



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

IGO BORGES DOS SANTOS

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM UMA INSTITUIÇÃO
ESPECIALIZADA DE FORTALEZA-CE**

FORTALEZA/CE

2018

IGO BORGES DOS SANTOS

ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM UMA INSTITUIÇÃO
ESPECIALIZADA DE FORTALEZA-CE

Monografia apresentada ao Departamento de
Enfermagem da Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem da Universidade
Federal do Ceará.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thelma Leite de
Araújo

FORTALEZA/CE

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S178a Santos, Igo Borges dos.
ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM UMA INSTITUIÇÃO ESPECIALIZADA
DE FORTALEZA-CE / Igo Borges dos Santos. – 2018.
52 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo.

1. Hipertensão. 2. Cooperação e adesão ao tratamento. 3. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

IGO BORGES DOS SANTOS

ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM UMA INSTITUIÇÃO
ESPECIALIZADA DE FORTALEZA-CE

Monografia apresentada ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thelma Leite de Araújo

Aprovado em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo
Universidade Federal do Ceará - UFC
(PRESIDENTE)

Enfa. Ma. Allana Mirella Alves
Universidade Federal do Ceará - UFC
(MEMBRO EFETIVO)

Enfa. Ma. Telma Alteniza Leandro
Universidade Federal do Ceará - UFC
(MEMBRO EFETIVO)

RESUMO

A Hipertensão Arterial é uma condição crônica multifatorial cujo tratamento envolve medidas medicamentosas e não medicamentosas. Entretanto, um dos principais problemas enfrentados por profissionais de saúde é a baixa adesão às medidas propostas e pactuadas acarretando, desse modo, aumento nos gastos públicos e na morbimortalidade dos indivíduos acometidos. Nesse sentido, este estudo visa avaliar o nível de adesão ao tratamento medicamentoso de indivíduos adultos com Hipertensão Arterial, utilizando Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica – QATHAS, em uma Instituição especializada na atenção ao hipertenso de Fortaleza, Ceará. Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal com delineamento quantitativa realizada em instituição especializada no atendimento a hipertensão arterial, com indivíduos com diagnóstico médico de hipertensão arterial com, pelo menos, seis meses de tratamento medicamentoso em acompanhamento pela instituição, tendo idade igual ou superior a 18 anos. Na coleta de dados foi utilizado instrumento constituído de duas partes: características sociodemográficas e clínicas e Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial. Os dados coletados foram digitados e armazenados no programa *Microsoft Office EXCEL*[®], versão 2010. Posteriormente, foram submetidos à análise estatística no *Software Statistical Package for Social Sciences*[®] (SPSS), versão 20.0, estabeleceram-se frequências absolutas e relativas, foi utilizado Razão de Verossimilhança e Teste de Qui-quadrado de Pearson para inferência estatística. Foram incluídos 300 pacientes. A análise evidenciou que a maioria dos pacientes atendidos era de idosos, do sexo feminino, com baixa escolaridade e baixa renda tendo como principal comorbidade associada, o diabetes mellitus. O tempo de diagnóstico da doença foi entre 11 a 20 anos, sendo que a maioria tomava de 1 a 10 medicamentos diariamente em sua maioria para controle da pressão arterial. Verificou-se boa adesão ao comparecimento das consultas. A adesão mensurada pelo QATHAS foi de 90 para 45,3% dos pacientes. Idade, ocupação, ter diabetes, tempo de diagnóstico e tratamento para Hipertensão Arterial e número de consultas anuais apresentaram relação significativa com a adesão calculada pelo instrumento. Diante do exposto, vê-se que a adesão ao tratamento da hipertensão arterial é um desafio no qual se faz necessárias práticas de educação e promoção em saúde que visem à melhora da adesão dos pacientes ao tratamento. O enfermeiro, membro da equipe multidisciplinar tem papel relevante na promoção da adaptação, autocuidado e estabelecimento de metas terapêuticas que visem a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Palavras-chave: Hipertensão. Cooperação e adesão ao tratamento. Enfermagem.

ABSTRACT

Arterial hypertension is a chronic multifactorial condition whose treatment involves drug and non-drug measures. However, one of the main problems faced by health professionals is the low adherence to the proposed and agreed measures, thus increasing public expenditures and the morbimortality of the individuals affected. In this sense, this study aims to evaluate the adherence level to the medical treatment of adult individuals with Arterial Hypertension, using a Questionnaire of Adherence to the Treatment of Systemic Arterial Hypertension - QATHAS, in an institution specialized in the attention to hypertension in Fortaleza, Ceará. This is a cross-sectional descriptive study with a quantitative delineation performed in an institution specialized in the treatment of hypertension, with individuals with medical diagnosis of arterial hypertension with at least six months of drug treatment under follow-up by the institution, having an age equal to or greater than 18 years. The data collection consisted of two parts: sociodemographic and clinical characteristics and an Adherence Questionnaire to the Treatment of Hypertension. The collected data were entered and stored in the Microsoft Office EXCEL® program, version 2010. Afterwards, they were submitted to statistical analysis in the Software Statistical Package for Social Sciences® (SPSS), version 20.0, absolute and relative frequencies were established, of Verossilhança and Pearson's Chi-square test for statistical inference. A total of 300 patients were included. The analysis showed that the majority of the patients attended were elderly, female, low education and low income, with diabetes mellitus as the main associated comorbidities. The time of diagnosis of the disease was between 11 and 20 years, with most taking 1 to 10 medications daily, mostly for blood pressure control. There was good adherence to the attendance of the consultations. The adherence measured by QATHAS was from 90 to 45.3% of the patients. Age, occupation, having diabetes, time of diagnosis and treatment for Arterial Hypertension and number of annual consultations calculated by the instrument. In view of the above, it is seen that adherence to the treatment of arterial hypertension is a challenge in which it is necessary to practice health education and promotion aimed at improving patients' adherence to treatment. The nurse, a member of the multidisciplinary team, has a relevant role in promoting adaptation, self-care and establishing therapeutic goals that aim at adherence to antihypertensive treatment.

Key words: Hypertension. Cooperation and adherence to treatment. Nursing.

“Os enfermos são as pupilas do coração de Jesus, e o que fizemos por eles faremos ao próprio Deus” (São Camilo de Lellis)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	OBJETIVOS.....	11
2.1	Objetivos Gerais.....	11
2.2	Objetivos Específicos.....	11
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1	Escalas validadas no Brasil para avaliação do nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.....	12
3.2	Adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil	15
4	METODOLOGIA.....	18
4.1	Tipo de estudo.....	18
4.2	Local do estudo.....	18
4.3	População e amostra.....	18
4.4	Instrumento de coleta de dados.....	19
4.5	Procedimento de coleta dos dados.....	20
4.6	Análise Estatística.....	21
4.7	Aspectos éticos.....	21
5	RESULTADOS.....	23
6	DISCUSSÃO.....	34
7	CONCLUSÃO.....	41
	REFERÊNCIAS.....	42
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	47
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	50

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis sustentados e elevados de Pressão Arterial (PA) igual ou superior a 140 x 90 mmHg em indivíduos com idade superior a 18 anos. Associando-se, frequentemente, às alterações metabólicas e funcionais e/ou estruturais de órgãos alvo como, por exemplo, coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, mantendo associação independente com eventos fatais e não fatais tais como: morte súbita, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Arterial Periférica (DAP) e Doença Renal Crônica (DRC) (BRASIL, 2013; MALACHIAS *et al*, 2016).

No mundo, a prevalência global de HA em adultos foi de 22% em 2014, sendo maior em homens do que em mulheres. A maior prevalência da HA se encontra no continente africano, 30%, enquanto a menor se encontra nas Américas, 18% (WHO, 2014).

Prevalência média de HA autorreferida, no Brasil, em adultos, no ano de 2017 foi de 24,3%, sendo maior em mulheres (26,4%) do que em homens (21,7%), que a frequência de diagnósticos médicos de HA evidenciou relação direta com a idade e inversa com a escolaridade (BRASIL, 2018).

No Ceará a prevalência foi de 20,5%, sendo mais prevalente em homens (23,9%) do que em mulheres (17,3%) (MALTA *et al*, 2016). Já em Fortaleza, a prevalência média foi de 19,3%, sendo mais prevalente em mulheres (22,6%) do que homens (15,4%) (BRASIL, 2018). Conforme dados do Departamento de informações e informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), em 2012 na capital foram registados 476 casos novos de HA (BRASIL, 2016c).

Diante deste panorama, o Ministério da Saúde vem contribuindo com programas que visem a diminuição da morbimortalidade por HA, como o acompanhamento de hipertensos pelo Programa HiperDia e o fornecimento de medicamentos base para controle da HA gratuitamente nas Unidades Primárias de Saúde e nas redes conveniadas do Programa Farmácia Popular do Brasil.

Apesar destas iniciativas, estudos apontam baixa adesão ao tratamento medicamentoso e baixo controle dos níveis pressóricos em hipertensos nos estados brasileiros (LEDUR *et al*, 2013; SOUZA *et al*, 2014; MAGNASBOSCO *et al*, 2015).

Nesse sentido, segundo Rodrigues, Moreira e Andrade (2014) define adesão como “O grau de coincidência entre o comportamento do usuário e a prescrição dos profissionais de

saúde, que envolve medidas farmacológicas e comportamentais, sendo todos os envolvidos no processo responsáveis pelo tratamento”.

A não adesão à terapêutica acarreta falhas no tratamento, uso irracional dos medicamentos prescritos e aumento dos agravos nos indivíduos hipertensos, aumentando, dessa forma, os gastos públicos em saúde e a morbimortalidade por esta doença (CARVALHO *et al* 2012). Além disso, o nível de adesão está diretamente relacionado com o controle sobre os níveis de pressão arterial e médias da pressão arterial sistólica e diastólica (OLIVEIRA-FILHO *et al*, 2012).

O descontrole nos níveis pressóricos pode ocasionar o aumento na mortalidade por HA. No Brasil, por exemplo, no ano de 2013 ocorreram 23 502 mortes causadas por HA primária, sendo que no Nordeste ocorreram 34,6 % (8 133 casos) tornando-se a segunda região com maior número de casos do país (BRASIL, 2016a). No Ceará ocorreram, por sua vez, 1 728 casos, no mesmo ano de referência sendo que em Fortaleza ocorreram 22% dos casos, 364 mortes (BRASIL, 2016b).

Nesse cenário, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, possuem importante papel nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da HA. Assim, uma das principais atribuições desse profissional é a realização da consulta de enfermagem com foco no processo educativo, motivando o hipertenso aos cuidados necessários à manutenção de sua saúde (BRASIL, 2013).

Colósimo *et al* (2012), comprovou que pacientes que participavam das intervenções educativas com enfermeiros apresentaram decréscimo na pressão arterial sistólica e diastólica média, avaliadas pela Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA).

A consulta de enfermagem aos portadores de HA é uma estratégia que gera benefícios, dentre eles controle pressórico e adesão à terapêutica proposta (COSTA *et al*, 2014). Ela é realizada utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que é baseada no Processo de Enfermagem (PE). Este, por sua vez, possui as seguintes etapas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Segundo Fava *et al* (2010), a “SAE contribui de forma significativa para melhorias no processo do autocuidado, ao propiciar conhecimentos com vistas à conscientização quanto ao seu estado de saúde e à necessidade de mudanças, o que facilita a adesão ao tratamento”.

Nesse contexto, uma das principais atribuições do enfermeiro durante a Consulta de Enfermagem ao indivíduo com HA é a avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso com a finalidade de detectar-se os possíveis problemas que necessitam da intervenção deste profissional.

Entretanto, a preocupação com a adesão não é exclusiva da Enfermagem, mas também, de todos os profissionais de saúde e gestores (SOUZA *et al*, 2014). Nesse sentido, Carvalho *et al* (2012) aponta que “a adesão é um ponto fundamental para o planejamento de uma gestão de saúde de qualidade que possibilita o estabelecimento de indicadores para subsidiar ações corretivas e preventivas”.

Apesar da importância deste parâmetro, do número de pessoas acometidos por esse agravo, e dos impactos socioeconômicos e de morbimortalidade ocasionados por este de forma direta ou indireta, em Fortaleza/ CE vem sendo encontrado poucos estudos que avaliem, na atenção secundária, a adesão ao tratamento medicamentoso em indivíduos com HA por meio de escala validada nos últimos 8 anos. Nesse sentido, alguns autores apontam a necessidade de estudos que visem melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo (SOUZA *et al*, 2014).

Diante desta realidade, chegou-se ao seguinte problema de pesquisa: Qual o nível de adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com HA em Instituição de atenção especializada em hipertensão de Fortaleza, Ceará, Brasil e que fatores estão relacionados à adesão/não adesão neste público?

Acredita-se que esta pesquisa contribuirá para uma melhor compreensão acerca do fenômeno adesão ao tratamento medicamentoso, permitindo o estabelecimento de fatores relacionados a não adesão e adesão, assim como a identificação de grupos prioritários, o que norteará o planejamento de políticas de saúde. Além disso, subsidiará a elaboração de estratégias de promoção de saúde, prevenção de agravos e reabilitação pelos profissionais de saúde, em especial, o enfermeiro, que visem o indivíduo com HA, o que promoverá melhor qualidade na assistência prestada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o nível de adesão ao tratamento medicamentoso de indivíduos adultos com HA, utilizando Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica – QATHAS.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar características sociodemográficas, dados clínicos e o tratamento anti-hipertensivo;
- ✓ Verificar a existência de associação entre Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica – QATHAS e as variáveis sociodemográficas, clínicas e o tratamento anti-hipertensivo.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Escalas validadas no Brasil para avaliação do nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo

A mensuração do nível de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em hipertensos motivou vários autores a elaborarem questionários que avaliassem esse parâmetro de forma indireta, entretanto até a atualidade não existe um método “padrão ouro” para avaliar a adesão (FREITAS, NIELSON E PORTO, 2015).

Revisão Integrativa apontou 10 instrumentos utilizados para avaliação indireta da adesão em hipertensos, a saber: Teste de Haynes e Sackett, Teste de Batalha, Teste de Morisky, Green e Levine, Teste de Hermes, Breve Questionário de Medicamentos, Teste de Herrera Caranza, Teste de Aderência, Questionário de Adesão a Medicamentos – QUALIAIDS e Escala de Adesão aos Medicamentos de Morisky de 8 itens (FREITAS, NIELSON E PORTO, 2015).

Nessa perspectiva, nos últimos cinco anos foram utilizadas em pesquisas realizadas no Brasil a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky-Green (MMAS) de quatro itens e oito itens, Questionário de Adesão a Medicamentos da equipe QUALIAIDS (QAM-Q) e o Questionário de Haynes.

A MMAS de 4 itens é a escala mais utilizada em estudos no Brasil, nela a adesão é mensurada, por meio de quatro perguntas: 1) Alguma vez você esqueceu-se de tomar o remédio? 2) As vezes você não é cuidadoso tomando o medicamento? 3) Quando você se sente melhor, às vezes para de tomar o remédio? 4) As vezes, se você se sente pior quando toma seus remédios, você para de tomá-los?. Cada pergunta corresponde a uma resposta de sim ou não tendo o valor de 0 e 1, respectivamente. Pontuação igual a 4 corresponde a adesão ao tratamento medicamento e valor menor ou igual a 3, não adesão (MORISKY, GREEN E LEVINE, 1986).

Assim, esse teste por ter tradução para o português e pelo seu pequeno número de questões e fácil compreensão e medida vem sendo utilizado largamente no Brasil (ROCHA *et al*, 2015). Nesse sentido, Cavalari *et al* (2012) mostrou relação significativa do MMAS com os valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS). Contudo, vários autores veem mostrando a não correlação do teste com o controle da pressão arterial, ou seja, a diferença não significativa entre os aderentes e não aderentes em relação ao controle da pressão arterial (BASTOS-

BARBOSA *et al*, 2012; GREZANNA, STEIN e PELLANDA, 2013; SOUZA *et al*, 2014; ROCHA *et al*, 2015).

O MMAS de 4 itens foi adaptada para 8 itens, contendo aos seguintes questionamentos: 1) Você às vezes esquece de tomar seus remédios para pressão? 2) Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta? 3) Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava? 4) Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos? 5) Você tomou seus medicamentos ontem para a pressão? 6) Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos? 7) Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta? 8) Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão (nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente e sempre)? (OLIVEIRA-FILHO, 2014) Assim, cada questão corresponde a 0 ponto se sim e 1 se não, o indivíduo é considerado com alta adesão quando atingir 8 pontos ou mais, média adesão quando tem pontuação igual a 6 e menor do que 8, e baixa adesão quando menor do que seis (KROUSUEL-WOOD *et al*, 2009). Oliveira-Filho *et al* (2014) validou a escala evidenciando a sua relação entre o controle da PA e grau de adesão. Estudo realizado em Maceió- AL, também observou relação semelhante (OLIVEIRA-FILHO *et al*, 2012).

A QAM-Q é composto de 3 questões que avaliam a tomada da dose correta, o comportamento quanto à medicação e o desfecho clínico: 1) Nos últimos sete dias, o (a) sr (a) não tomou ou tomou a mais pelo menos um comprimido desse remédio? 2) Nesses dias, quantos comprimidos o (a) sr (a) deixou de tomar ou tomou a mais? 3) Como estava sua pressão da última vez que mediu? O indivíduo é considerado não aderente quando não toma a quantidade correta (80-100% dos medicamentos prescritos), não toma no modo correto (sem feriados, “tomada errática”, abandono ou “meia-adesão”) e relata que sua pressão esta alterada (SANTA-HELENA, NEMES E ELUF-NETO, 2008). Rocha *et al* (2015) comprovou relação do questionário com o controle da pressão.

O questionário de Haynes é formado por uma pergunta cuja positividade indica não adesão: Muitas pessoas têm algum tipo de problema para tomar seus remédios. Nos últimos 30 dias o (a) Sr (a) teve dificuldades para tomar seus remédios da pressão (HAYNES *et al*, 1980)? Rocha *et al* (2015) observou relação do teste com o controle da pressão arterial.

A Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) é composta por sete itens com os seguintes questionamentos: Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença? (Sempre/ Quase sempre/ Com frequência/ Por vezes/ Raramente/ Nunca); Alguma

vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?/ Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?/ Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?/ Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?/ Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos? / Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico? A análise da adesão se dá pelo somatório e divisão pelo número de itens que são estruturados em escala de Likert que tem pontuação variando de 1(sempre) a 6 (nunca). Posteriormente, os itens são transformados numa escala dicotômica (Aderente/ Não Aderente) (DELGADO, A. B; LIMA, M. L., 2001).

Recentemente, Rodrigues, Moreira e Andrade (2014) validaram em conteúdo o Questionário de Adesão ao Tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica– QATHAS, instrumento utilizado na pesquisa. O questionário é composto por 12 perguntas acerca do tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HA:

1. Alguma vez deixou de tomar sua medicação para HAS?
2. Alguma vez deixou de tomar sua medicação para HAS, conforme a dose prescrita?
3. Alguma vez deixou de tomar sua medicação para HAS nos horário estabelecidos?
4. Faz uso do medicamento para o tratamento para HAS somente quando apresenta algum sintoma?
5. Seguir o tratamento medicamentoso da HAS tornou-se uma rotina em sua vida?
6. Ao iniciar o tratamento diminuiu o sal da alimentação?
7. Ao iniciar o tratamento para HAS, diminuiu a gordura da alimentação?
8. Ao iniciar o tratamento para HAS, passou a preferir o consumo de carnes brancas?
9. Ao iniciar o tratamento para HAS, diminuiu o uso de doces e bebidas com açúcar?
10. Com o início do tratamento para HAS, passou a realizar pelo menos 30 minutos de exercício físico (caminhada, natação, ciclismo)?
11. Seguir o tratamento não medicamentoso da HAS tornou-se uma rotina em sua vida?

12. Comparece às consultas agendadas para o tratamento para HAS?

Após a análise das respostas em site específico (<https://www.qathas.com.br>), os indivíduos são classificados quanto a adesão em níveis que variam do 60 ao 110, nível de maior adesão. Nesta escala, os indivíduos não são classificados em aderentes/ não aderentes, pois a mesma parte do pressuposto que todo paciente apresenta alguma adesão a aquilo que lhe é proposto.

3.2 Adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo inclui, além da tomada correta de medicamentos, a mudanças nutricionais, prática regular de exercícios físicos, entre outros. Isso torna a adesão um desafio recorrente para pacientes com HA, profissionais de saúde e, também para os gestores já que a não adesão eleva os gastos com saúde pública.

Nesse sentido, foi realizada busca em três bases de dados, SCOPUS, BDNF E LILACS utilizando os descritores *Hypertension, medication adherence*, usando o navegador booleano AND.

No Brasil a adesão mostra-se variável ao longo do território nacional decorrente, principalmente, da utilização de diferentes escalas que mensuram esse fenômeno e da influência cultural das diversas regiões brasileiras dificultando qualquer comparação como evidenciado no quadro 1 (BASTOS-BARBOSA *et al*, 2012).

QUADRO 1 – Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em cidades brasileiras no período de 2011 a 2017. Fortaleza, Ceará, 2018.

CIDADE	INTRUMENTO	VALOR	AUTOR
São Luiz – MA	HAYNES	86,85%	ROCHA <i>et al</i> , 2015.
Ribeirão Preto – SP	IAAFTR	44,93%	DANIEL e VEIGA, 2013.
Teresina – PI	MMAS 4	26,75%	CARVALHO <i>et al</i> , 2012.
Novo Horizonte – SP	MMAS 4	27,8%	EID <i>et al</i> , 2013.
São José do Rio Preto – SP	MMAS 4	28%	CAVALARI <i>et al</i> , 2012.
Campinas – SP	MMAS 4	34%	RUFINO, DRUMMOND e MORAES, 2012
São Paulo – SP	MMAS 4	36%	BASTOS-BARBOSA <i>et al</i> , 2012.
Porto Alegre – RS	MMAS 4	51,4 %	LEDUR <i>et al</i> , 2013.
Nova Hamburgo – RS	MMAS 4	54,3 %	SOUZA <i>et al</i> , 2014.

Continua...

QUADRO 1 – Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em cidades brasileiras no período de 2011 a 2017. Fortaleza, Ceará, 2018.

Continuação

CIDADE	INTRUMENTO	VALOR	AUTOR
Antônio Prado – RS	MMAS 4	65,7%	GREZANNA, STEIN e PELLANDA, 2013.
São Luiz – MA	MMAS 4	70,2%	ROCHA <i>et al</i> , 2015.
MG	MMAS 4	51,9%	MACIEL <i>et al</i> , 2017
Maceió – AL	MMAS 8	19,7 %	OLIVEIRA FILHO <i>et al</i> , 2012.
São Luiz – MA	QAM-Q	39,84%	ROCHA <i>et al</i> , 2015.
Alto Parnaíba – MG	QAM-Q	38,1%	MAGNABOSCO <i>et al</i> , 2015.
Maringá – PR	QAM-Q	57,35 %	BARRETO, REINERS e MARCON, 2014.
Picos – PI	QATHAS	47,6%*	MACHADO, <i>et al</i> , 2017.
Uberaba –MG	MTA	90,7%	FERREIRA e IWAMOTO, 2017.
Aracaju – SE	MTA	76,8%	SANTOS <i>et al</i> , 2016.

*Porcentagem do nível 90

Fonte: Elaborado pelo autor.

No período de 2011 à 2017, foram encontrados 13 estudos no Brasil que verificaram a adesão ao tratamento anti-hipertensivo de indivíduos adultos com HA utilizando escalas validadas. Essas pesquisas utilizaram a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky-Green de quatro itens (9) e oito itens (1), Questionário de Adesão a Medicamentos - QUALIAIDS (QAM-Q) (3), Questionário de Haynes (1), Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica- QATHAS (1) e o Medida de Adesão aos Tratamentos – MAT (2).

Os estudos que utilizaram a MMAS 4 evidenciaram a seguintes taxa de adesão ao tratamento farmacológico: Teresina – PI (26,75%), Novo Horizonte – SP (27,8%), São José do Rio Preto – SP (28%), Campinas – SP (34%), São Paulo – SP (36%), Porto Alegre – RS (51,4 %), Nova Hamburgo – RS (54,3 %), Antônio Prado – RS (65,7%), São Luiz – MA (70,2%). Diante desses dados observamos que a pior taxa de adesão foi encontrada em Teresina – PI e a melhor em São Luís – MA evidenciando diferenças entre dois estados duma mesma região do país. (CARVALHO *et al*, 2012; EID *et al*, 2013; CAVALARI *et al*, 2012; RUFINO, DRUMMOND e MORAES, 2012; BASTOS-BARBOSA *et al*, 2012; LEDUR *et*

al, 2013; SOUZA et al, 2014; GREZANNA, STEIN e PELLANDA, 2013; ROCHA et al, 2015).

Pesquisa realizada no Alto do Parnaíba – MG, São Luiz - MA e em Maringá – PR utilizou QAM-Q sendo encontradas 38,1%, 39,84% e 57,35%, respectivamente (MAGNABOSCO *et al*, 2015; ROCHA *et al*, 2015; BARRETO, REINERS e MARCON, 2014.). Observa-se maior adesão em municípios da região Sul quando comparado à região Sudeste.

Oliveira Filho *et al*, 2012 ao utilizar a MMAS 8 observou adesão de 19,7% em Maceió – AL. Já Rocha *et al* (2015), utilizando questionário Haynes identificou 86,85% de adesão em São Luiz –MA. Enquanto, Daniel e Veiga (2013) utilizando IAAFTR encontrou adesão de 44,93% em Ribeirão Preto –SP.

Estudo realizado em Uberaba – MG (FERREIRA, M. A.; IWAMOTO, H. H., 2017) e Aracaju – SE (SANTOS, J. F. S., *et al*, 2016.) utilizando a Medida de Adesão ao tratamento observou adesão de 90,7% e 76,8%, respectivamente.

Uma pesquisa utilizou Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica – QATHAS, verificando que 47,6% dos pacientes estavam no nível 90 (MACHADO, A. L. G. *et al*, 2017).

Diante do exposto, destacam-se que nas Regiões Centro-Oeste e Norte não foram encontrados estudos que avaliem adesão ao tratamento apesar de nessas regiões, incluindo o Nordeste, haver maior prevalência do não uso de medicamentos entre os homens (FERREIRA, BARRETO E GIATII, 2014). Também, não foi encontrados estudos realizados em Fortaleza no período supra-citado. Além disso, observa-se que dentre os 27 estados brasileiros apenas 8 realizaram estudos nessa temática apontando lacunas na literatura.

Quanto aos fatores relacionados a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo foram apontadas as seguintes características: gênero masculino; faixa etária entre 20-59 anos, baixa classe econômica, etilismo, diagnóstico recente, não procura pelo serviço de saúde para consultas de rotina, pouco conhecimento sobre a doença; farmacoterapia complexa; insatisfação com o serviço de saúde e percepção da pressão arterial alterada (MAGNABOSCO *et al*, 2015; BARRETO, REINERS E MARCON, 2015; LEDUR *et al*, 2013).

4. MÉTODO

O estudo foi desenvolvido como parte de uma pesquisa mais ampla intitulada “Influência do sentimento de impotência na adesão ao tratamento anti-hipertensivo”, sob responsabilidade da aluna de mestrado Beatriz da Silva Lima, orientada pela Professora Thelma Araújo.

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal com delineamento quantitativo, sendo que esse tipo de estudo visa observar, descrever e/ou documentar os aspectos de uma situação em uma ocasião de forma quantificável (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

4.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada em uma instituição pública de nível secundário especializada no atendimento a pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus localizado em Fortaleza, Ceará.

A instituição criada em 14 de abril de 1988 é referência na prevenção e tratamento de pacientes com hipertensão e diabetes, atendendo cerca de 250 pacientes diariamente contando, para tanto, com atendimento multiprofissional voltado para esse público, justificando desse modo a escolha desta unidade.

4.3 População e Amostra

Diante do desconhecimento acerca do número de pacientes com HA e regulares na instituição a ser pesquisada, optou-se pela fórmula de cálculo de amostra para populações infinitas (1), utilizada quando não se sabe o tamanho real da população. Nessa fórmula, o $Z^2\alpha/2$ é uma constante que possui valor de 1,96; o p é a prevalência, que em Fortaleza segundo Brasil (2015) é de 19,9 %; o q é o complementar de p, sendo igual a 100% menos p; Já o E é a porcentagem de erro que no caso do estudo é de 5%.

$$n = \frac{Z^2 \alpha / 2 \cdot p \cdot q}{E^2} \quad (1)$$

Após aplicação da fórmula chegou-se a amostra de 245 indivíduos que foram incluídos no estudo segundo os seguintes critérios:

- Diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica com, pelo menos, seis meses de tratamento medicamentoso em acompanhamento pela instituição;
- Idade igual ou superior a 18 anos.

Foram excluídos da amostra indivíduos impossibilitados de responderem ao formulário por terem distúrbios mentais graves, gestantes com hipertensão e indivíduos com evidência ou diagnóstico de hipertensão secundária.

4.4 Instrumento de Coleta de Dados

Trata-se de um formulário semiestruturado composto por duas partes (Apêndice A):

Na primeira parte são verificados os dados sociodemográficos (sexo, idade, anos de estudo, ocupação, número de pessoas que residem em casa, renda mensal, estado civil e religião), dados clínicos e dados sobre o tratamento anti-hipertensivo. Nesse sentido, destaca-se que as variáveis que compõem essa primeira parte do instrumento possuem relevância para adesão ou não adesão ao tratamento anti-hipertensivo evidenciadas na literatura.

A segunda parte é composta pelo Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica – QATHAS (RODRIGUES, 2012), instrumento validado e disponível gratuitamente em (<http://www.qathas.com.br/>). Diferentemente das demais escalas validadas no Brasil, o questionário considera as características farmacológicas e não farmacológicas inerentes ao tratamento anti-hipertensivo, além de abordar o comparecimento às consultas, justificando desse modo sua escolha para a pesquisa.

Assim, o QATHAS é composto por 12 itens/ questionamentos que possuem uma pontuação variando entre 0 a 4 sendo calculada adesão em site próprio (<http://www.qathas.com.br/>) por seu cálculo considerar fórmula complexa. Os níveis de adesão variam entre 60 e 110 como mostrado no quadro 2, sendo que quanto maior a adesão maior será a pontuação; desse modo, as pessoas mais aderentes situam-se no nível 110, enquanto pessoas com menor adesão atingem 60 (RODRIGUES; MOREIRA; ANDRADE, 2014).

Quadro 2 – Escala de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Fortaleza, CE, 2012

Nível da Escala	Descrição
60	Neste nível, os hipertensos não tomam o anti-hipertensivo, ao menos uma vez por semana. E também não o tomam na dose prescrita, ao menos uma vez por semana.
70	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	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	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	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	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.

Fonte: Rodrigues, Moreira e Andrade (2012)

4.5 Procedimento de Coleta de Dados

A pesquisa ocorreu em entre os meses de setembro e outubro de 2017, nos turnos manhã e tarde sendo realizada por acadêmicos de Enfermagem que de forma voluntária se propuseram a participar da pesquisa. Estes foram previamente treinados pela pesquisadora

responsável pelo estudo quanto a aspectos da abordagem do paciente e aos itens do questionário.

Os participantes do estudo foram convidados para a participação na pesquisa no próprio local da instituição, quando estiveram na mesma, para consulta marcada ou demanda espontânea. Após o aceite e o cumprimento rigoroso do item 4.7, no qual foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), ocorreu a coleta dos dados com aplicação do instrumento (Apêndice A).

4.6 Análise Estatística

Os dados coletados foram digitados e armazenados no programa *Microsoft Office EXCEL*[®], versão 2010. Posteriormente, foram submetidos à análise estatística no *Software Statistical Package for Social Sciences*[®] (SPSS), versão 20.0, por meio do qual foram calculadas frequências absolutas e relativas. Além disso, foi aplicado teste de Razão de Verossilhança para variáveis categóricas e o Teste de Qui-quadrado de Pearson para variáveis dicotômicas considerando como significativo p menor ou igual a 0,05 com índice de confiança de 95%.

Foi considerada como variável dependente: adesão ao tratamento farmacológico medido, por meio do Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica – QATHAS. E variável independente: dados sociodemográficas (sexo, idade, anos de estudo, ocupação, número de pessoas que residem em casa, renda mensal, estado civil e religião), dados clínicos e dados sobre o tratamento anti-hipertensivo.

4.7 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob número 2.266.771. Nesse sentido, destaca-se que foram respeitados os princípios bioéticos de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, assim como as prerrogativas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza a pesquisa com seres humanos.

Assim, os sujeitos do estudo inicialmente foram informados acerca dos objetivos da pesquisa e dos benefícios e malefícios que podem ser ocasionados pela participação no mesmo. Posteriormente, foram convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE) disponível no Apêndice B sendo que só puderam participar do estudo indivíduos que assinassem o TCLE.

Por se tratar de um estudo realizado em Instituição Estadual foi solicitada autorização prévia da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará e do núcleo gestor da instituição para seu desenvolvimento.

5. RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em tabelas e gráficos que abordam aspectos referentes às características sociodemográficas, clínicas e do tratamento, assim como o Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica – QATHAS evidenciando as relações estatísticas.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de clientes com hipertensão arterial atendidos em serviço especializado de Fortaleza, CE. Fortaleza – Ceará, 2018.

Variáveis sociodemográficas	N (300)	%
Sexo		
Masculino	90	30
Feminino	210	70
Faixa etária		
≥ 18 anos < 60 anos	84	28
≥ 60 anos	216	72
Escolaridade		
Nenhum/ Analfabeto	32	10,3
Alfabetizado	146	48,7
Ensino Fundamental Completo	54	18
Ensino Médio Completo	49	16,4
Ensino Técnico Completo	2	0,7
Ensino Superior Completo	13	4,3
Pós Graduação Completa	5	1,7
Ocupação		
Empregado	42	14
Desempregado	48	16
Autônomo	11	3,7
Aposentado/ Pensionista	178	59,4
Outras	21	7
Número de pessoas que residem em sua casa		
Mora sozinho	42	14
1 a 3 pessoas	188	62,7
4 a 6 pessoas	59	19,6
7 a 9 pessoas	8	2,7
≥ 10 pessoas	3	1
Renda mensal (salário mínimo = R\$ 937,00)		
Sem Renda	15	5
< 1 salário mínimo	17	5,7
1 salário mínimo	144	48
Entre 1 e 2 salários mínimos	76	25,3
≥ 2 salários mínimos	48	16
Estado civil		
Solteiro	42	14
Casado/ União Estável	164	54,7
Separado/ Divorciado/ Viúvo	94	31,3

Continua...

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de clientes com hipertensão arterial atendidos em serviço especializado de Fortaleza, CE. Fortaleza – Ceará, 2018.

Continuação...

Variáveis sociodemográficas	N (300)	%
Religião		
Católica	192	64
Cristã protestante	88	29,3
Espírita	6	2
Agnóstico/ Crê na existência de Deus	10	3,3
Outros	4	1,3

Fonte: dados da pesquisa.

A amostra do estudo foi composta por 300 indivíduos com diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica. Os resultados, apresentados na Tabela 1, evidenciaram predomínio de pessoas do sexo feminino (70%) com idade maior ou igual a 60 anos (72%), casadas ou em união estável (54,7%) e residentes em casas com até três pessoas (62,7%). Quanto à escolaridade, 48,7% eram somente alfabetizadas e 59,4% tinham como principal fonte de renda a aposentadoria ou pensão, tendo predominado indivíduos com renda mensal de um salário mínimo (48%). A religião católica foi professada pela maioria, 64% dos indivíduos, e 29,3% se declararam cristãos protestantes.

Tabela 2 – Perfil Clínico de hipertensos atendidos em serviço especializado de Fortaleza, CE. Fortaleza – Ceará, 2018.

Variáveis Clínicas	N (300)	%
Diabetes associada		
Sim	242	80,7
Não	58	19,3
Tempo de diagnóstico de HA*		
6m a 1 ano	9	3
1 a 10 anos	99	33
11 a 20 anos	108	36
> 20 anos	84	28
Tempo de tratamento		
< 1 ano	11	3,7
1 a 10 anos	107	35,7
11 a 20 anos	105	35
>20 anos	77	25,7
Número de medicamentos de uso diário		
Não sabe/ não esta com a receita	2	0,7
1 a 10 medicamentos	265	88,3
11 a 20 medicamentos	30	10
> 20 medicamentos	3	1

Continua...

Tabela 2 – Perfil Clínico de hipertensos atendidos em serviço especializado de Fortaleza, CE. Fortaleza – Ceará, 2018.

Continuação...

Variáveis Clínicas	N(300)	%
Número de medicamentos anti-hipertensivos de uso diário		
Não sabe/ não esta com a receita	1	0,3
1 a 10 medicamentos	298	99,3
11 a 20 medicamentos	1	0,3
Número de consultas para controle da hipertensão arterial durante o último ano		
Nenhuma	4	1,3
1 a 4 consultas	281	93,7
5 a 10 consultas	9	3
> 10 consultas	6	2
Eventos associados autorreferidos		
Infarto Agudo do Miocárdio	50	16,7
Acidente Vascular Cerebral	34	11,3
Doença Arterial Coronariana	28	9,3
Insuficiência Renal Aguda/Insuficiência Renal Crônica	22	7,3
Nenhum	211	70,3
Número de crises hipertensivas ocorridas no último ano		
Nenhuma	133	44,3
1 a 10 crises	151	50,3
11 a 20 crises	8	2,7
> 20 crises	8	2,7
Número de internações ocorridas no último ano		
Nenhuma	215	71,7
1 a 10 internações	85	28,3

* HA - Hipertensão Arterial. Fonte: dados da pesquisa.

A tabela 2 aponta o perfil clínico dos pacientes no qual houve predomínio de clientes com tempo de diagnóstico de hipertensão entre 11 e 20 anos (36%), porém com tempo de tratamento entre um e dez anos (35,7%). Quanto ao perfil medicamentoso, 88,3% dos participantes faziam uso de um a dez medicamentos diários e 99,3% afirmaram tomar de um à dez medicamentos para controle da pressão arterial, dentre os quais fármacos com classes e ações diversas. Quanto ao comparecimento às consultas de acompanhamento para controle da pressão arterial, 93,7% relataram terem comparecido de uma a quatro consultas no último ano e 50,3% referiram ter tido de uma a dez crises hipertensivas no mesmo período. A maioria relatou não ter passado por internação nos últimos doze meses (71,7%), porém, dos 28,3% que foram internados, a maioria referiu como causa episódios de hiperglicemia, percentual que pode estar associado ao fato de que 80,7% da amostra também tem diagnóstico de diabetes mellitus. Quanto aos eventos associados que têm a HA como fator de risco, 29,7%

dos clientes indicaram alguma ocorrência prévia, com destaque para infarto agudo do miocárdio (16,7%), acidente vascular cerebral (11,3%) e doença arterial coronariana (9,3%).

Tabela 3 – Distribuição da amostra quanto as respostas ao Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica– QATHAS. Fortaleza – Ceará, 2018.

Itens do questionário	N (300)	%
Alguma vez deixou de tomar sua medicação para HAS* ?		
Não	118	39,3
Sim, ao menos uma vez por dia	11	3,7
Sim, ao menos uma vez por semana	45	15
Sim, ao menos uma vez por mês	41	13,7
Sim, ao menos uma vez por ano	85	28,3
Alguma vez deixou de tomar sua medicação da HAS* , conforme a dose prescrita?		
Sim, ao menos uma vez por dia	11	3,7
Sim, ao menos uma vez por semana	29	9,7
Sim, ao menos uma vez por mês	23	7,7
Sim, ao menos uma vez por ano ou nunca	237	79
Alguma vez deixou de tomar sua medicação da HAS* nos horários estabelecidos?		
Sim, ao menos uma vez por dia	23	7,7
Sim, ao menos uma vez por semana	82	27,3
Sim, ao menos uma vez por mês	47	15,7
Sim, ao menos uma vez por ano ou nunca	148	49,3
Faz uso do medicamento para o tratamento da HAS* somente quando apresenta algum sintoma?		
Sim	20	6,7
Não	280	93,3
Seguir o tratamento medicamentoso da HAS* tornou-se uma rotina em sua vida?		
Sim	288	96
Não	12	4
Ao iniciar o tratamento para HAS* , diminuiu o sal da alimentação?		
Não	31	10,3
Sim, reduzi à terça parte	45	15
Sim, reduzo a metade	74	24,7
Sim, como praticamente ensosso	135	45
Sempre fiz uso de uma alimentação pobre em sal	15	5
Ao iniciar o tratamento para HAS* , diminuiu a gordura da alimentação?		
Não	29	9,7
Sim, reduzi à terça parte	59	19,7
Sim, reduzo a metade	56	18,7
Sim, como praticamente sem gordura	135	45
Sempre fiz uso de uma alimentação pobre em gordura	21	7

Continua...

Tabela 3 – Distribuição da amostra quanto as respostas ao Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica– QATHAS. Fortaleza – Ceará, 2018.

Continuação...

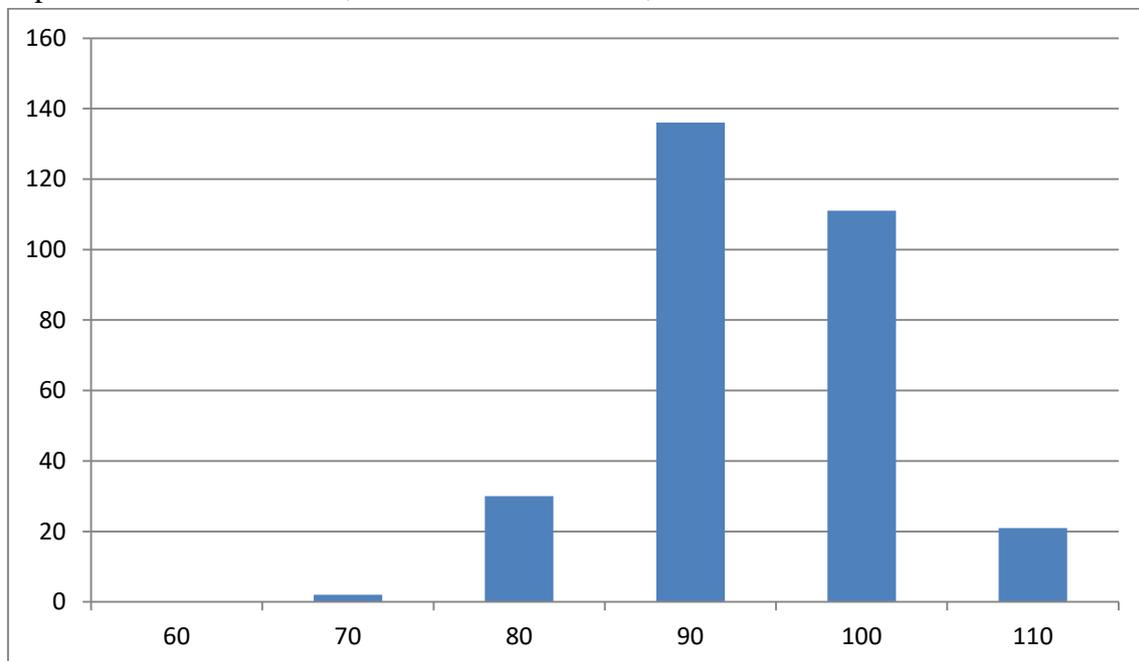
Itens do questionário	N (300)	%
Ao iniciar o tratamento para HAS*, diminuiu a gordura da alimentação?		
Ao iniciar o tratamento para HAS*, passou a preferir o consumo de carnes brancas (aves, peixe)?		
Não	21	7
Sim, consumo até 3 vezes carne branca na semana	92	30,7
Sim, consumo 4 ou mais vezes carne branca na semana	134	44,7
Sempre consumi carnes brancas no mínimo 4 vezes por semana	53	17,7
Ao iniciar o tratamento para HAS*, diminuiu o uso de doces e bebidas com açúcar?		
Não	51	17
Sim, reduzi à terça parte	54	18
Sim, reduzo a metade	55	18,3
Sim, como praticamente sem açúcar/ doce	114	38
Sempre fiz uso de uma alimentação pobre em doces e bebidas com açúcar	26	8,7
Com o início do tratamento para a HAS*, passou a realizar pelo menos 30 minutos de exercício físico (caminhada, natação, ciclismo)?		
Não	185	61,7
Sim, menos de 3 vezes por semana	42	14
Sim, de 3 a 5 vezes por semana	48	16
Sim, mais de 5 vezes por semana	19	6,3
Sempre fiz exercício pelo menos três vezes por semana	6	2
Seguir o tratamento não medicamentoso da HAS* tornou-se uma rotina em sua vida?		
Sim	186	62
Não	114	38
Comparece às consultas agendadas para o tratamento da HAS*?		
Sim	277	92,3
Não	23	7,7

*HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica. Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 3 apresenta os resultados das resposta aos itens do Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica – QATHAS. Nela fica evidenciado que, quanto à adesão ao tratamento farmacológico, 39,3% não deixam de tomar sua medicação para HA, 79% deixam de tomar a medicação conforme a dose prescrita ao menos uma vez por ano ou nunca, 49,3% deixam de tomar a medicação nos horários estabelecidos ao menos uma vez por ano ou nunca. Da amostra, 93,3% dos clientes afirmaram fazer uso da medicação independentemente de sentir algum sintoma e 96% afirmaram que o tratamento

medicamentoso se tornou parte de suas rotinas. No que diz respeito ao tratamento não medicamentoso, a maioria dos participantes relatou comer praticamente insosso (45%), sem gordura (45%) e sem açúcar/doce (38%). O consumo de carnes brancas foi referido com uma frequência de quatro ou mais vezes por semana por 44,7% dos participantes. Os resultados identificaram baixa adesão à prática de exercício físico, visto que só 38,3% afirmaram terem passado a realizar pelo menos 30 minutos de exercício físico semanal após diagnóstico de HAS. O tratamento não medicamentoso tornou-se rotina para 62% das pessoas entrevistadas.

Quadro 1 – Adesão segundo o Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica – QATHAS em pessoas com hipertensão arterial atendidas em uma unidade especializada de Fortaleza, CE. Fortaleza – Ceará, 2018.



Fonte: dados da pesquisa.

O quadro 1 apresenta a distribuição dos participantes de acordo com o nível de adesão do Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial – QATHAS. Assim, nenhuma pessoa esteve classificada no nível 60, o mais baixo do questionário, 0,6% (2) estavam no nível 70, 10% (30) no nível 80, 45,3% (136) no nível 90, 37% (111) no nível 100 e 7% (21) no nível 110, categoria mais alta de adesão.

Tabela 4 – Associação entre o Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica– QATHAS e as variáveis sociodemográficas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

Variáveis	Nível de Adesão n (%)					p
	70	80	90	100	110	
Sexo						0,607 ⁺
Masculino	1 (1,1)	12 (13,3)	42 (46,7)	30 (33,3)	5 (5,6)	
Feminino	1 (0,5)	18 (8,6)	94 (44,8)	81 (38,6)	16 (7,6)	
Idade (ano)						0,021 ⁺
≥18 ≤59	2 (2,4)	12 (14,3)	42 (50)	22 (26,2)	6 (7,1)	
≥60	0 (0)	18 (8,3)	94 (43,5)	89 (41,2)	15 (6,9)	
Estudo						0,881*
Nenhum/ Analfabeto	0 (0)	1 (3,2)	13 (41,9)	14 (45,2)	3 (9,7)	
Alfabetizado	1 (0,7)	15 (10,3)	70 (47,9)	52 (35,6)	8 (5,5)	
Fundamental	1 (1,9)	8 (14,8)	21 (38,9)	20 (37)	4 (7,4)	
Médio	0 (0)	3 (6,1)	24 (49)	19 (38,8)	3 (6,1)	
Técnico	0 (0)	1 (50)	0 (0)	1 (50)	0 (0)	
Superior	0 (0)	2 (15,4)	6 (46,2)	3 (23,1)	2 (15,4)	
Pós Graduação	0 (0)	0 (0)	2 (40)	2 (40)	1 (20)	
Ocupação						0,011*
Empregado	1 (2,4)	10 (23,8)	17 (40,5)	9 (21,4)	5 (11,9)	
Desempregado	0 (0)	7 (14,6)	15 (31,3)	22 (45,8)	4 (8,3)	
Autônomo	1 (9,1)	1 (9,1)	4 (36,4)	4 (36,4)	1 (9,1)	
Aposentado/ Pensionista	0 (0)	10 (5,6)	92 (51,7)	68 (38,2)	8 (4,5)	
Outras	0 (0)	2 (9,5)	8 (38,1)	8 (38,1)	3 (14,3)	
Nº de pessoas que residem em sua casa						0,637*
Mora sozinho	0 (0)	3 (7,1)	14 (33,3)	21 (50)	4 (9,5)	
1 a 3 pessoas	1 (0,5)	17 (9)	92 (48,9)	65 (34,6)	13 (6,9)	
4 a 6 pessoas	0 (0)	9 (15,2)	26 (44)	20 (33,8)	4 (6,7)	
7 a 9 pessoas	1(12,5)	1 (12,5)	2 (25)	4 (50)	0 (0)	
≥ 10 pessoas	0 (0)	0 (0)	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0)	
Renda mensal (salário mínimo = R\$ 937,00)						0,639*
Sem Renda	0 (0)	1 (6,7)	5 (33,3)	7 (46,7)	2 (13,3)	
< 1	1 (5,9)	2 (11,8)	6 (35,3)	6 (35,3)	2 (11,8)	
1	1 (0,7)	13 (9)	74 (51,4)	49 (34)	7 (4,9)	
> 1 a 2	0 (0)	10 (13,2)	33 (43,4)	26 (34,2)	7 (9,2)	
> 2	0 (0)	4 (8,3)	18 (37,5)	23 (47,9)	3 (6,3)	
Estado civil						0,451*
Solteiro	1 (2,4)	6 (14,3)	22 (52,4)	12 (28,6)	1 (2,4)	
Casado/ União Estável	0 (0)	15 (9,1)	72 (43,9)	64 (39)	13 (7,9)	

Continua ...

Tabela 4 – Associação entre o Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica– QATHAS e as variáveis sociodemográficas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

Continuação...

Variáveis	Nível de Adesão (%)					p
	70	80	90	100	110	
Separado/ Divorciado/ Viúvo	1 (1,1)	9 (9,6)	42 (44,7)	35 (37,2)	7 (7,4)	0,309*
Religião						
Católica	1 (0,5)	15 (7,8)	98 (51)	67 (34,9)	11 (5,7)	
Cristã	1 (1,1)	14 (15,9)	32 (36,4)	32 (36,4)	9 (10,2)	
protestante						
Espírita	0 (0)	0 (0)	1 (16,7)	4 (66,7)	1 (16,7)	
Agnóstico/ Crê	0 (0)	1 (10)	4 (40)	5 (50)	0 (0)	
Outros	0 (0)	0 (0)	1 (25)	3 (75)	0 (0)	

n = 300

+Teste de Qui-quadrado de Pearson

*Teste de Razão de Verossimilhança

Renda mensal baseada no valor do salário mínimo à época da pesquisa (R\$ 937,00)

A tabela 4 mostra a associação entre o Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica - QATHAS e as variáveis sociodemográficas. Houve relação significativa entre o QATHAS e as seguintes variáveis sociodemográficas: idade ($p = 0,021$) e ocupação ($p = 0,011$). Entretanto, não foi evidenciado relação entre o QATHAS e o sexo ($p=0,607$), estudo ($p = 0,881$), número de pessoas que residem em casa ($p = 0,637$), estado civil ($p = 0,451$) e religião ($p = 309$).

Tabela 5 – Associação entre o Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica – QATHAS e as variáveis clínicas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

Variáveis	Nível de Adesão n (%)					P
	70	80	90	100	110	
Grupos						0,026⁺
Hipertensão Arterial	2 (3,4)	8 (13,8)	27 (46,6)	19 (32,8)	2 (3,4)	
Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	0 (0)	22 (9,1)	109 (45)	92 (38)	19 (7,9)	

Continua....

Tabela 5 – Associação entre o Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica – QATHAS e as variáveis clínicas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

Continuação...

Variáveis	Nível de Adesão (%)					P
	70	80	90	100	110	
Tempo de diagnóstico da Hipertensão Arterial (ano)						0,005*
6m -1	1 (11,1)	1 (11,1)	5 (55,6)	2 (22,2)	0 (0)	
1-10	0 (0)	17 (17,3)	48 (49)	29 (29,6)	4 (4,1)	
11-20	1 (0,9)	11 (10,2)	48 (44,4)	37 (34,3)	11(10,2)	
≥21	0 (0)	1 (1,2)	34 (40,5)	43 (51,2)	6 (7,1)	
Diagnósticos associados						0,085 ⁺
Não	1 (0,5)	27 (12,8)	97 (46)	71 (33,6)	15 (7,1)	
Sim	1 (1,1)	3 (3,4)	39 (43,8)	40 (44,9)	6 (6,7)	
Infarto Agudo do Miocárdio						0,257 ⁺
Não	1 (0,4)	28 (11,2)	115 (46)	88 (35,3)	18 (7,2)	
Sim	1 (2)	2 (4)	21 (42)	23 (46)	3 (6)	
Acidente Vascular Cerebral						0,337 ⁺
Não	2 (0,8)	28 (10,5)	117 (44)	98 (36,8)	21 (7,9)	
Sim	0 (0)	2 (5,9)	19 (55,9)	13 (38,3)	0 (0)	
Doença Arterial Coronariana						0,218 ⁺
Não	2 (0,7)	28 (10,3)	128 (47,1)	95 (34,9)	19 (7)	
Sim	0 (0)	2 (7,1)	8 (28,6)	16 (57,1)	2 (7,1)	
Insuficiência Renal Aguda / Insuficiência Renal Crônica						0,893 ⁺
Não	2 (0,7)	29 (10,4)	126(45,3)	102 (36,7)	19 (6,8)	
Sim	0 (0)	1 (4,5)	10 (45,5)	9 (40,9)	2 (9,1)	
Internações (último ano)						0,187 ⁺
Nenhuma	1 (0,5)	27 (12,6)	93 (43,3)	79 (36,7)	15 (7)	
1-10	1 (1,2)	3 (3,5)	43 (50,6)	32 (37,6)	6 (7,1)	

n = 300

+Teste de Qui-quadrado de Pearson

*Teste de Razão de Verossimilhança

A tabela 5 apresenta a relação entre o QATHAS e as características clínicas. As variáveis tempo de diagnóstico de hipertensão ($p = 0,005$) e grupos ($p = 0,026$) associaram-se ao QUATHAS. As demais variáveis não associaram-se ao instrumento, a saber, diagnósticos associados ($p = 0,085$), Infarto Agudo do Miocárdio ($p = 0,257$), Acidente Vascular Cerebral ($p = 0,337$), Doença Arterial Coronariana ($p = 0,218$), Insuficiência Renal Aguda/ Crônica ($p = 0,893$) e internações ($p = 0,187$).

Tabela 6 – Associação entre o Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica – QATHAS e as variáveis sobre o tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

Variáveis	Nível de Adesão n (%)					p
	70	80	70	80	70	
Tempo de tratamento (anos)						0,003*
<1	1 (9,1)	3 (27,3)	3 (27,3)	4 (36,4)	0 (0)	
1-10	1 (0,9)	16 (15)	55 (51,4)	30 (28)	5 (4,7)	
11-20	0 (0)	10 (9,5%)	45 (42,9)	40 (38,1)	10 (9,5)	
≥21	0 (0)	1 (1,3)	33 (42,9)	37 (48,1)	6 (7,8)	
Número de medicamentos de uso diário						0,714*
Não sabe/ Não esta com a receita	0 (0)	0 (0)	1 (50)	1 (50)	0 (0)	
1 a 10	2 (0,8)	28 (10,6)	116(43,8)	102(38,5)	17 (6,4)	
11 a 20	0 (0)	2 (6,7)	17 (56,7)	8 (26,7)	3 (10)	
> 20	0 (0)	0 (0)	2 (66,7)	0 (0)	1 (33,3)	
Número de medicamentos anti-hipertensivos						0,923*
Não sabe/ Não esta com a receita	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	
1 a 10	2 (0,7)	30 (10,1)	134 (45)	111 (37,2)	21 (7)	
11 a 20	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	
Consultas (último ano)						0,008*
Nenhuma	0 (0)	2 (50)	1 (25)	1 (25)	0 (0)	
1-4	1 (0,4)	28 (10)	125(44,5)	109(38,8)	18(6,4)	
5-10	0 (0)	0 (0)	5 (83,3)	0 (0)	0 (0)	
≥11	1 (16,7)	0 (0)	5 (83,3)	0 (0)	0 (0)	

n = 300

*Teste de Razão de Verossimilhança

Ao observarmos a tabela 6 vemos que a variável tempo de tratamento ($p = 0,003$) e consultas ($p = 0,008$) associou-se ao QATHAS, enquanto não foi observado o mesmo

fenômeno quando comparado a número de medicamentos de uso diário ($p = 0,714$) e número de medicamentos anti-hipertensivos de uso diário ($p = 0,923$).

6. DISCUSSÃO

No Brasil, a hipertensão arterial tem se tornado mais frequente em mulheres do que homens na faixa etária superior a 35 anos. Pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL (BRASIL, 2018), apontou frequência de hipertensão arterial de 24,3%, sendo de 26,4% e 21,7%, para mulheres e homens, respectivamente. Neste estudo, não foi observada associação entre os níveis de Adesão do QATHAS, entretanto, 70% dos nossos entrevistados eram do sexo feminino denotando, baixa procura dos serviços de saúde por parte dos homens. Esse fato decorre principalmente, do baixo conhecimento acerca da doença, do tratamento e seguimento inadequado deste, além de uma baixa adesão ao comparecimento das consultas (BARRETO et al, 2018). Historicamente, as mulheres buscam de forma mais precoce e em maior frequência os serviços de saúde (SARFO et al, 2018; BARRETO et al, 2018).

Diante de seu caráter crônico, a hipertensão arterial é mais frequente na população de idosos, entretanto vem se observando aumento em sua incidência na faixa etária de 18 à 60 anos. Os dados da pesquisa revelam que 72% das pessoas que referiram ter diagnóstico de hipertensão estavam com idade igual ou superior a 60 anos, em detrimento de 28% que tinham idade entre 18 e 60 anos, foi evidenciada também uma relação significativa entre idade e nível de adesão do QATHAS ($P=0,021$). Nesse sentido, em estudo de base nacional, verificou-se fenômeno semelhante, no qual, o aumento da frequência do diagnóstico de hipertensão tinha relação diretamente proporcional com aumento dos anos de vida (BRASIL, 2018). Apesar da maior prevalência, a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e a Pressão Arterial Diastólica (PAD) tendem a ficar dentro dos limites tencionais em idosos em comparação com adultos e adultos jovens fato explicado pela menor adesão a terapia farmacológica, negação da doença, ou ocupar-se com atividades fora de casa, o que propicia esquecimento da tomada da medicação (TESHOME, DEMSSIE e ZELEKE, 2018; KHAYYAT et al, 2017).

A escolaridade apresenta relação inversa com a hipertensão arterial, ou seja, quanto menor o grau de instrução/ anos de estudo, maior a incidência da hipertensão (BRASIL, 2018). Assim, observa-se que 48,7 % dos participantes desta pesquisa eram apenas alfabetizados, não foi evidenciada relação estatística com os níveis de adesão do QATHAS. No entanto, vários autores apontam que um baixo nível de escolaridade é um fator determinante para a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo relacionado à menor compreensão acerca da doença, tratamento e seguimento ou mesmo ao analfabetismo em saúde (SILVA et al, 2016; FERDINAND et al, 2017).

Em relação à ocupação, 59,4% dos pacientes eram aposentados ou pensionistas, 17,7% eram empregados ou autônomos e 16% estavam desempregados. A renda mensal de 48% era apenas de um salário mínimo à época (R\$ 937,00). Dada a predominância de pacientes com hipertensão, idosos, justifica-se a maior percentagem de aposentados/pensionistas recebendo um salário mínimo. Entretanto, é importante destacar que existe uma forte associação entre o baixo nível socioeconômico e a falta de adesão aos medicamentos anti-hipertensivos, pois o menor nível aquisitivo impossibilita a compra de medicamentos quando os mesmos faltam nos serviços de saúde (ALSABBAGH et al, 2014; SILVA et al, 2016), neste estudo foi mostrada relação significativa entre ocupação e o nível de adesão do QATHAS ($p = 0,011$).

O apoio social e familiar é outro elemento importante na adesão terapêutica. Shen et al (2016) em estudo randomizado evidenciaram melhora da adesão ao tratamento e do controle do nível pressórico a médio prazo, além da diminuição do consumo de sal em pacientes que tiveram apoio/ supervisão familiar. Nesse sentido, nesta pesquisa, a maioria dos pacientes morava com 1 a 3 pessoas (62,7%) e apenas 14% moravam sozinhos. Esse fato sugere falha de apoio familiar, pois se essa rede de apoio social/ familiar estiver frágil poderá afetar de forma negativa a adesão ao tratamento anti-hipertensivo (FERDINAND et al, 2017). Nesse sentido, não foi apontada associação significativa entre o número de pessoas que residem em casa e o QATHAS.

Outro aspecto importante é o estado civil. Nesse interim, a maioria dos pacientes eram casados ou em união estável (54,7%), entretanto uma parte significativa, 31,3% eram divorciados, separados ou viúvos. Assim sendo, é relevante destacar que estar divorciado ou viúvo pode ser um fator que propicie a não adesão ao tratamento devido a vínculos afetivos mais frágeis (ALHADDAD et al, 2016). No entanto, neste estudo não foi verificada associação significativa entre o estado civil e o QATHAS.

Quanto à designação religiosa, 64% dos pacientes eram católicos e 29,3% eram cristãos protestantes, cenário que reflete o perfil religioso da população brasileira, não foi evidenciada relação entre o QATHAS e a religião professada. Entretanto, a religiosidade ou o sentimento de bem estar espiritual pode favorecer a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, acerca disso, estudo aponta que níveis elevados de espiritualidades estão relacionados a menores níveis tensionais sistólicos e diastólicos em ambulatório (HOLT – LUSTAND et al, 2011).

A presença de diabetes mellitus ocorreu em 80,7% dos pacientes. Sendo uma doença de caráter crônico, a diabetes relaciona-se intimamente com a hipertensão por serem

ambas decorrentes, na maioria dos casos, de comportamentos de vida inadequados em relação à saúde. Nessa perspectiva, vários estudos apontam que ter outra comorbidade dificulta a adesão ao tratamento anti-hipertensivo (AGEDOM, ATEY e DESSE, 2018; KHAYYAT et al, 2017; MEKONNEN et al, 2017). O diabetes, dentre essas comorbidades, vem relacionando-se ao descontrole pressórico em pacientes com hipertensão (LI et al, 2016). Nesse estudo, foi mostrada diferença significativa ($p= 0,026$) quanto aos níveis de adesão do QATHAS entre os grupos de pacientes com apenas HA e os pacientes com HA mais diabetes mellitus.

Outro fator importante na adesão ao tratamento é o tempo de tratamento e diagnóstico de HA. Acerca disso, nosso estudo evidenciou que dos 300 pacientes atendidos em um serviço especializado, 36% tinham entre 10 à 20 anos de diagnóstico de HA e 35,7% tinham entre 1 a 10 anos de tratamento, foi evidenciada relação significativa entre o tempo tratamento ($p = 0,003$) / diagnóstico ($p = 0,005$) e os níveis de adesão do QATHAS. Sobre esse aspecto, Sarfo et al (2018), em estudo transversal realizado em Gana apontaram relação entre maior tempo de diagnóstico e descontrole pressórico. Já Mekonnen et al (2017) afirmaram que uma longa duração no tratamento favorece a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Acredita-se que um longo tempo de tratamento e diagnóstico pode favorecer um maior conhecimento por parte do paciente acerca da doença e terapêutica, entretanto a adesão ao tratamento e, por conseguinte o controle pressórico, sofre influência, também de aspectos motivacionais do pacientes, fatores socioeconômicos, fatores relacionados ao sistema de saúde, fatores relacionados à terapia e, por fim, fatores relacionados ao paciente (FERDINAND *et al*, 2017).

A polifarmácia (≥ 5 medicamentos) é uma importante característica a se considerar no que se refere à adesão ao tratamento medicamentoso para hipertensão. Os dados da pesquisa mostram que 88,3% dos pacientes ingeriam de 1 a 10 medicamentos de uso diário e 99,3% tomavam de 1 a 10 medicamentos anti-hipertensivos diariamente.. Diante disso, pode-se inferir que a maioria dos pacientes tomava até 10 medicamentos diários e destes, boa parte era para tratamento da hipertensão. Não foi evidenciada relação estatística entre os níveis do QATHAS e número de medicamentos de uso diário e de medicamento anti-hipertensivos de uso diário. No entanto, Wachholz et al (2016), afirmam que quanto maior o número de medicamentos em uso, maiores as chances de apresentar controle tensional fora das metas. Estudo realizado em Gana (SARFO et al, 2018) mostrou relação entre descontrole pressórico e maior número de medicamentos prescritos, enquanto pesquisa feita na Etiópia apontou que pacientes que tomavam até 3 medicamentos por dia tinham uma pressão controlada em relação aos que ingeriam além dessa quantidade (TESHOME, DEMSSIE e

ZELEKE, 2018). Acredita-se que quanto maior a quantidade de medicamentos diários mais complexos se torna o tratamento dificultando, dessa forma, a adesão ao tratamento e, por conseguinte ocasionando baixo controle pressórico já que ambos estão intimamente relacionados (OMAR et al, 2018; KHAYYAT et al, 2017).

Ainda acerca da tomada dos medicamentos, 39,3% afirmaram não deixar de tomar a medicação, 79% deixam de tomar a medicação ao menos uma vez por ano (ou nunca) na dose prescrita, 49,3% deixam de tomar a medicação ao menos uma vez por ano (ou nunca) nos horários estabelecidos e 93,3% tomar a medicação independentemente de sentir algum sintoma. Esse dado nos sugere uma boa adesão ao tratamento medicamentoso, reflexo de programas governamentais e de uma atenção interdisciplinar de qualidade que gera impactos positivos na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Entretanto, as medidas como educação em saúde que vise a promoção de saúde e a prevenção de agravos, regimes terapêuticos menos complexos, boa relação profissional de saúde- paciente, dentre outras medidas devem continuar ser estimuladas e encorajadas nos serviços de atenção a saúde da pessoa com hipertensão arterial (BARRETO, REINERS e MARCON, 2014).

Os entrevistados apresentaram boa adesão às consultas na instituição, 93,7% participaram de 1 a 4 consultas anuais. Foi mostrada associação significativa com o nível de adesão do QATHAS ($P = 0,008$). Quando questionados acerca do comparecimento as consultas agendadas, 92,3% afirmaram que compareciam. Acerca disso é importante destacar que participação nas consultas médicas e de enfermagem favorece a adesão ao tratamento. Estudo recente realizado no Brasil evidenciou que pacientes que não utilizavam as consultas não aderiam a farmacoterapia e em consequência disso, apresentavam descontrole pressórico (BARRETO et al, 2018).

A Hipertensão Arterial mantém uma associação independente com Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Doença Arterial Periférica (DAP) e Doença Renal Crônica (DRC), dentre outras (MALACHIAS et al, 2016). Neste estudo, 29,7% dos pacientes tiveram algum dos eventos supracitados. Assim, é importante destacar que uma boa adesão ao tratamento anti-hipertensivo diminui o risco a ocorrência de eventos cardiovasculares como os citados, especialmente em idosos (QANHE et al, 2017). Lee, Jang e Park (2017), por exemplo, em estudo na Coreia do Sul, afirmam que a não adesão a medicação associa-se significativamente a um maior risco de AVC. Em acréscimo, outra pesquisa mostrou que um incremento de 20% no nível de adesão ao tratamento medicamento anti-hipertensivo foi associado a um risco 9% menor de acidente vascular cerebral (TAO et

al, 2017). Entretanto, os dados da pesquisa não apontaram associação significativa entre IAM, AVC, DAC, DRC/DRA e o nível de adesão ao QATHAS.

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo relaciona-se positivamente com o controle pressórico (KHAYYAT et al, 2017). Da mesma forma, a baixa adesão associa-se a um descontrole pressórico evidenciado principalmente pelas crises hipertensivas (OMAR et al, 2018; KILONZO et al, 2017). Assim, a frequência de 1 a 10 crises por ano foi de 50,3% dos pacientes indicando possíveis falha na adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Nesse sentido, Schoentaler et al (2017) apontam que as principais causas da baixa adesão estão relacionadas a baixa centralização do paciente na interação paciente-provedor e a não abordagem das circunstâncias sociodemográficas do paciente ou seu regime de medicação durante a consulta.

No que tange ao número de internações, 28,3% dos pacientes afirmaram ter se internado de 1 a 10 vezes no ano, não foi demonstrada associação entre número de internações e os níveis de Adesão ao QATHAS. Os principais motivos apontados foram: cirurgias, complicações cardiovasculares, hipoglicemia, complicações respiratórias e câncer entre outras. Entre esses fatores apontados destacam-se dois em especial, a hipoglicemia decorrente principalmente do diabetes associada à hipertensão, e as complicações cardiovasculares, que se originam de um fator de risco significativo, já bem estabelecido na literatura que é a hipertensão arterial.

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas, sendo que uma deve sempre estar associada à outra visando o controle pressórico. A adesão ao tratamento não medicamento impacta significativamente a qualidade de vida da pessoa com hipertensão arterial. Metanálise de Souza, Borges e Moreira (2016) evidenciou que o tratamento não-farmacológico melhora a qualidade de vida global e o domínio físico de pessoas com hipertensão arterial, enquanto o tratamento farmacológico impacta positivamente os domínios mental, físico e escore total da qualidade de vida. O tratamento medicamentoso tornou-se rotina para 96% dos pacientes, enquanto o não medicamentoso tornou-se rotina para 62%, dado que revela a dificuldade na implementação das medidas/ mudanças comportamentais.

Dentre as medidas não farmacológicas está a redução do consumo de sal. A maioria dos pacientes relataram comer praticamente insosso (45%), entretanto 10,3% afirmaram não terem diminuído o sal na alimentação. A adição de sal nas refeições está associada ao descontrole pressórico, fato explicado principalmente pelo mecanismo fisiopatológico da hipertensão arterial (TESHOME, DEMSSIE e ZELEKE, 2018). Diante

disso, os profissionais de saúde devem atuar em colaboração com pacientes e familiares visando a redução do sal na alimentação. Shen et al (2016) comprovaram em seu estudo que a supervisão familiar associou-se de forma significativa com a redução do sal alimentar.

Outra medida não medicamentosa importante é a redução no consumo de gorduras. Nesta pesquisa verificou-se que 45 % dos pacientes informaram comer praticamente sem gordura, enquanto 9,7% relataram não ter diminuído o consumo de gordura na alimentação, o que nos sugere boa adesão dos pacientes quanto a esta recomendação dietética. Acerca disso, a *American Heart Association* recomenda baixo consumo de gorduras saturadas e maior consumo de gorduras poli-insaturadas, pois essa mudança tem sido relacionada a redução nos eventos de doenças cardiovasculares (FRANK et al, 2017).

Também foi avaliado o consumo de carnes brancas, prática que vem sendo recomendada pela dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) a qual preconiza a redução no consumo de carne vermelha e recomenda maior ingestão de carnes brancas com, por exemplo, peixe e frango (MALACHIAS *et al*, 2016). Essa dieta vem associando-se a redução da pressão arterial (SCHWINGSHACKL et al., 2018). Acerca disso, metanálise (SANEI et al., 2014) evidenciou que a dieta DASH reduziu significativamente a pressão arterial sistólica em 6,74 mmHg e pressão arterial diastólica em 3,54 mmHg em pacientes adultos. Neste estudo, verificou-se que 44,7% dos pacientes consumiam carnes brancas na frequência de 4 ou mais vezes por semana, o que aponta uma boa adesão dos pacientes quanto a esta medida recomendada.

Quanto ao consumo de bebidas doces e com açúcar é importante destacar que ele pode predispor o paciente com hipertensão arterial ao diabetes mellitus. Conforme já foi citado, a maioria dos participantes da pesquisa tinham diabetes mellitus, constatando-se que 18,3% destes reduziram à metade o consumo de açúcar e doce, entretanto, 17% não reduziram esse consumo. Esse dado sinaliza a necessidade de uma abordagem educacional que estimule o paciente na adoção da redução do açúcar, visto que a diabetes mellitus é um fator de risco para o descontrole pressórico (LI et al, 2016).

Em relação a prática de atividade física, esta foi dentre as medidas não medicamentosas a que apresentou menos adesão. Assim, 61,7% dos pacientes relataram que não realizavam pelo menos 30 minutos de exercício físico (caminhada, natação, ciclismo). Acerca disso, é importante destacar que a prática de atividade física bem estruturada vem sendo recomendada como parte da terapêutica anti-hipertensiva (WHELTON et al., 2018), auxiliando no controle pressórico, ao passo que a sua não prática tem se relacionado com o descontrole da pressão arterial (TESHOME, DEMSSIE e ZELEKE, 2018).

Por fim, a adesão segundo o Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica – QATHAS mostrou que a maioria dos pacientes estava no nível 90 e 100, nenhum paciente esteve no nível 60, nível mais baixo do questionário, revelando uma boa adesão ao tratamento anti-hipertensivo em uma unidade de atenção secundária. Entretanto, poucos pacientes estiveram no nível 110, maior nível da escala evidenciando a necessidade de medidas que visem promover a melhoria dessa adesão.

7. CONCLUSÃO

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo é um fenômeno complexo e multifatorial que tem gerado impactos socioeconômicos, de morbidade e mortalidade. Diversos instrumentos foram criados para mensurá-lo dificultando, dessa forma a padronização da adesão ao longo das diversas regiões do mundo.

Neste estudo, evidenciou-se que uma unidade secundária especializada no atendimento a pacientes com hipertensão, a maioria da população atendida era de idosos do sexo feminino, com baixa escolaridade e baixa renda tendo como principal comorbidade associada, o diabetes mellitus. O tempo de diagnóstico da doença foi entre 11 a 20 anos, sendo que a maioria tomava de 1 a 10 medicamentos diariamente em sua maioria para controle da pressão arterial. Verificou-se boa adesão ao comparecimento das consultas.

A adesão mensurada pelo QATHAS foi de 90 para a maioria dos pacientes, evidenciando uma adesão mediana. Idade, ocupação, possuir diabetes, tempo de diagnóstico e tratamento para Hipertensão Arterial e número de consultas anuais apresentaram relação significativa com a adesão calculada pelo instrumento.

De acordo com os dados levantados nesse estudo vê-se o desafio da adesão ao tratamento da hipertensão arterial, nos apontando a necessidade de práticas de educação e promoção em saúde que visem a melhora da adesão dos pacientes ao tratamento. Nesse âmbito, o enfermeiro enquanto membro da equipe multidisciplinar tem papel relevante frente a esses pacientes nos diferentes níveis de atenção a saúde, visto que tem por premissa o cuidado holístico ao paciente. Esse profissional deve promover a adaptação do paciente a essa nova condição de vida capacitando-o para o autocuidado e para cumprimento das metas do tratamento.

Como principal limitação da pesquisa identifica-se a não mensuração da pressão arterial e avaliação de parâmetros laboratoriais, a falta de seguimento após a mensuração dos dados, a dificuldade por parte dos pacientes na compreensão acerca das perguntas devido a baixa escolaridade. Recomendam-se estudos em outros cenários visando uma melhor compreensão acerca do fenômeno adesão. Também, sugerem-se estudos de intervenção que visem a promoção da adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

- ALHADDAD, I. *et al.* Treatment adherence and quality of life in patients on antihypertensive medications in a Middle Eastern population: adherence. **Vas. health and risk manag.** v. 12, p.407-13, out. 2016.
- ALSABBAGH, M. H. D. W. *et al.* Socioeconomic Status and Nonadherence to Antihypertensive Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Value health**, v. 17, n. 2, p.288-96, mar. 2014.
- ASGEDOM, S. W.; ATEY, T. M.; DESSE, T. A.. Correction to: Antihypertensive medication adherence and associated factors among adult hypertensive patients at Jimma University Specialized Hospital, southwest Ethiopia. **BCM Res. Notes.**, v. 11, n. 1, p.1-8, ago. 2018.
- BARRETO, M. S. *et al.* Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 3, p.795-804, mar. 2018.
- BARRETO, M. S. REINERS, A. A. O.; MARCON, S. S. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 22, n. 3, p.491-8, jun. 2014.
- BASTOS-BARBOSA, R. G. *et al.* Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 99, n. 1, p. 636-42, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Informações epidemiológicas e morbidade.** Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?hiperdia/cnv/hdce.def> >. Acesso em 02 de junho de 2016a.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Informações epidemiológicas e morbidade.** Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def> >. Acesso em 02 de junho de 2016b.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- CARVALHO, A. L. M. *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Cienc. Saude Colet.**, v. 17, n. 7, p.1885-92, 2012.

CAVALARI, E. *et al.* Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. **Rev. Enferm. UERJ.**, v. 20, n.1, p. 67-72, jan/mar, 2012.

COLÓSIMO, F. C. *et al.* Atuação da enfermeira eleva o controle de hipertensos e diminui o efeito do avental branco. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, p.10-5, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

COSTA, Y. F. *et al.* Educational role of nurses in joining the treatment of Systemic Arterial Hypertension: integrative literature review. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n.4, p. 473-81, 2014.

DANIEL, A.C.Q.G.; VEIGA, E.V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein**, v.11, n.3, p.331-7, 2013.

DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psic, Saude & Doenças**, v. 2, n.2, p. 81-100, 2001.

EID, L.P. *et al.* Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo teste de Morisky-Green. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 15, n.2, p.362-7, 2013.

FAVA, S.M.C.L. *et al.* Nursing Diagnose and Interventions Proposal for clientes with hypertension. **Rev. enferm. UERJ.**, v.18, n.4, p. 536-40, out/dez 2010.

FERDINAND, K. C. *et al.* Improving medication adherence in cardiometabolic disease: practical and regulatory implications. **J. Am. Coll. Cardiol**, v. 69, p. 437-451, 2017.

FERREIRA, R.A; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. saúde pública**, v.30, n. 4, p. 815-26, abr, 2014.

FERREIRA, M. A.; IWAMOTO, H. H. Determinants of adherence to treatment of hypertension patients registered in the hiperdia program of the primary health care. **Reme Rev. Min. Enferm.** v. 21, p. e-1037, 2017.

FRANK M, *et al.* Dietary Fats and Cardiovascular Disease: A Presidential Advisory From the American Heart Association. **Circulation**, v.136, n. 6, p. e1 - e23, jun. 2017.

FREITAS, J.G.A.F.; NIELSON, S.E.O.; PORTO, C.C. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa de literatura. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.**, v. 13, n. 1, p. 75-84, jan/mar, 2015.

GREZZANA, G.B.; STEIN, A.T.; PELLANDA, L.C. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial por meio da monitorização ambulatorial de 24 horas. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 100, n.4, p.355-61, 2013.

HAYNES, R.B. *et al.* Can simple clinical measurements detect patient noncompliance? **Hipertension**, v. 2, n. 6, p. 757-64, 1980.

HOLT-LUNSTAD, J. *et al.* Understanding the connection between spiritual well-being and physical health: an examination of ambulatory blood pressure, inflammation, blood lipids and fasting glucose. **J. behav. med.**, v. 34, n. 6, p.477-88, abr. 2011.

KHAYYAT, S. M. *et al.* Predictors of Medication Adherence and Blood Pressure Control among Saudi Hypertensive Patients Attending Primary Care Clinics: A Cross-Sectional Study. **Plos ONE**, v. 12, n. 1, p. e0171255, jan. 2017.

KILONZO, S. B. *et al.* Control of hypertension among diabetic patients in a referral hospital in Tanzania: a cross-sectional study. **Ethiopian Journal of Health Sciences**, v. 27, n. 5, p.473-74, ago. 2017.

KROUSEL-WOOD, M. *et al.* New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. **Am. j. manag. care.**, v. 15, n. 1, p. 59-66, 2009.

LEDUR, P.S. *et al.* Perception of uncontrolled blood pressure and non-adherence to anti-hypertensive agents in diabetic hypertensive patients. **J. Am. Soc. Hypertens.**, v. 7, n. 6, p.477-83, nov. 2013.

LEE, H. J.; JANG, S.; PARK, E. Effect of adherence to antihypertensive medication on stroke incidence in patients with hypertension: a population-based retrospective cohort study. **BMJ Open**, v. 7, n. 6, P. e014486, jun. 2017.

LI, Y. T. *et al.* Medication Adherence and Blood Pressure Control Among Hypertensive Patients With Coexisting Long-Term Conditions in Primary Care Settings. **Medicine**, v. 95, n. 20, p. e3572, maio 2016.

MACHADO, A. L. G. *et al.* Clinical and epidemiological profile and adhesion to the treatment of elderly hypertension. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n.12, p. 4906-12, dez. 2017.

MAGNABOSCO, P. *et al.* Comparative analysis of non-adherence to medication treatment for systemic arterial hypertension in urban and rural populations. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 23, n. 1, p.20-7, fev. 2015.

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. bras. cardiol.** , v. 107, 3Supl. 3, p. 1-83, 2016.

MALTA, D.C. *et al.* Prevalence of high blood pressure measured in the Brazilian population, National Health Survey, 2013. **São Paulo med. j.**, v. 134, n. 2, p. 163-70, 2016.

MEKONNEN, H. S. *et al.* Drug adherence for antihypertensive medications and its determinants among adult hypertensive patients attending in chronic clinics of referral hospitals in Northwest Ethiopia. **BMC pharmacol. (online)**, v. 18, n. 1, p. e27, abr. 2017.

MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med. care.**, v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.

OLIVEIRA-FILHO, A. D. et al. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de Morisky (MMAS-8) e o Controle da Pressão Arterial. **Arq Bras Cardiol.** v. 99, n. 1, p. 649-58, 2012.

OLIVEIRA-FILHO, A.D. *et al.* The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: Validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. **Reserach in Social and Administrative Pharmacy.**, v. 10, p. 554-61, 2014.

OMAR, S. M. *et al.* Assessment of blood pressure control in adult hypertensive patients in eastern Sudan. **BMC cardiovasc. disord. (online)**, v. 18, n. 1, p.1-2, fev. 2018.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUANHE, Y. *et al.* Antihypertensive Medication Adherence and Risk of Cardiovascular Disease Among Older Adults: A Population-Based Cohort Study. **Journal of the American Heart Association**, v. 6, p. e006056, 2017.

ROCHA, T.P.O. et al. Estudo comparativo entre diferentes métodos de adesão ao tratamento em pacientes hipertensos. **Int. J, Cardiovc. Sci.**, v. 28, n.2, 122-9, 2015.

RODRIGUES, M.T.P. **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: desenvolvimento de um instrumento avaliativo com base na Teoria da Resposta ao Item (TRI).** 2012. 163 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR, Fortaleza, 2012.

RODRIGUES, M.T.P.; MOREIRA, T.M.M.; ANDRADE, D.F. Elaboration and validation of instrument to assess adherence to hypertension treatment. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.2, p. 1-9, 2014.

RUFINO, D.B.R.; DRUMMOND, R.A.T.; MORAES, W.L.D. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde. **J.. Health. Sci. Inst.**, v. 30, n.4, p.336-42, 2012.

SANEEI, P. *et al.* Influence of Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet on blood pressure: A systematic review and meta-analysis on randomized controlled trials. **Nutr. metab. cardiovasc. dis.**, v. 24, n. 12, p.1253-61, dez. 2014.

SANTA-HELENA, E.T.; NEMES, M.I.B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir a não adesão ao tratamento com medicamnetos. **Rev. Saude Publica.**, v. 42, n. 4, p. 764-7, 2008.

SANTOS, J. F. S. *et al.* Quality of life, depressive symptoms and adherence to treatment of people with hypertension. **Enferm. Foco**, v. 7, n. 2, p. 17-21, ago. 2016.

SARFO, F. S. et al. Factors associated with uncontrolled blood pressure among Ghanaians: Evidence from a multicenter hospital-based study. **Plos ONE**, v. 13, n. 3, p.e0193494, mar. 2018.

SCHOENTHALER, A. *et al.* Addressing the social needs of hypertensive patients the role of patient-provider communication as a predictor of medication adherence. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**, v. 10, n. 9, p. e003659, jun. 2017.

SCHWINGSHACKL, L. *et al.* Comparative effects of different dietary approaches on blood pressure in hypertensive and pre-hypertensive patients: A systematic review and network meta-analysis. **Crit. rev. food sci. nutr.**, p.1-14, maio 2018.

SHEN, Y. *et al.* Family member-based supervision of patients with hypertension: a cluster randomized trial in rural China. **J. hum. hypertens.**, v. 31, n. 1, p.29-36, fev. 2016.

SILVA, A. P. *et al.* Factors associated with non-adherence to treatment of hypertension: an integrative review. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (on line)**, v. 8, n. 1, p.4047-4055, jan. 2016.

SOUZA, A. C. C.; BORGES, J. W. P.; MOREIRA, T. M. M. Quality of life and treatment adherence in hypertensive patients: systematic review with meta-analysis. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, n. 71, p.1-2, 2016.

SOUZA, C. S. *et al.* Blood Pressure Control in Hypertensive Patients in the: A Territory-Based Study. **Arq. bras. cardiol.**, v. 6, n. 102, p.571-8, 2014.

TAO, X. *et al.* Adherence to Antihypertensive Medications and Stroke Risk: A Dose-Response Meta-Analysis. **Journal of the American Heart Association**, v. 6, p. e006371, 2017.

TESHOME, D. F.; DEMSSIE, A. F.; ZELEKE, B. M.. Determinants of blood pressure control amongst hypertensive patients in Northwest Ethiopia. **Plos ONE**, v. 13, n. 5, e0196535, maio 2018.

WACHHOLZ, P. A. *et al.* Factors related to blood pressure control in a prospective cohort of hypertensive outpatients. **Acta Sci., Health Sci.**, v. 38, n. 1, p.57-63, jun. 2016.

WHELTON, P. K. *et al.* 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **Hypertension**, v. 71, n. 6, p.1-2, jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva (SW): WHO, 2014.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS
PRIMEIRA PARTE – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	
1. Sexo: 1Masculino 2Feminino	1 ____
2. Idade: 1>18 anos 2≥60 anos	2 ____
3. Escolaridade: 0nenhum/analfabeto 6nível técnico incompleto 3 ____ 1alfabetizado 7nível técnico completo 2ensino fundamental incompleto 8ensino superior incompleto 3ensino fundamental completo 9ensino superior completo 4ensino médio incompleto 10pós-graduação incompleta 5ensino médio completo 11pós-graduação completa	
4. Ocupação: 1empregado 4Outros 7autônomo 4 ____ 2desempregado 5aposentado por invalidez 3do lar 6aposentado/pensionista	
5. Renda mensal R\$: 0 sem renda (dependente de parentes) 3>1 a 2 salários mínimos 5 ____ 1<1 salário mínimo 4>2 salários mínimos 2 1 salário mínimo	
6. Estado civil: 1solteiro, s/ relacionamento fixo 6 ____ 2solteiro, c/ relacionamento fixo 3casado 4união estável 5separado ou divorciado, mas namorando ou se relacionando com alguém 6separado ou divorciado, mas sem namorar ou se relacionar com alguém 7viúvo(a)	
7. Nº de pessoas que residem em sua casa: 1 mora sozinho(a) 4 7 a 9 7 ____ 2 1 a 3 5>10 3 4 a 6	
8. Religião 1 Católica 6 Umbanda, quimbanda ou candomblé 8 ____ 2 Cristã protestante 7 Budismo 3 Mórmon 8 Agnóstico 4 Testemunha de Jeová 9 Não tem religião, mas acredita na existência de Deus 5 Espírita 10 Ateu	
VARIÁVEIS CLÍNICAS	
9. Grupos 1Pessoas c/ hipertensão 2Pessoas c/ hipertensão e diabetes	9 ____
10. Apresenta diagnósticos associados? 10 ____ 10.1 ____ 10.2 ____ 10.3 ____ 10.4 ____ 0 não 1 sim 10.1() Infarto agudo do miocárdio 10.3() Doença arterial coronariana 10.2() Acidente vascular cerebral 10.4() Insuficiência renal aguda ou crônica	
11. Tempo de diagnóstico da hipertensão arterial (em anos):	11 ____
1 <1 ano 3 11 a 20 anos 2 1 a 10 anos 4 >20 anos	
12. No último ano quantas crises de hipertensão arterial você apresentou?	12 ____
0 nenhuma 2 11 a 20 crises 1 1 a 10 crises 3 >20 crises	
13. No último ano quantas internações ocorreram?	13 ____
0 nenhuma 2 11 a 20 internações	

1 1 a 10 internações 3 >20 internações		
14. Se ocorreu internação, qual o motivo?		14 _____
0 não se aplica	11 Tontura/síncope	
1 Hipoglicemia	12 Complicações cardiovasculares	
2 Hiperglicemia	13 Complicações neurológicas	
3 Hipotensão	14 Complicações respiratórias	
4 Hipertensão	15 Complicações hidroeletrólíticas	
5 Glicemia e pressão alteradas	16 Chikungunya	
6 Crise hipertensiva	17 Queda	
7 Cirurgia	17 Pé diabético	
8 Câncer	18 Ferimento	
9 Inflamação	19 Síndrome do túnel do carpo	
10 Infecção	20 Abuso de álcool	
VARIÁVEIS SOBRE O TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO		
15. Tempo de tratamento (em anos):		15 _____
1 <1 ano	3 11 a 20 anos	
2 1 a 10 anos	4 >20 anos	
16. Número de medicamentos de uso diário:		16 _____
0 não sabe/não está com a receita	2 11 a 20 medicamentos	
1 1 a 10 medicamentos	3 >20 medicamentos	
17. Número de medicamentos anti-hipertensivos de uso diário:		17 _____
0 não sabe/não está com a receita	2 11 a 20 medicamentos	
1 1 a 10 medicamentos	3 >20 medicamentos	
18. Comparecimento às consultas para controle da hipertensão arterial		18 _____
durante o último ano:		
0 nenhuma	2 5 a 10 consultas	
1 1 a 4 consultas	3 >10 consultas	

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado por Beatriz da Silva Lima como participante da pesquisa intitulada “Influência do sentimento de impotência na adesão ao tratamento anti-hipertensivo”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Nesta pesquisa serão coletadas informações sobre você, o seu tratamento e como se sente quanto à sua capacidade para segui-lo. As informações serão coletadas em sala reservada no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH) por meio de 41 perguntas, durante 15 minutos aproximadamente, com autorização do responsável pela instituição.

Comprometo-me a garantir o seu direito de não ser identificado por meio dos dados fornecidos, exceto aos responsáveis pela pesquisa; de acesso às informações coletadas; e à liberdade de continuar ou encerrar sua participação no estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sem qualquer prejuízo à sua saúde e ao seu atendimento nesta instituição. Não será oferecido nenhum pagamento ou gratificação pela participação na pesquisa.

Como as informações serão coletadas em entrevista, os riscos serão mínimos e, caso se detecte situações de constrangimento com crise de choro ou recusa para falar, a coleta será interrompida e o paciente receberá apoio da pesquisadora. A pesquisa não trará prejuízos para a instituição e beneficiará a melhoria do cuidado oferecido às pessoas com hipertensão arterial.

Os resultados serão apresentados ao Curso de Mestrado e divulgados em publicações de artigos científicos e eventos para profissionais estudiosos do assunto.

Espero contar com sua cooperação e agradeço pela atenção. Estou à disposição nos seguintes contatos: e-mail: beatrizsl@hotmail.com / Tel: (85) 996259899.

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Beatriz da Silva Lima

Instituição: Departamento de Enfermagem – Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo.

Telefones para contato: (85) 9 96259899

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ___ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ___/___/___

	/ /	
Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura

Beatriz da Silva Lima	/ /	
Nome da pesquisadora	Data	Assinatura

	/ /	
Nome da testemunha (se o participante não souber ler)	Data	Assinatura

	/ /	
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura