

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
BACHARELADO E LICENCIATURA

GABRIELA FRANÇA SEVERINO

**NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ENTRE USUÁRIOS DO
SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE**

UBERLÂNDIA

2022

GABRIELA FRANÇA SEVERINO

**NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ENTRE USUÁRIOS DO
SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Orientador: Prof. Dra. Valeria Nasser Figueiredo

UBERLÂNDIA

2022

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

S498 Severino, Gabriela França, 1996-
2022 Não adesão ao tratamento da hipertensão entre usuários
do serviço público de saúde [recurso eletrônico] /
Gabriela França Severino. - 2022.

Orientadora: Valeria Nasser Figueiredo.
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Uberlândia, Graduação em
Enfermagem.

Modo de acesso: Internet.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem. I. Figueiredo, Valeria Nasser, 1983-,
(Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia.
Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU: 616.083

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

GABRIELA FRANÇA SEVERINO

Não adesão ao tratamento da hipertensão entre usuários do serviço público de saúde.

Trabalho de Conclusão de Curso ou Dissertação ou Tese apresentado à Faculdade de medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Uberlândia, 09 de Agosto de 2022

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Valeria Nasser Figueiredo (FAMED – UFU)

Prof^º. ME Sebastião Elias da Silveira (FAMED – UFU)

Prof^ª. ME Aline Guarato da Cunha Bragato (FAMED – UFU)

Dedico este trabalho aos meus pais, pelo estímulo,
incentivo, carinho e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao professora e amiga Dra. Patricia Magnabosco o incentivo, motivação e orientação nesta caminhada acadêmica.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa concedida durante os anos de curso.

RESUMO

O tratamento da hipertensão é realizado por intervenções medicamentosas e não-medicamentosas exigindo um acompanhamento de mudanças no estilo de vida. A adesão adequada do paciente ao tratamento é fator fundamental para obter resultados eficientes e o controle da doença. Assim, o objetivo deste trabalho foi identificar o índice da não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da hipertensão arterial. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado com 81 pacientes do ambulatório de hipertensão arterial da Universidade Federal de Uberlândia. Para coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: 1. avaliação das variáveis sociodemográficas, dados antropométricos, valores pressóricos, e medicamentos e 2. Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (QATHAS) para avaliar a não adesão ao tratamento. 72,8% dos pacientes possuem alta adesão ao tratamento, deixam de tomar a medicação ao menos uma vez no mês, mas controlam a alimentação significativamente. Dislipidemia foi a comorbidade com maior número de pacientes em alta adesão (74,2%). 95,1% dos pacientes não pratica atividade física. Fatores sociodemográficos e prática de exercícios não apresentaram associação com a adesão ao tratamento. A partir destes resultados pode-se concluir que a maioria dos pacientes apresentou alta adesão ao tratamento da hipertensão. Vale ressaltar a importância da identificação do nível de adesão ao tratamento a fim de traçar estratégias e políticas de saúde para a promoção da qualidade de vida dessa população.

Palavras-chave: Pressão Arterial. Hipertensão. Adesão à medicação. Cooperação e Adesão ao tratamento. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The treatment of hypertension is carried out by drug and non-drug interventions requiring monitoring of lifestyle changes. Adequate patient adherence to treatment is a fundamental factor for efficient results and disease control. Thus, the aim of this study was to identify the rate of non-adherence to drug and non-drug treatment of arterial hypertension. This is a cross-sectional, quantitative study carried out with 81 patients from the arterial hypertension outpatient clinic of the Federal University of Uberlândia. Two instruments were used for data collection: 1. assessment of sociodemographic variables, anthropometric data, blood pressure values, and medications and 2. Questionnaire for Adherence to Treatment of Systemic Arterial Hypertension (QATHAS) to assess non-adherence to treatment. 72.8% of patients have high adherence to treatment, stop taking their medication at least once a month, but control their diet significantly. Dyslipidemia was the comorbidity with the highest number of patients in high adherence (74.2%). 95.1% of patients do not practice physical activity. Sociodemographic factors and exercise practice were not associated with treatment adherence. From these results, it can be concluded that most patients showed high adherence to hypertension treatment. It is worth mentioning the importance of identifying the level of adherence to treatment in order to outline health strategies and policies to promote the quality of life of this population.

Keywords: Arterial pressure. Hypertension. Medication adherence. Treatment adherence and compliance. Health services.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos hipertensos segundo os níveis de adesão QATHAS. Uberlândia, 2021.....	15
Tabela 2 -	Distribuição dos hipertensos segundo nível de classificação de adesão do QUATHAS e baixa e alta adesão. Uberlândia, 2021.....	16
Tabela 3 -	Distribuição dos hipertensos segundo dados sociodemográficos/econômicos e adesão ao tratamento da HAS. Uberlândia, 2021.....	17
Tabela 4 -	Distribuição dos hipertensos segundo a condição de trabalho e a adesão. Uberlândia, 2021.....	19
Tabela 5 -	Distribuição dos hipertensos segundo o estilo de vida e a adesão. Uberlândia, 2021.....	20
Tabela 6 -	Média da Pressão Arterial Sistólica e Diastólica entre os participantes segundo adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Uberlândia, 2021.....	20
Tabela 7 -	Distribuição dos hipertensos segundo os dados clínicos e a adesão. Uberlândia, 2021.....	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
DP	Desvio Padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DVP	Derivação Ventrículo-peritoneal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCU-UFU	Hospital de Clínicas de Uberlândia – Universidade Federal de Uberlândia
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Crônica
IMC	Índice de Massa Corporal
MEC	Ministério da Educação
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
QUATHAS	Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 DESENVOLVIMENTO.....	15
2.1 Justificativa.....	15
2.2 Objetivos.....	15
2.2.1 Geral.....	15
2.2.2. Específicos.....	16
3 METODOLOGIA.....	17
3.1 Tipo de Estudo.....	17
3.2 População e Local.....	17
3.3.1 Aspectos éticos.....	18
3.3.2 Instrumentos para coleta de dados.....	18
3.4 Tratamento estatístico.....	19
4 RESULTADOS.....	20
5 DISCUSSÃO.....	28
6 CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS.....	32
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	36
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	37
ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE INSTRUMENTO.....	39
ANEXO B – INSTRUMENTO QUESTIONÁRIO DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	40

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a necessidade de ter como foco na próxima década a importância da atenção às doenças não transmissíveis que mais afetam a população mundial e ainda trazem um alto índice de mortalidade prematura. Através da agenda de 2030, um dos principais objetivos da ONU é justamente reduzir em um terço estas doenças, e evitar novos casos visando promover a saúde mental, bem-estar e qualidade de vida desta população, principalmente devido ao aumento da expectativa de vida (OMS, 2019).

As doenças que mais afetam a população mundial são: obesidade, diabetes Mellitus e doenças cardiovasculares. A maioria dessas enfermidades são provenientes de fatores de risco altamente prevalentes que são negligenciados pelas pessoas, principalmente por estarem diretamente ligados ao estilo de vida, e não se mostrarem como algo prejudicial, como exemplo o tabagismo, consumo abusivo de álcool, alimentação incorreta, níveis elevados de colesterol, alto consumo de sal e baixo consumo de frutas e verduras, e o sedentarismo. O alto consumo de sal, se relaciona diretamente com o aumento de risco de doenças crônicas como doenças cardiovasculares, hipertensão, doenças renais entre outras. Já a prática de exercícios físicos é considerada como fator que auxilia na proteção da saúde das pessoas e ajuda a evitar essas mesmas doenças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2019).

Pode-se dizer que o aparecimento de uma comorbidade, está relacionada à um fator de risco, ou também à outra doença já estabelecida, ou seja, uma dessas doenças pode contribuir para que outra desse mesmo grupo apareça, uma vez que seus mecanismos estão interligados. Além disso o aumento da idade também é encarado como um dos principais fatores para desenvolver uma destas doenças, visto que quanto maior a idade, há maior predisposição para as tais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2019).

Assim como evidenciado a baixa expectativa de vida dos séculos passados, se davam devido a presença das doenças infecciosas e da fome, sendo estas as principais causas de morte da população. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, a expectativa média de vida em 2017 foi estipulada em 76 anos, tendo um acréscimo de 3 meses e 11 dias em relação ao ano de 2016, e segue crescendo. A partir disso, essa transição de longevidade, segue acompanhada de uma mudança epidemiológica em que o envelhecimento da população brasileira acarreta uma maior predisposição à essas doenças crônicas (IBGE, 2017).

Dentre essas comorbidades, a principal causa de morte atualmente, responsáveis por cerca de 70% dessas mortes, são as doenças cardiovasculares, que muitas vezes se apresentam de forma assintomática e passam a demonstrar sinais e sintomas quando o quadro clínico já evoluiu de forma a trazer algum prejuízo ou até mesmo, deixar alguma sequela no indivíduo, incluindo incapacidade para o trabalho (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2019).

O exemplo que podemos utilizar a respeito destas doenças assintomáticas, é a hipertensão arterial, doença crônica que corresponde a elevação da pressão arterial que pode variar devido a idade, ao estilo de vida, alimentação e nível de sedentarismo do indivíduo, representando um fator de risco, que também pode contribuir para o desenvolvimento de complicações ou uma nova doença cardiovascular como doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença vascular encefálica, insuficiência renal crônica e óbito. A hipertensão arterial representa o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares (BARROSO et al, 2021).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) constatou que em 2013, a hipertensão afetava 31,3 milhões de pessoas e de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a hipertensão arterial atinge atualmente cerca de 25% da população brasileira adulta, ou seja cerca de 36,7 milhões de pessoas. Sendo assim, é vista como uma enfermidade com alto custo socioeconômico, médico, e dos serviços de saúde, devido à alta frequência de internações, e o preço dos vários medicamentos para o tratamento que pode perdurar por muitos anos (BRASIL, 2002).

A Organização Mundial de Saúde estima que em 2025, a população mundial lidará com um aumento de 60% nos casos de hipertensão, com conseqüente aumento na mortalidade por essa doença. Ao classificar, a Organização Mundial de Saúde, considera hipertensão arterial a medida aferida acima de 140mmHg e /ou pressão diastólica igual ou superior a 90 mmHg. Mesmo sendo de extrema facilidade, a mensuração da pressão arterial ainda não compõe um dos hábitos dos brasileiros, e por isso grande parte da população não enxerga a importância e nem aplica esse hábito no dia-a-dia, sendo um procedimento realizado apenas em consultas ou em caso de necessidade em algum atendimento. Com isso, a descoberta da hipertensão arterial torna-se muitas vezes tardia, e implica no aparecimento de complicações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2019).

A abordagem terapêutica da hipertensão arterial é realizada por intervenções medicamentosas e não medicamentosas, que exigem um acompanhamento de mudanças no

estilo de vida, principalmente relacionadas a dieta adequada e a prática de atividades físicas. Um acompanhamento adequado dessa doença na atenção primária previne a ocorrência de alterações e complicações, reduzindo custos de hospitalizações, e consultas com especialistas, e contribui para a diminuição de gastos públicos. Contudo, o controle desta doença, depende da adesão adequada do paciente ao tratamento. O engajamento do paciente para a adesão do tratamento deve ser evidenciado, uma vez que, o indivíduo que se empenha para adaptar às técnicas terapêuticas, garante com que o tratamento seja mais eficiente. No âmbito da atenção primária, consegue, desenvolver essas práticas de forma mais fluida, já que essa esfera do serviço de saúde tem o papel de prevenção de agravo, promoção de saúde e fortalecimento do autocuidado dos pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2016).

Apesar de apresentar poucos estudos sobre, ainda é verificado muitos casos em que a adesão ao tratamento não é realizada, ou realizada parcialmente, e esta não adesão contribui para que a hipertensão não seja controlada da forma correta e facilita o aparecimento de complicações e novas comorbidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2016).

A não adesão ao tratamento não medicamentoso como dieta adequada, mudanças no estilo de vida, prática de atividades físicas entre outros, tem como causa multifatorial, e passa a ser um desafio para a saúde pública lidar e manejar as situações que cercam o paciente a fim de tornar mais fácil e acessível essa adesão (MOURA et al, 2016).

Dentre esses fatores, destaca-se o emocional, alimentação e nível econômico como os que mais dificultam a adesão ao tratamento. Por isso, cabe ao profissional da saúde, identificar na população de trabalho as causas e motivos do abandono e da não adesão ao tratamento não medicamentoso e das orientações terapêuticas, e criar estratégias que se encaixem na estrutura daquela população para inverter esses casos (DOSSE et al, 2009).

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial é considerada como um fator disparador de outras doenças cardiovasculares, sendo uma doença inicialmente assintomática é um dos principais fatores de risco de mortalidade e morbidade cardiovasculares, cerebrovasculares, renais e arteriais periféricas. Além disso a hipertensão arterial é vista principalmente como um problema de saúde pública, devido sua cronicidade e através do alto índice de não adesão ao tratamento da hipertensão arterial, podendo levar à várias complicações tanto para o paciente como para o sistema de saúde gerando elevados custos com as comorbidades envolvidas, em virtude da falta de controle adequada e autocuidado deficiente.

Avaliar e identificar a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial poderá ser de grande valor para direcionar políticas de saúde envolvendo a educação em saúde da população geral e promover a maior adesão ao tratamento tanto medicamentoso como não medicamentoso levando ao controle da pressão arterial e conseqüentemente a melhor qualidade de vida para essa população afetada. Com esse propósito de realizar a educação em saúde e informar os usuários do serviço de saúde, este estudo torna-se necessário principalmente para elaborar um plano de intervenção para que esta população entenda a indispensabilidade de manter e seguir um plano de cuidado de forma correta e minimizar os fatores que levam a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Geral

Identificar o índice da não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da hipertensão arterial

2.2.2. Específicos

1. Caracterizar a amostra quanto às variáveis sociodemográficas e econômicas, estilo de vida, dados antropométricos, controle da pressão arterial e acesso ao serviço de saúde.
2. Identificar os principais fatores de risco associados a não adesão do tratamento da hipertensão.
3. Associar as características sociodemográficas e econômicas, estilo de vida, clínicas, dados antropométricos e acesso ao serviço de saúde com os índices de não adesão ao tratamento da hipertensão arterial.
4. Comparar a não adesão ao tratamento e controle da HAS entre os participantes.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Estudo descritivo exploratório, transversal com amostragem aleatória de abordagem quantitativa.

3.2 População e Local

O estudo foi realizado no setor de hipertensão do ambulatório Amélio Marques do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, localizado no município de Uberlândia- MG, situado no Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba pelo Sistema Único de Saúde. Por mês, o ambulatório realiza cerca de 160 atendimentos de pacientes com casos de hipertensão, sendo uma referência para tratamento desta especialidade.

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU) possui 520 leitos e mais de 50 mil m² de área construída. Maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em Minas Gerais, e terceiro no ranking dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC), é referência em média e alta complexidade para 86 municípios da macro e micro regiões do Triângulo Norte (HC-UFU, 2019).

O tamanho amostral total foi estimado em 382 participantes, selecionados através de amostragem aleatória dentre os 1536 usuários do serviço de ambulatório de HAS no ano de 2018, com correção para população finita e ajustamento de recusa de 20%. O nível de confiança foi fixado em 95% e o erro de delineamento em 2,5%.

3.2.1 Critérios de inclusão

Usuários do ambulatório de hipertensão do HCU-UFU, com diagnóstico clínico de hipertensão arterial e idade igual ou superior a 18 anos.

3.2.2 Critérios de exclusão

Mulheres em período gestacional, indivíduos com doenças psiquiátricas graves ou incapacidade mental, referidas por familiar ou responsável.

3.3 Procedimentos de coleta de dados

3.3.1 Aspectos éticos

As informações e contatos telefônicos dos possíveis participantes da pesquisa foram obtidos diretamente com os pacientes antes da consulta médica agendada no ambulatório de hipertensão do HC/UFU. Primeiramente o pesquisador esclareceu sobre os objetivos da pesquisa e forma de aplicação dos questionários. Após o consentimento, o participante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo Google Forms® por meio de um link enviado pelo aplicativo WhatsApp®. Caso o participante concordasse em participar da pesquisa e assinar a concordância no TCLE, ele foi direcionado aos outros instrumentos de coleta de dados, também utilizando o Google Forms®. Todos os instrumentos de coleta de dados foram realizados via remota.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (Número do Parecer: 4.351.159) / CAAE: 28938619.3.0000.5152

3.3.2 Instrumentos para coleta de dados

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados, um semiestruturado elaborado pelos pesquisadores abordando variáveis sociodemográficas e econômicas (idade, sexo, naturalidade, procedência, profissão, escolaridade, religião, cor da pele, estado civil, renda familiar e renda per capita), estilo de vida (atividade física, tabagismo, etilismo), clínicas (comorbidades, estágio da HAS), dados antropométricos (peso, altura, cintura abdominal), medicamentos em uso, acesso ao serviço de saúde (número de consultas por ano, dificuldade de acesso ao serviço de saúde) e outro para avaliar a não adesão ao tratamento. Para a avaliação da não adesão foi utilizado o Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (QATHAS) elaborado e validado por RODRIGUES (2012), composto por 12 (doze)

questões e com coeficiente alfa (α) de Cronbach de 0,81, conforme autorização da autora. O QATHAS representa um instrumento hábil de avaliação da adesão ao tratamento da HAS, tanto medicamentoso como não medicamentoso. A resposta é um valor do parâmetro (θ) estimado para o desempenho daquele participante. A escala pode variar entre 60 e 110, sendo que, quanto maior a pontuação, maior a adesão ao tratamento.

A variável adesão ao tratamento foi dicotomizada em baixa adesão e alta adesão, sendo os escores definidos em ≥ 90 (alta adesão) e ≤ 80 (baixa adesão) (RODRIGUES (2012)).

As informações sobre os dados antropométricos, clínicos, valores pressóricos e medicamentos prescritos foram obtidos no prontuário de cada participante da pesquisa. Para obtenção dos valores pressóricos (pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica) foi calculado a média das últimas 3 (três) medidas da pressão arterial registrada em prontuário.

3.4 Tratamento estatístico

Os dados foram organizados em uma planilha no Programa Excel, validados por dupla digitação e a análise estatística será realizada por meio do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS Windows), versão 22.0[®].

A verificação da distribuição normal das variáveis quantitativas foi feita pelo teste de Shapiro-Wilk. As variáveis contínuas foram apresentadas como média \pm desvio padrão (DP) e mediana (mínimo-máximo).

Para analisar a associação entre as variáveis dependentes (não adesão ao tratamento) e variáveis sociodemográficas e econômicas, clínicas, relacionadas ao tratamento, estilo de vida e acesso ao serviço de saúde, foi realizada a análise univariada utilizando o teste Qui-Quadrado de Pearson e Teste Exato de Fisher. Para a associação entre as variáveis contínuas e dicotômicas foi utilizado o Teste T-Student. O nível de significância adotado foi de $\alpha=0.05$.

4 RESULTADOS

Devido ao estabelecimento do isolamento social exigido pela situação epidemiológica pandêmica do SARS-COV-2 foi necessário adequar a forma de coleta dos dados pela via remota, com isso houve maior dificuldade no recrutamento dos candidatos a participarem da pesquisa, não conseguindo, portanto, alcançar o número amostral calculado.

Das 134 pessoas com hipertensão abordadas para participarem da pesquisa, 38 não atendiam aos critérios de inclusão e 15 não aderiram à pesquisa (não atenderam ao contato telefônico, recusaram participar da pesquisa, números telefônicos não existentes), portanto, o total da amostra da pesquisa foi de 81 participantes.

Na tabela 1 estão apresentados os níveis de adesão ao tratamento da hipertensão arterial segundo cálculo dos coeficientes do instrumento QATHAS.

Tabela 1. Distribuição dos hipertensos segundo os níveis de adesão QATHAS.

Uberlândia, 2021.

Níveis de adesão*	Hipertensos		Descrição
	N	%	
60	0	0	Neste nível, os hipertensos não tomam o antihipertensivo, ao menos uma vez por semana. E também não o tomam na dose prescrita, ao menos uma vez por semana.
70	1	1,2	Os hipertensos posicionados neste nível deixam de tomar a medicação para hipertensão nos horários estabelecidos, ao menos uma vez por semana, e comparecem às consultas agendadas.

80	21	25,9	Ao atingirem este nível, os hipertensos deixam de tomar a medicação conforme a dose prescrita ao menos uma vez por mês e fazem uso da medicação independentemente de apresentar algum sintoma, seguem o tratamento medicamentoso rotineiramente e reduzem a terça parte do sal, da gordura, e de doces e bebidas com açúcar.
90	55	67,9	Os hipertensos localizados neste nível deixam de tomar a medicação, nos horários estabelecidos, ao menos uma vez por mês; reduzem à metade o sal, gordura e doces, e bebidas com açúcar.
100	4	4,9	Neste nível, os hipertensos deixam de tomar a medicação para hipertensão, ao menos uma vez por ano, e praticamente não consomem gordura, doces e bebidas com açúcar.
110	0	0	A partir deste nível, os hipertensos não deixam de tomar a medicação para hipertensão, comem praticamente sem sal e seguem o tratamento não medicamentoso rotineiramente.
TOTAL	81	100	

*Classificação dos níveis de adesão segundo QATHAS

Fonte: Rodrigues. (2012)

A tabela 2 apresenta a distribuição dos hipertensos segundo a classificação da adesão em baixa e alta.

Tabela 2. Distribuição dos hipertensos segundo nível de classificação de adesão do QATHAS e baixa e alta adesão. Uberlândia, 2021

	Nível QUATHAS	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Alta Adesão	Nível 100	4	4,9
	Nível 90	55	67,9
Baixa Adesão	Nível 80	21	25,9
	Nível 70	1	1,2
Total		81	100

Fonte: Dados da pesquisa

A média do nível de adesão segundo QATHAS foi de $92,34 \pm 4,28$. Não houve participantes classificados nos níveis de adesão 60 e 110. A maioria foi classificada no nível 90, correspondente a 67,9%, onde os hipertensos neste nível deixam de tomar a medicação, nos horários estabelecidos, ao menos uma vez por mês; reduzem à metade o sal, gordura e doces e bebidas com açúcar.

Os participantes tinham idade acima ou igual a 18 anos, sendo que aqueles com idade abaixo ou igual a 59, os não idosos, corresponderam a 24,7% dos participantes. Aqueles com idade acima ou igual a 60 anos, os idosos, representaram 75,3% dos participantes. A associação entre as variáveis sociodemográficas e econômicas segundo os níveis de adesão será apresentada na tabela 3.

Tabela 3. Distribuição dos hipertensos segundo dados sociodemográficos/econômicos e adesão ao tratamento da HAS. Uberlândia, 2021

Variáveis sociodemográficas/econômicas	Adesão		Total	<i>p</i> *
	Baixa	Alta		

		n	%	n	%	n	%	
Idoso	Não idoso	2	2,5	18	22,2	20	24,7	0,080
	Idoso	20	24,7	41	50,6	61	75,3	
Sexo	Masculino	7	8,6	18	22,2	25	30,9	0,910
	Feminino	15	18,5	41	50,6	56	69,1	
Cor da pele	Branca	13	16,0	37	45,7	50	61,7	0,767
	Não Branca	9	11,1	22	27,2	31	38,3	
Escolaridade	≥ Ensino médio completo	1	1,2	11	13,6	12	14,8	0,114
	≤ Ensino fundamental	21	25,9	48	59,3	69	85,2	
Reside sozinho(a)	Não	19	23,5	57	70,4	76	93,8	0,090
	Sim	3	3,7	2	2,5	5	6,2	
Renda per capita	≥ que 1 Salário Mínimo	2	2,5	2	2,5	4	4,9	0,295
	< que 1 Salário Mínimo	20	24,7	57	70,4	77	95,1	
TOTAL		22	27,1	59	72,8	81	100	

*p-value. Teste Quiquadrado de Pearson e Teste de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa

A idade média dos participantes foi de 65 ± 17 anos, sendo que o paciente com menor idade tinha 18 anos e a com maior tinha 95 anos.

A maioria era do sexo feminino 56 (69,1%), sendo que do sexo masculino haviam apenas 25 participantes, correspondente a 30,9%.

Em relação a adesão, de acordo com a Tabela 3, o sexo feminino apresentou maior número de hipertensos classificados com alta adesão 50,6%, e apenas 18,5% com baixa adesão. Já o sexo masculino 8,6% se classificaram com baixa adesão e 22,2% com alta Adesão.

Quanto à cor da pele, a maioria dos participantes da pesquisa era brancos (61,7%) e 38,3% se auto declaravam de outra cor.

A maioria dos hipertensos tinham até o ensino fundamental (85,2%). A escolaridade também não apresentou associação com a adesão ao tratamento da hipertensão.

Dos participantes, 93,8% não residem sozinhos(as), e 6,2% residem sozinhos(as), e 70,4% dos que não moram só, tiveram classificação em alta adesão.

A média da renda familiar foi de R\$ 1.232,46 ± 485,71 e a da renda per capita foi de R\$ 560,30 ± 355,94. Aqueles que tiveram classificação em alta adesão correspondente a 70,4% são os pacientes que recebem menos de 1 salário mínimo per capita.

Nenhuma variável sociodemográfica/econômico apresentou associação estatisticamente significativa com os níveis de adesão ao tratamento da HAS.

Na tabela 4 será apresentada a associação entre as condições de trabalho com a adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

Tabela 4. Distribuição dos hipertensos segundo o estilo de vida e a adesão. Uberlândia, 2021.

Variáveis estilo de vida		Adesão		Total n %	p*
		Baixa n %	Alta n %		
Atividade Física	Não	21 25,9	56 69,1	77 95,1	0,921
	Sim	1 1,2	3 3,7	4 4,9	
Tabagismo	Não	20 24,7	53 65,4	73 90,1	0,886
	Sim	2 2,5	6 7,4	8 9,9	
Etilismo	Não	18 22,2	54 66,7	72 88,9	0,219
	Sim	4 4,9	5 6,2	9 11,1	
TOTAL		22 27,1	59 72,8	81 100,0	

*p-value. Teste Quiquadrado de Pearson e Teste de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa

A condição de trabalho mais informada pelos participantes foi a aposentado 71,6%, verificando que destes, 51,9% tiveram alta adesão ao tratamento da HAS e 19,8% tiveram baixa adesão, sendo que, 59,3% dos participantes classificados com alta adesão, informaram que não realizam atividade nem braçal, nem autônomo, nem CLT/Estatuário. A associação entre condição de trabalho e adesão ao tratamento da hipertensão arterial não apresentou diferença estatisticamente significativa.

A tabela 5 apresenta a associação entre as variáveis de estilo de vida e adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

Tabela 5. Média da Pressão Arterial Sistólica e Diastólica entre os participantes segundo adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Uberlândia, 2021.

		Adesão		<i>p</i> **
		Baixa (n=22)	Alta (n=59)	
Média PAS*	Média	144,25	136,91	0,127
Média PAD*	Média	84,14	81,28	0,263

*Pressão arterial sistólica(mmHg); Pressão arterial diastólica(mmHg)

** Teste T Student

Fonte: Dados da pesquisa

A maioria dos participantes não realizam nenhuma atividade física (69,1%). Poucos relataram fazer uso de tabaco (9,9%) e consumirem bebida alcóolica (11,1%). Não houve associação estatisticamente significante entre estilo de vida e adesão ao tratamento da hipertensão nesta população

Na tabela 6 está apresentada a associação entre as médias dos níveis pressóricos com a adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

Tabela 6. Distribuição dos hipertensos segundo os dados clínicos e a adesão. Uberlândia, 2021.

Variáveis clínicas		Adesão				<i>p</i> ***	
		Baixa		Alta			Total
		N	%	N	%	N	%
Classificação IMC*	Normal	7	8,6	11	13,6	18	22,2
	Sobrepeso	6	7,4	27	33,3	33	40,7
	Obeso	9	11,1	21	25,9	30	37,0
Controle PA**	Controlada	1	1,2	12	14,8	13	16,0
	Alterada	21	25,9	47	58,0	68	84,0
TOTAL		22	27,1	59	72,8	81	100,0

*Índice de Massa Corporal; Pressão arterial (mmHg)

** Pressão arterial controlada ($\leq 120/80$ mmHg); Pressão arterial alterada ($>120/80$ mmHg)

*** p-value. Teste Quiquadrado de Pearson e Teste de Fisher

Fonte: Dados da pesquisa

A média do IMC dos participantes foi $28,67 \pm 4,93$. De acordo com a Tabela 6, observa-se que os participantes com IMC normal são 22,2% da amostra total, os participantes com IMC sobrepeso são 40,7% e os participantes com IMC Obeso são 37%, ou seja, a maioria dos pacientes encontram-se com sobrepeso ou obesos apresentando Circunferência Abdominal (CA) média de $73,26 \text{ cm} \pm 16,79$.

Em relação ao tempo que os pacientes apresentam a HAS, a média foi de 2 anos $\pm 14,06$. A maioria dos hipertensos apresentou da PA alterada (84%) e não houve associação entre o controle da PA com a adesão ao tratamento da hipertensão

Tabela 7. Distribuição dos hipertensos segundo as comorbidades e a adesão. Uberlândia, 2021.

Comorbidades		Adesão ao Tratamento				Total		<i>p</i> ***
		Baixa		Alta				
		n	%	n	%	n	%	
Diabetes	Não	14	17,3	42	51,9	56	69,1	0,516
	Sim	8	9,9	17	21,0	25	30,9	
Obesidade	Não	16	19,8	39	48,1	55	67,9	0,572
	Sim	6	7,4	20	24,7	26	32,1	
DVP*	Não	19	23,5	47	58,0	66	81,5	0,492
	Sim	3	3,7	12	14,8	15	18,5	
Dislipidemia	Não	14	17,3	36	44,4	50	61,7	0,830
	Sim	8	9,9	23	28,4	31	38,3	
IAM*	Não	17	21,0	47	58,0	64	79,0	0,816
	Sim	5	6,2	12	14,8	17	21,0	
DPOC*	Não	19	23,5	52	64,2	71	87,7	0,830
	Sim	3	3,7	7	8,6	10	12,3	
Nefropatia	Não	17	21,0	54	66,7	71	87,7	0,085
	Sim	5	6,2	5	6,2	10	12,3	
ICC*	Não	20	24,7	46	56,8	66	81,5	0,329
	Sim	2	2,5	12	14,8	14	17,3	
Valvulopatia	Não	20	24,7	52	64,2	72	88,9	0,726
	Sim	2	2,5	7	8,6	9	11,1	
AVE*	Não	18	22,2	56	69,1	74	91,4	0,064
	Sim	4	4,9	3	3,7	7	8,6	
TOTAL		22	27,1	59	72,8	81	100,0	

*Derivação Ventrículo-Peritoneal; Infarto Agudo do Miocárdio; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Insuficiência Cardíaca Crônica; Acidente Vascular Encefálico.

** p-value. Teste Quiquadrado de Pearson e Teste de Fisher

Fonte: Dados da pesquisa

As comorbidades mais presentes entre os hipertensos foram: dislipidemia (38,3%), obesidade (32,1%) ou diabetes (30,9%). Não houve associação entre nenhuma comorbidade com a adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

Quanto aos tipos de medicações anti-hipertensivas mais utilizadas pelos hipertensos destacam-se: Betabloqueadores (BB) com 37% dos pacientes classificados em alta adesão e 14,8% classificados em baixa adesão, os Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) com 54,3% dos pacientes classificados em alta adesão e 19,8% classificados em baixa adesão, e os diuréticos com 42% dos participantes classificados em alta adesão e 14,8% classificados em baixa adesão.

5 DISCUSSÃO

Apesar deste estudo não ter encontrado associação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas, outro estudo com 257 participantes observou que a alta adesão ao tratamento da hipertensão arterial está mais presente nos participantes idosos. Salienta-se que os idosos compreendem pessoas acima ou igual a 60 anos, associando à maior tempo de tratamento, maior frequência nas consultas e acompanhamentos e mais disposição de tempo para dedicar ao tratamento (BARBOSA et al, 2019).

Mesmo fato é evidenciado por outro estudo realizado com 247 hipertensos, o qual demonstrou que pessoas não idosas apresentam risco de 2,51 vezes maior a não adesão ao tratamento medicamentoso do que os idosos, e isso se deve ao fato da característica assintomática da HAS não preocupar tanto os não idosos quanto ao controle da doença, o que pode gerar mais riscos de complicações e morte por doença cardiovascular. (MAGNABOSCO et al, 2015)

Além da idade, estudo encontrou associações estatísticas entre a maior chance de adesão ao tratamento da hipertensão para o sexo feminino, aposentados, e aqueles que não residem sozinhos(as) (BARBOSA et al, 2019).

Embora o presente estudo não tenha encontrado associação entre estilo de vida e adesão ao tratamento da hipertensão arterial, vale ressaltar a importância de hábitos saudáveis de vida para o controle e prevenção de doenças, em destaque as cardiovasculares (BARBOSA et al, 2019).

Em relação às atividades físicas e de lazer, embora os benefícios sejam conhecidos, envolve a mudança de estilo de vida. O sedentarismo e a baixa adesão nas atividades físicas têm sido igualmente relatados em outros estudos, mostrando a dificuldade das pessoas para mudança de comportamento. Além disso a adoção de estilos de vida saudáveis como a não ingestão de bebida alcoólica, abolir o consumo de tabaco, realizar planejamento alimentar com a dieta hipossódica e hipocalórica e manejo de situações de estresse, devem fazer parte da assistência direcionada aos hipertensos. Visto que, esse estilo de vida proporciona melhora na qualidade de vida e auxilia no controle da HAS (MOURA et al, 2016).

Estudo realizado na Palestina com amostra de 2.240 pessoas, destacou que o acidente vascular encefálico teve como principal fator de risco para a HAS, o que entra em conflito no

achado deste estudo, em que as comorbidades mais encontradas nos pacientes com HAS foram Dislipidemia, Diabetes e Obesidade. Tal fato se deve, pelo tamanho amostral do estudo ou pela divergência de estilos de vida de cada país (JONG EUN PARK et al, 2019).

No entanto outra pesquisa semelhante a esta, a qual também utilizou o instrumento QATHAS para avaliação da não adesão, em um tamanho amostral de 300 pessoas, mostrou também que 80,7% dos participantes apresentaram diabetes mellitus, comorbidade intimamente relacionada com a hipertensão arterial. Nesse mesmo ponto de vista, outros estudos apontam que ter outra comorbidade dificulta a adesão ao tratamento anti-hipertensivo (SANTOS, 2018).

De acordo com a classificação de Adesão ao tratamento do QATHAS, nenhum participante aderiu completamente ao tratamento da hipertensão (não houve participantes classificados no último nível de adesão), apenas tiveram uma alta adesão, ou seja, deixavam de tomar a medicação conforme a dose prescrita ao menos uma vez no mês. Tal fato também é evidenciado por um estudo semelhante realizado no Estado do Mato Grosso, o qual participaram 54 hipertensos que utilizam o atendimento da Atenção Básica de Saúde (REINERS et al, 2012).

Os estudos encontrados na literatura evidenciam que a grande maioria dos hipertensos possui uma alta adesão ao tratamento da HAS, porém não completamente, pecando principalmente em tomar as medicações conforme a dose e horários prescritos, sendo essa a maior dificuldade dos hipertensos durante o tratamento (GEWEHR et al, 2018).

Reforçando o dado acima mencionado, outro estudo realizado em 2015 com 247 hipertensos cadastrados na rede de Estratégia de Saúde da Família (ESF), mostrou que o uso da medicação de forma incorreta foi o principal fator responsável pela não adesão ao tratamento da HAS (MAGNABOSCO et al, 2015).

É fato que a adesão ao tratamento da HAS deve ser realizada com medidas farmacológicas e não farmacológicas, as quais devem sempre estar associadas uma à outra visando o controle pressórico. A adesão ao tratamento não medicamentoso impacta significativamente a qualidade de vida da pessoa com hipertensão arterial (SANTOS, 2018).

De acordo com estudo realizado por Santos (2018), o qual utilizou o instrumento QATHAS, foi de encontro com a presente pesquisa, uma vez que também obteve resultado semelhante em relação a classificação dos participantes de acordo com o nível de adesão. Foi observado, que a maioria dos pacientes se classificaram nos níveis 90 e 100 (82,3%), e nenhum

paciente se encontrou no nível 60 – nível mais baixo do questionário. Em contrapartida neste mesmo estudo, ainda foi observado poucos participantes que obtiveram pontuação para se classificar no nível 110 (7%), maior nível da escala, tal fato não foi observado no presente estudo, provavelmente devido ao tamanho amostral.

A individualização da adesão ao tratamento também é abordada por um estudo realizado com 13 pacientes hipertensos, o qual a multifatorialidade de causas da adesão ou não adesão ao tratamento torna-se uma complexidade relacionada com a subjetividade de cada indivíduo e cabe aos profissionais responsáveis, a criação de estratégias combinadas que atendam essa complexidade (MANFROI; OLIVEIRA, 2006).

Um trabalho de revisão realizado com 17 artigos, destacou-se a importância para a adesão ao tratamento não só do papel do enfermeiro, mas também de integrantes da família. Assim como representado no nosso estudo, todos os participantes que não moravam só, tinham maior porcentagem de adesão ao tratamento da HAS, e aqueles que moravam só, tinham essa porcentagem mais baixa, o que leva a interpretar que o convívio familiar gera um incentivo ou ajuda no controle da realização correta do tratamento (DIAS et al, 2017).

Além disso, o enfermeiro enquanto educador em saúde se torna figura primordial e protagonista de boas práticas que podem auxiliar e facilitar a adesão do paciente hipertenso ao tratamento (DIAS et al, 2017; COSTA et al, 2014).

Este estudo apresenta possíveis limitações que merecem destaque. O processo amostral que por sua vez apresentou grande dificuldade de coleta de dados devido a pandemia do SARSCOV-2, em que o método de coleta de dados sofreu alteração de coleta presencial para coleta de forma remota. Essa alteração dificultou a participação das pessoas sendo por diversos motivos como: telefone não existe, não atende, não aceitou participar, ou porque o não se sente segura em passar informações pessoais pelo telefone.

Outra limitação foi que os estudos revisados utilizaram outros instrumentos e métodos para medir a adesão, trazendo algumas classificações divergentes. Assim, as associações observadas em diversos fatores de risco podem manifestar-se em algumas situações, mas não em outras. Mesmo considerando essas divergências entre estudos, este pode ser um fator limitante para a comparação dos resultados obtidos.

Destaca também outra limitação quanto ao tamanho amostral, a qual não foi suficiente para verificar e determinar a representatividade dos resultados na população.

6 CONCLUSÃO

A maioria dos participantes foram classificados na categoria de alta adesão ao tratamento da HAS, ou seja, são os hipertensos que deixam de tomar a medicação nos horários estabelecidos ao menos uma vez por mês, e reduziram a metade o sal, a gordura, doces e bebidas com açúcar. Além disso, apenas 4 participantes, conseguiram a classificação do QATHAS Nível 100, o que mostra que o estilo de vida foi alterado e adaptado a atual situação de portador de hipertensão arterial, no entanto ainda há o esquecimento ou falha na realização do tratamento medicamentoso. Sendo este o principal fator de dificuldade de adesão evidenciado pelos participantes.

Os dados sociodemográficos demonstram que a não adesão ao tratamento da HAS não está ligado diretamente a um perfil social específico, uma vez que a realidade da não adesão cabe a todas as categorias e subcategorias demonstradas e não a apenas uma específica. Além disso, pode-se observar que a adesão ou a não adesão do tratamento está relacionado principalmente com o estilo de vida de cada pessoa, e não somente ao estilo de vida atual, mas também com o estilo de vida dos anos anteriores que acabam interferindo na realidade, como exemplo o tabagismo e etilismo, a falta de atividade física e hábitos alimentares.

Embora a dificuldade em realizar a coleta de dados de forma remota, a amostra não atingiu o número determinado, e com a análise dos dados coletados não se pode concluir se a população que utiliza o serviço público de saúde adere ou não ao tratamento da HAS. Contudo é possível identificar pessoas que apresentam os fatores desencadeadores da hipertensão.

Ainda, pode-se destacar o papel do enfermeiro juntamente com a equipe multiprofissional na promoção de saúde para auxiliar o paciente hipertenso na adesão do tratamento, e ao identificar essas pessoas que apresentam esses fatores desencadeadores da HAS realizar uma busca ativa para iniciar a prevenção, e avaliar o nível de adesão ao tratamento. A identificação do nível de adesão ao tratamento é importante na elaboração de políticas de saúde para a promoção da qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Maria Emília Marcondes.; BERTELLI, Ellen Vanuza Martins.; AGGIO, Cristiane de Mello.; SCOLARI, Giovana Aparecida de Souza.; MARCON, Sonia Silva.; CARREIRA, Ligia. **Fatores associados à adesão de adultos/idosos ao tratamento da hipertensão arterial na atenção básica.** Revista de Enfermagem UERJ. Brasil, Rio de Janeiro, 2019. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.45894>
- BARROSO Weimar Kunz Sebba.; RODRIGUES Cibele Isaac Saad.; BORTOLOTTTO Luiz Aparecido.; MOTA-GOMES Marco Antônio.; BRANDÃO Andréa Araujo.; FEITOSA Audes Diógenes de Magalhães; et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.** Arq Bras Cardiol. Vol 116. no. 3, 2021. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
- COSTA, Yasmin Fernandes.; ARAÚJO, Ocione Cristina de.; ALMEIDA, Lucas Bruno Matias de.; VIEGAS, Selma Maria da Fonseca. **O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura.** O mundo da Saúde. Brasil, Set, 2014. doi: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20143804473481>
- DIAS, Ernandes Gonçalves.; SOUZA, Erleiane Lucinária Santos.; MISHIMA, Silvana Martins. **Contribuições da enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura brasileira.** Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção. Brasil, Jan, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i3.7470>
- DOSSE, Camila.; CESARINO, Claudia Bernardi.; MARTIN, José Fernando Vilela.; CASTEDO, Maria Carolina Andrade. **Fatores relacionados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial.** Revista Latino-americana de Enfermagem, vol. 17, núm. 2, abril, 2009. São Paulo. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421907010.pdf> > Acesso em: 25/07/2019.
- GEWEHR, Daiana Meggiolaro.; BANDEIRA, Vanessa Adelina Casali.; GELATTI, Gabriela Tassotti.; COLET, Christiane de Fátima.; OLIVEIRA, Karla Renata. **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde.** Saúde em Debate. Brasil, Jan, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811614>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábuas Completas de Mortalidade**. 2017. Disponível em:<

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-dehttps://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html?=&t=resultadosmortalidade.html?=&t=resultados> > Acesso em: 25/07/2019.

JONG EUN PARK; JONG-HYOCK PARK; JONG-HYOCK PARK; SUN JU CHANG; JU HEE LEE; SO YOUNG KIM. **The Determinants of and Barriers to Awareness and Treatment of Hypertension in the Korean Population**. Asia Pacific Journal of Public Health. Korea, Jan, 2019. doi: <https://doi.org/10.1177/1010539518825006>

MAGNABOSCO, Patrícia.; TERAOKA, Eliana Cavalari.; OLIVEIRA, Edward Meirelles de.; FELIPE, Elisangela Aparecida.; FREITAS, Dayana.; MARCHI-ALVES, Leila Maria. **Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol 23, no 1, Jan, 2015. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2520>

MALTA, Deborah Carvalho.; GONÇALVES, Renata Patrícia Fonseca.; MACHADO, Isis Eloah.; FREITAS, Maria Imaculada Fátima.; AZEREDO, Cimar.; SZWARCOWALD, Celia Landman. **Prevalência da Hipertensão Arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde**. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v21s1/1980-5497-rbepid-21-s1-e180021.pdf> >. Acesso em: 25/07/2019.

MANFROI, Angélica.; OLIVEIRA, Francisco Arsego. **Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Brasil, out, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Francisco-Arsego-De-Oliveira/publication/278007137_Dificuldades_de_adesao_ao_tratamento_na_hipertensao_ar_terial_sistemica_consideracoes_a_partir_de_um_estudo_qualitativo_em_uma_unidade_de_A

https://www.researchgate.net/profile/Francisco-Arsego-De-Oliveira/publication/278007137_Dificuldades_de_adesao_ao_tratamento_na_hipertensao_arterial_sistematica_consideracoes_a_partir_de_um_estudo_qualitativo_em_uma_unidade_de_Atencao_Primary_a_Saude/links/5582127008ae1b14a0a1042b/Dificuldades-de-adesao-ao-tratamento-na-hipertensao-arterial-sistematica-consideracoes-a-partir-de-um-estudo-qualitativo-em-uma-unidade-de-Atencao-Primaria-a-Saude.pdf Acesso em: 03/09/2021.

MOURA, André Almeida.; GODOY, Simone de.; CESARINO, Cláudia Bernardi.; MENDES, Isabel Amélia Costa. **Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial.** Revista Eletrônica Enfermería Global. Portugal, jul. 2016. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/219601/193451> > Acesso em: 02/09/2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Hypertension.** 2019. Disponível em: < <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> > Acesso em: 23/02/2021.

REINERS, Annelita Almeida Oliveira.; SEABRA, Franciely Marques Franco.; AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza.; SUDRÉ, Mayara Rocha Siqueira.; DUARTE, Sebastião Junior Henrique. **Adesão ao tratamento de hipertensos da Atenção Básica.** Revista Ciência, Cuidado e Saúde. Brasil, Jul, 2012. doi: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidaude.v11i3.16511>

RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco. Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: desenvolvimento de um instrumento avaliativo com base na Teoria da Resposta do Item (TRI). Tese de Doutorado, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2012.

SANTOS, Igo Borges de. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em uma instituição especializada de Fortaleza-CE**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2018. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/38122/1/2018_tcc_ibdsantos.pdf > Acesso em: 15/09/2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Arq. Bras. Cardiol. vol.89 no.3 São Paulo Sept. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012 > Acesso em: 25/07/2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Arq. Bras. Cardiol. vol.107. no.3. São Paulo Sept. 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf> Acesso em: 23/02/2021

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol. v. 95, (supl.1), p.1-51, 2010.

ZASLAVSKY, Cláudio.; GUS, Iseu. **Idoso: Doença Cardíaca e comorbidades**. Arq. Bras. Cardiol. vol.79 no.6 São Paulo Dec. 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2002001500011 > Acesso em: 25/07/2019.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Não adesão ao tratamento da hipertensão entre usuários do serviço público de saúde” sob a responsabilidade das pesquisadoras Gabriela França Severino – Graduada em Enfermagem/FAMED-UFU, e Docente Patrícia Magnabosco – FAMED-UFU.

Nesta pesquisa buscamos identificar o índice da não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da hipertensão arterial. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Gabriela França Severino, após a explicação da pesquisa e sua aceitação em participar da mesma, antes da coleta de dados. Em nenhum momento você terá algum gasto ou ganho com a pesquisa.

Na pesquisa você irá responder um questionário de acordo com alguns hábitos de tratamento a respeito da hipertensão. Os dados obtidos serão lançados em um software que permite melhor organização, conseqüentemente uma análise mais cuidadosa, possibilitando um melhor resultado. Em nenhum momento você será identificado(a). Os resultados desta pesquisa serão publicados e ainda assim sua identidade será preservada.

Os benefícios da pesquisa são, alertar sobre fatores desencadeadores da não adesão ao tratamento da hipertensão e fazer uma avaliação da pressão arterial aumentando o conhecimento sobre o tema, e propor formas de prevenção e intervenção.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, podendo solicitar a retirada dos seus dados, devendo a pesquisadora responsável, devolver-lhe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por você. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com a Patrícia Magnabosco no endereço Avenida Pará, nº 1720, Bloco 2U, sala 21, Umuarama – Uberlândia/MG, ou no telefone 34 993214419.

Você também poderá entrar em contato com o CEP- Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica- Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 31 – 32394131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, ____ de _____ de 20 ____

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Dados Sociodemográficos/Econômico					
Data da coleta:					
Data de nascimento:			Sexo: 1- () Masculino 2- () Feminino		
Naturalidade:		Procedência:			
Cor auto referida: 1-() branca 2-() parda 3-() negra 4-() amarela 5-() outra					
Estado Civil: 1-() solteiro 2-() casado 3-() separado 4-() viúvo					
Religião: 1- () católico 2- () evangélico 3- () espírita 4- () não possui religião 5- () não acredita em Deus 6- () outra: _____					
Escolaridade: _____ anos					
Condição de Trabalho: 0-() Não 1-() Sim 2-() aposentado					
Ocupação: 1- () Braçal 2- () Autônomo 3- () Liberal 4- () Outros					
Renda Familiar: R\$					
Nº Pessoas na casa:					
Renda Per capita: R\$					
Dados antropométricos e clínicos					
Data do diagnóstico da hipertensão: ____/____/____ Tempo: _____ anos					
Peso: Kg		Altura: m		IMC: kg/m ²	
PA	Data	PAS	mmHg	PAD	mmHg
	Data	PAS	mmHg	PAD	mmHg
	Data	PAS	mmHg	PAD	mmHg
	Média	PAS	mmHg	PAD	mmHg
Estágio da Hipertensão Arterial:					
Comorbidades: Diabetes <u>0.não</u> 1.sim HAS 0.não 1.sim AVE 0.não 1.sim Obesidade <u>0.não</u> 1.sim DPOC/bronquite: 0.não 1.sim Doença vascular periférica <u>0.não</u> 1.sim Nefropatia: 0.não 1.sim Dislipidemias <u>0.não</u> 1.sim ICC: 0.não 1.sim IAM <u>0.não</u> 1.sim Valvulopatias 0.não 1.sim					
Atividade Física: 0-() não 1-() sim					

Tabagismo: 0-(<input type="checkbox"/>) não 1-(<input type="checkbox"/>) sim	
Ex-tabagista: 0-(<input type="checkbox"/>) não 1-(<input type="checkbox"/>) sim, anos que parou de fumar: _____ () – não se aplica	
Cálculo dos anos-maço: com que idade começou a fumar? _____ anos	
Idade que parou de fumar totalmente _____ anos	
Quantos cigarros fuma/fumava: _____/dia	
Etilismo: 0-(<input type="checkbox"/>) não 1-(<input type="checkbox"/>) sim	
Ex-etilista: 0-(<input type="checkbox"/>) não 1-(<input type="checkbox"/>) sim -666-(<input type="checkbox"/>) não se aplica	
Frequência: 1-(<input type="checkbox"/>) 1x/sem 2-(<input type="checkbox"/>) 2x/sem 3-(<input type="checkbox"/>) 3x/sem 4-(<input type="checkbox"/>) 4x/sem 5-(<input type="checkbox"/>) 5x/sem 6-(<input type="checkbox"/>) 6x/sem	
7-(<input type="checkbox"/>) todo dia -666-(<input type="checkbox"/>) não se aplica	
Medicações em uso:	
1-(<input type="checkbox"/>) Estatina 2-(<input type="checkbox"/>) BCC 3-(<input type="checkbox"/>) BB 4-(<input type="checkbox"/>) BRA 5-(<input type="checkbox"/>) IECA 6-(<input type="checkbox"/>) Diurético 7-(<input type="checkbox"/>) Antiplaquetários	
8-(<input type="checkbox"/>) Antitrombótico 9-(<input type="checkbox"/>) Digitalico 10-(<input type="checkbox"/>) Vasodilatadores 11-(<input type="checkbox"/>) ansiolítico/antidepressivo	
Acesso ao Serviço de Saúde	
Com que frequência você procura o serviço de saúde? _____ vezes ao ano.	
Tem alguma dificuldade de acesso ao serviço de saúde? (<input type="checkbox"/>) sim () não Se sim, qual? _____	
(<input type="checkbox"/>) Distância () Falta de vagas () dificuldade de locomoção () limitação física () outras	

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE INSTRUMENTO**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE INSTRUMENTO**

Eu, Malvina Thais Pacheco Rodrigues, brasileira, professora, portadora do CPF 756.677.463-87, venho através deste autorizar a pesquisadora Gabriela França Severino, inscrita no CPF 115.606.216-05, estudante de Graduação de Enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia, a utilizar o instrumento **Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica**, de minha autoria, para a realização da pesquisa intitulada “**Não adesão ao tratamento da hipertensão entre os usuários do serviço público de saúde**”, sob a orientação da Professora Doutora Patrícia Magnabosco, com o objetivo de identificar o índice da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial.

Uberlândia, 07 de outubro de 2019.

Malvina Thais Pacheco Rodrigues

Profª. Dra. Malvina Thais Pacheco Rodrigues

**ANEXO B – INSTRUMENTO QUESTIONÁRIO DE ADEÇÃO AO TRATAMENTO
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

PARTE 1: DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

IDENTIFICAÇÃO	
Nome:	
Endereço:	
DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	
Sexo: 1()M 2()F	
Idade: _____ anos	
Nível de instrução	
1 () Analfabeto – Ensino Fundamental incompleto	
2 () Ens. Fundamental completo – ens. médio incompleto	
3 () Ens. Médio completo	
4() Ens. Superior completo ou mais	
Ocupação:	
Renda familiar R\$:	
Estado civil:	
1() Casado(a)/União consensual	2() Solteiro(a)
3() Viúvo(a)	4() Desquitado(a)/ Divorciado(a)
Nº de pessoas que residem em sua casa:	
DADOS CLÍNICOS	
Pressão arterial sistólica (PAS):	
Pressão arterial diastólica (PAD):	
Peso:	
Altura:	
Circunferência abdominal (CA):	

PARTE 2: ADESÃO AO TRATAMENTO DA HAS

ITENS
<p>1 - Alguma vez deixou de tomar sua medicação para HAS?</p> <p><input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez ao dia</p> <p><input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez por mês</p> <p><input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez por ano</p> <p><input type="checkbox"/> não</p>
<p>2 - Alguma vez deixou de tomar sua medicação da HAS, conforme a dose prescrita?</p> <p><input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez ao dia</p> <p><input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez por mês</p> <p><input type="checkbox"/> ao menos 1 vez por ano ou nunca</p>
<p>3 - Alguma vez deixou de tomar sua medicação da HAS nos horários estabelecidos?</p> <p><input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez ao dia</p> <p><input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> sim, ao menos 1 vez por mês</p> <p><input type="checkbox"/> ao menos 1 vez por ano ou nunca</p>
<p>4 - Faz uso do medicamento para o tratamento da HAS somente quando apresenta algum sintoma?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
<p>5 - Seguir o tratamento medicamentoso da HAS tornou-se uma rotina em sua vida?</p> <p><input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim</p>
<p>6 - Ao iniciar o tratamento para HAS, diminuiu o sal da alimentação?</p> <p><input type="checkbox"/> não</p> <p><input type="checkbox"/> sim, reduzi à terça parte</p> <p><input type="checkbox"/> sim, reduzi à metade</p> <p><input type="checkbox"/> sim, como praticamente ensosso</p> <p><input type="checkbox"/> sempre fiz uso de uma alimentação pobre em sal</p>
<p>7 - Ao iniciar o tratamento para HAS, diminuiu a gordura da alimentação?</p> <p><input type="checkbox"/> não</p> <p><input type="checkbox"/> sim, reduzi à terça parte</p> <p><input type="checkbox"/> sim, reduzi à metade</p> <p><input type="checkbox"/> sim, como praticamente sem gordura</p> <p><input type="checkbox"/> sempre fiz uso de uma alimentação pobre em gordura</p>
<p>8 - Ao iniciar o tratamento para HAS, passou a preferir o consumo de carnes brancas (aves, peixe)?</p> <p><input type="checkbox"/> não</p> <p><input type="checkbox"/> sim, consumo carne branca até 03 vezes na semana</p> <p><input type="checkbox"/> sim, consumo carne branca 04 ou mais vezes na semana</p> <p><input type="checkbox"/> sempre consumi carnes brancas no mínimo 4 vezes por semana</p>
<p>9 - Ao iniciar o tratamento para HAS, diminuiu o uso de doces e bebidas com açúcar?</p> <p><input type="checkbox"/> não</p> <p><input type="checkbox"/> sim, reduzi à terça parte</p> <p><input type="checkbox"/> sim, reduzi à metade</p> <p><input type="checkbox"/> sim, como praticamente sem açúcar/doce</p> <p><input type="checkbox"/> sempre fiz uso de uma alimentação pobre em doces e bebidas com açúcar</p>

10 - Com o início do tratamento para a HAS, passou a realizar pelo menos 30 minutos de exercício físico (caminhada, natação, ciclismo)? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, menos de 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> sim, de 3 a 5 vezes por semana <input type="checkbox"/> sim, mais de 5 vezes por semana <input type="checkbox"/> sempre fiz exercício físico pelo menos 3 vezes por semana
11 - Seguir o tratamento não medicamentoso da HAS tornou-se uma rotina em sua vida? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
12- Comparece às consultas agendadas para o tratamento da HAS? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim