

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Vitoria Jabre Rocha Manso

**Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial
sistêmica em área com grande vulnerabilidade social**

Rio de Janeiro

2023

Vitoria Jabre Rocha Manso

**Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial
sistêmica em área com grande vulnerabilidade social**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia Ambiental

Orientador: Prof. Dr. Raphael Mendonça Guimarães.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Factors associated with adherence to pharmacological treatment of arterial hypertension systemic in an area with great social vulnerability.

M288f Manso, Vitoria Jabre Rocha.
Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica em área urbana com grande vulnerabilidade social / Vitoria Jabre Rocha Manso. -- 2023.
62 f. : il.

Orientador: Raphael Mendonça Guimarães.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública e Meio Ambiente) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.
Bibliografia: f. 51-55.

1. Hipertensão. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Cooperação e Adesão ao Tratamento. 4. Adesão à Medicação. 5. Fatores de Risco. I. Título.

CDD 616.132

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348 Biblioteca de Saúde Pública

Vitoria Jabre Rocha Manso

Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica em área com grande vulnerabilidade social

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia Ambiental

Aprovada em: 05 de maio de 2023.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Mariana dos Passos Ribeiro Pinto Basilio de Oliveira
Universidade Estácio de Sá

Prof.^a Dra. Ilce Ferreira da Silva
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof. Dr. Raphael Mendonça Guimarães (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2023

Aos meus filhos por tanto amor, à minha mãe e irmão pela presença e motivação e ao meu pai
(*in memoriam*) que com certeza ainda me fortalece.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me abençoar com força e sabedoria durante todos esses anos de estudo e prestação de serviço na rede pública de saúde e agora para a finalização de mais uma etapa em minha vida acadêmica.

Agradeço à minha família, principalmente aos meus filhos, Henrique e Leonardo, à minha mãe Maria, ao meu irmão Junior e ao meu pai Carlos (*in memoriam*) por todo amor e inspiração que sempre me manteve firme em meus ideais.

Ao Prof. Dr. Raphael Guimarães, muito obrigada pela confiança, orientação, ensinamentos e contribuição para a conclusão deste trabalho.

Agradeço também a cada paciente que gentilmente aceitou a participar e colaborar para essa pesquisa.

Por fim agradeço a todos os meus amigos que sempre acreditaram no meu sucesso e às equipes do Hospital Federal dos Servidores do Estado e do Centro Municipal de Saúde de Duque de Caxias que me apoiaram nessa trajetória, em especial ao Dr. Marcelo Holanda e à Enfermeira Jacilene Maria Marques, meus sinceros agradecimentos por toda colaboração e incentivo, os quais foram essenciais para a realização deste trabalho de Mestrado.

Mesmo que já tenhas feito uma longa caminhada, há sempre um novo
caminho a fazer.

(SANTO AGOSTINHO)

RESUMO

O tratamento da hipertensão arterial, sendo uma doença crônica não transmissível, tem mais benefício do que riscos. No entanto, tem sido evidenciado um baixo controle dos níveis pressóricos e manutenção de fatores de risco evitáveis em hipertensos. Esses fatores podem estar associados com a baixa adesão ou a não adesão ao tratamento desta doença em especial nos atendimentos de atenção primária à saúde tornando-se um problema de saúde pública no Brasil e principalmente em regiões com baixas condições sociodemográficas. Caracterizar e identificar possíveis fatores associados a baixa adesão ao tratamento farmacológico em pacientes hipertensos acompanhados em programas de prevenção primária é fundamental para direcionar os cuidados e tratamento das ações em saúde, seja para implantar, propor ou ofertar serviços de saúde e até planejar recursos terapêuticos. A coleta de dados sobre variáveis e determinantes sociais dos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde e a aplicação de questionários de avaliação de adesão ao tratamento são ferramentas amplamente utilizadas em estudos prévios que pesquisaram tais fatores. Este trabalho utilizou desses meios em uma Unidade de Atenção Primária referenciada para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis em Duque de Caxias, considerada um município de grande vulnerabilidade social no estado do Rio de Janeiro. Na amostra pesquisada a prevalência da adesão ao tratamento farmacológico foi considerada baixa. Dentre os fatores avaliados, os mais associados com a baixa adesão foram a idade avançada, a baixa escolaridade, a utilização de mais de 5 medicações por dia e a presença de uma comorbidade ou mais além da Hipertensão arterial. A compreensão desses fatores ajuda a melhorar as estratégias oferecidas no atendimento em unidades de atendimento primário, visando uma manutenção do tratamento regular e sua adesão.

Palavras-chave: hipertensão; atenção primária à saúde; cooperação e adesão ao tratamento; adesão à medicação; fatores de risco.

ABSTRACT

The treatment of arterial hypertension, being a chronic non-communicable disease, has more benefits than risks. However, there has been evidence of poor control of blood pressure levels and maintenance of avoidable risk factors in hypertensive patients. These factors may be associated with low adherence or non-adherence to the treatment of this disease, especially in primary health care, becoming a public health problem in Brazil and especially in regions with low sociodemographic conditions. Characterizing and identifying possible factors associated with low adherence to pharmacological treatment in hypertensive patients followed up in primary prevention programs is essential to direct care and treatment of health actions, whether to implement, propose or offer health services and even plan therapeutic resources. The collection of data on variables and social determinants of patients using the Unified Health System and the application of questionnaires to assess adherence to treatment are tools widely used in previous studies that investigated such factors. This work used these means in a Primary Care Unit referenced for the treatment of chronic non-communicable diseases in Duque de Caxias, considered a municipality of great social vulnerability in the state of Rio de Janeiro. In the studied sample, the prevalence of adherence to pharmacological treatment was considered low. Among the factors evaluated, those most associated with poor adherence were advanced age, low education, use of more than 5 medications per day and the presence of a comorbidity or more besides arterial hypertension. Understanding these factors helps to improve the strategies offered in primary care units, aiming at maintaining regular treatment and adherence.

Keywords: hypertension; primary health care; cooperation and adherence to treatment; medication adherence; risk factors.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Fatores que influenciam a adesão ao tratamento da hipertensão arterial e intervenções para melhorá-la, listados de acordo com as cinco dimensões...	29
Quadro 2 - Classificação da Pressão arterial	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos usuários hipertensos cadastrados no programa Hiperdia do CMS-DC, 2022.....	38
Tabela 2 -	Resultado das Escalas de adesão: ARMS, Morisky-Green e BMQ referente a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos cadastrados no programa Hiperdia do CMS-DC, 2022.....	40
Tabela 3 -	Análise bivariada: Variáveis x Escala de adesão BMQ	41
Tabela 4 -	Análise multivariada: Variáveis x Escala de adesão BMQ.....	44
Tabela 5 -	Análise bivariada: Barreiras de adesão x Escala de adesão BMQ.....	45
Tabela 6 -	Análise bivariada: Variáveis x Escore de barreira de crença BMQ.....	45
Tabela 7 -	Análise bivariada: Variáveis x Escore de barreira de recordação BMQ.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
OMS	Organização Mundial de Saúde
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
PA	Pressão arterial
DM	Diabetes Mellitus
Hiperdia	Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus
APS	Assistência Primária de Saúde
SUS	Sistema Única de Saúde
PAS	Pressão arterial sistólica
PAD	Pressão arterial diastólica
HAR	Hipertensão arterial resistente
DAC	Doença arterial coronariana
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência cardíaca
FA	Fibrilação atrial
AVEI	Acidente vascular encefálico isquêmico
AVEH	Acidente vascular encefálico hemorrágico
DAOP	doença arterial obstrutiva periférica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
BB	Betabloqueadores
BCC	Bloqueadores de canais de cálcio
IECA	Inibidores da enzima de conversora de angiotensina
BRA	Bloqueadores dos receptores AT1 de angiotensina II
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
TMG	Teste de Morisky e Green
MAT	Medida de adesão ao tratamento
ODS	Objetivos de desenvolvimento sustentável
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde

CMS-DC	Centro Municipal de Saúde de Duque de Caxias
BMQ	Brief Medication Questionnaire
ARMS	Adherence to Refills and Medications Scale
MMS	Escala Modificada de Morisky
IMC	Índice de massa corporal
SPSS	Statistical Package for the Social Science
OR	Odds ration
IC	Intervalo de confiança

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL: DEFINIÇÃO, ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E TRATAMENTO.....	17
2.1.1	Definição	17
2.1.2	Aspectos epidemiológicos	18
2.1.3	Tratamento	19
2.2	ATENDIMENTO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA E O PROGRAMA HIPERDIA.....	21
2.3	ADESÃO AO TRATAMENTO.....	23
2.4	IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE VARIÁVEIS INFLUENCIADORAS NA ADESÃO AO TRATAMENTO.....	25
2.4.1	Questionários de avaliação de adesão medicamentosa	26
2.4.2	Organização mundial da saúde e suas propostas	27
3	JUSTIFICATIVA	30
4	OBJETIVOS	32
4.1	OBJETIVO GERAL.....	32
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
5	MATERIAIS E MÉTODOS	33
5.1	TIPO DE ESTUDO E AMOSTRA.....	33
5.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	33
5.3	COLETA DE DADOS.....	34
5.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	35
6	RESULTADOS	37
6.1	CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA POPULACIONAL.....	37
6.2	AVALIAÇÃO DA ADESÃO.....	39
6.2.1	Desempenho das escalas de avaliação	39
6.2.2	Confiabilidade entre as escalas de adesão	40
6.3	ANÁLISE BIVARIADA	40
6.4	MODELAGEM.....	43
6.5	DESEMPENHO DAS SUBESCALAS: BARREIRAS DE CRENÇA E	

	RECORDAÇÃO.....	44
7	DISCUSSÃO.....	46
8	CONCLUSÃO.....	50
	REFERÊNCIAS.....	51
	ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO CEP-ENSP (RESUMO).....	56
	ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	57
	ANEXO C - FICHA DE CADASTRO E ENTREVISTA.....	59
	ANEXO D - BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE TRADUZIDO (BMQ).....	60
	ANEXO E - TESTE DE MORISKY-GREEN (TMG).....	61
	ANEXO F – ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE (ARMS).....	62

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o Brasil vem passando por uma transição demográfica acelerada que é causada pela forte queda da taxa de fecundidade e pelos elevados índices de envelhecimento populacional, mudando seu perfil de morbimortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). A alteração do padrão demográfico brasileiro também se deve ao processo de urbanização marcado por mudanças sociais como a inserção da mulher na sociedade, rearranjos familiares e incrementos tecnológicos (DUARTE; BARRETO, 2012).

Nesse contexto, se observa uma transição epidemiológica. A mortalidade causada por doenças infecto-parasitárias e materno-infantis foi reduzida consideravelmente nos últimos anos, gerando um aumento progressivo da expectativa de vida e a modificação do cenário de atuação da política pública (DUARTE; BARRETO, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). O modo de viver, trabalhar e de se alimentar dos brasileiros foi afetado por esse envelhecimento, urbanização e mudanças sociais e econômicas. Como consequência, cresce a prevalência de fatores como a obesidade e sedentarismo que são grandes responsáveis pelo desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (SCHMIDT *et al.*, 2011; DUARTE; BARRETO, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) as DCNT constituem o grupo de doenças de maior carga de morbimortalidade no mundo e atingem especialmente as populações mais vulneráveis com baixa renda e escolaridade, devido a maior exposição aos fatores de risco ou ao acesso restrito às informações e serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). O uso do tabaco, sedentarismo, dieta não saudável e o uso nocivo de álcool estão entre os fatores de risco comportamentais modificáveis e ainda existem os fatores de risco metabólicos que contribuem para o desenvolvimento dessas doenças (WHO, 2021).

As Doenças Não Transmissíveis matam 41 milhões de pessoas no mundo a cada ano. Apesar de haver associações dessas condições a faixas etárias mais avançadas, há evidências de que mais de 15 milhões das mortes atribuídas a DCNT ocorram entre 30 e 69 anos de idade. Em 2019 foram registrados 738.371 óbitos por DCNT no Brasil, sendo que 41,8% (308.511) correspondem a essas mortes prematuras (WHO, 2021; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). As principais categorias de DCNT são as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes. As doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar de óbitos no Brasil, o que torna essas doenças um problema de saúde pública (SCHMIDT *et al.*, 2011; LOBO *et al.*, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021; WHO, 2021).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é classificada como uma DCNT e está incluída

no grupo das doenças cardiovasculares. O seu tratamento, seja medicamentoso ou não, tem mais benefícios do que riscos. Trata-se ainda de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos, ambientais e sociais. É frequentemente silenciosa e assintomática, porém pode evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo (BARROSO *et al.*, 2020). Sabe-se que reduções dos níveis de pressão arterial são efetivas para a prevenção dessas lesões envolvendo órgãos-alvos, porém a HAS não controlada continua muito prevalente em todo mundo, afetando mais de 1,5 bilhão de pessoas. Em 2025, estima-se que 2 bilhões de pessoas sofrerão de HAS, atingindo em média 30% da população adulta (JARDIM *et al.*, 2020); PAN *et al.*, 2019).

A partir dessas complicações, fatais e não fatais, a HAS apresenta impacto significativo nos custos médicos e socioeconômicos da população em geral, sendo um problema de saúde pública, e a redução da pressão arterial (PA) se associa a benefício clínico comprovado, com redução de taxas de morbidade e mortalidade cardiovascular (MANFROI; OLIVEIRA, 2006). Para alcance do controle pressórico é fundamental que o diagnóstico da HAS seja feito corretamente, que o tratamento seja instituído de forma efetiva, o mais precocemente possível e que haja a adesão e persistência do paciente hipertenso. É necessário também exigir ações tanto ao nível individual como no coletivo, assim como uma assistência da equipe de saúde dentro de um programa eficiente de controle da HAS (GEWEHR *et al.*, 2018; MANFROI; OLIVEIRA, 2006).

Os fatores de risco de uma doença podem ser determinados pelo estilo de vida e ou comportamento adotado por uma pessoa, porém esses fatores podem ser influenciados pelo nível de escolaridade, condições socioeconômicas e culturais (MALTA *et al.*, 2017). Conclui-se, no entanto, que a carga dessas DCNT recai principalmente em países de baixa e média renda, não diferindo no Brasil (SCHMIDT *et al.*, 2011; LOBO *et al.*, 2017). A HAS tem distribuição desigual entre as regiões brasileiras em função das diferenças socioeconômicas, culturais, raciais, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, urbanização, falta de apoio social e presença de outras comorbidades associadas em diferentes grupos (LOBO *et al.*, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021; VIEGAS ANDRADE *et al.*, 2019).

Visando combater esse problema de saúde pública, o Ministério da Saúde (MS), criou o programa para o controle da HAS e do Diabetes Mellitus (DM), o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus, o Hiperdia. Esse programa promove a reorientação da Assistência Farmacêutica e proporciona o fornecimento contínuo e gratuito de medicamentos, além de fazer o monitoramento das condições clínicas de cada usuário cadastrado (LOPES *et al.*, 2017). Além do cadastro dos pacientes atendidos em rede ambulatorial da Assistência

Primária de Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), o programa Hiperdia também garante a verificação do perfil epidemiológico da população em questão, desencadeando estratégias de saúde pública que melhoram a qualidade de vida das pessoas usuárias e reduzindo assim os custos sociais com essas doenças e seus agravos (BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016).

Alguns estudos relatam evidências sobre a intensidade da terapia medicamentosa e que esta estaria relacionada com o melhor controle da pressão arterial, porém o custo de medicações anti-hipertensivas está relacionada ao controle insuficiente da pressão arterial (KNIGHT *et al.*, 2001). No entanto, identificar o nível de descontrole da pressão arterial e seus fatores associados é fundamental para direcionar os cuidados e tratamento das ações em saúde, seja para implantar, propor ou ofertar serviços de saúde e até planejar recursos terapêuticos (PORTELA *et al.*, [s. d.]).

No Brasil, 14 estudos populacionais (1994 – 2009), revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%) (DE ANDRADE; NOBRE, [s. d.]; YUGAR-TOLEDO *et al.*, 2020). Em uma meta-análise de estudos populacionais, essa taxa de controle foi de 25% (PICON *et al.*, 2017). Portanto, existe um baixo controle dos níveis pressóricos e manutenção de fatores de risco evitáveis em hipertensos, ocasionados principalmente pela baixa adesão ou não adesão ao tratamento desta doença (GEWEHR *et al.*, 2018; JARDIM *et al.*, 2020).

A falha de adesão ao tratamento da HAS pode envolver vários fatores como o custo de remédios, prescrição com difícil compreensão, a ausência de sintomas, a falta de informação sobre a doença de base incluindo suas causas e consequências, além de questões que envolvem a relação-médico paciente e o acesso ao serviço de saúde (MANFROI; OLIVEIRA, 2006). Quando se refere a má adesão ao tratamento farmacológico, inclui o abandono do uso de medicamentos, sem a devida orientação médica, ou o uso irregular da medicação e até mesmo a interrupção da terapêutica prescrita. E essa baixa adesão ao tratamento continua sendo um dos principais fatores para que os níveis de PA permaneçam elevados (GEWEHR *et al.*, 2018), e como consequência o aumento da mortalidade de hipertensos que subutilizam os recursos despendidos para o tratamento (ALBUQUERQUE *et al.*, 2018).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL: DEFINIÇÃO, ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E TRATAMENTO

2.1.1. Definição

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) sendo diagnosticada basicamente pela aferição de níveis tensionais com elevação sustentada da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica maior de 140mmHg e/ou PA diastólica maior que 90mmHg. Tem causa multifatorial dependente de fatores genéticos, epigenéticos, ambientais e sociais, e seu tratamento gera mais benefícios que riscos (BARROSO *et al.*, 2020; MVB *et al.*, 2016). Essa doença tem sido associada a distúrbios metabólicos e alterações de órgãos alvos, sendo agravada por fatores de risco como dislipidemia, obesidade, intolerância à glicose e diabetes mellitus (MVB *et al.*, 2016). Por apresentar evolução assintomática por longo período, criam-se as dificuldades em seu controle, especialmente no caso de homens pela resistência na mudança do estilo de vida (DE SOUSA FALCÃO *et al.*, 2018).

A hipertensão arterial resistente (HAR) é definida como a ocorrência de níveis de PA acima da meta ($\geq 140 \times 90$ mmHg) apesar da utilização de três anti-hipertensivos de classes diferentes, incluindo um diurético em doses ideais e não deve ser confundida com a não adesão ao tratamento. No entanto, pacientes hipertensos não aderentes ao tratamento medicamentoso podem apresentar níveis tensionais persistentemente elevados, o que pode levar a adição desnecessária de novos medicamentos, e permite a confusão na prática com hipertensos resistentes verdadeiros, passando por avaliações desnecessárias e tendo suas prescrições alteradas (JESUS *et al.*, 2016).

As alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos alvos se deve à condição frequentemente assintomática desta doença, podendo evoluir para doenças cardiovasculares. No coração pode levar à doença arterial coronária (DAC) ou Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), fibrilação atrial (FA) e morte súbita. O cérebro pode ser acometido com acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico (AVEI) ou hemorrágico (AVEH) e até mesmo demência. Nos rins, a evolução para doença renal crônica pode levar à necessidade de terapia dialítica. E no sistema arterial pode progredir com doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) (BARROSO *et al.*, 2020; JARDIM *et al.*, 2020).

2.1.2. Aspectos epidemiológicos

Mediante a transição demográfica e epidemiológica observa-se o envelhecimento populacional e o aumento das causas de mortes por DCNT, destacando-se a HAS e a DM, aumentando os custos dos sistemas de saúde somada a necessidade de estratégias preventivas voltadas ao controle dessas doenças (VIEGAS ANDRADE *et al.*, 2019; DE SOUSA FALCÃO *et al.*, 2018). Como a expectativa de vida aumentou, permitir que as pessoas levem uma vida longa e saudável é fundamental para aliviar as pressões sobre o aumento nos gastos com saúde (WHO, 2015).

As doenças do aparelho circulatório, segundo a Organização Mundial de Saúde, são responsáveis por cerca de 17 milhões de mortes/ano em todo mundo, sendo que 55,3% equivalem às complicações decorrentes da HAS, além de gerar incapacidades, dependências e perda de autonomia, representando um alto custo econômico e social (LOBO *et al.*, 2017; MARIN; SANTOS; MORO, 2016). No Brasil esse custo é aproximado de 457 milhões de reais para cofres públicos, sem incluir os gastos com procedimentos de alta complexidade, atribuindo as doenças cardiovasculares a um número estimado de 1.150.000 internações/ano no Sistema Único de Saúde (LIMA; MEINERS; SOLER, 2010).

A prevalência média mundial é estimada em 26,4%, atingindo 21,0% nos EUA e Canadá, 33,5 a 39,7% nos países europeus, 15 a 21,7% nos países africanos e asiáticos, e cerca de 40% na América Latina. Nos Estados Unidos, a HAS atingiu 69% dos pacientes que tiveram o primeiro episódio de IAM, 77% de AVE, 75% de IC e 60% com DAOP, em 2015. Essa doença foi responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE. No Brasil, a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, sendo mais de 60% dos idosos, e é responsável por 50% das mortes por doença cardiovascular. Suas complicações geram impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar (DE SOUSA FALCÃO *et al.*, 2018; MVB *et al.*, 2016). No mundo ainda é estimado que a HAS seja responsável por 218 milhões de anos de vidas perdidos ajustados por incapacidade (Disability Adjusted Life Years - DALYs) e ser causa atribuível de aproximadamente 40% das mortes em portadores de Diabetes mellitus, 15% de mortalidade materno-fetal na gravidez e 14,7% do total de DALYs para a doença renal crônica (MALTA *et al.*, 2022).

A prevalência de HAS é maior entre homens, e aumenta com a idade chegando a 71,7% para os indivíduos acima de 70 anos. Em 2017, a mortalidade por doenças cardiovasculares foi de 27,3% para um total de 1.312.663 óbitos. Essas doenças representaram 22,6% das mortes entre 30 e 69 anos, consideradas prematuras no Brasil. No período de 2008 a 2017, foram estimadas 667.184 mortes atribuíveis à HAS no Brasil (BARROSO *et al.*, 2020).

Sobre o nível de escolaridade, a maior prevalência de HAS (cerca de 31,1%) está entre os adultos sem instrução ou fundamental incompleto. Essa proporção reduz para 16,7% quando completam o ensino fundamental e para 18,2% naqueles que tem nível superior completo. Contudo, no Brasil a prevalência de HAS é de 35,8% entre os adultos com o maior nível de escolaridade e é maior em homens, segundo os dados do estudo ELSA Brasil realizado com funcionários de seis universidades e hospitais universitários (MVB *et al.*, 2016).

A distribuição da HAS não ocorre igualmente entre as regiões brasileiras, com prevalência nos grupos menos favorecidos. Esse fato pode ser explicado pelos diferentes níveis socioeconômicos, de acesso aos serviços de saúde, pelos fatores ambientais além da pior qualidade de manejo clínico como diagnóstico precoce, atendimento continuado e atendimento das crises agudas (LOBO *et al.*, 2017; VIEGAS ANDRADE *et al.*, 2019).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, a proporção de indivíduos com 18 anos ou mais que referiram ter o diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 23,9% em 2019, correspondendo a 38,1 milhões de pessoas. Dentre as macrorregiões, a Região Sudeste possui a maior proporção desses indivíduos, correspondendo a 25,9%. Em relação às características sociodemográficas, a maior proporção foi para o sexo feminino (26,4%). A proporção de pessoas que referiram este diagnóstico aumentava com a idade chegando a 62,1% entre as pessoas com 75 anos ou mais e a proporção reduzia com o aumento do nível de escolaridade. E considerando a cor ou raça, a proporção foi estatisticamente equivalente para pessoas autodeclaradas de cor branca (24,4%) e de cor preta (25,8%) (IBGE; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Quanto ao cuidado prestado aos indivíduos da PNS, verificou-se que $\frac{3}{4}$ dos atendimentos totais foram realizados pelo SUS e houve ampla orientação sobre promoção de saúde, tais como: recomendação de ingerir menos sal, não fumar ou não beber em excesso, manter uma alimentação saudável, manter peso adequado e acompanhamento médico regular (IBGE; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020; MALTA *et al.*, 2022).

2.1.3. Tratamento

É evidente que o tratamento anti-hipertensivo tem a eficácia em diminuir a mortalidade e morbidade cardiovascular, porém os percentuais de controle da PA são muito baixos como descrito na VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (VIDBHA), revelando taxas que variam entre 20% e 40%. A adesão ao tratamento prescrito é um dos principais fatores responsáveis pelo controle da PA (JESUS *et al.*, 2016). Recentemente, as *Guidelines* Europeias sobre a Prevenção das doenças vasculares aconselharam uma meta de reduzir a PA abaixo de 140/80 mmHg para

hipertensos com risco elevado de doenças cardiovasculares (NOGUEIRA, 2013).

O paciente com doença crônica assume o papel de protagonista no controle de sua doença por ser responsável tanto pelo seguimento quanto pela administração das terapêuticas prescritas. A adesão do paciente hipertenso ao tratamento exige mudança de comportamento, o que requer grande esforço, pois envolve o rompimento com hábitos construídos ao longo da sua vida (MARIN; SANTOS; MORO, 2016).

O tratamento não medicamentoso da HAS consiste nas medidas de mudança de estilo de vida. Entre essas medidas estão o controle de peso, medidas nutricionais, praticar atividades físicas regularmente, cessação de tabagismo e do consumo de álcool, controle de estresse. Tais hábitos têm eficácia comprovada no controle de níveis pressóricos e na redução de complicações (BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE, 2001; DE SOUSA FALCÃO *et al.*, 2018; MVB *et al.*, 2016). O tratamento medicamentoso visa a redução da morbimortalidade e estudos clínicos mostram benefícios quando realizado o uso de diuréticos, betabloqueadores (BB), bloqueadores de canais de cálcio (BCC), inibidores da enzima de conversora de angiotensina (IECA) e bloqueadores dos receptores AT1 de angiotensina II (BRA). Com relação aos alfa-bloqueadores e vasodilatadores diretos, não há informações efetivas sobre desfechos de morbimortalidade (MVB *et al.*, 2016; NOGUEIRA, 2013).

Quando existe indicação de tratamento com medicamentos, o paciente deverá ser orientado sobre a importância do uso contínuo, da necessidade de ajuste de doses, da troca ou associação de medicamentos e ainda do eventual aparecimento de efeitos adversos (MVB *et al.*, 2016). Quando os pacientes não compreendem a doença e seu tratamento medicamentoso, a taxa de baixa adesão se eleva. O curso assintomático da HAS acaba por contribuir para essa falta de entendimento, pois os indivíduos acreditam que a doença é intermitente e pode ser tratada com terapias apenas não farmacológicas, incluindo alívio de estresse ou remédios caseiros (VASCONCELOS; DA SILVA; MIRANDA, 2017).

A partir de alguns trabalhos e estudos é possível reunir e sintetizar os principais resultados sobre a importância, causas e manejo sobre a adesão medicamentosa dos pacientes portadores de doença crônica e especificamente com HAS. Em 2016 Sociedade Brasileira de Cardiologia publicou um estudo transversal onde concluiu que o adequado controle da PA e a adesão ao tratamento são de extrema importância para o correto diagnóstico de HAS (JESUS *et al.*, 2016). No mesmo ano, Moura *et al.* descreveram que os fatores de não adesão têm causa multifatorial e que, conseqüentemente, a mobilização multiprofissional é importante para manter medidas de maior engajamento do paciente ao seu tratamento. Em 2017, Rocha *et al.* em um estudo transversal com pacientes cadastrados na Estratégia de Saúde da Família no

Piauí, constataram associação entre a bebida alcoólica e a não adesão ao tratamento ($p=0,007$) e que o número elevado de comprimidos a ser tomados pelos pacientes estava presente naqueles que menos aderem o tratamento. Já em um estudo transversal analítico em pacientes cadastrados no programa Hiperdia em 2017 em Uberaba - MG, foi evidenciado que fatores socioeconômicos interferem tanto na adesão do tratamento por parte dos pacientes como no aprimoramento e valorização da atenção básica em saúde na prevenção e controle da HAS (FERREIRA; IWAMOTO, 2017). Em um estudo observacional e longitudinal publicado em 2019, *Viegas Andrade et al.* descreveram a importância do LIACC (Laboratório de Inovação à Atenção às Condições Crônicas) como uma promissora intervenção para a melhoria do manejo de pacientes com doenças crônicas na atenção primária à saúde.

Em Revisões de Literatura e Revisões Integrativas da Literatura publicadas entre 2015 e 2017, concluiu-se que a falta de adesão ao tratamento medicamentoso da terapia da HAS é multifatorial. É possível identificar em todos os estudos fatores ligados à própria doença, ao tratamento, aos serviços de saúde e ao paciente, e que esses interferem na forma como a adesão ocorre (DIAS; SOUZA; MISHIMA, 2016; LOPES *et al.*, 2017; VASCONCELOS; DA SILVA; MIRANDA, 2017). O sucesso da terapia instituída pelo médico e equipe de saúde está associado a adesão dos seus pacientes, porém, o abandono ou o incorreto cumprimento dos tratamentos protocolados pelo Ministério da Saúde segue sendo um dos principais problemas que o sistema de saúde brasileiro enfrenta (ROCHA; BORGES; SOARES MARTINS, 2017).

2.2. ATENDIMENTO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA E O PROGRAMA HIPERDIA

As equipes de Atenção Primária à Saúde enfrentam um desafio com o cuidado dos usuários com doenças crônicas, pois são condições multifatoriais, com determinantes biológicos e socioculturais e com aumento proporcional do envelhecimento (GEWEHR *et al.*, 2018). A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui um dos principais fatores de risco para o aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares na população brasileira. Por isso, quando diagnosticada precocemente, pode ser oferecida a chance de se evitar complicações, ou seja, investir em sua prevenção, garante a qualidade de vida e evitam-se hospitalizações e os consequentes gastos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Os cuidados em equipe para o tratamento da HAS é recomendado pela maioria das diretrizes, e consiste em incluir os pacientes, os profissionais de atenção primária e outros profissionais. Essas equipes devem ser formadas por médicos cardiologistas, enfermeiros, farmacêuticos, médicos assistentes, nutricionistas, trabalhadores sociais e profissionais da saúde comunitária (ACC/AHA, 2017; JARDIM *et al.*, 2020).

A Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus incorpora diferentes níveis de complexidade e setores públicos e privados com a intenção de minimizar os fatores de risco e morbidade causados por tais agravos. A atualização dos profissionais da atenção primária, a garantia do diagnóstico e a vinculação dos pacientes acima de 18 anos à unidade de saúde, para tratamento e acompanhamento, são apontados nas diretrizes desse plano (ROCHA; BORGES; SOARES MARTINS, 2017).

O Ministério da Saúde, com as sociedades científicas (Cardiologia, Diabetes, Hipertensão e Nefrologia), as federações nacionais dos portadores de doenças crônicas, as secretarias estaduais, através do CONASS, e as secretarias municipais de saúde, através do CONASEMS, apresenta o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e *Diabetes mellitus*. Esse plano tem o propósito de vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços. Esses serviços consistem na implementação de programa de educação permanente em hipertensão arterial, diabetes mellitus e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA Nº 371, DE 4 DE MARÇO DE 2002, 2002).

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus foi aprovado pela Portaria/GM nº 16, de 03/01/2002, e em 4 de março de 2002, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus que é financiado e desenvolvido de maneira solidária e pactuada pela União, Estados e Municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA Nº 371, DE 4 DE MARÇO DE 2002, 2002). O programa então chamado HIPERDIA implantou o cadastramento dos portadores de HAS e Diabetes mellitus (DM) mediante a instituição do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes além de ofertar de maneira contínua para a rede básica de saúde os medicamentos para tais doenças. O programa visa também acompanhar e avaliar os impactos na morbimortalidade para estas doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA Nº 371, DE 4 DE MARÇO DE 2002, 2002).

Apesar de a implementação do Hiperdia ter ocorrido há quase quinze anos, existem evidências que muitas localidades ainda não o utilizam como ferramenta para o planejamento e avaliação da assistência prestada. Os profissionais e gestores dos serviços de saúde da APS enfrentam esse desafio, pois a utilização do Hiperdia de maneira adequada, na extensão territorial do país, poderá resultar numa melhoria de qualidade na assistência à população, com

consequente redução no surgimento de agravos e complicações decorrentes da HAS e do DM (BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016).

2.3. ADESÃO AO TRATAMENTO

O termo “adesão” é definido pela Organização Mundial de Saúde como a medida em que o comportamento de um indivíduo, ao tomar medicação corretamente, seguir dieta e/ou possuir hábitos de vida saudáveis, corresponde às recomendações de profissionais de saúde (SABATÉ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Para que um paciente tenha uma melhor adesão ao tratamento, alguns fatores são essenciais, tais como a consciência do problema que enfrenta, o comprometimento com a medida terapêutica, os incentivos junto aos esclarecimentos dos profissionais de saúde e o apoio familiar. Esses fatores podem necessitar de um processo comportamental complexo, influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica, além de sofrer influência multifatorial. (LOPES *et al.*, 2017; DANIEL; VEIGA, 2013).

Na prática clínica, a adesão como um processo dinâmico e multifatorial abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilização entre a pessoa que vive com a doença, a equipe de saúde e a rede social. O tratamento medicamentoso ou não-medicamentoso depende da concordância do paciente em realizar as recomendações preconizadas. A boa relação entre profissional e paciente também deve ser considerada para haver a adesão de forma satisfatória (MARIN; SANTOS; MORO, 2016). Os comportamentos de adesão em pacientes hipertensos podem ser avaliados por relatos subjetivos (por exemplo, questionário, inquérito), bem como por métodos objetivos indiretos (por exemplo, embalagem de lembrete, saúde móvel, monitoramento eletrônico de medicamentos) (PAN *et al.*, 2019). A não adesão ao tratamento é considerada quando o uso do medicamento não coincide parcial ou totalmente com o plano terapêutico. Quando se refere ao portador de HAS, considera-se uma “epidemia invisível”, variando sua prevalência conforme o método de tratamento empregado e é mais elevada em países em desenvolvimento, como no Brasil (MARIN; SANTOS; MORO, 2016).

As políticas públicas e seus programas de prevenção para a doença perdem sua eficácia quando não há a adesão por parte do indivíduo. Tal adesão ao tratamento consiste na relação positiva entre a orientação dada e a conduta do paciente, porém na prática clínica estima-se que cerca de 50% das pessoas portadoras de doenças crônicas não seguem seu tratamento adequadamente com desistência no primeiro ano de terapia (LOPES *et al.*, 2017; DANIEL; VEIGA, 2013).

Um dos maiores problemas no tratamento da HAS consiste na falha de adesão, sendo a maior razão para o controle inadequado da PA. O nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo apresenta taxas entre 50 e 60% na população em geral, com registros de percentuais inferiores a 50% em idosos, e como consequência o aumento da mortalidade em hipertensos (ALBUQUERQUE *et al.*, 2018; GEWEHR *et al.*, 2018; SARQUIS *et al.*, 1998).

A baixa adesão ao tratamento da HAS envolve vários fatores: em relação aos remédios (custo de remédios, várias tomadas ao dia e efeitos indesejáveis), prescrição com difícil compreensão, em relação à doença (ausência de sintomas, a falta de informação sobre gravidade), questões que envolvem a relação-médico paciente, acesso ao serviço de saúde, conhecimentos e crenças (MANFROI; OLIVEIRA, 2006; SARQUIS *et al.*, 1998). Outro estudo também observou que o baixo nível de escolaridade pode estar relacionado com a falta de adesão à terapia medicamentosa da HAS, pois a assimilação das orientações dadas pela equipe de saúde fica prejudicada, ocasionando um menor entendimento da doença e, com isso, uma menor preocupação em seguir o tratamento prescrito (LOPES *et al.*, 2017).

Assim como já descrito, outras evidências relatadas como fatores dificultadores na adesão ao tratamento são os determinantes sociais ligados à saúde como desemprego, condições precárias de moradia, longa distância do local de tratamento, cultura a respeito da doença (LOPES *et al.*, 2017). A renda de um indivíduo com HAS interfere em alguns fatores em relação à adesão, pois se associa aos motivos do abandono ou descontinuidade do tratamento pela compra de medicamentos não disponibilizados pelo SUS, ou devido à falta destes, nas APS. Alguns pacientes preferem procurar tratamento em serviços de saúde privado, ainda que o governo brasileiro disponibilize os principais anti-hipertensivos pelo Programa Farmácia Popular e os Estados tenham ações em completar estoques em postos de atendimento (FERREIRA; IWAMOTO, 2017). A situação socioeconômica está relacionada não somente ao poder de compra de medicamentos, mas aos aspectos educacionais, culturais e sociais. Esse fato influencia a adesão ao tratamento segundo relatam estudos, ocasionando aumento de episódios de internações e busca do paciente ao atendimento de emergência (VASCONCELOS; DA SILVA; MIRANDA, 2017).

Alguns estudos citados por *Gewehr et al, 2108* como um realizado por Barreto Matsuda com hipertensos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde em um município do Sul do Brasil e o estudo internacional realizado em Coimbra, Portugal, numa Unidade de Saúde Familiar, inferiu que a adesão ao tratamento é um dos fatores fundamentais para o controle pressórico com grande importância na redução de riscos cardiovasculares e cerebrovasculares (BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016; SANTIAGO *et al.*, 2014).

2.4. IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE VARIÁVEIS INFLUENCIADORAS NA ADESÃO AO TRATAMENTO

Para um controle da Hipertensão Arterial Sistêmica são necessários um bom diagnóstico, medicação prescrita corretamente, mudanças nos hábitos de vida e a adesão ao tratamento pelo paciente, e para isso, o paciente precisa entender que o autocuidado é importante e que, se bem orientado, consegue cuidar de sua saúde. Identificar as razões e características da não adesão à terapia medicamentosa da Hipertensão Arterial Sistêmica significa um ganho para os serviços de saúde quanto à resolutividade e a qualificação do cuidado (LOPES *et al.*, 2017).

O conhecimento da perspectiva do usuário sempre vai representar uma importante contribuição na abordagem da adesão ao uso dos medicamentos. Se faz importante mais estudos de abordagem qualitativa, que permitem aprofundar o papel do paciente como ser social dotado de conhecimentos, interesses, valores e expectativas que produzem diferentes sentidos e significados em relação ao manejo do seu processo de adoecimento (MARIN; SANTOS; MORO, 2016). O desenvolvimento de estudos para o conhecimento da realidade onde o profissional de saúde atua no contexto da atenção básica deve ser influenciado, pois ainda é escasso o número de artigos sobre adesão de hipertensos nesses setores. É primordial que esses profissionais tentem identificar, na sua população de trabalho, quais são as variáveis envolvidas e associadas ao abandono do tratamento ou ao não cumprimento das orientações terapêuticas, considerando a estrutura disponível para o atendimento daquela população (MOURA *et al.*, 2016). Dessa forma, é possível elaborar ações de educação continuada para auxiliar os hipertensos na compreensão e conhecimento sobre sua terapia, favorecendo uma atitude participativa e voltada para a qualidade de vida e, conseqüentemente, melhor controle dos níveis tensionais (BECHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2018; TURRA; RESTELATTO; DALLACOSTA, 2019).

Existem dois métodos na literatura para a avaliação da adesão ao tratamento: os diretos e os indiretos. Os métodos diretos consistem em medidas analíticas através de metabólitos do medicamento ou de marcadores químicos de maior permanência no organismo que verificam se o medicamento foi administrado ou tomado na dose e frequência necessárias. Os métodos indiretos estão relacionados com a contagem de comprimidos, relatório do usuário, opinião do médico, comparecimento às consultas e utilização de questionários validados (JESUS *et al.*, 2016).

2.4.1. Questionários de avaliação de adesão medicamentosa

Os questionários são instrumentos muito utilizados para avaliar adesão pois apresentam baixo custo e fácil aplicação em grandes populações, apesar da baixa acurácia e sensibilidade (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012) O teste de Morisky e Green (TMG) é considerado um teste de referência por ser um instrumento simples, validado e de fácil aplicação na prática clínica, além de ser o teste mais utilizado em estudos para avaliar a adesão ao tratamento de doenças crônicas e para identificar atitudes e comportamentos frente à tomada de medicamentos. (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986); DOSSE et al., 2009; MORALES; ESTELA, 2015). No entanto, essa escala de adesão à medicação é limitada porque não inclui itens relacionados a modificações no estilo de vida e inclui apenas um pequeno número de barreiras de adesão (JESUS *et al.*, 2016; BASTOS-BARBOSA *et al.*, 2012; PAN *et al.*, 2019).

O TMG original foi traduzido por *Melo, 2005* e é composto por quatro perguntas a serem respondidas com “sim” ou “não”: 1. Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio? 2. Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio? 3. Quando você se sente bem, alguma vez, você deixou de tomar seu remédio? 4. Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo? Para cada resposta “sim”, será atribuída a pontuação 0 (zero) e para cada resposta “não”, a pontuação 1 (um). Segundo o protocolo do teste, o paciente é considerado não aderente ao tratamento quando responde afirmativamente pelo menos uma questão. A classificação dos níveis de adesão se dará pelos escores: alta adesão (escore = ou > 4), média adesão (escore = 3 ou 2) e baixa adesão (escore=1 ou 0) (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; BASTOS-BARBOSA et al., 2012; DOSSE et al., 2009; BONIFACIO, 2013).

Em 2008, a Escala Modificada de Morisky (MMAS-8) foi criada para explicar a persistência do paciente ao longo da terapia, com a adição de quatro questões ao questionário original apresentando os sete primeiros itens com respostas dicotômicas (sim/não) e o último item sendo uma escala psicométrica de Likert com 5 opções de respostas: Nunca/quase nunca/às vezes/com frequência/sempre. A pontuação varia de 0 a 8, obtida pelo somatório dos valores das respostas a cada pergunta. A classificação dos níveis de adesão se dará pelos escores: alta adesão (escore = 8), média adesão (escore de 6 a 8) e baixa adesão (escore < 6)(MORISKY *et al.*, 2008).

O Brief Medication Questionnaire (BMQ) é um instrumento dividido em três sessões onde é possível identificar barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso, baseado na perspectiva do paciente. (SVARSTAD *et al.*, 1999). Trata-se de um questionário já validado com sensibilidade de 80%, valor preditivo positivo e especificidade de 100% no domínio regime, traduzido e considerado padrão-ouro

além de já ter sido utilizado em conjunto com o TMG em estudo anterior. (SVARSTAD *et al.*, 1999; BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012).

Para a validação dos testes TMG e BMQ foi incluído a análise de confiabilidade pela avaliação da consistência interna que é menor no TMG, porém o BMQ mostrou uma estabilidade temporal maior que o TMG. O coeficiente de Spearman foi utilizado para analisar a correlação entre as duas escalas e o coeficiente de kappa para a análise de concordância das mesmas. (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012)

A Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) possui a vantagem de avaliar o comportamento dos pacientes sobre a adesão medicamentosa, além de ser apropriada para uma população com baixa escolaridade. Esse questionário é composto por 12 perguntas, que avaliam a tomada e a reposição da medicação. Cada item é composto por uma escala Likert de 4 pontos (1= Nunca, 2= Algumas vezes, 3= Quase sempre, 4= Sempre). Seus valores de escore variam de 12 (melhor adesão) a 48 (pior adesão) (AGUIAR, [s. d.]). Essa escala foi validada em estudo anterior através de comparação com o TMG e correlacionando a adesão com o reabastecimento de remédios usando o Rho de Spearman com alta consistência interna (KRIPALANI *et al.*, 2009).

Outra ferramenta de avaliação citada em alguns trabalhos é o questionário de Medida de adesão ao tratamento (MAT), método que utiliza como resposta a escala de *Likert* convertida em um padrão dicotômico. Para avaliar o grau de adesão dos pacientes, a pontuação das respostas varia de 1 (um), correspondente a "sempre" (menor adesão) a 6 (seis), correspondente a "nunca" (maior adesão) (LIMA; MEINERS; SOLER, 2010).

2.4.2. Organização Mundial da Saúde e suas propostas

A Organização Mundial de Saúde (OMS) possui um departamento específico que trabalha para reduzir a carga evitável de morbidade, mortalidade e incapacidade devido às Doenças Não Transmissíveis (DNT). Essa equipe tem a ação coletiva em ajudar os países a acelerar as transformações estruturais para a meta 3.4 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) sendo reduzir a mortalidade prematura por DNT em um terço até 2030 em relação aos níveis de 2015. Para este fim, a OMS mantém escritórios que mobilizam e monitoram as ações de prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento adequado das DCNT. Dentre as funções estratégicas do departamento de DNT da OMS é possível destacar dois que condizem com os atendimentos na atenção primária e de prevenção: (1) Melhorar a triagem, a detecção precoce e o tratamento adequado de DNT, como a criação de ferramentas de melhores práticas para atendimento clínico e melhoria do acesso a medicamentos baratos

que previnem ataques cardíacos e derrames; (2) Integrar a prestação de serviços, aumentando o perfil de intervenções eficazes de DNT nos sistemas de saúde existentes (WHO, 2020a, b).

A OMS e OPAS (Organização Pan Americana de Saúde) destacam que o apoio familiar e lembretes para reforçar o novo comportamento tende a melhorar a adesão nessas condições crônicas. Os profissionais de saúde quando cientes da baixa adesão de seus pacientes devem ser treinados para aconselhá-los de forma construtiva visando influenciá-los a aderir melhor o tratamento proposto. A escolha da medicação por esses profissionais de saúde também deve ser racional, selecionando àquela que seja disponível, acessível com regime simples de dosagem sem interferir na qualidade de vida do paciente. Na medida do possível, ensinar o paciente a monitorar sua própria PA, a avaliar sua própria adesão e a lidar com doses perdidas e eventos adversos, e dessa forma compreenderão a importância de manter a adesão ao tratamento e o controle da PA (OMS; OPAS, 2004).

A OMS reuniu em um relatório os fatores que influenciam na adesão ao tratamento das doenças não transmissíveis, entre elas, a HAS. São descritas as intervenções sugeridas e as classificou em cinco dimensões: fatores e intervenções relacionados a aspectos sociais e econômicos, fatores e intervenções relacionados ao sistema de saúde, fatores e intervenções relacionados ao tratamento, fatores e intervenções relacionados à doença e, fatores e intervenções relacionados ao paciente (Quadro 1) (MORALES; ESTELA, 2015; OMS; OPAS, 2004). Essas condições são amplamente identificadas em muitos estudos e quando realizada uma comparação de artigos é possível constatar que existe um espectro bastante heterogêneo entre os fatores que exercem impacto negativo na adesão ao tratamento medicamentoso. Por isso, a sua categorização e intervenções ajustadas por cada fator ajuda a entender a população estudada, no caso, os pacientes atendidos em clínicas de APS (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Quadro 1: Fatores que influenciam a adesão ao tratamento da hipertensão arterial e intervenções para melhorá-la, listados de acordo com as cinco dimensões

HIPERTENSÃO	FATORES QUE INFLUENCIAM SOBRE A ADESÃO TERAPÊUTICA	INTERVENÇÕES PARA MELHORAR A ADERÊNCIA TERAPÊUTICA
FATORES SOCIOECONÔMICOS	(-) Situação socioeconômica ruim; analfabetismo; desemprego; fornecimento limitado de medicamentos; alto custo do medicamento	Preparação Familiar; seguro de saúde do paciente; fornecer medicação ininterrupta; financiamento sustentável, preços acessíveis e sistemas de distribuição confiáveis
FATORES RELACIONADOS AO SISTEMA E EQUIPE DE SAÚDE	(-) Falta de conhecimento e treinamento dos profissionais de saúde para monitorar doenças crônicas; relacionamento inadequado entre o profissional de saúde e o paciente; falta de conhecimento, horário inadequado para consultas; falta de incentivos e feedback de desempenho (+) Boa relação entre o médico e o paciente	Treinamento em educação do paciente no uso de medicamentos; boa relação médico-paciente; monitoramento e reavaliação da continuação do tratamento; monitoramento da adesão; atitude e assistência moralmente neutras; disponibilidade 24 horas por dia, 7 dias por semana das informações; seleção racional de remédios; treinamento de habilidades de comunicação; entrega, financiamento e manejo medicamentoso adequado; preparações farmacêuticas: desenvolver medicamentos com melhor perfil de segurança; preparações farmacêuticas: participação em programas de educação do paciente e desenvolver instrumentos para medir a adesão dos pacientes
FATORES RELACIONADOS COM A DOENÇA	(+) Compreensão e percepções sobre hipertensão (-) Regimes de tratamento complexos, Duração do tratamento; baixa tolerância de medicação, efeitos adversos do tratamento	Educação no uso de medicamentos
FATORES RELACIONADOS COM O TRATAMENTO	(+) Monoterapia com esquemas posológicos simples; doses menos frequentes; menos mudanças nos medicamentos anti-hipertensivos	Simplificação de esquemas
FATORES RELACIONADOS COM O PACIENTE	(-) Conhecimento e capacidade inadequados para monitorar sintomas e tratamento da doença; falta de conhecimento dos custos e benefícios do tratamento; não aceitação do monitoramento (+) Percepção de risco à saúde relacionado com a doença; participação ativa no monitoramento; participação no tratamento a doença	Intervenção comportamental e motivacional; boa relação médico-paciente; autocuidado e tratamento da doença; autocuidado de efeitos colaterais; auxílio para a memória e lembretes

(+) Fatores com efeito positivo na adesão terapêutica; (-) fatores com efeito negativo na adesão terapêutica.

Fonte: OMS/OPAS 2004

3. JUSTIFICATIVA

Em programas de atendimento ambulatorial de pacientes cadastrados com diagnóstico de Hipertensão e Diabetes Mellitus existe um significativo número de pacientes com níveis tensionais elevados, apesar de manter o tratamento e acompanhamento médico regular. Essa inadequação desperta o interesse de entender melhor o perfil dos pacientes tratados e registrados neste programa, além de compreender os motivos que podem levar à manutenção de níveis tensionais elevados mesmo sendo oferecida a medicação e consultas regulares a cada três meses.

O município de Duque de Caxias está localizado na Baixada Fluminense no Rio de Janeiro e é dividido em quatro distritos (1º Duque de Caxias, 2º Campos Elíseos, 3º Imbariê, 4º Xerém). Atualmente abriga quase um milhão de habitantes em seus 465 km² (ABIDON, [s. d.]). O Centro Municipal de Saúde (CMS), localizado no bairro Centro no 1º Distrito de Duque de Caxias, é um Posto de Atenção Primária onde funciona o programa Hiperdia. Esse centro de saúde é muito referenciado para os moradores dessa região que buscam atendimento ambulatorial e tratamento de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, chegando a um número de atendimento mensal de aproximadamente 1000 pacientes. A baixa adesão ao tratamento medicamentoso vem sendo observada tanto em consultas médicas como em consultas de enfermagem realizadas pelas equipes desse programa. Apesar de ter localização em uma área urbana de fácil acesso, com centro comercial importante e compreender grande número da população do Estado do Rio de Janeiro, é notória a grande vulnerabilidade social dessa região provocando questões sobre a associação entre o nível socioeconômico e o elevado número de pacientes que ainda abandonam seu tratamento.

Através da presente pesquisa com dados mais relevantes sobre tal assunto, foi possível quantificar, especificar e entender as causas desta baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial e assim novas condutas favoráveis à melhoria no atendimento puderam ser traçadas. Essa melhoria favorece a compreensão por parte dos pacientes usuários dos programas do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da humanização e da capacitação de uma equipe multidisciplinar na abordagem destes pacientes, para eles serem esclarecidos e motivados a manter seu tratamento de modo mais correto e regular.

A partir dos cálculos estatísticos, identificamos a proporção dos pacientes hipertensos com adesão e baixa adesão ao tratamento medicamentoso, correlacionando esse desfecho aos possíveis fatores influenciadores. Ao identificar que existe relação entre determinantes sociais e a adesão medicamentosa desses pacientes, foi possível compreender que o acesso à medicação

e atendimento médico para as doenças crônicas não transmissíveis, em especial a hipertensão, não garante a excelência da sua terapia.

Como o CMS abrange o atendimento de grande número de moradores do Centro e demais distritos de Duque de Caxias, as variáveis estudadas nesse estudo terão grande representatividade sobre a população usuária desse sistema. Identificados os fatores relacionados à adesão ao tratamento de hipertensão dos pacientes cadastrados no programa favorece não somente a Baixada Fluminense do Rio de Janeiro como também outras regiões e polos de atendimento ambulatorial que apresentem as mesmas características. Por fim, com esse trabalho, foi possível a geração de dados que podem subsidiar novas pesquisas na área de atendimento em assistência primária e prevenção no tema de hipertensão arterial tentando reduzir as cargas de complicações crônicas dessa doença.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência da adesão ao tratamento farmacológico e os fatores associados dos pacientes com hipertensão arterial cadastrados no Programa Hiperdia em unidade da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil dos pacientes em tratamento farmacológico para Hipertensão arterial na amostra de estudo.

- Estimar a prevalência dos pacientes de acordo com a adesão ao tratamento farmacológico para Hipertensão arterial na amostra de estudo segundo aos fatores: socioeconômicos, relacionados ao paciente, relacionados ao sistema de saúde ou equipe de saúde, relacionados com o tratamento e relacionados com a doença.

- Determinar os fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico para Hipertensão arterial na amostra de estudo.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1. TIPO DE ESTUDO E AMOSTRA

O estudo foi exploratório de uma coorte de pacientes que frequentam o CMS num determinado período. As variáveis independentes foram agrupadas e classificadas conforme as categorias propostas pelo modelo da OMS: fatores socioeconômicos, fatores relacionados aos sistema e equipe de saúde, fatores relacionados com a doença, fatores relacionados com o tratamento, fatores relacionados com o paciente (OMS; OPAS, 2004).

A amostra teve como população os pacientes com diagnóstico de HAS, escolhidos aleatoriamente, que estavam no universo dos usuários cadastrados no programa Hiperdia do Centro Municipal de Saúde (CMS) localizado no 1º distrito do município de Duque de Caxias na Baixada Fluminense no Rio de Janeiro. Os pacientes foram captados durante as consultas realizadas no programa entre os meses de setembro e dezembro de 2022, a partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (CEP – ENSP) com o Parecer nº 5.595.970, em 22/08/2022 (ANEXO A). Para o cálculo amostral foi considerado o tamanho da população de Duque de Caxias cadastrada no Hiperdia (4316 usuários na ocasião da coleta de dados). O tamanho da amostra populacional neste estudo foi de 361 pacientes, que correspondia com o tamanho de amostra ideal a partir da fórmula abaixo, onde N = tamanho da população, z = escore z com o valor de 1,96 para um intervalo de confiança IC 95%, e = margem de erro aleatório alfa com o valor 0,05 para 5% e p = desvio padrão para parâmetros conhecidos com valor de 0,5 para 50%.

$$\text{Tamanho da amostra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Fonte: <https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator>

5.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Neste estudo foram incluídos os pacientes com a idade superior a 18 anos, de ambos os sexos e que estavam em tratamento medicamentoso para hipertensão arterial por no mínimo 12 meses, cadastrados no programa Hiperdia do Centro Municipal de Saúde de Duque de Caxias.

Foram excluídos os pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Resistente, pacientes que estavam grávidas ou diagnosticadas com hipertensão gestacional.

5.3. COLETA DE DADOS

Os pacientes convidados a participar desta pesquisa foram informados sobre sua natureza e os seus objetivos e todos os pacientes participantes do estudo assinaram um Termo de consentimento livre e esclarecido elaborado para esse estudo a parti de um modelo fornecido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ANEXO B). Houve também uma autorização prévia assinada da direção da Unidade de Saúde para coleta de dados e realização do estudo. Todos os dados foram coletados após a aprovação deste projeto pelo CEP da ENSP.

Os dados e as variáveis foram coletados através de três instrumentos: estudo de prontuário, entrevista com registro em uma folha de cadastro (ANEXO C) onde consta alguns dos possíveis fatores que influenciam a adesão e a aplicação do questionário Brief Medication Questionnaire (BMQ) (ANEXO D) somado ao teste de Morisky-Green (TMG) (ANEXO E). A associação de mais de um instrumento de avaliação nesses estudos levam a resultados mais confiáveis, por isso, uma terceira escala foi aplicada: a Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) (ANEXO F). Com a ficha cadastral e o questionário aplicado foi possível classificar os fatores relacionados à adesão medicamentosa segundo o modelo da OMS (Quadro 1). Atualmente, a versão atualizada do Teste de Morisky-Green (MMAS-8) precisa de autorização para seu uso. O TMG original com o questionário de 4 itens é uma escala de domínio público. (AZEREDO; REIS; FERNANDEZ-LLIMOS, 2021) O estudo atual se atentou a essas questões e com isso utilizou o questionário TMG de 4 itens.

A entrevista e a aplicação dos questionários foram realizados por uma enfermeira ou por um médico treinados e capacitados após a consulta e respondido pelos pacientes e/ou seus representantes, sendo registrado as respostas e os escores de acordo com cada escala aplicada. Na ficha cadastral consta os dados pessoais, as medidas antropométricas, o histórico de doenças pregressas e atuais, os dados sociodemográficos e o estilo de vida de cada participante. Os dados antropométricos como peso (kg) e altura (m) foram aferidos por uma enfermeira qualificada utilizando instrumentos calibrados após a entrevista. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado pela divisão do valor da massa corporal, em quilogramas, pelo quadrado da estatura, em metros. Esta variável foi categorizada seguindo a classificação para adultos da OMS que recomenda os seguintes valores de IMC: Baixo Peso ($<18,5$ kg/m²), Peso Normal (18,5-24,9 kg/m²), Sobrepeso (25-29,9 kg/m²) e Obesidade ($>$ ou $= 30$ kg/m²) (WHO GENEVA, 1998). Para os pacientes idosos com idade acima de 60 anos foi considerada a seguinte classificação de IMC: Baixo peso (<22 kg/m²), Peso normal (22 – 27 kg/m²) e sobrepeso (> 27 kg/m²)(CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005).

Foram utilizadas as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, idade, raça, grau de escolaridade (analfabetismo, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior), situação de trabalho (empregado ou desempregado), condições financeiras, enumerando os bens que o participante possui e seu tipo de moradia, densidade domiciliar através da relação de quantidade de pessoas residentes na casa pela quantidade de cômodos da moradia e a forma de deslocamento até o posto assim como a sua assiduidade com as consultas. A variável idade foi categorizada em faixas etárias: 18-59 anos e 60 anos ou mais. Quanto ao estilo de vida, foram considerados dados sobre tabagismo (sim, não ou ex-tabagismo e carga tabágica pela relação tempo de tabagismo x quantidade de maços consumido por dia), etilismo (sim ou não) e prática de atividades física regular (sim, não, qual atividade e qual a frequência da atividade).

A pressão arterial foi aferida no momento da consulta por um profissional qualificado com aparelho calibrado, sendo considerados os valores de pressão sistólica e diastólica em mmHg. A classificação dessas medidas foi conforme as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial seguindo o quadro 2 (BARROSO *et al.*, 2020).

Para uma melhor compreensão, neste estudo foram agrupadas as aferições da PA normal e PA limítrofe e classificada em PA controlada. Além disso, também foi agrupada as aferições de PA moderada e grave para uma única variável. A classificação final ficou: PA controlada (PAS entre 120-139mmHg e PAD entre 80 e 89mmHg), HAS leve (PAS entre 140-159mmHg e PAD entre 90-99mmHg), HAS moderada e grave (PAS acima de 160 mmHg e PAD acima de 100mmHg).

Quadro 2: Classificação da pressão arterial

Classificação	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA normal	120-129	e/ou	80-84
PA limítrofe	130-139	e/ou	85-89
HAS leve (Estágio 1)	140-159	e/ou	90-99
HAS moderada (Estágio 2)	160-179	e/ou	100-109
HAS grave (Estágio 3)	> ou = 180	e/ou	> ou = 110

Fonte: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2020

5.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis obtidas foram organizadas e compiladas em uma planilha do programa SPSS (Statistical Package for the Social Science) que permitiu uma melhor limpeza dos dados e organização das informações. Foi realizada uma análise descritiva estatística com os dados obtidos com a entrevista e os questionários. A estatística utilizada para as variáveis qualitativas

foram os números absolutos e frequência e, para as quantitativas, a média, mediana e desvio-padrão. Na análise de dados foram comparadas as distribuições proporcionais e calculadas as frequências em porcentagem dos pacientes aderentes e não-aderentes ao tratamento farmacológico segundo as escalas de adesão.

Para a comparação das variáveis categóricas foi realizada a análise bivariada com o teste qui-quadrado de Pearson onde foi calculado o teste de Fisher quando $n < 5$. A partir desta análise bivariada foi possível realizar um modelo regressão logística binária utilizando como variável dependente, os resultados da escala escolhida (BMQ) categorizados em “Potencial adesão” e “Potencial não adesão”. As variáveis independentes incluíram os possíveis fatores que influenciam a adesão do tratamento que foram identificadas como ausente ou presente para cada indivíduo no estudo. Essas variáveis independentes seguiram a classificação do modelo da OMS (tabela 1): fatores socioeconômicos, fatores relacionados ao sistema de saúde, fatores relacionados com a doença, fatores relacionados com o tratamento e fatores relacionados com o paciente. Ainda, foi avaliada a qualidade de ajuste do modelo.

As análises descritivas com cálculo de frequências absolutas e porcentagens, assim como os cálculos dos testes citados, foram processados com auxílio do programa estatístico SSPS (Statistical Package for the Social Science) versão 24.

6. RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA POPULACIONAL

Dentro da amostra considerada de 361 pacientes (Tabela 1), a maioria reside entre os bairros de Parque Lafaiete, Olavo Bilac e Centenário (8,6, 8 e 8%) e há predomínio da moradia ser em casa própria (83,3%). A densidade domiciliar prevalece menor que 0,59 pessoa por cômodo, e a média de bens por pessoa é de 5,75, porém a maioria não possui computador (91,9%), carro (94,2%), aparelho de micro-ondas (76,3%) e/ou máquina de lavar roupas (59,3%). O meio de locomoção mais utilizado é o transporte público (75,1%) e o tempo gasto para chegar na consulta no CMS-DC é em média 30 minutos na sua maioria.

Os pacientes dessa amostra são na sua maioria do sexo feminino (79,5%). Em relação à idade, predominou a faixa etária $>$ ou $=$ 60 anos (69,5%). Considerando a escolaridade, a maioria cursou apenas até o ensino fundamental (38,5%), e em relação à raça houve uma frequência maior de participantes que se autodeclararam com a raça/cor preta (38,9%). Sobre a situação de trabalho, a maioria recebe renda de aposentadoria ou pensão (50,6%). Esses pacientes têm tempo de cadastro e tratamento no programa Hiperdia no CMS na sua maioria mais de 24 meses (91,9%) e em maior frequência com polifarmácia (60%) que seria a utilização de mais de cinco medicações por dia. Sobre o tratamento de HAS, a maioria dos pacientes usam mais de 2 classes de anti-hipertensivos (57,6%). Esses pacientes possuem em sua maioria mais de 1 comorbidade extra em tratamento (81,2%) além da HAS e, dentre essas, as comorbidades concomitantes de maior frequência relatadas neste estudo foram a diabetes e dislipidemia (55,4% e 58,2%)

Sobre os hábitos de vida, os participantes declararam na sua maioria não serem tabagistas (62,6%) e nem etilistas (92,5%). Em relação à prática de atividade física, apenas 26,6% praticam regularmente uma atividade física aeróbica com média de 14,78min por atividade e apenas 10,6% praticam atividade mais de três vezes por semana. O IMC que prevaleceu nessa amostra caracterizou esses pacientes na sua maioria com sobrepeso (52,9%) de acordo com a classificação desse índice para idade adulta e para idosos.

Foi observada na amostra estudada que os níveis pressóricos aferidos durante a consulta estavam controlados em 35,4%, classificados como HAS leve em 35,1% e como HAS moderada ou grave em 29,4%. Durante os últimos 12 meses, essa amostra populacional teve assiduidade nas consultas em 62,7%.

Durante a limpeza de dados observaram-se perdas de informações em algumas variáveis, não sendo superior a 7%. As variáveis com menor completude foram o “tempo de

cadastro/tratamento no Hiperdia” e “número de pessoas por cômodo” que somaram 333 pacientes.

Tabela 1- Caracterização dos usuários hipertensos cadastrados no programa Hiperdia do CMS-DC, 2022 (n= 361)

(continua)

Variáveis	Categorias	Frequência	%
Sexo	Masculino	74	20,5
	Feminino	287	79,5
Idade	18-59 anos	110	30,5
	>= 60 anos	251	69,5
Raça/cor	Branca	132	37,0
	Preta	139	38,9
	Parda	86	24,1
Escolaridade	Analfabetismo	134	37,1
	Ensino Fundamental	139	38,5
	Ensino Médio / Superior	88	24,4
Situação de Trabalho	Desempregado	87	24,2
	Empregado/autônomo	91	25,3
	Aposentado	182	50,6
Tipo de moradia	Casa própria	299	83,3
	Aluguel	50	13,9
	Outros	10	2,8
Número Pessoas/cômodo	Até 0,58	205	61,6
	>0,59	128	38,4
Bens	Geladeira	357	99,4
	Fogão	357	99,4
	Televisão	352	98,1
	Máquina de lavar roupas	146	40,7
	Forno Microondas	85	23,7
	Ventilador	318	88,6
	Aparelho de ar condicionado	86	24,0
	Telefone Celular	318	88,6
	Computador	29	8,1
	Carro	21	5,8
Meio de locomoção	À pé	59	16,3
	Transporte público	271	75,1
	Carro	29	8,0
	Outros	2	0,6
Tempo de cadastro/tratamento no Hiperdia	12-24 meses	27	8,1
	>24meses	306	91,9
Quantidade de comorbidades extras	Nenhuma comorbidade extra	68	18,8
	1 ou mais comorbidades extras	293	81,2
Comorbidades concomitante à HAS	Diabetes	200	55,4
	Dislipidemia	210	58,2
	Doença de tireoide	16	4,4
	Câncer	20	5,5
	Doença osteoarticular	31	8,6
	Doença pulmonar	7	1,9
	Transtorno mental	46	12,7
Tempo de locomoção	Até 30min	264	73,3
	>30 min	96	26,7
Número de anti-hipertensivos	Até 2 classes	148	42,4
	> 2 classes	201	57,6

Tabela 1- Caracterização dos usuários hipertensos cadastrados no programa Hiperdia do CMS-DC, 2022 (n= 361)

Variáveis	Categorias	(conclusão)	
		Frequência	%
Polifarmácia	Até 5 medicações/dia	140	40,0
	> 5 medicações/dia	210	60,0
Tabagismo	Não tabagista	226	62,6
	Tabagismo	36	10,0
	Ex-tabagista	99	27,4
Etilismo	Não	334	92,5
	Sim	27	7,5
Prática de atividade física	Não	265	73,4
	Sim	96	26,6
Tempo de atividade física por dia	Até 30min/dia	16	4,5
	> 30min/dia	77	21,5
Tempo de atividade física em dias/semana	Até 3x semana	57	15,8
	> 3x semana	38	10,6
IMC	Baixo peso	17	4,9
	Peso normal	95	27,1
	Sobrepeso	185	52,9
	Obesidade	53	15,1
Níveis de PA na consulta	PA Controlada	127	35,4
	HAS leve	126	35,1
	HAS moderada/grave	106	29,5
Faltou nos últimos 12 meses	Não	225	62,7
	Sim	134	37,3

Fonte: Própria autora, 2023

6.2. AVALIAÇÃO DA ADESÃO

6.2.1. Desempenho das escalas de avaliação

Após a aplicação do questionário Brief Medication Questionnaire (BMQ), do teste de Morisky-Green (TMG) e da escala Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) foi possível verificar os resultados sobre a adesão ao tratamento medicamentoso entre os usuários cadastrados no programa Hiperdia. Na escala ARMS, os resultados foram dicotomizados em “melhor adesão” (pontuação até 12 pontos) e “média a baixa adesão” (pontuação > ou = 13 pontos). No TMG a classificação foi em “alta adesão” (score > 4 pontos), “média adesão” (score = 3 ou 2 pontos) e “baixa adesão” (score < ou = 1). Na escala BMQ quanto ao regime, os pacientes foram classificados com “potencial adesão” (quando o paciente tinha todas as respostas negativas) e “potencial não adesão” (quando o paciente tinha 1 ou mais resposta positiva). Ainda nessa escala pode-se verificar resultados sobre barreiras de crença e de recordação como influenciadores na adesão ao tratamento desses pacientes. Esses resultados foram descritos na Tabela 2.

Ainda sobre a escala BMQ, as barreiras de crença foram em sua maioria negativas para essa amostra (62,6%), enquanto as barreiras de recordação apresentaram um número positivo significativo (96,4%).

Tabela 2: Resultado das Escalas de adesão: ARMS, Morisky-Green e BMQ referente a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos cadastrados no programa Hiperdia do CMS-DC, 2022

Escalas de adesão	Categorias	Frequência	%
ARMS	Melhor adesão	8	2,2
	Média/baixa adesão	353	97,8
Morisky-Green	Alta adesão	189	52,4
	Média adesão	142	39,3
	Baixa adesão	30	8,3
BMQ (Regime)	Potencial adesão	93	25,8
	Potencial não adesão	268	74,2
BMQ (Barreiras de Crença)	Negativo	226	62,6
	Positivo	135	37,4
BMQ (Barreiras de Recordação)	Negativo	13	3,6
	Positivo	348	96,4

Fonte: Própria autora, 2023

6.2.2. Confiabilidade entre as escalas de adesão

Segundo a escala ARMS, a amostra pesquisada de 361 pacientes entrevistados tem uma média / baixa adesão ao tratamento medicamentoso somando 97,8%. A escala BMQ apresenta resultado semelhante com a maioria dos pacientes com potencial não adesão ao tratamento (74,2%). O TMG já demonstra um resultado contrário, em sua maioria dos entrevistados (52,4%) com alta adesão ao tratamento segundo a escala aplicada.

Para avaliar o quanto os instrumentos utilizados concordam entre si, foi realizado o teste de Kappa. Esse teste mostrou que há uma concordância fraca entre as escalas ARMS x TMG ($k=0,004$, $p>0,005$, concordância=10,5%), entre as escalas BMQ x ARMS ($k=0,019$, $p>0,005$, concordância= 73,7%) e entre as escalas BMQ x TMG ($k=0,045$, $p>0,005$, concordância= 33%).

Para esse trabalho optamos por escolher a escala de BMQ, pois como já descrito anteriormente é um instrumento que contém subescalas que permitem identificar barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso, baseado na perspectiva do paciente.

6.3. ANÁLISE BIVARIADA

Para a análise bivariada foi utilizado o cálculo do teste qui-quadrado de Pearson e para todas as variáveis e o cálculo do teste exato de Fisher quando $n < 5$. Foram comparadas as variáveis independentes com a variável dependente Escala de adesão BMQ dicotomizada em Potencial adesão e Potencial não adesão a partir do escore obtido no questionário. Para facilitar

a compreensão a variável de níveis de PA foi recategorizada em dicotômica. Os níveis de PA ficaram classificados como Controlada para as categorias PA controlada e HAS em estágio leve e, Não controlada para HAS em estágio moderado e grave.

Por meio da análise bivariada, verificou-se que a idade, a escolaridade, a polifarmácia, a presença de comorbidades extras como a diabetes e dislipidemia são associados com a forma de adesão ao tratamento pela escala BMQ com significância estatística. Foi verificada potencial não adesão para os pacientes com idade de 60 anos ou mais (74,3%) e pacientes analfabetos (43,3%). Os pacientes com diagnóstico de diabetes e/ou dislipidemia além da HAS também foram classificados com potencial não adesão, assim como aqueles que utilizam mais de 5 fármacos por dia. As demais variáveis não apresentaram significância estatística com a adesão ao tratamento, no entanto, os hipertensos que se declararam raça/cor preta, que estão desempregados, que utilizam transporte público para chegarem no posto de saúde, os tabagistas, os obesos e os que não praticam atividade física apresentaram diminuição da adesão ao tratamento segundo a Escala de adesão com o Escore BMQ (Tabela 3).

A classificação dos níveis de PA também não demonstrou associação com a adesão com significância estatística ao tratamento segundo essa escala, porém é possível perceber a potencial não adesão ao tratamento para os pacientes com pressão controlada ou com HAS em estágio leve (67,8%).

Na escala ARMS, apenas a densidade domiciliar e idade e no TMG apenas escolaridade tiveram associação com adesão medicamentosa.

Tabela 3- Análise bivariada: Variáveis dependentes x Escala de adesão BMQ

(continua)

Variáveis	Categorias	Escore de adesão pela escala BMQ		p valor*
		Adesão N (%)	Não adesão N (%)	
Sexo	Masculino	18 (19,4)	56 (20,9)	0,751
	Feminino	75 (80,6)	212 (79,1)	
Idade	18-59 anos	41 (44,1)	69 (25,7)	0.001
	>= 60 anos	52 (55,9)	199 (74,3)	
Raça/cor	Branca	35 (37,6)	97 (36,7)	0,956
	Preta	35 (37,6)	104 (39,4)	
	Parda	23 (24,7)	63 (23,9)	
Escolaridade	Superior	3 (3,2)	6 (2,2)	< 0,001
	Médio	30 (32,3)	49 (18,3)	
	Fundamental	42 (45,2)	97 (36,2)	
	Analfabeto	18 (19,4)	116 (43,3)	

Tabela 3- Análise bivariada: Variáveis dependentes x Escala de adesão BMQ (conclusão)

Variáveis	Categorias	Escore de adesão pela escala BMQ		p-valor*		
		Adesão N (%)	Não adesão N (%)			
Situação de Trabalho	Desempregado	25 (26,9)	62 (23,2)	0,346		
	Empregado/autônomo	27 (29,0)	64 (24,0)			
	Aposentado	41 (44,1)	141 (52,8)			
Tipo de moradia	Casa própria	75 (80,6)	224 (84,2)	0,730		
	Aluguel	15 (16,1)	35 (13,2)			
	Outros	3 (3,2)	7 (2,6)			
Número Pessoas/cômodo	Até 0,58	56 (62,9)	149 (61,1)	0,758		
	>0,58	33 (37,1)	95 (38,9)			
Meio de locomoção	À pé	16 (17,2)	43 (16,0)	0,853		
	Transporte público	68 (73,1)	203 (75,7)			
	Carro	8 (8,6)	21 (7,8)			
	Outros	1 (1,1)	1 (0,4)			
Tempo de tratamento no Hiperdia	12-24 meses	9 (10,3)	18 (7,3)	0,374		
	>24meses	78 (89,7)	228 (92,7)			
Número de comorbidades extras	Nenhuma	28 (30,1)	40 (14,9)	0,001		
	1 ou mais	65 (69,9)	228 (85,1)			
Comorbidades concomitante à HAS	Diabetes	Não	54 (58,1)	107 (39,9)	0,002	
		Sim	39 (41,9)			161 (60,1)
	Dislipidemia	Não	51 (54,8)	100 (37,3)		0,003
		Sim	42 (45,2)	168 (62,7)		
Tempo de locomoção	Até 30min	69 (74,2)	195 (73,0)	0,828		
	>31 min	24 (25,8)	72 (27,0)			
Polifarmácia	Até 5 medicações/dia	52 (57,1)	88 (34,0)	<0,001		
	>5 medicações/dia	39 (42,9)	171 (66,0)			
Número de antihipertensivos	Até 2 classes	45 (49,5)	103 (39,9)	0,114		
	>2 classes	46 (50,5)	155 (60,1)			
Tabagismo	Não tabagista	65 (69,9)	161 (60,1)	0,236		
	Tabagismo	7 (7,5)	29(10,8)			
	Ex-tabagista	21 (22,6)	78 (29,1)			
Etilismo	Não	88 (94,6)	246 (91,8)	0,371		
	Sim	5 (5,4)	22 (8,2)			
Prática de atividade física	Não	63 (67,7)	202 (75,4)	0,151		
	Sim	30 (32,3)	66 (24,6)			
Tempo de atividade física por dia	Até 30min	7 (7,6)	9 (3,4)	0,167		
	>30 min	22 (23,9)	55 (20,7)			
Tempo de atividade física em dias/semana	Até 3x semana	15 (16,3)	42 (15,7)	0,223		
	> 3x semana	14 (15,2)	24 (9,0)			
IMC	Baixo peso	5 (5,6)	12 (4,6)	0,915		
	Peso normal	22 (24,4)	73 (27,3)			
	Sobrepeso	49 (54,4)	136 (52,3)			
	Obesidade	14 (15,6)	39 (15)			
Níveis de PA na consulta	Não controlada	20 (21,7)	86 (32,2)	0,064		
	Controlada	72 (78,3)	181 (67,8)			
Faltou nos últimos 12 meses	Não	56 (60,9)	169 (63,3)	0,678		
	Sim	36 (39,1)	98 (36,7)			

* p-valor calculado a partir do teste de qui-quadrado de Pearson

Fonte: Própria autora, 2023

6.4. MODELAGEM

A partir da análise bivariada foi realizado um modelo regressão logística binária (Tabela 4) para verificar se os fatores sociodemográficos, fatores relacionados ao tratamento, fatores relacionados ao paciente ou equipe de saúde são previsores da má adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. Para a inclusão no modelo, foram consideradas as variáveis independentes no teste qui-quadrado que apresentaram significância estatística. As variáveis escolhidas foram: idade, escolaridade, quantidade de comorbidades extras, a presença de diabetes ou dislipidemia como comorbidade extra e polifarmácia. A classificação de PA não teve significância estatística, porém foi incluída no modelo bruto devido à importância epidemiológica desta variável. A variável escolaridade foi recategorizada em dicotômica para essa análise e ficou classificada como Analfabetos e Alfabetizados com suas categorias de estudo fundamental, médio e superior unidas.

Após o cálculo observam-se os resultados das razões de chance (OR) e o nível de confiança de 95% que estão descritos na Tabela 4. Para ajuste de modelo foi considerado os valores do Teste de Hosmer e Lemeshow (qui-quadrado: 2,009 e p-valor 0,848), o valor de Cox e Snell (R square: 0,104) e o valor de verossemelhança de Log-2 (LL-2: 362,852).

Apenas a escolaridade, a polifarmácia e a quantidade de comorbidades extras mantiveram associação com a adesão e fizeram parte do modelo final e ajustado da regressão logística binária com informações a seguir: a chance de um paciente ter potencial não adesão ao tratamento para hipertensão é 3,16 vezes maior naqueles com analfabetismo (IC 95% 1,73-5,78) comparados aos não analfabetos com significância estatística; a chance de um paciente ter potencial não adesão ao tratamento para hipertensão é 2,61 vezes maior naqueles que usam mais de 5 medicações por dia (IC 95% 1,57-4,36) comparados aos pacientes que usam até 5 medicações por dia, com significância estatística; a chance de um paciente ter potencial não adesão ao tratamento para hipertensão é 1,90 vezes maior naqueles com uma ou mais comorbidades extras (IC 95% 1,05-3,43) comparados aos pacientes sem comorbidades extras, com significância estatística.

Tabela 4: Análise multivariada: Variáveis x Escala de adesão BMQ

Variáveis	Categorias	Modelo Bruto		Modelo Ajustado	
		OR (IC 95%)	p valor*	OR (IC 95%)	p valor*
Escolaridade	Alfabetizado	1,00	<0,001	1,00	<0,001
	Analfabeto	3,18 (1,80-5,61)		3,16 (1,73-5,78)	
Polifarmácia	Até 5 medicações/dia	1,00	<0,001	1,00	<0,001
	>5 medicações/dia	2,59 (1,59-4,22)		2,61 (1,57-4,36)	
Idade	18-59 anos	1,00	0,001	1,00	0,060
	>= 60 anos	2,27 (1,39-3,72)		1,66 (0,97-2,82)	
Comorbidades extras	Nenhuma	1,00	0,002	1,00	0,033
	1 ou mais	2,45 (1,40-4,28)		1,90 (1,05-3,43)	
Diabetes	Não	1,00	0,003	1,00	0,158
	Sim	2,08 (1,29-3,36)		1,32 (0,72- 2,415)	
Dislipidemia	Não	1,00	0,003	1,00	0,474
	Sim	2,04 (1,26-3,28)		1,25 (0,67-2,34)	
Níveis de PA	Controlada	1,00	0,059	1,00	0,354
	Não controlada	1,71(0,97-2,98)		1,32 (0,73-2,39)	

*p-valor calculado a partir do cálculo de Regressão logística binária; Teste de Hosmer e Lemeshow (qui-quadrado: 2,009 e p-valor 0,848); Cox e Snell R square: 0,104, Nagelkerke R Square: 0,152; LL-2: 362,852
Fonte: Própria autora, 2023

6.5. DESEMPENHO DAS SUBESCALAS: BARREIRAS DE CRENÇA E RECORDAÇÃO

As subescalas dentro da escala de adesão BMQ que avaliaram as barreiras quanto a crença e recordação do ponto de vista de cada paciente também foram analisadas por meio do teste de qui-quadrado de Pearson. Primeiramente foi comparada a escala principal de adesão BMQ com cada subescala categorizada em negativo e positivo para barreiras de crença ou recordação (Tabela 5). Em uma segunda análise, foram comparadas as variáveis incluídas no modelo da regressão logística, como variáveis independentes, com cada subescala, como a variável dependente (Tabela 6 e 7).

Após os cálculos, observou-se que, em geral, os pacientes com baixa adesão ao tratamento pela escala BMQ, não sofrem influência das barreiras de crença, mas são influenciados pelas barreiras de recordação com significância estatística.

O nível de escolaridade, a idade, o número de comorbidades extras e os níveis de PA não tiveram associação com as barreiras de crença ou recordação. A utilização de mais de 5 medicações, a presença de diabetes e dislipidemia, esta última com significância limítrofe, foram associadas com a má adesão e por essa análise apresentam associação com as barreiras de recordação, mas não com as barreiras de crença.

Tabela 5- Análise bivariada: Barreiras de adesão x Escala de adesão BMQ

Barreiras de Adesão	Categorias	Escore de adesão pela escala BMQ		p valor*
		Adesão	Não adesão	
		N (%)	N (%)	
Crença	Negativo	73 (78,5)	153 (57,1)	<0,001
	Positivo	20 (21,5)	115 (42,9)	
Recordação	Negativo	9 (9,7)	4 (1,5)	<0,001
	Positivo	84 (90,3)	264 (98,5)	

* p-valor calculado a partir do teste de qui-quadrado de Pearson

Fonte: Própria autora, 2023

Tabela 6 - Análise bivariada: Variáveis x Barreira de crença BMQ

Variáveis	Categorias	Escore para barreira de crença BMQ		p valor*
		Negativo	Positivo	
		N (%)	N (%)	
Escolaridade	Não analfabetos	151 (66,8)	76 (56,3)	0,045
	Analfabetos	75 (33,2)	59 (43,7)	
Polifarmácia	Até 5 medicações/dia	92 (42,4)	48 (36,1)	0,242
	>5 medicações/dia	125 (57,6)	85 (63,9)	
Idade	18-59 anos	72 (31,9)	38 (28,1)	0,459
	>= 60 anos	154 (68,1)	97 (71,9)	
Comorbidades extras	Nenhuma	41 (18,1)	27 (20,0)	0,662
	1 ou mais	185 (81,9)	108 (80,0)	
Diabetes	Não	106 (46,9)	55 (40,7)	0,254
	Sim	120 (53,1)	80 (59,3)	
Dislipidemia	Não	94 (41,6)	57 (42,2)	0,907
	Sim	132 (58,4)	78 (57,8)	
Níveis de PA	Controlada	163 (72,4)	90 (67,2)	0,289
	Não controlada	62 (27,6)	44 (32,8)	

* p-valor calculado a partir do teste de qui-quadrado de Pearson

Fonte: Própria autora, 2023

Tabela 7 - Análise bivariada: Variáveis x Barreira de recordação BMQ

Variáveis	Categorias	Escore para barreira de recordação BMQ		p valor*
		Negativo	Positivo	
		N (%)	N (%)	
Escolaridade	Não analfabetos	10 (76,9)	217 (62,4)	0,286
	Analfabetos	3 (23,1)	131 (37,6)	
Polifarmácia	Até 5 medicações/dia	11 (84,6)	129 (38,3)	0,001
	>5 medicações/dia	2 (15,4)	208 (61,7)	
Idade	18-59 anos	7 (53,8)	103 (29,6)	0,062
	>= 60 anos	6 (46,2)	245 (70,4)	
Comorbidades extras	Nenhuma	5 (38,5)	63 (18,1)	0,065
	1 ou mais	8 (61,5)	285 (81,9)	
Diabetes	Não	12 (92,3)	149 (42,8)	<0,001
	Sim	1 (7,7)	199 (57,2)	
Dislipidemia	Não	10 (76,9)	141 (40,5)	0,009
	Sim	3 (23,1)	207 (59,5)	
Níveis de PA	Controlada	11 (84,6)	242 (69,9)	0,255
	Não controlada	2 (15,4)	104 (30,1)	

* p-valor calculado a partir do teste de qui-quadrado de Pearson

Fonte: Própria autora, 2023

7. DISCUSSÃO

A não adesão ao tratamento medicamentoso é um fenômeno complexo e com múltiplos determinantes, além de ser um desafio para os profissionais de saúde da atenção primária. A vulnerabilidade social caracteriza a condição de determinados grupos de indivíduos ou famílias que estão em processo de exclusão social, principalmente por fatores socioeconômicos. Essa exclusão se justifica pelas desvantagens com respeito à dificuldade ao acesso à estrutura de oportunidades sociais, destacando-se a escolarização, moradias, bens de consumo e empregos. O município de Duque de Caxias, assim como outros municípios da periferia do Rio de Janeiro, enfrentam essa vulnerabilidade social em diversos aspectos. (KAZTMAN, 2001)

O conhecimento do padrão de adesão ao tratamento e as dificuldades enfrentadas pelos pacientes cadastrados nos programas de Hipertensão, permite a elaboração de estratégias de intervenção para melhorar o grau de adesão. (TURRA; RESTELATTO; DALLACOSTA, 2019). Segundo a literatura, a adesão ao tratamento farmacológico envolve diversos fatores relacionados ao indivíduo, ao tratamento, à doença, aos serviços e profissionais de saúde, o meio social e cultural do paciente e sua família. O alinhamento desses elementos são necessários para que a adesão seja alcançada (GEWEHR *et al.*, 2018). Em diversos estudos anteriores esses fatores foram associados à adesão medicamentosa e para melhor compreensão, esses fatores podem ser distribuídos nas categorias propostas pela OMS (OMS; OPAS, 2004).

Em relação aos fatores socioeconômicos, em pesquisas anteriores, são relatados o baixo grau de instrução, a baixa renda, o grau de escolaridade que contribuem para um pior entendimento das receitas e da doença e menor acesso a medicação que muitas vezes não é fornecida pelo SUS ou pelo local de atendimento (DE SOUSA FALCÃO *et al.*, 2018). O local de residência e a distância para o local de atendimento também interferem com a adesão por aumentar os gastos com transporte para muitos pacientes. Outros fatores biossociais são relatados, como sexo masculino e divórcio (LIMA; MEINERS; SOLER, 2010; DANIEL; VEIGA, 2013). A idade acima de 60 anos parece ser a mais prevalente entre os fatores de baixa adesão segundo Turra *et al* (2019), porém a baixa idade também é relatada em um estudo de Vasconcelos *et al* (2017) demonstrando que esse fator deve ser individualizado para cada paciente (BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016; DANIEL; VEIGA, 2013). No presente estudo houve concordância com tais resultados, uma vez que a faixa etária de 60 anos ou mais e a baixa escolaridade estiveram associadas com a baixa adesão, assim como os pacientes que utilizam de transporte público que estão classificados com potencial não adesão ao tratamento. Sobre a variável sexo, não houve associação significativa com a má adesão neste estudo, que

pode ser explicado pela maior prevalência pacientes hipertensas do sexo feminino nesta amostra. Esse fato pode ser explicado pela maior preocupação que as mulheres têm com a saúde e jornadas duplicadas entre meio doméstico e de trabalho, contribuindo para o estresse e por consequência a elevação da pressão arterial, o que favorece o maior número de mulheres em centros de saúde.

Sobre os fatores relacionados ao sistema e equipe de saúde, a não valorização e aprimoramento das clínicas de assistência primária interferem na adesão ao tratamento por parte dos pacientes, como relatado em alguns dos estudos anteriores a este (FERREIRA; IWAMOTO, 2017; VIEGAS ANDRADE *et al.*, 2019). As equipes com pouco treinamento tornam o vínculo frágil entre profissionais e pacientes, além das baixas frequências nas consultas em certas clínicas. A não individualização do paciente também é referida como fator relacionado ao sistema. (BATISTA *et al.*, 2022; DIAS; SOUZA; MISHIMA, 2016; FERREIRA; IWAMOTO, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2021; VIEGAS ANDRADE *et al.*, 2019) Durante essa pesquisa foi observado que a baixa assiduidade não se relacionou com a baixa adesão ao tratamento, onde a maioria dos pacientes entrevistados não faltaram à consulta nos últimos 12 meses, no entanto, ainda apresentam baixa adesão ao tratamento.

Quanto aos fatores relacionados com a doença, o caráter assintomático, relação com a má alimentação, sedentarismo e hereditariedade são os fatores descritos que se relacionam propriamente com a doença. (DE SOUSA FALCÃO *et al.*, 2018; MANFROI; OLIVEIRA, 2006; ROCHA; BORGES; SOARES MARTINS, 2017). Em nosso estudo foi observado que o hábito de não praticar atividades físicas está presente no grupo de pacientes com baixa adesão ao tratamento, o que corrobora com os resultados anteriores.

Em relação aos fatores relacionados ao tratamento medicamentoso, quanto maior o número de comprimidos, pior a adesão, segundo alguns estudos (LOPES *et al.*, 2017; TURRA; RESTELATTO; DALLACOSTA, 2019). As receitas de difícil compreensão, a terapia complexa e o efeito colateral ao medicamento também corroboram com a desistência da terapia por parte dos pacientes (TURRA; RESTELATTO; DALLACOSTA, 2019). No presente estudo, a polifarmácia está presente na maioria dos pacientes cadastrados no programa Hipertensão. Esse fator é mais prevalente pois a maioria dos participantes possui além da HAS, outras doenças crônicas tratadas no CMS ou em outros locais. Estas variáveis apresentaram relação estatisticamente significativa com a adesão medicamentosa, onde os pacientes que utilizam 5 medicações ou mais, têm 2,61 vezes mais chances de ter baixa adesão ao tratamento e os pacientes com mais de uma comorbidade extra tem 1,90 vezes mais chance de ter baixa adesão. Outro fator encontrado foi que a maioria dos pacientes teve em seu tratamento mais de 3 classes

de anti-hipertensivos. O uso de múltiplas medicações deve-se às vezes ao fato dos pacientes se encontrarem ainda com níveis tensionais elevados, onde se faz necessário o uso de pelo menos 3 classes de anti-hipertensivos. A implementação de mudanças de tratamento com a prescrição de medicações com posologias menores ou medicações com associações de componentes, podem melhorar esse desfecho.

Os fatores relacionados aos pacientes são os mais citados pelos estudos. Esses envolvem os aspectos culturais e crenças, os hábitos de vida, alimentação, tabagismo e etilismo (MIRANDA, 2017; VASCONCELOS; DA SILVA; MIRANDA, 2017). Alguns pacientes têm dificuldades para adaptação, aceitação e compreensão da doença, portanto se negam a fazer uma mudança de estilo de vida (DANIEL; VEIGA, 2013). O pouco apoio familiar reduz a adesão desses pacientes que também referem precisar de ajuda quanto ao esquecimento dos horários dos medicamentos (MARIN; SANTOS; MORO, 2016; MOURA *et al.*, 2016; VASCONCELOS; DA SILVA; MIRANDA, 2017). No estudo realizado, o tabagismo e etilismo não tiveram associação significativa com a adesão medicamentosa, porém a maioria dos hipertensos tabagistas e não etilistas estão entre os que têm potencial não adesão ao tratamento. Sobre os fatores relacionados aos aspectos culturais e crenças, o estudo atual não demonstrou associação positiva desses fatores com a má adesão. Entretanto, sobre os fatores relacionados com a recordação dos horários da medicação, existe uma associação que contribui para a má adesão ao tratamento na amostra pesquisada segundo este estudo.

O estudo possui algumas limitações. O hábito nutricional dos participantes não estava presente nos questionários aplicados, o que pode ser considerado um fator limitante para este estudo. O consumo de sal influencia no aumento de níveis tensionais e estabelece uma relação com a mudança do estilo de vida que esses pacientes são orientados a ter para manter a pressão arterial controlada, além de seguir o tratamento medicamentoso regular. No entanto, a pesquisa avaliou o IMC dos entrevistados de acordo com a idade e a amostra foi considerada na sua maioria com sobrepeso. A frequência de má adesão pelas escalas aplicadas foi maior entre os pacientes obesos. O estado civil dos participantes também não foi questionado durante as entrevistas, limitando esse estudo a conhecer a associação desse determinante com a adesão.

O viés de causalidade reversa também foi considerado uma limitação inerente ao delineamento transversal, pois avaliamos a exposição e desfecho em um mesmo momento, e dessa forma perdemos a temporalidade. O viés de seleção foi outro limitante desse estudo em seus resultados uma vez que a amostra pesquisada refere-se a uma população selecionada dentro dos pacientes já cadastrados e que compareceram à consulta no período dos 4 meses de coleta de dados. Observou-se uma amostra potencialmente enviesada pela maior proporção de

mulheres que, em geral, frequentam com mais assiduidade os serviços de saúde. Dessa forma a adesão inicial ao Hiperdia foi diferenciada quando comparada com estudos anteriores onde a população masculina é prevalentemente menos aderente ao tratamento.

Ao final e ao cabo, a população de referência para esse estudo representa uma situação particular de vulnerabilidade, onde a maioria é idosa, com baixa escolaridade e apresentam mais de uma doença crônica em tratamento. O idoso em geral tem mais problemas com doenças de memória, como a demência senil, e muitos vivem sozinhos em seus lares sem ajuda de um familiar na organização de seu tratamento. A baixa escolaridade reduz a capacidade de entendimento de receitas, da complexidade das doenças e da importância do seu tratamento. Múltiplas comorbidades resultam em múltiplas doses de medicação diária, o que sabidamente contribui a para uma piora na adesão ao tratamento. Por conseguinte, esse estudo, como principal força e vantagem, pode ajudar na avaliação à adesão do tratamento nessa população específica com maior vulnerabilidade.

8. CONCLUSÃO

Neste estudo a prevalência da amostra entre os cadastrados no programa Hiperdia foi de pacientes do sexo feminino, acima de 60 anos, da raça preta e com analfabetismo. As comorbidades mais prevalentes além da HAS foram a diabetes e a dislipidemia. A maioria utiliza mais de 5 medicações por dia e mais de 2 classes de anti-hipertensivos. Existe uma baixa prevalência de tabagistas e etilistas.

Na amostra pesquisada a prevalência da adesão ao tratamento farmacológico foi menor pelas escalas ARMS e BMQ, e maior pela escala Morisky-Green. Dentre os fatores avaliados, os mais associados com a baixa adesão foram a idade avançada (acima de 60 anos), a baixa escolaridade ou analfabetismo, a utilização de mais de 5 medicações por dia e a presença de uma comorbidade ou mais além da HAS.

Esses resultados corroboram que os fatores socioeconômicos, relacionados ao paciente, relacionados ao sistema ou equipe de saúde, relacionados com o tratamento e relacionados com a doença contribuem com a forma de adesão desse grupo de pacientes. A compreensão e ciência de tais fatores ajudam a melhorar as estratégias oferecidas no atendimento em unidades de atendimento primário, visando uma manutenção do tratamento regular e sua adesão.

Optar por tratamentos com medicações mais acessíveis, posologias menores, além da orientação de fácil compreensão sobre cada seguimento, individualizando cada paciente e suas necessidades podem ser incluídas nas estratégias a serem implantadas em polos de atendimentos ambulatoriais. A inovação de projetos sociais voltados para a população idosa, como equipes multidisciplinares especializadas dentro do programa Hiperdia ou talvez a inclusão de visitas domiciliares periódicas para aqueles com maior dificuldade de locomoção são ações que podem mudar o curso desses resultados.

REFERÊNCIAS

- ABIDON, A. A., Amaro Correa Jr e André. Duque de Caxias | CMDC. [s. d.]. Disponível em: https://www.cmdc.rj.gov.br/?page_id=1155. Acesso em: 21 maio 2023.
- ACC/AHA. 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. **Clinical Practice Guideline**, [S. l.], 2017. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/HYP.000000000000065>. Acesso em: 1 nov. 2021.
- AGOSTINHO, S. Confissões. [S. l.]: Nova Fronteira, 2011.
- AGUIAR, K. D. S. Validação de uma versão em português do instrumento Adherence to refills and medications scale (ARMS) para avaliação de adesão ao tratamento com antineoplásicos orais. [S. l.], p. 67, [s. d.].
- ALBUQUERQUE, N. L. S. de *et al.* Association between follow-up in health services and antihypertensive medication adherence. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 71, n. 6, p. 3006–3012, dez. 2018.
- AZEREDO, T. B.; REIS, R. D.; FERNANDEZ-LLIMOS, F. Scales and questionnaires under copyright: additional barriers to health research. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 610, 15 mar. 2021.
- BARRETO, M. da S.; MATSUDA, L. M.; MARCON, S. S. Factors associated with inadequate blood pressure control in patients of primary care. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S. l.], v. 20, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160016>. Acesso em: 23 dez. 2021.
- BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Brazilian Guidelines of Hypertension**, [S. l.], p. 143, 2020.
- BASTOS-BARBOSA, R. G. *et al.* Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S. l.], v. 99, n. 1, p. 636–641, jul. 2012.
- BECHO, A. dos S.; OLIVEIRA, J. L. T. de; ALMEIDA, G. B. S. Dificuldades de adesão ao tratamento por hipertensos de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, [S. l.], v. 20, n. 3, 12 mar. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15608>. Acesso em: 6 maio 2022.
- BEN, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 46, n. 2, p. 279–289, abr. 2012.
- BONIFACIO, A. C. R. **Impacto da intervenção farmacêutica na adesão ao tratamento medicamentoso do paciente idoso diabético seguido em unidade distrital de saúde**. 2013. Mestrado em Saúde na Comunidade – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-26082013-101348/>.

Acesso em: 31 maio 2022.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. **Hipertensao arterial sistemica e diabetes mellitus: protocolo**. Brasilia: Brasil. Ministerio da Saude, 2001.

CALCULADORA DE TAMANHO DE AMOSTRA: COMO ENTENDER TAMANHOS DE AMOSTRA. [s. d.]. **SurveyMonkey**. Disponível em: <https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>. Acesso em: 30 maio 2023.

CERVI, A.; FRANCESCHINI, S. D. C. C.; PRIORE, S. E. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. **Revista de Nutrição**, [S. l.], v. 18, n. 6, p. 765–775, dez. 2005.

DANIEL, A. C. Q. G.; VEIGA, E. V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein (São Paulo)**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. 331–337, set. 2013.

DE ANDRADE, J. P.; NOBRE, F. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. [S. l.], , p. 57, [s. d.].

DE SOUSA FALCÃO, A. *et al.* Estilo de vida e adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica em homens idosos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 31, n. 2, p. 1–10, 22 jun. 2018.

DIAS, E. G.; SOUZA, E. L. S.; MISHIMA, S. M. Contribuições da Enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura brasileira. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, [S. l.], v. 6, n. 3, 5 set. 2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/7470>. Acesso em: 1 maio 2022.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 21, n. 4, p. 529–532, dez. 2012.

FERREIRA, M. A.; IWAMOTO, H. H. Determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão de usuários com hipertensão cadastrados no programa Hiperdia da Atenção Primária à Saúde. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 21, 2017. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20170047>. Acesso em: 12 abr. 2022.

GEWEHR, D. M. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 42, n. 116, p. 179–190, jan 2018.

JARDIM, T. V. *et al.* Controle da Pressão Arterial e Fatores Associados em um Serviço Multidisciplinar de Tratamento da Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S. l.], v. 115, p. 174–181, 28 ago. 2020.

JESUS, N. S. de *et al.* Blood Pressure Treatment Adherence and Control after Participation in the ReHOT. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S. l.], 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004400437. Acesso em: 16 abr. 2022.

KRIPALANI, S. *et al.* Development and Evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among Low-Literacy Patients with Chronic Disease. **Value in**

Health, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 118–123, jan. 2009.

KNIGHT, E. L. *et al.* Predictors of Uncontrolled Hypertension in Ambulatory Patients. **Hypertension**, [S. l.], v. 38, n. 4, p. 809–814, 1 out. 2001.

LIMA, T. de M.; MEINERS, M. M. M. de A.; SOLER, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, [S. l.], v. 1, n. 2, jun. 2010. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232010000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 12 abr. 2022.

LOBO, L. A. C. *et al.* Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 33, n. 6, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000605003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 23 mar. 2022.

LOPES, J. H. P. *et al.* Adesão do paciente à terapia medicamentosa da hipertensão arterial: revisão da literatura. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, [S. l.], v. 27, n. 3, p. 235, 17 nov. 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 20, n. suppl 1, p. 217–232, maio 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Hipertensão arterial autorreferida, uso de serviços de saúde e orientações para o cuidado na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 31, 8 ago. 2022.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. de. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 2, n. 7, p. 165–176, 17 nov. 2006.

MARIN, N. S.; SANTOS, M. F. dos; MORO, A. dos S. Perception of hypertensive patients about their non-adherence to the use of medication. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 50, n. spe, p. 61–67, jun. 2016.

MELO, N. A. **Avaliação da adesão à terapêutica anti-hipertensiva em pacientes hipertensos resistentes**. 2005. Dissertação (Mestrado). Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. 1. ed. [S. l.: s. n.], 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA Nº 371, DE 4 DE MARÇO DE 2002. 2002. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html. Acesso em: 29 nov. 2021.

MORALES, R.; ESTELA, L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. **Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 175–189, dez. 2015.

MORISKY, D. E. *et al.* Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. **The Journal of Clinical Hypertension**, [S. l.], v. 10, n. 5, p. 348–354, maio 2008.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence: **Medical Care**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 67–74, jan. 1986.

MOURA, A. A. *et al.* Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Enfermería Global**, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 1, 30 jun. 2016.

MVB, M. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. [S. l.], v. 107, p. 103, 2016.

NOGUEIRA, J. B. 2013 ESH/ESC Guidelines. [S. l.], , p. 92, 2013.

OLIVEIRA, J. R. A. *et al.* Fatores de risco para baixa adesão ao tratamento farmacológico de hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primária à Saúde. **REAS/EJCH**, [S. l.], v. 13, n. 1, 2021.

OMS; OPAS. **Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponível em: <http://site.ebrary.com/id/10268791>. Acesso em: 16 abr. 2022.

PAN, J. *et al.* Determinants of hypertension treatment adherence among a Chinese population using the therapeutic adherence scale for hypertensive patients. **Medicine**, [S. l.], v. 98, n. 27, p. e16116, 5 jul. 2019.

PICON, R. V. *et al.* Hypertension Management in Brazil: Usual Practice in Primary Care—A Meta-Analysis. **International Journal of Hypertension**, [S. l.], v. 2017, p. 1274168, 2017.

PORTELA, P. P. *et al.* Fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S. l.], v. 29, n. 3, p. 307–315, [s. d.].

ROCHA, M. L.; BORGES, J. W.; SOARES MARTINS, M. F. Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial entre usuários da estratégia da saúde da família em um município do Piauí. **Revista de APS**, [S. l.], v. 20, n. 1, 31 jul. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15749>. Acesso em: 12 abr. 2022.

SABATÉ, E.; WORLD HEALTH ORGANIZATION (Org.). **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: World Health Organization, 2003.

SANTIAGO, L. M. *et al.* Pacientes com hipertensão arterial em ambiente de medicina geral e familiar: análise comparativa entre controlados e não controlados. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, [S. l.], v. 33, n. 7, p. 419–424, 1 jul. 2014.

SARQUIS, L. M. M. *et al.* A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 32, n. 4, p. 335–353, 1 dez. 1998.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, [S. l.], v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, jun. 2011.

SVARSTAD, B. L. *et al.* The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. **Patient Education and Counseling**, [S. l.], v. 37, n. 2, p. 113–124, 1 jun. 1999.

TURRA, L.; RESELATTO, M. T. da R.; DALLACOSTA, F. M. Adherenceto treatment and life style of patients with hypertension / Adesão ao tratamento e hábitos de vida de hipertensos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 113–117, 1 jan. 2019.

VASCONCELOS, T. R. D. S.; DA SILVA, J. M.; MIRANDA, L. N. Fatores associados a não adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa da literatura. **Cadernos de Graduação Ciências Biológicas e da Saúde**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 385–396, nov. 2017.

VIEGAS ANDRADE, M. *et al.* Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [S. l.], v. 36, p. 1–21, 26 dez. 2019.

WHO. About NCDs. 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/about>. Acesso em: 1 maio 2022.

WHO GENEVA. **Obesity - Preventig and managing the global epidemic**. [S. l.: s. n.], 1998.

WHO. Non communicable diseases. 2021. **who.int**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 30 abr. 2022.

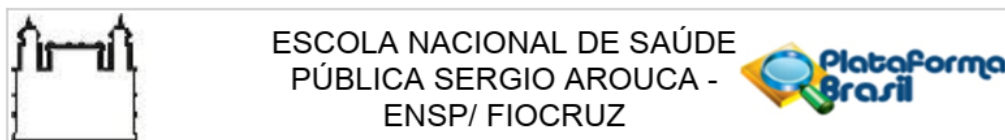
WHO. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. EUA: [s. n.], 2015.

WHO. **WHO Department for Noncommunicable Diseases - 2020 planner of key strategic deliverables**. [S. l.: s. n.], 2020b.

YUGAR-TOLEDO, J. C. *et al.* Posicionamento Brasileiro sobre Hipertensão Arterial Resistente – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S. l.], 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2020000300576. Acesso em: 1 nov. 2021.

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO CEP-ENSP (RESUMO)

-----Página 1-----

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica em área urbana com grande vulnerabilidade social

Pesquisador: VITORIA JABRE ROCHA MANSO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 60889822.2.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.595.970

-----Página 13-----

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 22 de Agosto de 2022

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica em área de grande vulnerabilidade social” desenvolvida por Vitoria Jabre Rocha Manso, discente de Mestrado em Saúde Pública e Meio Ambiente da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. Raphael Mendonça Guimarães.

O objetivo central do estudo é Estimar a prevalência da adesão ao tratamento farmacológico e os fatores associados dos pacientes com hipertensão arterial cadastrados no Programa Hiperdia em unidade de saúde da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

O convite à sua participação se deve ao fato você ser paciente cadastrado no programa Hiperdia, ter a idade entre 20 e 85 anos e com tempo de tratamento de pelo menos 12 meses. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder às perguntas a serem realizadas sob a forma de um questionário que terá duração de 20 minutos. Você também será pesado e sua altura será medida após a entrevista.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

Você não terá nenhum custo financeiro. Os riscos de constrangimento e quebra de sigilo serão reduzidos pela garantia de manutenção de sigilo e de sua privacidade durante todas as fases da pesquisa, a certeza de que os dados pessoais dos questionários não serão publicados e serão manipulados exclusivamente pelos pesquisadores. O seu nome será substituído por um código de letras e números. O benefício relacionado à sua participação será o de monitorar com mais frequência e orientar adequadamente aqueles pacientes que apresentarem pior adesão. O diagnóstico oferecido pelo estudo ajudará a promover intervenções mais ajustadas a cada paciente. Caso haja alteração pressórica durante essa consulta será realizado manejo clínico de acordo com a necessidade do momento. Todos os pacientes já são cadastrados no programa Hiperdia e portanto acompanhados regularmente, e a unidade tem capacidade técnica de intervir ou encaminhar, sempre que necessário.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade dos pesquisadores para utilização em pesquisas futuras, sendo necessário, para isso, novo contato para você fornecer seu consentimento específico para a nova pesquisa que será submetida a avaliação do Comitê de Ética.

A avaliação sobre a adesão será discutida individualmente com os pacientes para elaborar um plano de cuidado adequado. É prevista uma realização de uma oficina de devolutiva dos resultados nesta unidade de saúde.

Rubrica pesquisadora: _____

Rubrica participante: _____

Se houver qualquer tipo de dano resultante de sua participação, você tem o direito a assistência integral por parte da pesquisa previsto ou não no Termo/Registro de Consentimento Livre e Esclarecido e, ainda, a buscar indenização através de vias judiciais.

Você receberá uma segunda via deste termo onde consta o telefone/e-mail do pesquisador responsável, e do Comitê de Ética em Pesquisa. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante e a pesquisadora responsável. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para serem seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Desde já agradecemos!

Raphael Mendonça Guimarães
Orientador (ENSP-Fiocruz)

Vitoria Jabre Rocha Manso
Pesquisadora Principal (ENSP-Fiocruz)
e-mail: vitoriajabre@gmail.com
tel: 21 996914103

Comitê de Ética em Pesquisa/ ENSP

Tel: (21) 25982863 e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h”.

Acesse <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Participante da Pesquisa: _____

Assinatura participante ou responsável legal

ANEXO C - FICHA DE CADASTRO E ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO:

ID: _____
 Prontuário: _____ Sexo: _____ Raça: _____ Idade: _____
 Data de nascimento: ____/____/____ Telefone: _____/_____
 Endereço (bairro): _____
 Data da consulta: _____ Data de retorno: _____

HIPERTENSÃO ARTERIAL (TEMPO E TRATAMENTO):

Tempo de doença: 12-24 meses >24meses
 Quais antihipertensivos usados: _____

OUTRAS COMORBIDADES:

Diabetes Dislipidemia Doença da tireoide Câncer
 Doenças osteoarticulares Doença pulmonar Transtorno mental Covid-19
 Faz tratamento medicamentoso para algumas dessas comorbidades? Não Sim

ESCOLARIDADE:

Analfabetismo Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior

SITUAÇÃO DE TRABALHO:

Empregado ou Autônomo Desempregado

CONDIÇÕES FINANCEIRAS:

Casa própria ou Aluguel ou Outros
 Quantas pessoas vivem na casa? _____ Quantos cômodos tem a casa? _____
 Bens que possui: Geladeira Fogão Televisão Celular Computador Carro
 Lava-roupas Micro-ondas Ar-condicionado Ventilador

DESLOCAMENTO E ASSIDUIDADE:

Qual meio utiliza para chegar no posto? _____
 Quanto tempo gasta entre sua casa e o posto? _____
 Quantas faltas no último ano? _____ Data da última consulta? _____

TABAGISMO:

Não
 Ex-tabagista - Há quanto tempo parou de fumar? _____
 Sim - Quantos maços por dia: _____ Quantos anos fumando: _____
 Grau de dependência (teste de Fagerström <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=12>) _____

ETILISMO – QUESTIONÁRIO CAGE:

Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? Sim Não
 As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? Sim Não
 Se sente culpado (a) pela maneira com que costuma beber? Sim Não
 Costuma beber pela manhã (ao acordar), para diminuir o nervosismo ou a ressaca? Sim Não

ATIVIDADE FÍSICA REGULAR:

Não Sim Qual: _____
 Quantas vezes semana? _____ Quanto tempo dura a atividade? _____

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____
 PA de hoje e das duas últimas consultas: _____/_____/_____

ANEXO D - BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE TRADUZIDO (BMQ)

1) Quais medicações que você usou na ÚLTIMA SEMANA? Se o entrevistado não souber responder ou se recusar a responder coloque NR

a) Nome da medicação e dosagem	b) Quantos dias você tomou esse remédio	c) Quantas vezes por dia você tomou esse remédio	d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez	e) Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido	f) Como essa medicação funciona para você 1= Funciona Bem 2= Funciona Regular 3= Não funciona bem

2) Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim a) Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes das medicações e quanto elas o incomodam

Medicação	Quanto essa medicação incomodou você?				De que forma você é incomodado por ela?
	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	

3) Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

Escore de problemas encontrados pelo BMQ R = respondente NR = não respondente

DR – REGIME (questões 1a-1e)	1= sim	0= não
DR1. O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	1	0
DR2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	1	0
DR3. O R relatou alguma falha de dias ou de doses?	1	0
DR4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	1	0
DR5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	1	0
DR6. O R respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas?	1	0
DR7. O R se recusou a responder a alguma das questões?	1	0
NOTA: escore ≥ 1 indica potencial não adesão	Total Regime	
CRENÇAS	1= sim	0= não
DC1. O R relatou “não funciona bem” ou “não sei” na resposta 1f?	1	0
DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam?	1	0
NOTA: escore ≥ 1 indica rastreamento positivo para barreiras de crenças	Total Crença	
RECORDAÇÃO	1= sim	0= não
DRE1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?	1	0
DRE2. O R relata “muita dificuldade” ou “alguma dificuldade” em responder a 3c?	1	0
NOTA: escore ≥ 1 indica escore positivo para barreiras de recordação	Total Record.	

ANEXO E- TESTE DE MORISKY-GREEN (TMG)

1 - Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio?

Sim = 0 Não = 1

2 – Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?

Sim = 0 Não = 1

3 – Quando você se sente bem, alguma vez, você deixou de tomar seu remédio?

Sim = 0 Não = 1

4 – Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?

Sim = 0 Não = 1

Classificação do paciente segundo o teste:

- Paciente não aderente ao tratamento quando responder afirmativo pelo menos uma pergunta;
- Cada resposta sim = 0 e não =1
- Alta adesão: escore ≥ 4 ; média adesão: escore = 3 ou 2; baixa adesão: escore = 1 ou 0.

Paciente não aderente **Paciente aderente**

Alta adesão **Média adesão** **Baixa adesão**

ANEXO F – ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE (ARMS)

1 - Com que frequência você se esquece de tomar os seus medicamentos?

Nunca = 1 Algumas vezes = 2 Na maioria das vezes = 3 Sempre = 4

2 – Com que frequência você decide não tomar os seus medicamentos?

Nunca = 1 Algumas vezes = 2 Na maioria das vezes = 3 Sempre = 4

3 – Com que frequência você esquece de buscar os seus medicamentos na farmácia?

Nunca = 1 Algumas vezes = 2 Na maioria das vezes = 3 Sempre = 4

4 – Com que frequência você deixa acabar os seus medicamentos?

Nunca = 1 Algumas vezes = 2 Na maioria das vezes = 3 Sempre = 4

5 – Com que frequência você deixa de tomar os medicamentos antes de ir a uma consulta médica?

Nunca = 1 Algumas vezes = 2 Na maioria das vezes = 3 Sempre = 4

6 – Com que frequência você deixa de tomar seus medicamentos quando se sente melhor?

Nunca = 1 Algumas vezes = 2 Na maioria das vezes = 3 Sempre = 4

7 - Com que frequência você deixa de tomar seus medicamentos quando se sente doente?

Nunca = 1 Algumas vezes = 2 Na maioria das vezes = 3 Sempre = 4

8 – Com que frequência você deixa de tomar os seus medicamentos quando está descuidado consigo mesmo?

Nunca = 1 Algumas vezes = 2 Na maioria das vezes = 3 Sempre = 4

9 – Com que frequência você muda a dose do seu medicamento de acordo com as suas necessidades (ex.: quando você toma mais ou menos comprimidos do que estava na prescrição)?

Nunca = 1 Algumas vezes = 2 Na maioria das vezes = 3 Sempre = 4

10 – Com que frequência você esquece de tomar os seus medicamentos quando deveriam ser tomados mais de uma vez por dia?

Nunca = 1 Algumas vezes = 2 Na maioria das vezes = 3 Sempre = 4

11 – Com que frequência você deixa de buscar os seus medicamentos na farmácia porque costumam muito caro?

Nunca = 1 Algumas vezes = 2 Na maioria das vezes = 3 Sempre = 4

12 – Com que frequência você se planeja e busca os seus medicamentos na farmácia antes que eles acabem?

Nunca = 1 Algumas vezes = 2 Na maioria das vezes = 3 Sempre = 4

Classificação do paciente segundo o teste:

- Escore 12 = melhor adesão

- Escore 48 = pior adesão