

Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico

Décio Mion Júnior, Angela Pierin, Edna Ignez, Dália Ballas, Marcello Marcondes

Para identificar o conhecimento e preferências em relação ao tratamento foram entrevistados 353 hipertensos. Verificou-se preferência pelo tratamento farmacológico (56%) por via oral (84%), em comprimidos (60%), 1 vez ao dia (81%) pela manhã (65%) e com o seguinte perfil: mais de 40 anos, obeso, solteiro ou viúvo e renda de 1 a 5 salários mínimos. Foi elevado o desconhecimento sobre o tratamento não farmacológico (81%), apesar dos pacientes conhecerem as várias medidas não farmacológicas. O perfil dos que desconheciam o tratamento não farmacológico foi: mulheres, de 41 a 60 anos, obesas, não solteiras. Portanto, o hipertenso tem conhecimento e preferências que devem ser considerados na prescrição do tratamento, assim como nas recomendações de Consenso e nas campanhas sobre hipertensão arterial.

Trabalho realizado na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Disciplina de Nefrologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Endereço para correspondência: Décio Mion Jr.
Liga de Hipertensão Arterial, Hospital das Clínicas, F.M.U.S.P.
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255
05403-000 São Paulo SP
Tel.: (011) 282-2659 Fax: (011) 883-7683

Hipertensão arterial, adesão, tratamento
Hypertension, compliance, treatment

Introdução

A falta de adesão ao tratamento em hipertensão arterial é fato frequentemente observado pelos profissionais da área de saúde. Os índices de abandono, considerado o grau máximo da falta de adesão, são de 30 a 40%.¹

Inúmeros estudos têm procurado identificar as causas dos baixos índices de adesão ao tratamento e

os fatores que possam contribuir para aumentar estes índices.^{2,3,4} No entanto, apesar de vários aspectos terem sido pesquisados, a preferência do paciente, fator fundamental na aceitação do tratamento instituído, não tem sido investigada.⁵ A identificação das preferências tornou-se ainda mais importante após a introdução definitiva do tratamento não farmacológico na primeira etapa da terapêutica anti-hipertensiva. O tratamento não farmacológico, efetuado através de mudanças de estilo de vida, é praticamente impossível de ser prescrito sem a total aceitação do paciente. A prescrição, por exemplo, de prática regular de exercícios e redução de peso para paciente que prefere tomar remédios pode ser o primeiro passo para falta de adesão ao tratamento.

Também é importante conhecer o perfil dos pacientes em relação às suas preferências para que o médico possa abordar adequadamente os pacientes e obter melhor aceitação e adesão ao tratamento.

Para analisar as opções de tratamento há necessidade de se avaliar o percentual de conhecimento dos pacientes em relação à terapêutica, assim como o

perfil destes pacientes e as interações entre seu conhecimento e suas preferências.

Assim, o presente estudo tem como objetivos: 1) identificar o conhecimento e as preferências dos hipertensos com relação ao tratamento farmacológico e não-farmacológico; e 2) caracterizar o perfil dos hipertensos de acordo com seu conhecimento e suas preferências.

Material e Métodos

Foram entrevistados 353 pacientes hipertensos (pressão diastólica acima de 90 mmHg) atendidos na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Disciplina de Nefrologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na cidade de São Paulo.

A coleta de dados foi realizada através de instrumento específico que abordou os seguintes aspectos:

- a) Dados sócio-demográficos dos pacientes considerando as variáveis idade, sexo, cor, estado civil, escolaridade e renda. O estado civil foi classificado em casado, solteiro, viúvo ou separado e a escolaridade em saber ler e escrever, primeiro grau, segundo grau ou nível superior. A renda foi classificada de acordo com o número de salários mínimos ganhos em três faixas: a) entre 1 e 5 salários; b) acima de 5 salários e abaixo de 10; e c) acima de 10 salários.
- b) Fatores de risco cardiovascular: índice de massa corporal e hábito de fumar. O índice de massa corporal foi calculado pela fórmula peso (kg)/altura² (m) e classificado em normal quando menor ou igual a 25, acima do peso quando entre 25 e 30 e obeso quando maior ou igual a 30.
- c) Conhecimento e preferência pelos tratamentos farmacológico e não farmacológico. Estes aspectos foram abordados através das perguntas: a) o Sr.(a) acha que a pressão alta pode ser tratada sem remédios?; b) o Sr.(a) prefere tratar a pressão alta com ou sem remédio?
- d) Preferências relacionadas ao tratamento farmacológico quanto à via de administração, forma de apresentação, frequência e horário de tomada dos medicamentos incluindo as seguintes possibilidades:
 - via de administração: oral, nasal, retal, injetável, ocular, no ouvido e sobre a pele;
 - forma de apresentação: comprimido, drágea, cápsula, injetável, "spray", gotas, pomada-cre-

me, supositório, xarope, gel, adesivo à pele e inalante;

- frequência de administração: 1, 2, 3 ou 4 vezes ao dia ou em dias alternados;
- horário para tomada dos medicamentos: ao acordar/desjejum, no almoço e ao jantar/deitar.

- e) Preferências quanto ao tratamento não farmacológico em relação às medidas recomendadas: reduzir peso, reduzir ingestão de sal e gorduras, fazer dieta, fazer psicoterapia para reduzir "stress", realizar exercícios físicos (4 vezes por semana, meia hora por dia), reduzir ingestão de bebidas alcoólicas e eliminar hábito de fumar. Esta questão foi abordada através da pergunta: "Que tipo de tratamento sem remédio o Sr. (a) acredita que pode baixar a pressão seguida das várias alternativas de tratamento não farmacológico?".
- f) Avaliação do custo diário ideal do tratamento farmacológico indagando se este custo deveria ser menor, igual ou maior do que o de um maço de 20 cigarros.

A análise estatística foi realizada através da análise de correspondência e teste de Qui Quadrado de Pearson, tomando-se como nível de significância alfa

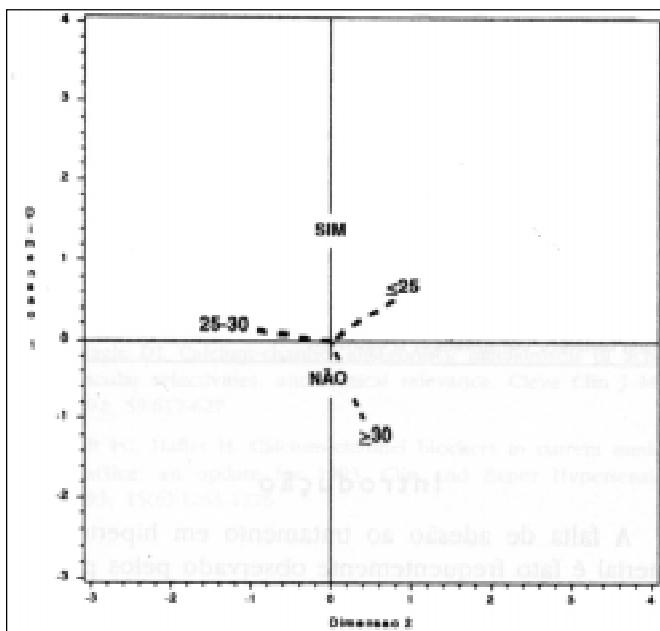


Figura 1 - Representação gráfica das linhas e colunas da tabela que expressam as frequências de pacientes que conhecem (sim) ou não (não) o tratamento não farmacológico "versus" índice de massa corpórea. Observa-se que índice de massa > 30 corresponde ao desconhecimento do tratamento não farmacológico.

D. Mion Jr. et al - Conhecimento e preferências do tratamento anti-hipertensivo

Tabela 1
Características sócio-demográficas e fatores de risco cardiovascular dos 353 pacientes.

		nº	%			nº	%
Sexo	masculino	112	32	Escolaridade	lê/escreve	88	25
	feminino	241	68		1º grau	226	64
Idade (anos)	n.d.	26	-		2º grau	28	8
	< 40	79	24		superior	11	3
	41-50	77	24	Renda (salário mínimo)	n.d.	78	-
	51-60	102	31		1 <5	241	88
	> 60	69	21		5 <10	27	10
			> 10		7	2	
Cor	branco	226	64	Índice de massa corporal	normal	135	38
	não branco	127	36		ac. do peso	135	38
Estado Civil	casado	220	62		obeso	83	24
	solteiro	66	19	Hábito de Fumar	fuma	73	21
	viúvo	44	13		não fuma	280	79
	separado	23	6				

n.d. = não declarado.

= 0,05. A análise de correspondência é uma técnica exploratória multivariada que converte uma matriz de dados (tabela de contingência) em gráfico bidimensional no qual linhas e colunas são apresentadas por pontos. A análise entre pontos pertencentes a diferentes variáveis se dá através dos ângulos entre os vetores que vão da origem do gráfico até cada um dos pontos. Como exemplo, observa-se na Figura 1 que índice de massa > 30 corresponde ao desconhecimento do tratamento não farmacológico, devido à proximidade dos vetores que apontam para os códigos "não" e "> 30". Analogamente, observa-se que o conhecimento do tratamento não farmacológico corresponde aos índices de massa < 25 e 25-30 (não obesos).

Resultados

Dados sócio-demográficos e fatores de risco cardiovascular

Os dados da Tabela 1 mostram que a maioria dos pacientes possuía idade acima de 40 anos (76%), era de sexo feminino (68%), de cor branca (64%), casada (62%), de baixa escolaridade (64%) com o primeiro grau e 25% referiam saber ler e escrever) e com renda familiar inferior a 5 salários mínimos (88%).

Com relação ao peso, 38% dos pacientes foram classificados como acima do peso e 24% como obesos. O hábito de fumar esteve presente em 21% da população.

Conhecimento dos tratamentos farmacológico e não farmacológico

A maioria dos pacientes (81%) desconhecia o tratamento não farmacológico para a hipertensão arterial. O perfil destes hipertensos que desconheciam que a hipertensão arterial pode ser tratada sem remédio, identificado através da análise de correspondência, foi: mulheres, com idade de 41 a 60 anos, obesas, não solteiras (casada, viúva ou separada), com nível de escolaridade saber ler e escrever ou nível superior e faixa salarial não declarada. Por outro lado, o perfil dos que indicaram que a pressão alta pode ser tratada sem remédio (19%) era: homens, com idade inferior a 40 anos ou superior a 60 anos, não obesos, solteiros, com escolaridade do 1º ou 2º grau e nas diferentes faixas salariais declaradas. As variáveis cor e hábito de fumar não interferiram no delineamento deste perfil ($p > 0,05$).

Preferências pelos tratamentos farmacológico e não farmacológico

Quanto à preferência em realizar o tratamento

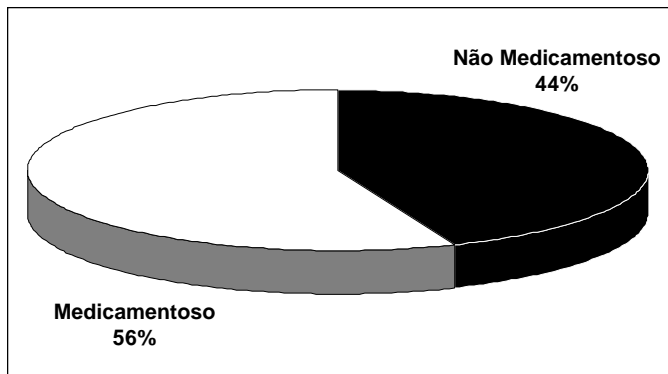


Figura 2 - Preferências dos pacientes quanto ao tipo de tratamento (n=353).

com ou sem remédios, 56% dos pacientes preferiram o tratamento medicamentoso e 44% o não medicamentoso (Figura 2). A caracterização do perfil dos hipertensos que preferiram tratamento medicamentoso, revelou faixa etária de 41 a 50 anos ou acima de 60 anos, obeso, solteiro ou viúvo, escolaridade ler e escrever ou nível superior e renda salarial de 1 a 5 salários mínimos. Já nos que preferiram o tratamento sem remédio, a idade foi inferior a 40 anos, não obeso, casado ou separado, escolaridade 1º ou 2º grau e renda salarial de 5 a 10 salários mínimos ou

não declarada. O sexo, a cor e hábito de fumar não influenciaram neste perfil ($p > 0,05$).

Preferências relacionadas ao tratamento farmacológico

A distribuição de preferências relacionadas ao tratamento farmacológico foi:

- a) via de administração: oral = 84%, injetável = 12%, outras 4%. (Figura 3a);
- b) forma de apresentação: comprimido 60%, gotas 14%, injetável 8%, xarope 6%, drágea 6%, outros 6% (Figura 3b);
- c) frequência de administração: uma vez ao dia 81%, mais de uma vez 19% (Figura 3c);
- d) horário para tomada dos medicamentos: ao acordar/desjejum 65%, ao jantar/deitar 29% e às refeições 6% (Figura 3d);

Portanto, os pacientes preferiram tomar remédios por via oral, sob a forma de comprimido, administrado uma vez ao dia pela manhã.

Preferências relacionadas ao tratamento não farmacológico

Os dados da Tabela 2 apontam que reduzir a ingestão de sal e gorduras foram as modalidades de tratamento não farmacológico mais conhecidas e pre-

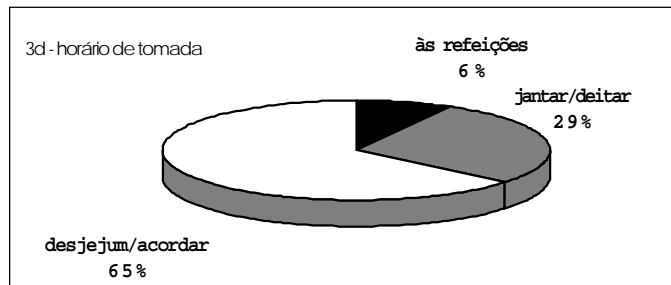
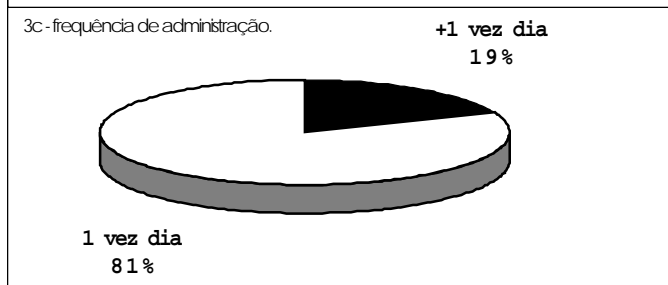
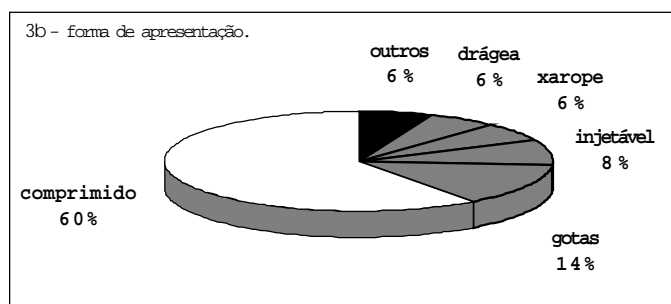
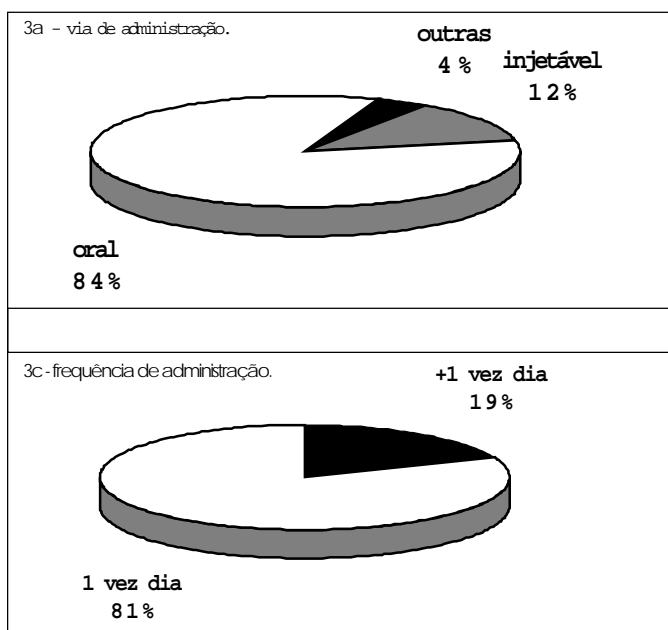


Figura 3 - Distribuição das preferências relacionadas ao tratamento farmacológico (n=353).

Tabela 2
Preferências e conhecimento quanto às medidas do tratamento não farmacológico (n = 353)

Tratamento	Preferência		Conhecimento	
	nº	%	nº	%
reduzir ingestão de gordura	336	95	327	93
reduzir ingestão de sal	334	95	338	96
fazer dieta	320	91	317	90
reduzir peso	304	86	265	75
realizar exercícios físicos	291	82	277	78
reduzir ingestão de bebidas alcoólicas	244	69	324	92
fazer psicoterapia para reduzir "stress"	242	69	219	59
eliminar hábito de fumar	228	65	320	90

feridas, ao passo que fazer psicoterapia foi a menos conhecida e preferida.

Com relação ao hábito de fumar, o percentual de fumantes que conhecia a redução de ingestão de bebidas alcoólicas e eliminação do hábito de fumar como medidas não farmacológicas foi maior do que o dos não fumantes.

Os pacientes com índice de massa corporal normal ou acima do peso mostraram conhecimento das medidas de tratamento não farmacológico semelhante ao grupo total de pacientes. Por outro lado, nos obesos a medida não farmacológica mais apontada foi a redução da ingestão de gorduras, ficando a redução de sal em segundo lugar.

Avaliação do efeito do conhecimento nas preferências do tratamento não farmacológico

Dentre os pacientes que declararam conhecer o tratamento não farmacológico (19%), a maioria concordaria em segui-lo (72%). Daqueles que declararam desconhecer o tratamento não farmacológico (81%), a maioria (62%) não concordaria em realizá-lo. Deve-se ressaltar porém, que um número expressivo de pacientes que não conheciam o tratamento não farmacológico (38%) concordariam em segui-lo (Tabela 3).

Avaliação do custo diário ideal do tratamento farmacológico

Com relação ao custo diário ideal 36% dos pacientes declararam que deveria ser inferior ao preço de hum maço de cigarros, 15% que deveria ser equivalente e 49% que deveria ser superior a este custo. Os pacientes de maior renda declararam que deveriam

gastar o equivalente a hum maço de cigarros ou menos por dia.

Discussão

O achado mais importante deste estudo é que 56% dos pacientes hipertensos preferem tomar remédios para tratar a hipertensão. Os motivos destas preferências são de identificação difícil e não foram objeto deste trabalho. Apesar dos "Joints", "Guidelines" e recomendações de Consenso orientarem que todos pacientes devam ser submetidos a tratamento não farmacológico, metade destes pacientes dificilmente seguirá as orientações.^{6, 9} O II Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, por exemplo, recomenda que, nos hipertensos leves, seja instituído tratamento não farmacológico e se após 3 meses os pacientes não controlarem a pressão arterial deva ser introduzido tratamento farmacológico.⁶ Ao seguir esta orientação, o tratamento estará sendo postergado por 3 meses em, pelo menos, 56% dos pacientes. Portanto, é fundamental que os "Joints", "Guidelines" e recomendações de Consenso orientem os médicos a levarem em consideração as preferências dos pacientes na escolha da terapêutica.

Tabela 3
Distribuição dos pacientes quanto ao conhecimento e concordância em relação ao tratamento não farmacológico (n = 353)

	Conhece (19%)		Não Conhece (81%)	
	sim	48 (72%)	108 (38%)	
Concorda	sim	48 (72%)	108 (38%)	
	não	19 (28%)	175 (62%)	

Em relação às preferências relacionadas ao tratamento identificamos opção habitual por tomar remédios por via oral, sob a forma de comprimido, administrado uma vez ao dia pela manhã ao lado de opção inesperada por forma injetável, considerando-se que a terapêutica anti-hipertensiva disponível não utiliza esta forma para o tratamento ambulatorial. A preferência por dose única com horário de administração associado a atividades rotineiras matinais mostra que os hipertensos preferem adotar formas que conciliem suas atividades com o tratamento proposto, o que diretamente contribui para melhorar a adesão. Estudos têm evidenciado os benefícios de diferentes estratégias, visando minimizar a problemática da falta de adesão ao tratamento.^{7,8,10,11}

Os inúmeros estudos que analisam adesão ao tratamento investigam as características dos pacientes frente ao seu comportamento como aderente ou não aderente sem levar em consideração que o paciente é um usuário e, como tal, seu conhecimento e preferências influenciam suas decisões. Da mesma maneira que os pacientes participam das decisões relativas ao tratamento proposto para outras patologias como, por exemplo, tratamento clínico ou cirúrgico na hiperplasia benigna de próstata e radioterapia ou cirurgia no câncer de pulmão; aos hipertensos também deveria ser oferecida a possibilidade de conhecer as modalidades possíveis de tratamento e participar das decisões terapêuticas.

Analisando-se o conhecimento das modalidades de tratamento da hipertensão arterial, foi surpreendente o grau de desconhecimento sobre o tratamento não farmacológico. Tal resultado talvez seja decorrente da não prescrição desta forma de tratamento aos hipertensos ou da sua divulgação inadequada, impedindo não só os pacientes de se beneficiarem desta terapêutica mas, também, a população como um todo de conhecer estas medidas de prevenção e promoção à saúde. O conhecimento das várias medidas não farmacológicas, tais como redução de ingestão de sal, peso e bebidas alcoólicas, por outro lado, foi elevado, evidenciando que os pacientes não sabem que a hipertensão pode ser tratada sem remédios ou, então, que tratar sem remédios significa seguir as medidas não farmacológicas. A formulação da pergunta para avaliar conhecimento do tratamento não farmacológico "A pressão alta pode ser tratada sem remédio?", parece bastante clara e foi bem compreendida pelos pacientes. Também a pergunta

sobre as modalidades, "Que tipo de tratamento sem remédio o Sr.(a) acredita que pode baixar a pressão?" nos parece clara.

Apesar de somente 19% dos pacientes conhecerem o tratamento não farmacológico, ao se perguntar se o paciente preferia tratar com ou sem remédio foi surpreendente o alto percentual que apontou esta preferência (44%), caracterizando tendência a evitar medicações, e demonstrando que o desconhecimento não é totalmente impeditivo para o seguimento. O tratamento não farmacológico reúne medidas de já comprovada eficácia anti-hipertensiva como a redução de peso, de ingestão de sódio, bebidas alcoólicas e realização de atividades físicas programadas.^{12,13,14} Dentre as medidas não farmacológicas, a psicoterapia para reduzir "stress" que não tem comprovação definitiva da sua eficácia foi, coincidentemente, a menos conhecida pelos hipertensos. Já redução da ingestão de sal que está associada à queda tensional é bastante conhecida pelos pacientes. É interessante salientar que a quase totalidade dos obesos apontou a redução de alimentos gordurosos na alimentação como forma de tratamento e os fumantes indicaram a interrupção deste hábito e redução da ingestão de bebidas alcoólicas. Burt e cols. ao avaliarem os resultados do "Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991", apontaram que 67% dos pacientes referiram seguir orientações sobre mudanças de estilo de vida relativas ao tratamento não farmacológico.¹⁵

Ao se analisar o perfil dos hipertensos em relação ao conhecimento das modalidades farmacológica e não farmacológica do tratamento, verificou-se relação inversa entre o benefício do tratamento não medicamentoso e o conhecimento deste tratamento. Dentre os pacientes que relataram desconhecer o tratamento não farmacológico, destacou-se a presença de mulheres de meia-idade e obesas que correspondem à população que se beneficiaria destas medidas. Por outro lado, o perfil dos que conheciam o tratamento não farmacológico caracterizou-se por homens mais jovens, não obesos e com grau de escolaridade mais elevado que, comparativamente, ao perfil anterior, não teriam prioridade indicativa para o tratamento não farmacológico. Na análise do perfil dos pacientes, em relação a preferências pelos tratamentos medicamentoso ou não medicamentoso verificou-se também relação inversa entre benefício do tratamento não medicamentoso e a preferência

D. Mion Jr. et al - Conhecimento e preferências do tratamento anti-hipertensivo

por este tratamento. Assim, os pacientes mais jovens (menos de 40 anos) e não obesos optaram pelo tratamento não farmacológico, enquanto aqueles com idade mais avançada (mais de 40 anos) e obesos, preferiram o tratamento com medicamentos. Estas inversões de perfil em relação aos benefícios do tratamento não farmacológico demandam uma investigação dos aspectos psicológicos envolvidos para seu maior esclarecimento.

Com relação à renda salarial, os pacientes com menor renda optaram pela forma medicamentosa que requer a compra de remédios. Apesar do alto custo dos medicamentos ser frequentemente apontado como uma das causas para baixa adesão, a maioria (64%) dos hipertensos apontou que concordaria em gastar o equivalente ou mais ao preço de um maço de cigarros por dia com o tratamento medicamentoso.

Os achados deste estudo reforçam mais um vez a importância da participação ativa dos hipertensos no tratamento. Ao se propor um esquema terapêutico deve-se dar oportunidade para que o paciente exponha suas preferências e necessidades em relação ao mesmo. O envolvimento do hipertenso em seu auto cuidado, por meio de uma participação efetiva deve-se fazer presente em todas as fases da doença. Uma abordagem individual que realmente caracterize as reais necessidades do hipertenso considerando suas crenças, valores, hábitos de vida, compromissos com sua saúde, é imprescindível para adequada adesão ao tratamento, tendo em vista que o seguimento das medidas não farmacológicas implica diretamente em mudanças no estilo de vida.

A manutenção do hipertenso com níveis pressóricos controlados é um desafio para todos os profissionais da área da saúde que atuam frente a esta clientela. Porém, acredita-se que os achados do presente estudo, possam ajudá-los a refletir e viabilizar alternativas que auxiliem na solução desta problemática.

Concluindo, os achados do presente estudo apontam que os hipertensos preferem o tratamento medicamentoso por via oral, na forma de comprimidos ingeridos uma vez ao dia e pela manhã, acreditando que a hipertensão arterial não pode ser tratada sem remédios, apesar de conhecerem as medidas não farmacológicas.

Finalmente, cabe salientar que as recomendações de Consenso e as campanhas de conscientização so-

bre hipertensão devem considerar o conhecimento e as preferências dos hipertensos sobre a doença e o tratamento, adequando-as às especificidades regionais do país.

Summary

To identify the level of awareness and preferences of the patients and profile concerning pharmacological and non-pharmacological treatment 353 hypertensives were interviewed; 56% preferred pharmacological treatment, oral route (84%), tablets (60%), once a day (81%) early in the morning (65%) (profile: age > 40 y.o., obese, single or widow, earnings < US\$ 6.000/y) and 81% were unaware of non-pharmacological treatment (profile: women > age 40 y.o., obese, non-single). Thus, the hypertensive has awareness and preferences that should be considered when prescribing treatment and also be added to any Consensus recommendation or public general information on blood pressure.

Referências

- 1 Klein LE. Compliance and blood pressure control. *Hypertension*. 1988; 11(Suppl. II): SII61-S64.
- 2 Giorgi DM, Mion Jr D, Marcondes M et al. Aderência ao tratamento em hipertensão arterial: influência de variáveis estruturais e estratégias que visam sua melhoria. *Rev Bras Med*. 1985; 4:167-176.
- 3 Spritzer N. Observância ao tratamento na hipertensão arterial. *Rev Bras Med*. 1988; 45:418-421.
- 4 Pierin AMG. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório: estudo sobre problemas, dificuldades e modificações decorrentes da doença e tratamento. *Rev Esc Enf*. 1988; 22:274-283.
- 5 Kassirer J. Incorporating patients' preferences into medical decisions. *New England J. Med*. 1994; 330:1895-1896.
- 6 Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial 2. *J. Bras. Nefrol*. 1994; 16(Supl. 2):S257-S277.
- 7 Haynes RB, Wang E, Da Mota Gomes M. A critical review of interventions for improved compliance with prescribed medications. *Patient Educ Counsel*. 1987; 10:155-166.
- 8 Bass NJ, McWhinney IR, Donner A. Do family physicians need medical assistants to detect and manage hypertension? *Can Med Assoc J*. 1986; 134:1247-1255.
- 9 Joint National Committee on Detection, and Treatment of high blood pressure. *Arch Int Med*. 1993; 153:154-183.
- 10 Logan AS, Milne BJ, Achber C, et al. Cost-effectiveness of a worksite hypertension treatment program. *Hypertens*. 1981; 3:211-218.
11. Nessman DG, Carnahan JE, Nugent CA. Increasing compliance:

D. Mion Jr. et al - Conhecimento e preferências do tratamento anti-hipertensivo

- patient operated hypertension groups. *Arch Intern Med.* 1980; 140:1427-1431.
12. Ramsay LE, Hag IU, Yeo WW, Jackson PR. Might non-pharmacological treatment disadvantage patients with hypertension? *J Hum Hypertens.* 1995; 9:653-657.
 13. Beilin LJ. Non-pharmacological management of hypertension: optimal strategies for reducing cardiovascular risk. *J Hypertens.* 1994; 12 (Suppl. 10):S71-S81.
 14. Cutler JA. Combinations of lifestyle modification and drug treatment in management of mild-moderate hypertension: a review of randomized clinical trial. *Clin. Exper. Hypertens.* 1993; 15:1193-1204.
 15. Burt VL, Whelton P, Roccella E, et al. Prevalence of Hypertension in the US Adult Population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertens.* 1995; 25:305-313.