



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE



KEILA RODRIGUES DE ALBUQUERQUE

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL:**
prevalência e fatores associados

TERESINA – PI

2017

KEILA RODRIGUES DE ALBUQUERQUE

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL:**
prevalência e fatores associados

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde e Comunidade.

Área de concentração: Saúde Pública

Linha de pesquisa: Análises de situações de saúde

Orientadora: Profa. Dra. Malvina Thaís Pacheco Rodrigues

TERESINA – PI

2017

KEILA RODRIGUES DE ALBUQUERQUE

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL:**

prevalência e fatores associados

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde e Comunidade.

Área de concentração: Saúde Pública

Linha de pesquisa: Análises de situações de saúde.

Aprovada em: ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Malvina Thaís Pacheco Rodrigues
Orientadora- Presidente/Universidade Federal do Piauí (UFPI)



Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira
1º Membro –Examinadora Externa/Universidade Federal do Ceará (UECE)



Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges
2º Membro –Examinador Interno/Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas
Examinador – Suplente/Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Dedico este trabalho a minha família, em especial, a minha mãe, a meu esposo e meu filho, pelo apoio, carinho e presenças constantes em minha vida. Dedico também, às pessoas com hipertensão arterial sistêmica, grandes colaboradores na realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Considero que em tudo há motivos para agradecer, portanto, ao final desta jornada, estendo meus agradecimentos a todos, que de alguma forma estiveram comigo nesta vivência acadêmica, porém, sendo impossível citar todos aqueles que contribuíram para tal realização, não poderia deixar de destacar alguns agradecimentos.

Agradeço a Deus por me permitir vivenciar esta experiência de aprendizado não somente acadêmico, mas de vida.

À minha mãe e irmãos pelo carinho e apoio de sempre. Ao meu esposo pelo companheirismo, acolhimento, amor e dedicação sempre tão presente.

À meu filho por existir como fonte de juventude, amor, fé e esperança em todos os momentos de minha vida, tornando-me forte e perseverante. Meu muito obrigado! Você dá sentido a tudo!

A todos os familiares, que carinhosamente compreenderam quando não pude estar presente em momentos de confraternização.

À Profa. Dra. Malvina Thaís Pacheco Rodrigues pelo apoio, dedicação e compromisso durante todo decorrer desta jornada.

Agradeço a todos que colaboraram com a coleta de dados, em especial a Fabiana, Luzia, Ana Gabriela, Werbert, Amanda, Aislan e a Sérgio, meu esposo, amoroso, paciente, que sem medir esforços, mostrou-se sempre disponível nos diversos momentos que fora solicitado.

A todos meus amigos que me encorajaram e me fortaleceram com carinho, apoio e amizade de verdade.

Aos colegas de curso, que como sempre falei, são presentes que o mestrado me deu. Com muito carinho, agradeço a Juliany, Raniela, Cremilda, Renato, Elaine, Carla, Sara, Socorrinha, Priscila, Larisse, Emanuele, Adriana, Juliana, Lúcia e Aglaine. Vocês são especiais.

Agradeço também a dedicação e empenho daqueles que se propuseram a tornar possível esta realização, quando sonharam e fizeram acontecer o Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Agradeço aos colaboradores da UFPI, em especial, aos colaboradores do Centro de Ciências e Saúde (CCS), dentre os quais, com carinho especial, a Chaguinha, sempre tão delicada e pronta a nos ajudar.

Aos participantes do estudo que dedicaram um pouco do seu tempo e atenção para tornar possível este trabalho.

Enfim, agradeço a todos que colaboraram com esta realização pessoal e profissional.

RESUMO

ALBUQUERQUE, Keila Rodrigues de. ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: prevalência e fatores associados, 2017.80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comunidade) – Programa de Mestrado em Saúde e Comunidade da UFPI, Teresina, 2017.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade em todo mundo. Como importante fator de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), principal motivo para consulta e acompanhamento profissional na atenção básica. Um dos desafios do tratamento da HAS é a adesão terapêutica, fator essencial para controle dos níveis tensionais e redução de danos à saúde e ao desenvolvimento econômico e social. Esta pesquisa teve como objetivo analisar a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS em hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. Trata-se de estudo transversal, realizado com 682 hipertensos, acompanhados pelas equipes da estratégia saúde da família em Teresina- Piauí. A adesão ao tratamento da hipertensão foi medida pelo Questionário de Morisky-Green-Levine. Como variáveis explicativas, foram investigadas características sócio-demográficas, estilo de vida, fatores clínicos e terapêuticos. Na análise bivariada utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson (χ^2) para associar as variáveis qualitativas e o teste T de Student para análise das variáveis quantitativas. Considerou-se associação ao nível de $p < 0,20$, e para explicar o efeito conjunto das variáveis sobre a adesão segundo a classificação Morisky, utilizou-se a Regressão Logística Múltipla (RLM), com critério de significância de $p < 0,05$. Os resultados mostraram baixa prevalência da adesão, correspondendo a 35,5%. Quanto aos fatores associados, o estudo mostrou que a maior chance de adesão foi: ser do sexo masculino, ter 62 anos ou mais de idade, ter pressão arterial controlada e assiduidade às consultas. Consumir álcool e apresentar reações adversas medicamentosas estão associados a menor chance de adesão. Conclui-se, então, que apesar da maioria dos participantes apresentarem pressão arterial controlada, houve baixa prevalência na adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, o que requer ações de controle, a fim de qualificar a atenção ao hipertenso, de modo a promover sua adesão e redução de agravos associados à HAS.

Palavras-chave: Adesão à Medicação; Hipertensão; Fatores de Risco; Prevalência.

ABSTRACT

ALBUQUERQUE, Keila Rodrigues de. ADHERENCE TO THE DRUG TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION: prevalence and associated factors, 2017.80 f. Dissertation (Master in Health and Community) - Master's Program in Health and Community UFPI, Teresina, 2017.

Cardiovascular diseases are the leading cause of death worldwide. As an important risk factor for cardiovascular and cerebrovascular diseases, Systemic Arterial Hypertension (SAH) stands out, the main reason for consultation and professional follow-up in basic care. One of the challenges in the treatment of hypertension is therapeutic adherence, an essential factor for controlling blood pressure levels and reducing damage to health and economic and social development. The aim of this research was to analyze the adherence to the medical treatment of hypertension in hypertensive patients followed by Family Health Strategy. It is a cross-sectional study, carried out with 682 hypertensive patients, followed by the family health strategy teams in Teresina-Piauí. Adherence to treatment of hypertension was measured by the Morisky-Green-Levine Questionnaire. As explanatory variables, sociodemographic characteristics, lifestyle, clinical and therapeutic factors were investigated. In the bivariate analysis, the chi-square test of Pearson (χ^2) was used to associate the qualitative variables and the Student's T test to analyze the quantitative variables. An association was considered at the $p < 0.20$ level, and the Multiple Logistic Regression (RLM) was used to explain the joint effect of the variables on adhesion according to the Morisky classification, with a significance level of $p < 0.05$. The results showed a low prevalence of adherence, corresponding to 35.5%. Regarding the associated factors, the study showed that the greatest chance of adherence was: to be male, to be 62 years of age or older, to have controlled blood pressure and attendance at consultations. Consumption of alcohol and adverse drug reactions are associated with a lower chance of adherence. It was concluded, therefore, that although the majority of participants had controlled blood pressure, there was a low prevalence of adherence to the antihypertensive drug treatment, which requires control actions in order to qualify attention to the hypertensive, in order to promote their adhesion and reduction of diseases associated with SAH.

Key words: Medication adherence; Hypertension; Risk factors; Prevalence.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Plano Amostral	36
Gráfico 1	Distribuição dos hipertensos quanto à adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, Teresina-PI. 2017.	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sócio-demográficas e estilo de vida de hipertensos, conforme medida de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. Teresina-PI. 2017.	53
Tabela 2	Características clínicas, condições associadas, regimes e eventos terapêuticos de hipertensos, conforme medida de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. Teresina-PI. 2017.	55
Tabela 3	Fatores associados à chance de adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, por adultos, conforme análise multivariada. Teresina-PI, 2017.	57

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
CBV	Cerebrovasculares
DALY	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DRS	Diretoria Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pressão Arterial
PAEDCNT	Plano de Ações de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis
QAM-Q	Questionário de Adesão a Medicamentos–Qualiaids
QATHAS	Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica
RLM	Regressão Logística Múltipla
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
VIF	<i>Variance Inflation Factor</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	18
2.1 Geral.....	18
2.2 Específicos.....	18
3 REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT): epidemiologia e repercussões mundiais.....	19
3.1.1 Hipertensão arterial sistêmica (HAS).....	22
3.1.2 Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica.....	25
4 METODOLOGIA.....	29
ABSTRACT.....	31
INTRODUÇÃO.....	32
MÉTODO	33
RESULTADOS	37
DISCUSSÃO.....	39
REFERÊNCIAS DO ARTIGO.....	47
ILUSTRAÇÕES.....	52
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	65
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	66
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO	67
ANEXOS	70
ANEXO A – APROVAÇÃO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE	71
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	72
ANEXO C – DIRETRIZES PARA APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO	75

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com elevada prevalência e morbimortalidade em todo mundo, configuram importante problema de saúde pública e, portanto, relevante foco de estudos. Em 2012, as DCNT, principalmente as doenças cardiovasculares (DCV), câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes foram responsáveis por cerca de 38 milhões de óbitos no mundo, totalizando 68% dos óbitos ocorridos no período. Destas mortes, em torno de 82% ocorreram em países de baixa e média renda, e mais de 40% acometeram pessoas com menos de 70 anos de idade. Até 2030, apesar dos avanços nas ações de prevenção e controle das DCNT, as projeções indicam um aumento anual de 52 milhões de óbitos relacionados a essas doenças, com maior previsão de crescimento para as regiões Africanas e do Mediterrâneo Oriental e com maior elevação do número de mortes absolutas nas regiões do Pacífico Ocidental e Sul da Ásia (WHO, 2014; 2016).

No Brasil, a atenção voltada para as DCNT, é relativamente recente e ocorreu em um contexto de desenvolvimento econômico e social caracterizado por transição demográfica, epidemiológica e nutricional, que alterou o panorama de morbidade e mortalidade, com redução das doenças infecciosas e parasitárias e aumento das DCNT. Entre 1930 e 2005, a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias passou de 46% para 5,3% no país, ao tempo que as DCNT chegaram em 2005 a representar dois terços da totalidade das causas conhecidas de óbitos no país (SCHMIDT *et al.*, 2011). Em 2007, em torno de 72% das mortes foram atribuídas às DCNT, cerca de 10% às doenças infecto-parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantis. Em 2010, as DCNT foram responsáveis, por aproximadamente, 74% do total de óbitos ocorridos no período (BRASIL, 2010b). Entre elas, destacam-se as doenças do aparelho circulatório que, apesar de já apresentarem redução nos índices de mortalidade, principalmente em países de alta renda, em 2012, no Brasil, apresentaram taxas de mortalidade superior a 50% (MALTA *et al.*, 2014b; GUIMARÃES *et al.*, 2015).

No período de 2000 a 2011, no Piauí, aproximadamente 37% da proporção de óbitos ocorridos no período, foram por doenças do aparelho circulatório, o que justificou ao estado, em contexto nacional, a nona posição quanto a mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório e a segunda posição na região Nordeste do país. Teresina, no mesmo período, com uma taxa de 33%, foi a capital nordestina com a maior proporção de óbitos

decorrentes das doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2012a). Durante o período de 1996 a 2013, em Teresina, houve aumento de, aproximadamente, 74% na mortalidade por DCNT, com maior percentual para doenças do aparelho cardiovascular. No período de 2013 a 2015, a mortalidade por doenças do aparelho circulatório, em Teresina, variou de 32% a 34% (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2015).

Um conjunto de fatores de risco é responsável pela elevada morbimortalidade relacionada a este grupo de doenças crônicas. Lim et al. (2012) destacam o tabagismo, o uso abusivo de álcool, a obesidade, hipertensão, diabetes, alimentação inadequada e o sedentarismo. Neste contexto, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta-se como principal fator de risco para as doenças cardiovasculares.

A HAS é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) e determinada por cifras pressóricas de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg, obtidas por medidas de consultório (MALAQUIAS et al., 2016).

Em contexto global, de 1980 a 2008, dados da Organização Mundial da saúde (OMS) indicam que o número de hipertensos passou de 600 milhões para 1 bilhão de pessoas em 2008, quando, em torno de 40% das pessoas com idade maior ou igual a 25 anos eram hipertensos. A prevalência da HAS na região africana é a maior do mundo correspondendo a 46% dos adultos com 25 anos ou mais (WHO 2011,2013). Em Gana, Bosu (2010) ao realizar uma revisão sistemática sobre a epidemia de hipertensão, afirmou que a maioria dos estudos relatou prevalência bruta da HAS entre 25% e 48%, utilizando o limite de 140/90 mmHg. Nas Américas, registra-se com taxas de 35%, menor prevalência de hipertensos, porém, dados de estudos Norte-americanos indicam a HAS como principal fator de risco associado a doenças isquêmicas cardíacas e cerebrovasculares (LIM et al.,2013; MOZAFFARIAN et al., 2015). Na população adulta da América do Norte e da Europa estima-se que 28% e 44% da população convivam com a HAS, respectivamente (CRUMP *et al.*, 2011).

No Brasil, a HAS afeta mais de 35 milhões de indivíduos adultos, e desses, mais de 60% dos idosos. Associada às complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, a HAS tem impacto negativo na qualidade e expectativa de vida das pessoas, acarretando, além dos prejuízos à saúde, prejuízos econômicos e sociais. Em estudos sobre prevalência, tratamento e controle da HAS no Brasil, realizados entre 1980 a 2010, constataram que as taxas de

prevalência eram superiores a 31%, com maiores índices para o sexo masculino. Dados de inquéritos telefônicos entre 2006 a 2014 mostraram que a prevalência da hipertensão auto referida por adultos com idade de 18 anos ou mais, de ambos os sexos e residentes na zona urbana, variou de 23% a 25%, com maior prevalência na região Sudeste do país. Em pessoas com mais de 65 anos, os inquéritos mostraram prevalência superior a 50%. Em 2014, considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em domicílios de algumas cidades brasileiras, encontrou prevalência geral da HAS de 22,3%, com predomínio, também, na região Sudeste e nas cidades localizadas na zona urbana (PICON et al., 2012; CHOR et al., 2015; MALAQUIAS, 2016).

Assim, destaca-se a HAS como uma doença de alta prevalência e baixas taxas de controle, cujos fatores de risco e complicações representam elevada taxa de morbimortalidade, gerando alto custo financeiro e social à sociedade, constituindo importante problema de saúde pública, em todo mundo. Como um dos principais fatores responsáveis por eventos cardiovasculares, compreende-se a relação da HAS com os elevados custos associados as DCV, que em novembro de 2009, responsável por 91.970 internações, gerou custos de R\$ 165.461.644,33 com assistência à saúde (DBHA, 2010; WHO, 2013).

Neste contexto, a HAS representa um encargo econômico significativo, absorvendo grande parte dos recursos destinados à saúde (SOUZA; PEIXOTO, 2017). A carga econômica e social da HAS decorre, principalmente, de seu inadequado tratamento, quer seja por falhas no planejamento terapêutico ou na disponibilização de recursos terapêuticos necessários, assim como, por existirem pacientes que não conseguem manter a adesão terapêutica e, conseqüentemente, não atingem as metas propostas de controle para tal enfermidade. Logo, destaca-se a responsabilidade do indivíduo, família, sociedade e Estado, na promoção da adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e no seu controle (REMONDI et al., 2014).

Sendo assim, a HAS é uma doença ou condição de saúde de difícil controle, com manutenção insatisfatória dos níveis pressóricos no limite recomendável, devido principalmente, ao déficit na adesão terapêutica, medicamentosa e/ou não medicamentosa. Evidencia-se, portanto, a problemática que a baixa adesão ao tratamento da HAS acarreta à saúde do indivíduo e os reflexos negativos no desenvolvimento sócio econômico das regiões ou nações com elevada prevalência de tal agravo (REMONDI et al., 2014; SANTOS et al., 2013).

Adesão, segundo a OMS (2003), consiste de modificações comportamentais do indivíduo e nos métodos de implementação terapêutica, principalmente no que se refere à relação de vínculo profissional/cliente, dentre outros fatores, tais como a acessibilidade, disponibilidades de recursos, gestão e logísticas dos serviços de saúde, de modo a proporcionar as modificações comportamentais necessárias e assegurar a continuidade terapêutica. Assim, a manutenção de níveis pressóricos satisfatórios, com PA sistólica < 130mmHg e diastólica < 80mmHg, está intimamente relacionado a adesão (MALAQUIAS et al., 2016).

Neste contexto, apenas parte dos hipertensos mantêm valores satisfatórios da PA, utilizam a medicação de forma correta e aderem às medidas terapêuticas, sobretudo, aquelas que envolvem mudanças de hábitos alimentares, abandono de vícios como o tabagismo, alcoolismo e incorporação de atividades físicas (GIROTTI et al., 2013).

As taxas de controle da HAS (limite de 140/90 mmHg) foram de apenas 29% dos usuários hipertensos nos Estados Unidos, 17% no Canadá e menor que 10% em cinco países europeus (WOLF-MAIER *et al.*, 2004). Em uma revisão acerca dos estudos publicados sobre a não adesão ao tratamento da hipertensão na Espanha foi verificado que um terço dos usuários com hipertensão apresenta PA descontrolada (MÁRQUEZ CONTRERAS et al., 2006).

Mundialmente, estima-se que, pelo menos, cerca de 50% das pessoas que convivem com doenças crônicas não seguem seu tratamento adequadamente (DI MATTEO, 2004). Tal afirmativa corrobora com um artigo clássico sobre a “regra das metades” (rule of halves), escrito por Wilber e Barrow (1972) o qual relata que dentre os acometidos pela doença, há sua detecção em somente metade dos hipertensos; dos detectados, somente metade é tratado; e, entre esses últimos, somente a metade mantém níveis controlados de PA.

Uma das dificuldades de controle da HAS está relacionada às características da doença, como assintomaticidade e cronicidade, que fazem com que a HAS não seja considerada como algo que requer cuidados contínuos. A ausência de sintomas da doença ou a percepção pelo usuário da melhoria imediata pós controle pressórico, associada ao desconhecimento na concepção de cronicidade, leva o indivíduo, ao errôneo entendimento que hipertensão tem cura e com isso traz efeitos no comportamento do usuário, induzindo-o à suspensão do tratamento por acreditar que não há necessidade para o seu uso. Assim, os

usuários hipertensos não sentem necessidade de modificar hábitos relacionados ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar até que surjam as complicações provocadas pela doença (PIERIN et al., 2016).

A adesão ao tratamento da HAS, nas dimensões de adesão terapêutica farmacológica e não farmacológica, tem além das características da enfermidade, a influência de vários fatores que podem acarretar em níveis distintos de adesão ou em não adesão. Dentre os fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas, um estudo nacional encontrou menor adesão entre pessoas mais jovens. No tocante ao sexo, a baixa adesão foi maior em pessoas do sexo feminino. Outros fatores, como nível de instrução, renda e fatores associados ao regime terapêutico, mostraram-se mais aderentes aqueles com maior vínculo com profissionais de saúde e que não utilizavam de recursos próprios para garantir o tratamento (TAVARES et al., 2016).

Dessa forma, destaca-se a necessidade de acompanhamento eficaz por profissionais de saúde, por meio de estratégias que proporcionem acompanhamento dos níveis pressóricos, vínculo e correta adequação terapêutica caso necessário, sendo descartados ou controlados com segurança, os fatores que possam influenciar em ajustes terapêuticos desnecessários ou déficit de adesão.

Neste contexto, a atenção básica destaca-se como principal acesso para assistência ao hipertenso no país e torna-se uma das ferramentas essenciais para promoção da adesão. Assim, o acompanhamento profissional, realizado por meio de assistência individualizada, que valorize a participação do indivíduo no planejamento terapêutico, além da garantia de recursos e logística, necessários a adesão, devem ser priorizados (RODRIGUES et al., 2014).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) determina que a Estratégia Saúde da Família (ESF), com caráter multiprofissional, tem dentre suas atribuições, o acolhimento da população sob sua responsabilidade territorial, com práticas prioritárias aos grupos de risco, dentre estes, os Hipertensos, mediante ações preventivas e de promoção da saúde, a fim de prevenir doenças e/ou reduzir possíveis danos evitáveis (BRASIL, 2017d). Deste modo a atenção básica, responsável pela coordenação das redes de atenção à saúde, constitui de recurso assistencial essencial para promoção da adesão, como defendem Silva et al. (2014), ao destacar a importância do acompanhamento continuado para adesão do hipertenso. Neste contexto, faz-se necessário identificar os fatores que possam estar associados ao desfecho

adesão, de modo que, a partir de tal identificação, os profissionais da saúde, gestores da saúde e demais atores envolvidos, conforme suas competências possam atuar de modo a favorecer a adesão ao tratamento da hipertensão.

No âmbito da atenção básica, atualmente, com as alterações na configuração de formação das equipes da estratégia saúde da família, na função dos agentes comunitários, assim como na relação de vínculo entre população e equipe, trazidas pela nova Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017d), percebe-se a possibilidade de fragilidade na longitudinalidade do cuidado, de modo que tais alterações podem trazer repercussões negativas no controle de eventos crônicos à saúde, como a HAS.

Ao se fazer o acompanhamento do hipertenso, no contexto da Estratégia Saúde da Família, percebe-se a necessidade de muitas adequações para que a adesão, de fato, aconteça. Alguns fatores requerem maior atenção, como a promoção de maior autonomia do hipertenso no autocuidado, mediante maior conhecimento sobre riscos relacionados a HAS e na compreensão do cuidado continuado, além de redução/anulação do déficit nos recursos terapêuticos auxiliares, com a disponibilização de equipamentos de aferição da PA, medidas de facilitação no acesso aos serviços de saúde, ou seja, estrutura logística que favoreça o cuidado aos grupos de pessoas com eventos crônicos, como a HAS, de modo a proporcionar melhor acompanhamento profissional, continuidade do cuidado, e controle de agravos associados a PA não controlada.

Assim, considerando a HAS como um dos principais fatores de risco para a morbimortalidade por doenças do aparelho cardiovascular, os compromissos assumidos em caráter mundial para redução dos agravos associados a PA elevada, e sabendo-se que a não adesão ao tratamento medicamentoso concorre para o aumento das complicações da doença, percebe-se, portanto, a necessidade de estimar a prevalência da adesão e seus fatores associados. Dessa forma, pretende-se com este estudo, analisar a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS em hipertensos acompanhados pela ESF em Teresina-PI, a fim de conhecer a realidade local sobre a prevalência de adesão e seus fatores associados, e com isto, contribuir para subsidiar a tomada de decisão que possa colaborar na prevenção e controle desta doença, bem como de suas complicações.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS em hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

2.2 Específicos

- Estimar a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão;
- Descrever as características sócio-demográficas e clínicas dos participantes do estudo;
- Identificar os fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Dentre os fatores de risco para eventos cardiovasculares, a HAS, configura-se como um dos principais fatores de risco para tais agravos e, portanto, requer controle adequado para preveni-los. Diagnóstico precoce e disciplina terapêutica, que contemple adesão em todas as dimensões do tratamento, são essenciais para controle da PA elevada e redução de eventos associados, como as doenças cerebrovasculares e cardiovasculares. Sendo assim, a adesão ao tratamento constitui fator essencial para redução de complicações associadas à HAS. Entretanto, associada a fatores diversos, os baixos índices de adesão ainda prevalecem (WHO,2014; MALAQUIAS et al., 2016). Responsável por graves danos à saúde e com relevante impacto negativo no âmbito da saúde pública, com repercussões de caráter social e econômico, em contexto individual e coletivo, a adesão ao tratamento da HAS e seus fatores associados requer investigação ampla e contínua, a fim de permitir identificar os entraves para sua adequação, de modo a subsidiar ações que a promovam.

3.1 Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT): epidemiologia e repercussões mundiais.

As DCNT consistem em um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo, com relevante impacto negativo a saúde e desenvolvimento humano, sendo responsável, mundialmente, por 35 milhões de mortes por ano, com projeções para 44 milhões de óbitos até 2020. Dentre as DCNT, considerando-se a elevada prevalência de morbimortalidade, principalmente em países de baixa e média renda, destacam-se as doenças cardiovasculares, o câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, visto que, são responsáveis por 03 em cada 05 óbitos ocorridos no mundo inteiro (WHO, 2011).

O avanço da prevalência das DCNT, ocorrido principalmente nos países mais pobres, está significativamente relacionado ao envelhecimento populacional, assim como aos maus hábitos e estilos de vida de uma população. No Brasil, as modificações econômicas e sociais provocadas pelas políticas de inclusão social, distribuição de renda e as políticas públicas que favoreceram o acesso da população aos serviços de saúde, contribuíram para o aumento da expectativa de vida e, conseqüente, envelhecimento populacional. Assim, todo o conjunto de

alterações econômicas, sociais e nas políticas de saúde do governo brasileiro proporcionaram mudanças no perfil da população, caracterizando a transição demográfica, nutricional e epidemiológica, que apresenta decrescente morbimortalidade relacionada às doenças infecciosas e parasitárias, ao passo que os índices de morbimortalidade por doenças crônicas tornaram-se mais elevados (SCHMIDT et al., 2011; ROCHA-BRISCHILIARI et al., 2014).

As DCNT além de trazer repercussões negativas à saúde do indivíduo apresentam significativa relevância social e econômica, pois, cada vez mais, contribuem para o empobrecimento da população. O indivíduo, provedor do lar, acometido por tais doenças e incapacitado, torna-se dependente de recursos escassos ou de benefícios garantidos pelos programas do governo, que na maioria das vezes são insuficientes para atender as necessidades trazidas pela doença (MALTA et al., 2014b). Tal situação, além do aspecto econômico, traz repercussões como a desestrutura familiar e a perda de oportunidades escolares para as crianças envolvidas, que são inseridas precocemente no mercado de trabalho informal. A cada ano, milhões de famílias têm seus rendimentos prejudicados, e países, como o Brasil, China, Índia e Rússia, perdem, atualmente, por ano, mais de 20 milhões de vida produtiva para as DCNT. As pessoas, portanto, ficam presas em um ciclo perigoso onde a pobreza e as doenças não transmissíveis reforçam-se mutuamente (WHO, 2011; FORUM ECONÔMICO MUNDIAL, 2011)

No Brasil, em 2011, dentre os óbitos registrados, 72% foram por DCNT. As estimativas sugerem perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar, com perdas para economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015, resultantes de apenas três patologias dentre as DCNT, que são diabetes, doenças do coração e acidente vascular encefálico. Diante do panorama epidemiológico e econômico das DCNT, são propostas, pelo Plano de Ações de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (PAEDCNT) de 2011-2022, ações estratégicas e intersetoriais, direcionadas a prevenção e controle de tais enfermidades na expectativa de atingir queda na mortalidade prematura por tais doenças, de modo que a redução acumulativa seja de pelo menos, 25%, até 2025 (SCHMIDT et al., 2011; MALTA, 2014a; JR.SILVA, 2014; BRASIL, 2011c).

Dentre estas doenças, as cardiovasculares, que consistem em doenças do coração e vasos sanguíneos, se destacam devido aos elevados índices de morbimortalidade associados. Independente da condição sócio econômica da população ou nível de desenvolvimento do

país, as DCV, em 2005, segundo a OMS, foram responsáveis por 5,07 milhões de óbitos no mundo, sendo equivalente a 34 milhões de DALY (*disability adjusted life years*), que consiste em uma medida desenvolvida pela OMS, da carga global da doença e que está relacionada aos efeitos das doenças crônicas em tempo gasto ou perdido por doença ou morte prematura. Nas últimas décadas, em todo mundo, com as mudanças sociais, econômicas e de hábitos de vida da população, as DCV tornaram-se as principais causas de mortalidade representando 30% do total de óbitos no mundo, e até 50% da mortalidade relacionada às DCNT, sendo responsáveis por 17 milhões de mortes e 50 milhões de DALY no mundo (WHO, 2011; GOULART,2011).

No Brasil, em estudo descritivo sobre a mortalidade por doenças crônicas entre 2000 a 2011, a partir de dados do sistema de informação de mortalidade (SIM), foi constatado queda total de 1.170.498 óbitos, 72,7% foram atribuídos às DCNT. Dentre esses, os mais frequentes foram relacionados às DCV, correspondendo a 30,4% dos óbitos por DCNT, seguidas pelos óbitos relacionados as neoplasias (16,4%), doenças respiratórias (6%) e diabetes (5,3%) configurando-se assim, as quatro principais causas de óbitos dentre as causas por DCNT. Além disso, foi comprovado que no mesmo período, houve um declínio da mortalidade pelas quatro principais causas de DCNT, em todas as regiões do país, com destaque maior no declínio por causas relacionadas às DCV e doenças respiratórias crônicas, que pode ser atribuído as modificações no perfil sócio econômico da população brasileira nas últimas décadas, assim como redução no tabagismo e melhorias no acesso da população aos serviços de saúde. Ações destinadas à redução na prevalência de fatores de risco, a fim de diminuir os índices de morbimortalidade por tais enfermidades, são, portanto, de grande relevância para saúde pública (MALTA et al.,2014c).

A elevada morbimortalidade relacionada às DCV em todo o mundo, bem como, a associação dessas enfermidades a fatores de risco modificáveis, tais como a HAS, tabagismo, hiperglicemia, inatividade física, sobrepeso e obesidade, constituem foco de ações de prevenção e promoção da saúde propostas pela OMS para redução na morbimortalidade associada, tendo em vista o impacto negativo trazido tais enfermidades. Em se tratando das DCV, tem-se a HAS como um dos principais fatores de risco modificáveis, além de ser considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo, haja vista que a mortalidade por DCV aumenta progressivamente com níveis pressóricos arteriais elevados da PA a partir de 115/75 mmHg (DBHA,2010; WHO, 2011; SILVA et al., 2013).

Logo, considerando a HAS um dos principais fatores associados às doenças cardiovasculares de caráter isquêmico e as cerebrovasculares, destaca-se o importante impacto do controle desta doença para redução da prevalência da morbimortalidade associada. A HAS e seus agravos, têm impacto negativo no desenvolvimento social, econômico, individual e coletivo, pois, quando não levam o indivíduo a óbito, podem provocar danos, que ao incapacitar o indivíduo para o trabalho, além dos gastos com saúde e previdenciários, favorecem a desestrutura familiar, por meio do abandono escolar daqueles, que, dependentes do indivíduo vítima de tais agravos, buscam o mercado informal de baixa renda, a fim de garantir o sustento da família, gerando assim, um ciclo de empobrecimento. Neste sentido, fica evidente a importância de construção e implementação de estratégias que contribuam para a adesão ao tratamento.

3.1.1 Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), correspondentes a valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg, em medida de consultório. Níveis elevados de PA estão frequentemente associados a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, em coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, além de estar relacionada a alterações metabólicas e complicações cardiovasculares (MALAQUIAS et al.,2016).

A HAS é causa de 7,5 milhões de mortes em todo mundo, correspondendo a 12,8% de todos os óbitos ocorridos por ano, em 2004. A prevalência da HAS no mundo, em 2008, foi de cerca de 40% em indivíduos com idade igual ou superior a 25 anos, com taxas mais elevadas em países de baixa e média renda. Lim et al. (2013) identificaram que, em 2010, a HAS esteve associada a 9,4 milhões de óbitos em todo o mundo, e a destacaram, como principal fator de risco associado às doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, além de importante associação com as complicações renais, dentre outras. As estimativas para 2025 preveem um crescimento de 60% da doença. Pessoas do sexo masculino tiveram maior prevalência da doença com índices de maior significância estatística nas regiões das Américas e Europeias (WHO, 2011; ANDRADE et al.,2014).

Com o crescimento e envelhecimento populacional, o número de hipertensos no mundo também é crescente. Em um estudo de séries temporais, por inquéritos telefônicos, realizado no Brasil, durante os anos de 2006 a 2011, mostrou que a prevalência da HAS no país é elevada, pois atinge cerca de um quarto da população brasileira, e dentre esta, mais da metade, tem idade superior a 55 anos. Quanto a prevalência da distribuição dos casos de HAS no país, esta, foi superior nas regiões sul e sudeste, onde há maior proporção de idosos, além de uma melhor estrutura dos serviços de saúde locais (ANDRADE et al.,2014). A frequência da HAS foi maior em pessoas do sexo feminino, sendo diferente dos dados da OMS de 2008, que mostraram maiores prevalências da HAS em homens. Neste contexto, com elevada prevalência e associação às complicações cardiovasculares, as práticas preventivas e de controle da HAS, mostram-se, portanto, de grande relevância para saúde pública no Brasil e no mundo (RADOVANOVIC et al.,2014; WHO, 2011)

Assim, com destaque dentre os fatores de risco para DCV, a HAS é motivo de preocupação mundial, pois, com o envelhecimento populacional, a urbanização e a globalização na aquisição de hábitos não saudáveis, vem acarretando sérios fatores de riscos e agravos à vida das pessoas, como a PA elevada e suas complicações (WHO, 2013). Investimentos em programas de saúde pública, melhoria de acesso da população aos serviços de saúde e a implementação de programas de política social de geração de renda no Brasil, levaram a mudanças no perfil demográfico, socioeconômico, nutricional e epidemiológico da população, refletindo em maior prevalência de eventos crônicos à saúde. As modificações no perfil populacional, os novos hábitos de consumo adquiridos e o processo de envelhecimento populacional, acarretaram dentre as condições de saúde associadas ao processo natural do envelhecimento, maior prevalência de fatores de risco como a obesidade, HAS e seus agravos (SCHMIDT et al., 2011).

Somados a predisposição a eventos crônicos decorrentes do processo de envelhecer, hábitos como o tabagismo, consumo de álcool e consumo de alimentos hipercalóricos, ultraprocessados e com elevado teor de sódio, aumentam a predisposição a HAS e alterações cardiovasculares e renais. Uma vez já hipertenso, a permanência de hábitos de vida insalubres, como o tabagismo, abuso de álcool e inatividade física, tendem a contribuir com níveis elevados e sustentados de PA e, portanto, ser mais agravante à vida (MALAQUIAS et al., 2016).

Além de associada a vícios, como o tabagismo, e ao consumo exagerado de certos grupos de alimentos, a HAS está associada, também, a fatores de caráter sócioeconômico, como foi destacado por Andrade et al. (2014), em estudo sobre a pesquisa nacional de saúde no Brasil de 2013, quando identificaram a maior prevalência da HAS em pessoas de baixa renda, com menor instrução e residentes na região Sul do país.

O Sul e Sudeste do Brasil, com elevada taxa de urbanização e com melhor acesso aos serviços de saúde, possuem, também, uma população mais envelhecida e, portanto, mais sujeita a eventos crônicos de saúde. Neste contexto, considera-se que a maior prevalência da HAS na região sul do país, esteja relacionada a fatores característicos do processo de urbanização e rotina acelerada da vida moderna, que em busca do mais rápido, prático ou atrativo da vida urbana, levam o indivíduo a adquirir hábitos, tais como o consumo de alimentos do tipo *fast food* ou ultraprocessados, acarretando em danos à saúde e maior predisposição a doenças ou condições, como a obesidade e HAS (EJIM et al., 2012).

Assim, associada a vários fatores, dentre eles, hábitos e estilo de vida adquiridos, a HAS apresenta-se, na maioria das vezes, de modo insidioso, representando um risco silencioso à vida. A condição assintomática da HAS consiste em um dos motivos que acarretam em retardo diagnóstico e déficit na disciplina terapêutica, que ocorre principalmente na população jovem, que, em virtude de fatores como o descrédito na condição de PA elevada e de sua cronicidade, são mais resistentes ao diagnóstico de HAS e ao tratamento contínuo, conforme evidenciado por Tavares et al. (2016), ao comprovar maior prevalência de baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas em adultos jovens.

Em condição de doença crônica, a HAS requer terapêutica contínua e adequada à condição clínica apresentada pelo indivíduo. Quando diagnosticada precocemente e conforme níveis tensionais de PA e eventos associados, o tratamento não medicamentoso, através de mudanças no estilo de vida, pode ser terapêutica suficiente ou não, para manter níveis tensionais da PA nos parâmetros de normalidade. Porém, o atraso diagnóstico ou ineficácia no tratamento não medicamentoso, acarretando em níveis tensionais aumentados e de difícil controle, além de outros fatores como lesões em órgão alvos ou DCV estabelecida, indicam a necessidade da implementação do tratamento farmacológico, que consiste na indicação de fármacos de uso contínuo, em caráter monoterápico ou em combinações farmacológicas, que

em conjunto, a depender da clínica apresentada pelo indivíduo, podem atuar no controle pressórico com maior eficácia, que de modo isolado (MALAQUIAS et al., 2016).

A terapêutica indicada, no entanto, requer compromissos tanto do profissional, quanto da pessoa com hipertensão, que deve estar ciente da cronicidade da doença e continuidade do tratamento, mantendo-se ativo no planejamento e adequação terapêutica, com vigilância quanto aos níveis pressóricos apresentados, de modo a proporcionar condições para avaliação da eficácia terapêutica prescrita. Deste modo, a relação profissional e paciente em um contexto multiprofissional, além da disponibilização de recursos que favoreçam ao indivíduo, controle e acompanhamento dos valores pressóricos, como o acesso a medicamentos e medidas para aferição da PA fora do consultório, mostram-se como fator essencial para acompanhamento adequado dos valores pressóricos, controle e adesão ao tratamento da HAS. Recursos e assistência qualificada ao hipertenso, portanto, além de favorecerem a adesão ao tratamento, contribuem para que possíveis erros diagnósticos e terapêuticos relacionados ao controle da PA possam ser descartados, evitando-se agravos e maiores gastos com saúde (JESUS et al., 2016).

3.1.2 Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica

Adesão, conforme a OMS, consiste não somente em cumprir um tratamento prescrito ou determinação profissional, mas requer modificações no comportamento humano para autogestão no cuidado a saúde. Assim, faz-se necessário a compreensão sobre a condição patológica, participação ativa do sujeito na determinação do regime terapêutico, mediante uma relação eficaz entre profissional e cliente, além de tantos outros fatores que são importantes para motivação e continuidade terapêutica, tais como mudanças no estilo de vida, provimento de recursos ou condições que proporcionem acesso aos serviços necessários para adequação terapêutica, dentre outros. Portanto, aderir a uma terapêutica específica, consiste em mudanças comportamentais e de percepção tanto pelo sujeito que requer tratamento, como pelos demais atores que fazem parte do planejamento terapêutico, como os profissionais e gestores dos serviços de saúde (WHO, 2003).

Os percentuais de controle da PA, no entanto, ainda são muito baixos e mesmo comprovando que níveis de pressão arterial menores que 140/90 mmHg contribuem para

redução da morbimortalidade por DCV, tais cifras pressóricas são pouco encontradas (DBHA,2010). O controle da HAS corresponde a taxas que variam de 10,1% a 35,5%, com progressiva redução na adesão a partir do tempo decorrido após o início da terapêutica (MALAQUIAS et al., 2016). No Brasil, em estudos realizados nos últimos 30 anos, foram evidenciados que as taxas de controle da PA variaram entre 25% a 37.5%, o que comprova a necessidade de práticas que promovam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo (SANTOS et al.,2013).

Vários fatores estão relacionados à adesão ao tratamento da HAS. Estão associados ao próprio indivíduo, aos profissionais, ao serviço de saúde e a própria condição clínica da HAS, que na maioria das vezes assintomática, leva o indivíduo a negação da patologia e a falsa impressão de estar curado. A não adesão à terapêutica anti-hipertensiva tem como principais determinantes a falta de conhecimento do paciente sobre a doença, baixos níveis socioeconômicos, crenças inadequadas à eficácia terapêutica, além de fatores como a comunicação ineficaz entre profissional e cliente, medicamentos de alto custo e dificuldades relacionadas ao funcionamento e acesso aos serviços de saúde (MALAQUIAS et al.,2016).

Neste contexto, associada a diversos fatores, a adesão não possui uma medida padrão, nem metodologia única para sua aferição ou medida. Deste modo, dentre os métodos de medida da adesão medicamentosa, têm-se os métodos diretos e indiretos. Os métodos diretos são de alto custo e não estão disponíveis em caráter universal, porém são mais precisos, visto que consistem da mensuração sérica do nível do fármaco utilizado na terapêutica, sendo possível constatar se está havendo uso contínuo do medicamento ou não (SANTOS et al., 2013).

Os métodos indiretos, por sua vez, não são tão precisos quanto os de modo direto, porém, são mais simples, de baixo custo e fornecem informações importantes sobre a adesão, portanto, são utilizados com frequência na prática clínica (SANTOS et al., 2013). Dentre eles, existem a contagem de pílulas, a mensuração eletrônica, a dispensação farmacêutica e o uso de vários instrumentos que avaliam a adesão, tais como, o Teste de Morisky-Green-Levine, Cuestionário de valoración Del comportamiento de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, Questionário MBG (Martín-Bayarre-Grau), Questionário de Adesão a Medicamentos–Qualiaids (QAM-Q), Teste de Haynes-Sackett, Escala de conductas em salud, Escala Hill-Bone compliance to high blood pressure therapy scale e o Questionário de Adesão

ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (QATHAS), este, como único instrumento que avalia a adesão em seu caráter medicamentoso e não medicamentoso. Dentre estes, porém, o instrumento mais utilizado é o Morisky, que aborda apenas a terapêutica medicamentosa (RODRIGUES,2012).

A adesão ao tratamento, portanto, sem uma medida ou método único, e compreendida na complexidade das suas dimensões, requer a necessidade de investigação e estratégias que a favoreçam (KARIO, 2017).

Logo, a adequação terapêutica está vinculada ao acompanhamento dos valores pressóricos, tanto pelo indivíduo, como pelo profissional, além da necessidade de recursos que garantam o tratamento, seja medicamentoso ou não, por meio de insumos necessários às ações de controle, tais como medicamentos, aparelhos para aferição da PA, condições que proporcionem a mudança no estilo de vida ou ainda, uso de recursos tecnológicos que favoreçam a comunicação eficaz entre profissionais e pacientes proporcionando acompanhamento e controle pressórico (KARIO, 2017).

Portanto, como principal acesso do indivíduo a assistência saúde, a atenção básica, no papel da ESF, com seu caráter multiprofissional, que visa cuidado continuado e integrado, através da auto-gestão do cuidado e promoção da saúde, consiste de elemento essencial para promoção da adesão terapêutica (ROCHA, 2017). No entanto, diante das dimensões e fatores associados à adesão terapêutica, a busca por possíveis fatores, que possam favorecê-la ou não, é essencial para direcionar as ações estratégicas de promoção da adesão na atenção primária, contemplando os aspectos preventivos e de promoção da saúde do indivíduo hipertenso.

Neste contexto, a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, considerando-se os efeitos da sua adequação à saúde das pessoas hipertensas, com reflexos no contexto individual e coletivo, no tocante a saúde e desenvolvimento social e econômico, requer, portanto, de vigilância quanto aos fatores que a influenciam, de modo a reduzir agravos associados à HAS. Deste modo, identificar os fatores atrelados a tal desfecho, pode contribuir para o desenvolvimento e implementação de ações ou estratégias que contemplem a adesão em seu constructo multidimensional.

A fim de contemplar as metas pretendidas em planejamento terapêutico e sua adesão, o acesso ao serviço de saúde, disponibilidade continuada dos fármacos e atenção qualificada ao hipertenso, dentre outros fatores, são essenciais para o êxito quanto aos objetivos

pretendidos. Mengue et al. (2016) comprovaram que no Brasil, os medicamentos utilizados para o tratamento da HAS, são em grande parte, de distribuição gratuita, e, portanto, com amplo acesso ao usuário. Portanto, fora evidenciado que o pleno acesso ao medicamento, não é fator único para garantir a adesão ao tratamento medicamento, sendo ressaltada a importância do acompanhamento qualificado, continuado e controle dos demais fatores que possam influenciar no cumprimento do tratamento medicamentoso da HAS e no seu controle.

Sendo assim, uma vez diagnosticada a HAS e indicada terapêutica, é essencial a adesão ao tratamento. Neste contexto, é necessário que sejam favorecidos as condições de acesso aos serviços de saúde, acompanhamento profissional, medidas tecnológicas para controle pressórico, além de acesso aos medicamentos com a compreensão da auto responsabilidade individual na terapêutica, além do incentivo ao papel ativo do hipertenso no planejamento, através de uma comunicação e vínculo com serviço e profissionais de saúde, bem como políticas públicas que contemplem as necessidades terapêuticas do indivíduo, favorecendo sua adesão. Para tanto, o papel da ESF, com a integralidade e longitudinalidade do cuidado e a multiprofissionalidade exerce papel fundamental para que a adesão ao tratamento da HAS possa ocorrer no seu todo, sendo necessário, porém, que sejam identificados os fatores que possam trazer influencias na adesão ao tratamento, de forma a reduzir agravos de morbimortalidade associados à HAS.

4 METODOLOGIA

A dissertação foi desenvolvida no formato de artigo, de modo que nele estão descritos a metodologia, os resultados e a discussão.

Título: ANÁLISE DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO BÁSICA

Title: ANALYSIS OF ADHERENCE TO DRUG TREATMENT OF SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION IN BASIC ATTENTION

REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PÚBLICA / PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

Área de avaliação: Saúde Coletiva

Classificação: A2

ANÁLISE DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO BÁSICA

RESUMO

Objetivo: Analisar a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS em hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Métodos: Estudo transversal, realizado com 682 hipertensos acompanhados pelas equipes da estratégia saúde da família em Teresina- Piauí. A adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão foi medida pelo Questionário de Morisky-Green-Levine. Como variáveis explicativas, foram investigadas características sócio-demográficas, estilo de vida, fatores clínicos e terapêuticos. Na análise bivariada utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson (χ^2) para associar as variáveis qualitativas e o teste T de Student para análise das variáveis quantitativas. Considerou-se associação ao nível de $p < 0,20$ para explicar o efeito conjunto das variáveis sobre a classificação Morisky. Utilizou-se a Regressão Logística Múltipla (RLM) com critério de significância de $p < 0,05$.

Resultados: A prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão foi de 35,5%. Os fatores associados a maior chance de adesão foram: ser do sexo masculino, ter 62 anos ou mais de idade e ter pressão arterial controlada e assiduidade às consultas. Consumir álcool e apresentar reações adversas estão associados a menor chance de adesão.

Conclusões: Apesar da maioria dos participantes apresentarem pressão arterial controlada, houve baixa prevalência na adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo o que requer ações de controle na AB, a fim de qualificar a atenção ao hipertenso, de modo a promover sua adesão e redução de agravos associados à hipertensão.

Palavras-chave: Adesão à Medicação; Hipertensão; Fatores de Risco; Prevalência.

ANALYSIS OF ADHERENCE TO DRUG TREATMENT OF SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION IN BASIC ATTENTION

ABSTRACT

Objective: To analyze the adherence to the drug treatment of hypertension in hypertensive accompanied by Family Health Strategy (FHS).

Methods: A cross-sectional study was carried out with 682 hypertensive patients accompanied by the family health strategy teams in Teresina-Piauí. Adherence to the drug treatment of hypertension was measured by the Morisky-Green-Levine's Questionnaire. As explanatory variables, sociodemographic characteristics, lifestyle, clinical and therapeutic factors were investigated. In the bivariate analysis, the chi-square test of Pearson (χ^2) was used to associate the qualitative variables and the Student's T test to analyze the quantitative variables. It was considered an association at the $p < 0.20$ level to explain the combined effect of the variables on the Morisky classification. Multiple Logistic Regression (MLR) was used with significance criterion of $p < 0.05$.

Results: The prevalence of adherence to the drug treatment of hypertension was 35.5%. The factors associated with a higher chance of adherence were: being male, being 62 years of age or older and having controlled blood pressure and attending appointments. Consuming alcohol and presenting adverse reactions are associated with a lower chance of adherence.

CONCLUSIONS: Although the majority of participants had controlled blood pressure, there was a low prevalence of adherence to antihypertensive drug treatment, which requires control actions in AB, in order to qualify attention to hypertension, in order to promote adherence and reduction of hypertension. associated with hypertension.

Keywords: Adherence to Medication; Hypertension; Risk factors; Prevalence

INTRODUÇÃO

O aumento na expectativa de vida e consequente envelhecimento populacional, as projeções indicam que em 2030, em todo mundo, serão 22,2 milhões de óbitos por causas cardiovasculares, e que, por acometer precocemente, uma parcela significativa da população economicamente produtiva, poderá acarretar grandes prejuízos de ordem econômica e social. A morbimortalidade precoce e os elevados custos na assistência ao indivíduo com tais enfermidades, de modo gradativo, contribuem para o empobrecimento populacional, visto que, além de acarretar maiores gastos com assistência especializada e previdenciários, também favorecem a perdas de oportunidades escolares, ao trabalho informal e a baixa renda. No contexto familiar, crianças e jovens, pela necessidade em contribuir precocemente com a renda familiar, abandonam os estudos e buscam o mercado informal de baixa renda, dando continuidade ao ciclo da pobreza (1,2).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem sido relatada como um dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares (DCV), estando associada a 9,4 milhões de óbitos e 7% de *disability adjusted life years (DALY)* em todo o mundo, no ano de 2010. Neste contexto, a HAS tem na adesão terapêutica medicamentosa, fator essencial para uma pressão arterial controlada e consequente redução dos agravos associados à pressão arterial elevada. Porém, principalmente nos países pobres e em desenvolvimento, dentre eles, o Brasil, os baixos percentuais de controle da pressão arterial, associados, principalmente, ao déficit na adesão terapêutica medicamentosa, vem contribuindo de modo significativo para os elevados índices de agravos relacionados à HAS e suas consequências (1,3,4,5).

Com um número cada vez maior de hipertensos no mundo, tal enfermidade, é um dos principais motivos de consultas na atenção básica (AB). No âmbito do Sistema Único de

Saúde (SUS), a AB em caráter, prioritariamente, preventivo e de promoção da saúde e em um contexto multidisciplinar, visa o cuidado integral e continuado às pessoas, família e comunidade. Portanto, AB, consiste em importante estratégia assistencial para promoção da adesão terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva (6).

Neste contexto, o crescente envelhecimento populacional, a elevada prevalência da HAS principalmente entre os idosos, a baixa adesão terapêutica medicamentosa, a associação direta ou indireta da HAS com as doenças cerebrovasculares (CBV) e cardiovasculares, além do elevado custo do tratamento destas complicações, compreende-se a importância dos estudos acerca da adesão terapêutica anti-hipertensiva e de seus fatores associados (3). Logo, é relevante à saúde pública a promoção de uma adesão terapêutica permanente, a partir de esclarecimentos sobre os fatores que contribuem ou não para adesão contínua e eficaz, de modo que possa trazer benefícios às condições de saúde da população, além de importante impacto positivo, também, no aspecto socioeconômico. Esta pesquisa objetiva analisar a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS em hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

MÉTODOS

Estudo transversal realizado com hipertensos acompanhados pelas equipes da ESF em Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas no perímetro urbano de Teresina (PI).

Para fins de cálculo da amostra mínima necessária ao estudo, considerou-se a população de hipertensos cadastrados e acompanhados pela ESF que, conforme dados do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) de 2014, mais atualizados no período do estudo, eram 52.835 hipertensos. Adotou-se intervalo de 95% de confiança

(IC95%), prevalência de 50% do evento, precisão de 5%, efeito de desenho de 1,5 e nível de significância de 5%, obtendo-se assim, a amostra mínima de 573 participantes, a qual foi acrescentada 20%, a fim de compensar possíveis perdas ou recusas e, desta forma, chegou-se a amostra de 688 participantes.

Os sujeitos foram estratificados conforme proporcionalidade por cada Diretoria Regional de Saúde (DRS) a qual estavam cadastrados (Centro/Norte, Sul e Leste/Sudeste) que em número de hipertensos cadastrados e acompanhados pela ESF, apresentavam respectivamente, 17.443, 17.546 e 17.846 hipertensos. Considerando o cálculo amostral e a proporcionalidade de cada regional e a média de 15 atendimentos diários por profissional de saúde nas UBS, chegou-se a distribuição amostral de 15 participantes por ESF sorteada, as quais totalizavam 45 ESF, sendo 15 equipes por cada DRS, que foram numeradas aleatoriamente e selecionadas mediante sorteio (Figura 1).

Após o sorteio das equipes, os participantes foram selecionados, também por sorteio, a partir dos hipertensos que estivessem na Unidade Básica de Saúde (UBS) em dia destinado ao seu atendimento.

Consideraram-se como critério de inclusão, idade igual ou superior 18 anos de idade, estar em tratamento medicamentoso há no mínimo seis meses, conscientes, orientados e que concordassem em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram considerados critérios de exclusão, os hipertensos que apresentassem condições que inviabilizasse a avaliação antropométrica conforme técnica estabelecida pelas diretrizes brasileiras de obesidade (7) e diretrizes brasileiras de hipertensão (8), os cadeirantes ou acamados, assim como, aqueles que apresentassem transtorno mental com incapacidade para o autocuidado ou quadro clínico senil avançado ou diagnóstico de

demência, confirmado em prontuário ou por profissionais da ESF, pois com tais diagnósticos poderiam predispor ao viés de informação e assim comprometer os resultados da pesquisa.

A coleta de dados deu-se por meio de aplicação de questionário padronizado, abordando dados sócios demográficos, estilo de vida, fatores clínicos e terapêuticas e o Questionário de Morisky-Green-Levine (9). Foi considerado como não-adesão uma única resposta afirmativa aos itens investigados no instrumento. A fim de evitar interferências ao estudo e garantir a privacidade dos participantes, o questionário foi aplicado em ambiente que proporcionasse privacidade e entendimento acerca dos dados investigados.

A pressão arterial foi obtida a partir da média aritmética de duas aferições, realizadas por método indireto com técnica auscultatória e esfigmomanômetro aneróide calibrado e com manguito adequado a circunferência braquial, seguindo o protocolo recomendado pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (8).

Para a medida da estatura e demais medidas antropométricas, foram utilizadas as recomendações das diretrizes brasileira de hipertensão (3,8) e diretrizes brasileiras de obesidade (7).

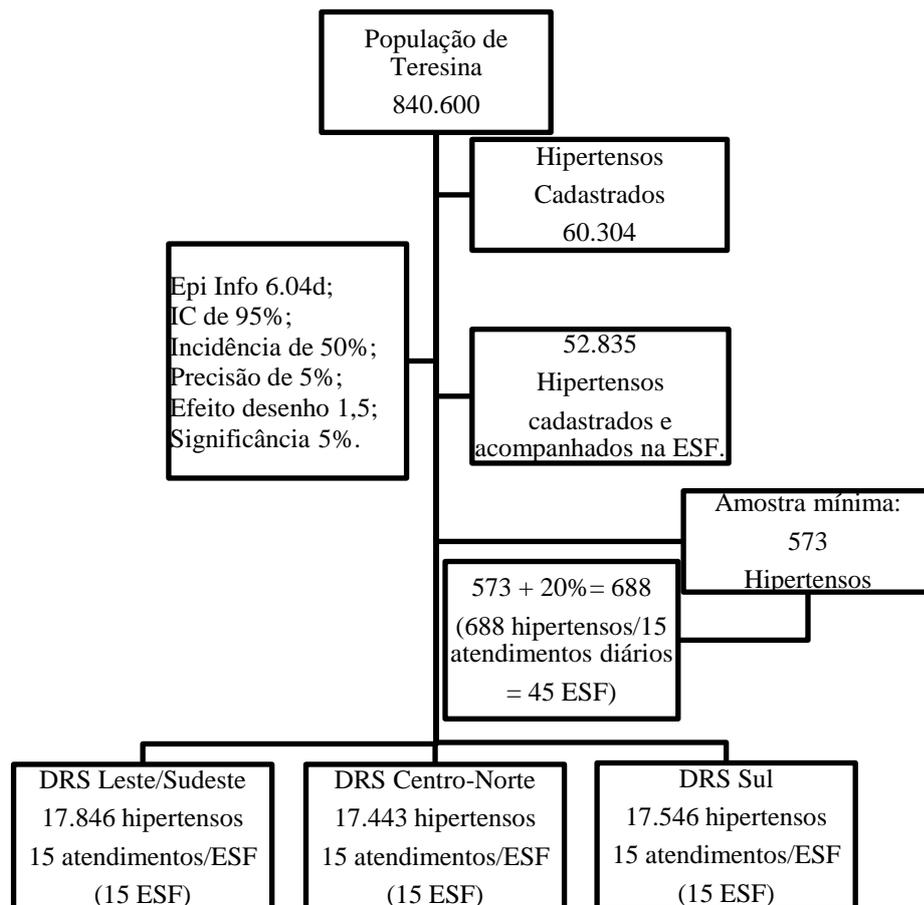
Após coleta, os dados foram digitados e analisados com o *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0 e R-Projc, versão 3.0.2. Para a análise univariada foi usada estatística descritiva. Na bivariada utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2) para associar as variáveis qualitativas, conforme adequação categórica, e para análise das variáveis quantitativas, fora utilizado o teste T de Student.

Para explicar o efeito conjunto das variáveis sobre a classificação Morisky-Green-Levine (9), utilizou-se a Regressão Logística Múltipla (RLM) com razão de chance ajustada. O critério para inclusão de variáveis no modelo logístico foi a associação ao nível de $p < 0,20$

na análise bivariada (10) e o critério de significância das variáveis no modelo, por sua vez, foi associação em nível de $p < 0,05$.

O modelo final de RLM foi ajustado de forma hierárquica por grupo de variáveis pelo método *Enter*. O teste de multicolinearidade necessário para a RLM foi realizado pelo VIF (*Variance Inflation Factor*), adotando-se como ponto de corte para o diagnóstico de multicolinearidade um VIF acima de quatro, contudo, o teste não detectou multicolinearidade entre as variáveis estudadas (11).

Figura 1 - Plano Amostral



O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI) com CAAE Nº 17042713.3.0000.5214 e foi realizado conforme os princípios éticos em todas as fases do estudo, de acordo com o preconizado pela Resolução 466/12 CNS¹².

RESULTADOS

A adesão ao tratamento medicamentoso, segundo Morisky (9), está apresentada no gráfico a seguir (Gráfico 1).

De um total de 688, participaram do estudo, 682 hipertensos, com maior percentual de mulheres, média de idade de 60 anos, casados ou em união consensual e que não haviam completado o ensino fundamental. Pouco mais de um terço dos hipertensos estavam aposentados, e em média, a renda familiar foi de pouco mais de dois salários mínimos. O número de pessoas por domicílio foi em média de 3,6 pessoas. A maioria dos hipertensos negaram tabagismo, etilismo e prática regular de atividade física (Tabela 1).

Em análise bivariada, conforme características sócio-demográficas e estilo de vida, a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, apresentou associação estatística ($p < 0,20$) com sexo, idade, grau de instrução, exercer atividade remunerada, número de pessoas por domicílio, consumo de álcool (Tabela 1).

A prevalência da adesão terapêutica medicamentosa foi maior em homens, entre os participantes com maior média de idade (62,7 anos), maior grau de instrução, que não exercem atividade remunerada, viúvos, entre os que residem com menor número de pessoas, ao considerar-se a média de pessoas por domicílio encontrado no estudo, entre aqueles que

não ingerem bebida alcóolica, que consomem tabaco e que praticam atividade física (Tabela 1).

Quanto às características clínicas e condições associadas, quase metade dos participantes, afirmaram ter antecedentes familiares com eventos cardiovasculares. Pouco mais de um terço dos entrevistados, apresentaram pressão arterial não controlada, ou seja, níveis tensionais iguais/superiores a 140/90mmHg. A maior parte dos entrevistados apresentou sobrepeso/obesidade e circunferência abdominal alterada. Em se tratando de condições clínicas associadas, os maiores percentuais, foram de pessoas com obesidade (37%), diabetes (29,6%) e dislipidemia (26,2%) (Tabela 2).

Sobre o regime e eventos terapêuticos, mais da metade dos hipertensos, faziam uso de mais de 3 (três) medicamentos ao dia, para terapêutica anti-hipertensiva. Considerando que, além da HAS, algumas pessoas apresentavam uma ou mais condições clínicas ou comorbidades, associadas, com necessidade de terapêutica medicamentosa contínua, obteve-se que 78,6% da amostra utilizavam mais de 3 (três) comprimidos ao dia. A maior parte dos hipertensos negou reações adversas medicamentosas e informou acesso gratuito aos medicamentos anti-hipertensivos, assim como, assiduidade nas consultas médicas ou de enfermagem. Porém, apenas 30,2% afirmaram comparecer as atividades de educação em saúde. Sobre a responsabilidade de administração do medicamento na rotina terapêutica diária, 91,2% informaram ser os principais responsáveis pelo controle no uso dos medicamentos (Tabela 2).

Dentre as características clínicas, condições associadas, regimes e eventos terapêuticos, apresentaram associação estatística ($p < 0,20$), as variáveis: antecedentes cardiovasculares, níveis tensionais de pressão arterial, reações adversas medicamentosas e o comparecimento às consultas médica e/ou de enfermagem (Tabela 2).

A adesão ao tratamento medicamento da HAS foi maior entre aqueles que negaram antecedentes familiares com eventos cardiovasculares, que apresentaram pressão arterial controlada, baixo peso ou magros, com circunferência abdominal normal, que apresentavam condição clínica associada, que utilizavam menos de 3 medicamentos ao dia, que negaram eventos adversos associados ao medicamento anti-hipertensivo, que realizavam a auto-gestão da terapêutica medicamentosa, que adquiriram os fármacos gratuitamente e entre aqueles que afirmaram ser assíduos às consultas com médicos ou enfermeiros, e que, comparecem as atividades de educação e saúde (Tabela 2).

Na análise multivariada (Tabela 3), as variáveis que permaneceram associadas significativamente a adesão terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva, ou seja, com $p < 0,05$, foram: sexo, idade, consumo de álcool, níveis tensionais de pressão arterial, reações adversas medicamentosas e assiduidade às consultas médicas e/ou de enfermagem. A análise mostrou que ser do sexo masculino representa mais chance de adesão terapêutica medicamentosa. Para cada um ano a mais na idade aumenta em 9% a chance de adesão e que os indivíduos com pressão arterial controlada e assíduos às consultas, apresentaram mais de chance para adesão. No entanto, a análise evidenciou que ter reações adversas ao uso contínuo de medicamentos e o consumo bebida alcóolica reduzem as chances de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

DISCUSSÃO

Diante do crescente envelhecimento populacional, a HAS, uma das principais demandas assistenciais na atenção básica, tem na adesão ao tratamento medicamentoso, fator

essencial para prevenção dos agravos à saúde do indivíduo hipertenso. Porém, apesar dos compromissos mundiais e alguns avanços na vigilância e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e fatores de risco (13), a pressão arterial não controlada ainda se mostra evidente e com importante associação ao déficit na adesão terapêutica, como fora detectada em alguns estudos (14,15).

As baixas prevalências indicam que as falhas na adesão a um regime terapêutico contínuo são entraves importantes para controle pressórico e aumentam os danos à saúde da pessoa com HAS (16,17).

A adesão terapêutica medicamentosa, em caráter multidimensional, está associada a uma série de fatores. Tavares et al. (18) identificaram que a baixa escolaridade, auto percepção ruim do estado de saúde, regime terapêutico complexo, uso de recursos próprios na aquisição dos fármacos, maior número de doenças crônicas, falhas na integralidade do cuidado e na formação de vínculo, estão associados a baixa adesão terapêutica.

Considerando os fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso, na associação com o sexo, apesar de alguns estudos apontarem maior prevalência de adesão ao sexo feminino (19,20,21,22), neste estudo, foi constatada maior prevalência de adesão no público masculino, que corrobora com metanálise (23) quando se identificou maior adesão de pessoas deste gênero. Tal divergência pode estar relacionada às mudanças na forma de agir e pensar do homem no tratamento de condições crônicas de saúde, ou ainda, às mudanças na assistência à saúde deste público, direcionada por políticas específicas. Em estudo (24) sobre o comportamento do homem frente às doenças crônicas, foi destacado que o comportamento masculino parece sofrer modificações de modo a favorecer a melhor adesão às medidas terapêuticas.

Em caráter multiprofissional, com ênfase no cuidado continuado, a ESF, com assistência qualificada e estrutura logística adequada, tem papel importante na promoção da adesão terapêutica medicamentosa, como comprovado, em estudo (20) sobre programa de gestão de doenças crônicas, que constatou aumento, de aproximadamente 60%, da adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, através do acompanhamento qualificado e continuado do hipertenso.

Neste contexto, destaca-se a importância da relação profissional/cliente qualificada, como fator relevante para adesão, visto contribuir para anular possíveis déficits de compreensão sobre a terapêutica prescrita, além de valorizar o caráter individual e ativo do hipertenso no planejamento terapêutico. Logo, enfatiza-se, a importância de ações intersetoriais, planejamento terapêutico e gestão qualificada, que considerem as particularidades do indivíduo e contemple suas necessidades, de modo a favorecer sua adesão.

Alguns estudos (18,19,21) identificaram menores índices de adesão associados a pessoas mais jovens e com déficit de conhecimento sobre a doença, ao tempo que, identificaram melhor adesão, entre aqueles com melhor vínculo aos serviços de saúde. Dados que corroboram com os aqui apresentados. A assintomaticidade e cronicidade da HAS, exigindo disciplina e mudanças de hábitos, podem contribuir para baixa adesão dos mais jovens, que resistente à aceitação da condição, retardam ou resistem ao tratamento continuado. O avanço da idade e maior predisposição a eventos crônicos, porém, podem tornar o indivíduo mais envolvido com sua saúde e, portanto, com maior adesão, o que explica também a melhor adesão entre aposentados, em sua maioria, pessoas com 60 anos ou mais. Da mesma forma, a maior adesão, entre aqueles que convivem com menor número de pessoas, pode estar relacionado ao maior controle dos eventos familiares, como despesas e

conflitos, contribuindo para processo terapêutico (3).

A maior adesão encontrada por aqueles com maior nível de instrução, pode ser explicada pela compreensão na relação existente entre conhecimento e prevenção, de modo que quanto maior conhecimento sobre possíveis riscos à saúde, maior poderá ser o envolvimento pessoal pela prevenção e promoção de vida saudável (24). Sendo assim, destaca-se a importância de ações interdisciplinares na atenção à saúde da pessoa hipertensa, bem como a necessidade de considerar o indivíduo em seu caráter único, coletivo, cultural e ativo no processo de cuidar.

Neste sentido, no caráter multifatorial associado à adesão, defende-se (23) o desenvolvimento de medidas para adaptar de forma flexível as estratégias de tratamento e com isso, abordar as barreiras enfrentadas pelos pacientes de modo a promover a adesão. É necessário, portanto, intervir nas causas, de forma efetiva, pois sendo uma das doenças crônicas de maior prevalência mundial, a HAS, constitui importante fator de risco para DCV e CBV, com elevado impacto nos índices de morbimortalidade e déficits econômicos.

Neste estudo, a baixa prevalência da adesão coincidiu com dados apresentados na literatura (16,18,25) e esteve associada a fatores relacionados ao planejamento terapêutico, estilo de vida e ao acesso aos recursos necessários para cuidado integral e continuado, como a assiduidade em consultas com os profissionais de saúde.

Quanto ao estilo de vida, hábitos, como o etilismo regular, mostraram-se associados à baixa adesão. Tal prática acarreta em comportamento desfavorável a disciplina terapêutica, por abandono, esquecimento ou ineficácia causada pela interação medicamentosa com o álcool (3,19). Portanto, trata-se de prática que colabora com o descontrole da pressão arterial e seus agravos e que, portanto, requer política de combate eficaz, de modo a proporcionar

condições ao indivíduo hipertenso para o abandono de hábitos insalubres, em prol de eficácia terapêutica, adesão continuada e redução de agravos associados (13).

Dentre os fatores que apresentaram associação com maior adesão e que reflete dados encontrados na literatura mundial, destaca-se a pressão arterial controlada, como consequência de uma adesão terapêutica continuada e compreendida em seu contexto mais amplo possível. A maior prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso por indivíduos com PA controlada, pode estar relacionada à melhor participação do indivíduo no planejamento terapêutico, que motivado a resultados cada vez melhores pode apresentar-se cada vez mais aderente (3,14,26,27).

No tocante aos eventos cardiovasculares na família, apresentá-los, foi associado à baixa adesão. Tal resultado pode estar relacionado ao possível déficit de conhecimento da pessoa com HAS sobre a doença, que ao desconhecer histórico familiar de eventos cardiovasculares como fator de risco adicional, não o compreende como fator de maior preocupação com saúde e, portanto, não reflete em maior adesão (3).

Qualidade e acesso aos serviços de saúde, ser assíduo às consultas com os profissionais de saúde e não apresentar reações adversas medicamentosas mostraram associação com maior adesão ao tratamento medicamentoso. Neste contexto, tais resultados, fortalecem a compreensão que assistência qualificada, com vínculo profissional/cliente, além da disponibilização de recursos farmacológicos, como programas de acesso aos medicamentos (28), que atendam às necessidades do indivíduo, com eficácia e sem desconfortos, contribuem de modo significativo a adesão ao tratamento medicamentoso (14,29,30).

Dentre os fatores estudados, número e tipos de medicamentos prescritos estão frequentemente associados à terapêutica medicamentosa (27,30), apesar deste estudo não ter

sido comprovado esta associação. A relação entre adesão e número de medicamentos, pode sofrer influências das características do tratamento medicamentoso, tais como, uso de maior número de comprimidos por tempo prologado, assim como, alguns grupos de medicamentos, que associados a eventos adversos tendem a ser descontinuados. Tal associação, evidencia mais uma vez, a importância do cuidado continuado e qualificado na atenção básica na promoção da adesão.

A forma de aquisição dos fármacos por meio de compra e a baixa renda familiar são outros fatores que, apesar de, neste estudo, não terem apresentado associação estatística ao desfecho adesão, merecem destaque, pois têm sido frequentemente associados a adesão (20,25,29,31). Sobre a renda familiar, a não associação ao desfecho adesão pode estar relacionada ao fato de tratar-se de informação auto referida, que, portanto, pode ter sofrido viés de informação por omissão ou preservação dos participantes sobre os dados financeiros. Outra explicação sobre a não associação da renda com o desfecho, são os programas governamentais de melhoria do acesso da população, às medicações, assim como pelas políticas de melhorias do acesso e qualidade nos serviços de saúde, que permitem ao indivíduo com HAS, seguir terapêutica implementada sem comprometer ou ser influenciada significativamente pela renda familiar.

Considerando, portanto, os fatores associados ao desfecho adesão ao tratamento medicamentoso na ESF, destacaram-se, neste estudo, com associação significativa e maior chance de adesão, as pessoas do sexo masculino, de maior faixa etária, com pressão arterial controlada e assíduos às consultas, evidenciando a importância da assistência qualificada, bem como a importância das políticas que favorecem o acesso aos serviços de saúde, como tem-se, na promoção da saúde do idoso e do homem. Porém, também com associação estatística

significativa ao desfecho e menor chance de adesão, evidenciaram-se a presença de reações adversas medicamentosas e o etilismo regular, de modo que tais fatores precisam de melhor abordagem, a fim de não constituírem entraves ao controle da PA e de seus eventos.

A despeito das limitações deste estudo, têm-se a possibilidade do viés de memória ou de informação sobre algumas informações auto referidas. Porém, foram realizadas orientações necessárias, assim como, foram obedecidos, rigorosamente, os critérios de exclusão e inclusão, além de controlar os fatores externos, como a presença de terceiros no momento da entrevista, que por ventura influenciassem os relatos dos participantes. Outra limitação foi o viés de aferição. Assim, de modo a controlar possível viés de aferição, os pesquisadores foram treinados, assim como, as possíveis divergências quanto à aferição pressórica em domicílio e em consultório ou por efeito do jaleco branco, foram controladas realizando-se a coleta de dados em ambiente neutro e vestuário profissional que não acarretasse alteração nas cifras pressóricas.

Assim, conclui-se que apesar da maioria dos participantes apresentarem cifras pressóricas compatíveis com pressão arterial controlada, a baixa prevalência na adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo é um fator que merece atenção dos profissionais e gestores em virtude das consequências que ocorrem em longo prazo. Da mesma forma, a maior adesão, identificada neste estudo, por pessoas do sexo masculino, de maior faixa etária, com pressão arterial controlada e assíduos ao acompanhamento profissional, requer ações que garantam continuidade e melhorias. A menor adesão entre aqueles com etilismo regular e reações adversas medicamentosas, mostram a necessidade de ações eficazes, em especial, na AB, a fim de anular ou reduzir os efeitos destes fatores na adesão ao tratamento medicamentoso. Logo, devem-se buscar estratégias na AB, que favoreçam a adesão

terapêutica no seu todo, considerando todos os fatores que lhe são inerentes, no tocante ao indivíduo, ao profissional, a gestão de recursos e serviços de saúde por meio de políticas de saúde que proporcionem o cuidado continuado, integrado e adequado a necessidade do indivíduo hipertenso. Desta forma, ressalta-se a importância na continuidade de estudos que investiguem possíveis fatores associados à adesão, que não tenham sido evidenciados neste estudo, assim como, pesquisas que, considerando os fatores associados à adesão, direcionem práticas que a promovam.

REFERÊNCIAS DO ARTIGO

1. World Health Organization. A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis [internet]. Geneva: WHO; 2013 [acesso em 2017 fev 01]. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014 [internet]. Geneva: WHO; 2014 [acesso em 2017 fev 02]. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>.
3. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; [internet]. 107(3 Supl. 3):1-83. [acesso em 2017 jan 10]. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf.
4. Aronow WS, Fleg JL, Pepine CJ, Artinian NT, Bakris G, Brown ASMD, et al. ACCF/AHA 2011 Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly: A Report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. Circulation. 2011;123:2434-2506. [Errata em Circulation 2016;123: 2456]. [acesso em 2017 jun 18]. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/133/24/e715>
5. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224-60. Erratum in: *Lancet*. 2013;381(9867):628. [acesso em 2017 mar 27]. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4156511/
6. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
7. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [internet]. 2016. [acesso em 2017 jan 20]. 4.ed. - São Paulo, SP. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>

8. Diretrizes Brasileira De Hipertensão Arterial. Rev. Bras. Hiper [internet].2010. [acesso em 2015 mar 20];v. 17, n. 1, p. 4-63.Disponível em:<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111920/diretriz.pdf>

9. Moriski DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self – reported measure of medication adherence.Med care. 1986; v.24 , p. 67-74.

10. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. New York: Wiley; 2000. [acesso em 2017 jan 10]. Disponível em: http://resource.heartonline.cn/20150528/1_3kOQSTg.pdf

11. Garson GD. Structural equation modeling. Asheboro-North Carolina: Statistical Publishing Associates. 2010.

12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisa em Seres Humanos. Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2013. [acesso em 2015 jun 20]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

13. Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade, SSCA, Silva MMA. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. Epidemiol. Serv. Saude, [Internet]. 2016 abr-jun, Brasília, 25(2):373-390. [acesso em 2017 mai 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S223796222016000200373&script=sci_abstract&tln g=pt

14. Barreto M S, Matsuda L M, Marcon S S, Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. Esc Anna Nery 2016;20(1):114-120.[acesso em 2017 jan 15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0114.pdf>.

15. Pierin AMG, Silva SSBE, Colósimo FC, Toma GA, Serafim TS, Meneghin P. Chronic and asymptomatic diseases influence the control of hypertension treatment in primary care. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(5):763-770. [acesso em 2017 abr 17]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0764.pdf

16. Fernandez-Arias M, Villaorduna AA, Miranda JJ, Canseco DF, Malaga G. Adherence to Pharmacotherapy and Medication-Related Beliefs in Patients with Hypertension in Lima,

- Peru. PLoS ONE. 2014; 9(12). [acesso em 2017 abr 14]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25470372>
17. Yang Z, Howard DH, Will J, Loustalot F, Ritchey M, Roy K. Association of Antihypertensive Medication Adherence With Healthcare Use and Medicaid Expenditures for Acute Cardiovascular Events. *Medical Care*. 2016; 54: 504-11. [acesso em 2017 mai 20]. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=27078823>
 18. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *RevSaude Publica*. 2016;50(supl 2):10s.[acesso em 2017 abr 20]. Disponível em; http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006150.pdf
 19. Giroto E, Andrade S M, Cabrera M A S, Matsuo T, Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária; *Ciências e saúde coletiva*; 2013. [acesso em 2017 abr 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27>
 20. Raymundo ACN, Pierin AMGR. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(5):811-9.[acesso em 2017 mar 25]. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/
 21. Magnabosco P, Teraoka EC, Oliveira EM, Felipe EA, Freitas D, Marchi-Alves LM. Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* jan.-fev 2015;23(1):20-7. [acesso em 2017 mai 20]. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae
 22. Nguyen T-P-L, Schuiling-Veninga CCM, Nguyen TBY, Vu T-H, Wright EP, Postma MJ. Adherence to hypertension medication: Quantitative and qualitative investigations in a rural Northern Vietnamese community. *PLoS ONE*; 2017; 12(2): e0171203. [acesso em 2017 mar 20]. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0171203.pone.0171203>
 23. Rash JA, Lavoie KL, Feldman RD, Campbell TS. Adherence to Antihypertensive Medications: Current Status and Future Directions. *Curr CardiovascRisk Rep*. 2014; 8:415. [acesso em 2017 jun 20]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/271531460> Adherence to Antihypertensive Medications Current Status and Future Directions

24. Yoshida VC, Andrade MGG. Health care from the view of male workers with chronic diseases. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58):597-610. [acesso em 2017 mai 10]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300597
25. Aquino GA, Cruz DT, Silvério MS, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2017; 20(1): 116-127. [acesso em 2017 mai 09]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n1/pt_1809-9823-rbgg-20-01-00111.pdf.
26. Tocci G, Ferrucci A, Pontremoli R, Ferri C, Rosei EA, Morganti A, et al. Blood pressure levels and control in Italy: comprehensive analysis of clinical data from 2000-2005 and 2005-2011 hypertension surveys. *J Hum Hypertens*. 2015 Nov;29(11):696-701. [acesso em 2017 abr 05]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25673112>
27. Pimenta F B, Pinho L, Silveira M F, Botelho ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2015 Aug; vol.20 no.8 Rio de Janeiro.[acesso em 2017 mai 22]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.11742014>
28. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 111, DE 28 DE JANEIRO DE 2016 Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB). *Diário Oficial da União*, Brasília.2016 jan 29. Nº20. [acesso em 2017 jun 10]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/29/portaria-nova-11-16.pdf>
29. Bello FMA, Carvalho EF, Farias SF. Análise do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Recife-PE. *Saúde Debate*, rio de Janeiro; 2014 out- dez; v. 38, n. 103, p. 706-719. [acesso em 2017 jun 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0706.pdf>
30. Mengue SS, Bertoldi AD, Ramos LR, Farias MR, Oliveira MA, Tavares NUL, et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2016;50(supl 2):8s. [acesso em 2017 jan 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006154.pdf
31. Hedna K, Hakkarainen KM, Gyllensten H, Jönsson AK, Andersson Sundell K, Petzold M, et al. Adherence to Antihypertensive Therapy and Elevated Blood Pressure: Should We

Consider the Use of Multiple Medications? PLoS ONE. 2015 set 11; 10(9). [acesso em 2017 jun 10]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26359861>

ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Distribuição dos hipertensos quanto à adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, Teresina-PI. 2017.

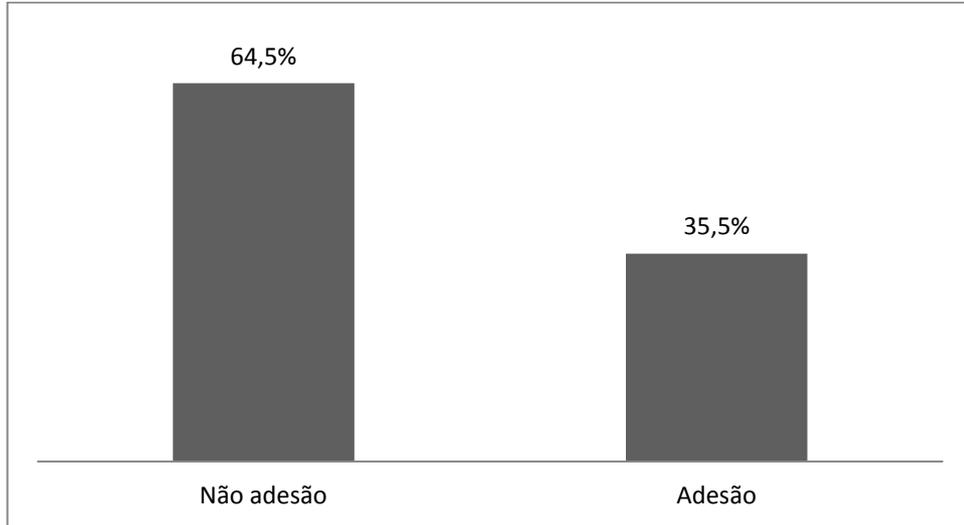


Tabela 1- Características sócio-demográficas e estilo de vida de hipertensos, conforme medida de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. Teresina-PI. 2017.

Variáveis	Distribuição na amostra		Classificação Morisky		
	n	%	Não ^a Adesão (%)	Adesão ^a (%)	P- valor ^b
Sexo					
Masculino	217	31,8	59,4	40,6	0,059
Feminino	465	68,2	66,9	33,1	
Idade (Mín:23; Máx:91; μ: 60,5)	-	-	59,3 \pm 12,0	62,7 \pm 11,8	<0,001
Instrução					
Analfabeto/ens. Fund. Incompleto	379	55,6	61,2	38,8	0,115
Ens. Fund. Completo/Ens. Médio incompleto	154	22,6	70,8	29,2	
Ens. Médio completo	134	19,6	67,9	32,1	
Ens. Superior completo ou mais	15	2,2	53,3	46,7	
Ocupação					
Aposentado (a)	237	34,8			
Desempregado (a)	109	16,0			
Autônoma	47	9,9			
Do lar	49	6,9			
Doméstica	21	3,1			
Costureira	17	2,5			
Comerciante	12	1,8			
Serviços gerais	11	1,6			
Pedreiro	9	1,3			
Outras	170	24,9			
Atividade Remunerada					
Sim			68,3	31,7	0,063
Não (aposentado, do lar e desempregado)			61,5	38,5	
Renda (Mín: 77,00; Máx: 9000,00; μ: 1723,30)			1680,45 \pm 1125,42	1801,21 \pm 1268,58	0,201
Estado civil					
Casado (a) /união consensual	366	53,7	64,5	35,5	0,375
Solteiro (a)	111	16,3	68,5	31,5	
Viúvo (a)	126	18,5	58,7	41,3	
Desquitado (a) /divorciado (a)	79	11,6	68,4	31,6	

Continuação Tabela 1

Variáveis	Distribuição na amostra		Classificação Morisky		
	n	% ^a	Não ^a Adesão (%)	Adesão ^a (%)	P- valor ^b
Número de pessoas na residência (Mín: 01; Máx: 14; μ :3,6)			3,7 \pm 1,8	3,4 \pm 1,8	0,154
Consumo de álcool					
Sim	137	20,1	72,3	27,7	0,034
Não	545	79,9	62,6	37,4	
Consumo de tabaco					
Sim	53	7,8	62,3	37,7	0,731
Não	629	92,2	64,7	35,3	
Prática de atividade física					
Sim	226	33,1	61,5	38,5	0,247
Não	456	66,9	66,0	34,0	

^a(média \pm Desvio Padrão) realizado Teste T de Student

^bTeste(χ^2) Qui-Quadrado de Pearson

Tabela 2- Características clínicas, condições associadas, regimes e eventos terapêuticos de hipertensos, conforme medida de adesão ao tratamento medicamento da HAS. Teresina-PI. 2017.

Variáveis	Distribuição na amostra		Classificação Morisky		P-valor ^b
	n	% ^a	Não adesão (%)	Adesão (%)	
Antecedente familiar cardiovascular					
Sim	312	45,7	67,6	32,4	0,119
Não	370	54,3	61,9	38,1	
Pressão arterial					
Controlada	430	63,0	60,9	39,1	0,011
Não controlada	252	37,0	70,6	29,4	
IMC					
Baixo peso	7	1,0	42,9	57,1	0,354
Normal ou Eutrófico	136	19,9	67,6	32,4	
Sobrepeso/obesidade	539	79,0	64,0	36,0	
Circunferência abdominal					
Normal	249	36,5	61,8	38,2	0,269
Alterada	433	63,5	66,1	33,9	
Condição clínica associada					
Sim	389	57,0	63,7	36,3	0,501
Não	293	43,0	66,5	33,5	
Condições clínicas associadas^c					
Obesidade	252	37,0			
Diabetes	202	29,6			
Dislipidemia	179	26,2			
Doença cardíaca	80	11,7			
Doença cerebrovascular	61	8,9			
Doença renal	4	0,6			
Doença arterial periférica	3	0,4			
Medicamentos de HAS por dia					
0,5 - 2,5	317	46,5	64,7	35,3	0,985
3 - 5,5	333	48,8	64,3	35,7	
≥ 6	32	4,7	65,6	34,4	
Total de medicamentos por dia					
0,5 - 2,5	146	21,4	62,3	37,7	0,758
3 - 5,5	384	56,3	64,6	35,4	
≥ 6	152	22,3	66,4	33,6	
Reações adversas					
Sim	77	11,3	79,2	20,8	0,004
Não	605	88,7	62,6	37,4	

Continuação Tabela 2

Variáveis	Distribuição na amostra		Classificação Morisky		P-valor ^b
	n	% ^a	Não adesão (%)	Adesão (%)	
Responsável pela administração do medicamento					
Paciente	622	91,2	64,0	36,0	0,352
Familiares/outros	60	8,8	70,0	30,0	
Aquisição gratuita dos medicamentos					
Sim	553	81,1	64,0	36,0	0,571
Não	129	18,9	66,7	33,3	
Comparecem as consultas					
Sim	647	94,9	63,7	36,3	0,049
Não	35	5,1	80,0	20,0	
Comparecem às atividades de educação e saúde					
Sim	206	30,2	61,7	38,3	0,304
Não	476	69,8	65,8	34,2	

^aAs porcentagens se referem ao total de 682 hipertensos, exceto para descrição do tipo de condições clínicas associadas, que representam o total de comorbidades apresentadas pelos participantes.

^bTeste(χ^2) Qui-Quadrado de Pearson

^cAs condições clínicas associadas, na análise bivariada, foram categorizadas em caráter dicotômico: possuir (sim) ou não.

Tabela 3 – Fatores associados à chance de adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, por adultos, conforme análise multivariada. Teresina-PI, 2017.

Regressão Logística: Adesão ao Tratamento da HAS (MORISKY^a)			
Variáveis	ORa	IC 95%	P-valor
Sexo			
Masculino	1,35	1,09 - 1,89	0,048
Feminino	Ref.	-	
Idade (+1)^b	1,09	1,01 - 1,72	0,003
Consumo de álcool			
Não	Ref.	-	0,039
Sim	0,85	0,73 - 0,98	
Pressão arterial			
Controlada	1,27	1,03 - 1,33	0,031
Não controlada	Ref.	-	
Reações adversas			
Não	Ref.	-	0,001
Sim	0,60	0,52 - 0,88	
Comparece a consulta			
Não	Ref.	-	0,022
Sim	1,31	1,12 - 1,87	

^aReferência = Não adesão.

^b Cada ano a mais na idade: tem 9% a mais de chance de adesão

ORa=Oddsratio ajustado. IC 95%= intervalo de 95% de confiança para oddsratio ajustado.

Pseudo-correlação=51,02%.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS, doença ou condição crônica associada a múltiplos fatores com grave impacto negativo na saúde do indivíduo, tem na adesão ao tratamento, condição essencial para controle e redução de agravos associados. Porém, a adesão terapêutica, em seu caráter, medicamentoso e não medicamentoso, ainda apresenta baixa prevalência.

Associada a diversos fatores, a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS tem relação com aspectos referentes ao indivíduo, a características da doença, a gestão e logística dos recursos ofertados ao hipertenso. Neste estudo, apesar da maioria dos participantes apresentarem cifras pressóricas compatíveis com pressão arterial controlada, a baixa prevalência na adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo mostra-se evidente e, portanto, merece atenção dos profissionais e gestores, em virtude das consequências que lhe são associadas a longo prazo.

Da mesma forma, a maior adesão por pessoas do sexo masculino, de maior faixa etária, com pressão arterial controlada e assíduos ao acompanhamento profissional, requer ações que garantam continuidade e melhorias. A menor adesão entre aqueles com etilismo regular e reações adversas medicamentosas, aqui encontradas, mostram a necessidade urgente de ações eficazes, em especial, na atenção básica, a fim de anular ou reduzir os efeitos negativos destes fatores na adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo. Logo, evidencia-se a necessidade de estratégias na AB, como principal acesso ao serviço de saúde pública e portanto, maior possibilidade de ações direcionadas aos hipertensos acompanhados, de modo a favorecer adesão terapêutica no seu todo, em especial no caráter farmacológico, visto tratar-se de fator essencial para prevenção e redução de danos associados a PA não controlada. Para tanto, conhecimento e ações direcionadas aos fatores que interferem na adesão, são necessários.

Dessa forma, evidencia-se a necessidade de adequações na aplicação de recursos e políticas públicas que, de fato, promovam a adesão farmacológica anti-hipertensiva, em todos os aspectos que lhe são inerentes, sejam eles, referentes ao indivíduo, enquanto pessoa participativa e atuante no processo decisório do planejamento terapêutico, assim como, no que se refere a profissionais e gestores com atuação que vise a promoção da assistência integral e

continuada, o auto cuidado e os recursos necessários que contribuam com a adesão, conforme os objetivos propostos a nível mundial.

Assim, no contexto multidimensional da adesão ao tratamento da HAS, com ênfase no tratamento medicamentoso, faz-se também necessário, continuidade de estudos que proporcionem identificar prevalência e fatores associados, em universos e momentos distintos, uma vez que o constructo adesão tem influencias de fatores associados a condicionantes sociais e, portanto, sob constantes modificações, haja vista o continuado e crescente processo de urbanização e globalização, com importante influência no modo de viver das pessoas. Com mesmo propósito de promover adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica, também são necessários estudos que favoreçam a pratica de controle e acompanhamento da pressão arterial, afim de subsidiar decisões e metas terapêuticas mais eficazes no diagnóstico, controle e adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S.S.C.A, et al. Prevalência da hipertensão arterial autorreferida nas capitais brasileiras em 2011 e análise de sua tendência no período de 2006 a 2011. **Rev. Bras. Epidemiol SupplPeNSE**, 215-226,2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00215.pdf. Acesso em: 10 jun. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Data Sus- Sistema de Informação de mortalidade (SIM) Informações de saúde (dados da Internet)**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c04.def> Acesso em: 10 out. 2017. (a)
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2010. (b)
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (c). Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf .Acesso em: 10 ago. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017(d). Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>. Acesso em: 20 out. 2017.
- BOSU, W. K. Epidemic of hypertension in Ghana: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 10, p. 418, 2010. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-418>. Acesso em: 15 mar. 2015.
- CHOR D, et al. Prevalence, Awareness, Treatment and Influence of Socioeconomic Variables on Control of High Blood Pressure: Results of the ELSA Brasil Study. **PLoS ONE**, 10(6), June, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26102079>. Acesso em: 10 mai. 2017.
- CRUMP, C et al. Risk of hypertension among young adults who were born preterm: a Swedish National Study of 636,000 births. **Am. J. Epidemiol**, v. 173, n. 7, p. 797-803, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3387891/> Acesso em: 02 abr. 2015.

DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Rev. Bras. Hiper.**, v. 17, n. 1, p. 4-63, Jan/ Mar. 2010. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111920/diretriz.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015

DI MATTEO, M. R. Variations in patient's adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. **MedCare**, v. 42, n. 3, p. 200-209, March. 2004. Disponível em: <http://www.robindimatteo.com/uploads/3/8/3/4/38344023/variations.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2015.

EJIM, E et al. Cardiovascular Risk Factors In Middle-Aged And Elderly Residents In South-East Nigeria - The Influence Of Urbanization [poster session p2: global, indigenous and ethnic populations: pdf only]an: 00004872-201209001-00617. **Journal of Hypertension**, 30 e-Supplement1:e193, September 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24283085>. Acesso em: 20 Jun 2017.

FÓRUM ECONÔMICO MUNDIAL. **A Carga Econômica Global das Doenças não Transmissíveis. Um relatório do Fórum Econômico Mundial e da Escola de Saúde Pública de Harvard Setembro, 2011**. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/04/ptbrA-carga-economica-global-das-DNT-texto-8.pdf> Acesso em: 17 out. 2015

FMS: Fundação Municipal de Saúde. **Plano Municipal Intersetorial para o Enfrentamento Das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Dcnt)** Teresina – Pi. 2013 – 2017. Teresina, 2015.

GOULART, F.A.A. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios e para os Sistemas de Saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wpcontent/uploads/2012/06/CondicoesCronicas_flavio1.pdf. Acesso em: 18 out. 2015

GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(6):1763-1772, 2013.

GUIMARÃES, RM. et al. Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. **Rev Panam Salud Publica**, 37(2):83-9, 2015. Acesso: 21 jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000200003

JESUS, N.S. et al. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial após participação no ReHOT. **Arq Bras Cardiol**. 107(5):437-445, 2016. Acesso em: 20 mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2016004400437&script=sci_abstract&tlng=pt

KARIO, K. Perfect 24-H.Management Of Hypertension: Clinical Relevance and Perspectives. **J Hum Hypertens**, 31 (4), 231-243. April 2017. Disponível em: <http://www.nature.com/jhh/journal/v31/n4/abs/jhh201665a.html>. Acesso em: 30 jul. 2017.

LIM, S.S, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, 380(9859):2224-60, 2012. Erratum in: **Lancet**, 381(9867):628, 2013. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4156511/. Acesso em: 27 mar. 2017.

MALACHIAS M.V.B, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol**, v.107, nº 3, Supl.3,2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 10 jan. 2017

MALTA, D.C.; JUNIOR, J.B.S. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**.v 23, n. 3, p.389-395, Brasília, jul-set 2014. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/ress/v23n3/1679-4974-ress-23-03-00389.pdf>Acesso em: 10 jun. 2015.

MALTA, D.C.et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência& Saúde Coletiva**, v.19, n11, p.4341-4350, 2014.

MALTA, D.C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n. 4, p.599-608, out-dez 2014.Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00599.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

MÁRQUEZ CONTRERAS, E. et al. Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en Espana entre los anos 1984 y 2005. **Aten. Primaria**, v. 38, n. 6, p. 325-332, 2006. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-analisis-los-estudios-publicados-sobre-13093369>. Acesso em: 18 abr. 2015

MENGUE SS, et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Rev Saude Publica**, 50(supl 2):8s, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006154.pdf. Acesso em: 12 jan. 2017

MOZAFFARIAN D, et al; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2015: update a report from the American Heart Association. **Circulation**, 131: e29-e322, 2015.Erratum in: **Circulation**. 2016;133(8): e 417. **Circulation**, 131(24): e535, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26673558>.Acesso em: 28 mai. 2017.

PICON R.V, et al. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with meta-analysis. **PLOS One**, 7(10), Out. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048255>. Acesso em: 10 mai. 2017.

PIERIN A.M.G, et al. Chronic and asymptomatic diseases influence the control of hypertension treatment in primary care. **Rev. Esc. Enferm USP**, 50(5):763-770, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080623420160000600008> Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0764.pdf. Acesso em: 17 de abr. 2017

RADOVANOVIC, C.A.T et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.4, p.547-53, jul.-ago. 2014. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 24 out. 2015.

REMONDI, F.A.; CABRERA, M.A.S; SOUZA, R.K.T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.1, p.126-136, Rio de Janeiro, Jan, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00092613> Acesso em: 24 out. 2015.

RODRIGUES, M. T. P. **ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**: desenvolvimento de um instrumento avaliativo com base na Teoria da Resposta ao Item (TRI), 2012. 163 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE-UFC-UNIFOR, Fortaleza, 2012. ´

RODRIGUES, L.B.B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2):343-352, 2014. Acesso em: 17 ago. 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63030092003>>

ROCHA-BRISCHILIARI, S.C. et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. **Ver. Bras. Cardiol**, v.27, n 1, p.531-38, Jan-Fev.2014 Disponível em: http://www.rbconline.org.br/wpcontent/uploads/Art_52_RBC_27_1_Catia_Agnollo_Artigo_Original.pdf Acesso em: 20 jun. 2015.

SANTOS, M.V.R. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev. Bras. ClinMed**, v11, n.1, p.55-61, São Paulo, Jan-Mar 2013.

SCHMIDT, M. A. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**: carga e desafios atuais. Publicado Online. 2011. Disponível em: <<http://www.thelancet.com>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

SOUZA, D.K.; PEIXOTO, S.V. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 26(2):285-294, abr-jun 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/2237-9622-ress-26-02-00285.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2017

SILVA, C.S. et al. J.S.S. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde Silva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.3, p.584-90, 2013. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 24 out. 2015.

SILVA, L.S. et al. A problemática da adesão ao tratamento da hipertensão no contexto da Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 38(4):375-383, 2014. Disponível em: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155566/A02.pdf. Acesso em: 2017 ago. 2015

TAVARES N.U.L, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**,50(supl 2):10s, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006150.pdf. Acesso em: 20 abr.2017

WILBER, J. A.; BARROW, J. G. Hypertension – a community problem.**Am. J. Med.**, v. 52, n. 5, p. 653-663, May.1972. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/journal/00029343>Acesso em: 10 abr. 2015.

WOLF-MAIER, K. et al. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States. **Hypertension**, v. 43, p. 10-17, 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/8990403_Hypertension_Treatment_and_Control_in_Five_European_Countries_Canada_and_the_United_States. Acesso em: 20 mai. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva ,Switzerland, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. Acesso em: 02 fev. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report on the status of major health risk factors for noncommunicable diseases: WHO African Region, 2015. Villars-sous-Yens, Switzerland, 2016.Disponível em: www.afro.who.int/index.php?option=com_docman. Acesso em: mai. 2017.

WORD HEALTH ORGANIZATION. A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis. Geneva, Switzerland, 2013. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/ Acesso em: 01 fev: 2017

WORD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2010.Geneva.2011. Disponível em: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html Acesso em: 18 out. 2015.

WORD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long termtherapies: evidence for action. Geneva; 2003. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en Acesso em: 15 jun. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) senhor (a) a participar da pesquisa **ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: prevalência e fatores associados em Teresina-PI**. Essa pesquisa tem por objetivo avaliar a adesão ao tratamento da hipertensão em pessoas acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) de Teresina (PI). Necessito de sua colaboração, que será realizada por meio do preenchimento de um questionário, verificação das medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal) e pressão arterial. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o (a) senhor (a) poderá desistir e cancelar seu consentimento. Será garantida a sua privacidade e a proteção de sua imagem, sendo assim, o (a) senhor (a) não correrá risco. A participação é voluntária, portanto, o (a) senhor (a) não receberá remuneração. Ressalta-se que as duas vias deste termo deverão ser assinadas: uma para o arquivamento junto à pesquisadora e outra para o (a) senhor (a). A responsabilidade pela realização da pesquisa é de Malvina Thaís Pacheco Rodrigues, que pode ser encontrada no Colégio Técnico de Teresina da Universidade Federal do Piauí no Campi Universitário Socopo, s/n, Bairro Ininga. Qualquer informação poderá ser obtida junto à pesquisadora, através do telefone 9981-4361.

Malvina Thaís Pacheco Rodrigues
Pesquisadora

Termo de Consentimento Pós-Esclarecido

Eu, _____, declaro que fui esclarecido(a) sobre a natureza, os objetivos e as garantias éticas da pesquisa, por isso concordo em participar do estudo.

Teresina, _____ de _____ de 2015.

Malvina Thaís Pacheco Rodrigues
Pesquisador

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Peso:		
Altura:		
Circunferência abdominal (CA):		
Doenças associadas:		
Presença de complicações associadas a HAS: () sim. Qual? _____ () não		
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO		
Medicamentos utilizados para o tratamento da HAS		
Medicamentos	Dose	Posologia
Outros medicamentos consumidos		
Medicamentos	Dose	Posologia
Reações adversas: () sim. Qual? _____ () não		
Pessoa responsável pela administração do medicamento: () paciente () familiares () outros. _____		
Forma de obtenção da medicação: () gratuito () compra () outros. Quais: _____		
Comparecimento à consulta médica e/ou de enfermagem () sim. Frequência: _____ () não		
Comparecimento às atividades de educação em saúde () sim. Frequência: _____ () não		

TESTE DE MORISKI, GREEN, LAVINE
<p>1 - Você, alguma vez, esquece de tomar o seu remédio? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
<p>Se sim, quais os motivos que levam o Sr(a) a esquecer de tomar seu remédio?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>2 – Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
<p>Se sim, quais os motivos que levam o Sr(a) a descuidar de tomar seu remédio?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>3 – Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar seu remédio? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
<p>Se sim, quais os motivos que levam o Sr(a) a deixar de tomar o remédio nesta situação?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>4- Quando você se sente mal, com o remédio, deixa de toma-lo? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
<p>Se sim, quais os motivos que levam o Sr(a) a deixar de tomar o remédio nesta situação?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Assinatura do entrevistador: _____

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde - FMS
Coordenação de Ações Assistenciais - CAA

MEMO CIRC.CAA/Nº017/2013

Teresina, 20 de maio de 2013

Da: Coordenação de Ações Assistenciais.
Para: CRS. Centro/Norte, Leste/Sudeste e Sul.

Apresentamos **Malvina Thais Pacheco Rodrigues** que realizará trabalho de pesquisa intitulado "ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS EM TERESINA-PI". O trabalho será realizado na Estratégia Saúde da Família.

Na conclusão do trabalho, deverá ser encaminhada uma cópia do relatório final à Presidência da FMS.

Atenciosamente,

Amariles de Souza Borba
COORDENADORA DE AÇÕES ASSISTENCIAIS

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: prevalência e fatores associados em Teresina-PI.

Pesquisador: Malvina Thais Pacheco Rodrigues

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17042713.3.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 643.062

Data da Relatoria: 05/03/2014

Apresentação do Projeto:

Este estudo objetiva avaliar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF) de Teresina (PI). Será desenvolvido um estudo transversal e analítico com amostra aleatória de 1147 hipertensos distribuídos em todas as regionais de saúde do município. A adesão será medida através do questionário de Morisky (1986), Rodrigues (2012) e desfecho clínico. Os dados serão coletados por entrevistadores treinados e será utilizado um formulário padronizado.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a adesão ao tratamento da HAS em hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF) de Teresina (PI).

Identificar as características sócio-demográficas e clínicas das pessoas com HAS no município; Estimar a prevalência de adesão ao tratamento da hipertensão em pessoas com HAS usuários da ESF de Teresina (PI);

Identificar os elementos dificultadores/facilitadores da adesão ao tratamento anti-hipertensivo nessa clientela;

Identificar a presença de complicações associadas à HAS pelos participantes do estudo;

;

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215-5734 **Fax:** (863)215-5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 643.062

Investigar as características dos usuários que mantêm adesão terapêutica após o desenvolvimento de complicações e dos que não mantêm;

Descrever possíveis divergências e/ou convergências entre as características dos dois grupos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos serão mínimos pois não serão utilizados procedimentos invasivos para esta análise. Serão avaliados se os usuários cadastrados na saúde da família estão aderindo ao tratamento da hipertensão arterial, e se presença de complicações associadas à HAS interferiu na adesão ao tratamento da clientela estudada.

Benefícios:

Os benefícios compreenderão a análise da adesão ao tratamento anti-hipertensivo uma vez que o uso correto da medicação associado a hábitos de vida saudáveis podem reduzir os riscos de morbimortalidade nos sujeitos da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante sobre a adesão dos usuários com hipertensão arterial ao tratamento da Estratégia Saúde da família.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

termos presentes

Recomendações:

Rever a Resolução 466/2012, quanto aos riscos para o participante, de modo a qualificar a descrição e o enfrentamento de riscos decorrentes da pesquisa. Ademais, recomenda-se uma explicação mais detalhada do objetivo da pesquisa, quando da aplicação do instrumento de coleta, evitando assim o risco de desistência, questionamento ou mesmo descrédito do tratamento, por parte do hipertenso.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo de pesquisa apto para ser executado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (863)215-5734 Fax: (863)215-5860 E-mail: cep.ufpi@ufpi.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 643.062

Considerações Finais a critério do CEP:

TERESINA, 11 de Maio de 2014

Assinador por:
Alcione Corrêa Alves
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215-5734 **Fax:** (863)215-5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

ANEXO C – DIRETRIZES PARA APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PÚBLICA / PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

Área de avaliação: Saúde Coletiva

Classificação: A2

Especificações do manuscrito

Os manuscritos devem ser preparados usando o Microsoft Word ou software Open Office semelhante, em espaço duplo, coluna única, usando 12 pt. personagens no script Times New Roman ou Arial.

Para figuras e tabelas, os formatos .xls (Excel), .ppt (PowerPoint) ou .eps devem ser usados.

As figuras podem estar em cores ou em preto e branco.

Requisitos de formatação

A formatação geral das várias seções do RPSP/PAJPH é apresentada da seguinte maneira:			
Tipo	Palavras 1	Referências	Tabelas, figuras 2
Pesquisa Original	3 500	Até 35	Até 5
Rever	3 500	Até 50	Até 5
Relatórios especiais	3 500	Até 35	Até 5
Comunicações curtas	2 500	Até 10	Até 2
Opinião e análise	2 500	Até 20	Até 2
Tópicos atuais	2 000 max.	até 20	Até 2
Cartas	800	5 se necessário	Nenhum

1 excluindo resumo, tabelas, figuras e referências. 2 Global max. Contagem de palavras para 5 figuras/tabelas é de **1 000**; Para 1-2 figuras é **400**. As exceções a essas normas serão analisadas caso a caso.

Título

Se possível, os títulos não devem exceder 15 palavras. As palavras ambíguas, o jargão e as abreviaturas devem ser evitados. Os títulos separados por períodos ou divididos em partes também devem ser evitados.

Resumo e página de palavras-chave

Artigos de pesquisa originais ou **revisões sistemáticas** devem ser acompanhados por um resumo estruturado de até 250 palavras, dividido nas seguintes seções: (a) Objetivos; (b) Métodos; (c) Resultados; e(d) Conclusões. O resumo não deve incluir nenhuma informação ou conclusões que não aparecem no texto principal. Deve ser escrito na terceira pessoa e não deve conter notas de rodapé, abreviaturas desconhecidas ou citações bibliográficas.

As **palavras-chave**, extraídas do vocabulário DeCS (Descritores de Ciências da Saúde) gerenciadas pela BIREME/OPAS/OMS, fornecidas pelo MeSH (Medical Subject Headings) da US National Library of Medicine e incluindo traduções em português e espanhol, estão disponíveis para que os autores selecionem ao enviar o manuscrito através do sistema de gerenciamento de manuscritos online.

Corpo do artigo

Artigos de pesquisa originais e **revisões sistemáticas** geralmente são organizados de acordo com o formato IMRAD (Introdução, Materiais e métodos, Resultados e Discussão). Embora as subposições possam ser necessárias em todo o corpo, geralmente o parágrafo que começa o corpo não precisa ser intitulado "Introdução", pois isso geralmente é eliminado durante o processo de edição. No entanto, o objetivo do artigo deve ser claramente indicado no final da seção introdutória.

As seções "Resultados e Discussão" podem exigir subposições. E "Conclusões", que devem ser incluídas no final da sessão "Discussão", também podem ser identificadas por uma subposição.

Ao usar **abreviaturas**, dê ao termo completo a primeira vez que uma abreviatura ou sigla é mencionada no texto seguido da abreviatura ou sigla entre parênteses. Tanto quanto

possível, as abreviaturas devem ser evitadas. Em geral, as abreviaturas devem refletir o formulário expandido no mesmo idioma que o manuscrito. As exceções a esta regra incluem abreviaturas conhecidas internacionalmente em outro idioma.

As notas de rodapé são esclarecimentos ou explicações marginais que interromperiam o fluxo natural do texto; portanto, seu uso deve ser reduzido ao mínimo.

As notas de rodapé são numeradas consecutivamente e aparecem na parte inferior da página na qual são citadas. Links ou referências aos documentos citados devem ser incluídos na lista de referências.

As citações são essenciais para o manuscrito e devem ser relevantes e atuais. As citações servem para identificar as origens dos conceitos, métodos e técnicas referidos, resultantes de pesquisas, estudos e experiências anteriores. Eles também apoiam fatos e opiniões declarados pelo autor e fornecem ao leitor as informações bibliográficas necessárias para consultar as fontes primárias.

O **RPSP / PAJPH** segue os requisitos uniformes de ICMJE para manuscritos submetidos ao estilo de Revistas Biomédicas para referências (conhecido como "Estilo de Vancouver"). As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto e identificadas por algarismos árabes entre parênteses em texto, tabelas e legendas. As referências citadas apenas em legendas de tabela ou figura devem ser numeradas de acordo com a seqüência estabelecida pela primeira identificação no texto em execução da tabela ou figura em particular.

As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto e identificadas por algarismos árabes entre parênteses em texto, tabelas e legendas.

Os títulos dos periódicos referenciados devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no banco de dados Journals criado e mantido pela US National Library of Medicine .

A lista de referências deve ser numerada consecutivamente e deve começar em uma folha separada colocada no final do manuscrito. Todas as referências eletrônicas devem incluir a data de acesso.

Artigos de pesquisa originais e revisões sistemáticas geralmente são organizados de acordo com o formato IMRAD (Introdução, Materiais e métodos, Resultados e Discussão). As seções de resultados e discussão podem exigir subposições. As

conclusões devem ser incluídas no final da sessão de discussão e podem ser identificadas como uma subposição.

Outros tipos de contribuições não possuem estrutura predefinida e podem usar outras subdivisões, dependendo do conteúdo delas.

As comunicações curtas seguem a mesma sequência de artigos originais, mas geralmente omite os títulos das subdivisões.

Tabelas e figuras

As tabelas apresentam informações - geralmente numéricas - em um arranjo ordenado e sistemático de valores em linhas e colunas. A apresentação deve ser fácil para o leitor compreender, complementar, sem duplicar, a informação no texto. Muitas informações estatísticas também podem ser difíceis de interpretar. As tabelas devem ser carregadas separadamente dos arquivos de texto e deixadas em um formato editável (de preferência, um arquivo do Excel) e não como objetos extraídos de outros arquivos ou incorporados em documentos do Word. Cada tabela deve ter um título breve, mas completo, incluindo local, data e fonte das informações. Os cabeçalhos das colunas também devem ser tão breves quanto possível e indicar a unidade de medida ou a base relativa (porcentagem, taxa, índice).

As regras verticais (linhas) não devem ser usadas nas tabelas. Só deve haver três regras horizontais completas: uma sob o título, uma segunda sob as cabeças das colunas e uma terceira no final da tabela, acima das notas de rodapé.

As notas de rodapé para uma tabela devem ser indicadas com letras minúsculas com letras sobrescritas, em ordem alfabética, desta forma: a, b, c, etc. As letras sobrescritas no corpo da tabela devem estar em sequência de cima para baixo e da esquerda para a direita. Os autores devem ter a certeza de incluir "**call-outs**" - pontos de referência no texto que correspondem aos dados - para todas as tabelas no texto.

Tabelas ou dados de outra fonte publicada ou não publicada devem ser reconhecidos e os autores devem obter autorização prévia para incluí-los no manuscrito. Consulte a seção "Direitos autorais" 1.8 para obter mais detalhes.

Os números incluem gráficos, diagramas, desenhos de linha, mapas e fotografias. Eles devem ser usados para destacar as tendências e para ilustrar as comparações de forma clara e exata. Os números devem ser fáceis de entender e devem adicionar

informações, não repetir o que foi anteriormente indicado no texto ou nas tabelas. As legendas devem ser tão breves quanto possível, mas completas, e incluem lugar, data e fonte das informações.

Os números devem ser enviados em um arquivo separado, em seu formato original de alta resolução, de alta resolução, seguindo os padrões dos programas de software mais comuns (Excel, Power Point, Open Office, eps).

A legenda de um gráfico ou mapa deve ser incluída como parte da figura em si, se houver espaço suficiente. Caso contrário, deve ser incluído no título da figura.