

# Raça, Aderência ao Tratamento e/ou Consultas e Controle da Hipertensão Arterial

Ines Lessa, Joanira Fonseca

Salvador, BA

**Objetivo** - Comparar diferenças raciais no controle da hipertensão arterial (HA) e na adesão ao tratamento e/ou consultas.

**Métodos** - Estudo de corte transversal, clínico-epidemiológico: entrevistados 200 hipertensos de baixa renda, matriculados em ambulatório de HA, Salvador, que compareceram às consultas entre 1/11/94 e 31/1/95. As pressões arteriais (PA) foram medidas pós-entrevista (duplo-cego). Critério de adesão às consultas: comparecimento >50% das consultas/ano; ao tratamento: controle da PA, critérios Organização Mundial da Saúde (OMS) e Joint National Committee (JNC). Análise: médias, razões de frequências (RF),  $\chi^2$ .

**Resultados** - Predominaram mulheres (88%), pardos (P), 45,5% e negros (N), 40,5%. Aderiram às consultas + tratamento (C+T) = 30,5%; às consultas (C), 37,0%; ao tratamento (T) = 11%; s/adesão = 21,5%; frequência de adesão às C+T = 53,6% para brancos (B) e 19,7% para N,  $p < 0,001$ . Controlados, critério OMS = 40,0% e JNC = 24% ( $p < 0,001$ ). RF para pressão arterial sistólica, critério JNC: B/N = 2,9 e B/P = 2,6; pelo da OMS: B/N e B/P = 1,7; RF para pressão arterial diastólica, critério JNC: B/N = 1,6; B/P = 1,9; pelo da OMS: B/N e B/P = 1,4. A principal razão para adesão foi controlar a PA e para não adesão, esquecimento da data da consulta ou doença na data marcada.

**Conclusão** - A aderência às consultas não foi importante para o controle da HA. Os resultados apontam características dos pacientes que merecem especial atenção para melhorar a aderência ao tratamento.

**Palavras-chave:** hipertensão arterial, raça, adesão ao tratamento, epidemiologia clínica.

## Racial Differences and Compliance to Treatment of Arterial Hypertension

**Purpose** - To compare racial differences on hypertension (Hy) control and compliance to appointments and/or treatment.

**Methods** - Between November/94 to January/95, 200 low social strata hypertensive outpatients were interviewed (cross-sectional clinical-epidemiologic study) and had their blood-pressure measured (double-blind) in Salvador, Brazil. Compliance to treatment criteria: >50% appointments/year; compliance to treatment = Hy control - WHO and NIH criteria. Means, frequency ratios (FR) and  $\chi^2$  were used in the analysis.

**Results** - Most of the hypertensives (88%) were women. Race: 45.5% were mulattoes (M) and 40.5% blacks (B). Compliance to appointments and treatment (A+T) was 30.5%, to treatment (T) 11%, to appointments, 37%, and noncompliance = 21.5%. Compliance was 53.6% for whites (W) and 19.7% for B ( $p < 0.001$ ); 40% of hypertensives were controlled by WHO criteria and 24% by the NIH ( $p < 0.001$ ). Frequency ratios for SBP, NIH criteria: W/B = 2.9, W/M = 2.6; WHO: W/B and B/M = 1.7 and for DBP, NIH criteria: W/B = 1.6, W/M = 1.9 and WHO = W/B and W/M = 1.4. Main reason for compliance = Hy control; main reason for noncompliance forgetting the appointment date and/or disease in the appointment day.

**Conclusion** - Compliance to appointment did not seem an advantage for treatment adherence and the results pointed out some characteristics of patients that need special attention to improve appointments and treatment compliance.

**Key-words:** hypertension, race, treatment compliance, clinical epidemiology.

Arq Bras Cardiol, volume 68 (nº 6), 443-449, 1997

Em 1994, Homedes e Ugalde<sup>1</sup> analisaram criticamente os diversos métodos de investigação utilizados nos 37 arti-

gos sobre *compliance* para diversas doenças, então disponíveis na literatura procedente de países em desenvolvimento. Entre os aspectos mais importantes detectados nesses estudos comentaram a diversidade de definições dos critérios de aderência e de pontos de corte, quando necessários, sem possibilidades de comparações.

Sackett e col<sup>2,3</sup>, investigadores entendidos em *com-*

Universidade Federal da Bahia - Salvador  
Correspondência: Ines Lessa - Pq Lucaia (R Barachisio Lisboa), Qd E, Lt 03 - 41940-660 - Salvador, BA  
Recebido para publicação em 7/1/97  
Aceito em 2/4/97

pliance, citam inúmeras razões já estudadas para aderência ao tratamento da hipertensão arterial (HA), nenhuma considerada satisfatória em revelar os verdadeiros motivos para aderência/não aderência.

Mais recentemente, Hosie e Wiklund<sup>4</sup>, analisando controle da pressão arterial (PA) em dois estudos europeus, referem que grandes diferenças foram detectadas entre a percepção médica, a crença dos pacientes e a realidade do controle da HA. Em um dos estudos (parte do *Cardiomonitor Study*), incluindo Itália, Alemanha, França, Espanha e Reino Unido, apenas 37% dos hipertensos estavam controlados. Em outro, realizado na França, Itália e Reino Unido, os médicos acreditavam que 76% dos hipertensos estavam controlados enquanto 95% dos pacientes achavam-se bem controlados. Atualmente, nos Estados Unidos, há uma maior preocupação da população em seguir as orientações prescritas, já se observando alta proporção de hipertensos controlados<sup>5</sup>, mas, ainda muito distante do esperado.

Apesar de tantos resultados divergentes e de tantas críticas relevantes aos estudos de aderência, eles são considerados importantes e, muito dificilmente, em um só estudo conseguir-se-á analisar e comprovar as razões para aderência ou não aderência de hipertensos ao tratamento.

Com este estudo pretende-se comparar as freqüências raciais do controle da HA e da adesão ao tratamento e/ou consultas além de delinear o perfil de pacientes de baixo estrato social que aderem ou não às consultas e/ou ao tratamento.

## Métodos

O estudo foi realizado com hipertensos matriculados no ambulatório de HA do hospital Prof. Edgard Santos (HUPES) de novembro/94 a janeiro/95. A população atendida pertence a estratos sociais baixo e médio-baixo, procedente predominantemente de Salvador, eventualmente de cidades do interior da Bahia próximas à capital. O hospital é federal, universitário e conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Os hipertensos matriculados no HUPES fazem consultas trimestrais (média de 4/ano), conforme o Programa Nacional de Educação e Controle da HA (PNECHA) para pacientes não complicados<sup>6</sup>. Teoricamente o estudo cobrindo um período de três meses permitiria a inclusão de todos aqueles que não houvessem abandonado o tratamento e que preenchessem os critérios de inclusão (especificados mais adiante). O esquema abaixo, demonstra esta possibilidade de cobertura. A, B e C representam conjuntos de pacientes complicados ou não, atendidos em cada trimestre e os complicados (ab, ac e bc) aprazados para o mês.

1ª consulta/1994 /2ª consulta/1994/3ª consulta/ 1994 /4ª consulta 1994/ 1ª 1995												
Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan
A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A
bc	ac	ab	bc	ac	ab	bc	ac	ab	bc	ac	ab	bc
[Pesquisa ⇔ ]												

Estudo clínico-epidemiológico, com características dos de corte transversal, sobre adesão ao tratamento e/ou consultas, envolvendo 1) um questionário com perguntas relacionadas ao conhecimento da própria doença, suas complicações e seu tratamento e uma lista de possíveis razões para adesão ou não adesão ao tratamento e/ou às consultas, mas, que só seria utilizada pelos entrevistadores caso o paciente não explicitasse espontaneamente as suas próprias razões (questões abertas) e aplicado no próprio ambulatório, antes da realização da consulta do dia da entrevista. Duas entrevistadoras treinadas, sem o prévio conhecimento dos níveis da PA de cada participante (duplo-cego), aplicaram os questionários; 2) anotação dos valores da PA medida pelo médico responsável pelo atendimento (o esfigmomanômetro do serviço é do tipo aneróide) conforme os critérios convencionais - fases I e V de Korotkoff - para pressões sistólica e diastólica, respectivamente.

A inclusão baseou-se: a) pacientes com seis meses ou mais de matriculados no serviço, com capacidade mental e de memória para responder ao questionário ou quando o acompanhante pudesse por ele responder com segurança (em geral o familiar responsável); pacientes com 1ª consulta até 31/7/94 teriam pelo menos seis meses de matriculados em 31/1/95 e oportunidade de terem realizado mais de duas consultas (pacientes novos são aprazados em intervalos de tempo menores até a estabilização do tipo de tratamento necessário ao seu controle); b) residentes exclusivamente na região metropolitana do Salvador. O critério de adesão ao tratamento: para este tipo de adesão foi usado como parâmetro operacional o fato da PA estar ou não controlada, independentemente do tipo de tratamento. Foram usados dois critérios para HA controlada: pressão arterial sistólica (PAS) e/ou pressão arterial diastólica (PAD) <160 e/ou 95mmHg (critério da Organização Mundial da Saúde (OMS) que inclui os limítrofes entre os controlados) e PAS e/ou PAD <140 e/ou 90mmHg (critério do *Joint National Committee*, JNC). O critério de adesão às consultas consistiu na freqüência de até pelo menos 50% das consultas previstas, ou seja, duas consultas/ano. Enfatiza-se que o estudo não se refere ao abandono ao tratamento ou às consultas.

Baseados nesses critérios, os hipertensos foram classificados em quatro grupos, conforme o tipo de adesão: à consulta e ao tratamento (C+T); apenas às consultas (C); somente ao tratamento (T) e sem adesão (s/adesão)

O critério para raça/cor foi baseado nas características do fenótipo - tipo de cabelo, observado pela sua aparência na parte mais próxima do couro cabeludo, conformação do nariz, boca e mento, além da cor da pele - em branco, pardo e negro.

A análise descritiva, através de freqüências relativas, prevalências, razões de freqüências (RF),  $\chi^2$  para proporções e médias, visavam apenas observar se estavam o ou não dentro dos critérios de controle e discuti-las numa perspectiva de significância clínica.

Tabela I - Frequências de adesão às consultas e/ou tratamento, por grupos de idade										
Idade	C+T		C		T		S/adesão		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
20-39	7	41,2	7	41,2	1	5,8	2	11,8	17	100,0
40-49	13	29,5	14	31,8	2	4,5	15	34,2	44	100,0
50-59	20	31,3	24	37,5	13	20,3	7	10,9	64	100,0
60-69	14	29,2	20	41,7	2	4,1	12	25,0	48	100,0
70-79	5	25,0	5	25,0	3	15,0	7	35,0	20	100,0
80-89	2	28,6	4	57,0	1	14,3	-	0,0	7	100,0
Total	61	30,5	74	37,0	22	11,0	43	21,5	200	100,0

## Resultados

Dos 200 pacientes entrevistados, 61 (30,5%) aderiram às C+T, 22 (11,0%) apenas ao T, 74 (37,0%) às C e 43 (21,5%) S/adesão. A tabela I apresenta os resultados da adesão por idade, notando-se predomínio de adesão apenas às consultas, exceto no grupo 20-39 e 70-79 anos (frequências iguais de adesão às C+T e apenas às C), sendo elevados os percentuais de nenhum tipo de adesão.

Somente 24 (12%) dos pacientes eram do sexo masculino, a maioria (54,2%) aderindo somente às C; 25,0% aderiram a C+T, 8,3% ao T isoladamente e os demais S/adesão. Entre as mulheres 31,3% aderiram às C+T, 34,6% apenas às C, 11,4 ao T e 22,7% S/adesão. Nível de escolaridade primário incompleto ou analfabetismo foi observado em 92,0%. O tratamento medicamentoso predominou (98,0%) e só quatro pacientes faziam tratamento exclusivamente higiênico-dietético.

Os brancos representaram 14,0% do total de pacientes, os pardos 45,5% e os negros 40,5%. Seguindo esta ordem, as frequências de adesão às C+T foram, respectivamente de 53,6, 33,0 e 19,7% ( $p < 0,001$ ) e de nenhuma adesão de 10,7, 22,0 e 24,7%, respectivamente. A adesão apenas às C predominou entre negros, com 43,3%, seguindo-se pardos (36,2%) e brancos, 21,4%. As razões de frequência de adesão às C+T foram de 2,7 para brancos em relação aos negros e de 1,6 em relação aos pardos e estes aderiram 1,7 mais do que os negros.

Do total, 20% dos pacientes eram solteiros, 51,5% casados ou similar, 9,5% separados e 19,0% viúvos. Os solteiros

apresentaram a maior frequência de adesão às C+T (2,4 vezes maior do que a dos separados e 1,8 vezes maior do que a dos viúvos, sem grandes diferenças para os casados) os separados aderiram mais às C (47,3%); os viúvos ao T isoladamente e o grupo sem adesão foi representado por 15,0% dos solteiros; 22,3% dos casados; 21,1% dos separados e 21,5% dos viúvos.

Não houve tendência para qualquer tipo de adesão nem para a não adesão relacionada com a duração conhecida da doença, mas, a adesão às C+T foi maior naqueles com até três anos de diagnóstico (tab. II). Em média, os hipertensos tinham  $11,9 \pm 9,1$  anos de diagnóstico.

Tratamento exclusivamente não farmacológico foi referido por quatro pacientes, todos do grupo C+T. Orientação dietética por escrito foi distribuída para 57,5% dos pacientes, dentre os quais: 39,1% aderiam às C+T, 35,7% às C, 10,4% ao T e 14,8% aos S/adesão. Analisando os grupos, segundo suas classificações, receberam orientação dietética por escrito: 73,8% dos pacientes C+T, 55,4% dos que aderiram às C, 54,5% do grupo T e 39,5% dos não aderentes.

Na tabela III aparecem as frequências de PA controlada tanto pelo critério OMS quanto pelo do JNC. Pelo critério OMS as frequências são mais elevadas nos grupos C+T e T, sendo de 40% para o grupo total. Pelo critério do JNC a frequência de controle cai para 24%. Comparando-se as frequências de controlados pelos dois critérios, nota-se um decréscimo absoluto das frequências de controle que chega a 37,7% nos pacientes do grupo C+T e a 41,0% no grupo T, num total de 16,0% para o conjunto de pacientes.

Na tabela IVa e figura 1 nota-se que os negros apre-

Tabela II - Adesão às consultas e/ou tratamento, segundo tempo de diagnóstico										
Tempo de diagnóstico	C+T		C		T		s/adesão		Total	
	Nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
<1	2	40,0	3	60,0	-	0,0	-	0,0	5	100,0
1-3	14	45,2	14	45,2	3	9,6	-	0,0	31	100,0
4-6	8	20,5	16	41,0	2	5,1	13	33,4	39	100,0
7-9	6	33,3	6	33,3	3	16,7	3	16,7	18	100,0
> 10	31	29,0	35	32,7	14	13,1	27	25,2	107	100,0
Total	61	30,5	74	37,0	22	11,0	43	21,5	200	100,0

Tabela III - Frequências de controle da PA pelos critérios OMS e JNC, por tipo de adesão										
Critério de controle	C+T		C		T		s/adesão		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
OMS	58	95,1	1	1,4	21	95,5	-	0,0	80	40,0*
JNC	35	57,4	1	1,3	12	54,5	-	0,0	48	24,0
⇒absoluta nas frequências		37,7		0,1		41,0				16,0

\* p<0,001.

sentam as maiores médias da PAS e da PAD em relação aos brancos apenas no grupo C+T, porém ambas em níveis de controle, tanto pelo critério OMS quanto pelo JNC. No grupo T, os pardos apresentam média da PAS um pouco acima do ponto de corte, JNC. Nos outros dois grupos, as médias de PAS e PAD encontram-se acima dos valores máximos recomendados, OMS e JNC. Chama particular atenção a média da PAS dos brancos do grupo C. As diferenças inter-raciais da PAS e PAD são pequenas nos grupos C+T e T e da PAD nos demais grupos, podendo ser consideradas clinicamente não significantes; para a PAS, as diferenças são importantes nos grupos C e s/adesão para diferenças entre brancos em relação aos negros e pardos, em valores que podem ser considerados clinicamente significantes; o mesmo ocorre com a diferença da PAS dos brancos-negros (observe os sinais negativos). A tabela IVb visa mostrar a variabilidade para mais da PAS e da PAD destes hipertensos. As PAS dos pardos e negros do grupo C+T e de todos os hipertensos do grupo T e a PAD dos negros do grupo C+T e de todos do grupo T passam a níveis de HA pelo critério do JNC, exceto pardos, grupo T que alcançam valores de HA pelo critério OMS. Nos grupos C e s/adesão, os níveis das PAS e PAD mostram-se muito elevados. As diferenças inter-raciais das PAS podem ser consideradas clinicamente significantes para aos brancos em relação aos negros e pardos nos grupos C e negros em relação aos pardos

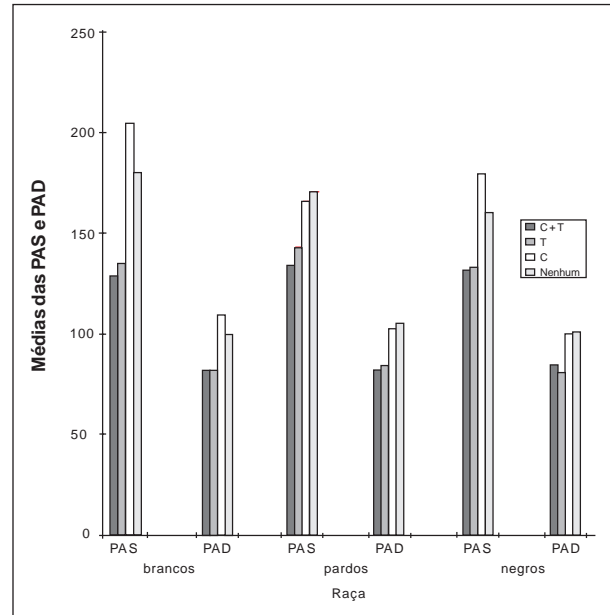


Fig. 1 - Médias das PAS, segundo raça e tipo de adesão.

do grupo s/adesão (observe os sinais negativos).

As frequências de controle da PAS pelos critérios OMS e JNC mostraram-se mais elevadas para os brancos, praticamente não diferindo entre pardos e negros, sendo

Tabela IVa - Médias e diferenças das médias (⇒) das PAS e PAD (mmHg) de hipertensos por raça e tipo de adesão				
Raça e tipo de PA	C+T	T	C	s/adesão
<b>PAS</b>				
brancas	129,0±10,4	135,0 ± 15,5	205,0±20,2	180,1±20,6
pardas	134,0±11,1	143,3 ± 9,5	166,0±26,7	171,0±25,6
negras	132,0±13,0	133,5 ± 11,8	180,0±21,5	161,7±24,9
<b>⇒ das PAS</b>				
negros-brancos	3,0	-2,0	-25,0	-18,4
pardos-brancos	5,0	8,3	-39,0	-9,1
negros-pardos	-2,0	9,8	14,0	-9,3
<b>PAD</b>				
brancas	82,0±7,2	82,3± 9,3	110,0±11,4	100,0±23,4
pardas	80,2±9,4	85,0±10,2	102,8±19,9	105,0±23,5
negras	85,0±9,1	81,0±12,9	101,2±17,2	102,0±20,4
<b>⇒PAD</b>				
negros-brancos	3,0	-1,3	-8,8	2,0
pardos-brancos	-1,8	2,7	-7,2	5,0
negros-pardos	5,0	-4,0	-1,6	-3,0

Tabela IVb - Médias + um desvio padrão e diferenças (⇒) das médias das PAS e PAD (mmHg) de hipertensos, por raça e tipo de adesão				
Raça e tipo de PA	C+T	T	C	s/adesão
<b>PAS + dp</b>				
brancos	139,4	150,5	225,2	200,7
pardos	145,1	152,8	192,7	196,6
negros	145,0	145,3	201,5	186,6
<b>⇒ das PAS + dp</b>				
negros-brancos	5,6	-5,2	-23,7	-14,1
pardos-brancos	5,7	2,3	-32,5	-4,1
negros-pardos	-0,1	-7,5	8,8	-10,0
<b>PAD + dp</b>				
brancos	89,2	91,6	121,4	123,4
pardos	89,6	95,2	122,7	128,5
negros	94,1	93,9	118,4	122,4
<b>⇒ das PAD + dp</b>				
negros-brancos	4,9	2,3	-3,2	-1,0
pardos-brancos	0,4	3,6	-1,3	5,1
negros-pardos	4,5	-1,3	-4,3	-6,1

muito mais elevadas pelo critério OMS; para a PAD mantém-se a mesma tendência pelo critério OMS; pelo JNC o controle é maior para brancos, apresentando os negros uma frequência de controle um pouco mais elevada do que os pardos (tab. V, fig. 2).

A tabela VI mostra as razões raciais de frequências de controle da PAS e PAD pelos dois critérios, notando-se com clareza o melhor estado de controle dos brancos e praticamente sem diferença entre pardos e negros.

Dentre as razões para adesão foram citadas necessidade de controlar a doença/para cuidar da saúde 33,3%, por que o médico marcou/fidelidade aos compromissos 22,9% e é difícil remarcar 6,7%. Os pacientes não aderentes apontaram com maior frequência: esquecimento da data aprazada e por que o pessoal faz greve, 24,6% cada; doença no dia da consulta 18,5% e outros compromissos no dia da consulta, 15,4%. Várias outras razões foram mencionadas em frequências muito baixas, tanto para adesão quanto para não adesão.

Desconheciam o caráter incurável da HA primária e a necessidade da regularidade do tratamento 19,0 % dos hipertensos, que também desconheciam as principais complicações da HA.

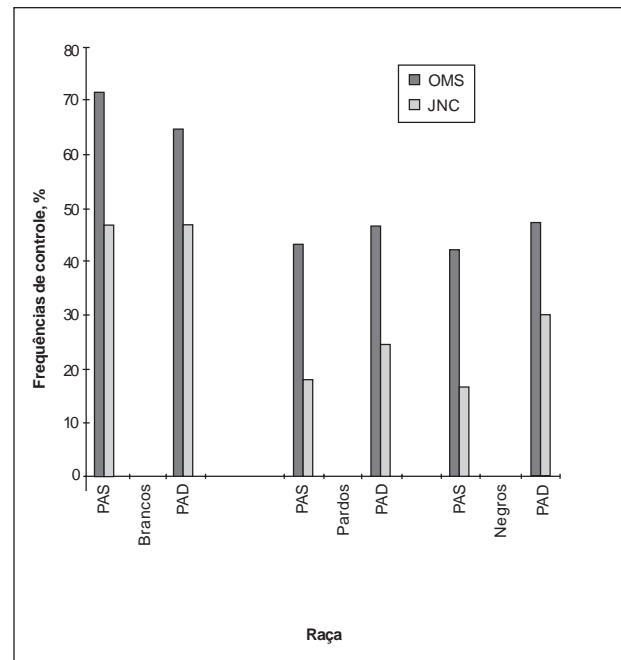


Fig. 2 - Raça e controle das PAD e PAD pelos critérios OMS e JNC.

Tabela V - Frequências de controle da PAS e PAD pelos critérios JNC e OMS, segundo raça								
Cor	JNC				OMS			
	PAS		PAD		PAS		PAD	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
brancos n = 28	13	46,4*	13	46,4**	20	71,4*	18	64,3**
pardos n = 91	16	17,6	22	24,2	39	42,8	42	46,2
negros n = 81	13	16,0	24	29,6	34	42,0	38	46,9

\* p<0,01; \*\* p>0,05



Tabela VI - Razões de freqüências de controle da pressão arterial critérios JNC e OMS, segundo raça

Raça	JNC		OMS	
	PAS	PAD	PAS	PAD
Branca/negra	2,9	1,6	1,7	1,4
Branca/parda	2,6	1,9	1,7	1,4
Parda/negra	1,1	0,8	1,0	1,0

## Discussão

Como hospital universitário, o HUPES normalmente apresenta uma menor oferta de consultas novas nos meses de dezembro a fevereiro, mas as consultas subseqüentes, apazadas para os ambulatórios especializados são mantidas, o que não ocorre com os ambulatórios não especializados, que dependem da participação de estudantes menos adiantados do curso médico. Os 200 hipertensos incluídos no estudo representam, em média, 66,7 casos mensais, devendo-se considerar que, segundo os critérios de exclusão, vários outros hipertensos foram atendidos no mesmo período. Como o ambulatório destina uma de suas tardes basicamente às primeiras consultas, entende-se que a maioria dos hipertensos atendidos em cada mês teve suas consultas concentradas em apenas um dos turnos (aproximadamente 16 consultas semanais), embora uma das investigadoras estivesse sempre presente nos dias de funcionamento do serviço.

O critério de adesão às consultas não foi o ideal, mas pareceu-nos satisfatório para programas de controle, pois, o somatório das proporções de adesão às C+T e C, alcança 67,5%, freqüência esta que pode ser considerada elevada. Os valores da PA após a entrevista do dia da consulta, tomados como parâmetro de controle frente aos critérios OMS e JNC, são de uma medida casual da PA de pacientes já hipertensos. A análise dos valores das PA, desde o início do acompanhamento, permitiria melhor conhecer o perfil de controle de cada paciente, mas foi inviável ampliar o estudo na época da sua realização. A medida realizada pelos próprios médicos do ambulatório especializado e não por um dos investigadores foi proposital, de modo a não induzir a elevação da PA de pacientes por ventura controlados, quando medida por observadores estranhos ao serviço (similaridade ao que ocorre com diagnósticos da HA do jaleco branco). Para aqueles que estavam com PAD sob controle, não há possibilidade de falsos controlados, exceto se os esfigmomanômetros do serviço estivessem descalibrados e/ou não houvesse padronização técnica entre os profissionais que atendem aos hipertensos. Portanto, o critério de adesão ao tratamento também não é o ideal, mas, como o de adesão às consultas, pareceu-nos coerente com os resultados obtidos, ou seja, as freqüências de pacientes controlados ficaram em torno dos 95% (OMS) e estiveram >50% quando o critério foi o do JNC, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos considerados aderentes ao tratamento (C+T e T). Além disso, as médias da PA, inde-

pendentemente da raça, foram muito mais baixas e em níveis de controle pelo JNC (exceto a PAS dos pardos, grupo T) para os grupos que aderiram ao tratamento, o que não ocorreu com os demais grupos. Pacientes que não aderiram ao tratamento, tinham médias da PAS e PAD em níveis de hipertensão. Um outro fato importante para minimização de vieses foi a natureza duplo-cega do estudo. Considerando todos aqueles que aderiram ao tratamento (grupos C+T e T), a adesão foi de 41,5%, também mais elevada ou semelhante à muitas das observadas na literatura<sup>5,7</sup> e também superior à detectada em outra oportunidade no mesmo serviço<sup>8</sup>.

As médias + um desvio padrão ilustram como muitos hipertensos nas categorias de adesão ao tratamento ultrapassam os valores da considerada normalidade pelo critério do JNC, tanto para PAS quanto para PAD, quando se usam médias e medidas de dispersão na análise. Portanto, é preciso estar atento quando as informações apresentadas forem representadas exclusivamente por médias. Melhor do que avaliar o controle da HA através de médias é o uso da freqüência de controlados, que inclui todos os indivíduos deste grupo e, caso esteja-se medindo a prevalência de controlados, pode-se estimar os intervalos de confiança a 95 ou 99%.

Os pacientes com PA controlada eram aqueles que, em geral, recebiam a medicação gratuitamente, sendo um possível viés para o controle a possibilidade de que eles apresentassem maior freqüência de comprometimento de órgãos alvo - o que poderia levar a uma maior aderência ao tratamento.

Quanto ao perfil dos aderentes em relação aos não aderentes, eram todos de baixa renda e de baixa escolaridade. Houve uma nítida gradação decrescente da freqüência de adesão e de controle da PA do branco para o negro e crescente para a não adesão. Estes dados concordam com a literatura<sup>9,10</sup>, porém há também de se considerar que os negros não respondem bem a determinados tipos de monoterapias quando não associadas a diuréticos e que, sobretudo, as mulheres negras e obesas têm dificuldades para redução do peso<sup>11,12</sup>. A maior freqüência de adesão observada para os solteiros é contrária ao referido na literatura para diversas doenças. No entanto, deve-se advertir que, embora um "n" de 200 pacientes tivesse sido suficiente para este tipo de análise, a participação de brancos e de solteiros foi reduzida (os solteiros com companheiros e/ou família constituída foram considerados como casados). Maiores freqüências de adesão foram detectadas até o 3º ano do diagnóstico, sem nenhum caso de não adesão, mas a idade do paciente não foi elemento importante na caracterização dos aderentes/não aderentes.

Apesar da baixa adesão dos negros ao tratamento, foram os que mais aderiram apenas às consultas, mas sem nenhum outro benefício, senão garantir a freqüência ao ambulatório. Por um lado, esta informação sugere uma possível diferenciação de renda, dentro do próprio estrato social (o que não existe para escolaridade) ou dificuldade de aceitação/compreensão da necessidade do controle da hipertensão, ou ainda, a esperança de conseguir a medicação. Estudo similar realizado no ambulatório de diabetes do mesmo hospital e na mesma época mostrou o inverso deste, com

negros com maior freqüência de controle e da adesão ao tratamento<sup>13</sup>. Uma outra possibilidade a afastar seria uma menor gravidade da hipertensão dos negros, dado que as médias das suas PAS e PAD, quando aderindo só às consultas ou a nada aderindo, não são as mais elevadas dos respectivos grupos. Esta, no entanto, não é uma hipótese plausível, tendo em vista a ampla informação disponível na literatura sobre a predominante gravidade e elevada freqüência de lesão em órgãos alvo entre os negros<sup>14</sup>. Este tipo de informação não existe para o Brasil ao nível populacional nem em estudos clínico-epidemiológicos.

Foi evidente a raridade da participação masculina no ambulatório de HA, contrariamente ao observado há mais de uma década<sup>8</sup>.

Entre razões para adesão não foram mencionados, com destaque, aspectos relevantes para este estrato social estudado, como a obtenção gratuita da medicação. Este fato ocorreu na quase totalidade daqueles que aderiram ao tratamento, mas não naqueles aderentes apenas às consultas. Apesar da não ocorrência de greve de funcionários do hospital, no período do estudo, este foi um dos principais motivos referidos para não adesão. Os outros dois motivos mais citados - esquecimento da data e outros compromissos no dia da consulta - refletem um comportamento negativo ou de prioridades destes pacientes, desde quando as consultas são aprazadas com bastante antecedência (aproximadamente três meses) e as dificuldades para remarcação são re-

ais e explicitadas como razão para aderência por outros hipertensos.

É ainda importante salientar que 1/5 dos pacientes desconheciam o caráter incurável e as complicações da HA.

O estudo sugere que: a) a assiduidade às consultas não parece importante para o controle da HA, mas, a distribuição gratuita da medicação é elemento fundamental para programas de controle; b) a análise efetuada pelo critério OMS mostra elevada proporção de controle da PA entre os que aderem ao tratamento e que muitos deles estavam com níveis pressóricos no grupo limítrofe da OMS (PAS entre 140 e <160mmHg e PA entre 90 e <95mmHg), resultando num baixo percentual de pacientes controlados pelo critério do JNC que é mais atual; c) é necessário uma atuação mais incisiva com pacientes negros para adesão ao tratamento; d) é preciso uma melhor educação e informação sobre a doença e suas complicações; e) é importante ao nível de programas populacionais um destaque especial para o sexo masculino e f) é conveniente rever a freqüência prevista de consultas anuais, que talvez possam passar a quadrimestrais ou mesmo semestrais, para pacientes que aderem ao tratamento e que não apresentam lesões graves de órgãos alvo, dando-lhes chance para retornar à consulta na eventualidade de qualquer intercorrência, inclusive abandono do tratamento de qualquer natureza e propiciar uma maior atenção aos grupos aqui mencionados como mais problemáticos para adesão.

## Referências

1. Homedes N, Ugalde A - Research on patients compliance in developing countries. Bull PanAm Health Organ. 1994; 28:17-33.
2. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P - Clinical Epidemiology. A Basic Science for Clinical Medicine. 1ª ed. Boston: Little Brown 1985, cap 7.
3. Sackett DL - Hypertension in the real world: Public reaction, physician response, and patient compliance. In: Genest J, Koiw E, Kuchel O, eds, 1ª - Hypertension. New York: McGraw- Hill Book, 1977: 1142-8.
4. Hosie J, Wi klund I - Managing hypertension in general practice: can we do better? J Hum Hypertension. 1995; 9(suppl 2): S15-8.
5. National Institute of Health - The Fifth Report of the National Joint Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Public 1993; 93: 1088.
6. Ministério da Saúde - Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Doenças Crônico- Degenerativas, 1989. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, DF.
7. Aubin M, Vezina L, Maziade J, Robitaille NM - Le contrôle de l'hypertension arterielle: effet d'une intervention realisee aupres des medecins de famille. Can Fam Physician 1994; 40: 1742-52.
8. Lessa I, Evangelista Filho D, Santo MEE - Adesão, eficácia e custos do tratamento da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol 1983; 41: 119-23.
9. Hall WD, Kong W - Hypertension in Blacks: Nonpharmacologic and Pharmacologic Therapy. In: Saunders E, ed - Cardiovascular Disease in Blacks. Philadelphia: FA Davis, 1991; cap 11.
10. Achutti A - O controle da hipertensão arterial em Porto Alegre. Resultados de estudos populacionais de 1978 a 1987. Arq Bras Cardiol 1988; 51: 288.
11. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. - Racial differences in response to low-dose captopril are abolished by the addition of hydrochlorothiazide. Br J Clin Pharmacol 1982; 14(suppl 2): 97.
12. Holland OB, vonKuhnert L, Campbell WB, et al. - Synergistic effect of captopril with hydrochlorothiazide for the treatment of low-renin hypertensive blacks patients. Hypertension 1983; 5: 235.
13. Lessa I, Fonseca J, Pousada JM - Adesão de pacientes diabéticos de baixa renda ao tratamento e/ou às consultas. Anais do 9º Congresso da Associação Latino-Americana Bras. Endocrinol & Metabol, 1995.
14. Wing S - Social inequalities in the decline of coronary mortality. Am J Publ Health 1988; 78: 1415-16.