

ADESÃO AO TRATAMENTO E LÓCUS DE CONTROLE EM HIPERTENSOS

ADHERENCE TO TREATMENT AND LOCUS OF CONTROL IN HYPERTENSIVE PATIENTS

Geovanna Santana de Souza¹

André Faro²

RESUMO

O presente estudo analisou as relações entre adesão e locus de controle em hipertensos. Para tanto, participaram 176 adultos hipertensos, que estavam em tratamento com anti-hipertensivos. Utilizou três instrumentos: questionário com variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de saúde, a escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de Morisky e a escala *Multidimensional Health Locus of Control*. Ao final, constatou-se que houve associação significativa entre adesão e locus de controle, cuja relação se deu entre maior adesão e maior locus externo. Sendo assim, é importante que o tratamento seja adequado à maneira de atribuir controlabilidade manifestada pelo indivíduo, a fim de favorecer a adesão.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento. Locus de controle. Hipertensão.

ABSTRACT

This study analyzed the relationships between adherence to treatment and locus of control among hypertensive patients. The sample was 176 hypertensive adults, who

¹ Mestranda em Psicologia Social - Universidade Federal de Sergipe.

Endereço para correspondência: Rua São Benedito, nº 58, Conjunto João Paulo II, bairro Industrial. Aracaju, SE. Contato: geovannasantana92@gmail.com

² Doutor em Psicologia Social pela Universidade Federal da Bahia – Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe e orientador do Mestrado em Psicologia Social no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal de Sergipe.

were being treated with antihypertensive. Was applied a questionnaire about sociodemographic, clinical and health habits profiles, the Morisky Medication Adherence Scale and the Multidimensional Health Locus of Control Scale. It has found that there is association between compliance to treatment and locus of control, in which the relationship is between greater compliance and greater external locus. Finally, it's suggested that the treatment being appropriate for the way of assign controllability by the individual for to encourage adherence to treatment.

Keywords: Adherence to treatment. Locus of control. Hypertension.

INTRODUÇÃO

Globalmente, segundo a Organização Mundial da Saúde [OMS] (2011), a cada três mortes, duas podem ser atribuídas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Por serem consideradas doenças de longa duração, as DCNT são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde, refletindo em altos custos para os sistemas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE [MS], 2011). De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), as DCNT compreendem um vasto grupo de condições que tem em comum o fato de possuírem origem multifatorial, com forte influência de fatores de risco comportamental, alguns modificáveis, outros não (MS, 2011). O grupo das DCNT é composto por doenças como diabetes, câncer, doenças cardiovasculares e hipertensão arterial, sendo consideradas doenças que requerem esforços contínuos a longo prazo.

Dentre as DCNT, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) se destaca como principal doença e fator de risco (OMS, 2011). A Sociedade Brasileira de Cardiologia [SBC] (2010) define a HAS como uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA), com a pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 milímetros de Mercúrio (mmHg) e a pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não usam medicação anti-hipertensiva (MS, 2006). Segundo a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico [VIGITEL] (MS, 2013), cerca de 24,3% da população tem HAS. Essa doença vem se tornando o maior problema de saúde pública dos países desenvolvidos e afeta muito dos emergentes, elevando a taxa de morbimortalidade e, inclusive, configurando-se como um problema grave de saúde pública também no Brasil (RUFINO et al., 2012).

Na HAS, o controle da PA é o principal objetivo do tratamento, buscando promover o autocuidado do paciente e adaptação à doença. Diversos autores trazem em seus trabalhos (SANTA HELENA et al., 2008) conceitos da adesão ao tratamento, caracterizando-a de forma geral como a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com seu tratamento de saúde. O comportamento que o indivíduo tem diante da doença pode elevar ou não a probabilidade de adesão, pois fatores que tendem a influenciar tais decisões podem estar associados ao quanto ele se sente responsável por seu tratamento.

A adesão é um processo comportamental complexo e está relacionada com o conhecimento e as crenças das pessoas sobre sua doença, assim como sua motivação e expectativas acerca da gestão da doença (OMEJE; NEBO, 2011). A não adesão ocorre quando os pacientes não tomam cerca de 80% dos medicamentos prescritos para sua doença e não mudam seu comportamento em saúde. Porém, cabe destaque para aspectos comportamentais e psicológicos da adesão, pois já se percebe que apenas informar o paciente não tem gerado os resultados esperados, ou seja, mesmo tendo informações a respeito do tratamento e da doença são as intervenções comportamentais e educacionais que mais influenciam a adesão (PINTO; JOSÉ, 2012). Logo, percebe-se que a temática da adesão é de peculiar importância junto aos hipertensos e a Psicologia da Saúde mostra que os aspectos comportamentais e emocionais da HAS interferem na probabilidade de adesão ao tratamento, contribuindo tanto organicamente quanto emocionalmente para a má adaptação do paciente com hipertensão (COHEN et al., 2007; MALAGRIS et al., 2014).

Todos os indivíduos no curso da vida vão experimentar uma variedade de eventos que podem ser considerados fatores potenciais de estresse e esses, muitas vezes, exigem significativo reajuste social (SHARMA, 2012). As mudanças comportamentais ocorrem como uma resposta do indivíduo ao lidar com fatores estressores, que podem, por exemplo, levar o indivíduo a aderir ou não ao tratamento, justificando seu comportamento de acordo com fatores externos (por exemplo, azar) ou fatores internos (ex.: alto consumo de sal). Isso remete a uma temática muito estudada na Psicologia da Saúde: a atribuição de causalidade.

A atribuição de causalidade diz respeito às causas que as pessoas atribuem aos acontecimentos da sua vida. Em saúde, a atribuição causal é um mediador importante do comportamento futuro (BORUCHOVITCH; MEDNICK, 2000), que

explica como os indivíduos atribuem causas aos acontecimentos e quais suas consequências sobre a dinâmica adaptativa (FARO; PEREIRA, 2012). Na teoria da atribuição da causalidade encontra-se o *locus* de controle, que se refere ao lugar ao qual os indivíduos atribuem a culpa dos acontecimentos ocorridos, caracterizando-se como um elo entre o comportamento e sua consequência. Ele tem sido extensivamente estudado em relação à crenças em saúde (COHEN, AZAIZA, 2007; ROTTER, 1975), além de ser um preditor do comportamento (KRETCHY et al., 2014) que postula que os indivíduos podem ser diferenciados em termos de uma fonte de controle interna ou externa. Pessoas internalizantes tendem a assumir a responsabilidade dos acontecimentos, enquanto as pessoas externalizantes atribuem as causas de suas experiências ao mundo externo, como ao destino ou acaso, o que vem a afetar seus comportamentos de saúde (RODRÍGUEZ-ROSETO et al, 2002).

Alguns estudos sobre *locus* de controle da saúde (HALIMI et al., 2010; OMEJE, NEBO, 2011) têm mostrado que pessoas guiadas por *locus* de controle interno (internalizantes) aderem mais ao tratamento acreditando que são responsáveis por ele, enquanto os indivíduos guiados por *locus* externo aderem menos acreditando que suas ações não vão interferir em sua saúde. Há ainda estudos apontando que maior internalidade tende a estar associada ao sexo masculino, com níveis socioeconômico, cultural e escolaridade mais altos (BIAGGIO, 1985; DELA COLETA, 1982), como também comportamentos mais adequados relativos a hábitos saudáveis e busca por mais informações a respeito de sua doença (DELA COLETA, 1979; STRICKLAND, 1978).

Enfim, julga-se interessante avaliar o *locus* de controle na hipertensão arterial, a fim de conhecer os indicadores de adesão ao tratamento, bem como a carga dos aspectos emocionais e cognitivos presentes no comportamento em saúde. Parte-se, então, do princípio que o controle da pressão arterial não se limita apenas à abordagem do corpo doente, devendo considerar a dinâmica psicológica no processo saúde-doença (PIRES; MUSSI, 2008). Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo geral analisar as relações entre o *locus* de controle e a adesão em indivíduos hipertensos que se encontravam em tratamento. Além disso, buscou-se identificar relações entre variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de saúde junto à adesão ao tratamento e ao *locus* de controle predominante.

MÉTODO

Participantes

O estudo foi realizado em dois bairros da zona norte da cidade de Aracaju em uma universidade pública, numa amostra de 176 indivíduos adultos hipertensos, de ambos os sexos, abordados em suas residências e em salas de aula da universidade. A seleção dos participantes se caracterizou por ser uma amostragem por conveniência, de caráter acidental. Ao confirmarem o quadro hipertensivo e o uso de medicamento anti-hipertensivo, foram convidados a participar da pesquisa.

Instrumentos

Para a coleta dos dados se utilizou um questionário sociodemográfico contendo as seguintes variáveis: idade (em anos), sexo (masculino ou feminino), cor de pele (branca, parda/preta e outras), estado civil (com relação estável ou sem relação estável), escolaridade (dicotomizado em ensino médio e abaixo ou superior), nível de religiosidade (dicotomizado em abaixo da média ou acima da média da amostra), ocupação (trabalha ou não trabalha), média da renda familiar nos últimos três meses (em reais).

Foi também aplicado um questionário clínico, considerando as questões: tempo de diagnóstico da HAS, tempo de uso de medicamento (em meses) e qual(is) os que utiliza para a HAS, presença de outras comorbidades (sim ou não), valor da PA na última aferição que realizou (sistólica e diastólica), status de saúde e doença (atribuição de nota que varia de 0 a 10). Além desses, contou-se ainda com questões sobre hábitos de saúde, contendo altura (em centímetros) e peso (em quilogramas) para contagem do índice de massa corporal [IMC] (dicotomizado em eutróficos e não eutróficos), prática de atividades físicas (sim ou não), quais atividades físicas (caminhada, ginástica/musculação ou outras), tabagismo (sim ou não) e consumo de bebida alcoólica (sim ou não).

Aplicou-se a escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de Morisky (MMAS-8), que contém oito perguntas com respostas fechadas de caráter dicotômico (sim ou não). As pontuações fornecidas pelo escore da escala classifica os participantes da seguinte maneira: alta adesão: 0 pontos, média adesão: 1-2 e baixa adesão de 3 a 8 pontos. Para o presente estudo, optou-se pela recategorização dessa escala, uma vez que não houve participantes com pontuação na categoria “alta adesão”. Sendo assim, a escala foi dividida de acordo com a média 4,9 ($DP = 1,71$), sendo classificada em adesão acima da média e adesão abaixo da média da amostra.

Para mensuração do locus de controle se utilizou a escala *Multidimensional Health Locus of Control* (MHLC). A MHLC é composta por 18 itens com cinco níveis de resposta, variando de 1 (Concorda totalmente) a 5 (Discorda totalmente). A escala mensura fatores internos e externos, variando entre 18 e 90 pontos. Da mesma maneira que se optou pela categorização da escala de adesão, também optou-se por trabalhar com a classificação Internalizante (maior pontuação em controle interno) ou Externalizante (maior pontuação em controle externo).

Procedimentos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (CAAE 37689314.5.0000.5546) e, juntamente ao questionário, foi entregue ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A aplicação do questionário durou, em média, 15 minutos.

Análise de dados

Para a análise dos dados as respostas obtidas nos questionários sociodemográficos, clínicos e de hábitos de saúde, bem como das escalas de locus de controle (MHLC) e adesão (MMAS-8) foram analisadas com o programa SPSS (Versão 19). Realizou-se, inicialmente, a análise exploratório-descritiva, obtendo-se as frequências percentuais e absolutas, medianas, limites inferior e superior, médias e desvios-padrão. Nas análises estatísticas inferenciais consideraram-se como variáveis independentes o locus de controle, as variáveis sociodemográficas, clínicas e de hábitos de saúde, sendo a variável dependente a adesão ao tratamento. Conduziram-se análises de associação (Qui-Quadrado), com nível de significância em $p < 0,05$.

RESULTADOS

Os participantes foram 55,1% ($n = 97$) do sexo feminino e 44,9% ($n = 79$) do masculino e tinham em média 50,3 anos [*Desvio Padrão (DP) = 12,78*]. A maioria mantinha relacionamento afetivo (68,8%; $n = 121$) e mais da metade estava empregado (75,6%; $n = 133$). Quanto à cor de pele, os respondentes se autodeclararam, principalmente, serem pardos ou pretos ($n = 118$; 67%), seguidos de brancos ($n = 46$; 26,1%) e outros ($n = 12$; 6,8%). A maioria possuía ensino superior ($n = 105$; 59,7%) e 40,3% cursaram até o ensino médio ($n = 71$). A média de renda familiar nos últimos três meses foi de R\$ 1.326,14 ($DP = 491,39$).

Em relação às variáveis clínicas, 85,2% se autodeclararam como não portador de outras doenças crônicas ($n = 150$), a média de tempo de diagnóstico da hipertensão arterial foi de 42,4 meses ($DP = 35,78$) e de tempo de uso de medicamentos anti-hipertensivos foi de 34,7 meses ($DP = 34,06$). A maioria afirmou fazer uso dos medicamentos captopril ($n = 79$; 44,9%), seguido de enalapril ($n = 30$; 17%) ou outros ($n = 67$; 38,1%). Em relação ao valor da pressão arterial na última aferição, a média foi de 130 (sistólica) por 60 (diastólica) mmHg, sendo categorizada de acordo com o valor considerado ideal (120/80 mmHg) em PA ideal ($n = 60$; 34,1%) e PA acima do ideal ($n = 116$; 65,9%).

No que tange às questões de hábitos de saúde, a maioria tinha IMC na categoria não eutróficos ($n = 90$; 51,1%), na qual se encontra indivíduos acima do peso e/ou obesos, e o restante se enquadrou em eutróficos ($n = 86$; 48,9%). Dos praticantes de atividades físicas ($n = 61$; 34,7%), 49,2% fazem caminhada ($n = 30$), 36,1% praticam ginástica ou musculação ($n = 22$) e os demais praticam outras modalidades ($n = 9$; 14,8%). Com relação ao tabagismo e ao consumo de bebidas alcoólicas, 15,9% se declararam tabagistas ($n = 28$) e 51,1% afirmaram não consumir bebidas alcoólicas ($n = 90$).

Com relação às escalas de adesão e de locus de controle, o escore da adesão indicou que 61,9% dos participantes pontuaram adesão acima da média ($n = 109$), enquanto os demais pontuaram adesão abaixo da média ($n = 67$; 38,1%). Já o escore da pontuação fornecida pela escala de locus de controle mostrou que a maioria dos participantes são internalizantes ($n = 114$; 64,8%) e 35,2% puderam ser classificados como externalizantes ($n = 62$).

No cruzamento das variáveis adesão ao tratamento e locus de controle foi identificada associação significativa entre as duas variáveis [$\chi^2 (gl = 1) = 6,104$; $p = 0,013$], na qual os participantes do grupo adesão acima da média foram mais frequentes no grupo com locus de controle externo (74,2%). Paralelamente, os participantes mais comuns no grupo adesão abaixo da média (76,1%) foram indivíduos com locus predominantemente interno.

O Qui-quadrado mostrou que houve significância estatística entre a variável adesão e ocupação [$\chi^2 (gl = 1) = 3,763$; $p = 0,05$], revelando que quem trabalha (75,6%) foi mais frequente no grupo adesão acima da média. Vale ressaltar que a variável relacionamento estável cruzada com adesão ao tratamento apresentou significância limítrofe [$\chi^2 (gl = 1) = 2,735$; $p = 0,098$]. As demais variáveis

sociodemográficas, clínicas e de hábitos de saúde não apresentaram significância estatística ($p > 0,05$) na relação com a adesão ao tratamento ou locus de controle.

DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou analisar as relações entre adesão e locus de controle em hipertensos. Além disso, buscou-se identificar as relações entre variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de saúde com relação à adesão e ao locus de controle. Com isso, no que tange às variáveis sociodemográficas, pode-se dizer que as características desse estudo se assemelham ao que é comumente achado na literatura. A distribuição por sexo foi homogênea, composta por um público adulto com média de idade próxima aos 50 anos, com predominância de cor parda/preta, atuantes no mercado de trabalho, mantendo algum tipo de relação estável, boa escolaridade e média da renda familiar próxima a dois salários mínimos.

No que se refere às variáveis clínicas, a maioria não portava doença crônica além da HAS e fazia uso de anti-hipertensivo há cerca de três anos, sendo o medicamento mais comum o captopril, um dos principais medicamentos anti-hipertensivos (SILVA VOSGERAU et al., 2011). A média da pressão arterial dos participantes se mostrou acima do ideal, apesar dos participantes estarem em tratamento. Embora a média da PA dos participantes não tenha sido considerada ideal, cabe salientar que em grupos de hipertensos valores menores que 140/90 mmHg pode ser considerada PA controlada (SBC, 2010). No que diz respeito à busca por serviços de urgência e emergência, chamou atenção o fato de que poucos participantes procuraram os serviços de urgência ou emergência no último ano, sugerindo que, em termos da HAS, possivelmente não tiveram crises hipertensivas severas que demandassem busca pela urgência.

Segundo o Ministério da Saúde, tanto fatores de risco constitucionais (idade e sexo), como fatores genéticos (raça e história familiar) contribuem para o desenvolvimento da hipertensão arterial, mas são os fatores ambientais os principais responsáveis pelo controle da doença, dificultando a adesão terapêutica (REIS; QUADROS GLASHAN, 2001). Assim, seguindo o que a literatura relata, os participantes se caracterizaram por ter IMC acima da média (TACON et al., 2010) e por serem sedentários (COTTA et al., 2009).

Esta amostra se caracterizou por pontuar mais no grupo adesão acima da média. A adesão ao tratamento da hipertensão arterial vem sendo considerada um processo comportamental fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelo indivíduo e pelos profissionais de saúde (OMS, 2003). Levando em consideração o conceito de adesão citado ao longo do trabalho, pode-se dizer que um paciente adere bem ao tratamento quando ele segue as orientações do profissional que o acompanha em termos de dieta, uso correto dos medicamentos, prática de exercícios físicos e outros hábitos saudáveis, além de ir para consultas regulares. É interessante notar que esse conceito de adesão faz certa alusão ao *locus externo*. Isso sugere a ideia que o indivíduo acredita que o que controla sua saúde se baseia na recomendação profissional e no medicamento, devendo seguir tais prescrições para manter sua saúde estável.

Por outro lado, o fato de haver mais sujeitos com boa adesão pode estar associado à idade e, neste caso, por ser em sua maioria constituída por adultos velhos, isso se concilia com dados obtidos em outros estudos (CONTIERO et al., 2009; ISAZA et al., 2004). No caso da alta escolaridade, que também caracterizou esta amostra, pesquisas mostram que indivíduos com maior escolaridade tendem a aderir positivamente ao tratamento, decorrente do maior nível de instrução que torna mais fácil a compreensão das informações passadas a respeito da doença, das medicações e hábitos de vida (KUNGÄS, LAHDENPERÄ, 1999; MOREIRA, ARAÚJO, 2012), o que se aplica, ainda, a indivíduos economicamente ativos (SANTOS; LIMA, 2008).

Segundo a OMS (1996), a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial está relacionada ao baixo poder aquisitivo, analfabetismo, desemprego, fornecimento de medicamentos limitado e o alto custo destes. Dessa forma, percebe-se que o fato da presente amostra se caracterizar por ter uma renda familiar média/alta, na qual a maioria dos indivíduos trabalham, possuem ensino superior e se encontram em tratamento com medicamento anti-hipertensivo, pode ter constituído um grupo de fatores que ajudam a entender a maior pontuação no grupo adesão acima da média, caracterizando-os como hipertensos que aderiram bem ao tratamento.

A percepção dos pacientes sobre a fonte de controle dos acontecimentos em sua saúde propõe que a crença do indivíduo determina a ação a ser tomada. Quem acredita que os resultados, ao menos em parte, são dependentes de suas ações, interesses e motivações é considerado internamente orientado ou internalizante.

Aquele que tem orientação externa, o externalizante, acredita que forças externas como o destino, a sorte/azar e outros poderosos (pessoas que podem exercer algum tipo de poder sobre seus comportamentos, a exemplo dos médicos, professores, entre outros, ou até mesmo entidades divinas) exercem controle sobre os acontecimentos de sua vida (COHEN, AZAIZA, 2007; KRETCHY et al., 2014; ROTTER, 1975).

Os sujeitos desta pesquisa mostraram ser em sua maioria internalizantes. Em saúde, a literatura aborda o sujeito internalizante como sendo pessoas propensas a aderir mais ao tratamento e que buscam mais informações a respeito de sua doença (DELA COLETA, 1979; HALIMI et al., 2010; OMEJE, NEBO, 2011; STRICKLAND, 1978), pois acreditam que são responsáveis por seu tratamento e adaptação. No entanto, nesta pesquisa, as pessoas que mais aderiram ao tratamento foram os externalizantes, indo em contraposição ao que é comumente encontrado na literatura, que aborda o sujeito externalizante como aquele que adere menos e costuma ter mais comportamentos prejudiciais à sua saúde.

Ao analisar a correlação significativa entre locus de controle interno e externo, alguns autores (WALLSTON et al., 1978; ZANETTI, MENDES, 1993) notaram que uma pessoa com forte crença no locus de controle externo tem grande confiança no agente terapêutico e, teoricamente, estaria mais predisposta a se submeter a um dado procedimento. Isso se revelou como fonte de interesse para muitos pesquisadores da área, visto que vai em direção oposta ao que predomina na literatura do tema, que seria a forte relação entre locus interno e adesão ao tratamento. Estudos realizados com diabéticos (ZANETTI; MENDES, 1993) e doentes com dor crônica (KURITA; PIMENTA, 2004) apontam a predominância de sujeitos externalizantes em suas amostras, sendo que o segundo estudo associa a alta adesão ao locus externo. Ademais, os poucos estudos que trazem análises teóricas e empíricas com sujeitos externalizantes relatam que estes tendem a ser pacientes menos graves (DELA COLETA, 1979; RODRÍGUEZ-ROSETO et al., 2002).

Atualmente, em saúde, estudos sobre as expectativas de controlabilidade seguem a concepção de Rotter, que é bom ou adaptativo ser interno, e é mau ou inadaptativo ser externo (FURNHAM; STEELE, 1993), buscando um aporte positivo entre internalidade e adesão terapêutica. Devido a isso, o locus de controle externo tende a ser visto como algo ruim, quando predominante no sujeito. Neste sentido, externalizantes são vistos como em risco para desenvolverem doenças devido à falta de cuidados e a não adesão às intervenções de saúde (TALAVERA et al., 1997).

Não obstante, há trabalhos que mostram que sujeitos externalizantes, ao se sentirem suscetíveis, poderão seguir com maior rigor as orientações médicas e tendem a ser mais fiéis às orientações (KURITA; PIMENTA, 2004). Segundo Almeida e Pereira (2006), há um tipo de controle secundário que é particularmente importante para os doentes crônicos, pois, ao passar por alguma situação estressante, ele pode partilhar seu estresse com outros poderosos (médico ou enfermeiro, por exemplo), que podem mobilizar mecanismos de adaptação do indivíduo, sendo que em determinados momentos, mesmo os internalizantes podem deixar aspectos relativos à sua saúde a cargo dos profissionais; isto é, podem variar nos moldes de atribuição de causalidade em virtude da força do evento estressor que está envolvido.

A única variável que apresentou significância estatística quando cruzada com a adesão foi a ocupação ($p = 0,05$), revelando que quem trabalha pontuou mais no grupo adesão acima da média. Este dado corrobora outros estudos, já que trabalhadores ativos tendem a reconhecer sua condição e buscam manter sua PA controlada, pois o emprego, em certa medida, requer que seus funcionários permaneçam saudáveis para uma boa produção dentro desse ambiente (NOGUEIRA et al., 2010). Essa associação também pode ser explicada pelo comprometimento e pelas pressões impostas no mercado de trabalho, uma vez que pressão arterial não controlada pode levar o indivíduo a faltas constantes e repreensões, acarretando em estresse e má adaptação frente à sua enfermidade.

De forma geral, as variáveis sociodemográficas, clínicas e de hábitos de saúde não demonstraram ser estatisticamente significativas neste estudo. Contudo, vale ressaltar que a variável relacionamento estável cruzada com adesão ao tratamento apresentou significância limítrofe ($p = 0,098$), revelando que aqueles com relação estável foram mais frequentes no grupo de alta adesão, indo ao encontro de estudos que verificaram que pessoas com relação estável apresentam, quando comparadas àquelas que não possuem companheiros, maiores chances de aderirem ao tratamento (KUNGÄS, LAHDENPERÄ, 1999; CLARK et al., 2000). Este achado pode ser justificado pelo apoio e incentivo que é dado pelo parceiro ao indivíduo, no sentido de seguir dieta, tomar medicamentos e mudar os hábitos de vida (DELA COLETA, 2012). Isso pode estar relacionado, também, à associação encontrada neste trabalho entre adesão e locus de controle externo, uma vez que ao ser incentivado ou até mesmo “pressionado” pelo companheiro e pela família a se cuidar, o indivíduo pode fazê-lo, inicial ou unicamente, por influência do outro. Com isso, torna-se importante

realizar novos estudos que tenham como objetivo essa variável, a fim de aprofundar outras associações relacionadas com a adesão.

CONCLUSÃO

Em suma, a presente pesquisa revelou que o processo de adesão terapêutica vai muito além das questões biológicas, sofrendo influência de fatores biopsicossociais. A relação encontrada entre locus de controle externo e alta adesão, bem como a associação entre busca por serviços de urgência e locus interno, refletem achados pouco encontrados na literatura e que podem ser mais bem investigados com o intuito de conhecer os preditores da adesão e do comportamento em saúde.

A principal limitação deste trabalho diz respeito ao caráter amostral por conveniência, que limita a capacidade de extrapolação dos achados para outros grupos, ficando como sugestão, para novas pesquisas, a busca por amostras representativas de grupos específicos (por exemplo, trabalhadores de uma empresa) ou mesmo da população em geral, o que favoreceria à maior confiabilidade na generalização dos resultados. Sugere-se o desenvolvimento de estudos que visem investigar outras medidas que poderiam ajudar a explicar melhor a adesão, juntamente com o locus de controle (por exemplo, autoeficácia, suporte social ou estratégias de enfrentamento), a fim de comparar o impacto dessas variáveis entre os internalizantes e externalizantes, conhecendo suas influências no processo de adesão terapêutica.

Enfim, entende-se que compreender como as pessoas pensam e se sentem diante de sua doença é um dos fatores que podem garantir a eficácia de intervenções que objetivem mudanças de comportamento em saúde. Logo, este estudo contribuiu para a identificação da associação entre um processo comportamental (adesão) e psicológico (atribuição de causalidade), e para a reflexão acerca da importância de um cuidar que reconheça aspectos subjetivos e clínicos que podem estar envolvidos ao longo do acompanhamento terapêutico.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. P.; PEREIRA, M. G. Locus de controle na saúde: conceito e validação duma escala em adolescentes com diabetes tipo I. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 7, n. 2, p. 221-238, 2006.
- BIAGGIO, A. M. Relationships between state-trait anxiety and locus of control-experimental studies with adults and children. **International Journal of Behavioral Development**, v. 8, n. 2, p. 153-166, 1985.
- BORUCHOVITCH, E.; MEDNICK, B. R. Causal attributions in Brazilian children's reasoning about health and illness. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 484-490, 2000.
- CLARK, M. J. et al. The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control. **Public Health Nursing**, v. 17, n. 6, p. 452-459, 2000.
- COHEN, M.; AZAIZA, F. Health-promoting behaviors and health locus of control from a multicultural perspective. **Ethnicity and Disease**, v. 17, n. 4, p. 636-642, 2007.
- COHEN, S. et al. Psychological stress and disease. **Jama**, v. 298, n. 14, p. 1685-1687, 2007.
- CONTIERO, A. P. et al. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 62-70, 2009.
- COTTA, R. M. M. et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1251-1260, 2009.
- DELA COLETA, J. A. **Atribuição de causalidade: teoria e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1982. 153 p.
- DELA COLETA, J. A. A escala de locus de controle interno-externo de Rotter: um estudo exploratório. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 31, n. 4, p. 167-181, 1979.
- DELA COLETA, M. Locus de controle e satisfação conjugal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 8, n. 2, p. 243-252, 2012.
- FARO, A.; PEREIRA, M. E. Estresse, atribuição de causalidade e valência emocional: revisão da literatura. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 64, n. 2, p. 76-92, 2012.
- FURNHAM, A.; STEELE, H. Measuring locus of control: a critique of general, children's, health-and work-related locus of control questionnaires. **British Journal of Psychology**, v. 84, n. 4, p. 443-479, 1993.
- HALIMI, L. et al. Severe asthma and adherence to peak flow monitoring: longitudinal assessment of psychological aspects. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 69, n. 4, p. 331-340, 2010.
- ISAZA, C. A. et al. Efectividad del tratamiento antihipertensivo en una muestra de pacientes colombianos. **Biomédica**, v. 24, n. 3, p. 273-281, 2004.
- KRETCHY, I. A. et al. Patterns and determinants of the use of complementary and alternative medicine: a cross-sectional study of hypertensive patients in Ghana. **BMC**, v. 14, n. 1, p. 44, 2014.
- KUNGÁS, H.; LAHDENPERÄ, T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. **Journal of Advanced Nursing**, v. 29, n. 4, p. 832-839, 1999.

KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. D. M. Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 3, p. 254-261, 2004.

MALAGRIS, L. E. N. et al. Hipertensão arterial sistêmica: Contribuição de fatores emocionais e possibilidades de atuação da psicologia. In: SEIDL; MIYAZAKI (Coords.). **Psicologia da saúde: Pesquisa e atuação profissional no contexto de enfermidades crônicas**. Curitiba, Paraná: Juruá, 2014. p. 73-102.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2012: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2013.

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L. D. Falta de adesão ao tratamento da hipertensão: características de uma clientela distinta. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 2, n. 2, p. 39-46, 2012.

NOGUEIRA, D. et al. Awareness, treatment, and control of arterial hypertension: pró-saúde study, Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, n. 2, p. 103-109, 2010.

OMEJE, O.; NEBO, C. The influence of locus control on adherence to treatment regimen among hypertensive patients. **Patient Preference and Adherence**, v. 5, p. 141-148, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Control de la hypertension: Informe de um comitê de expertos de la OMS**. Genebra, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Adherence to long-term therapies: Evidence for action**. Genebra, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Perfis de doenças não transmissíveis por país em 2011**. Genebra, 2011.

PINTO, A. P. P. P.; JOSE, H. M. G. Hipertensão arterial e adesão ao regime terapêutico nos cuidados de saúde primários. **Journal of Nursing UFPE online**, v. 6, n. 7, p. 1638-1647, 2012.

PIRES, C. G. D. S.; MUSSI, F. C. Health beliefs for the control of arterial hypertension. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2257-2267, 2008.

REIS, M. G.; QUADROS GLASHAN, R. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 51-57, 2001.

RODRÍGUEZ-ROSETO, J. E. et al. Escala de locus de controle da saúde-MHLC: estudos de validação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 179-184, 2002.

ROTTER, J. B. Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 43, n. 1, p. 56-67, 1975.

RUFINO, D. B. R. et al. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde. **Journal Health Science Institute**, v. 30, n. 4, p. 336-342, 2012.

SANTA HELENA, E. T. et al. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 764-767, 2008.

- SANTOS, Z. M. D. S. A.; LIMA, H. D. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 90-97, 2008.
- SHARMA, A. Hypertension: psychological fallout of type A, stress, anxiety and anger. **Advances in Asian Social Science**, v. 3, n. 4, p. 751-758, 2012.
- SILVA VOSGERAU, M. Z. et al. Saúde da família e utilização de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 24, n. 2, p. 95-104, 2011.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Hipertensão Arterial: VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 1, p. 4-62, 2010.
- STRICKLAND, B. R. Internal-external expectancies and health-related behaviors. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 46, n. 6, p. 1192-1211, 1978.
- TACON, K. C. B. et al. Perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos em hospital público. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 8, n. 6, p. 486-489, 2010.
- TALAVERA, G. A. et al. Latino health beliefs and locus of control: Implications for primary care and public health practitioners. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 13, n. 6, p. 408-410, 1997.
- WALLSTON, K. A. et al. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. **Health Education & Behavior**, v. 6, n. 1, p. 160-170, 1978.
- ZANETTI, M. L.; MENDES, I. A. C. Tendência do lócus de controle de pessoas diabéticas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 27, n. 2, p. 246-262, 1993.