

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

**FERNANDA CASALS DO NASCIMENTO**

**Adesão à terapia medicamentosa na hipertensão  
arterial sistêmica: um estudo descritivo.**

**RIBEIRÃO PRETO**

**2019**

**FERNANDA CASALS DO NASCIMENTO**

**Adesão à terapia medicamentosa na hipertensão arterial sistêmica: um estudo descritivo.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

**Área de Concentração:** Saúde Pública.

**Orientadora: Profa. Dra. Luane Marques de Mello**

“Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)”

## RIBEIRÃO PRETO

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

### FICHA CATALOGRÁFICA

Nascimento, Fernanda Casals do

Adesão à terapia medicamentosa na hipertensão arterial sistêmica: um estudo descritivo. / Fernanda Casals do Nascimento; Orientadora, Luane Marques de Mello. Ribeirão Preto. - 2019.

81p.: 3il.; 30 cm

Dissertação (Mestrado) - Programa de Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

1. Adesão. 2. Hipertensão Arterial Sistêmica.  
3. Morisky-Green Modificado. 4. Atenção Primária. 5. Estratégia de Saúde da Família

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Aluno:** NASCIMENTO, Fernanda Casals do

**Título:** Adesão à terapia medicamentosa na hipertensão arterial sistêmica: um estudo descritivo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

**Área de Concentração:** Saúde Pública.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ***Agradecimentos***

À minha família, que me incentivou desde o início dessa caminhada, me amparando nos momentos de fraqueza, me dando apoio e força para nunca desistir dos meus sonhos e nunca deixando de estar ao meu lado.

À minha mãe, exemplo de médica, minha primeira professora, que me ensinou o orgulho e honra em caminhar pelo caminho de Hipócrates.

Aos meus avós (*in memoriam*), que moldaram meu caráter e me ensinaram a nunca deixar de perseguir a minha melhor versão de mim mesma.

Ao meu irmão Arthur, que sempre foi meu ponto de referência, e à minha irmã Paula, amor maior que me mantém aqui.

À Juliana Galhardi Martins, que me mostrou os caminhos e me ajudou a cruzar as fronteiras. Gratidão eterna.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luane Marques de Mello, por toda calma, paciência, dedicação e por compartilhar todo seu conhecimento e sua experiência. Por toda a calma nos meus inúmeros momentos de estresse, e por acreditar no meu potencial. Não tenho palavras para agradecer toda a oportunidade e disposição para me orientar. Obrigada!

Ao Prof. Dr. Anderson Soares da Silva, pela ajuda durante esse período.

À Equipe do Núcleo de Saúde da Família Jamil Cury, pela compreensão e ajuda nos momentos em que precisei me ausentar.

E por fim, agradeço aos pacientes que doaram seu tempo e compartilharam suas vidas, abrindo suas casas para que esse estudo pudesse ser realizado. É por vocês e para vocês que dedico o meu crescimento profissional.

## ***Epígrafe***

“A menos que modifiquemos nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

***Resumo***

---

---

NASCIMENTO, F.C **Adesão à terapia medicamentosa na hipertensão arterial sistêmica: um estudo descritivo.** 2019. 86f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2019.

**Objetivo:** Identificar o perfil clínico, epidemiológico e sociodemográfico, bem como as características da adesão à terapia medicamentosa de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em uma Unidade de Saúde da Família.

**Casuística e Métodos:** A adesão à terapia medicamentosa de pacientes com HAS foi analisada por meio da aplicação de um questionário composto por oito perguntas de Morisky-Green (MMAS-8). Foi utilizado um instrumento de caracterização dos participantes do estudo, para a coleta dos dados de identificação, das condições sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas. Para a comparação entre médias das variáveis quantitativas entre dois grupos independentes foi utilizado o Teste t de Student não pareado e bicaudal. Para a comparação das proporções das variáveis qualitativas entre dois grupos independentes foi utilizado o Teste Qui Quadrado ou Exato de Fisher. A associação entre as variáveis foi verificada através das análises de Regressão Logística e Logística Múltipla e mensurada através da Razão de Prevalência (RP) e seu respectivo intervalo de confiança a 95% (IC 95%). O nível de significância adotado para todos os testes estatísticos foi fixado em 5%.

**Resultados:** O estudo revelou predominância de pacientes do sexo feminino, pacientes que se autodeclararam brancos, solteiros e com grau de escolaridade ensino médio completo. A ocupação mais declarada foi a do lar e a maioria dos pacientes se enquadravam na classificação econômica C1. Observou-se que a população estudada apresenta condição clínica de pequena complexidade, faz uso de apenas um tipo de anti-hipertensivo, não possui doenças associadas à HAS ou complicações decorrentes da doença. Cerca de 40% dos pacientes não aderem adequadamente ao esquema terapêutico prescrito, apesar de pequeno número de faltas às consultas agendadas. **Conclusão:** O estudo, por meio de seus resultados, mostra que cerca de 40% dos pacientes não aderem adequadamente ao esquema terapêutico prescrito, aumentando o risco de desfechos desfavoráveis no futuro. Torna-se imprescindível o planejamento e implementação de ações de educação em saúde para melhorar adesão da população à terapia medicamentosa.

**Palavras-Chave:** Adesão à terapia medicamentosa. Hipertensão Arterial Sistêmica. Atenção Primária. Estratégia de Saúde da Família. MMAS-8. Morisky-Green.



---

NASCIMENTO, F.C **Adherence to drug therapy in systemic arterial hypertension: a descriptive study.** 2019. 86f. Dissertation (Master degree) - Medical School of Ribeirão Preto, University of São Paulo. Ribeirão Preto. 2019.

**Objective:** To identify the clinical, epidemiological and sociodemographic profile, as well as the characteristics of adherence to the drug therapy of patients with Systemic Arterial Hypertension (SAH) in a Family Health Unit. **Casuistic and Methods:** : Adherence to the drug therapy of patients with SAH was analyzed through the application of a Morisky-Green questionnaire composed of eight questions (MMAS-8). An instrument was used to characterize the study participants, to collect identification data, sociodemographic, clinical and epidemiological conditions. For the comparison between averages of the quantitative variables between two independent groups, the unpaired Student's t-test was used. To compare the proportions of the qualitative variables between two independent groups, the Chi-Square or Fisher's exact test was used. The association between the variables was verified through Logistic Regression and Multiple Logistics analysis and measured through the Prevalence Ratio (PR) and its respective 95% confidence interval (95% CI). The level of significance adopted for all statistical tests was set at 5%. **Results:** The study revealed predominance of female patients, patients who declared themselves to be white, single and with a high school education. The most declared occupation was the home and the majority of the patients were in the C1 economic classification. It was observed that the studied population presents a clinical condition of small complexity, it makes use of only one type of antihypertensive, it does not have diseases associated to the SAH or complications resulting from the disease. About 40% of patients do not adhere adequately to the prescribed regimen, despite a small number of absences at scheduled appointments. **Conclusion:** The study, through its results, shows that about 40% of patients do not adhere adequately to the prescribed regimen, increasing the risk of unfavorable outcomes in the future. It is essential to plan and implement health education actions to improve adherence of the population to drug therapy.

**Key words:** Adherence to drug therapy. Systemic Arterial Hypertension. Primary Care. Family Health Strategy. MMAS-8. Morisky-Green.

## ***Lista de Figuras***

---

<b>Figura 1 -</b>	Fluxograma para diagnóstico de hipertensão arterial.....	25
<b>Figura 2 -</b>	Fluxograma para o tratamento da hipertensão.....	28
<b>Figura 3 -</b>	Mediana da Idade da população estudada, de acordo com o nível de adesão (Box-plot).....	49
<b>Figura 4 -</b>	Mediana do tempo de diagnóstico da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti- hipertensivo (Box-plot).....	53
<b>Figura 5 -</b>	Dispersão dos níveis de pressão sistólica da população estudada ao longo do tempo, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo .....	54
<b>Figura 6 -</b>	Dispersão dos níveis de pressão diastólica da população estudada ao longo do tempo, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo .....	54

## ***Lista de Tabelas***

---

<b>Tabela 1</b> - Distribuição das variáveis sócio demográficas na população estudada. ....	46
<b>Tabela 2</b> - Estatística descritiva da idade na população estudada. ....	47
<b>Tabela 3</b> - Distribuição das variáveis clínicas na população estudada.. ....	47
<b>Tabela 4</b> - Estatística descritiva das variáveis clínicas da população estudada.. ....	48
<b>Tabela 5</b> - Estatística descritiva da Idade da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo .....	49
<b>Tabela 6</b> - Distribuição das variáveis sócio demográficas da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. ....	50
<b>Tabela 7</b> - Distribuição das variáveis clínicas da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. ....	51
<b>Tabela 8</b> - Estatística descritiva das variáveis clínicas da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.....	52
<b>Tabela 9</b> - Influência das covariáveis na adesão ao tratamento anti-hipertensivo (Regressão logística).....	56



<b>AVC-</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>AVE-</b>	Acidente Vascular Encefálico
<b>BB-</b>	Betabloqueadores
<b>BCC-</b>	Bloqueador dos Canais de Cálcio;
<b>BRA -</b>	Bloqueador do Receptor de Angiotensina
<b>CCEB-</b>	Critério de Classificação Econômica Brasil
<b>CEP-</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>DAP-</b>	Doença Arterial Periférica
<b>DIU-</b>	Diuréticos
<b>DM-</b>	Diabetes Mellitus
<b>DRC-</b>	Doença Renal Crônica
<b>EAB-</b>	Efeito de Avental Branco
<b>HAS-</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>IAM-</b>	Infarto Agudo do Miocárdio
<b>IC-</b>	Insuficiência Cardíaca
<b>IECA-</b>	Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina
<b>FMRP-USP-</b>	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
<b>HCFMRP-USP-</b>	Hospital das Clínicas da Faculdade e Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
<b>MAPA-</b>	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
<b>MRPA-</b>	Medição Residencial da Pressão Arterial
<b>MS-</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS-</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PA-</b>	Pressão Arterial
<b>RCV-</b>	Risco Cardiovascular
<b>TNM-</b>	Tratamento Não Medicamentoso

<b>TCLE-</b>	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
<b>USF-</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>USP-</b>	Universidade de São Paulo

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>34</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>36</b>
<b>4. CASUÍSTICA E MÉTODOS .....</b>	<b>38</b>
4.1. Delineamento do Estudo .....	39
4.2. Participantes .....	39
4.3. Critérios de Inclusão.....	40
4.4. Critérios de Exclusão.....	40
4.5. Procedimentos de Coleta de Dados .....	40
4.6. Instrumentos de Coleta de Dados .....	40
4.7. Análise dos Dados.....	42
4.8. Aspectos Éticos .....	44
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>57</b>
<b>7. CONCLUSÃO .....</b>	<b>64</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>66</b>
<b>9. APÊNDICES .....</b>	<b>77</b>
<b>10. ANEXOS .....</b>	<b>81</b>

## ***Apresentação***

Meu nome é Fernanda Casals do Nascimento, sou neta de Clecy (*in memorian*) e Pedro Henrique (*in memorian*), filha de Clecy e Sidney. Tenho um irmão mais velho chamado Arthur e uma irmã mais nova chamada Paula, que são meus amores e minha família. Nasci no Rio de Janeiro, fui criada em Mococa até meus 18 anos e moro há 15 anos em Ribeirão Preto, onde me graduei em medicina, pela Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP.

Foi durante a minha graduação que descobri a importância do cuidado médico na atenção primária, por meio de uma disciplina chamada PISC - Programa de Integração de Saúde na Comunidade. Ao final da graduação, fui trabalhar por dois anos, até que me decidi por fazer a Residência de Medicina de Família e Comunidade no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

A residência despertou ainda mais meu interesse pelo cuidado com as famílias (principalmente as carentes), pelo conhecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas políticas, assim como despertou meu interesse pelo ensino, me levando ao mestrado.

Além disso, tive a oportunidade de desempenhar atividades de preceptoria no Núcleo de Saúde da Família Jamil Cury e supervisionar residentes e alunos de graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Durante esse período, me deparei com um grande número de pacientes hipertensos não controlados, apesar do bom acesso ao serviço de saúde e às medicações preconizadas para o tratamento pelo Ministério da Saúde.

Diante desse cenário, me interessei em estudar a adesão à terapia medicamentosa nos pacientes hipertensos no nível da Atenção Primária à Saúde. Com o apoio da minha orientadora, o presente estudo vem responder uma curiosidade acerca das características relacionadas a adesão à terapia medicamentosa em uma população de pacientes hipertensos adscrita a área

de abrangência de uma unidade de saúde da família e que poderão fomentar ações futuras para um melhor cuidado direcionado àqueles que jurei cuidar.

## ***1- Introdução***

---

De acordo com a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), um dos mais importantes problemas de saúde pública do país é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Estima-se que a HAS contribua direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular no Brasil, sendo as suas complicações (renais, cardíacas e AVC), em associação com Diabetes Mellitus (DM), responsáveis por impacto econômico negativo em decorrência da perda de produtividade no trabalho e na renda familiar. Acredita-se que essa perda tenha sido de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 <sup>1</sup>.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que cerca de 600 milhões de pessoas tenham HAS atualmente, com uma projeção de crescimento de 60% dos casos até 2025. <sup>44</sup> No Brasil, em 2018, 24,7% da população que vive nas capitais brasileiras afirmou ter diagnóstico de hipertensão. <sup>45</sup>

Sendo direta ou indiretamente responsável pela maioria das complicações cardiovasculares, a HAS acarreta grande ônus à sociedade, seja através de hospitalizações, invalidez ou mortes precoces. <sup>4</sup> As altas taxas de prevalência, morbi-mortalidade associadas e os custos sociais da HAS constituem importantes problemas de saúde pública e seu controle figura entre as prioridades propostas pelo Ministério da Saúde, em sua Política Nacional de Atenção Básica <sup>5</sup>.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a HAS é definida como:

*uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal <sup>1</sup>*

De acordo com a mais recente Diretriz Brasileira de Hipertensão

Arterial <sup>1</sup>, a condição pode ser suspeitada e confirmada com base nos níveis de pressão arterial adequadamente aferidos e podem ser classificados em:

Normal: Pressão Arterial Sistólica (PAS)  $\leq 120$  e Pressão Arterial Diastólica (PAD)  $\leq 80$  mmHg

Pré-hipertensão: PAS 121-139 ou PAD 81-89 mmHg

Hipertensão estágio 1: PAS 140-159 ou PAD 90-99

Hipertensão estágio 2: PAS 160-179 ou PAD 100-109

Hipertensão estágio 3: PAS  $\geq 180$  ou PAD  $\geq 110$

De acordo com a SBC, as aferições de PA podem ser feitas em consultório ou fora do consultório.<sup>1</sup>

Em consultório, as medidas devem ser feitas por médicos ou demais profissionais da saúde devidamente capacitados. A medição da PA pode ser feita com esfigmomanômetros manuais, semiautomáticos ou automáticos. Deve ser medida no braço, utilizando-se manguito adequado à sua circunferência. A SBC recomenda a realização de várias medições, com o paciente sentado em ambiente calmo e confortável, para melhor aproximar os valores da PA obtidos no consultório com aqueles fornecidos pela monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) na vigília.

Fora do consultório, a pressão arterial deve ser aferida através da medição residencial da pressão arterial (MRPA), ou da MAPA de 24 horas. Existem diversas vantagens na medição da PA fora do consultório, entre elas o maior número de medidas obtidas, a redução do *efeito de avental branco*, e um maior engajamento dos pacientes com o diagnóstico e o seguimento, uma vez que participam ativamente do seu controle pressórico<sup>1</sup>.

A MRPA possui um protocolo específico, com a aferição de três medições pela manhã e três à noite, durante cinco dias. Também pode-se realizar duas aferições em cada uma dessas duas sessões, durante sete dias. São considerados alterados os valores de PA  $\geq 135/85$  mmHg.

A MAPA é um método que realiza o registro intermitente da PA durante pelo menos 24 horas, enquanto o paciente realiza suas atividades de vida habituais,

inclusive durante os períodos de sono, podendo dessa forma identificar as alterações circadianas da PA. São consideradas anormais as médias de PA de 24 horas  $\geq 130/80$  mmHg, vigília  $\geq 135/85$  mmHg e sono  $\geq 120/70$  mmHg<sup>1</sup>.

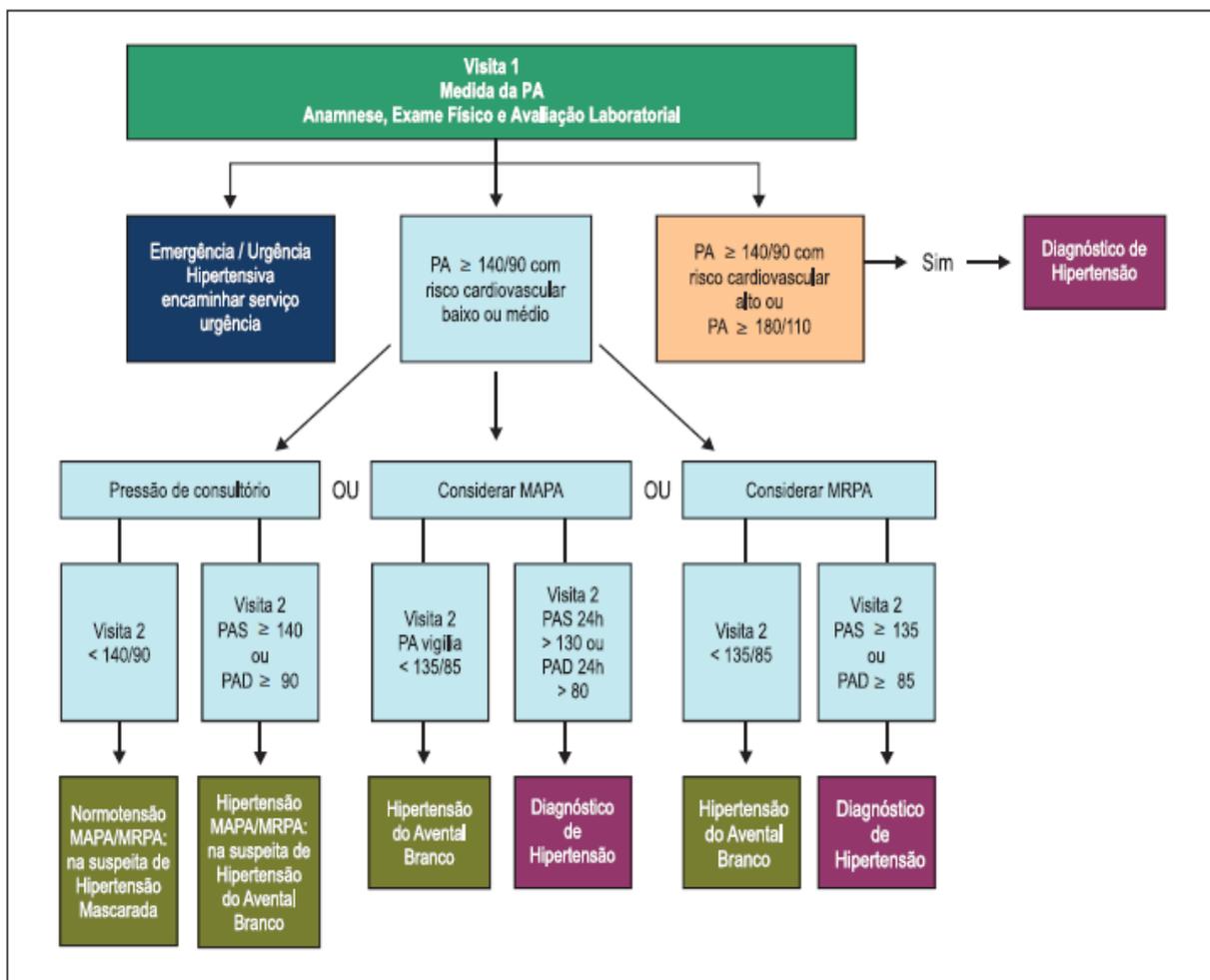


Figura 1 - Fluxograma para diagnóstico de hipertensão arterial (Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia- 7a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial).

#### Classificação etiológica de HAS:

Primária ou essencial - É a forma mais comum de hipertensão, contabilizando 90 a 95% de todos os casos da doença<sup>29</sup>. Em sua maioria é de etiologia desconhecida, porém a relação entre antecedentes familiares e interação ambiental está bem estabelecida como fatores importantes para o desenvolvimento da hipertensão nos indivíduos predispostos<sup>30</sup>.

Secundária – Entre 5 a 10% dos casos de HAS possuem causas identificáveis, como patologias renais (por exemplo, estenose de artéria renal), endócrinas (por exemplo, síndrome de Cushing, hipertireoidismo ou hiperaldosteronismo primário) e cardíacas (coarctação de aorta, por exemplo), obesidade e uso de determinados medicamentos<sup>31</sup>.

#### Quadro Clínico da HAS:

Do ponto de vista clínico, a HAS tem sido chamada de “assassino silencioso” devido à falta de sintomas específicos durante os seus estágios iniciais<sup>32</sup>. A maioria dos casos geralmente são diagnosticados depois de se apresentarem com complicações decorrentes da pressão arterial elevada grave, com danos ao órgão alvo. Outros são identificados durante feiras de saúde e programas de rastreio. Apresentação com insuficiência ventricular esquerda aguda como fundo da doença cardíaca hipertensiva também não é incomum. O cenário de um acidente vascular cerebral agudo (isquêmico ou hemorrágico), é outra apresentação possível para a HAS não diagnosticada ou não adequadamente tratada.

#### Tratamento da HAS:

O tratamento recomendado da HAS deve começar pela terapia não farmacológica, incluindo a restrição moderada da ingestão de sódio na dieta, redução de peso em obesos, evitar a ingestão de álcool em excesso e exercícios aeróbicos regulares. Essas modalidades terapêuticas envolvem pouco ou nenhum risco e são benéficos do ponto de vista geral de saúde, mesmo em indivíduos normotensos<sup>1</sup>.

A redução da pressão sanguínea é também benéfica em alguns pacientes que têm pressões sanguíneas perto, mas não na faixa hipertensiva, principalmente para aqueles que apresentam outras condições crônicas concomitantes, tais como diabetes mellitus e doença renal crônica<sup>1</sup>.

*O seguimento contínuo do paciente, orientando e salientando a importância de ter a pressão arterial controlada, é fundamental para o sucesso terapêutico. Permite, também, o monitoramento das condições clínicas e a avaliação da necessidade de aumentar a dose ou acrescentar outra(s) classe(s) de anti-hipertensivo(s)<sup>33</sup>.*

Para Basile e Bloch (2016) o tratamento da HAS é a razão mais comum para visitas de adultas não grávidas ao consultório dos clínicos nos Estados Unidos e para o uso de medicamentos prescritos<sup>34</sup>. A Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (NHANES)<sup>40</sup>, realizada a partir de 2005 até 2008 estimou que aproximadamente 29 a 31 por cento dos adultos nos EUA têm HAS. Extrapolando a partir destes dados, aproximadamente 76,4 milhões de norte-americanos com idade superior a 20 anos têm HAS. Os dados do NHANES 1999-2006 sugerem que até 8 por cento dos adultos norte-americanos têm HAS não diagnosticada e, portanto, não tratada. No Brasil, estudos que analisam a prevalência de HAS são poucos em relação à literatura mundial, mas também demonstram um subdiagnóstico e subtratamento de HAS<sup>35,36,37</sup>.

*As diretrizes e os consensos nacionais e internacionais apontam para a necessidade do tratamento otimizado da hipertensão arterial (HA). Mesmo assim verifica-se que há baixos índices de controle e alcance de metas preconizadas. Esse fato indica que devem ser planejadas e implementadas melhores estratégias de tratamento<sup>33</sup>.*

Abaixo o fluxo de tratamento medicamentoso:

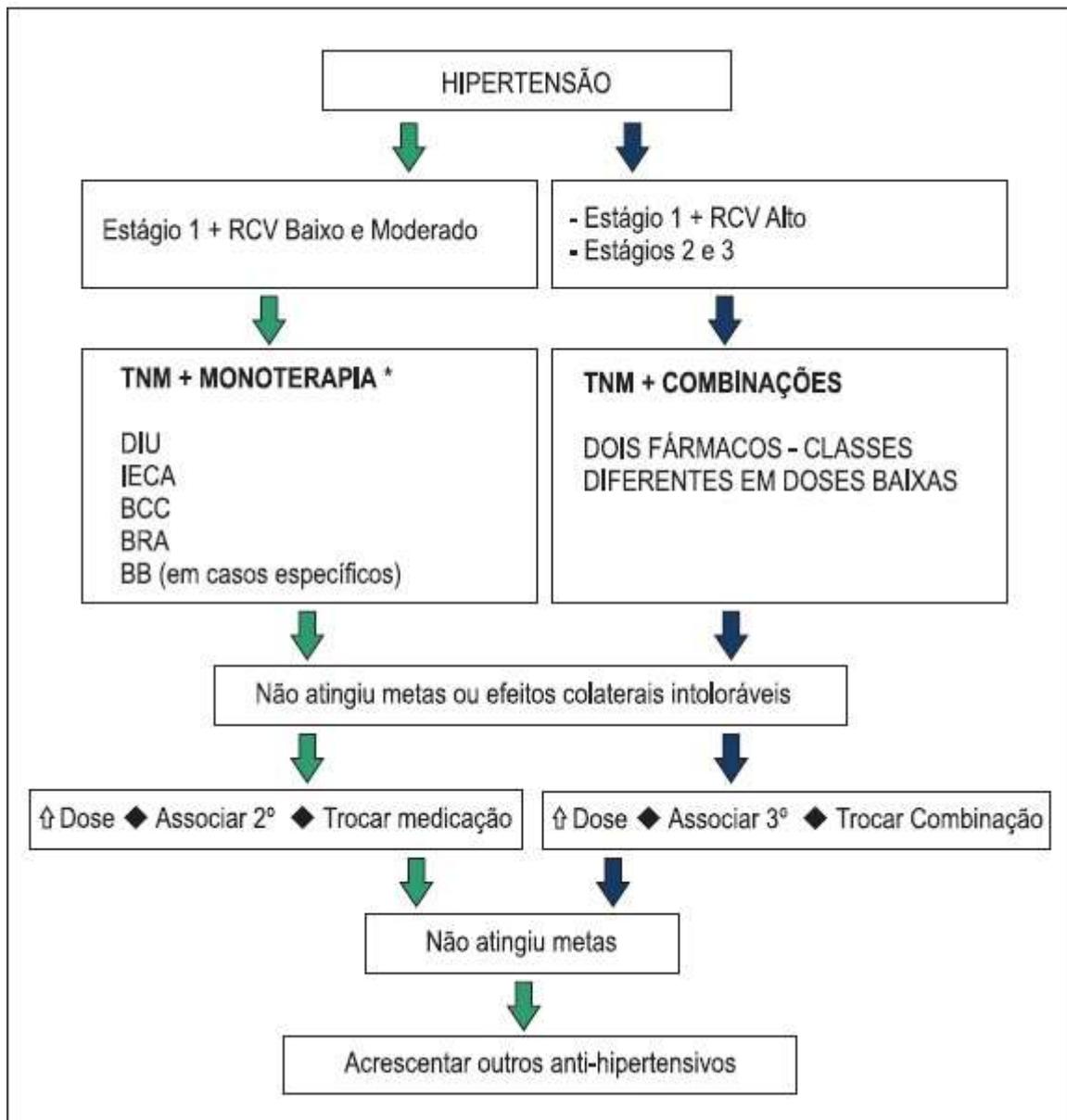


Figura 2: Fluxograma para o tratamento da hipertensão. RCV: risco cardiovascular; TNM: tratamento não medicamentoso; DIU: diuréticos; IECA: inibidores da enzima de conversão da angiotensina; BCC: bloqueador dos canais de cálcio; BRA: bloqueador do receptor de angiotensina; BB: betabloqueadores (Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia- 7a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial).

Na Normotensão Verdadeira, os valores das medidas obtidas tanto em consultório quanto pela MRPA ou MAPA são normais. Na Hipertensão Arterial Verdadeira ocorre o oposto, obtendo-se valores acima da normalidade em ambas as situações. Na Hipertensão do Avental Branco, os valores de PA permanecem alterados nas medidas convencionais ou de consultório, mas se normalizam durante o período de vigília pela MAPA ou na MRPA. A Hipertensão Mascarada ou Normotensão do Avental Branco é uma situação caracterizada por valores persistentemente normais nas medidas convencionais, porém alterados na MRPA ou MAPA. Cada uma dessas condições tem suas próprias características e aspectos prognósticos peculiares.<sup>1</sup>

O relatório do Framingham Heart Study confirmou o benefício da terapia anti-hipertensiva a longo prazo sobre a incidência da doença cardiovascular e mortalidade<sup>41</sup>. Todas as causas de mortalidade e mortalidade cardiovascular em 10 anos foram significativamente menores com a terapia anti-hipertensiva:

- Nos homens, a mortalidade foi reduzida de 43 a 31 por cento e mortalidade cardiovascular foi reduzida de 28 a 13 por cento;
- Nas mulheres, a mortalidade foi reduzida de 34 a 21 por cento e mortalidade cardiovascular foi reduzida de 19 a 9 por cento.

Maiores benefícios foram mostrados com o tratamento de hipertensos idosos (com mais de 65 anos), a maioria dos quais tinham hipertensão sistólica isolada. Para alguns idosos, tais como os com risco cardiovascular global mais elevado, as reduções de curto prazo em seus níveis pressóricos fornecem aparentemente maiores benefícios do que a observada em pacientes mais jovens. No entanto, entre os pacientes idosos tratados com hipertensão sistólica isolada, existe uma preocupação de que a baixa pressão diastólica após a terapia possa interferir com a vascularização tecidual e sua perfusão, em particular de região de artéria coronária e possivelmente aumentar o risco cardiovascular<sup>39</sup>.

## 1. 2 Efetividade no tratamento da HAS

Assim como outras doenças crônicas, o tratamento da HAS requer

mudanças no estilo de vida com participação ativa do paciente, como prática de exercícios físicos, dieta adequada, cessação do tabagismo, diminuição do consumo de álcool e controle de doenças crônicas associadas<sup>1,13,14</sup>. Além disto, o acompanhamento longitudinal e continuado assegura o monitoramento do quadro clínico do paciente favorecendo melhores prognósticos futuros. Nesse contexto, a atenção primária possui papel fundamental no cuidado do paciente portador de doenças crônicas, como a HAS.

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica é considerada um processo complexo e multideterminado, influenciado pelo meio ambiente, pelo indivíduo, pelos profissionais de saúde e cuidados de assistência médica, além de fatores biológicos, socioeconômicos, psicológicos e culturais.<sup>10</sup>

Medir a adesão ao tratamento da HAS é uma tarefa complexa, uma vez que a não adesão está relacionada não somente a não tomar os medicamentos prescritos, mas ao modo como o paciente encara o seu tratamento, o seu comportamento em relação à dose, horário, frequência e sua duração.<sup>11</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que em países desenvolvidos a não adesão às terapias de longo prazo gira em torno de 50%, sendo esses valores ainda maiores em países menos desenvolvidos<sup>8</sup>. A não adesão ocasiona desnecessário ajuste na prescrição terapêutica pela falta de resposta positiva ao tratamento, aumento dos custos concomitantes ao cuidado à saúde, como hospitalizações, tratamento de complicações e transferência do nível de atenção à saúde do paciente para serviços secundários ou terciários<sup>6</sup>. Apesar dos serviços de saúde da família da rede de atenção primária à saúde no Brasil serem responsáveis pela assistência a milhões de pessoas com HAS, a baixa adesão é mais frequente neste nível de atenção do que entre pacientes de serviços especializados, talvez por um entendimento maior da gravidade da doença por parte do paciente, conforme ocorram lesões de órgão alvo e o cuidado à saúde progrida para os níveis secundário e terciário de atenção<sup>9</sup>.

Diante desse panorama, tornam-se imprescindíveis medidas de prevenção e controle da HAS. Apesar do avanço na identificação de fatores de risco, diagnóstico precoce, emprego de terapia medicamentosa e estímulo para mudança de estilo de vida, essa é uma doença de difícil controle. Além disso, a manutenção

dos níveis pressóricos dentro do limite recomendado muitas vezes não é satisfatória<sup>6</sup>. Estima-se que apenas um terço das pessoas regularmente acompanhadas em serviço de saúde tem sua pressão arterial mantida em níveis adequados.<sup>7</sup>

A baixa efetividade do tratamento medicamentoso pode ser explicada por barreiras de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, pela ineficácia dos fármacos em si, ao seguimento incorreto do tratamento medicamentoso, entre outros fatores<sup>7</sup>. Desse modo, dentre os fatores relacionados à ausência de resposta ao tratamento anti-hipertensivo, a não adesão terapêutica apresenta-se como um importante determinante, bem como um desafio para os profissionais de saúde, autoridades públicas em todas as esferas de atuação e pacientes hipertensos<sup>7</sup>. A longitudinalidade da atenção primária seria, em teoria, um agente facilitador no cuidado dos pacientes portadores de HAS, trazendo um olhar centrado na pessoa e, desse modo, elevando as taxas de adesão ao trazer a corresponsabilidade do autocuidado ao paciente<sup>50</sup>. Porém, observamos altas taxas de não adesão ao tratamento medicamentoso mesmo em pacientes em seguimento na atenção primária<sup>9</sup>.

Segundo a OMS os fatores determinantes da adesão ao tratamento da HAS são as características da doença e tratamento, os fatores intrapessoais, interpessoais e ambientais.<sup>13</sup>

As características da doença e tratamento referem-se à complexidade do tratamento, a duração da doença, à característica assintomática da mesma e à qualidade da prestação de cuidados. Sabe-se que quanto maior a complexidade do tratamento, menor é a probabilidade do indivíduo em segui-lo.<sup>13</sup> Com relação à duração da doença, existe uma relação negativa entre o tempo da doença e a adesão ao tratamento, ou seja, quanto maior o tempo de doença, menor parece ser a adesão ao tratamento.<sup>13</sup> Sabe-se, também, que quanto menor é a percepção de sintomas, menor é a procura pelo tratamento. Por outro lado, uma equipe multiprofissional envolvida na prestação de cuidados de saúde, aumenta o envolvimento do indivíduo no seu tratamento.<sup>13</sup>

A literatura descreve os fatores intrapessoais como correspondentes à idade, gênero, auto-estima, percepção e entendimento da doença, e excesso de álcool<sup>13</sup>. Demonstrou-se que o gênero feminino possui uma maior adesão ao

tratamento, quando comparado ao masculino. Porém uma visão holística do paciente como um indivíduo portador ou não de um problema de saúde, e estando inserido em uma comunidade, visão essa característica da atenção primária, não permite essa classificação quase determinista e fatalista da auto-estima e excesso de álcool como um fatores intrapessoais, onde indivíduo que adentre o serviço possua uma baixa auto-estima estaria pré-determinado a não aderir adequadamente ao tratamento e níveis elevados de auto-estima contribuiriam com uma boa adesão, sem levar em consideração como o serviço de saúde e sua relação longitudinal e multiprofissional com esse paciente conseguiriam, também, fazer uma abordagem ampla e psicológica do cuidado ao paciente. O excesso de consumo de álcool possui efeito deletério sobre a adesão, e a percepção e compreensão do paciente hipertenso em relação à sua doença e às modificações de hábitos que precisará empreender influenciam a adesão ao tratamento e conseqüentemente contribuem para a melhora da sua qualidade de vida.<sup>13</sup> Porém, classificar excesso de álcool como fator intrapessoal nos dias atuais, sem levar em consideração os fatores culturais e ambientais que o permeiam, seria olhar com uma visão simplista para essa questão social tão complexa, patologizando o indivíduo por questões que fazem parte, também, do meio em que ele está inserido.

Sobre os fatores interpessoais e ambientais, uma boa relação entre os profissionais e o indivíduo e um bom suporte familiar e social implicam em uma boa adesão ao tratamento da HAS. Por outro lado, fatores como baixo nível sócio-econômico, analfabetismo e desemprego influenciam para uma baixa adesão ao tratamento.<sup>13</sup>

Apesar de existirem várias estratégias para avaliar a adesão ao tratamento da hipertensão, não há consenso sobre um padrão ouro.<sup>47</sup> Para caracterizar a adesão têm sido utilizados métodos diretos ou indiretos. Os métodos diretos envolvem a detecção de determinados medicamentos ou os produtos da sua metabolização nos fluidos biológicos do paciente. Os métodos diretos são considerados mais precisos, porém possuem custos mais elevados, podem ser considerados invasivos e não são disponíveis para todas as medicações. Os métodos indiretos são mais comumente descritos na literatura, e geralmente são realizados por meio de entrevistas com o paciente e informações obtidas pelos

profissionais de saúde com familiares dos pacientes, pela análise de resultados dos tratamentos ou atividades de prevenção, preenchimento de prescrições e contagem de comprimidos.<sup>46</sup>

Alguns autores desenvolveram questionários utilizados para avaliar a adesão ao tratamento de doenças crônicas, como a HAS. São questionários validados, que permitem uma precisão sobre a avaliação desse dado subjetivo no cuidado do paciente, alcançando resultados mais fidedignos e precisos.<sup>47</sup>

*A validade refere-se ao aspecto da medida ser congruente com a propriedade medida dos objetos, demonstrando a representação desse construto na prática*<sup>47</sup>

Dentre os instrumentos validados mais utilizados na pesquisa da adesão ao tratamento de doenças crônicas, o Brief Medication Questionnaire (BMQ) apresentou melhores taxas de sensibilidade e especificidade, porém é um teste extenso e que requer nível sociocultural médio ou superior para sua compreensão, o que limita a sua aplicação na população. Além disso, não existe até o presente momento, versão traduzida e validada para o idioma português do Brasil.<sup>48</sup> O teste de Morisky-Green, apesar de possuir uma sensibilidade menor em comparação com o BMQ, destaca-se por ser um questionário rápido, de fácil utilização. É o questionário mais utilizado em estudos no Brasil<sup>19</sup> por ser um instrumento com validade clínica e já utilizado há mais de 25 anos em diversos estudos pelo mundo. Em 2008, Morisky et al. desenvolveram a Escala de Adesão aos Medicamentos de Morisky—ou Teste de Morisky-Green Modificado (MMAS-8), visando melhorar a sensibilidade em relação ao teste inicial da Escala de Morisky de 1986.<sup>48</sup> Para o presente estudo, foi escolhida o questionário MMAS-8, devido à sua rápida aplicação e fácil compreensão pela população estudada.

## ***2. Justificativa***

---

Verificar a adesão ao tratamento da HAS é uma tarefa complexa, uma vez que a não adesão está relacionada não somente a não tomar os medicamentos prescritos, mas ao modo como o paciente encara o seu tratamento, o seu comportamento em relação à dose, horário, frequência e sua duração.<sup>11</sup>

Desse modo, dimensionar o processo de adesão e retratá-lo em um contexto definido representa uma importante estratégia para compreensão dos fatores associados ao controle da HAS e seu impacto no prognóstico dos indivíduos avaliados. Além disto, fornece informações que poderão ser utilizadas para subsidiar a implementação de ações por parte dos serviços da rede de atenção primária e pelos profissionais da saúde da família, com vistas a potencializar a adesão, melhorar o controle da doença e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

### ***3. Objetivos***

---

### **3.1 Objetivo Geral:**

- Identificar o perfil clínico, epidemiológico e sociodemográfico, bem como as características da adesão ao tratamento antihipertensivo de pacientes com HAS na Estratégia de Saúde da Família.

### **3.2 Objetivos Específicos:**

- Caracterizar os pacientes com HAS, segundo os aspectos sociodemográficos, clínicos e epidemiológicos.
- Identificar o nível de adesão ao tratamento dos pacientes com HAS.
- Verificar a associação entre os níveis de adesão e os aspectos sociodemográficos, clínicos e epidemiológicos dos pacientes com HAS.

## ***4. Casuística e Métodos***

---

#### **4.1 Delineamento do Estudo**

Trata-se de um estudo transversal descritivo, no qual os dados de interesse de cada participante foram coletados simultaneamente, para que fosse possível identificar a ocorrência das variáveis de interesse. O estudo se desenvolveu no período de março de 2017 a março de 2019 sendo que a coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a dezembro de 2018.

#### **4.2 Participantes**

Os participantes do estudo são pacientes de ambos sexos, com idade igual ou superior 40 anos, com diagnóstico confirmado de HAS segundo os critérios da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial<sup>1</sup> e em acompanhamento na Unidade de Saúde da Família Jamil Cury há pelo menos um ano. Foi estudada toda a população de hipertensos da área, respeitados os critérios de inclusão e exclusão abaixo descritos, totalizando 246 participantes.

A Unidade de Saúde da Família Jamil Cury se situa no Distrito de Saúde Oeste do município de Ribeirão Preto. Os Distritos de Saúde são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais. Cada Distrito de Saúde, conta com uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), que, além do atendimento básico para sua área de abrangência, será a referência de algumas especialidades para todo o distrito. Além disto, cada Distrito é composto por várias Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) que têm como finalidade prestar atendimento básico nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem, para a população de sua área de abrangência.

A USF Jamil Cury conta com duas Equipes de Saúde da Família, uma Equipe de Saúde Bucal, além de profissional de educação física e alunos e professores dos cursos de medicina, enfermagem, odontologia e musicoterapia da Universidade de São Paulo (USP), que atuam nos mais diversos setores para promoção de saúde e prevenção de agravos. Com área construída de 339,13m<sup>2</sup>, a unidade beneficia cerca

de 7 mil habitantes em sua área de abrangência, divididos em cinco bairros distintos do Distrito Oeste.

#### **4.3 Critérios de Inclusão**

- Ter idade igual ou superior a 40 anos.
- Ter diagnóstico de confirmado de HAS.
- Estar cadastrado e em acompanhamento clínico na Unidade de Saúde da Família “Jamil Cury” há pelo menos um ano.
- Concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### **4.4 Critérios de Exclusão**

- Pacientes com HAS secundária.
- Pacientes em uso de corticoterapia oral para tratamento de outras doenças.
- Pacientes apresentando comprometimento na compreensão e comunicação verbal.
- Informações ou dados incompletos ou inconsistentes.

#### **4.5 Procedimentos de Coleta de Dados**

O primeiro contato com os participantes do estudo foi realizado nas residências dos pacientes, onde foram abordados por alunos dos últimos anos dos cursos de enfermagem e odontologia da USP, capacitados para o manuseio correto de esfigmomanômetros e treinados na técnica de aferição de pressão arterial. Neste primeiro contato foram apresentados os objetivos do estudo e foram esclarecidas possíveis dúvidas. Para os participantes que aceitaram participar do estudo, foi solicitada a assinatura do TCLE (Apêndice 1) e em seguida aplicado o instrumento de avaliação da adesão.

## **4.6 Instrumentos de Coleta de Dados**

### **4.6.1 Caracterização dos Participantes**

Foi utilizado um instrumento de caracterização dos participantes (Apêndice 2) do estudo, para a coleta dos dados de identificação, das condições sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas.

Como dados de identificação foram considerados o nome, a idade, endereço e a naturalidade; como dados sócio demográficos o gênero, a etnia, a procedência, o estado civil, a escolaridade, a ocupação e a renda familiar. Para a identificação da renda familiar, foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).

Os dados clínicos e epidemiológicos considerados foram o tempo de diagnóstico, tipo de tratamento, monoterapia ou não, doenças associadas [diabetes mellitus, doença arterial coronariana (DAC), acidente vascular cerebral (AVC), doença arterial periférica (DAP) e hipotireoidismo], complicações e valores de medida de pressão arterial, através da Medida Casual de Pressão Arterial em residência, por profissional capacitado. As aferições de pressão ocorreram em duas visitas em dias e horários distintos à residência do paciente e foram realizadas por membros da equipe de pesquisa capacitados para manusear esfigmomanômetros com técnica oscilométrica pelos aparelhos semiautomáticos digitais de braço validados estando também calibrados. Foram utilizados para tal, dois monitores automáticos de braço da marca Omron M3 Confort HEM-7134-E, aprovados pelo INMETRO e pela Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI)<sup>42</sup>, calibrados, e com o uso de manguitos adequados à circunferência do braço do participante (paciente). Na primeira avaliação, as medidas foram obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, utilizou-se como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes. Em cada consulta foram realizadas três medidas, com o intervalo de um minuto entre elas.

### **4.6.2 Critério de Classificação Econômica Brasil**

O Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (Anexo A), é um

instrumento de segmentação econômica baseado no Levantamento Socioeconômico (LSE) do IBOPE, que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau de escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população segundo o poder aquisitivo, revelando importantes diferenças sobre suas condições de vida. O instrumento atribui pontos a cada característica domiciliar, que são somados obtendo uma faixa de pontuação que, ao final, é relacionada a um estrato econômico, definidos como Classe A, Classe B1, Classe B2, Classe C1, Classe C2, Classe D-E <sup>15</sup>.

#### **4.6.3 Questionário**

O questionário MMAS-8 é traduzido para português e validado (Anexo B). É composto por oito perguntas com respostas Sim ou Não, em que a resposta errada não soma pontos, e a resposta correta soma 1 ponto. Cada item mensura um comportamento aderente específico, com sete perguntas que devem ser respondidas negativamente e apenas uma (pergunta 5), positivamente, sendo a última questão respondida segundo uma escala de cinco opções: nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente, sempre. Possui uma classificação tricotômica: escores de 8 indica alta adesão, escores entre 6-8 indica média adesão e escores < 6, baixa adesão. O paciente é considerado aderente ao tratamento quando a pontuação obtida for de 8 pontos e não aderente quando os escores forem  $\leq 7$  pontos.

#### **4.7 Análise dos Dados**

A análise dos dados foi dividida em etapas. O objetivo principal foi determinar quais variáveis clínicas e sociodemográficas estão relacionadas com a adesão à terapia medicamentosa da hipertensão arterial sistêmica. Primeiramente apresentamos as frequências e estatísticas descritivas de todas as variáveis do estudo. Na segunda parte, apresentamos as mesmas frequências e estatísticas

descritivas, mas para cada grupo de pacientes: os aderentes e os não aderentes. Por fim, na terceira parte, apresentamos os resultados obtidos a partir do ajuste de Modelos de Regressão Logística para determinar quais fatores influenciam a adesão, a uma significância estatística estabelecida. Para fins estatísticos, considerou-se o escore do questionário MMAS-8, onde são considerados aderentes ao tratamento os pacientes com a pontuação de 8 pontos e não aderente quando os escores foram  $\leq 7$  pontos. Ou seja, foram considerados aderentes aqueles pacientes que responderam “Sim” à questão 5, e “Não” a todas as outras sete questões, totalizando 8 pontos no escore do questionário MMAS-8.

#### *Tamanho da amostra:*

Foram coletados dados de toda a população com diagnóstico confirmado de HAS, cadastrados na área da USF Jamil Cury, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão. Dessa forma, não houve necessidade do cálculo de tamanho amostral, pois toda a população hipertensa cadastrada foi avaliada.

Os dados, após coletados, foram transportados para uma planilha de dados do programa Excel for Windows 2010. Todas as análises foram realizadas utilizando o software estatístico R.

#### *Análise estatística:*

Os dados são apresentados na forma de tabelas e gráficos, contendo frequências absolutas e relativas, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão), bem como os casos válidos e omitidos.

Para a comparação entre médias das variáveis quantitativas entre dois grupos independentes foi utilizado o Teste t de Student não pareado e bicaudal<sup>43</sup>.

Para a comparação das proporções das variáveis qualitativas entre dois grupos independentes foi utilizado o Teste Qui-Quadrado.

A associação entre as variáveis foi verificada através das análises de Regressão Logística e mensurada através da Razão de Prevalência (RP) e seu respectivo intervalo de confiança a 95% (IC 95%).

O nível de significância adotado para todos os testes estatísticos foi fixado em

5%.

Para a análise estatística foram utilizadas as variáveis quantitativas: idade, número de residentes no domicílio, tempo de diagnóstico, valor da pressão arterial, níveis séricos do colesterol total, LDL, HDL e triglicérides e as variáveis qualitativas: gênero, etnia, naturalidade, procedência, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar (segundo o CCEB), tabagismo, presença de morbididades associadas como diabetes mellitus, DAC, AVC, DAP, hipotireoidismo e obesidade. Os dados foram coletados do questionário de caracterização dos participantes aplicados pela equipe de pesquisa, e de análise de prontuário realizada de forma sigilosa na USF pela médica de saúde da família.

#### **4.8 Aspectos Éticos**

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Centro de Saúde Escola “Joel Domingos Machado” para apreciação e foi autorizado (parecer número 2.462.596). Todos os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas para as pesquisas realizadas com seres humanos. (Anexo C)

## ***5. Resultados***

---

Foram estudados 246 pacientes com HAS, cadastrados e em seguimento clínico na Unidade de Saúde da Família “Jamil Cury”. Neste estudo não houveram perdas e nem recusas de pacientes em participar do estudo. Entre os pacientes entrevistados, observamos predomínio de pacientes do sexo feminino (59,7%), que se autodeclaravam brancos (60,9%), solteiros (63,9%) e com grau de escolaridade ensino médio completo (34,9%). A ocupação mais referida foi a do lar (41,1%) e a classificação econômica predominante foi a C1 (89,8%) (Tabela 1). A média geral de idade observada foi de 58,19 anos (Tabela 2).

**Tabela 1:** Distribuição das variáveis sócio demográficas na população estudada.

Variável	Categorias	Total	valor p*
Sexo	Feminino	147 (59,7%)	0,0022
	Masculino	99 (40,2%)	
Etnia	Branco	150 (60,9%)	<0.0001
	Pardo	65 (26,4%)	
	Negro	29 (11,7%)	
	Amarelo	2 (0,8%)	
Procedência	Ribeirão Preto	246 (100%)	<0.0001
Estado Civil	Solteiro	161 (65,4%)	<0.0001
	Casado/Amasiado	45 (18,2%)	
	Divorciado\Separado	31 (12,6%)	
	Viúvo	9 (3,6%)	
Escolaridade	Ensino Médio Completo	86 (34,9%)	<0.0001
	Ensino Fundamental Incompleto	67 (27,2%)	
	Ensino Fundamental Completo	51 (20,7%)	
	Ensino Superior Completo	15 (6,0%)	
	Ensino Médio Incompleto	26 (10,5%)	
	Analfabeto	1 (0,4%)	
Ocupação	Do lar	101 (41.1%)	<0.0001
	Autônomo	54 (22%)	
	Desempregado	36 (14.6%)	
	Aposentado	17 (6.9%)	
	Outro	14 (5.7%)	
	Funcionário Público	6 (2.4%)	
	Pedreiro	7 (2.8%)	
	Porteiro	6 (2.4%)	
	Secretária	5 (2%)	
Classificação Econômica	C1	221 (89,8%)	<0.0001
	B2	13 (5,2%)	
	C2	12 (4,8%)	

\*Teste de Qui-quadrado.

**Tabela 2:** Estatística descritiva da idade na população estudada.

Variável	Média	DP	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Idade	58,19	11,43	40	49	57	66,75	91

Dentre os medicamentos utilizados para controle da pressão arterial, a maioria dos pacientes estudados (61,7%) fazia uso de apenas uma classe de medicamentos anti-hipertensivos. A população estudada não possuía, em sua maioria, doenças associadas à HAS (69,9%) ou complicações decorrentes da doença (95,5%). Observou-se que 152 (61,8%) pacientes avaliados eram aderentes, segundo os critérios do questionário utilizado, enquanto que 94 (38,2%) não eram (Tabela 3).

**Tabela 3:** Distribuição das variáveis clínicas na população estudada.

Variável	Categorias	Total	valor p*
Medicamentos	Não faz uso	6 (2,4%)	<0.0001
	Usa 1 classe de medicamentos	152 (61,7%)	
	Usa 2 classes de medicamentos	66 (26,8%)	
	Usa ≥3 classes de medicamentos	22 (8,9%)	
Doenças Associadas	Não	172 (69,9%)	<0.0001
	Dislipidemia	51 (20,7%)	
	Dislipidemia, DM2	11 (4,4%)	
	DM2	9 (3,6%)	
	DM2, dislipidemia	2 (0,8%)	
	Glicemia jejum alterada	1 (0,4%)	
Complicações	Não	235 (95,5%)	<0.0001
	IAM prévio	6 (2,4%)	
	Cardiomegalia	3 (1,2%)	
	Cardiopatia hipertensiva	2 (0,8%)	
Você às vezes esquece de tomar os seus remédios para pressão?	Não	171 (69,5%)	<0.0001
	Sim	75 (30,4%)	
Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta?	Não	166 (67,4%)	<0.0001
	Sim	80 (32,5%)	
Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?	Não	171 (69,5%)	<0.0001
	Sim	75 (30,4%)	

Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?	Não	170 (69,1%)	<0.0001
	Sim	76 (30,8%)	
Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?	Sim	175 (71,1%)	<0.0001
	Não	71 (28,8%)	
Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?	Não	173 (70,3%)	<0.0001
	Sim	73 (29,6%)	
Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?	Não	171 (69,5%)	<0.0001
	Sim	75 (30,4%)	
Com frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão?	Não	170 (69,1%)	<0.0001
	Sim	76 (30,8%)	
Aderente	Não	94 (38,2%)	0,0002
	Sim	152 (61,7%)	

A média do tempo de diagnóstico confirmado de HAS para a amostra estudada foi de 8,11 anos (Tabela 4). A média dos níveis séricos de colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol, triglicérides e glicemia de jejum se mantiveram dentro dos seus respectivos valores de referência, considerados normais (Tabela 4).

Variável* N=246	Média	DP	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Tempo de Diagnóstico	8,11	5,35	1	4	8	10	27
Faltas	0,80	0,91	0	0	1	1	3
Colesterol Total	165,84	37,90	127	132	165	186,75	279
LDL	89,06	25,23	51	68,8	88	101	199,8
HDL	48,90	4,72	30	49	50	51	59
Triglicérides	115,68	58,83	60	66	89	150	321
Glicemia em jejum	91,57	12,12	68	85	89	95	201
PASistólica_E_1ª aferição	123,471	12,51	99,7	112	120,7	130,3	174,7
PADiastólica_E_1ª aferição	80,817	9,94	62,3	70,7	79,7	86	110
PASistólica_D_1ª aferição	122,509	13,67	100,3	111,3	120,7	130,7	174
PADiastólica_D_1ª aferição	81,163	9,68	65,3	71,3	80,3	85,3	111
PASistólica_E_2ª aferição	123,543	12,56	100,3	111,3	120,7	130,7	175
PADiastólica_E_2ª aferição	80,981	9,85	65,3	71,3	80	85,7	111
PASistólica_D_2ª aferição	123,306	12,47	99,7	112	120,7	130,3	174
PADiastólica_D_2ª aferição	80,751	12,51	62,3	70,3	79,7	85,7	112

**Tabela 4:** Estatísticas descritivas das variáveis clínicas da população estudada.

Variável\*: Tempo de Diagnóstico (anos); Faltas (dias); Colesterol Total (mg/dl); LDL(mg/dl); HDL(mg/dl); Triglicérides(mg/dl); Glicemia em jejum(mg/dl); PASistólica(mmHg); PADiastólica(mmHg).

Ao se considerar o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (aderentes e não aderentes), a média de idade observada entre os pacientes aderentes foi de 57,12 anos, mais baixa que os pacientes não aderentes (59,93 anos) (Tabela 5; Figura 3).

**Tabela 5:** Estatística descritiva da Idade da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Variável	Aderente	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Idade	Sim	57,12	11,39	40,00	48,00	54,50	65,25	89,00
	Não	59,93	11,35	41,00	50,00	60,00	68,00	91,00

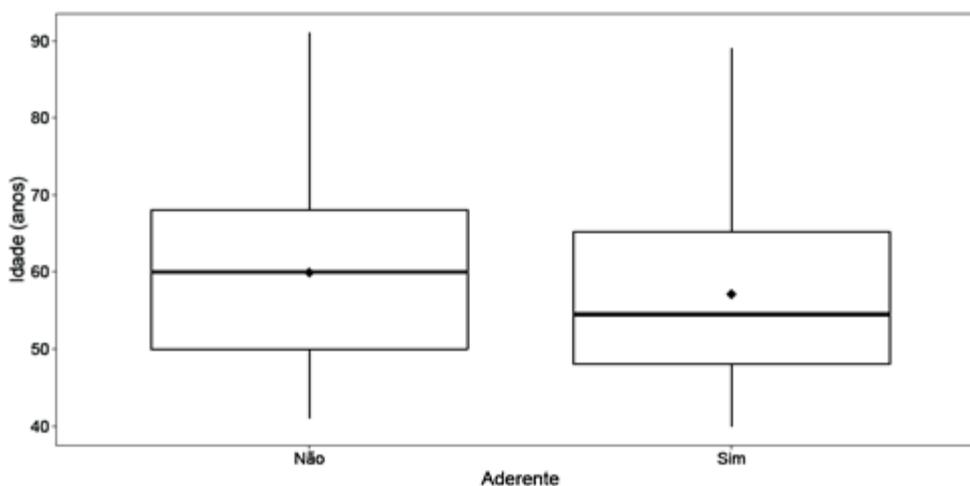


Figura 3: Mediana da Idade da população estudada, de acordo com o nível de adesão (Box-plot)

**Tabela 6:** Distribuição das variáveis sócio demográficas da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Variável	Categorias	Aderente		valor p*
		Sim	Não	
Sexo	Masculino	63 (63,6%)	36(36,3%)	0,69
	Feminino	89 (60,5%)	58 (39,4%)	
Etnia	Branco	91 (60,6%)	59 (39,3%)	0,75
	Negro	17 (58,6%)	12 (41,3%)	
	Pardo	42 (64,6%)	23 (35,3%)	
	Amarelo	2 (100%)	0 (0%)	
Procedência	Ribeirão Preto	152 (61,7%)	94 (38,2%)	1
Estado Civil	Solteiro	103 (63,9%)	58 (36,0%)	0,72
	Casado/Amasiado	25 (55,5%)	20 (44,4%)	
	Divorciado\Separado	18 (58,0%)	13 (41,9%)	
	Viúvo	6 (66,6%)	3 (33,3%)	
Escolaridade	Analfabeto	0 (0%)	1 (100%)	0,23
	Ensino Fundamental Incompleto	34 (50,7%)	33 (49,2%)	
	Ensino Fundamental Completo	34 (66,6%)	17 (33,3%)	
	Ensino Médio Incompleto	18 (69,2%)	8 (30,7%)	
	Ensino Médio Completo	56 (65,1%)	30 (34,8%)	
	Ensino Superior Completo	10 (66,6%)	5 (33,3%)	
Ocupação	Outro	7 (50%)	7 (50%)	0,60
	Aposentado	7 (41.2%)	10 (58.8%)	
	Autônomo	38 (70.4%)	16 (29.6%)	
	Desempregado	22 (61.1%)	14 (38.9%)	
	Do lar	63 (62.4%)	38 (37.6%)	
	Funcionário Público	4 (66.7%)	2 (33.3%)	
	Pedreiro	5 (71.4%)	2 (28.6%)	
	Porteiro	3 (50%)	3 (50%)	
	Secretária	3 (60%)	2 (40%)	
Classificação Econômica	B2	9 (69,2%)	4 (30,7%)	0,89
	C1	136 (61,5%)	85 (38,4%)	
	C2	7 (58,3%)	5 (41,6%)	

\*Teste Exato de Fisher.

**Tabela 7:** Distribuição das variáveis clínicas da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Variável	Categorias	Aderente		valor p*
		Sim	Não	
Medicamento	Não faz uso	3 (50%)	3 (50%)	0,35
	Usa 1 classe de medicamentos	97 (63.816%)	55 (36.184%)	
	Usa 2 classes de medicamentos	42 (63.636%)	24 (36.364%)	
	Usa ≥3 classes de medicamentos	10 (45.455%)	12 (54.545%)	
Doenças Associadas	Dislipidemia	30 (58.824%)	21 (41.176%)	0,13
	Dislipidemia, DM2	5 (45.455%)	6 (54.545%)	
	DM2	3 (33.333%)	6 (66.667%)	
	DM2, dislipidemia	1 (50%)	1 (50%)	
	Glicemia jejum alterada	0 (0%)	1 (100%)	
	Não	113 (65.698%)	59 (34.302%)	
Complicações	Cardiomegalia	0 (0%)	3 (100%)	0,15
	Cardiopatía hipertensiva	1 (50%)	1 (50%)	
	IAM prévio	4 (66.667%)	2 (33.333%)	
	Não	147 (62.553%)	88 (37.447%)	

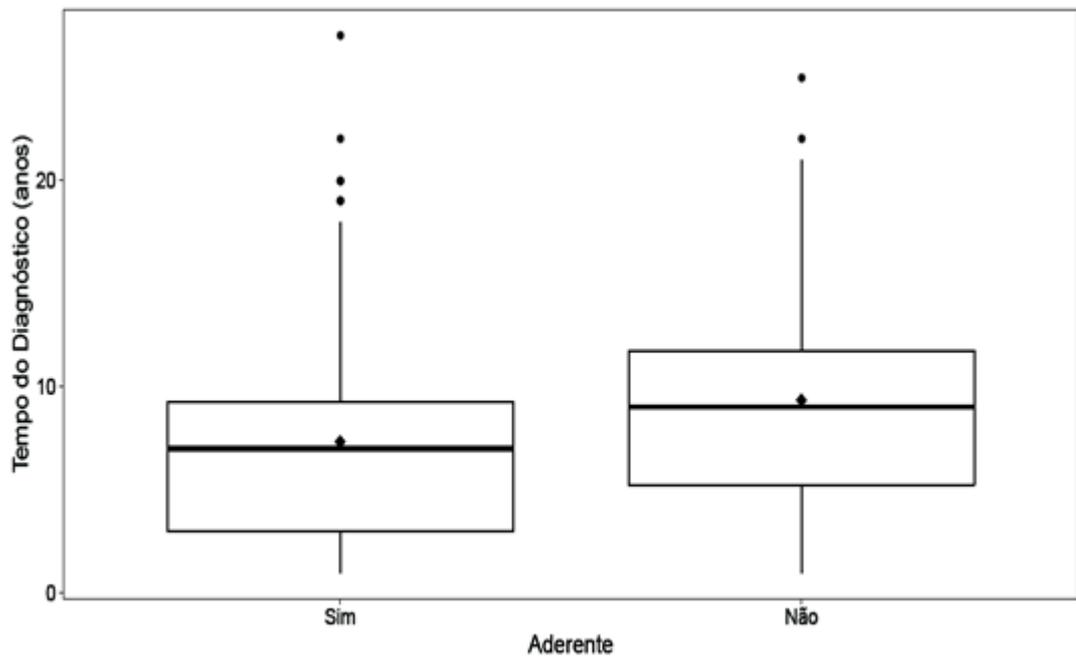
\* Teste Exato de Fisher

Ao analisar a Tabela 8 e Figura 4, observa-se que os não-aderentes possuem tempo de diagnóstico maior em relação aos aderentes (os aderentes possuem média de tempo de diagnóstico de 7,3 anos, enquanto os não aderentes apresentam 9,35 anos de diagnóstico).

**Tabela 8:** Estatísticas descritivas das variáveis clínicas da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

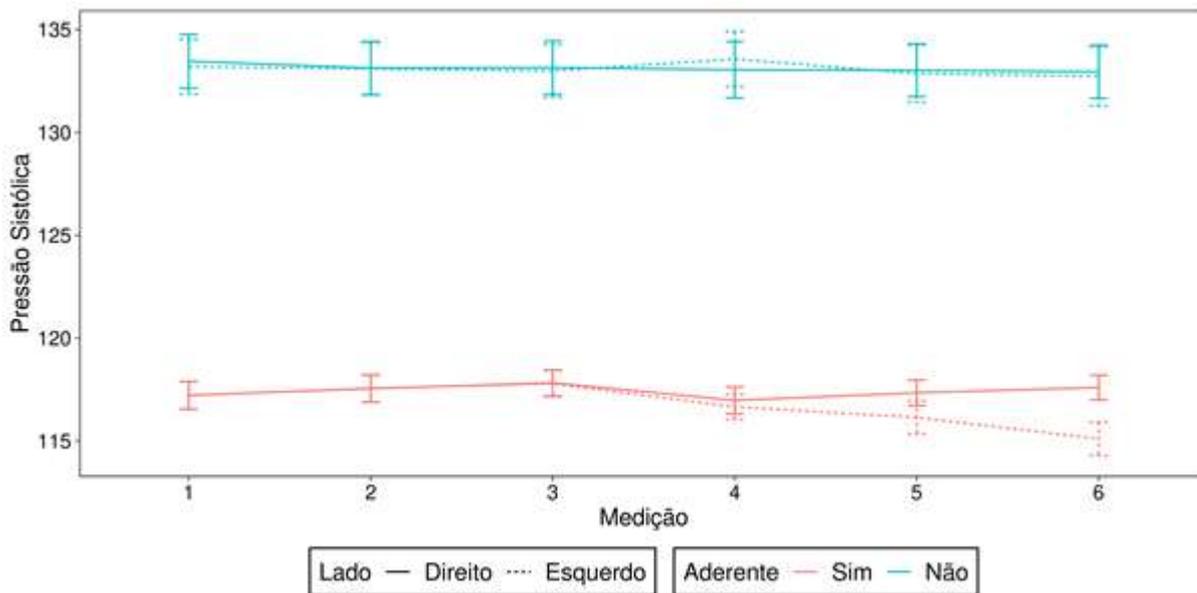
Variável*	Aderente	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Tempo de Diagnóstico	Sim (152)	7,34	5,22	1	3	7	9,25	25
	Não (94)	9,35	5,36	1	5,25	9	11,75	27
Faltas	Sim	0,70	0,79	0	0	1	1	3
	Não	0,97	1,05	0	0	1	2	3
PASistólica_E_méd1	Não	137,12	10,69	116,3	130,30	134,7	140,82	174,7
	Sim	119,16	9,63	99,7	110,3	119,7	120,7	160,3
PADiastólica_E_méd1	Não	91,44	9,21	70,7	82,1	91,7	99,3	110,7
	Sim	77,46	7,51	62,3	70,3	79,7	80,7	110,0
PASistólica_E_méd2	Não	137,81	10,59	120,7	130,7	135,7	141,0	175,0
	Sim	117,68	10,65	100,3	110,7	119,7	120,7	161,0
PADiastólica_E_méd2	Não	91,73	9,13	69,7	81,0	91,7	99,7	110,7
	Sim	77,82	7,12	65,3	71,3	80,0	80,3	109,7
PASistólica_D_méd1	Não	137,42	10,54	119,7	130,7	134,7	141,0	175,0
	Sim	119,16	9,64	100,3	110,7	119,7	120,7	161,0
PADiastólica_D_méd1	Não	91,6	9,15	69,7	81,0	92	99,7	110,7
	Sim	77,6	7,35	65,3	70,7	79,7	80,0	109,0
PASistólica_D_méd2	Não	137,13	10,69	116,3	130,3	134,7	141,05	174,7
	Sim	118,94	9,45	99,7	110,3	119,7	120,7	160,3
PADiastólica_D_méd2	Não	91,46	9,21	70,7	82,1	91,7	99,3	110,7
	Sim	77,37	7,46	62,3	70,3	79,7	80,7	109,3
Colesterol Total	Sim	165,40	38,51	127	132	165	179	279
	Não	166,55	37,07	127	132	165	210,5	256
LDL	Sim	88,76	26,25	51	68,8	84	101	199,8
	Não	89,54	23,61	51	69	88	101	154,8
HDL	Sim	48,91	4,78	30	49	50	51	59
	Não	48,89	4,65	33	49	50	51	59
Triglicérides	Sim	115,47	60,19	60	66	89	150	321
	Não	116,02	56,88	60	78	89	150	285
Glicemia em jejum	Sim	90,59	8,32	71	85	89	95	117
	Não	93,16	16,45	68	85	89	97,75	201

Variável\*: Tempo de Diagnóstico (anos); Faltas (dias); Colesterol Total (mg/dl); LDL(mg/dl); HDL(mg/dl); Triglicérides(mg/dl); Glicemia em jejum(mg/dl); PASistólica(mmHg); PADiastólica(mmHg).

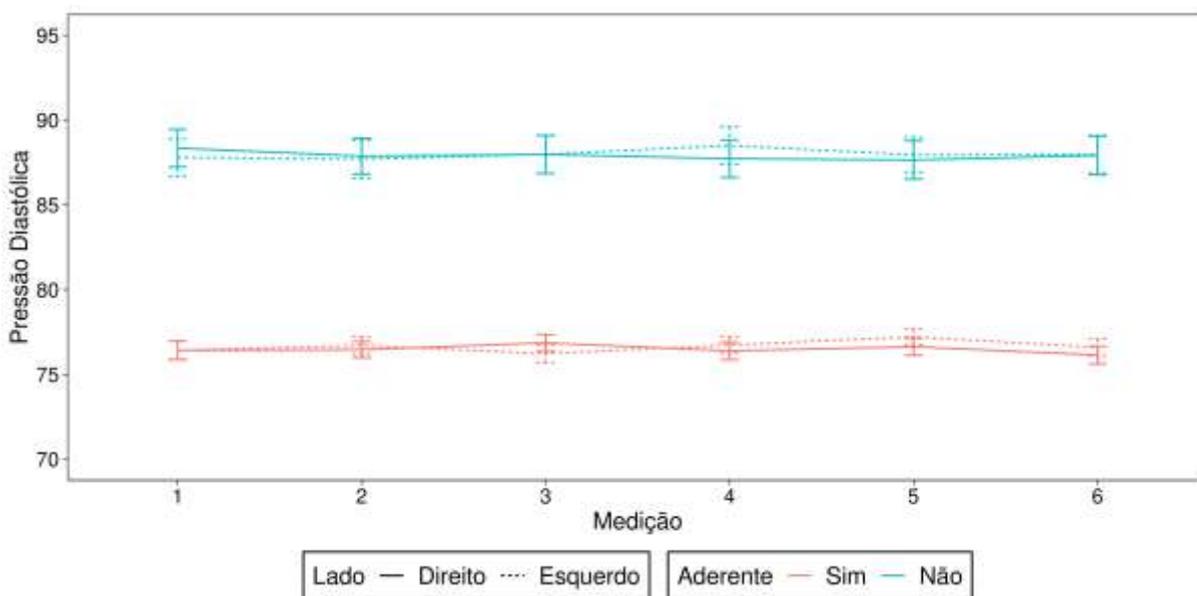


**Figura 4:** Mediana do tempo de diagnóstico da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (Box-plot)

Observamos, ainda, um aumento nos valores de pressão sistólica e diastólica entre os não aderentes, em relação aos aderentes, em todas as aferições de pressão arterial realizadas (Tabela 8 e Figuras 5 e 6), o que mostra claramente a relação entre adesão à terapia medicamentosa e o controle dos valores de pressão arterial sistêmica.



**Figura 5:** Dispersão dos níveis de pressão sistólica da população estudada ao longo do tempo, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo



**Figura 6:** Dispersão dos níveis de pressão diastólica da população estudada ao longo do tempo, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Com relação aos perfis bioquímicos da população estudada, não houve diferença entre as médias dos valores apresentados, considerando-se os níveis de adesão (aderentes e não aderentes) (Tabela 8).

A fim de determinar quais variáveis estão associadas a adesão à terapia medicamentosa usamos Modelos de Regressão Logística, que visam prever a chance de um paciente com determinada característica (variável independente) apresentar o desfecho analisado (variável resposta). Para determinar, a partir desses modelos, quais variáveis estão associadas à adesão, comparamos a chance de indivíduos com diferentes valores das variáveis serem aderentes. Essa comparação foi feita através da Razão de Chances.

Os resultados do ajuste dos modelos estão presentes na Tabela 9. O Intervalo de Confiança é de 95% para as razões de chances.

Interpretando as variáveis qualitativas, comparamos a chance de um indivíduo de uma determinada categoria com um indivíduo de uma categoria de referência.

Assim, observamos na Tabela 9 que as seguintes variáveis estão associadas com a adesão à terapia medicamentosa:

- Idade: quanto maior a idade, menor a chance de aderir à terapia medicamentosa.
- Tempo do Diagnóstico: quanto maior o tempo do diagnóstico, menor a chance de aderir à terapia medicamentosa.
- Faltas: quanto maior o número de faltas, menor a chance de aderir à terapia medicamentosa.
- Todas as Pressões Arteriais Sistólicas e Diastólicas: quanto maior a pressão arterial, menor a chance de aderir à terapia medicamentosa.

As demais variáveis não estão associadas à terapia medicamentosa. Não foram ajustados modelos para as variáveis Escolaridade, Ocupação, Procedência, Doenças Associadas e Complicações pois há muita variabilidade nas categorias

dessas variáveis: a maioria dos pacientes estão em uma determinada categoria, não havendo amostras suficientes nas demais categorias para ajustar os modelos.

**Tabela 9:** Influência das covariáveis na adesão ao tratamento anti-hipertensivo (Regressão logística).

Variáveis	Odds Ratio	95% CI	valor p
Idade	0,9757	0,9357; 1,0174	0,2493
Sexo	0,7589	0,3990; 1,4433	0,4003
Complicações	2,2672	0,5289; 9,7198	0,2704
Tempo diagnóstico	1,1049	1,0024; 1,2179	0,0446
Faltas	1,7405	1,2480; 2,4273	0,0011
Doenças associadas	2,6749	1,1540; 6,2003	0,0218
Medicamentos	0,4815	0,2656; 0,8732	0,0161

## ***6. Discussão***

---

Os resultados do presente estudo mostraram que entre os participantes houve predomínio do sexo feminino (59,7%), de pacientes que se autodeclararam brancos (60,9%), solteiros (63,9%) e com grau de escolaridade ensino médio completo (34,9%). A ocupação mais declarada foi a do lar (41,1%), coincidindo com o gênero predominante (feminino). A população estudada, em sua maioria, possui classificação econômica C1 (89,8%), e faz uso de apenas um tipo de anti-hipertensivo (61,7%). Observamos que a população estudada não possui doenças associadas à HAS (69,9%) ou complicações decorrentes da doença (95,5%).

Entretanto, observamos que 94 pacientes (38,2%) não aderem adequadamente ao tratamento anti-hipertensivo, enquanto 152 (61,8%) pacientes o fazem (Tabela 3).

De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de HAS<sup>1</sup>, 14 estudos publicados no período de 1995 a 2009 demonstram que o controle pressórico diverge em todo o território nacional, com prevalências que variam de 10,1% a 35% dependendo do estudo. Mostraram também que 40% a 60% dos pacientes avaliados não fazem uso correto da medicação prescrita, caracterizando não adesão ao tratamento medicamentoso<sup>49</sup>, dado que concorda com os níveis de adesão encontrados em nosso estudo.

Apesar de serem estudos importantes, são estudos que foram conduzidos há mais de uma década. Existem poucos dados publicados recentemente no Brasil (e no mundo) que descrevam índices de adesão entre os pacientes hipertensos na Atenção Primária à Saúde. Além disto, muitos destes estudos não são comparáveis, porque utilizaram diferentes métodos para identificar a adesão e abordaram diferentes perfis de indivíduos, sendo em sua maioria, pacientes acompanhados em serviços de saúde especializados<sup>14</sup>. Girotto *et al.* estudou usuários da APS na cidade de Londrina e encontrou um nível de adesão semelhante.<sup>14</sup>

Foi possível observar que a maioria dos participantes se autodeclarou solteira(o), mesmo morando com parceiros e tendo filhos. Atribuímos a isso o fato de, ao serem interpelados, parte dos entrevistados autodeclarados solteiros alegarem que só poderiam se declarar casados se fossem legalmente casados. Ao perguntarmos o porquê de não se autodeclararem amasiados, relatavam que não se consideravam amasiados, pois ainda moravam com os pais de um dos cônjuges,

dividindo o mesmo terreno. Dessa forma, observamos uma possível fragilidade em nosso estudo, devido ao fato de que a maioria dos autodeclarados solteiros nesse estudo morarem com companheiro e possuírem filhos, estando, portanto, vivendo uma relação de união estável.

O grau de escolaridade está relacionado com baixos índices de adesão à terapia medicamentosa, pois o analfabetismo ou poucos anos de escolaridade parecem prejudicar a assimilação das orientações médicas e da equipe de saúde, ocasionando um menor grau de compreensão sobre a doença ou mesmo sobre como seguir o tratamento prescrito.<sup>21</sup>

Estudos anteriores relacionam a condição socioeconômica à falta de adesão ao tratamento medicamentoso<sup>21,22</sup>. Entretanto, a OMS<sup>20</sup> (2004) discute que, embora o nível socioeconômico não esteja consistentemente associado à adesão ao tratamento como um fator preditivo independente<sup>23</sup>, nos países em desenvolvimento, o baixo nível socioeconômico pode colocar os pacientes na posição de escolha entre prioridades concorrentes.

Neste estudo, constatou-se o predomínio de indivíduos alfabetizados, em sua maioria com ensino médio completo ou incompleto e classificados no nível socioeconômico C1. A região estudada não possui áreas de vulnerabilidade social, com favelas ou áreas dominadas pelo tráfico de drogas. Desse modo, não se pode alegar a falta de escolaridade ou vulnerabilidade socioeconômica grave como justificativas para a não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo prescrito na população estudada.

Como fatores dificultadores para a adesão medicamentosa ao tratamento, Daniel e Veiga<sup>27</sup> (2013) apontam, entre outros, a complexidade do regime terapêutico, efeitos colaterais e alto custo dos medicamentos<sup>21</sup>. Remondi<sup>26</sup> vincula como componente não intencional do comportamento de não adesão os esquecimentos por parte do paciente, o número de medicamentos tomados, a complexidade do tratamento instituído, entre outros. Em nosso estudo, a maioria dos entrevistados faz uso de apenas uma classe de anti-hipertensivo para o seu tratamento (61,7%), e não possui doenças associadas à HAS (69,9%) ou complicações decorrentes da doença (95,5%). Dessa forma, não podemos

relacionar a complexidade do plano terapêutico ou poli farmácia à baixa adesão à terapia medicamentosa observada no presente estudo.

A dificuldade de acesso ao sistema de saúde tem sido relacionada com a má-adesão da população à terapia medicamentosa. A má qualidade dos serviços de saúde, caracterizada por falta de medicamentos disponíveis nas unidades, estruturas físicas precárias, tempo de espera elevado para consultas, dificuldade de acesso físico à unidade, como a distância ou zonas de conflito e violência, por exemplo, causam uma menor taxa de adesão à terapia medicamentosa proposta pela equipe de saúde. Entretanto, à exceção de indisponibilidade temporária de medicamentos anti-hipertensivos nas farmácias da rede pública interrompendo a dispensação, as outras situações acima mencionadas não fazem parte da realidade dos pacientes usuários da Unidade de Saúde da Família Jamil Cury.

Todos os pacientes pesquisados neste estudo fazem seguimento em uma USF, mesmo aqueles participantes que também possuem planos de saúde. Estão, portanto, inseridos no cuidado da atenção primária à saúde. A atenção primária fornece um olhar sobre o indivíduo e sua comunidade no decorrer do tempo, não somente sobre o processo de saúde-doença<sup>50</sup>. Consegue fornecer atenção à quase todos os problemas de saúde, e integrar a atenção fornecida por outros níveis de cuidado e mesmo por serviços fornecidos pela rede suplementar. Desse modo, os pacientes são seguidos longitudinalmente e em equidade, e o vínculo com a equipe multiprofissional de saúde é fortalecido ao longo do tempo. Como pilar da Estratégia de Saúde da Família, os agentes de saúde visitam regularmente todos os pacientes da área de abrangência, criando um vínculo profundo e sustentado com cada indivíduo, e com a comunidade como um todo. A equipe de enfermagem está presente em todas as fases do cuidado do paciente, na USF e no domicílio, promovendo a saúde e cuidando dos agravos já encontrados. A equipe multiprofissional, portanto, é de extrema importância na Atenção Primária. Essa diversidade de profissionais com diferentes origens e formações permite uma variedade de enfoques no cuidado e nas relações construídas entre o paciente e o serviço de saúde<sup>51</sup>. Vale ressaltar que os pacientes possuem seguimento regular há pelo menos um ano na unidade. Além disto, o número de faltas encontradas no estudo demonstra que os pacientes frequentam regularmente a unidade e fazem o

acompanhamento longitudinal conforme esperado, não sendo essa a questão que justificaria a baixa adesão encontrada.

Com relação ao sexo e os indicadores de adesão à terapia medicamentosa, estudos mostraram que os indivíduos do sexo masculino tendem a ser menos aderentes ao tratamento da HAS, uma vez que procuram menos os serviços de saúde. Além disso, maior parte das ações de estratégias mínimas da atenção básica são voltadas para as mulheres.<sup>21,24,25</sup> Porém, no estudo atual, observou-se o predomínio de mulheres, que não exercem atividades profissionais fora do domicílio (do lar) e que raramente faltam às consultas médicas agendadas, sugerindo bom acesso da população à unidade de saúde e um adequado relacionamento entre população e equipe de saúde. Ainda assim, observamos taxas de não-adesão à terapia medicamentosa próximas de 40% nesta população.

Verificou-se que os não-aderentes possuem tempo de diagnóstico maior em relação aos aderentes. Isto nos faz pensar que, talvez, com o passar do tempo, após o diagnóstico e com o aparecimento de doenças associadas, o paciente pode se sentir desestimulado e mudar seu comportamento em relação à doença (HAS, no caso), diminuindo sua adesão à terapia medicamentosa. Neste caso, este comportamento pode se tornar mais evidente com o aumento do número de medicamentos a serem ingeridos a cada dia.

A probabilidade do surgimento de complicações decorrentes da HAS aumenta com o tempo, à medida que o paciente hipertenso não controla seus níveis pressóricos adequadamente<sup>28</sup> e este risco está relacionado ou é agravado quando o paciente não adere adequadamente à terapia medicamentosa proposta. Estudos anteriores sedimentam a compreensão de que, com o passar do tempo de diagnóstico, muitos pacientes tendem a diminuir sua adesão ao tratamento medicamentoso ou chegam até mesmo a descontinuar o tratamento.<sup>26</sup> Porém, em nosso estudo, as complicações não tiveram significância estatística, talvez devido ao tempo de diagnóstico médio encontrado ser inferior a uma década, o que seria um tempo ainda curto para o aparecimento de complicações decorrentes da HAS não adequadamente controlada.

Também foi possível verificar nesse estudo que a média de tempo de

diagnóstico de HAS é de 8,11 anos. Logo, podemos perceber que se trata de uma população com tempo de diagnóstico inferior a uma década, com bom vínculo com a unidade, sem faltas, que comparece às consultas agendadas, portadora de HAS sem complicações ou morbidades associadas, mas ainda assim, cerca de 4 pacientes entre 10 não seguem adequadamente as recomendações terapêuticas orientadas pelo médico de família e comunidade.

No presente estudo, os parâmetros bioquímicos não se mostraram alterados, mesmo entre os não aderentes, com níveis de Colesterol Total, HDL, LDL, Triglicérides e Glicemia de Jejum mantendo-se dentro dos limites de valores de referência considerados normais para a população estudada. (Tabela 8)

A coleta de dados foi realizada por alunos dos cursos de enfermagem e odontologia, que não utilizam a USF Jamil Cury como campo de estágio e não tiveram contato prévio com os pacientes, para que não houvesse viés de entrevistador, uma vez que o paciente poderia se sentir tentado a alterar suas respostas, caso essas fossem perguntadas pela médica que faz o seguimento clínico deste paciente.

O instrumento utilizado para medir a adesão (MMAS-8) é descrito como sendo de fácil entendimento e rápida aplicabilidade<sup>48</sup>. Porém, a equipe de pesquisa relatou dificuldades no manejo da escala. Mesmo sendo composta por apenas oito questões, muitos pacientes julgaram o teste como sendo muito extenso e a escala, muito longa. Isso pode ser um indicativo da dificuldade de se caracterizar algo tão complexo como a adesão com um instrumento com perguntas pré-determinadas. Além disso, como foi aplicado o questionário de caracterização do paciente juntamente com MMAS-8 e o CCEB, muitos participantes reclamaram do tempo dispendido para responder as questões. Consideramos prudente, em estudos futuros, dividir a entrevista em um número maior de encontros com o paciente, aplicando um instrumento por visita.

Os dados aqui apresentados mostram que a população estudada poderia se beneficiar grandemente de ações de educação em saúde voltadas para promoção de saúde e prevenção de agravos, especialmente no que diz respeito à HAS.

Estudos demonstram que ações de educação permanente, de incentivo ao

autocuidado e aconselhamento sobre a doença se tornam cada vez mais necessárias para um combate à falta de adesão<sup>27</sup>. Desse modo, ações de educação em saúde que contemplem aspectos da promoção de saúde devem ser estimuladas e implementadas em nível local, com a finalidade de melhorar o nível de conhecimento da população sobre a doença e sobre as consequências da atitude de não adesão ao tratamento para sua qualidade de vida. Lembramos que os papéis do médico de família e comunidade e da equipe de Estratégia de Saúde da Família são de extrema importância neste sentido, uma vez que o vínculo da equipe com a população permite que o conhecimento técnico adquirido possa ser repassado aos hipertensos de maneira adequada, gerando o fortalecimento da relação entre o paciente e a equipe de saúde. Através do vínculo gerado, pode-se garantir a continuidade e longitudinalidade do cuidado que resultará em um melhor controle da HAS.

Ressaltamos o imenso potencial que os médicos de família e comunidade têm de modificar a realidade de saúde da população que habita a área pela qual eles têm responsabilidade sanitária. Estas ações podem mudar os indicadores de saúde relacionados à doença, diminuir custos individuais e para a saúde pública, melhorando a qualidade de vida de famílias inteiras. Mesmo se tratando de uma doença crônica, que por definição não tem cura, a HAS pode ser controlada se adequadamente abordada.

Os resultados do presente estudo, embora de grande interesse local, podem não ser aplicáveis a outras áreas que apresentem características populacionais diferentes. Consistiu em um estudo transversal, desenhado para descrever o nível de adesão e as características da população de hipertensos da área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família, um tipo de estudo que não permite estabelecer relações de causalidade. Além disto, grande parte das informações foi obtida a partir de entrevistas com os usuários e, portanto, sujeitas a vieses de memória e de informação. Entretanto, permite identificar fatores relevantes, associações e estabelecer novas hipóteses que poderão ser estudadas posteriormente, por meio de tipos de estudos mais robustos e com diferentes linhas de pesquisa.s

## **7. Conclusão**

---

O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil clínico, epidemiológico e sociodemográfico, bem como as características da adesão à terapia medicamentosa de pacientes com HAS em uma Unidade de Saúde da Família. Tal estudo permitiu a identificação da ocorrência de falta de adesão em uma proporção significativa da população de hipertensos da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Jami Cury. Cerca de 40% dos pacientes não aderem adequadamente ao esquema terapêutico prescrito, aumentando o risco de desfechos desfavoráveis no futuro. A população estudada foi representada predominantemente por pacientes do sexo feminino, pacientes que se autodeclararam brancos, solteiros e com grau de escolaridade ensino médio completo. A ocupação mais declarada foi a do lar e se enquadram, em sua maioria, na classificação econômica C1. Observou-se que a população estudada apresenta condição clínica de pequena complexidade, faz uso de apenas um tipo de anti-hipertensivo, não possui doenças associadas à HAS ou complicações decorrentes da doença.

Observou-se, ainda, um aumento nos valores de pressão sistólica e diastólica significativamente mais elevados entre os não aderentes, em relação aos aderentes, em todas as aferições de pressão arterial realizadas o que mostra claramente a relação entre adesão à terapia medicamentosa e o controle da doença. Entretanto, não se verificou impacto negativo da não adesão observada nos parâmetros bioquímicos dos pacientes avaliados.

Diante desse cenário, acreditamos ser imprescindível a elaboração de ações constantes para educação em saúde da população. Ressaltamos a importância dos papéis do médico de família e comunidade e da equipe de Estratégia de Saúde da Família neste processo, exercendo a continuidade e longitudinalidade do cuidado, pois é possível modificar a realidade de saúde da população da área de abrangência de sua unidade, área pela qual eles têm responsabilidade sanitária.

## **8. Referências Bibliográficas**

---

1. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3Supl.3):1-83
2. Levington S, Clarke R, Oizilbash N, Peto R, Collins R, for the Prospective Studies Collaboration. Agespecific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002; 360:1903-1913. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)11911-8/abstract?cc=y=>](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)11911-8/abstract?cc=y=>). Acesso em: 10. set. 2015.
3. Kannel WB, Wolf PA, Mc Gree D, Dawber TR, McNamara P, Castelli P. Systolic blood pressure, arterial rigidity and risk of stroke. The Framingham Study. *J Am Med Assoc* 1981; 245(12):1225-1229.
4. Lessa I. Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. *Inf Epidemiol SUS* 1993; 2:59-75.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Rodrigues, Malvina Thaís Pacheco; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; ANDRADE, Dalton Francisco de. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. *Rev. Saúde Pública, São Paulo* , v. 48, n. 2, p. 232-240, Apr. 2014 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000200232&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000200232&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005044..>
7. Santa-Helena, Ernani Tiaraju de; NEMES, Maria Ines Battistella; ELUF NETO, José. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* , v. 26, n. 12, p. 2389-2398, Dec. 2010 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010001200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200017&lng=en&nrm=iso)>. access on 09 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200017..>
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
9. Calhoun DA, Jones D, Textor S, Goff DC, Murphy TP, Toto RD, et al. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment a scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. *Hypertension* 2008; 51:1403-19.

10. Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Jr D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG, organizadora. Hipertensão arterial - uma proposta para o cuidar. Barueri, SP: Manole; 2004. p.274-289..
11. Santa-Helena, Ernani Tiaraju de; NEMES, Maria Ines Battistella; ELUF-NETO, José. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 42, n. 4, p. 764-767, Aug. 2008 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000400025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400025&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000400025>..
12. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Cienc Saude Coletiva. 2003;8(3)775-82. DOI:10.1590/S1413-81232003000300011.
13. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2003. 211 p.
14. Giroto, Edmarlon et al . Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1763-1772, June 2013 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001400027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001400027&lng=en&nrm=iso)>. access on 18 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001400027>..
15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil, 2013. Disponível em: [www.abep.org](http://www.abep.org) Acesso em: 30 set. 2013.
16. Moraes, Suzana Alves de; CHECCHIO, Michele Vantini; FREITAS, Isabel Cristina Martins de. O efeito independente da obesidade central sobre a hipertensão arterial em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP, 2007. Projeto EPIDCV. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 18, n. 1, p. 157-173, Mar. 2015 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2015000100157&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000100157&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Nov. 2015.. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010013>.
17. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care 1986; 24(1):67-74.

18. Cavalari E. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2010.
19. Ben, Angela Jornada; Neumann, Cristina Rolim; MENGUE, Sotero Serrate. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 46, n. 2, p. 279-289, Apr. 2012 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200010&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Nov. 2015. Epub Feb 14, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>.
20. Bloch, Katia Vergetti; MELO, André Nascimento de; NOGUEIRA, Armando R.. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 24, n. 12, p. 2979-2984, Dec. 2008 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001200030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001200030&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Nov. 2015.
21. Lopes, João Henrique Primini et al. Adesão do paciente à terapia medicamentosa da hipertensão arterial: revisão da literatura. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v. 27, n. 3, p. 235-243, 2017.
22. Mendes LMO, Barros JST, Batista NNLA, Silva JMO. Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. *Rev Univap*. 2014 jul; 20(35): 56-68
23. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Washington: OMS; 2004.
24. Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(Supl 1): 1389-1400.
25. Cavalari E, Nogueira MS, Fava SMCL, Cesarino CB, Martin JFV. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. *Rev Enferm. UERJ*. 2012 jan/mar; 20(1): 67-72.
26. Assan Remondi, Felipe; ODA, Silas; CABRERA, Marcos Aparecido Sarria. Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria a prática clínica. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 35, n. 2, p. 177-185, 2015.
27. Daniel ACQG, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Einstein*. 2013; 11(3): 331-7.

28. Silva, Daniele Braz da Hipertensão arterial e complicações associadas: análise do risco cardiovascular e da adesão ao tratamento em usuários do Sistema Único de Saúde / Daniele Braz da Silva. — Fortaleza, 2011.
29. Carretero, Oscar A.; Oparil, Suzanne. Essential hypertension: part I: definition and etiology. *Circulation*, v. 101, n. 3, p. 329-335, 2000.
30. Lopes, Heno Ferreira; GIL, Juliana dos Santos; CONSOLIM-COLOMBO, Fernanda Marciano. Ativação dos sistemas adrenérgicos, renina-angiotensina-aldosterona, endotelina e adrenomedulina na hipertensão arterial sistêmica. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, p. 102-107, 2008.
31. Poulter, NR; Prabhakaran, D; Caulfield, M (22 de agosto de 2015). «Hypertension.». *Lancet*. 386 (9995): 801–12.
32. James, J., Soyibo, A. K., Hurlock, L., Gordon-Strachan, G., & Barton, E. N. (2012). Cardiovascular risk factors in an eastern Caribbean island: prevalence of non-communicable chronic diseases and associated lifestyle risk factors for cardiovascular morbidity and mortality in the British Virgin Islands. *West Indian Medical Journal*, 61(4), 429-436.
33. Gomes, Marco Antônio Mota et al. Tratamento da hipertensão arterial com olmesartana medoxomila em escalonamento. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2008.
34. Bloch, Michael J.; BASILE, Jan N. Ambulatory blood pressure monitoring to diagnose hypertension--an idea whose time has come. *Journal of the American Society of Hypertension: JASH*, v. 10, n. 2, p. 89, 2016.
35. Mello, Louise Do Livramento et al. Identificação e Classificação dos Hipertensos da População da Unidade de Saúde da Família-Daniele Cristina Lamana-Votuporanga/SP. In: ANAIS-UNIC-Congresso de Iniciação Científica-UNIFEV. 2017. p. 84-85.
36. Simão, Raif R. et al. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). *Revista de Medicina*, v. 95, n. 1, p. 37-38, 2016.
37. Rosário, TMD, Scala, LCN, França, GVAD, Pereira, MRG, Jardim, PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres-MT. *Arq Bras Cardiol*. 2012;93(6):672-8.
38. Marin-Reyes F, Rodriguez-Moran M. Family support of treatment compliance in essential arterial hypertension. *Salud Publica Mex*. 2001;43:336–339
39. Mann, Johannes FE; HILGERS, Karl F. Renin-angiotensin system inhibition in the treatment of hypertension. 2016.
40. Keenan, Nora L. et al. Prevalence of hypertension and controlled hypertension—

United States, 2005–2008. *MMWR Surveill Summ*, v. 60, n. Suppl, p. 94-97, 2011.

41. Pencina, Michael J. et al. Predicting the thirty-year risk of cardiovascular disease: the Framingham Heart Study. *Circulation*, v. 119, n. 24, p. 3078, 2009.

42. Asmar, Roland. Validation of the automatic blood pressure measurements device, the OMRON M3 COMFORT (HEM -7134-E)® in Pregnancy according to the Modified European Society of Hypertension International Protocol (ESH-IP). 2017.

43. Martinez, E. Z. . Bioestatística para os cursos de graduação da área da saúde. 1. ed. São Paulo, SP: Editora Blucher, 2015. v. 1. 345p .

44. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [citado em 26 nov. 2018]. Disponível em: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/)

45. Vigitel Brazil 2018: surveillance of risk and protective factors for chronic diseases by telephone survey: estimates of frequency and sociodemographic distribution of risk and protective factors for chronic diseases in the capitals of the 26 Brazilian states and the Federal District in 2018

46. Vermeire, E. , Hearnshaw, H. , Van Royen, P. and Denekens, J. (2001), Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26: 331-342. doi:[10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x)

47. Borges, José Wicto Pereira et al . Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo , v. 46, n. 2, p. 487-494, Apr. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000200030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200030&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200030>.

48. Freitas, Jacqueline Gleice Aparecida; NIELSON, Sylvia Escher de Oliveira; PORTO, Celmo Celso. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Soc Bras Clin Med*, v. 13, n. 1, p. 75-84, 2015.

49. Higgins N, Regan C. A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes. *Age and Ageing* 2004;33(3):224-9.

50. Starfield, Barbara et al. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, 2002.

51. De Gusmão, Josiane Lima et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens*, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

## ***9. Apêndices***

---

# APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Avaliação da adesão à terapia medicamentosa e sua associação com a falta de controle de doenças crônicas, em pacientes com hipertensão arterial sistêmica”, tendo como objetivo geral avaliar o perfil clínico, epidemiológico e sociodemográfico, bem como as características da adesão ao autocuidado de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. Este trabalho poderá ajudar profissionais e o governo a planejarem ações para melhoria no tratamento da Hipertensão Arterial. Você foi escolhido (a) por ter 40 anos ou mais, ter Hipertensão Arterial e estar cadastrado (a) e em acompanhamento clínico no Núcleo de Saúde da Família “Jamil Cury”. A coleta de dados será composta por três questionários. O primeiro é de caracterização dos participantes com informações pessoais. O segundo avalia o nível socioeconômico. O terceiro mede indiretamente a adesão ao regime terapêutico, através dos níveis de autocuidado. Além desses questionários, o seu prontuário médico também será consultado, para obter os seguintes dados: valor da pressão arterial; valor do colesterol - Total, LDL e HDL e valor de triglicérides.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento e sua recusa não trará nenhum dano a você com a pesquisadora ou com o serviço que realiza o tratamento.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação e seu nome jamais será identificado, principalmente se os resultados forem apresentados em eventos e/ou publicados em artigos científicos. Além disto, você tem direito à indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano permanente decorrente da sua participação nesta pesquisa.

Uma via deste termo, assinado e rubricado em todas as páginas pelo participante e pelo pesquisador, ficará com você e qualquer dúvida sobre o projeto poderá ser esclarecida pelo endereço abaixo.

Pesquisadoras Responsáveis: Fernanda Casals do Nascimento

Prof. Dra. Luane Marques de Mello

Endereço:

Departamento de Medicina Social - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

Avenida dos Bandeirantes 3900, Monte Alegre - Ribeirão Preto/SP - Brasil

CEP 14049-900 Tel: (16) 3602-2549 e/ou (16) 3602-3070. Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP: (016)3602-2228

Declaro que concordo em participar da pesquisa

Nome do participante: \_\_\_\_\_ assinatura: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_ assinatura: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

---

## APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO

Data:

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

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

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Endereço: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Gênero: (1) M (2) F

Etnia: (1) Branco (2) Negro (3) Pardo (4) Indígena (5) Mulato (6) Amarelo

Procedência: (1) Ribeirão Preto (2) Região de Ribeirão Preto Qual? \_\_\_\_\_

Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado/Amasiado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo

Escolaridade: (1) Analfabeto

(2) Ensino Fundamental Incompleto (3) Ensino Fundamental Completo

(4) Ensino Médio Incompleto (5) Ensino Médio Completo

(6) Ensino Superior Incompleto (7) Ensino Superior Completo

(8) Pós-Graduação Incompleta (9) Pós-Graduação Completa

Ocupação: \_\_\_\_\_

### DADOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Tempo de Diagnóstico (em anos): \_\_\_\_\_ anos

Tipo de Tratamento:

Nome (s): \_\_\_\_\_

Dose (s): \_\_\_\_\_

Doenças Associadas: (1) Diabetes mellitus (2) Doença Arterial Coronariana

(3) Acidente Vascular Cerebral (4) Doença Arterial Periférica (5) Hipotireoidismo

Complicações: (1) Infarto Agudo do Miocárdio (2) Nefropatia Hipertensiva (3)

Acidente Vascular Cerebral

Faltas à Consultas no Último Ano: (1) Nenhuma (2) Uma (3) Duas ou Mais

Motivos: \_\_\_\_\_

**Níveis pressóricos:**

PA: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg (braço direito)

PA: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg (braço esquerdo)

PA: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg (braço direito)

PA: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg (braço esquerdo)

PA: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg (braço direito)

PA: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg (braço esquerdo)

**Exames Laboratoriais**

**Colesterol ( \_ / \_ / \_ ): Total \_\_\_\_\_ mg/dL**

LDL: \_\_\_\_\_ mg/dL      HDL: \_\_\_\_\_ mg/dL

**Triglicérides ( \_ / \_ / \_ ): \_\_\_\_\_ mg/dL**

**Valor da glicemia de jejum ( \_ / \_ / \_ ): \_\_\_\_\_ mg/dL**

## **10. Anexos**

---

## ANEXO A - : CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

### SISTEMA DE PONTOS

#### Variáveis

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

**Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos**

<b>Escolaridade da pessoa de referência</b>		
Analfabeto / Fundamental I incompleto		0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto		1
Fundamental II completo / Médio incompleto		2
Médio completo / Superior incompleto		4
Superior completo		7
<b>Serviços públicos</b>		
	<b>Não</b>	<b>Sim</b>
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

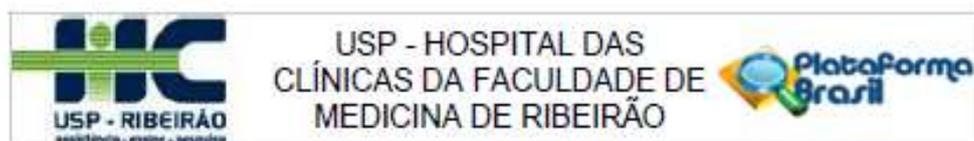
**Cortes do Critério Brasil**

<b>Classe</b>	<b>Pontos</b>
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16

## **ANEXO B - : Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 Itens – MMAS-8**

	Resposta Correta (0 ponto)	Resposta Errada (1 ponto)
Você às vezes esquece de tomar os seus remédios para pressão? (Resposta correta: NÃO)		
Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta? (Resposta correta: NÃO)		
Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava? (Resposta correta: NÃO)		
Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos? (Resposta correta: NÃO)		
Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem? (Resposta correta: SIM)		
Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos? (Resposta correta: NÃO)		
Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta? (Resposta correta: NÃO)		
Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão? Nunca/ Quase Nunca/ Às Vezes/ Frequentemente/ Sempre (Resposta correta: NUNCA)		
<b>TOTAL</b>		

## ANEXO C - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA ADEÇÃO À TERAPIA MEDICAMENTOSA E SUA ASSOCIAÇÃO COM A FALTA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

**Pesquisador:** FERNANDA CASALS DO NASCIMENTO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 80680717.1.0000.5440

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.462.596

#### Apresentação do Projeto:

**Contextualização:** Estudos revelam que pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis que aderem adequadamente às recomendações médicas apresentam melhor controle da doença. **Objetivo:** Avaliar o perfil clínico, epidemiológico e sociodemográfico, bem como as características da adesão ao plano terapêutico e recomendações de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica em Unidade de Saúde da Família. **Métodos:** Estudo transversal conduzido para estudar perfil clínico, epidemiológico e sociodemográfico, bem como a adesão ao plano terapêutico e recomendações de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica em Unidade de Saúde da Família. O estudo terá início a partir da aprovação do projeto no CEP. **Resultados esperados:** Espera-se encontrar melhor controle da hipertensão arterial sistêmica, assim com menos complicações relacionadas à doença e melhor qualidade de vida entre os participantes que apresentarem escores mais elevados do teste de adesão.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Geral:** Avaliar o perfil clínico, epidemiológico e sociodemográfico, bem como as características da adesão ao autocuidado de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica em Unidade de Saúde da Família.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.049-900  
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO  
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br