDADE DE VIDA NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MARINGÁ - PR**, cujo objetivo é Identificar a influência da Qualidade de Vida na adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos pacientes cadastrados no SIAB inseridos nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Maringá. Serão aplicados os testes de Batalla, Morisky-Green, e Haynes-Sackett para avaliação da adesão ou não a terapia anti-hipertensiva, em seguida os pacientes responderão o questionário Estilo de Vida Fantástico, relacionados à qualidade de vida e para complementar as informações será aplicado um questionário estruturado sobre os dados sócio-demográficos. Esta pesquisa não oferece risco à saúde físico e/ou mental do pesquisado. Do instrumento de TCLE o sujeito ficará com uma cópia e outra ficará com o pesquisador.

Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantidas em sigilo informações relacionadas à minha privacidade bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, \_\_\_\_\_ após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com o Pesquisador \_\_\_\_\_ CONCORDO VOLUNTARIAMENTE de participar do mesmo.

Maringá - PR, Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ 2014.

Eu, Alcione Oliveira de Souza declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao sujeito da pesquisa

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome: Mirian Ueda Yamaguchi, endereço: Rua Av. Guedner, 1610, bairro: Jardim Aclimação, cidade: Maringá, UF: Paraná – PR. Fones: (44) 3027- 6360, E-mail: [mirianueda@gmail.com](mailto:mirianueda@gmail.com)

Nome: Alcione Oliveira de Souza, endereço: Rua Joaquim Pereira da Silva Júnior nº 487, bairro: Buriti, cidade: Diamantino, UF: Mato Grosso – MT. Fones: (65) 3336-2549 - 3336-2821, E-mail: [alcionesouza\\_mt@hotmail.com](mailto:alcionesouza_mt@hotmail.com)

Apêndice B: Questionário para identificação dos dados sociodemográficos e econômicos, patológicos e relacionados ao estilo de vida.

### IDENTIFICAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

**1- Gênero**

masculino  feminino

**2 - Idade:** \_\_\_\_\_

**3 - Profissão:** \_\_\_\_\_

**4 - Nível de escolaridade:** \_\_\_\_\_

**5 - Estado Civil:**

Solteiro  Casado  Viúvo  Divorciado  amasiado

**6 - Quantas pessoas moram com você? (incluindo filhos, irmãos, parentes e amigos?)**

\_\_\_\_\_

**7- Tem filhos? \_\_\_\_\_ Quantos? \_\_\_\_\_**

**8. Você trabalha ou já trabalhou?**

Não  Sim

**9 - Turno de trabalho:**

Matutino  Vespertino  Noturno

### SITUAÇÕES PATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS

**1- Peso:** \_\_\_\_\_

**2 - Altura:** \_\_\_\_\_

**3- IMC:** \_\_\_\_\_

**4. Você possui alguma deficiência?**

Não  Sim

**4.1- Em caso afirmativo, indique o tipo?**

( ) Deficiência Física ( ) Deficiência visual ( ) Deficiência mental ( ) Deficiência auditiva ( )  
outro: especificar \_\_\_\_\_

**5. Tem histórico familiar de doença cardiovascular?**

( ) Não ( ) Sim. Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

**6. Apresenta algum tipo dessas doenças crônicas?**

( ) Acidente Vascular Encefálico (AVE)/Infarto ( ) Diabetes

( ) Doença renal ( ) outras. Qual e há quanto tempo?

\_\_\_\_\_

**7. Quando você adoecer recorre a quais serviços de saúde?**

\_\_\_\_\_

**8. Realiza acompanhamento médico da hipertensão**

( ) Não ( ) Sim

**8.1-** Com que frequência? \_\_\_\_\_

**9. Qual(s) medicamento(s) utiliza para hipertensão?**

Nome: \_\_\_\_\_ Posologia: \_\_\_\_\_

**10. Utiliza outros medicamentos de uso contínuo?**

( ) Não ( ) Sim

Se sim quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_