



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**PAULO SÁVIO FONTENELE MAGALHÃES**

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI - HIPERTENSIVO: ANÁLISE EM PACIENTES  
ATENDIDOS EM DEMANDA ESPONTÂNEA E AGENDADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM  
SAÚDE**

**FORTALEZA-CEARÁ**

**2018**

PAULO SÁVIO FONTENELE MAGALHÃES

ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI - HIPERTENSIVO: ANÁLISE EM PACIENTES ATENDIDOS  
EM DEMANDA ESPONTÂNEA E AGENDADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Thereza Maria Magalhães Moreira.

FORTALEZA-CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Magalhães, Paulo Sávio Fontenele .

Adesão ao tratamento anti - hipertensivo: análise em pacientes atendidos em demanda espontânea e agendada na atenção primária em saúde [recurso eletr?nico] / Paulo Sávio Fontenele Magalhães. ? 2018.

1 CD-ROM: il.; 4 ? pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 79 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) ? Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2018.

área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira.

1. Acolhimento. 2. Adesão ao tratamento. 3. Atenção primária à saúde. 4. Condições crônicas. 5. Hipertensão. I. Título.

PAULO SÁVIO FONTENELE MAGALHÃES

ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI - HIPERTENSIVO: ANÁLISE EM PACIENTES ATENDIDOS  
EM DEMANDA ESPONTÂNEA E AGENDADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

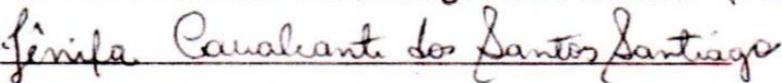
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Defesa da dissertação: 14 de setembro de 2018.

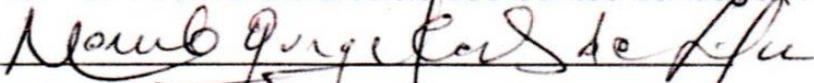
BANCA EXAMINADORA:



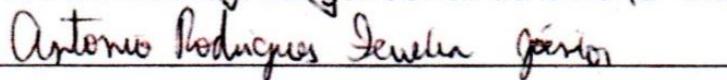
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Thereza Maria Magalhães Moreira - (Presidente/Orientadora)



Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago (1<sup>º</sup> Membro - UFC)



Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva (2<sup>º</sup> Membro - UECE)



Prof. Dr. Antônio Rodrigues Ferreira Júnior (Suplente - UECE)

Aos meu pais, à minha esposa e aos meus filhos, pelo amor, incentivo, apoio e compreensão. Nada disso teria sentido se vocês não existissem na minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pelo dom da vida.

Aos meus pais, que sempre acreditaram no meu potencial, pelo incentivo constante em toda minha vida. Obrigado pelo amor incondicional.

A minha esposa, pelo apoio incondicional ao meu crescimento profissional e incentivo nas minhas decisões.

Aos meus filhos, pela compreensão por todos os momentos de ausência.

À minha orientadora, Professora Doutora Thereza Maria Magalhaes Moreira, pela competência, disponibilidade e ensinamentos que possibilitaram a realização desse trabalho.

Aos membros da banca de defesa pelas contribuições.

Aos Professores do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, pelos conhecimentos transmitidos.

Aos meus amigos do mestrado, pelos momentos divididos juntos.

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem, por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

(Fernando Pessoa)

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o problema crônico de saúde mais comum nas sociedades ocidentais. A HAS está associada com maior incidência de acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal. As equipes da estratégia saúde da família são responsáveis pelo cuidado com os pacientes com hipertensão, realizando consultas agendadas e não programadas objetivando o controle dos níveis pressóricos e a adesão ao tratamento anti - hipertensivo é fundamental. Assim, a utilização de questionários para mensurar a adesão terapêutica em pessoas com hipertensão permite uma precisão sobre este dado subjetivo. Dessa forma, objetiva-se analisar a associação entre a adesão ao tratamento e as características sociodemográficas e clínicas de hipertensos atendidos em demanda espontânea e agendada de uma unidade de atenção primária em saúde (APS). Trata-se de estudo transversal e analítico. A amostra será composta por 306 hipertensos pertencentes à área de cobertura da unidade de APS Dom Aloísio Lorscheider, localizada no município de Fortaleza. Para a coleta de dados foram utilizados três questionários de avaliação de adesão ao tratamento anti - hipertensivo, já validados para a língua portuguesa. Os testes aplicados foram: Morisky-Green, Martin-Bayarre-Grau (MBG) e Questionário de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (QATHAS). Os dados foram organizados e os testes estatísticos foram realizados por meio do software SPSS 24.0. Os pacientes idosos tiveram melhor adesão terapêutica que os adultos em geral pelo instrumento MGL e os pacientes com menos tempo de diagnóstico de HAS e em uso de menor quantidade de fármacos aderiram menos ao tratamento pelos instrumentos QATHAS e MBG/MGL respectivamente. A adesão terapêutica foi moderada a baixa pelos três instrumentos, os pacientes de demanda programada apresentaram melhor adesão terapêutica em relação aos de demanda espontânea, o controle pressórico efetivo foi inferior a 50% e a quase totalidade dos pacientes não são tabagistas, nem etilistas, mas apresentam risco cardiovascular moderado a alto.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Adesão ao tratamento. Atenção primária à saúde. Condições crônicas. Hipertensão.

## ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is the most common chronic health problem in Western societies. High blood pressure is associated with a higher incidence of stroke, myocardial infarction, congestive heart failure, and renal failure. Family health strategy teams are responsible for the care of patients with hypertension, performing scheduled appointments and unscheduled consultations attempted to control blood pressure and levels adherence to antihypertensive treatment is essential. This way, the use of questionnaires to measure therapeutic adherence in people with hypertension allows an accuracy on this subjective data. Thus, the objective is to analyze the association between adherence to treatment and the sociodemographic and clinical characteristics of hypertensive patients attended in spontaneous and scheduled demand of a primary healthcare unit (PHC). This is a cross-sectional and analytical study. The sample were composed of 306 hypertensive patients belonging to the coverage area of the PHC unit Dom Aloísio Lorscheider, located in the municipality of Fortaleza. For the collection of data, three questionnaires were used to evaluate adherence to antihypertensive treatment already validated for the Portuguese language. The tests applied were: Morisky-Green, Martin-Bayarre-Grade (MBG) and Treatment adherence questionnaire for systemic arterial hypertension (QATHAS). The data were organized and statistical tests were carried out using SPSS 24.0 software. The elderly patients had better terepeutical adherence than adults in general by the MGL instrument and patients with less time of diagnosis of hypertension and in use of fewer drugs adhered less to the treatment by the QATHAS and MBG/MGL instruments respectively. A Therapeutic adherence was moderate to low by the three instruments, patients on scheduled demand presented better therapeutic adherence in relation to spontaneous demand, effective blood pressure control was lower than 50% and an almost all patients are not smokers, non-alcoholic, but present Cardiovascular Risk moderate to high.

**Keywords:** Reception. Adherence to treatment. Primary health care. Chronic conditions. Hypertension.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 –</b>	<b>Características sociodemográficas de pacientes com hipertensão arterial, segundo tipo de demanda. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018.....</b>	<b>36</b>
<b>Tabela 2 –</b>	<b>História da doença pregressa de pacientes com hipertensão arterial, segundo tipo de demanda. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018.....</b>	<b>37</b>
<b>Tabela 3 –</b>	<b>Características clínicas de pacientes com hipertensão arterial, segundo tipo de demanda. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018.....</b>	<b>39</b>
<b>Tabela 4 –</b>	<b>Adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial, segundo tipo de demanda. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018.....</b>	<b>43</b>
<b>Tabela 5 –</b>	<b>Relação entre características sociodemográficas e adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial atendidos na demanda espontânea. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018.....</b>	<b>44</b>
<b>Tabela 6 –</b>	<b>Relação entre história da doença pregressa e adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial atendidos na demanda espontânea. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018.....</b>	<b>45</b>
<b>Tabela 7 –</b>	<b>Relação entre características clínicas e adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial atendidos na demanda espontânea. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018.....</b>	<b>46</b>
<b>Tabela 8 –</b>	<b>Regressão dos fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes atendidos na demanda espontânea. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018.....</b>	<b>47</b>
<b>Tabela 9 –</b>	<b>Relação entre características sociodemográficas e adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial atendidos na demanda programada. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018</b>	<b>48</b>
<b>Tabela 10 –</b>	<b>Relação entre história da doença pregressa e adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial atendidos na demanda programada. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018</b>	<b>49</b>

<b>Tabela 11 – Relação entre características clínicas e adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial atendidos na demanda programada. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018.....</b>	<b>50</b>
<b>Tabela 12 – Regressão dos fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes atendidos na demanda programada. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018.....</b>	<b>51</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CA	Circunferência abdominal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COGTES	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Pesquisa
DBHA	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial
ESF	Estratégia Saúde da Família
HA	Hipertensão arterial
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MBG	Questionário Martin-Bayarre-Grau
MGL	Teste de Morisky-Green-Levine
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
QATHAS	Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
2.1	GERAL.....	20
2.2	ESPECÍFICOS.....	20
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>21</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	27
4.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO.....	27
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	28
4.4	COLETA DE DADOS.....	29
4.5	TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS.....	33
4.6	ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS.....	33
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>35</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>53</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>58</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>60</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>65</b>
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	66
	APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	67
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>69</b>
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA – QATHAS.....	70
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO MARTIN-BAYARRE-GRAU (MBG).....	73
	ANEXO C – TESTE DE MORISKY-GREEN-LEVINE.....	74
	ANEXO D – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UECE.....	75
	ANEXO E – TERMO DE ANUÊNCIA.....	79

## 1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) são responsáveis por 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de óbitos anuais (MALTA *et al.*, 2017). No Brasil, são a causa de aproximadamente 74% dos óbitos, 90% das consultas nas unidades de atenção primária à saúde e 60% das internações hospitalares, configurando-as como um desafio para os gestores de saúde (JONKMAN *et al.*, 2016).

Após profundas transformações socioeconômicas decorrentes das revoluções tecnológica e industrial, que culminaram com o aumento da expectativa de vida ao nascer, mudanças no estilo de vida e expressivos impactos na saúde coletiva, as doenças crônicas não-transmissíveis sustentaram-se como a primeira causa de morte (BREHMER, VERDI, 2010).

O conceito de condições crônicas de saúde permite superar o enfoque convencional centrado na doença e priorizar a organização do trabalho da equipe como ferramenta de provisão de cuidados adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde que afligem determinada população. Outra vantagem desse enfoque é a possibilidade de tratar de forma unitária diversos tipos de cuidado voltados para o controle de agravos de longa duração, que exigem respostas longitudinais do sistema de saúde (JIANG, 2014).

Assim, a estabilização das condições crônicas é um elemento central do modelo de atenção a essas condições. A não estabilização destas leva às complicações potencialmente evitáveis da atenção à saúde e ao aumento do tempo total das consultas médicas (ONI *et al.*, 2014).

No atual perfil epidemiológico, as doenças cardiovasculares lideram como maior carga de doenças, mortes ou incapacidades, seguidas das neoplasias malignas e diabetes, com elevada carga econômica para os serviços de saúde e a sociedade como um todo, em razão de mortalidade e invalidez precoces (FREITAS, 2012).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos

órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BABIKER, ELKHALIFA e MOUKHYER, 2013).

Estima-se que 26% da população mundial adulta tenham o diagnóstico de HAS, sendo uma doença crônica não-transmissível de alta prevalência. Esta doença é responsável por, pelo menos, 40% das mortes por acidente vascular encefálico, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal (CARVALHO et al., 2012). O aumento do controle dos níveis pressóricos é fundamental à redução da mortalidade cardiovascular (AL-SALEEM, AL-SHAHRANI e AL-KHALDI, 2014).

Dessa forma, o manejo da pessoa com hipertensão objetiva o controle dos níveis pressóricos e a redução das complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Para isso, o tratamento consiste em mudanças do estilo de vida e no uso de medicações anti hipertensivas. Contudo, a hipertensão arterial não é controlada adequadamente em nível mundial e este controle é pior em países subdesenvolvidos (JIANG, 2014).

Assim, o Programa Saúde da Família (PSF), oficialmente lançado em 1994, assume papel importante na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), ao promover o acesso ao sistema de saúde, buscando a integralidade, a coordenação do cuidado e a articulação intersetorial em uma perspectiva complexa (ALELUIA et al., 2017).

O PSF, posteriormente chamado Estratégia Saúde da Família (ESF), cresceu de forma gradativa e sustentável, alcançando cobertura superior a 50% da população brasileira. Com mais de 30 mil equipes em 2011, foi a alavanca principal para o avanço da atenção primária à saúde (NAMARA, 2014).

A ESF possui características únicas, que a diferencia dos modelos de atenção primária à saúde de outros países, entre as quais a presença de equipes multiprofissionais e a responsabilidade por uma população de um território. Entre as atribuições da ESF está o atendimento aos pacientes com hipertensão arterial (NAMARA, 2014).

A ESF é uma proposta de mudança ao modelo de atenção à saúde, tirando o foco do modelo hospitalar, evoluindo para uma atenção mais próxima das comunidades, sendo o acolhimento e o vínculo ferramentas fundamentais para o estabelecimento da confiança com o usuário (GOMIDE, 2017).

Como um dos eixos estruturantes do SUS, o nível primário de atenção vive um momento especial, ao ser identificado como uma das prioridades do Ministério da Saúde brasileiro, e entre os seus desafios atuais destacam-se aqueles relativos ao acesso, vínculo e acolhimento (RAYMUNDO, PIERIN, 2014).

Nesse contexto, a Atenção Primária de Saúde (APS) tem a importante atribuição de ser a entrada preferencial do sistema de saúde, reconhecendo o conjunto de necessidades e impactando positivamente nas condições de saúde da população (ALELUIA et al., 2017).

A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo é comum e contribui para a manutenção da hipertensão não controlada. Ela é a maior barreira para o alcance dos benefícios baseados em evidências das terapias para a hipertensão arterial. Assim, adesão ao tratamento é um importante tópico de interesse e permanece como uma barreira chave para melhores resultados das terapias para os pacientes (BARRETO; REINERS; MARCON, 2014).

Múltiplos fatores podem contribuir para as baixas taxas de controle adequado da hipertensão, incluindo raça, etnia, sexo, hipertensão secundária, resistência ao tratamento e não adesão ao tratamento. O investimento na adesão ao tratamento é essencial no gerenciamento de condições crônicas como a HAS e traz benefícios aos pacientes, às famílias, aos sistemas de saúde e à economia dos países (COSTA et al., 2015).

Adesão é um fenômeno complexo e intervenções simples não têm solucionado o problema. Medidas que contribuam para a avaliação da adesão a esse tratamento ainda constituem um desafio para os que trabalham na saúde pública, merecendo serem estudadas mais intensamente, de forma a ser oferecida à sociedade uma alternativa de enfrentamento deste importante problema de saúde pública mundial (Al-RAMAHI, 2015).

Medir a adesão ao tratamento da HAS é uma tarefa complexa, pois existem vários fatores envolvidos neste processo, o que dificulta o

desenvolvimento de uma medida padrão. Assim, foram desenvolvidas várias formas para conhecer o grau da adesão ao tratamento da HAS (FONGWA, 2015).

As medidas de adesão ao tratamento da HAS podem ser classificadas como diretas e indiretas. Os métodos diretos são os mais objetivos, porém requerem equipamentos sofisticados, tornando-se oneroso seu uso e sendo inviável sua aplicação na saúde pública. Consistem na detecção de medicamentos e metabólicos em fluídos biológicos, verificando os níveis plasmáticos dos medicamentos e se o usuário está realmente tomando as doses prescritas (FRIEDBERG et al., 2015).

Os métodos indiretos consistem em relato do profissional, registros farmacêuticos, contagem de comprimidos manual, monitoramento eletrônico de doses, desfecho clínico favorável e relatos de usuários (questionários estruturados e/ou escalas visuais) (GORDIS, 1981). São menos exatos que os métodos diretos e, embora tendam a superestimar a adesão, são os que apresentam maior aplicabilidade na saúde pública, pois são de menor custo e fáceis de aplicar (HEDEGAARD et al., 2016).

As entrevistas com aplicação de questionário são muito utilizadas por serem mais acessíveis e de menor custo. Trata-se da utilização de instrumentos metodológicos que avaliam o comportamento do usuário para além do manejo empírico de dados que se obtêm pela simples observação da conduta cotidiana ou habitual do usuário, os quais muitas vezes estão encobertos pela subjetividade natural do profissional ou pelo conhecimento sobre este (GALLAGHER et al., 2015).

Portanto, a HAS se mostra um desafio para a rede primária, pois é uma condição com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade, sendo notável a contribuição do acesso, vínculo e acolhimento nesses casos (NORMAN, TESSER, 2015).

Neste sentido, é necessário compreender que a resolutividade da atenção às pessoas com hipertensão consiste não apenas no uso do medicamento e na instituição de medidas reguladoras, mas na consideração da pessoa em sua totalidade. Essas ações devem ser prestadas em associação

com o atendimento à demanda espontânea e à escuta qualificada, em especial às urgências e emergências, envolvendo ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção primária (COSTA; FRANCISCHETTI-GARCIA; PELLEGRINO-TOLEDO, 2015).

Deve-se atuar de maneira a articular as equipes de APS e a população, possibilitando o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, legitimando esse nível como porta de entrada prioritária e preferencial para as redes de atenção à saúde do SUS e garantindo a continuidade da assistência aos usuários hipertensos (GIRÃO, FREITAS, 2016).

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) na atenção primária propõe a oferta de atenção programada e não programada (demanda espontânea). Os pacientes com agudização de condições crônicas, como a HAS, e aqueles com quadros não contemplados nas ações programáticas da APS deveriam ser acolhidos na demanda espontânea (VARLETA et al., 2014).

Nesse contexto, acredita-se que, ao possibilitar livre acesso da demanda espontânea à APS, especialmente no caso da hipertensão, doença que necessita de tratamento contínuo, a efetividade do cuidado e o vínculo poderão ser comprometidos, pois os usuários recorrem às unidades de atenção primária visando um atendimento pontual, confrontando o controle de situações agudas de adoecimento com as estratégias de promoção de saúde nas doenças crônicas propostas por esse nível de atenção (GARNELO, 2014).

Embora a literatura científica aponte a importância do acesso e acolhimento na saúde, foi perceptível que poucas produções discutem o impacto de sua instituição no cuidado às pessoas com hipertensão na atenção primária. Dessa maneira, se torna fundamental compreender os fatores que influenciam na melhor adesão ao tratamento da HAS e controle dos níveis pressóricos, tendo como desfecho o controle da doença. A partir dessa problematização, surgiu a seguinte pergunta norteadora: os pacientes hipertensos atendidos na demanda programada terão condições sociodemográficas, clínicas e adesão terapêutica diferentes daqueles atendidos na demanda espontânea?

O interesse pela temática cronicidade data de mais de 15 anos, tempo em que venho atuando como médico de família e comunidade. Durante o tratamento dos pacientes com hipertensão arterial temos constatado o quanto a adesão terapêutica tem influenciado nos resultados da terapêutica clínica. Assim, é um desafio mensurar a adesão terapêutica e analisar quais os fatores clínicos e sociodemográficos podem ter associação com a adesão e, assim, poder intervir de forma mais efetiva no manuseio clínico desta clientela para otimizar os resultados do tratamento e prevenir os desfechos desfavoráveis desta condição clínica.

Esse estudo baseia-se também na necessidade nacional em trabalhar com pesquisas voltadas à realidade da APS, a fim de se obter conhecimento sobre programas voltados para esse nível de atenção à saúde, e na tendência instituída pelos programas do Ministério da Saúde que buscam conhecer a realidade da assistência.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Analisar a associação entre as características sociodemográficas e clínicas e a adesão ao tratamento anti - hipertensivo de acordo com o tipo de demanda de atendimento de hipertensos atendidos em uma unidade de atenção primária em saúde.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar sociodemograficamente os hipertensos atendidos nos dois tipos de demanda (espontânea /agendada);
- b) Descrever a situação clínica dos hipertensos dos dois grupos;
- c) Estratificar a adesão terapêutica dos hipertensos atendidos nos dois tipos de demanda;
- d) Relacionar a adesão terapêutica às características sociodemográficas e clínicas desses pacientes, conforme o tipo de demanda de atendimento.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

A magnitude das doenças e condições crônicas é atribuída, parcialmente, às características contemporâneas das sociedades de consumo em ambientes urbanos, fatores que agem primariamente como determinantes do processo saúde/doença. A globalização de produtos e de padrões de uso, muitos deles sabidamente deletérios à saúde, notadamente alimentos industrializados, bebidas e tabaco desencadeiam novas formas de exposição/risco (SCHWAB et al., 2014).

Embora as doenças e condições crônicas não sejam transmissíveis, os fatores a elas associados podem ser 'transmitidos' por comportamentos individuais e estilos de vida coletiva, socialmente adotados como padrões compartilhados. Na maioria das vezes, tais padrões compõem o substrato cultural de uma época e de um grupo social, com os veículos de propaganda operando pelo poder de persuasão. E esse 'contágio' sociocultural se espalha mundialmente em proporções epidêmicas (WHO, 2011).

As Condições Crônicas têm entre suas principais causas proximais quatro fatores de risco: fumo, dieta não saudável, sedentarismo e consumo abusivo de álcool. Intervenções em nível populacional apresentam maior efetividade para neutralizar ou reduzir tais riscos. Em países pobres, essas condições têm apresentado um ritmo de crescimento maior que nos países de poder aquisitivo elevado (SCHWAB et al., 2014).

Entre as doenças crônicas, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morbimortalidade na sociedade contemporânea, destacando-se a doença coronariana, as cerebrovasculares e a insuficiência cardíaca. A hipertensão arterial (HA) é o principal fator de risco para essas doenças. São muitos os fatores identificados que contribuem para a elevação dos níveis pressóricos, entre os quais se destacam idade avançada, etnia negra, obesidade, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, dislipidemias, diabetes mellitus e alto teor de sódio na alimentação (GIROTTI et al., 2013).

A hipertensão é uma doença assintomática e crônica sendo a principal causa de doenças cerebrovasculares e cardiovasculares. Estima-se

que em todo o mundo cerca de 30% da população adulta irá desenvolver hipertensão no ano 2025. Em comparação com os países desenvolvidos, o risco de hipertensão nos países em desenvolvimento é quase duplicado (MOHARAMZAD, 2015).

A hipertensão descontrolada é definida como pressão sanguínea sistólica superior a 140 mmHg ou pressão sanguínea diastólica superior a 90 mmHg. Na maioria dos casos, as mudanças no estilo de vida e uso de drogas anti - hipertensivas são necessárias para manter uma pressão sanguínea ideal, a fim de reduzir o risco de desenvolver doenças cerebrovasculares e cardiovasculares. Apenas um terço dos pacientes com hipertensão tem controle adequado sobre seus níveis de pressão arterial. Apesar do tratamento com drogas e aumento da conscientização, a pressão arterial em pacientes hipertensos ainda é mal controlada em muitos países (MOHARAMZAD, 2015).

Deste modo, para tornar o controle da hipertensão mais eficaz, torna-se indispensável, além do seu tratamento, o controle de seus fatores de risco. Um dos maiores desafios no combate à hipertensão arterial ainda se deve à não adesão ao tratamento. Estudos mostram baixos níveis de adesão à terapia anti-hipertensiva, além de os maiores índices estarem associados a serviços de saúde especializados (GIROTTI et al., 2013).

A adesão corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do paciente. Porém, são muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, a característica assintomática da doença e a sua cronicidade (JESUS et al., 2016).

O controle da pressão arterial (PA) nos hipertensos tem relação direta com a adesão ao tratamento prescrito, que por sua vez é um dos principais fatores responsáveis pela hipertensão arterial sistêmica não controlada. Entre os distintos fatores que interferem neste processo, podemos citar o nível socioeconômico, sexo, idade, escolaridade, complexidade do esquema terapêutico, relação com a equipe de saúde e ausência de sintomas. A não adesão ao tratamento não deve ser confundida com a hipertensão

arterial resistente (HAR), que é definida como a ocorrência de níveis de PA acima da meta ( $\geq 140 \times 90$  mmHg) apesar da utilização de três anti-hipertensivos de classes diferentes, incluindo um diurético em doses ideais. Pacientes com HAR devem ter obrigatoriamente uma boa adesão ao tratamento, pois a falta de adesão – denominada pseudorresistência – pode levar à adição desnecessária de novos medicamentos ao tratamento (JESUS et al., 2016).

Entre os questionários de medição da adesão terapêutica, os mais empregados são os questionários validados, como o teste de Morisky e Green, composto por oito perguntas (TMG8) para identificar atitudes e comportamentos frente à tomada de medicamentos. Atribui-se um ponto a cada resposta do paciente e aquele que obtiver pontuação oito é caracterizado como tendo adesão. Pontuações iguais ou inferiores a cinco caracterizam o paciente como não tendo adesão. O TMG8 é considerado um teste de referência por ser um instrumento simples, validado e de fácil aplicação na prática clínica, além de ser o teste mais utilizado em estudos para avaliar a adesão ao tratamento. A avaliação da adesão ao tratamento é fundamental na elaboração de estratégias de saúde pública e individual (SHIMA et al., 2015).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem se fortalecendo como um dos principais instrumentos governamentais de proteção à vida dos cidadãos, desempenhando pelo menos dois tipos de função: de saúde pública e de assistência aos adoecimentos. O modelo proposto de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido a Estratégia Saúde da Família (ESF). Na lógica da função-filtro da APS, essencial para a efetividade, equidade e racionalidade do cuidado, a ESF carrega essa dupla natureza: o cuidado clínico e a promoção da saúde/ prevenção de doenças (NORMAN, TESSER, 2015).

A Estratégia Saúde da Família, criada e implantada em 1994, é uma importante estratégia para reorganizar as práticas na Atenção primária à saúde e reorientar o sistema de saúde brasileiro, por meio do sistema de referência e contrarreferência. A ESF articula os demais níveis de complexidade de atenção com a APS, garantindo, assim, a integralidade das ações e a continuidade do cuidado. Trata-se de um modelo pautado no trabalho em equipe, priorização da

família em seu território, acolhimento, vínculo, ações de prevenção e promoção da saúde, sem descuidar do tratamento e reabilitação (GARUZI et al., 2017).

A assistência alicerçada na equipe multiprofissional torna-se um elemento de grande valia, uma vez que a ideia interdisciplinar incorporada pela equipe multiprofissional permite a prestação do cuidado integral, tornando essas práticas, e em particular a do acolhimento, significativas nas relações afetivas entre os atores envolvidos (profissionais e usuários) (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

Nesse aspecto, o acolhimento aparece centralmente marcado no território das tecnologias leves, encarnadas nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, num certo posicionamento ético situacional, que influencia fortemente, inclusive, o modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras (BRASIL, 2012).

Nesse caso, a implantação de acolhimento da demanda espontânea “pede” e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico, pois o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico (BRASIL, 2012).

Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

É importante, por exemplo, que as equipes discutam e definam (mesmo que provisoriamente) o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato;

quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias, e outras. Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções (BRASIL, 2013).

O *Chronic Care Model* foi a principal referência para a construção do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que foi elaborado para a realidade e o contexto da saúde brasileira. Contempla as especificidades da cronicidade e das condições de vida adquiridas pelo adoecimento, os contextos relacionados e interrelacionados nesse processo, assim como a pessoa, sua família, suas redes sociais, as redes de atenção à saúde, os serviços, os profissionais, a gestão e as políticas. Esse modelo vem sendo tomado como referência pelo Ministério da Saúde brasileiro para o estabelecimento das políticas de atenção às pessoas com doenças crônicas, como o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

Os Princípios e Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas são: propiciar o acesso e o acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção; humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e hábitos e cultura locais; garantia de implantação de um modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais; articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção; atuação territorial, com definição e organização da rede nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção; articulação interfederativa entre os diversos gestores, desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada; participação e controle social dos usuários sobre

os serviços; autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado; equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da Saúde; regulação articulada entre todos os componentes da rede com garantia da equidade e integralidade do cuidado e formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2014).

A HAS é uma condição crônica de alta prevalência na população adulta mundial e seu tratamento efetivo reduz as complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. No Brasil a ESF tem papel fundamental no acompanhamento destes pacientes por meio de suas equipes de saúde que realizam atendimentos agendados e não programados.

Embora seja amplo o conhecimento sobre quais medicações devem ser utilizadas para o controle da hipertensão e quais são as mudanças de estilo de vida necessárias para um melhor controle pressórico, os dados demonstram que ainda são baixos os valores de controle pressórico na população brasileira, dados estes semelhantes aos valores mundiais. Assim, a adesão ao tratamento proposto é um fator determinante para o sucesso terapêutico e um grande desafio para as equipes de saúde. Mensurar a adesão, saber quais fatores tem associação a uma maior ou menor adesão terapêutica são fundamentais para uma efetiva intervenção dos gestores e profissionais de saúde na otimização terapêutica.

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo transversal e analítico. Em um estudo transversal, todas as medições são feitas em um único momento, sem período de seguimento. Os delineamentos transversais são úteis quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição (ANDERSON et al., 1998).

Estudos transversais também podem examinar associações. Porém, nesse caso, as variáveis preditoras e de desfecho são definidas apenas com base nas hipóteses de causa-efeito do investigador, e não no delineamento do estudo (ANDERSON et al., 1998).

Estes estudos geralmente fornecem informações apenas sobre a prevalência. A prevalência é útil para estimar a probabilidade de o paciente ter uma certa doença e também, para o planejador da área de saúde que pretende saber quantas pessoas tem determinadas doenças, para que possa alocar recursos para cuidar dessas pessoas (SARGENT et al, 2005).

### 4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) Dom Aloisio Lorscheider, pertencente à Secretaria Executiva Regional IV, localizado no bairro Itaperi.

Este estabelecimento integra a rede de atenção primária à saúde do município de Fortaleza juntamente com outras 109 unidades. A área de abrangência desta unidade envolve os bairros Itaperi, Vila União, Serrinha e Parque II Irmãos e é responsável por uma população de cerca de 34.000 pessoas. O estabelecimento conta com seis equipes da Estratégia Saúde da Família completas. A unidade saúde funciona de segunda a sexta feira, no horário de 7 às 19 horas, sempre com uma equipe de médico, enfermeira e dentista responsável pelo acolhimento dos pacientes e atendimento a demanda espontânea, enquanto os profissionais das outras equipes realizam atendimento das consultas programadas. Este modelo de funcionamento está

presente em todas as unidades de atenção primária à saúde de Fortaleza. A UAPS Dom Aloísio Lorscheider foi escolhida porque funciona como unidade escola para alunos da graduação da UECE e o pesquisador trabalha na unidade como médico de família e comunidade, além de ser preceptor do PET Gradua SUS e do internato em medicina de família e comunidade da Universidade Estadual do Ceará e atualmente é professor substituto do curso de medicina na disciplina de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Estadual do Ceará. A coleta de dados foi realizada no período de junho a julho de 2018.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por adultos e idosos, com idade entre 18 e 80 anos, de ambos os sexos, com hipertensão arterial sistêmica, pertencentes à área de abrangência da UAPS Dom Aloísio Lorscheider e cadastrados nesta unidade de saúde como hipertensos. Esta unidade de saúde tem em torno de 28.000 pessoas em sua área de abrangência. Levando em consideração que 60% (IBGE, 2010) desta população é composta por adultos, teremos 16.800 adultos. Como a taxa de incidência de hipertensão arterial sistêmica na população adulta é em torno de 30% (DBH, 2016), teremos, em torno de 5.040 adultos hipertensos sob a responsabilidade dos profissionais da ESF desta unidade de saúde, porém apenas 2.100 hipertensos estão cadastrados no programa HIPERDIA desta unidade de saúde, sendo estes pacientes a população de nossa pesquisa.

Foi realizado o cálculo para populações infinitas. Para fins de cálculo, a prevalência do fenômeno foi de 30% (DBH, 2016), cujo valor foi incorporado para o cálculo da amostra aleatória simples. Dessa forma, a amostra foi definida de acordo com a seguinte fórmula:

$$N = \frac{z^2 \times 5\% \times P \times Q}{e^2}$$

Onde **n** é a amostra; **z** é o nível de distribuição z ao nível de significância de 5% (1,96); **P** é a prevalência do fenômeno (considerada aqui em torno de 30%); **Q** em torno de 70% é a porcentagem complementar de P ( $Q=100-P$ ); **e** é o erro amostral (aqui considerado com 5%). Com base no resultado do cálculo, chegou-se a uma amostra de 282 participantes. Foram excluídos da amostra os pacientes agendados, que não compareceram à consulta. Foi acrescido com 8,5% de margem de segurança na amostra, totalizando 306 pacientes.

Como foi analisada a adesão ao tratamento anti - hipertensivo entre pacientes atendidos na demanda espontânea e programada, a amostra foi dividida igualmente, sendo metade de hipertensos atendidos em consultas programadas e metade em consultas de demanda espontânea e que aceitarem participar voluntariamente do estudo. Os pacientes componentes da amostra da pesquisa também são pertencentes às seis equipes da ESF da unidade, de forma a garantir proporcionalidade, ficando em torno de 50 pacientes por equipe. Os pacientes foram selecionados por conveniência.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Foram analisadas variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes com hipertensão arterial pertencente à amostra. Os dados sociodemográficos foram: sexo (masculino /feminino), idade (em anos), raça, nível de instrução (analfabeto ou ensino fundamental incompleto/ensino fundamental completo/ensino médio completo/ ensino superior completo ou mais), ocupação, renda familiar, estado civil (casado/solteiro/divorciado/viúvo) e número de pessoas residentes na casa do participante. Os dados clínicos foram: pressão arterial sistólica e diastólica, peso, altura, circunferência abdominal, índice de massa corporal, tabagismo (sim/não), sedentarismo, uso abusivo de álcool, diagnóstico de diabetes *mellitus* (sim/não), história familiar de HAS, tempo de diagnóstico de HAS, quantidade e quais fármacos anti-hipertensivos utilizados, valores séricos de colesterol total e frações, triglicerídeos, hemoglobina glicada e glicemia de jejum, história familiar de doença cardiovascular prematura em parentes de 1º grau, presença de lesão

de órgãos alvo, presença de condição clínica associada e estratificação de risco cardiovascular. A adesão ou não ao tratamento anti hipertensivo também foi analisada.

Foram aplicados três questionários de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, já validados para língua portuguesa para cada participante da pesquisa. Os questionários foram: Teste de Morisky-Green, questionário Martin-Bayarre-Grau (MBG) e o Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (QATHAS). Os dados sociodemográficos e clínicos foram obtidos por meio de aplicação de questionário de forma individualizada, conduzido pelo próprio pesquisador, em local privativo, na Unidade de Saúde.

O motivo da aplicação de três instrumentos de mensuração da adesão terapêutica são os dados encontrados na literatura questionando as diferenças nos resultados dos valores de adesão terapêutica para uma mesma população frente a aplicação de diferentes questionários.

O Questionário MBG (Martín-Bayarre-Grau) foi desenvolvido em Cuba por Martín Alfonso, Bayarre Vea e Grau Ábalo (2008), sendo elaborado a partir da definição de adesão terapêutica, que é a ação ativa e voluntária do usuário a adotar um comportamento relacionado com o cumprimento do tratamento acertado de mútuo acordo com o seu médico. Este instrumento é autoaplicável, curto, de fácil aplicação e convincentes possibilidades de resposta por parte do usuário. Possui 12 itens em forma de afirmações, com resposta tipo Likert, com cinco possibilidades de resposta que vão de *sempre* a *nunca*. Para calcular a pontuação obtida por cada usuário, considera-se que a resposta nunca possui valor zero, quase nunca apresenta valor um, às vezes corresponde a dois, quase sempre se refere a três e para a resposta sempre é atribuído valor quatro, sendo 48 a totalidade dos pontos possíveis de alcançar. Os autores classificaram os valores considerando as pontuações obtidas e consideram como aderidos totais os que obtêm 38 a 48 pontos; aderidos parciais, de 18 a 37 pontos, e não aderidos, de 0 a 17 pontos, de modo que se possa quantificar com rapidez e determinar três tipos de níveis de aderência: total, parcial e não aderido. O questionário apresentou uma consistência

interna *alfa de Crobach* de 0,889 e a validação de conteúdo foi realizada por *expert* (MARTÍN ALFONSO; BAYARRE VEA; GRAU ÁBALO, 2008).

O Teste de Morisky-Green-Levine é o mais usado para medir a adesão ao tratamento da HAS, apesar de não ter sido criado especificamente para a hipertensão. A teoria fundamental desta medida abrange que o uso inadequado de medicamentos ocorre em uma ou todas as seguintes formas: esquecimento, falta de cuidado, interromper o medicamento quando sentir-se melhor ou interromper o medicamento quando sentir-se pior. Assim, a primeira versão deste instrumento e que é usada na grande maioria dos estudos consta de quatro perguntas: 1. “Você alguma vez se esquece de tomar seu remédio?”; 2. “Você, às vezes, é descuidado para tomar seu remédio?”; 3. “Quando você se sente melhor, às vezes, você para de tomar seus remédios?”; 4. “Às vezes, se você se sente pior, quando toma o remédio, você para de tomá-lo?”. Os usuários com hipertensão que responderem afirmativamente a alguma destas questões são considerados como não-aderentes (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; UNGARI, 2007).

Este instrumento foi reformulado, de modo que a nova versão (já validada em português) ficou com oito perguntas: 1. Você às vezes se esquece de tomar os seus comprimidos de pressão alta? 2. Ao longo das últimas duas semanas, houve algum dia você que não tomou seu medicamento para sua pressão arterial alta? 3. Você já parou de tomar a sua medicação sem consultar o seu médico, porque você se sentiu pior quando você tomou? 4. Quando você viaja ou sai de casa, às vezes você se esquece de levar seus medicamentos? 5. Você tomou seu remédio para pressão arterial alta ontem? 6. Quando você sente que a sua pressão arterial está controlada, às vezes você para de tomar o seu medicamento? 7. Toma todos os dias a medicação é um verdadeiro transtorno para algumas pessoas. Você já se sentiu incomodado por estar aderindo a seu plano de tratamento da pressão arterial? 8. Quantas vezes você tem dificuldade em lembrar de tomar todos os seus medicamentos para a pressão arterial? Os autores classificaram os valores considerando as pontuações obtidas e consideraram como aderidos totais os que obtêm 8 pontos; aderidos parciais, de 6 a 7 pontos, e não aderidos, de 5 ou menos pontos, de

modo que se possa quantificar com rapidez e determinar três tipos de níveis de aderência: total, parcial e não aderido. (MORISKY et al., 2008).

O QATHAS é constituído por 12 perguntas e diferente dos questionários que utilizam a teoria clássica dos testes, o resultado não é obtido ao somar pontos ou escores. O cálculo é realizado por fórmula matemática utilizando os valores dos parâmetros dos itens (a e b) e de uma constante. O nível de adesão varia de 60 a 110, isto é., os hipertensos com menor adesão atingem valores próximos a 60, enquanto os mais aderentes situam-se no nível 110 (RODRIGUES, 2012).

Os valores de peso, altura, CA (circunferência abdominal) foram aferidos e utilizados para compor os dados deste estudo. Para determinação do peso e altura foi utilizada balança antropométrica. Os valores do peso foram registrados em quilograma, e a altura foi registrada em metro. A CA foi obtida com fita métrica inelástica, no ponto médio localizado entre a crista e o rebordo costal da última costela. Para o estudo, em relação à CA, foram adotados os valores indicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) que preconiza valores acima do ponto de corte 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, como sendo indicativos de aumento do risco cardiometabólico.

A medida da PA foi realizada no membro superior direito, com o indivíduo sentado e em repouso de cinco minutos, uso de bolsa de borracha de 12cm de largura, sendo utilizado o aparelho digital com intuito de minimizar a influência do observador. Para análise dos valores da PA foi adotada a classificação das VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBHA, 2016). A partir das variáveis peso e estatura de cada indivíduo, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), obtido a partir da divisão do peso em quilograma pelo quadrado da altura em metros ( $\text{Kg/m}^2$ ). Foi utilizada a classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) para análise dos valores de IMC.

O sedentarismo foi caracterizado como a prática de atividade física inferior a 150 minutos de atividade aeróbica por semana. O uso abusivo de álcool foi caracterizado pelo consumo semanal superior a 210 gramas de etanol para homens e 140 gramas para mulheres. A história positiva de doença cardiovascular prematura em parentes de 1º grau foi caracterizada quando

ocorreu em parentes do sexo masculino com menos de 55 anos e parentes do sexo feminino com idade inferior a 65 anos (DBHA, 2016).

#### 4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram digitados e organizados em planilhas do Programa Microsoft Excel, validados por dupla digitação. Os testes estatísticos foram realizados por meio do software Statistical Package for The Social Sciences – SPSS 24.0 e os resultados foram considerados significativos quando o nível de significância ( $p$ ) foi menor que 0,05.

Durante a análise dos dados foram aplicados as medidas de frequência simples, frequência percentual, o desvio padrão foi utilizado como medida de dispersão, foram realizados as medidas de associação odds ratio e qui-quadrado, o intervalo de confiança foi a 95% e foi realizada a distribuição de probabilidades usando o t de Student para amostras independentes.

Foi realizado, também, análise bivariada e posteriormente regressão para identificar fatores associados à adesão e os fatores de confusão segundo o modelo que vinculou características sociodemográficas e clínicas de pacientes atendidos em demanda programada e demanda espontânea.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

Em se tratando dos aspectos éticos em pesquisa, foram respeitadas as diretrizes existentes na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP) que dispõe as normas regulamentadoras para o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos. Ela garante aos participantes da pesquisa: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012).

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará e da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGTES) de Fortaleza. O projeto foi aprovado pelo CEP da UECE em 23 de março de 2018 com CAAE número 85567418.3.0000.5534 e parecer do CEP número 2.561.473 e recebeu

anuência da COGTES em 15 de março de 2018. Somente após a aprovação do CEP e com a anuência da COGTES, a pesquisa foi iniciada. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Uma ficou com o pesquisador e a outra com o participante. Em ambas as vias, constam os contatos telefônicos dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local.

Os riscos para os participantes da pesquisa referentes à aplicação dos questionários são: invasão de privacidade; responder a questões sensíveis, tais como atos ilegais, violência, sexualidade; revitimizar e perder o autocontrole e a integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados; discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado; divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE) e tomar o tempo do sujeito ao responder ao questionário.

Para minimizar os riscos da pesquisa os pesquisadores podem: garantir o acesso aos resultados individuais e coletivos, minimizar desconfortos, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras, garantir que os pesquisadores sejam habilitados ao método de coleta dos dados, estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto, garantir a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras), assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico, o pesquisador e a instituição devem assumir a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

## 5 RESULTADOS

Após coleta e análise dos dados dos 306 pacientes hipertensos, foi possível responder aos principais objetivos do estudo, passando desde a caracterização geral até a comparação das características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com hipertensão atendidos em uma unidade de atenção primária à saúde, conforme tipo de demanda.

Logo após, foram descritas as principais variáveis associadas à adesão terapêutica de acordo com três diferentes tipos de questionários.

Conforme a Tabela 1, a seguir, observou-se que, do total de pacientes atendidos na UAPS, a maioria era mulher (74,2%), pouco mais da metade tinha 60 anos ou mais (58%), tinha até o ensino fundamental completo (70,3%), a grande maioria recebia até 3 salários mínimos (85,6%), era de raça amarela, parda ou preta (80,7%) e relataram ter menos de cinco pessoas no domicílio (80,7%), com média de 3,3 pessoas por domicílio. Quando comparadas às características sociodemográficas de acordo com o tipo de demanda, não se verificou diferença significativa, caracterizando um grupo homogêneo.

Tabela 1 – Características sociodemográficas de pacientes com hipertensão arterial, segundo tipo de demanda.

Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018

		Demanda espontânea		Demanda programada				Total				OR (IC 95%)	p-valor		
		f	%	Média	DP	f	%	Média	DP	f	%			Média	DP
<b>Sexo</b>	Masculino	35	23,0			44	28,6			79	25,8			0,75 (0,45-1,25)	0,268 <sup>1</sup>
	Feminino	117	77,0			11	71,4			22	74,2			1	
						0				7					
<b>Idade</b>				60,8	12,5			62,7	11,2			61,8	11,9	-	0,165 <sup>2</sup>
<b>Faixa etária</b>	≥ 60 anos	86	56,6			91	59,5			17	58,0			0,89 (0,56-1,40)	0,608 <sup>1</sup>
	< 60 anos	66	43,4			62	40,5			12	42,0			1	
						8				8					
<b>Escolaridade</b>	Até ensino fundamen- tal completo	102	67,1			11	73,4			21	70,3			0,74 (0,45-1,21)	0,230 <sup>1</sup>
	Ensino médio incom- pleto ou mais	50	32,9			3				5				1	
						41	26,6			91	29,7				
<b>Renda</b>	< 3 salários	128	84,2			13	87,0			26	85,6			0,80 (0,42-1,51)	0,485 <sup>1</sup>
	≥ 3 salários	24	15,8			4				2				1	
<b>Raça</b>	Amarela/parda/preta	121	79,6			20	13,0			44	14,4			1	
	Branca	31	20,4			12	81,8			24	80,7			0,87 (0,49-1,53)	0,624 <sup>1</sup>
						6				7					
<b>Nº de pessoas no domicílio</b>				3,3	1,7	28	18,2			59	19,3			1	
						3,3	1,5			3,3	1,6			-	0,859 <sup>2</sup>
<b>Nº de pessoas no domicílio</b>	≥ 5 pessoas	32	21,2			27	17,5			59	19,3			1,26 (0,72-2,24)	0,419 <sup>1</sup>
	< 5 pessoas	119	78,8			12	82,5			24	80,7			1	
						7				6					

Fonte: Elaborada pelo autor.

f: frequência simples; %: frequência percentual; DP: desvio-padrão; OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confiança a 95%; <sup>1</sup>: qui-quadrado; <sup>2</sup>: t de Student para amostras independentes.

Tabela 2 – História da doença progressa de pacientes com hipertensão arterial, segundo tipo de demanda.

Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018

(continua)

		Demanda espontânea		Demanda programada		Total		OR (IC 95% 1)	p-valor <sup>1</sup>
		f	%	f	%	f	%		
<b>Tabagismo</b>	Sim	16	10,5	6	3,9	22	7,2	<b>2,90 (1,10-7,63)</b>	<b>0,025</b>
	Não	136	89,5	148	96,1	284	92,8	1	
<b>Etilismo</b>	Sim	10	6,6	14	9,1	24	7,8	0,70 (0,30-1,64)	0,414
	Não	142	93,4	140	90,9	282	92,2	1	
<b>Sedentarismo</b>	Sim	79	52,0	85	55,2	164	53,6	0,88 (0,56-1,38)	0,572
	Não	73	48,0	69	44,8	142	46,4	1	
<b>História familiar de DCV</b>	Sim	59	38,8	59	38,3	118	38,6	1,02 (0,64-1,62)	0,928
	Não	93	61,2	95	61,7	188	61,4	1	
<b>Diabetes mellitus</b>	Sim	42	27,6	61	39,6	103	33,7	<b>0,58 (0,36-0,94)</b>	<b>0,027</b>
	Não	110	72,4	93	60,4	203	66,3	1	
<b>Síndrome metabólica</b>	Sim	65	52,0	86	59,3	151	55,9	0,74 (0,46-1,20)	0,228
	Não	60	48,0	59	40,7	119	44,1	1	
<b>História familiar de HAS</b>	Sim	127	83,6	136	88,3	263	85,9	0,67 (0,35-1,29)	0,231
	Não	25	16,4	18	11,7	43	14,1	1	
<b>Tempo de diagnóstico de HAS</b>	> 20 anos	19	12,5	33	21,4	52	17,0	<b>0,52 (0,28-0,97)</b>	<b>0,038</b>
	< 20 anos	133	87,5	121	78,6	254	83,0	1	

(conclusão)

<b>Nº de fármacos anti-hipertensivos</b>	≥ 3 fármacos	20	13,2	31	20,1	51	16,7	0,60 (0,33-1,11)	0,102
	< 3 fármacos	132	86,8	123	79,9	255	83,3	1	

Fonte: Elaborada pelo autor.

: frequência simples; %: frequência percentual; OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confiança a 95%; <sup>1</sup>: qui-quadrado; DCV: doença cardiovascular; HAS: hipertensão arterial sistêmica.

Conforme a Tabela 2, no que diz respeito aos aspectos clínicos, a quase totalidade não era tabagista (92,8%) nem etilista (92,2%). Foi verificado também que a grande maioria dos pacientes tem história familiar de hipertensão (85,9%), apresenta menos de 20 anos de diagnóstico de hipertensão (83%) e utiliza menos de 3 fármacos anti-hipertensivos por dia (83,3%).

De acordo com a demanda, verificou-se que aqueles que foram atendidos na demanda espontânea apresentaram maiores proporções de tabagismo e história familiar de DCV. Enquanto que na demanda programada, houve maior proporção de etilismo, sedentarismo, diabetes mellitus, síndrome metabólica, história familiar de HAS, tempo de diagnóstico maior que 20 anos e de pacientes que tomavam três ou mais medicações anti-hipertensivas.

No entanto, apenas o tabagismo, tempo de diagnóstico e tempo de diagnóstico da HAS apresentaram associação estatisticamente significativa com o tipo de demanda. Os pacientes da demanda espontânea apresentaram maior chance de ser tabagista (OR=2,90;  $p=0,025$ ) e menores chances de ter diabetes (OR=0,58;  $p=0,027$ ) e de ter sido diagnosticado como hipertenso há mais de 20 anos (OR=0,52;  $p=0,038$ ).

**Tabela 3 – Características clínicas de pacientes com hipertensão arterial, segundo tipo de demanda.**  
**Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018**

(continua)

		Demanda espontânea				Demanda programada				Total					
		<i>f</i>	%	Média	DP	<i>f</i>	%	Média	DP	<i>f</i>	%	Média	DP	OR (IC 95%)	
<b>Classificação PA</b>	≥ 140/90	84	55,3			105	68,2			189	61,8			<b>0,58 (0,36-0,92)</b>	<b>0,020<sup>1</sup></b>
	< 140/90	68	44,7			49	31,8			117	38,2			<b>1</b>	
<b>PAS</b>				138,1	17,8			141,0	18,6			139,6	18,2	-	0,161 <sup>2</sup>
<b>PAD</b>				77,1	11,7			77,7	11,0			77,4	11,4	-	0,636 <sup>2</sup>
<b>IMC</b>				28,8	6,3			30,1	5,4			29,5	5,9	-	0,061 <sup>2</sup>
<b>Obesidade</b>	Sim	57	38,0			70	46,1			127	42,1			0,72 (0,45-0,14)	0,156 <sup>1</sup>
	Não	93	62,0			82	53,9			175	57,9			<b>1</b>	
<b>CA</b>				99,9	12,8			102,4	11,6			101,1	12,3	-	0,080 <sup>2</sup>
<b>Classificação CA</b>	Risco muito alto	124	81,6			125	81,2			249	81,4			1,03 (0,58-1,83)	0,927 <sup>1</sup>
	Sem risco ou risco médio a alto	28	18,4			29	18,8			57	18,6			<b>1</b>	
<b>LDL</b>				119,9	32,9			123,6	44,6			121,8	39,2	-	0,583 <sup>2</sup>
<b>Classificação LDL</b>	> 115	36	54,5			33	47,8			69	51,1			1,39 (0,66-2,58)	0,435 <sup>1</sup>
	≤ 115	30	45,5			36	52,2			66	48,9			<b>1</b>	
<b>HDL</b>				47,7	10,8			48,0	12,2			47,9	11,5	-	0,859 <sup>2</sup>

(continuação)

<b>Classificação HDL</b>	< 40 (homens) ou < 46 (mulheres)	30	40,5			35	39,3			65	39,9			1,05 (0,56-1,97)	0,875 <sup>1</sup>
	≥ 40	44	59,5			54	60,7			98	60,1			1	
<b>Triglicérides</b>				150,8	62,0			184,8	119,8			168,8	98,1	-	<b>0,022</b> <sup>2</sup>
<b>Classificação triglicérides</b>	> 150	36	46,2			43	49,4			79	47,9			0,89 (0,48-1,62)	0,675 <sup>1</sup>
	≤ 150	42	53,8			44	50,6			86	52,1			1	
<b>Glicemia em jejum</b>				115,5	50,9			134,8	66,5			124,9	59,7	-	<b>0,022</b> <sup>2</sup>
<b>Classificação glicemia em jejum</b>	≥ 100	46	44,7			62	62,6			108	35,3			<b>0,48 (0,27-0,84)</b>	<b>0,010</b> <sup>1</sup>
	< 100	47	55,3			37	37,4			94	30,7			1	
<b>CT</b>				193,2	37,2			200,3	42,4			196,9	40,0	-	0,242 <sup>2</sup>
<b>Classificação CT</b>	> 190	44	51,8			51	54,8			95	53,4			0,88 (0,49-1,59)	0,681 <sup>1</sup>
	≤ 190	41	48,2			42	45,2			83	46,6			1	
<b>Hemoglobina glicada</b>				6,2	1,2			7,0	1,8			6,6	1,6	-	<b>0,009</b> <sup>2</sup>
<b>Classe hemoglobina glicada</b>	≥ 5,7	32	60,4			44	65,7			76	63,3			0,80 (0,38-1,68)	0,550 <sup>1</sup>
	< 5,7	21	39,6			23	34,3			44	36,7			1	
<b>LAO</b>	Sim	10	7,9			19	13,6			29	10,9			0,55 (0,24-1,13)	0,141 <sup>1</sup>
	Não	116	92,1			121	86,4			237	89,1			1	

(conclusão)

<b>DCV/DAC/DRC</b>	Sim	22	16,4	16	11,1	38	13,7	1,57 (0,79-3,14)	0,198 <sup>1</sup>
	Não	112	83,6	128	88,9	240	86,3	1	
<b>Risco para DCV</b>	Moderado a alto	136	89,5	145	94,2	281	91,8	0,53 (0,23-1,23)	0,135 <sup>1</sup>
	Sem risco a baixo risco	16	10,5	9	5,8	25	8,2	1	

Fonte: Elaborada pelo autor.

f: frequência simples; %: frequência percentual; DP: desvio-padrão; OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confiança a 95%;<sup>1</sup>: qui-quadrado;<sup>2</sup>: t de Student para amostras independentes; PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal; LDL: low density lipoprotein; HDL: high density lipoprotein; CT: colesterol total; LOA: lesão em órgãos alvo; DCV: doença cardiovascular; DAC: doença arterial coronariana; DRC: doença renal crônica.

Ainda com relação às características clínicas, pode ser evidenciado na tabela 3 que a quase totalidade (91,8%) tem risco cardiovascular moderado a alto, e a grande maioria não apresenta lesão de órgão alvo (89,1%).

Observando o tipo de demanda, verificou-se na tabela 3 que os pacientes atendidos na demanda espontânea têm maior proporção de níveis pressóricos abaixo de 140/90mmHg, de LDL maior que 115mg/dl, de HDL abaixo de 40mg/dl para homens e abaixo de 46 para mulheres, valor de triglicérides menor ou igual a 150mg/dL, glicose em jejum menor que 100mg/dL, colesterol total menor ou igual a 190mg/dL, hemoglobina glicada menor que 5,7%, condição clínica associada e risco cardiovascular baixo ou sem risco.

Por outro lado, na demanda programada, houve maior proporção de pacientes com níveis pressóricos maiores ou iguais 140/90mmHg, média de IMC, obesidade, média de LDL, LDL menor ou igual a 115mg/dL, média de HDL, HDL maior ou igual a 40mg/dL para homens e 46mg/dL para mulheres, média de triglicérides, valor de triglicérides maior que 150mg/dL, média da glicose em jejum, glicemia de jejum maior ou igual a 100mg/dL, média de colesterol total, colesterol total maior que 190mg/dL, média de hemoglobina glicada, hemoglobina glicada igual ou maior que 5,7mg/dL, lesão de órgão alvo e risco cardiovascular moderado a alto.

Contudo, apenas os valores pressóricos, o valor médio dos triglicérides, o valor médio da glicemia de jejum, a classificação da glicemia de jejum e o valor médio da hemoglobina glicada apresentam associação estatisticamente significativa com o tipo de demanda. Os pacientes da demanda espontânea apresentam menor chance de ter níveis pressóricos iguais ou acima de 140/90mmHg (OR=0,58; p=0,020) e glicemia de jejum igual ou maior que 100mg/dL (OR=0,48; p=0,010). Os pacientes da demanda espontânea apresentam também os valores médios de triglicérides, glicemia de jejum e hemoglobina glicada inferiores, e com significância estatística, aos encontrados nos pacientes da demanda programada.

Tabela 4 – Adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial, segundo tipo de demanda.

Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018

		Demanda espontânea				Demanda programada				Total				
		f	%	Média	DP	f	%	Média	DP	f	%	Média	DP	p-valor
<b>MGL</b>				5,5	2,3			5,9	2,0			5,7	2,2	0,050 <sup>1</sup>
<b>Classificação MGL</b>	Baixa adesão	67	44,1			56	36,4			123	40,2			0,381 <sup>2</sup>
	Moderada adesão	48	31,6			54	35,1			102	33,3			
	Alta adesão	37	24,3			44	28,6			81	26,5			
<b>MBG</b>				29,6	7,4			31,8	6,8			30,7	7,2	<b>0,009<sup>1</sup></b>
<b>Classificação MBG</b>	Baixa adesão	9	5,9			3	1,9			12	3,9			0,094 <sup>3</sup>
	Moderada adesão	119	78,3			117	76,0			236	77,1			
	Alta adesão	24	15,8			34	22,1			58	19,0			
<b>QATHAS</b>				96,7	8,8			98,8	7,5			97,7	8,2	<b>0,024<sup>1</sup></b>
<b>Classificação QATHAS</b>	60/70	8	5,3			1	0,6			9	2,9			<b>0,010<sup>3</sup></b>
	80/90	89	58,5			80	51,9			169	55,2			
	100/110	55	36,2			73	47,4			128	41,8			

Fonte: Elaborada pelo autor.

f: frequência simples; %: frequência percentual; DP: desvio-padrão; OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confiança a 95%; <sup>1</sup>: t de Student para amostras independentes; <sup>2</sup>: qui-quadrado; <sup>3</sup>: razão de verossimilhança; MGL: Morisky Green Levine; MBG: Martin Bayarre Grau; QATHAS: Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Na Tabela 4, vê-se que, com relação à adesão terapêutica anti-hipertensiva, a pontuação média obtida no questionário MGL foi de 5,7, no questionário MBG foi de 30,7 e no QATHAS foi de 97,7, sendo, estas pontuações, equivalentes à média adesão terapêutica pelos três instrumentos.

O questionário MGL teve maior proporção de baixa adesão terapêutica (40,2%), enquanto maior proporção de média adesão terapêutica foi observada no questionário MBG (77,1%) e no QATHAS (55,2%).

Analisando a associação da adesão terapêutica ao tipo de demanda, verificou-se maior pontuação média pelos três instrumentos para os pacientes atendidos na demanda programada em comparação à demanda espontânea. Entretanto, apenas os questionários MBG e QATHAS apresentam associação estatisticamente significativa com o tipo de demanda. Os pacientes atendidos na demanda programada apresentam maior adesão terapêutica pelo questionário MBG ( $p=0,009$ ) e pelo QATHAS (0,024). E os pacientes atendidos na demanda espontânea apresentaram maior proporção de baixa adesão terapêutica pelo QATHAS (0,010).

**Tabela 5 – Relação entre características sociodemográficas e adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial atendidos na demanda espontânea. Fortaleza-Ceará- Brasil, 2018**

		MGL			MBG			QATHAS		
		Mé- dia	DP	p- valor <sup>1</sup>	Mé- dia	DP	p- valor <sup>1</sup>	Mé- dia	DP	p- valor <sup>1</sup>
<b>Sexo</b>	Masculino	5,2	2,3	0,402	28,5	6,7	0,310	94,6	8,4	0,118
	Feminino	5,5	2,3		30,0	7,6		97,3	8,8	
<b>Faixa etá- ria</b>	Idoso	5,9	2,0	<b>0,006</b>	29,3	7,1	0,571	98,0	8,8	<b>0,030</b>
	Adulto	4,9	2,6		30,0	7,9		94,9	8,4	
<b>Escolari- dade</b>	Até ensino fun- damental com- pleto	5,6	2,3	0,243	29,3	8,2	0,398	97,1	9,2	0,349
	Ensino médio incompleto ou mais	5,1	2,3		30,3	5,5		95,7	7,7	
<b>Renda</b>	< 3 salários	5,4	2,4	0,182	29,9	7,3	0,307	96,7	8,5	0,778
	≥ 3 salários	6,0	2,0		28,2	8,1		96,2	10,4	
<b>Raça</b>	Amare- la/parda/preta	5,4	2,4	0,271	29,4	7,0	0,474	96,9	9,2	0,510
	Branca	5,9	2,1		30,6	9,1		95,9	7,0	
<b>Nº de</b>	≥ 5	5,4	1,9	0,829	28,8	6,8	0,465	97,3	8,3	0,601

<b>peçoas</b>	< 5	5,5	2,4	29,8	7,6	96,4	8,9
<b>no domicí- lio</b>							

Fonte: Elaborada pelo autor.

DP: desvio-padrão; <sup>1</sup>: t de Student para amostras independentes; MGL: Morisky Green Levine; MBG: Martin Bayarre Grau; QATHAS: Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Na tabela 5, observaram-se os fatores sociodemográficos relacionados à adesão terapêutica de acordo com diferentes instrumentos de avaliação no grupo de pacientes atendidos na demanda espontânea. Nela, foi possível verificar que apenas a faixa etária apresentou associação estatisticamente significativa com adesão, quando esta foi avaliada pelo MGL e QATHAS, ou seja, os idosos aderiram mais ao tratamento do que os adultos em geral.

**Tabela 6 – Relação entre história da doença progressa e adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial atendidos na demanda espontânea. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018**

		MGL			MBG			QATHAS		
		Mé- dia	DP	p- valor <sup>1</sup>	Mé- dia	DP	p- valor <sup>1</sup>	Mé- dia	DP	p- valor <sup>1</sup>
<b>Tabagismo</b>	Sim	4,4	2,8	<b>0,047</b>	26,2	5,2	0,054	93,2	9,5	0,091
	Não	5,6	2,2		30,0	7,6		97,1	8,6	
<b>Etilismo</b>	Sim	3,7	2,8	<b>0,012</b>	25,4	9,6	0,062	90,3	10,4	<b>0,017</b>
	Não	5,6	2,2		29,9	7,2		97,1	8,5	
<b>Sedentarismo</b>	Sim	5,5	2,4	0,910	29,2	7,2	0,404	96,8	8,2	0,857
	Não	5,4	2,3		30,2	7,8		96,5	9,4	
<b>História familiar de DCV</b>	Sim	5,5	2,5	0,953	29,3	7,5	0,694	96,7	8,0	0,926
	Não	5,5	2,2		29,8	7,4		96,6	9,3	
<b>Diabetes mellitus</b>	Sim	5,5	2,1	0,836	28,2	7,6	0,145	97,1	8,6	0,671
	Não	5,4	2,4		30,2	7,3		96,5	8,9	
<b>Síndrome metabólica</b>	Sim	5,4	2,2	0,941	30,4	7,5	0,225	97,0	9,0	0,866
	Não	5,4	2,4		28,8	7,3		96,7	8,2	
<b>História familiar de HAS</b>	Sim	5,4	2,3	0,606	29,8	7,3	0,641	97,1	8,3	0,209
	Não	5,7	2,2		29,0	8,0		94,6	10,8	
<b>Tempo de diagnóstico da HAS</b>	> 20	6,0	1,5	0,140	28,9	7,4	0,667	99,2	7,8	0,175
	≤ 20	5,4	2,4		29,7	7,5		96,3	8,8	
<b>Nº de fármacos</b>	≥ 3	5,9	2,0	0,422	30,4	5,9	0,625	98,1	9,3	0,429
	< 3	5,4	2,4		29,5	7,7		96,4	8,7	

Fonte: Elaborada pelo autor.

DP: desvio-padrão; <sup>1</sup>: t de Student para amostras independentes; DCV: doença cardiovascular; HAS: hipertensão arterial sistêmica; MGL: Morisky Green Levine; MBG: Martin Bayarre Grau; QATHAS: Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

A tabela 6 apresenta as características clínicas dos pacientes atendidos na demanda espontânea relacionadas à adesão ao tratamento. Foi observado que o tabagismo esteve associado significativamente à adesão pelo questionário MGL (p=0,047) e o etilismo pelos questionários MGL (p=0,012) e QATHAS (p=0,017). Aqueles pacientes que são tabagistas e etilistas aderiram menos ao tratamento.

**Tabela 7 – Relação entre características clínicas e adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial atendidos na demanda espontânea. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018**

		MGL_ PTS			MBG_ PTS			QATHAS		
		Mé- dia	DP	p- valor <sup>1</sup>	Mé- dia	DP	p- valor <sup>1</sup>	Mé- dia	DP	p- valor <sup>1</sup>
<b>PA</b>	≥ 140/90	5,3	2,3	0,337	29,3	7,9	0,518	96,3	8,8	0,582
	< 140/90	5,7	2,3		30,1	6,8		97,1	8,7	
<b>Obesidade</b>	Sim	5,3	2,3	0,389	30,5	7,9	0,285	96,2	8,5	0,645
	Não	5,6	2,4		29,1	7,2		96,9	9,0	
<b>CA</b>	≥ 88 cm (mulheres) ou ≥ 102 cm (homens)			0,059			0,240			0,151
	< 88 cm (mulheres) ou < 102 cm (homens)	5,6	2,2		30,0	7,2		97,1	8,5	
		4,7	2,7		28,1	8,4		94,5	9,9	
<b>LDL</b>	> 115	5,6	2,1	0,933	30,0	7,0	0,235	95,9	8,6	0,168
	≤ 115	5,6	2,1		32,1	7,0		98,8	7,8	
<b>HDL</b>	< 40 (homens) ou < 46 (mulheres)	5,9	2,2	0,575	30,3	6,5	0,485	98,6	7,4	0,476
	≥ 40 (homens) ou ≥ 46 (mulheres)	5,6	2,0		31,4	7,1		97,3	8,3	
<b>Triglicérides</b>	> 150	5,6	2,2	0,383	30,2	6,3	0,251	97,6	7,7	0,959
	≤ 150	6,0	2,0		32,0	7,4		97,5	8,8	
<b>Glicemia de jejum</b>	≥ 100	5,5	2,2	0,879	28,9	7,5	0,056	97,3	8,0	0,440
	< 100	5,5	2,2		31,7	7,1		96,0	8,4	
<b>CT</b>	> 190	5,2	2,2	0,098	30,3	7,0	0,477	95,7	8,3	0,060
	≤ 190	6,0	2,1		31,3	6,8		99,1	8,0	
<b>Hemoglobina glicada</b>	≥ 5,7	6,0	2,1	0,958	31,1	7,3	0,967	99,3	8,0	0,063
	< 5,7	6,0	2,1		31,0	5,6		95,2	7,0	
<b>LAO</b>	Sim	4,5	2,5	0,146	28,5	6,8	0,596	91,8	7,8	0,057
	Não	5,6	2,2		29,8	7,6		97,1	8,5	
<b>DCV/DAC/D</b>	Sim	5,5	2,2	0,853	29,1	6,9	0,752	96,8	6,8	0,841

<b>RC</b>	Não	5,6	2,3		29,7	7,5		96,4	8,8	
<b>Risco para DCV</b>	Moderado a alto	5,5	2,3	0,620	29,8	7,5	0,566	96,5	8,5	0,600
	Sem risco a baixo risco	5,2	2,7		28,6	6,8		97,7	10,8	

Fonte: Elaborada pelo autor.

DP: desvio-padrão; <sup>1</sup>: t de Student para amostras independentes; PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal; LDL: low density lipoprotein; HDL: high density lipoprotein; CT: colesterol total; LOA: lesão em órgãos alvo; DCV: doença cardiovascular; DAC: doença arterial coronariana; DRC: doença renal crônica; MGL: Morisky Green Levine; MBG: Martin Bayarre Grau; QATHAS: Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Já em relação às características clínicas objetivas dos pacientes atendidos em demanda espontânea apresentadas na tabela 7, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa, não havendo fatores clínicos associados à adesão em qualquer instrumento.

Após análise bivariada, procedeu-se a regressão para identificar os fatores associados à adesão e os fatores de confusão segundo modelo que vinculou as características sociodemográficas e clínicas relacionadas à história pregressa na amostra de pacientes atendidos na demanda espontânea.

**Tabela 8 – Regressão dos fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes atendidos na demanda espontânea. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018**

	<b>B</b>	<b>Erro Pa- drão</b>	<b>Beta</b>	<b>p- valor</b>	<b>Intervalo de confi- ança a 95%</b>	
<b>MGL<sup>1</sup></b>						
<b>Faixa etária</b>	-0,979	0,377	-0,210	<b>0,010</b>	-1,723	-0,235
<b>Renda</b>	0,670	0,504	0,106	0,186	-0,327	1,667
<b>Tempo de diagnóstico da HAS</b>	-0,366	0,564	-0,052	0,517	-1,482	0,749
<b>MBG<sup>2</sup></b>						
<b>Diabetes mellitus</b>	1,968	1,345	0,119	0,145	-0,689	4,624
<b>QATHAS<sup>3</sup></b>						
<b>Sexo</b>	2,354	1,755	0,114	0,182	-1,114	5,823
<b>Renda</b>	0,085	2,001	0,004	0,966	-3,868	4,039

Fonte: Elaborada pelo autor.

1:  $r^2 = 0,06$ ; p-valor do modelo=0,023; 2:  $r^2 = 0,014$ ; p-valor do modelo: 0,145; 3:  $r^2 = 0,025$ ; p-valor do modelo=0,296; B e beta: coeficientes de regressão.

Conforme tabela 8, apenas a variável faixa etária esteve associada à adesão pelo MGL, ou seja, os idosos aderiram mais ao tratamento do que os adultos em geral. Já em relação ao QATHAS e MBG, não foi verificada associação significativa com nenhuma variável.

**Tabela 9 – Relação entre características sociodemográficas e adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial atendidos na demanda programada. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018**

		MGL_ PTS			MBG_ PTS			QATHAS		
		Mé- dia	DP	p- valor <sup>1</sup>	Mé- dia	DP	p- valor <sup>1</sup>	Mé- dia	DP	p- valor <sup>1</sup>
<b>Sexo</b>	Masculino	5,8	2,1	0,550	31,7	6,5	0,941	99,7	8,0	0,349
	Feminino	6,0	2,0		31,8	7,0		98,4	7,3	
<b>Faixa etá- ria</b>	Idoso	5,9	1,9	0,716	31,0	6,7	0,058	99,2	7,3	0,542
	Adulto	6,0	2,1		33,1	6,8		98,4	7,7	
<b>Escolari- dade</b>	Até ensino fun- damental com- pleto	5,9	2,1	0,406	31,2	6,8	0,070	98,7	7,7	0,917
	Ensino médio incompleto ou mais	6,2	1,8		33,4	6,5		98,9	7,0	
<b>Renda</b>	< 3 salários	5,9	2,1	0,547	31,5	6,8	0,137	98,6	7,6	0,380
	≥ 3 salários	6,2	1,6		33,9	6,3		100,1	6,7	
<b>Raça</b>	Amare- la/parda/preta	6,1	2,0	0,104	31,9	6,7	0,664	99,0	7,5	0,326
	Branca	5,4	2,1		31,3	7,4		97,5	7,3	
<b>Nº de pessoas no domicí- lio</b>	≥ 5	6,1	2,0	0,719	33,0	6,8	0,296	100,4	7,4	0,201
	< 5	5,9	2,0		31,5	6,8		98,4	7,5	

Fonte: Elaborada pelo autor.

DP: desvio-padrão; <sup>1</sup>: t de Student para amostras independentes; MGL: Morisky Green Levine; MBG: Martin Bayarre Grau; QATHAS: Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Na tabela 9, observaram-se as características sociodemográficas relacionadas à adesão terapêutica de acordo com diferentes instrumentos de avaliação no grupo dos pacientes que foram atendidos na demanda programada. Nesta tabela não foi encontrada diferença estatisticamente significativa, não havendo características sociodemográficas associadas à adesão em qualquer instrumento.

**Tabela 10 – Relação entre história da doença progressa e adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial atendidos na demanda programada.**

**Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018**

		MGL			MBG			QATHAS		
		Mé- dia	DP	p- valor <sup>1</sup>	Mé- dia	DP	p- valor <sup>1</sup>	Mé- dia	DP	p- valor <sup>1</sup>
<b>Tabagismo</b>	Sim	5,0	2,9	0,237	32,0	6,2	0,939	93,2	6,6	0,064
	Não	6,0	2,0		31,8	6,8		99,0	7,5	
<b>Etilismo</b>	Sim	5,2	2,4	0,150	30,6	5,4	0,509	96,2	7,6	0,184
	Não	6,0	1,9		31,9	6,9		99,0	7,5	
<b>Sedentarismo</b>	Sim	5,7	2,0	0,080	31,0	6,5	0,098	97,8	6,7	0,074
	Não	6,3	2,0		32,8	7,1		100,0	8,3	
<b>História familiar de DCV</b>	Sim	5,9	2,0	0,745	31,1	6,6	0,346	98,9	7,2	0,903
	Não	6,0	2,0		32,2	6,9		98,7	7,7	
<b>Diabetes mellitus</b>	Sim	6,5	1,6	<b>0,006</b>	32,1	6,5	0,635	100,0	6,2	0,101
	Não	5,6	2,2		31,6	7,0		98,0	8,2	
<b>Síndrome metabólica</b>	Sim	6,1	2,0	0,145	33,0	6,6	<b>0,011</b>	99,8	7,6	0,069
	Não	5,6	2,0		30,2	6,5		97,4	7,6	
<b>História familiar de HAS</b>	Sim	5,9	2,0	0,458	31,8	6,9	0,905	98,9	7,2	0,682
	Não	6,3	2,1		31,6	6,5		98,1	9,4	
<b>Tempo de diagnóstico da HAS</b>	> 20	6,4	1,5	0,103	33,2	5,9	0,196	101,4	6,5	<b>0,022</b>
	≤ 20	5,8	2,1		31,4	7,0		98,0	7,6	
<b>Nº de fármacos</b>	≥ 3	6,9	1,1	<b>&lt;0,001</b>	34,7	5,0	<b>0,001</b>	100,8	6,3	0,089
	< 3	5,7	2,1		31,0	7,0		98,3	7,7	

Fonte: Elaborada pelo autor.

DP: desvio-padrão; <sup>1</sup>: t de Student para amostras independentes; DCV: doença cardiovascular; HAS: hipertensão arterial sistêmica; MGL: Morisky Green Levine; MBG: Martin Bayarre Grau; QATHAS: Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

De acordo com as características clínicas relatadas, mostradas na tabela 10, observou-se que o diagnóstico de diabetes melitus esteve associado significativamente à adesão pelo questionário MGL (p=0,006), a presença de síndrome metabólica pelo instrumento MBG (p=0,011), o tempo de diagnóstico de HAS pelo QATHAS (p=0,022) e o número de fármacos anti-hipertensivos utilizados pelo MGL (p<0,001) e MBG (p=0,001). Os pacientes com diabetes, síndrome metabólica, mais de 20 anos de diagnóstico de HAS e em uso de 3 ou mais fármacos atendidos em demanda programada aderiram mais ao tratamento.

**Tabela 11 – Relação entre características clínicas e adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial atendidos na demanda programada.**

**Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018**

		MGL			MBG			QATHAS		
		Mé- dia	DP	p- valor <sup>1</sup>	Mé- dia	DP	p- valor <sup>1</sup>	Mé- dia	DP	p- valor <sup>1</sup>
<b>PA</b>	≥ 140/90	5,6	2,1	<b>0,002</b>	31,3	7,1	0,231	98,0	8,2	0,079
	< 140/90	6,6	1,6		32,8	6,1		100,3	5,5	
<b>Obesidade</b>	Sim	6,1	2,1	0,328	32,5	6,8	0,266	99,2	8,5	0,438
	Não	5,8	1,9		31,2	6,9		98,2	6,5	
<b>CA</b>	≥ 88 cm (mulher) ou ≥ 102 cm (homem)	6,0	2,0	0,441	32,1	6,9	0,226	98,8	7,8	0,956
	< 88 cm (mulher) ou < 102 cm (homem)	5,7	1,9		30,4	6,4		98,8	5,9	
<b>LDL</b>	> 115	5,9	2,1	0,302	32,5	7,4	0,683	98,6	8,1	0,327
	≤ 115	6,4	1,7		33,2	6,3		100,3	6,7	
<b>HDL</b>	< 40 (homem) ou < 46 (mulheres)	6,3	1,8	0,536	32,9	5,6	0,510	99,3	7,4	0,947
	≥ 40 (homens) ou ≥ 46 (mulheres)	6,0	2,0		31,9	7,4		99,2	7,1	
<b>Triglicé- des</b>	> 150	6,2	1,8	0,647	32,0	6,8	0,793	98,9	7,5	0,732
	≤ 150	6,0	1,9		32,4	6,9		99,4	7,1	
<b>Glicemia de jejum</b>	≥ 100	6,4	1,7	0,095	32,5	7,4	0,771	99,2	7,5	0,703
	< 100	5,7	2,1		32,1	5,8		99,8	6,4	
<b>CT</b>	> 190	6,0	2,0	0,586	32,1	7,2	0,920	98,6	8,0	0,384
	≤ 190	6,2	1,8		32,2	5,9		99,9	6,0	
<b>Hemoglo- bina glica- da</b>	≥ 5,7	6,4	1,8	0,920	32,2	7,3	0,458	98,6	7,2	0,198
	< 5,7	6,4	2,0		33,5	5,6		100,8	5,5	
<b>LOA</b>	Sim	6,2	1,8	0,640	33,1	6,7	0,241	99,4	6,8	0,710
	Não	5,9	2,0		31,1	6,8		98,7	7,7	
<b>DCV/DAC/D RC</b>	Sim	5,7	2,1	0,675	34,4	6,6	0,061	97,2	8,9	0,431
	Não	6,0	2,0		31,1	6,7		98,8	7,5	
<b>Risco para DCV</b>	Moderado a alto	6,0	2,0	0,927	32,0	6,9	0,187	98,9	7,6	0,561
	Sem risco a bai- xo risco	5,9	1,8		28,9	4,2		97,4	6,0	

Fonte: Elaborada pelo autor.

DP: desvio-padrão; <sup>1</sup>: t de Student para amostras independentes; PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal; LDL: low density lipoprotein; HDL: high density lipoprotein; CT: colesterol total; LOA: lesão em órgãos alvo; DCV: doença cardiovascular; DAC: doença arterial coronariana; DRC: doença renal crônica; MGL: Morisky Green Levine; MBG: Martin Bayarre Grau; QATHAS: Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Já em relação às características clínicas dos pacientes atendidos em demanda programada apresentadas na tabela 11, apenas a variável nível pressórico esteve associada à adesão pelo questionário MGL ( $p=0,002$ ) com significância estatística, ou seja, os pacientes com níveis pressóricos abaixo de 140/90mmhg aderiram mais ao tratamento do que os pacientes com níveis pressóricos iguais ou maiores que 140/90mmhg. Com relação ao QATHAS e ao MBG, não foi verificada associação com nenhuma variável.

Após análise bivariada, procedeu-se a regressão para identificar os fatores associados à adesão e os fatores de confusão segundo modelo que vinculou as características sociodemográficas e clínicas relacionadas à história pregressa nos pacientes atendidos na demanda programada.

**Tabela 12 – Regressão dos fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes atendidos na demanda programada. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018**

	B	Erro Padrão	Beta	p-valor	Intervalo de confiança a 95%	
<b>MGL<sup>1</sup></b>						
Raça	-0,648	0,405	-0,126	0,112	-1,449	0,152
Diabetes mellitus	-0,604	0,334	-0,148	0,073	-1,265	0,056
Tempo de diagnóstico da HAS	-0,367	0,387	-0,076	0,345	-1,132	0,398
Número de fármacos	-0,954	0,413	-0,192	<b>0,022</b>	-1,770	- 0,139
<b>MBG<sup>2</sup></b>						
Faixa etária	1,778	1,118	0,129	0,114	-0,432	3,987
Escolaridade	1,462	1,239	0,096	0,240	-0,987	3,911
Renda	1,028	1,642	0,051	0,532	-2,217	4,274
Tempo de diagnóstico de HAS	-1,190	1,334	-0,073	0,374	-3,826	1,446
Nº de fármacos	-3,127	1,349	-0,186	<b>0,022</b>	-5,793	- 0,460
<b>QATHAS<sup>3</sup></b>						
Diabetes mellitus	-1,903	1,274	-0,125	0,137	-4,419	0,614
Tempo de diagnóstico de HAS	-3,293	1,475	-0,181	<b>0,027</b>	-6,208	- 0,377
Nº de fármacos	-1,312	1,573	-0,070	0,406	-4,421	1,797

Fonte: Elaborada pelo autor.

1:  $r^2 = 0,10$ ; p-valor do modelo=0,003; 2:  $r^2 = 0,087$ ; p-valor do modelo: 0,019; 3:  $r^2 = 0,060$ ; p-valor do modelo=0,026; B e beta: coeficientes de regressão.

Conforme tabela 12, apenas a variável número de fármacos esteve associada à adesão pelo MGL ( $p=0,022$ ) e MBG ( $p=0,022$ ). Aqueles que tomavam menos fármacos aderiram menos ao tratamento. Já em relação ao QATHAS, verificou-se que o tempo de diagnóstico de HAS foi a variável associada significativamente à adesão, onde aqueles com menos tempo de diagnóstico aderiram menos ao tratamento.

## 6 DISCUSSÃO

Neste estudo, os pacientes idosos atendidos em demanda espontânea apresentaram maior adesão terapêutica pelo instrumento MGL, com significância estatística em comparação aos adultos em geral. Contudo, outros dados sociodemográficos e clínicos não tiveram associação estatisticamente significativa com maior adesão terapêutica neste grupo.

Em uma revisão sistemática, foi observado que a baixa idade dos pacientes tem impacto negativo na adesão e que pacientes mais velhos têm melhor adesão terapêutica (KARDAS; LEWEK; MATVJASZCZYK, 2013). Estudo transversal evidenciou maior adesão terapêutica entre os pacientes com mais de 65 anos (KHAYYAT, 2017).

As pessoas mais velhas comumente dedicam mais cuidados a sua saúde, assim como mais cuidados na presença de complicações de suas condições clínicas. Informações sobre as complicações da hipertensão arterial e os riscos da baixa adesão terapêutica devem ser informados aos pacientes, principalmente os mais jovens (AL-RAMAHI, 2015)

Este fato é preocupante, pois a hipertensão arterial tem caráter crônico e pacientes jovens, quando em efetivo tratamento, têm a possibilidade de reduzir futuras complicações cardiovasculares. O estudo enfatiza a necessidade de mais informação e aconselhamento para estes pacientes (LÖTSCH et al., 2015).

Foi evidenciado também que os pacientes atendidos em demanda programada, que utilizam três ou mais fármacos para controle pressórico, apresentam maior adesão terapêutica pelos instrumentos MGL e MBG com significância estatística. Entretanto, dados de uma revisão da literatura apontam menor adesão terapêutica entre os pacientes com uso de duas ou mais drogas anti-hipertensivas e várias tomadas ao dia (KARDAS; LEWEK; MATVJASZCZYK, 2013).

Outro estudo corrobora o anterior, ressaltando que, quanto maior o número de fármacos utilizados, maior o risco de interações e reações adversas, resultando na diminuição da adesão ao tratamento e, conseqüentemente, em pior controle da PA. Com isso, uma estratégia importante para melhorar a adesão e o controle da PA é simplificar o tratamento. (JESUS et al., 2016). Estudo transversal analítico também obteve a mesma conclusão, relacionando este fato à dificuldade de comprar

os fármacos e a seus efeitos colaterais (VARLETA et al., 2015). Já outro estudo não obteve dados com significância estatística que associavam a quantidade de fármacos à adesão terapêutica (PANDEY et al., 2015).

Neste estudo também foi encontrado que os pacientes atendidos em demanda programada com diagnóstico de HAS há mais de 20 anos apresentam maior adesão terapêutica pelo QATHAS, com significância estatística. Já as outras características sociodemográficas e clínicas não obtiveram associação com maior adesão terapêutica nestes pacientes.

Na literatura pesquisada não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o tempo de diagnóstico de HAS e maior adesão terapêutica ou esta variável não foi avaliada. Contudo, esta maior adesão pode ser justificada pela aquisição de mais informações sobre a doença e/ou a presença de complicações que levariam a melhor adesão.

Com relação aos dados clínicos, os pacientes atendidos em demanda espontânea apresentaram valores de pressão arterial, glicemia de jejum, triglicérides e hemoglobina glicada menores que os pacientes da demanda programada com significância estatística, refletindo uma melhor condição clínica deste grupo.

Uma possível justificativa para esse fato seria um acesso mais frequente a equipe de saúde, em consultas pontuais, não agendadas e sobre demanda do próprio paciente com possíveis ajustes de doses de medicamentos, novas orientações e checagem de exames o que poderia contribuir para um melhor controle clínico destes pacientes.

Quando comparada a adesão terapêutica entre os dois grupos, os pacientes atendidos em demanda programada apresentaram maior adesão terapêutica pelos três instrumentos, em relação aos pacientes da demanda espontânea. Porém uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de demanda e maior adesão terapêutica foi observada nos instrumentos MBG e QATHAS. Os pacientes de ambos os grupos apresentaram pontuação média pelos questionários MBG e QATHAS na faixa que caracteriza moderada adesão terapêutica e pontuação média pelo instrumento MGL característica de baixa adesão.

Este resultado evidencia que os pacientes atendidos em ações programáticas, como as consultas agendadas para hipertensos, apresentam maior adesão terapêutica. Enquanto que pacientes que comparecem a unidade básica de saúde em

consultas não agendadas apresentam inferior nível de adesão ao tratamento. Entretanto, nenhum dos dois grupos apresentou alta adesão terapêutica, nem tampouco obteve satisfatório controle pressórico.

A adoção pela Secretaria de Saúde de Fortaleza do atual modelo de atendimento, em suas unidades de atenção primária em saúde, oferecendo consultas sem agendamento prévio, chamadas de demanda espontânea e atendimento com agendamento prévio, conhecida por demanda programada, visou melhoria no acolhimento dos pacientes e aumento nos atendimentos a eventos agudos de saúde e atendimento a complicações de condições crônicas. (LIMA; MOREIRA; JORGE, 2013).

Nesse contexto, acredita-se que, ao possibilitar livre acesso da demanda espontânea à APS, especialmente no caso da hipertensão, doença que necessita de tratamento contínuo, a efetividade do cuidado e o vínculo poderão ser comprometidos, pois os usuários recorrem às unidades de atenção primária visando um atendimento pontual, confrontando o controle de situações agudas de adoecimento com as estratégias de promoção de saúde nas doenças crônicas propostas por esse nível de atenção (GARNELO, 2014)

Desse modo, foi evidenciado neste estudo que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos pacientes em ambas as demandas foi moderada a baixa e foi baixo (inferior a 50%) também o controle pressórico em ambos os grupos. Portanto não evidenciaram uma melhoria na adesão ao tratamento e no controle pressóricos destes pacientes, levando ao questionamento da eficácia deste modelo de atenção adotado nas unidades de atenção primária à saúde de Fortaleza.

Índices de baixa adesão terapêutica são descritos em diversos estudos na literatura. A baixa adesão é evidenciada tanto ao uso de fármacos anti-hipertensivos, quanto à adesão a um estilo de vida saudável que colabora para o controle pressórico. Ademais, a baixa adesão terapêutica é multifatorial. (COSTA et al., 2015).

Para melhorar a adesão terapêutica, a educação das pessoas com doenças crônicas, como a hipertensão, tem como finalidade influenciar o comportamento do hipertenso na obtenção de mudanças e manutenção do controle pressórico. Os objetivos educacionais se relacionam a ajudar o hipertenso a entender, conhecer e aceitar a doença; conhecer e reconhecer comportamentos de risco; informar sobre decisões do tratamento e diagnóstico; negociar e cumprir propostas de tratamento; e

enfrentar problemas de manutenção do tratamento. O desafio da adesão ao tratamento é tarefa que exige o envolvimento e a participação dos hipertensos e da equipe de saúde, em especial do enfermeiro e sua equipe. Para que se possa atingir e manter os níveis tensionais controlados são necessários estímulos constantes, que podem contribuir para as mudanças do estilo de vida e ajuste ao tratamento medicamentoso. Os hipertensos devem ser observados em intervalos regulares, tendo como principal objetivo obter o controle dos níveis de pressão arterial, assim como sua manutenção em longo prazo. O principal motivo do controle inadequado da hipertensão arterial parece ser o não cumprimento do tratamento em longo prazo, tanto em modificações em estilo de vida, quanto no que se refere à observação da prescrição medicamentosa. Dessa forma, a proposta de gerenciamento de doenças crônicas atinge diretamente esses propósitos e estudos têm referendado a ação benéfica desse tipo de estratégia (RAYMUNDO; PIERIN, 2014).

Foi observado também, em ambos os grupos, controle dos níveis pressórico abaixo de 50%, quando pouco mais da metade dos pacientes em demanda espontânea não apresentava controle adequado dos níveis pressóricos e grande parte dos pacientes da demanda programada também não atingiu esta meta.

A presença do acolhimento e atendimento em demanda espontânea a eventos agudos e agudização de condições crônicas juntamente com as ações programáticas com consultas agendadas para pacientes hipertensos apresentam, ainda, níveis elevados de falta de controle pressórico e baixos índices de alta adesão terapêutica.

Dificuldade no controle pressórico e consequentes níveis pressóricos elevados podem ter entre suas causas a baixa adesão terapêutica. Esta informação é importante para os trabalhadores e gestores da saúde, para que sejam promovidas ações e escolhidos modelos de atenção à saúde visando um controle mais efetivo dos níveis pressóricos e, assim, prevenindo complicações cardiovasculares, morte prematura e internações hospitalares (KHAYYAT, 2017).

Aponta-se como fragilidade deste estudo o fato de ser transversal, impedindo inferir sobre causalidade. Outro fator limitante foi a coleta de alguns dados ser feita a partir de prontuário eletrônico, com ausência de alguns dados, o que prejudicou a análise de algumas variáveis, como por exemplo, exames laboratoriais. Deve-se salientar que a grande maioria das informações obtidas foi autorreferida, o que

pode também gerar erros decorrentes de memória ou outras distorções. Assim, os resultados obtidos no presente estudo podem não reproduzir com exatidão os valores de prevalência da adesão à terapia anti-hipertensiva. Os dados apresentados indicam, ainda, uma população com baixa escolaridade (70,3% estudou até o ensino fundamental completo) e baixa classificação econômica (85% ganham até três salários mínimos), o que dificulta a extrapolação dos resultados para outros contextos.

Todavia, os resultados encontrados reforçam a importância de ações interdisciplinares que possam contribuir para o manejo e o controle da hipertensão arterial e de outras doenças cardiovasculares. Tais ações devem considerar o indivíduo hipertenso em todas as suas nuances sociais e culturais, valorizando seu ambiente e suas condutas individuais e coletivas (RANGEL, 2007).

Nesse sentido, estratégias educacionais que desloquem o foco da atenção da produção de procedimentos para a de cuidados integrais são importantes. Uma forma de trabalho em saúde que pode contribuir para uma concepção mais ampliada de saúde é o trabalho em grupo. As oficinas ou grupos de trabalho são ferramentas que podem complementar as ações individuais promovidas pelos serviços de saúde, possibilitando que os pacientes compartilhem experiências e vivenciem saberes e práticas que facilitam a escuta, o acolhimento e o vínculo com os profissionais de saúde (FERNANDES, 2011)

A adoção de uma linha de cuidado no âmbito destes agravos também é importante, com uma rede de serviços que suporte as demandas surgidas e com um projeto terapêutico apropriado a cada usuário, valorizando a integralidade do cuidado, a articulação intersetorial, as condições e necessidades locais e a autonomia dos sujeitos (MALTA e MERHY, 2010).

A construção deste processo não deve, então, ser vista apenas pela lógica individual, mas num contexto que envolva toda a sociedade, os profissionais de saúde, a família e o próprio usuário no cerne da produção do cuidado.

## 7 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstram, que, quando comparadas às características sociodemográficas dos pacientes atendidos de acordo com o tipo de demanda, não se verificou diferença significativa, caracterizando um grupo homogêneo. Os pacientes atendidos nos dois tipos de demanda são, na sua maioria, do sexo feminino, a grande maioria tem renda familiar menor que três salários mínimos e pouco mais da metade tem mais de 60 anos de idade .

Analisando as características clínicas, em ambos os grupos, a quase totalidade dos pacientes tem risco cardiovascular moderado a alto (91,8%), não apresentam lesão de órgão alvo (89,1%), não são tabagistas (92,8%), nem etilistas (92,2%) e o controle efetivo da pressão arterial foi inferior a 50%, fato este bastante preocupante.

Os paciente idosos atendidos em demanda espontânea apresentaram maior adesão terapêutica pelo instrumento MGL, com significância estatística em comparação aos adultos em geral.

Já, entre os pacientes atendidos em demanda programada, aqueles que utilizavam 3 ou mais fármacos para controle pressórico e os tinham o diagnóstico de HAS há mais de 20 anos apresentaram maior adesão terapêutica com associação estatisticamente significativa.

Os pacientes da demanda programada apresentaram melhor adesão terapêutica em relação aos da demanda espontânea pelos três instrumentos, porém com significância estatística pelos questionários QATHAS E MBG. Contudo a adesão terapêutica foi moderada, pelo QATHAS e MBG, e baixa, pelo MGL em ambos os grupos. Isso evidencia a necessidade de melhorias na adesão terapêutica.

Os pacientes atendidos em demanda espontânea apresentaram melhores dados clínicos quando comparados aos pacientes da demanda programada, apresentando menores níveis pressóricos, de glicemia de jejum, de triglicerídeos e de hemoglobina glicada com significância estatística. Porém, como citado anteriormente menos da metade dos pacientes têm seus níveis pressóricos controlados.

Estudos científicos que mensuram a adesão terapêutica são relevantes para orientação de profissionais e gestores de saúde para traçar estratégias para melhorar os níveis de adesão e conseqüentemente o quadro clínico dos pacientes.

Caracterizar a situação clínica, principalmente estratificar o risco cardiovascular e os níveis pressóricos destes pacientes é fundamental para direcionar as intervenções do sistema de saúde e avaliar a efetividade das atividades realizadas. E, por fim, encontrar associação entre características clínicas ou sociodemográficas que contribuam para uma pior ou melhor adesão terapêutica é fundamental para intervenções mais efetivas no manuseio destes pacientes evitando-se assim desfechos clínicos desfavoráveis.

## REFERÊNCIAS

- ALELUIA, I. R. S et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1845-56, 2017.
- AI-RAMAHI, R. Adherence to medications and associated factors: a cross-sectional study among palestinian hypertensive patients. **Journal of Epidemiology and Global Health**, v. 5, p. 125-32, 2015.
- AL-SALEEM, S. A; AL-SHAHRANI, A.; AL-KHALDI, Y. M. Hypertension care in seer region, saudi arabia: barriers and solutions. **Saudi J Kidney Dis Transpl**, v. 25, n. 6, p. 1328-33, 2014.
- ANDERSON, R.E. et al. Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. **JAMA**, v. 279, n. 12, p. 938-942, 1998.
- ASSIS, M. A. A.; NAHAS, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 33-41, jan./abr., 1999.
- BABIKER, F. A.; ELKHALIFA, L. A.; MOUKHYER, M. Awareness of hypertension and factors associated with uncontrolled hypertension in Sudanese adults. **Cardiovascular Journal of Africa**, v. 24, n. 6, p. 208-212, jul. 2013.
- BARRETO, M. S.; REINERS, A. A. O.; MARCON, S. S. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 484-490, maio/jun. 2014.
- BOOG, M. C. F. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-72, set./dez. 1999.
- BORGES, J. W. P. et al. Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP.**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 487-494, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Acompanhamento das Condicionalidades da Saúde e Avaliação do Estado Nutricional dos Beneficiários do Programa Bolsa-Família, 1º Semestre de 2007.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, 35).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica, 28, v. 1).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica, 28, v. 2).

BREHMER, L. C. F; VERDI, M. Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, 2010.

CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1885-1892, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [online]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)> Acesso em: 17 jun. 2017.

COSTA, P C. P.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Welcoming and nursing care: a phenomenological study. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 4550015, 2016.

COSTA, F. A. et al. Primary non-adherence in Portugal: findings and implications. **Int J Clin Pharm.**, v. 37, n. 4, p. 626-35, ago. 2015.

COSTA, P. C.; FRANCISCHETTI-GARCIA, A. P. R.; PELLEGRINO-TOLEDO, V. Expectativa de enfermeiros brasileiros acerca do acolhimento realizado na atenção primária em saúde. **Rev. salud pública.**, v. 18, n. 5, p. 746-755, out. 2015.

FERNANDES, T. O; SILVA, L. B, SOARES, S.M. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. **Cien Saude Colet**, v. 16, n. 1, p. 1331-1341, 2011.

FERREIRA, M. A. **Determinantes da adesão ao tratamento de usuários com hipertensão cadastrados no Programa Hiperdia da Atenção Primária à Saúde.** 2015. 86 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Stricto Sensu, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2015.

FONGWA, M. N. The Facilitators of and Barriers to Adherence to Hypertension treatment scale. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 30, n. 6, p. 484-90, 2015.

FREITAS, L. C. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. **Rev. Bras Med Fam Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 22, p. 13-19, jan./mar. 2012.

FRIEDBERG, J. P. et al. Effectiveness of a Tailored behavioral intervention to improve hypertension control primary outcomes of a randomized controlled trial. **Hypertension**, v. 65, p. 440-46, fev. 2015.

GALLAGHER, B. D. et al. Are two commonly used self-report questionnaires useful for identifying antihypertensive medication nonadherence? **J Hypertens**, v. 33, p.1108-13, 2015.

GARNELO, L. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p.158-72, out. 2014.

GARUZI, M et al. Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 35, n. 2, p. 144-49, 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/111489>>. Acesso em: 11 set. 2017.

GIRÃO, A. L. G; FREITAS, C. H. A. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 60015, jun. 2016.

GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1763-72, 2013.

GOMIDE, M. F. S. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 387-398, abr. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017005019104&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017005019104&lng=en)>. Acesso em: 14 ago. 2017.

GORDIS, L. Conceptual and methodologic problems in measuring patient compliance. In: HAYNES, R. B. T. W.; SACKETT, D. L. **Compliance in health care.** Baltimore: The John Hopkins University Press, 1981.

HARRIS, M. F. et al. Routine use of clinical management guidelines in Australian general practice. **Aust J Prim Health**, v. 20, n. 1, p. 41-6, 2014.

HEDEGAARD, U. et al. Process- and patient-reported outcomes of a multifaceted medication adherence intervention for hypertensive patients in secondary care. **Research in Social and Administrative Pharmacy j.**, v. 12, n. 2, p. 302-18, mar./abr. 2016.

JESUS, N.S. et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial após participação no ReHOT. **Arq Bras Cardiol.**, v. 107, n. 5, p. 437-45, 2016.

JIANG, B. Hypertension detection, management, control and associated factors among residents accessing community health services in Beijing. **Sci Rep.**, v. 4, n. 4845, maio 2014.

JONKMAN, N.H. et al. Do self-management interventions work in patients with heart failure? **Circulation**, v.133, p.1189-98, 2016.

KARDAS, P; LEWEK, P; MATVJASZCZYK, M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. **Front Farmacol.**, v. 4, n. 91, p. 1-16, 2013.

KHABALA, K. B. et al. Medication adherence clubs: a potential solution to managing large numbers of stable patients with multiple chronic diseases in informal settlements. **Trop Med Int Health.**, v. 20, n. 10, p. 1265, 2015.

KHAYYAT, S. M. Predictors of medication adherence and blood pressure control among saudi hypertensive patients attending primary care clinics: a cross-sectional study. **Journal Pone PLoS ONE**, v. 12, n. 1, p. e0171255, jan. 2017.

LIMA, L. L.; MOREIRA, T. M. M; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 514-22, jul. /ago. 2013.

LÖTSCH, F. et al. Adherence of patients to long-term medication: a cross-sectional study of antihypertensive regimens in Austria. **Wochenschr**, v. 127, p. 379, 2015.

MALTA, D.C, MERHY E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MOHARAMZAD, Y. Validation of the persian version of the 8-item morisky medication adherence scale (MMAS-8) in Iranian Hypertensive Patients. **Global Journal of Health Science**, v. 7, n. 4, 2015.

NAMARA, K. P. M. Patient engagement strategies used for hypertension and their influence on self-management attributes. **Family Practice**, v. 31, n. 4, p. 437-44, jun. 2014.

NORMAN, A. H. TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na estratégia saúde da família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 1, p. 165-79, 2015.

ONI, T. et al. Chronic diseases and multi-morbidity-a conceptual modification to the who iccc model for countries in health transition. **BioMed Central Public Health**, v. 9, n. 14, p. 575. jun. 2014.

PANDEY, A. et al. Comparison of Morisky Medication Adherence Scale with therapeutic drug monitoring in apparent treatment-resistant hypertension. **Journal of the American Society of Hypertension**, v. 9, p. 420-426, 2015.

RANGEL-S ML. Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar. **Cien Saude Colet.**, v.12, n. 5, p.1375 - 1385, 2007.

RAYMUNDO, A. C. N; PIERIN, A. M. G. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 811-19, out. 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/103076/101375>>. Acesso em: 18 set. 2017.

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 Curso de Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2012.

RODRIGUES, M. T. P; MAGALHÃES, T. M; ANDRADE, D. F. Elaboration and validation of instrument to assess adherence to hypertension treatment. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 232-39, 2014.

SADEGHI, E. et al. Controlled blood pressure in Iranian patients: a multi-center report. **Global Journal of Health Science**, v. 8, n. 4, 188-95, 2016.

SAFFARI, M. et al. A persian adaptation of medication adherence self-efficacy scale (mases) in hypertensive patients: psychometric properties and factor structure. **High Blood Press Cardiovasc Prev.**, v. 22, n. 3, p. 247-55, set. 2015.

SALCI, M. A; MEIRELLES, B. H. S; SILVA, D. M. G. V. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, n.1, p. 2882, 2017.

SALEEM, F. et al. Pharmacist intervention in improving hypertension-related knowledge, treatment medication adherence and health-related quality of life: a non-clinical randomized controlled trial. **Health Expectations**, v. 18, p. 1270-81, 2013.

SANDOVAL, D. et al. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. **Rev Med Chile**, v. 142, n. 10, p. 1245-52, 2014.

SARGENT J. B. et al. Exposure to movie smoking: its relation to smoking initiation among US adolescents. **Pediatrics**, v. 116, n. 5, p. 1183-1191, 2005.

SCHWAB, G. L. Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n. esp., p. 307-18, out. 2014.

SHIMA, R. The 11-item Medication Adherence Reasons Scale: reliability and factorial validity among patients with hypertension in Malaysian primary healthcare settings. **Singapore Med J.**, v. 56, n. 8, p. 460-67, 2015.

TAILAKH, A.K. et al. Acculturation, medication adherence, lifestyle behaviors, and blood pressure control among arab americans. **Journal of Transcultural Nursing.**, v. 27, n. 1, p. 57-64, 2016.

KEAR, T.; HARRINGTON, M.; BHATTACHARYA, A. Partnering with patients using social media to develop a hypertension management instrument. **J Am Soc Hypertens.**, v. 9, n. 9, p. 725–734, 2015.

THOMAS, N. F. Self-Transcendence and medication adherence in older adults with hypertension. **Journal of Holistic Nursing American Holistic Nurses Association**, v. 32, n. 4, p. 316-26, dez. 2014.

UCHMANOWICZ, I. et al. Psychometric evaluation of the Polish adaptation of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. **BMC Cardiovascular Disorders**, v. 16, n. 87, 2016.

VARLETA, P. et al. Prevalencia y determinantes de adherencia a terapia antihipertensiva en pacientes de la Región Metropolitana. **Rev Med Chile**, Santiago, v. 143, p. 569-576, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on non-communicable diseases 2010**. Italy: WHO Library, 2011.

## **APÊNDICES**

APÊNDICE A – Questionário de Características Clínicas

VALORES DE COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES: \_\_\_\_\_

VALOR DE TRIGLICERÍDEOS: \_\_\_\_\_

VALOR DE GLICEMIA DE JEJUM: \_\_\_\_\_

VALOR DE HEMOGLOBINA GLICADA: \_\_\_\_\_

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL: \_\_\_\_\_

TABAGISMO: \_\_\_\_\_

USO ABUSIVO DE ALCOOL: \_\_\_\_\_

SEDENTARISMO: \_\_\_\_\_

DIABETES MELLITUS: \_\_\_\_\_

SÍNDROME METABÓLICA: \_\_\_\_\_

PRESENÇA DE LESÃO DE ORGÃO ALVO: \_\_\_\_\_

PRESENÇA DE CONDIÇÃO CLÍNICA ASSOCIADA: \_\_\_\_\_

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR: \_\_\_\_\_

HISTÓRIA DE DOENÇA CARDIOVASCULAR PREMATURA EM PARENTES DE 1º GRAU:

\_\_\_\_\_

HISTORIA FAMILIAR DE HAS: \_\_\_\_\_

TEMPO DE DIAGNÓSTICO DE HAS: \_\_\_\_\_

QUANTIDADE DE FÁRMACOS ANTI-HIPERTENSIVOS UTILIZADOS: \_\_\_\_\_

QUAIS OS FÁRMOS ANTI-HIPERTENSIVOS UTILIZADOS: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro senhor/senhora,

O(a) Sr.(a) está sendo convidado a participar da pesquisa de dissertação de mestrado em Saúde Coletiva intitulada “Análise da associação entre adesão ao tratamento e características sociodemográficas e clínicas de hipertensos atendidos em demanda espontânea e agendada em uma unidade de atenção primária em saúde” que tem como objetivo analisar a associação entre a adesão ao tratamento e as características sociodemográficas e clínicas de hipertensos atendidos em demanda espontânea e agendada de uma unidade de atenção primária em saúde. Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a três questionários sobre sua adesão ao tratamento para hipertensão arterial. Garantimos que este estudo possui riscos mínimos, já que não envolve a realização de procedimentos invasivos; mas poderá ocorrer insatisfação ou constrangimento do entrevistado em decorrência do tempo destinado a responder aos questionários. Nesse caso, você pode ficar à vontade para decidir sobre sua participação no estudo posteriormente. Por outro lado, benefícios potenciais decorrerão diante de sua participação: reflexão contínua sobre sua formação e desenvolvimento profissional; ampliação dos conhecimentos sobre o próprio processo de gestão; e apresentação das diversas propostas e sugestões a serem inseridas na realidade investigada. Ressaltamos que todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale lembrar que sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou danos. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis através dos seus telefones: Orientando: Paulo Sávio Fontenele Magalhães (85) 991767979; e Orientadora da pesquisa: Prof.<sup>a</sup> Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira (85) 988449648. O Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (85) 3101-9890- Avenida Dr. Silas Munguba, 1700 - Campus do Itaperi, Fortaleza - CE, 60740-000. Esse termo está

elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecida pelo(a) pesquisador(a) compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetida. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo.

Fortaleza, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do pesquisador

**ANEXOS**

**PARTE 1: DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS**

**IDENTIFICAÇÃO**

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

**DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS**

SEXO: 1 ( ) M 2 ( ) F

IDADE: \_\_\_\_\_ anos

**NÍVEL DE INSTRUÇÃO**

1. ( ) Analfabeto - Ensino Fundamental incompleto
2. ( ) Ensino Fundamental completo
3. ( ) Ensino Médio completo
4. ( ) Ensino Superior completo ou mais

OCUPAÇÃO:

RAÇA:

RENDA FAMILIAR RS:

ESTADO CIVIL:

1. ( ) CASADO(A)/UNIÃO ESTÁVEL
2. ( ) SOLTEIRO (A)
3. ( ) VIÚVO(A)
4. ( ) DESQUITADO(A)/DIVORCIADO(A)

NÚMERO DE PESSOAS QUE RESIDEM EM SUA CASA:

**DADOS CLÍNICOS**

PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (PAS): \_\_\_\_\_

PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA (PAD): \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_

ALTURA: \_\_\_\_\_

CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (CA): \_\_\_\_\_

## QATHAS PARTE 2: ADESÃO AO TRATAMENTO DA HAS

1. ALGUMA VEZ DEIXOU DE TOMAR SUA MEDICAÇÃO PARA HAS?  
 Sim, ao menos 1 vez ao dia     Sim, ao menos 1 vez por semana  
 Sim, ao menos 1 vez por mês     Sim, ao menos 1 vez por ano     Não
  
2. ALGUMA VEZ DEIXOU DE TOMAR SUA MEDICAÇÃO PARA HAS, CONFORME A DOSE PRESCRITA?  
 sim, ao menos 1 vez ao dia     sim, ao menos 1 vez por semana  
 sim, ao menos 1 vez por mês     sim, ao menos 1 vez por ano     não
  
3. ALGUMA VEZ DEIXOU DE TOMAR SUA MEDICAÇÃO PARA HAS NOS HORÁRIOS ESTABELECIDOS?  
 sim, ao menos 1 vez ao dia     sim, ao menos 1 vez por semana  
 sim, ao menos 1 vez por mês     ao menos 1 vez por ano ou nunca
  
4. FAZ USO DE MEDICAMENTO PARA O TRATAMENTO DE HAS SOMENTE QUANDO APRESENTA ALGUM SINTOMA?  
SIM  NÃO
  
5. SEGUIR O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HAS TORNOU-SE UMA ROTINA EM SUA VIDA?  
SIM  NÃO
  
6. AO INICIAR O TRATAMENTO PARA HAS, DIMINUIU O SAL DA ALIMENTAÇÃO?  
 não     sim, reduzi à terça parte     sim, reduzi à metade  
 sim, como praticamente ensosso     sempre fiz uso de uma alimentação pobre em sal
  
7. AO INICIAR O TRATAMENTO PARA HAS, DIMINUIU A GORDURA DA ALIMENTAÇÃO?  
 não     sim, reduzi à terça parte     sim, reduzi à metade  
 sim, como praticamente sem gorduras  
 sempre fiz uso de uma alimentação pobre em gorduras
  
8. AO INICIAR O TRATAMENTO PARA HAS, PASSOU A PREFERIR O CONSUMO DE CARNES BRANCAS (AVES, PEIXES)?  
 Não     sim, consumo carne branca até 03 vezes na semana  
 sim, consumo carne branca 04 ou mais vezes por semana

sempre consome carnes brancas no mínimo 04 vezes por semana

9. AO INICIAR O TRATAMENTO PARA HAS, DIMINUIU O USO DE DOCES E BEBIDAS COM AÇUCAR?

Não  Sim ,reduzi à terça parte  Sim, reduzi à metade

Sim, como praticamente sem açúcar/doce  sempre fiz uma alimentação pobre em doces e bebidas com açúcar

10. COM O INÍCIO DO TRATAMENTO PARA HAS, PASSOU A REALIZAR PELO MENOS 30 MINUTOS DE EXERCÍCIO FÍSICO (CAMINHADA, NATAÇÃO, CICLISMO)?

Não  Sim, menos de 3 vezes por semana  Sim, de 3 a 5 vezes por semana

Sim, mais de 5 vezes por semana  Sempre fiz exercícios físicos 3 vezes por semana

SEGUIR O TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO DA HAS TORNOU-SE UMA ROTINA EM SUA VIDA?

SIM  NÃO

11. COMPARECE ÀS CONSULTAS AGENDADAS PARA O TRATAMENTO DA HAS?

SIM  NÃO

ANEXO B – Questionário Martin-Bayarre-Grau (MBG)

1. Toma os medicamentos no horario estabelecido?  
Sempre ( ) Quase sempre ( ) As vezes ( ) Quase nunca ( ) Nunca ( )
2. Você toma todas as doses indicadas?  
Sempre ( ) Quase sempre ( ) As vezes ( ) Quase nunca ( ) Nunca ( )
3. Cumpre as regras da dieta?  
Sempre ( ) Quase sempre ( ) As vezes ( ) Quase nunca ( ) Nunca ( )
4. Comparece as consultas marcadas?  
Sempre ( ) Quase sempre ( ) As vezes ( ) Quase nunca ( ) Nunca ( )
5. Realiza os exercícios físicos indicados?  
Sempre ( ) Quase sempre ( ) As vezes ( ) Quase nunca ( ) Nunca ( )
6. Acomoda os horários dos remédios nas atividades diárias?  
Sempre ( ) Quase sempre ( ) As vezes ( ) Quase nunca ( ) Nunca ( )
7. Você e seu médico decidem juntos o tratamento a ser seguido ?  
Sempre ( ) Quase sempre ( ) As vezes ( ) Quase nunca ( ) Nunca ( )
8. Cumpre o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos?  
Sempre ( ) Quase sempre ( ) As vezes ( ) Quase nunca ( ) Nunca ( )
9. Você dá continuidade ao tratamento sem grandes esforços?  
Sempre ( ) Quase sempre ( ) As vezes ( ) Quase nunca ( ) Nunca ( )
10. Faz uso de lembretes para a realização do tratamento?  
Sempre ( ) Quase sempre ( ) As vezes ( ) Quase nunca ( ) Nunca ( )
11. Você e seu médico discutem como cumprir o tratamento?  
Sempre ( ) Quase sempre ( ) As vezes ( ) Quase nunca ( ) Nunca ( )
12. Você tem a possibilidade de dar a sua opinião no tratamento que o médico prescreve?  
Sempre ( ) Quase sempre ( ) As vezes ( ) Quase nunca ( ) Nunca ( )

## ANEXO C – Teste de Morisky-Green-Levine

1. Você as vezes esquece de tomar os seus remédios para pressão?

SIM ( ) NÃO ( )

2. Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta?

SIM ( ) NÃO ( )

3. Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?

SIM ( ) NÃO ( )

4. Quando voce viaja ou sai de casa, as vezes esquece de levar seus medicamentos?

SIM ( ) NÃO ( )

5. Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?

SIM ( ) NÃO ( )

6. Quando sente que sua pressão está controlada, você as vezes para de tomar seus medicamentos?

SIM ( ) NÃO ( )

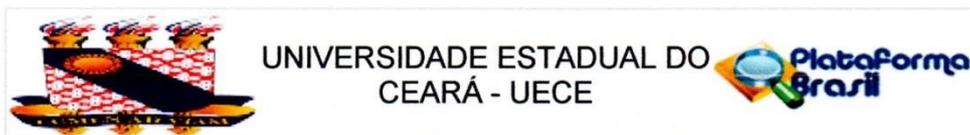
7. Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?

SIM ( ) NÃO ( )

8. Com que frequencia você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão?

Nunca ( ) Quase Nunca ( ) As Vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre ( )

## ANEXO D – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética da Uece



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise da adesão ao tratamento anti-hipertensivo de pacientes atendidos em demanda espontânea e agendada em uma unidade de atenção primária em saúde.

**Pesquisador:** PAULO SÁVIO FONTENELE MAGALHÃES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 85567418.3.0000.5534

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.561.473

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal analítico com abordagem quantitativa acerca da adesão ao tratamento para hipertensão arterial sistêmica e sua associação com as características sociodemográficas e clínicas. A coleta de dados será realizada com pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde localizada no município de Fortaleza-CE por meio da aplicação de três questionários de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, já validados para língua portuguesa.

#### Objetivo da Pesquisa:

**OBJETIVO PRIMÁRIO:** Analisar a associação entre a adesão ao tratamento e as características sociodemográficas e clínicas de hipertensos atendidos em demanda espontânea e agendada de uma unidade de atenção primária em saúde.

**OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:**

- Caracterizar sociodemograficamente os hipertensos atendidos nos dois tipos de demanda (espontânea/agendada);
- Descrever a situação clínica dos hipertensos dos dois grupos;
- Estratificar a adesão terapêutica dos hipertensos atendidos nos dois tipos de demanda;
- Relacionar a adesão terapêutica às características sociodemográficas e clínicas desses pacientes, conforme o tipo de demanda de atendimento.

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700  
**Bairro:** Itaperi  
**UF:** CE  
**Município:** FORTALEZA  
**CEP:** 60.714-903  
**Telefone:** (85)3101-9890  
**Fax:** (85)3101-9906  
**E-mail:** cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 2.561.473

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador relata que: "este estudo possui riscos mínimos, já que não envolve a realização de procedimentos invasivos; mas poderá ocorrer os riscos para os participantes da pesquisa referentes a aplicação dos questionários como: invasão de privacidade; responder a questões sensíveis, tais como atos ilegais, violência, sexualidade; revitimizar e perder o autocontrole e a integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados; discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado; divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE) e tomar o tempo do sujeito ao responder ao questionário". Para minimizar os riscos da pesquisa os pesquisadores se comprometem a: garantir o acesso aos resultados individuais e coletivos, minimizar desconfortos, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras, garantir que os pesquisadores sejam habilitados ao método de coleta dos dados, estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto, garantir a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras), assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico, o pesquisador e a instituição assumem a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos. Por outro lado, o pesquisador apresenta como benefícios: "conhecimento de seu risco cardiovascular e seu quadro atual de controle da hipertensão arterial, possibilitar a intervenção de profissionais na melhoria do controle de sua pressão arterial e redução de risco cardiovascular à sua saúde e apresentação das diversas propostas e sugestões a serem inseridas na realidade investigada".

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante, tendo em vista a grande prevalência das doenças cardiovasculares no Brasil. Sabe-se ainda que a adesão do paciente ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica ainda se mostra como um grande desafio para os profissionais da saúde. Dessa forma, estudos que possam contribuir nesse sentido são de vultosa importância.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O pesquisador apresentou os seguintes termos adequadamente: TCLE, orçamento, folha de rosto, cronograma, carta de anuência, instrumentos de coleta de dados.

#### **Recomendações:**

Ao final da pesquisa, apresentar relatório ao CEP.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700  
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 2.561.473

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1092189.pdf	16/03/2018 13:50:23		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/03/2018 13:49:36	PAULO SÁVIO FONTENELE MAGALHÃES	Aceito
Outros	ANUENCIA_DECLARACAO_CEP_COORDENADORIA_REGIONAL.pdf	16/03/2018 10:24:17	PAULO SÁVIO FONTENELE MAGALHÃES	Aceito
Outros	ANUENCIA_COORDENADORIA_REGIONAL_DE_SAUDE.pdf	16/03/2018 10:23:23	PAULO SÁVIO FONTENELE MAGALHÃES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.odt	16/03/2018 10:22:37	PAULO SÁVIO FONTENELE MAGALHÃES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.odt	16/03/2018 10:22:13	PAULO SÁVIO FONTENELE MAGALHÃES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PAULO_SAVIO_MAGALHAES.docx	16/03/2018 10:21:52	PAULO SÁVIO FONTENELE MAGALHÃES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_PAULO_SAVIO.pdf	16/03/2018 10:21:26	PAULO SÁVIO FONTENELE MAGALHÃES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700  
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 2.561.473

FORTALEZA, 23 de Março de 2018

---

**Assinado por:**  
**ISAAC NETO GOES DA SILVA**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700  
**Bairro:** Itaperi **CEP:** 60.714-903  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br

PREFEITURA FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

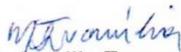
## DECLARAÇÃO

Número do Processo: P104664/2018

- **Título do Projeto de Pesquisa:** "ANÁLISE DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO DE PACIENTES ATENDIDOS EM DEMANDA ESPOTÂNEA E AGENDA EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMARIA EM SAÚDE".
- **Pesquisador (a):** Paulo Sávio Fontenele Magalhães;
- **Orientador (a):** Thereza Maria Magalhães Moreira;
- **Instituição Proponente:** UECE
- **Período de Coleta de Dados:** junho a julho de 2018

A **Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES**, conforme sua atribuição declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da **Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - SMS** no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A **Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - SMS**, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido Projeto de Pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 15 de março de 2018.



**Maria Ivanília Tavares Timbó**  
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde