

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

FERNANDA CASALS DO NASCIMENTO

**ADESÃO À TERAPIA MEDICAMENTOSA NA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: um estudo
descritivo**

RIBEIRÃO PRETO

2019

FERNANDA CASALS DO NASCIMENTO

**ADESÃO À TERAPIA MEDICAMENTOSA NA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: um estudo
descritivo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Luane Marques de Mello

RIBEIRÃO PRETO

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Nascimento, Fernanda Casals do

Adesão à terapia medicamentosa na hipertensão arterial sistêmica: um estudo descritivo. / Fernanda Casals do Nascimento; Orientadora, Luane Marques de Mello. Ribeirão Preto. - 2019.

85p.: 3il.; 30 cm

Dissertação (Mestrado) - Programa de Saúde da Comunidade. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

1. Vulnerabilidade em Saúde.
2. Estratégia Saúde da Família.
3. Equidade no acesso aos serviços de saúde.
4. Visita domiciliar.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluno: NASCIMENTO, Fernanda Casals do

Título: Adesão à terapia medicamentosa na hipertensão arterial sistêmica: um estudo descritivo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Agradecimentos

À minha família, que me incentivou desde o início dessa caminhada, me amparando nos momentos de fraqueza, me dando apoio e força para nunca desistir dos meus sonhos e nunca deixando de estar ao meu lado

À minha mãe, exemplo de médica, minha primeira professora, que me ensinou o orgulho e honra em caminhar pelo caminho de Hipócrates.

Aos meus avós (*in memoriam*), que moldaram meu caráter e me ensinaram a nunca deixar de perseguir a minha melhor versão de mim mesma.

Ao meu irmão Arthur, que sempre foi meu ponto de referência, e à minha irmã Paula, amor maior que me mantém aqui.

À Juliana Galhardi Martins, que me mostrou os caminhos e me ajudou a cruzar as fronteiras. Gratidão eterna.

À Prof^a. Dr^a. Luane Marques de Mello, por toda calma, paciência, dedicação e por compartilhar todo seu conhecimento e sua experiência. Por toda a calma nos meus inúmeros momentos de estresse, e por acreditar no meu potencial. Não tenho palavras para agradecer toda a oportunidade e disposição para me orientar. Obrigada!

Ao Prof. Dr. Anderson Soares da Silva, por emprestar seu nome à orientação deste estudo, no período necessário.

À Equipe do Núcleo de Saúde da Família Jamil Cury, pela compreensão e ajuda nos momentos em que precisei me ausentar.

Aos alunos de graduação dos cursos de Odontologia e Enfermagem, que realizaram a coleta de dados, evitando assim um viés de entrevistador.

E por fim, agradeço aos pacientes que doaram seu tempo e compartilharam suas vidas, abrindo suas casas para que esse estudo pudesse ser realizado. É por vocês e para vocês que dedico o meu crescimento profissional.

Epígrafe

“A menos que modifiquemos nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

Resumo

NASCIMENTO, F.C **Adesão à terapia medicamentosa na hipertensão arterial sistêmica: um estudo descritivo.** 2019. 85f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2019.

Objetivo: Avaliar o perfil clínico, epidemiológico e sociodemográfico, bem como as características da adesão à terapia medicamentosa de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em uma Unidade de Saúde da Família. **Casuística e Métodos:** A adesão à terapia medicamentosa de pacientes com HAS foi analisada por meio da aplicação de um questionário composto por oito perguntas de Morisky-Green (MMAS-8). Foi utilizado um instrumento de caracterização dos participantes do estudo, para a coleta dos dados de identificação, das condições sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas. Para a comparação entre médias das variáveis quantitativas entre dois grupos independentes foi utilizado o Teste t de Student não pareado e bicaudal. Para a comparação das proporções das variáveis qualitativas entre dois grupos independentes foi utilizado o Teste Qui Quadrado ou Exato de Fisher. A associação entre as variáveis foi verificada através das análises de Regressão Logística e Logística Múltipla e mensurada através da Razão de Prevalência (RP) e seu respectivo intervalo de confiança a 95% (IC 95%). O nível de significância adotado para todos os testes estatísticos foi fixado em 5%. **Resultados:** O estudo revelou predominância de pacientes do sexo feminino, pacientes que se autodeclararam brancos, solteiros e com grau de escolaridade ensino médio completo. A ocupação mais declarada foi a do lar e a maioria dos pacientes se enquadravam na classificação econômica C1. Observou-se que a população estudada apresenta condição clínica de pequena complexidade, faz uso de apenas um tipo de anti-hipertensivo, não possui doenças associadas à HAS ou complicações decorrentes da doença. Cerca de 40% dos pacientes não aderem adequadamente ao esquema terapêutico prescrito, apesar de pequeno número de faltas às consultas agendadas. **Conclusão:** O estudo, por meio de seus resultados, mostra que cerca de 40% dos pacientes não aderem adequadamente ao esquema terapêutico prescrito, aumentando o risco de desfechos desfavoráveis no futuro. Torna-se imprescindível o planejamento e implementação de ações de educação em saúde para melhorar adesão da população à terapia medicamentosa.

Palavras-Chave: Adesão à terapia medicamentosa. Hipertensão Arterial Sistêmica. Estratégia Saúde da Família. MMAS-8. Morisky-Green.

NASCIMENTO, F.C **Adherence to drug therapy in systemic arterial hypertension: a descriptive study.** 2019. 85f. Dissertation (Master degree) - Medical School of Ribeirão Preto, University of São Paulo. Ribeirão Preto. 2019.

Objective: To evaluate the clinical, epidemiological and sociodemographic profile, as well as the characteristics of adherence to the drug therapy of patients with Systemic Arterial Hypertension (SAH) in a Family Health Unit. **Casuistic and Methods:** Adherence to the drug therapy of patients with SAH was analyzed through the application of a Morisky-Green questionnaire composed of eight questions (MMAS-8). An instrument was used to characterize the study participants, to collect identification data, sociodemographic, clinical and epidemiological conditions. For the comparison between averages of the quantitative variables between two independent groups, the unpaired Student's t-test was used. To compare the proportions of the qualitative variables between two independent groups, the Chi-Square or Fisher's exact test was used. The association between the variables was verified through Logistic Regression and Multiple Logistics analysis and measured through the Prevalence Ratio (PR) and its respective 95% confidence interval (95% CI). The level of significance adopted for all statistical tests was set at 5%. **Results:** The study revealed predominance of female patients, patients who declared themselves to be white, single and with a high school education. The most declared occupation was the home and the majority of the patients were in the C1 economic classification. It was observed that the studied population presents a clinical condition of small complexity, it makes use of only one type of antihypertensive, it does not have diseases associated to the SAH or complications resulting from the disease. About 40% of patients do not adhere adequately to the prescribed regimen, despite a small number of absences at scheduled appointments. **Conclusion:** The study, through its results, shows that about 40% of patients do not adhere adequately to the prescribed regimen, increasing the risk of unfavorable outcomes in the future. It is essential to plan and implement health education actions to improve adherence of the population to drug therapy.

Key words: Adherence to drug therapy. Systemic Arterial Hypertension. Family Health Strategy. MMAS-8. Morisky-Green.

Lista de Figuras

Figura 1 -	Fluxograma para diagnóstico de hipertensão arterial.....	30
Figura 2 -	Fluxograma para o tratamento da hipertensão.....	33
Figura 3 -	Mediana da Idade da população estudada, de acordo com o nível de adesão (Box-plot).....	54
Figura 4 -	Mediana do tempo de diagnóstico da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti- hipertensivo (Box-plot).....	58
Figura 5 -	Dispersão dos níveis de pressão sistólica da população estudada ao longo do tempo, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo	59
Figura 6 -	Dispersão dos níveis de pressão diastólica da população estudada ao longo do tempo, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo	59

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sócio demográficas na população estudada.	50
Tabela 2 - Estatística descritiva da idade na população estudada.	51
Tabela 3 - Distribuição das variáveis clínicas na população estudada..	51
Tabela 4 - Estatísticas descritivas das variáveis clínicas da população estudada.....	52
Tabela 5 - Estatística descritiva da Idade da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo	53
Tabela 6 - Distribuição das variáveis sócio demográficas da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	54
Tabela 7 - Distribuição das variáveis clínicas da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	55
Tabela 8 - Estatísticas descritivas das variáveis clínicas da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.....	56
Tabela 9 - Resultados obtidos a partir dos Modelos de Regressão Logística	62

Lista de Quadros

Quadro 1 - PA de acordo com a VII Diretriz Brasileiras de HAS29

AVC-	Acidente Vascular Cerebral
AVE-	Acidente Vascular Encefálico
BB-	Betabloqueadores
BCC-	Bloqueador dos Canais de Cálcio;
BRA -	Bloqueador do Receptor de Angiotensina
CCEB-	Critério de Classificação Econômica Brasil
CEP-	Comitê de Ética em Pesquisa
DAP-	Doença Arterial Periférica
DIU-	Diuréticos
DM-	Diabetes Mellitus
DRC-	Doença Renal Crônica
EAB-	Efeito de Avental Branco
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM-	Infarto Agudo do Miocárdio
IC-	Insuficiência Cardíaca
IECA-	Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina
FMRP-USP-	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HCFMRP-USP-	Hospital das Clínicas da Faculdade e Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
MAPA-	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MRPA-	Medição Residencial da Pressão Arterial
MS-	Ministério da Saúde
OMS-	Organização Mundial de Saúde
PA-	Pressão Arterial
RCV-	Risco Cardiovascular
TNM-	Tratamento Não Medicamentoso

TCLE-	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
USF-	Unidade de Saúde da Família
USP-	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	26
2. JUSTIFICATIVA.....	41
3. OBJETIVOS.....	43
4. CASUÍSTICA E MÉTODOS	45
4.1. Delineamento do Estudo	46
4.2. Participantes	46
4.3. Critérios de Inclusão.....	46
4.4. Critérios de Exclusão.....	46
4.5. Procedimentos de Coleta de Dados	47
4.6. Instrumentos de Coleta de Dados	47
4.7. Análise dos Dados.....	49
4.8. Aspectos Éticos	50
5. RESULTADOS.....	50
5.1. Análises Descritivas.....	51
5.2. Análise Inferencial (estatística e causal)	62
6. DISCUSSÃO	64
7. CONCLUSÃO	69
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
9. APÊNDICES	77
10. ANEXOS	81

Apresentação

Meu nome é Fernanda Casals do Nascimento, sou neta de Clecy (*in memorian*) e Pedro Henrique (*in memorian*), filha de Clecy e Sidney. Tenho um irmão mais velho chamado Arthur e uma irmã mais nova chamada Paula, que são meus amores e minha família. Nasci no Rio de Janeiro e fui criada em Mococa até meus 18 anos, moro há 15 anos em Ribeirão Preto, onde me graduei em medicina, pela Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP.

Foi durante a minha graduação que descobri a importância do cuidado médico na atenção primária, por meio de uma disciplina chamada PISC - Programa de Integração de Saúde na Comunidade. Ao final da graduação, fui trabalhar por dois anos, até resolver fazer a Residência de Medicina de Família e Comunidade no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

A residência despertou ainda mais meu interesse pelo cuidado com as famílias (principalmente as carentes), pelo conhecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas políticas, assim como despertou meu interesse pelo ensino, me levando ao mestrado.

Além disso, tive a oportunidade de ser aprovada para desempenhar atividades de preceptoria no Núcleo de Saúde da Família Jamil Cury e supervisionar residentes e alunos de graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. O fato de trabalhar 40 horas como preceptora, foi uma das minhas maiores dificuldades para conciliar as atividades de pesquisa com minhas atividades laborais. Esta dedicação também dificultou o cumprimento dos créditos obrigatórios e optativos. Problemas pessoais me mantiveram afastada do mestrado por mais de um ano, me levando a perder algumas matérias. Todavia, após a resolução dos conflitos pessoais, retomei a pesquisa, e concluí meus créditos sem demais intercorrências

Com o grande apoio e a paciência da minha orientadora, o presente estudo vem estimular o fomento de ações para um melhor cuidado com a população que jurei cuidar

1- Introdução

De acordo com a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), um dos mais importantes problemas de saúde pública do país é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Estima-se que a HAS contribua direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular no Brasil, sendo as suas complicações (renais, cardíacas e AVC), em associação com Diabetes Mellitus (DM), responsáveis por um impacto econômico em perda de produtividade no trabalho e na renda familiar. Acredita-se que essa perda tenha sido de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 ¹.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como:

uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal ¹

Sendo direta ou indiretamente responsável pela maioria das complicações cardiovasculares, a hipertensão arterial sistêmica acarreta grande ônus à sociedade, seja através de hospitalizações, *invalidez* ou mortes precoces.⁴ As altas taxas de prevalência, morbidade e mortalidade associadas e os custos sociais das HAS constituem importantes problemas de saúde pública, e seu controle figura entre as prioridades propostas pelo Ministério da Saúde, em sua Política Nacional de Atenção Básica⁵.

Diante desse panorama, tornam-se imprescindíveis medidas de prevenção e controle da HAS. Apesar do avanço na identificação de fatores de risco, diagnóstico precoce, emprego de terapia medicamentosa e estímulo para mudança de estilo de vida, é uma doença de difícil controle. Além disso, a manutenção dos

níveis pressóricos dentro do limite recomendado não é satisfatória⁶. Estima-se que apenas um terço das pessoas regularmente acompanhadas em serviço de saúde tem sua pressão arterial mantida em níveis adequados.⁷

A baixa efetividade do tratamento medicamentoso pode ser explicada por barreiras de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, pela ineficácia dos fármacos em si, ao seguimento incorreto do tratamento medicamentoso, entre outros fatores⁷. Desse modo, dentre os fatores relacionados à ausência de resposta ao tratamento anti-hipertensivo, a não adesão terapêutica apresenta-se como um importante determinante, bem como um desafio para os profissionais de saúde, autoridades públicas em todas as esferas de atuação e pacientes hipertensos⁷.

De forma objetiva, entende-se a adesão a medicamentos como a utilização dos medicamentos prescritos em pelo menos 80% do seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento. Pacientes em uso inferior a 80% apresentam risco quatro vezes maior para eventos cardiovasculares agudos.¹²

Medir a adesão ao tratamento da HAS é uma tarefa complexa, uma vez que a não adesão está relacionada não somente a não tomar os medicamentos prescritos, mas ao modo como o paciente encara o seu tratamento, o seu comportamento em relação à dose, horário, frequência e sua duração.¹¹

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que em países desenvolvidos a não adesão a terapias de longo prazo gira em torno de 50%, sendo esses valores superiores em países menos desenvolvidos⁸. A não adesão ocasiona desnecessário ajuste na prescrição terapêutica pela falta de resposta positiva ao tratamento, aumento dos custos concomitantes no cuidado à saúde, como hospitalizações, tratamento de complicações e transferência do nível de atenção à saúde do paciente para serviços secundários ou terciários⁶. Apesar dos serviços de saúde da família da rede de atenção primária à saúde no Brasil serem responsáveis pela assistência a milhões de pessoas com HAS, a baixa adesão é mais frequente neste nível de atenção do que entre pacientes de serviços especializados⁹.

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica é considerada um processo complexo e multideterminado, influenciado pelo meio ambiente, pelo indivíduo, pelos profissionais de saúde e cuidados de assistência médica, além de fatores biológicos, socioeconômicos, psicológicos e culturais.¹⁰

Assim como outras doenças crônicas, o tratamento da HAS requer mudanças no estilo de vida, com a participação ativa do paciente, como prática de exercícios físicos, dieta adequada, cessação do tabagismo, diminuição do consumo de álcool e controle de doenças crônicas associadas^{1,13,14}. Além disto, o acompanhamento longitudinal e continuado assegura o monitoramento do quadro clínico do paciente favorecendo melhores prognósticos futuros. Procurar o médico e se comprometer em seguir suas orientações caracteriza o comportamento de adesão ao tratamento.¹³

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) os fatores determinantes da adesão ao tratamento da HAS são as características da doença e tratamento, os fatores intrapessoais, interpessoais e ambientais.¹³

As características da doença e tratamento referem-se à complexidade do tratamento, a duração da doença, à característica assintomática da mesma e à qualidade da prestação de cuidados. Sabe-se que quanto maior a complexidade do tratamento, menor é a probabilidade do indivíduo em segui-lo.¹³ Com relação à duração da doença, existe uma relação negativa entre o tempo da doença e a adesão ao tratamento, ou seja, quanto maior o tempo de doença, menor parece ser a adesão ao tratamento.¹³ Sabe-se, também, que quanto menor é a percepção de sintomas, menor é a procura pelo tratamento. Por outro lado, uma equipe multiprofissional envolvida na prestação de cuidados de saúde, aumenta o envolvimento do indivíduo no seu tratamento.¹³

Os fatores intra-pessoais correspondem à idade, gênero, auto-estima, percepção e entendimento da doença, e excesso de álcool. Demonstrou-se que o gênero feminino possui uma maior adesão ao tratamento, quando comparado ao masculino. Níveis elevados de auto-estima contribuem com uma boa adesão. O excesso de consumo de álcool possui efeito deletério sobre a adesão, porém as percepções e conhecimentos do paciente hipertenso em relação à sua doença e às modificações de hábitos que precisará empreender influenciam a adesão ao tratamento e conseqüentemente contribuem para a melhora da sua qualidade de vida.¹³

Sobre os fatores interpessoais e ambientais, uma boa relação entre os profissionais e o indivíduo e um bom suporte familiar e social implicam em uma boa

adesão ao tratamento da HAS. Por outro lado, fatores como baixo nível sócio-econômico, analfabetismo e desemprego influenciam para uma baixa adesão ao tratamento.¹³

Desse modo, dimensionar o processo de adesão e retratá-lo em um contexto definido representa uma importante estratégia para compreensão dos fatores associados ao prognóstico da HAS. Além disto, representa instrumento para subsidiar a implementação de ações por parte dos serviços da rede de atenção primária e pelos profissionais da saúde da família, com vistas a potencializar a adesão, melhorar o controle da doença e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA – HAS:

Segundo a mais recente Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial ¹, os níveis de pressão arterial podem ser classificados em:

Normal: Pressão Arterial Sistólica (PAS) < ou = 120 e Pressão Arterial Diastólica (PAD) < ou = 80

Pré-hipertensão: PAS 121-139 ou PAD 81-89

Hipertensão estágio 1: PAS 140-159 ou PAD 90-99

Hipertensão estágio 2: PAS 160-179 ou PAD 100-109

Hipertensão estágio 3: PAS > ou = 180 ou PAD > ou = 110

Quadro 1 - Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

Quadro 1 - PA de acordo com a VII Diretriz Brasileiras de HAS¹

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, as aferições de PA podem ser feitas em consultório ou fora do consultório.¹

Em consultório, as medidas devem ser feitas por médicos ou demais profissionais da saúde devidamente capacitados. A medição da PA pode ser feita com esfigmomanômetros manuais, semiautomáticos ou automáticos. Deve ser medida no braço, utilizando-se manguito adequado à sua circunferência. A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda a realização de várias medições, com o paciente sentado em ambiente calmo e confortável, para melhorar e aproximar os valores da PA obtidos no consultório com aqueles fornecidos pela monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) na vigília.

Fora do consultório, a pressão arterial deve ser aferida através da medição residencial da pressão arterial (MRPA), ou da MAPA de 24 horas. Existem diversas vantagens na medição da PA fora do consultório, entre elas o maior número de medidas obtidas, a redução do efeito de avental branco (EAB), e um maior engajamento dos pacientes com o diagnóstico e o seguimento, uma vez que participam ativamente do seu controle pressórico¹. Os métodos habitualmente utilizados para realizar as medições fora do consultório são a MAPA e a MRPA, estimam o risco cardiovascular, devendo ser consideradas aplicáveis para a avaliação da PA fora do consultório, porém só a MAPA avalia a PA durante o sono.

A MRPA possui um protocolo específico, com a aferição de três medições pela manhã e três à noite, durante cinco dias. Também pode-se realizar duas aferições em cada uma dessas duas sessões, durante sete dias. São considerados alterados os valores de PA $\geq 135/85$ mmHg.

A MAPA é um método que realiza o registro intermitente da PA durante pelo menos 24 horas, enquanto o paciente realiza suas atividades de vida habituais, inclusive durante os períodos de sono, podendo dessa forma identificar as alterações circadianas da PA. São consideradas anormais as médias de PA de 24 horas $\geq 130/80$ mmHg, vigília $\geq 135/85$ mmHg e sono $\geq 120/70$ mmHg¹.

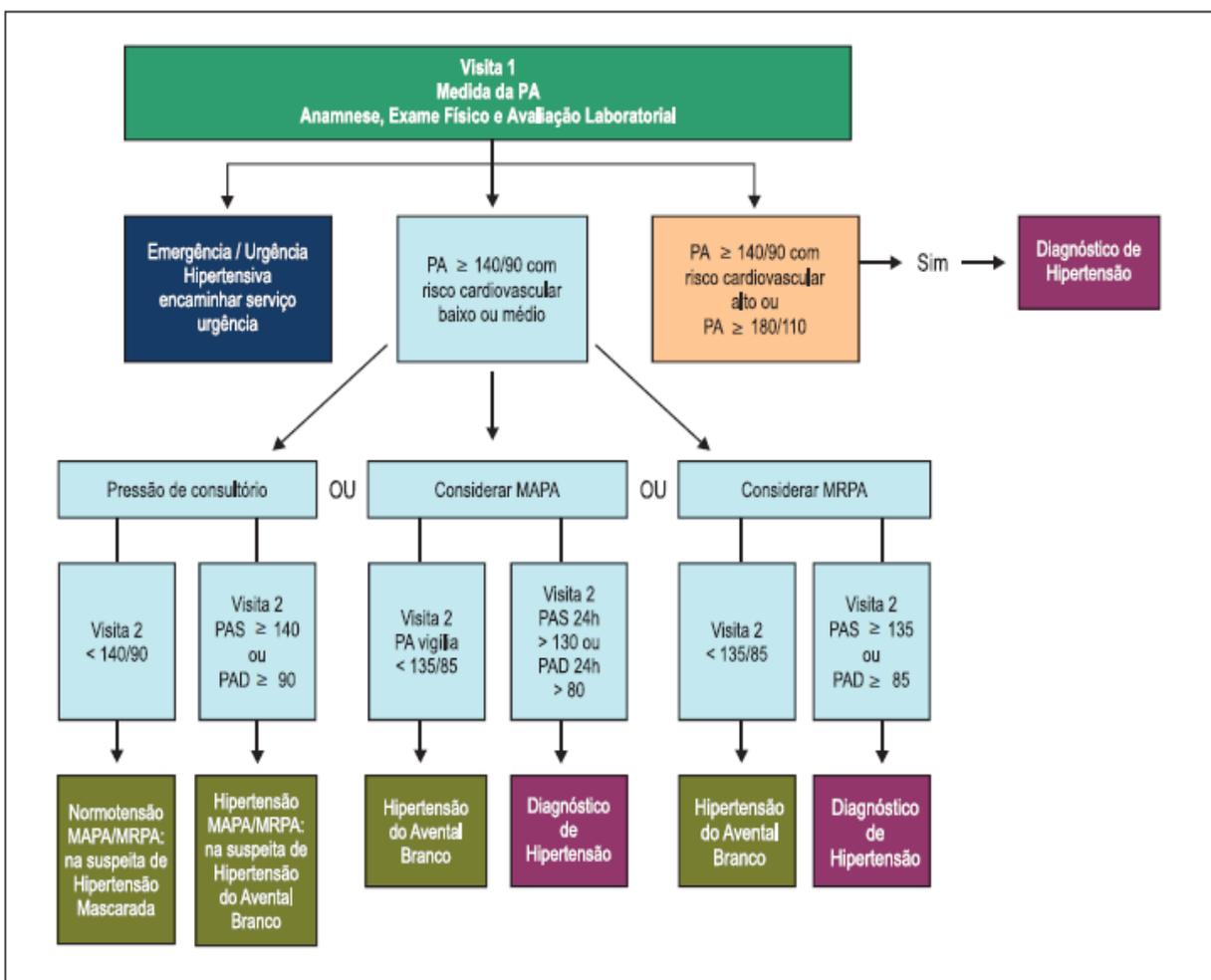


Figura 1 - Fluxograma para diagnóstico de hipertensão arterial (Sociedade Brasileira de Cardiologia- 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial).

Tipos de HAS:

Primária ou essencial - É a forma mais comum de hipertensão, contabilizando 90 a 95% de todos os casos da doença²⁹. Em sua maioria é de etiologia desconhecida, porém a relação entre antecedentes familiares e interação ambiental está bem estabelecida como fatores importantes para o desenvolvimento da hipertensão nos indivíduos predispostos³⁰.

Secundária – Entre 5 a 10% dos casos de HAS possuem causas identificáveis, como patologias renais (por exemplo, estenose de artéria renal), endócrinas (por exemplo, síndrome de Cushing, hipertireoidismo ou hiperaldosteronismo primário) e cardíacas (coarctação de aorta, por exemplo), obesidade e uso de determinados medicamentos³¹.

Quadro Clínico da HAS:

Do ponto de vista clínico, a hipertensão tem sido chamada de “assassino silencioso” devido à falta de sintomas específicos durante os seus estágios iniciais³². A maioria das pessoas com diagnóstico de hipertensão geralmente são diagnosticados depois de se apresentarem com complicações decorrentes da pressão arterial elevada grave, como danos ao órgão alvo. Outros são identificados durante feiras de saúde e programas de rastreio. Apresentação com insuficiência ventricular esquerda aguda como fundo da doença cardíaca hipertensiva também não é incomum. O cenário de um acidente vascular cerebral agudo (isquêmico ou hemorrágico), é outra apresentação possível para a HAS não diagnosticada ou não adequadamente tratada. Portanto, o cuidado deve ser tomado na avaliação e tratamento de tais pacientes, a fim de evitar o agravamento do déficit neurológico e também reduzindo a possibilidade de transformação hemorrágica de um acidente vascular cerebral isquêmico.

Tratamento da HAS:

O tratamento da hipertensão deve começar pela terapia não farmacológica, incluindo a restrição moderada de sódio na dieta, redução de peso em obesos, evitar a ingestão de álcool em excesso, e exercícios aeróbicos regulares. Essas modalidades terapêuticas envolvem pouco ou nenhum risco e todos são benéficos do ponto de vista geral de saúde, mesmo em indivíduos normotensos¹.

A redução da pressão sanguínea é também benéfica em alguns pacientes que têm pressões sanguíneas perto, mas não na faixa hipertensiva, principalmente com condições concomitantes, tais como diabetes e doença renal crônica¹.

O seguimento contínuo do paciente, orientando e salientando a importância de ter a pressão arterial controlada, é fundamental para o sucesso terapêutico. Permite, também, o monitoramento das condições clínicas e a avaliação da necessidade de aumentar a dose ou acrescentar outra(s) classe(s) de anti-hipertensivo(s)³³.

Para Basile e Bloch (2016) o tratamento da hipertensão é a razão mais comum para visitas ao consultório de adultas não grávidas para os clínicos nos Estados Unidos e para o uso de medicamentos prescritos³⁴. A Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (NHANES)⁴⁰, realizada a partir de 2005 até 2008 estimou que aproximadamente 29 a 31 por cento dos adultos nos EUA têm hipertensão. Extrapolando a partir destes dados, aproximadamente 76,4 milhões de norte-americanos com idade superior a 20 anos têm hipertensão. Os dados do NHANES 1999-2006 sugerem que até 8 por cento dos adultos norte-americanos têm hipertensão não diagnosticada e, portanto, não tratada. No Brasil, estudos que analisam a prevalência de HAS são poucos, e demonstram um subdiagnóstico e subtratamento de HAS^{35,36,37}.

As diretrizes e os consensos nacionais e internacionais apontam para a necessidade do tratamento otimizado da hipertensão arterial (HA). Mesmo assim verifica-se que há baixos índices de controle e alcance de metas preconizadas.

Esse fato indica que devem ser planejadas e implementadas melhores estratégias de tratamento. De maneira geral, as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (V DBHA) e o JNC 7 recomendam que, para a hipertensão no estágio 1, deve-se iniciar o tratamento farmacológico com monoterapia, podendo-se escalar a dose, caso não tenha sido alcançado a meta de pressão arterial (PA). Também preconizam o uso de associações quando a PAS estiver 20 mmHg e a PAD 10 mmHg, respectivamente, acima da meta. Para pacientes com HA no estágio 2, pode-se considerar o uso de associações de medicamentos para o início do tratamento, observando que, em alguns casos, a monoterapia também está indicada. A meta para portadores de HA nos estágios 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio é PA < 140/90 mmHg; e para aqueles com risco cardiovascular alto é PA < 130/85 mmHg, e para os com risco cardiovascular muito alto é PA < 130/80 mmHg. Nos portadores de nefropatia com proteinúria > 1,0 g/l, recomenda-se PA < 120/75 mmHg. Entretanto, se possível, alcançar valores de pressão arterial ainda menores (PA < 120/80 mmHg)³³.*

Abaixo o fluxo de tratamento medicamentoso:

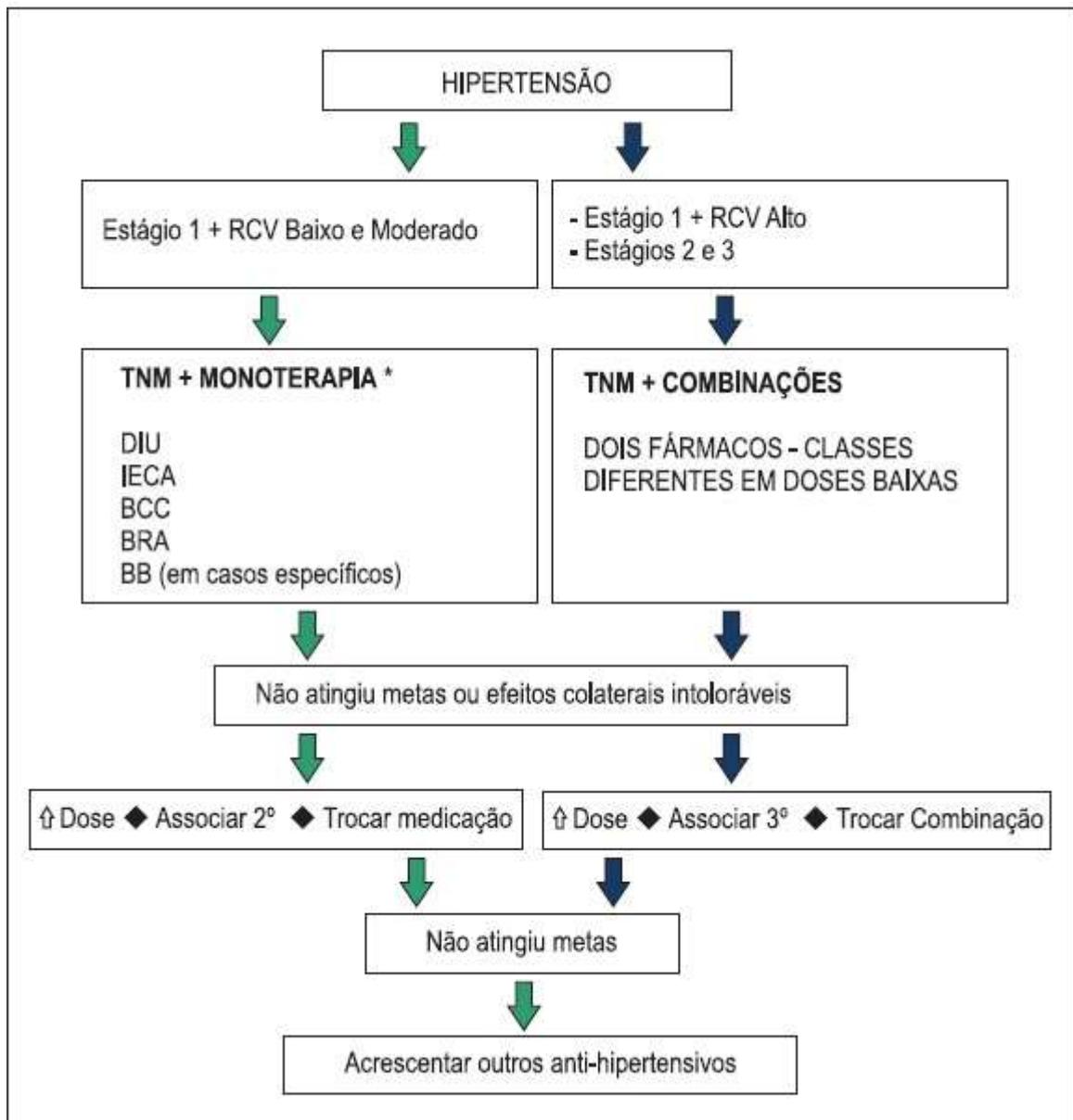


Figura 2 Fluxograma para o tratamento da hipertensão. RCV: risco cardiovascular; TNM: tratamento não medicamentoso; DIU: diuréticos; IECA: inibidores da enzima de conversão da angiotensina; BCC: bloqueador dos canais de cálcio; BRA: bloqueador do receptor de angiotensina; BB: betabloqueadores¹.

Na Normotensão Verdadeira há valores normais tanto nas medidas obtidas no consultório como naquelas obtidas pela MRPA ou MAPA. Na Hipertensão Verdadeira ocorre comportamento exatamente oposto obtendo-se valores acima da normalidade em ambas as situações. Hipertensão do Avental Branco é definida como sendo a situação caracterizada por PA sempre alterada nas medidas convencionais ou de consultório com PA normal durante o período de vigília pela MAPA ou na MRPA, enquanto que a Hipertensão Mascarada ou Normotensão do Avental Branco é caracterizada por valores persistentemente normais nas medidas convencionais, porém alterados na MAPA ou MRPA. Cada uma dessas condições tem características próprias e aspectos prognósticos peculiares. A definição desses novos tipos de comportamento da PA com a utilização desses novos métodos de avaliação da pressão arterial deve ser considerada.

Assim, o fracasso da terapia anti-hipertensiva é comum e está relacionada principalmente à falta de adesão ao tratamento. Por isso é uma prioridade desenvolver estratégias para determinar quais fatores estão relacionados a ele. Neste contexto, a falta de adesão é percebida como um fator que ameaça a estabilidade familiar dos pacientes, a menos que o ambiente familiar seja alterado para apoiá-los³⁸.

O relatório do Framingham Heart Study confirmou o benefício da terapia anti-hipertensiva a longo prazo sobre a incidência da doença cardiovascular e mortalidade⁴¹. Todas as causas de mortalidade e mortalidade cardiovascular em 10 anos foram significativamente menores com a terapia anti-hipertensiva:

- Nos homens, a mortalidade foi reduzida de 43 a 31 por cento e mortalidade cardiovascular foi reduzida de 28 a 13 por cento

- Nas mulheres, a mortalidade foi reduzida 34-21 por cento e mortalidade cardiovascular foi reduzido de 19 para 9 por cento

Mesmo maiores benefícios foram mostrados com o tratamento de hipertensos idosos (com mais de 65 anos), a maioria dos quais tinham hipertensão sistólica isolada. Porque idosos em risco, tais como cardiovascular global mais elevado, as reduções de curto prazo em sua hipertensão fornecem aparentemente maiores benefícios do que a observada em pacientes mais jovens. No entanto, entre os pacientes idosos tratados com hipertensão sistólica isolada, existe uma preocupação de que a baixa pressão diastólica após a terapia pode interferir com o tecido, em particular coronária, perfusão e possivelmente aumentar o risco cardiovascular³⁹.

1. 2 Efetividade no tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

A baixa efetividade do tratamento medicamentoso pode ser explicada por barreiras de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, pela ineficácia dos fármacos em si, ao seguimento incorreto do tratamento medicamentoso, entre outros fatores⁷. Desse modo, dentre os fatores relacionados à ausência de resposta ao tratamento anti-hipertensivo, a não adesão terapêutica apresenta-se como um importante determinante, bem como um desafio para os profissionais de saúde, autoridades públicas em todas as esferas de atuação e pacientes hipertensos⁷.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que em países desenvolvidos a não adesão às terapias de longo prazo gira em torno de 50%, sendo esses valores superiores em países menos desenvolvidos⁸. A não adesão ocasiona desnecessário ajuste na prescrição terapêutica pela falta de resposta positiva ao tratamento, aumento dos custos concomitantes no cuidado à saúde, como hospitalizações, tratamento de complicações e transferência do nível de atenção à saúde do paciente para serviços secundários ou terciários⁶. Apesar dos serviços de saúde da família da rede de atenção primária à saúde no Brasil serem responsáveis pela assistência a milhões de pessoas com HAS, a baixa adesão é mais frequente neste nível de atenção do que entre pacientes de serviços especializados⁹.

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica é considerada um processo complexo e multideterminado, influenciado pelo meio ambiente, pelo

indivíduo, pelos profissionais de saúde e cuidados de assistência médica, além de fatores biológicos, socioeconômicos, psicológicos e culturais.¹⁰

Assim como outras doenças crônicas, o tratamento da HAS requer mudanças no estilo de vida, com a participação ativa do paciente, como prática de exercícios físicos, dieta adequada, cessação do tabagismo, diminuição do consumo de álcool e controle de doenças crônicas associadas^{1 13 14}. Além disto, o acompanhamento longitudinal e continuado assegura o monitoramento do quadro clínico do paciente favorecendo melhores prognósticos futuros. Procurar o médico e se comprometer em seguir suas orientações caracteriza o comportamento de adesão ao tratamento.¹³

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) os fatores determinantes da adesão ao tratamento da HAS são ¹³:

1. Tratamento e Características da doença:

- Complexidade do tratamento: quanto maior a complexidade, menor é a probabilidade do indivíduo em segui-lo.
- Duração da doença: relação negativa entre o tempo da doença e a adesão ao tratamento.
- Característica assintomática da doença: quanto menor a percepção de sintomas, menor é a procura pelo tratamento
- Prestação de cuidados: uma equipe multiprofissional envolvida na prestação de cuidados de saúde, aumenta o envolvimento do indivíduo no seu tratamento.

2. Fatores Intrapessoais:

- Idade: associada com a adesão ao tratamento.
- Gênero: o feminino possui uma maior adesão ao tratamento, quando comparado com o masculino.
- Autoestima: níveis elevados, contribuem com uma boa adesão.
- Percepção e entendimento da doença: As percepções e conhecimentos do paciente hipertenso em relação à sua doença e às modificações de hábitos

que precisará empreender influencia a adesão ao tratamento e consequentemente contribuem para a melhora da sua qualidade de vida.

- Excesso de Álcool: quanto maior é o consumo, menor será a adesão.

3. Fatores Interpessoais: uma boa relação entre os profissionais e o indivíduo e um bom suporte familiar e social implicam em uma boa adesão ao tratamento da HAS.

4. Fatores ambientais: fatores como baixo nível socioeconômico, analfabetismo e desemprego influenciam para uma baixa adesão ao tratamento.

2. Justificativa

Conforme mencionado anteriormente, medir a adesão ao tratamento da HAS é uma tarefa complexa, uma vez que a não adesão está relacionada não somente a não tomar os medicamentos prescritos, mas ao modo como o paciente encara o seu tratamento, o seu comportamento em relação à dose, horário, frequência e sua duração.¹¹

De forma objetiva, entende-se a adesão a medicamentos como a utilização dos medicamentos prescritos em pelo menos 80% do seu total, observando-se horários, doses e tempo de tratamento. Pacientes em uso inferior a 80% apresentam risco quatro vezes maior para eventos cardiovasculares agudos.¹²

Desse modo, dimensionar o processo de adesão e retratá-lo em um contexto definido representa uma importante estratégia para compreensão dos fatores associados ao prognóstico da HAS. Além disto, representa instrumento para subsidiar a implementação de ações por parte dos serviços da rede de atenção primária e pelos profissionais da saúde da família, com vistas a potencializar a adesão, melhorar o controle da doença e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral:

- Avaliar o perfil clínico, epidemiológico e sociodemográfico, bem como as características da adesão ao autocuidado de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica em Unidade de Saúde da Família.

3.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar os pacientes com HAS, segundo os aspectos sociodemográficos, clínicos e epidemiológicos.
- Avaliar o nível de adesão ao tratamento dos pacientes com HAS.
- Avaliar a associação entre os níveis de adesão e os aspectos sociodemográficos, clínicos e epidemiológicos dos pacientes com HAS.

4. Casuística e Métodos

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, no qual os dados de interesse de cada participante foram coletados simultaneamente, para que fosse possível identificar a ocorrência das variáveis de interesse. As referidas variáveis foram apresentadas. O estudo se desenvolveu no período de março de 2017 a março de 2019 sendo que a coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a dezembro de 2018.

4.2 Participantes

Os participantes do estudo são pacientes de ambos sexos, com idade igual ou superior 40 anos, com diagnóstico confirmado de HAS segundo os critérios da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial (referência) e em acompanhamento na Unidade de Saúde da Família Jamil Cury há pelo menos um ano.

4.3 Critérios de Inclusão

- Ter idade igual ou superior a 40 anos.
- Ter diagnóstico de confirmado de HAS.
- Estar cadastrado e em acompanhamento clínico na Unidade de Saúde da Família “Jamil Cury” há pelo menos um ano.
- Concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.4 Critérios de Exclusão

- Pacientes com HAS secundária.
- Pacientes portadores em uso de corticoterapia oral para tratamento de outras doenças.
- Pacientes apresentando comprometimento na compreensão e comunicação verbal.
- Informações ou dados incompletos ou inconsistentes.
- Recusa em participar do estudo e/ou em assinar o TCLE.

4.5 Procedimentos de Coleta de Dados

O primeiro contato com os participantes do estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família “Jamil Cury” e nas residências dos pacientes, onde foram abordados por alunos voluntários do curso de odontologia e medicina, de forma individual e em um local privado. Neste primeiro contato foram apresentados os objetivos do estudo e foram esclarecidas possíveis dúvidas. Para os participantes que aceitaram participar do estudo, foi solicitada a assinatura do TCLE (Apêndice 1) e em seguida aplicado o instrumento de avaliação da adesão.

4.6 Instrumentos de Coleta de Dados

4.6.1 Caracterização dos Participantes

Foi utilizado um instrumento de caracterização dos participantes (Apêndice 2) do estudo, para a coleta dos dados de identificação, das condições sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas.

Como dados de identificação foram considerados o nome, a idade, endereço e a naturalidade; como dados sócio demográficos o gênero, a etnia, a procedência, o estado civil, a escolaridade, a ocupação e a renda familiar. Para a identificação da renda familiar, foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).

Os dados clínicos e epidemiológicos considerados foram o tempo de diagnóstico, tipo de tratamento, monoterapia ou não, doenças associadas [diabetes mellitus, doença arterial coronariana (DAC), acidente vascular cerebral (AVC), doença arterial periférica (DAP) e hipotireoidismo], complicações e valores de medida de pressão arterial, através da Medida Casual de Pressão Arterial em residência, por profissional capacitado. As aferições de pressão ocorreram em duas visitas em dias e horários distintos, à residência do paciente e foram realizadas por alunos do último ano dos cursos de odontologia e enfermagem, capacitados para manusear esfigmomanômetros com técnica oscilométrica pelos aparelhos semiautomáticos digitais de braço validados estando também calibrados. Foram utilizados para tal, dois monitores automáticos de braço da marca Omron M3 Confort HEM-7134-E,

aprovados pela Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI)⁴², calibrados, e com o uso de manguitos adequados à circunferência do braço do participante (paciente). Na primeira avaliação, as medidas foram obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, utilizou-se como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes. Em cada consulta foram ser realizadas três medidas em cada braço, com o intervalo de um minuto entre elas.

4.6.2 Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (Anexo A), é um instrumento de segmentação econômica baseado no Levantamento Socioeconômico (LSE) do IBOPE, que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população segundo o poder aquisitivo, revelando importantes diferenças sobre suas condições de vida. O instrumento atribui pontos a cada característica domiciliar, que são somados obtendo uma faixa de pontuação que, ao final, é relacionada a um estrato econômico, definidos como Classe A, Classe B1, Classe B2, Classe C1, Classe C2, Classe D-E ¹⁵.

4.6.3 Questionário

O questionário MMAS-8 foi traduzido para português e validado. (Anexo B). É composto por oito perguntas com respostas Sim ou Não, em que a resposta errada não soma pontos, e a resposta correta soma 1 ponto. Cada item mensura um comportamento aderente específico, com sete perguntas que devem ser respondidas negativamente e apenas uma (pergunta 5), positivamente, sendo a última questão respondida segundo uma escala de cinco opções: nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente, sempre. Possui uma classificação tricotômica: escores de 8 indica alta adesão, escores entre 6-8 indica média adesão e escores < 6, baixa adesão. O paciente é considerado aderente ao tratamento quando a pontuação obtida for de 8 pontos e não aderente quando os escores forem ≤ 7 pontos.

4.7 Análise dos Dados

A análise dos dados foi dividida em etapas. O objetivo principal foi determinar quais variáveis clínicas e sociodemográficas estão relacionadas com a adesão ou não à terapia medicamentosa, com especial destaque à associação de tal adesão com a hipertensão arterial sistêmica. Primeiramente apresentamos as frequências e estatísticas descritivas de todas as variáveis do estudo. Na segunda parte, apresentamos as mesmas frequências e estatísticas descritivas, mas para cada grupo de pacientes: os aderentes e os não aderentes. Por fim, na terceira parte, apresentamos os resultados obtidos a partir do ajuste de Modelos de Regressão Logística para determinar quais fatores influenciam a adesão, a uma significância estatística estabelecida. Para fins estatísticos, considerou-se o escore do questionário MMSA-8, onde são considerados aderentes ao tratamento os pacientes com a pontuação de 8 pontos e não aderente quando os escores forem ≤ 7 pontos. Ou seja, os pacientes aderentes são aqueles que responderam “Sim” à questão 5, e “Não” em todas as outras sete questões, totalizando 8 pontos no escore do questionário MMSA-8

Tamanho da amostra:

Foram coletados dados de toda a população com diagnóstico confirmado de Hipertensão Arterial Sistêmica cadastrados na área da USF Jamil Cury, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão. Dessa forma, não houve necessidade do cálculo de tamanho amostral, pois toda a população hipertensa cadastrada foi avaliada. A coleta de dados e aplicação dos questionários ocorreu durante o ano de 2018, na referida unidade e nos domicílios dos pacientes selecionados.

Os dados, após coletados, foram transportados para uma planilha de dados do programa Excel for Windows 2010. Todas as análises foram realizadas utilizando o software estatístico R.

Análise estatística Descritiva:

Os dados são apresentados na forma de tabelas e gráficos, contendo frequências absolutas e relativas, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão), bem como os casos válidos e omitidos.

Análise Inferencial (estatística e causal):

Para a comparação entre médias das variáveis quantitativas entre dois grupos independentes foi utilizado o Teste t de Student não pareado e bicaudal⁴³.

Para a comparação das proporções das variáveis qualitativas entre dois grupos independentes foi utilizado o Teste Qui Quadrado.

A associação entre as variáveis foi verificada através das análises de Regressão Logística e Logística Múltipla e mensurada através da Razão de Prevalência (RP) e seu respectivo intervalo de confiança a 95% (IC 95%).

O nível de significância adotado para todos os testes estatísticos foi fixado em 5%.

Para a análise estatística foram utilizadas as variáveis quantitativas: idade, número de residentes no domicílio, tempo de diagnóstico, valor da pressão arterial, níveis séricos do colesterol total, LDL, HDL e triglicérides e as variáveis qualitativas: gênero, etnia, naturalidade, procedência, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar (segundo o CCEB), tabagismo, presença de morbidades associadas como diabetes mellitus, DAC, AVC, DAP, hipotireoidismo e obesidade.

4.8 Aspectos Éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Centro de Saúde Escola “Joel Domingos Machado” para apreciação e foi autorizado (parecer número 2.462.596). Todos os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas para as pesquisas realizadas com seres humanos. (Anexo C)

5. Resultados

5.1 Análises Descritivas

Foram estudados 246 pacientes com HAS, cadastrados e em seguimento clínico na Unidade de Saúde da Família “Jamil Cury”. Entre os pacientes entrevistados, observamos predomínio de pacientes do sexo feminino (59,7%), que se autodeclaravam brancos (60,9%), solteiros (63,9%) e com grau de escolaridade ensino médio completo (34,9%). A ocupação mais referida foi a do lar (41,1%) e a classificação econômica predominante foi a C1 (89,8%) (Tabela 1). A média geral de idade observada foi de 58,19 anos (Tabela 2).

Tabela 1: Distribuição das variáveis sócio demográficas na população estudada.

Variável	Categorias	Total	valor p*
Sexo	Feminino	147 (59,7%)	0,0022
	Masculino	99 (40,2%)	
Etnia	Branco	150 (60,9%)	<0.0001
	Pardo	65 (26,4%)	
	Negro	29 (11,7%)	
	Amarelo	2 (0,8%)	
Procedência	Ribeirão Preto	246 (100%)	<0.0001
Estado Civil	Solteiro	161 (65,4%)	<0.0001
	Casado\Amasiado	45 (18,2%)	
	Divorciado\Separado	31 (12,6%)	
	Viúvo	9 (3,6%)	
Escolaridade	Ensino Médio Completo	86 (34,9%)	<0.0001
	Ensino Fundamental Incompleto	67 (27,2%)	
	Ensino Fundamental Completo	51 (20,7%)	
	Ensino Superior Completo	15 (6,0%)	
	Ensino Médio Incompleto	26 (10,5%)	
	Analfabeto	1 (0,4%)	
Ocupação	Do lar	101 (41,1%)	<0.0001
	Autônomo	54 (22%)	
	Desempregado	36 (14,6%)	
	Aposentado	17 (6,9%)	
	Outro	14 (5,7%)	
	Funcionário Público	6 (2,4%)	
	Pedreiro	7 (2,8%)	
	Porteiro	6 (2,4%)	
	Secretária	5 (2%)	
Classificação Econômica	C1	221 (89,8%)	<0.0001
	B2	13 (5,2%)	
	C2	12 (4,8%)	

*Teste de Qui-quadrado.

Tabela 2: Estatística descritiva da idade na população estudada.

Variável	Média	DP	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Idade	58,19	11,43	40	49	57	66,75	91

Dentre os medicamentos utilizados para controle da pressão arterial, a maioria dos pacientes estudados (61,7%) fazia uso de apenas uma classe de medicamentos anti-hipertensivos; a população estudada não possuía, em sua maioria, doenças associadas à HAS (69,9%) ou complicações decorrentes da doença (95,5%) e que 152 (61,8%) pacientes eram aderentes, segundo os critérios do questionário utilizado, enquanto que 94 (38,2%) não eram.

Tabela 3: Distribuição das variáveis clínicas na população estudada.

Variável	Categorias	Total	valor p*
Medicamentos	Não faz uso	6 (2,4%)	<0.0001
	Usa 1 classe de medicamentos	152 (61,7%)	
	Usa 2 classes de medicamentos	66 (26,8%)	
	Usa ≥3 classes de medicamentos	22 (8,9%)	
Doenças Associadas	Não	172 (69,9%)	<0.0001
	Dislipidemia	51 (20,7%)	
	Dislipidemia, DM2	11 (4,4%)	
	DM2	9 (3,6%)	
	DM2, dislipidemia	2 (0,8%)	
	Glicemia jejum alterada	1 (0,4%)	
Complicações	Não	235 (95,5%)	<0.0001
	IAM prévio	6 (2,4%)	
	Cardiomegalia	3 (1,2%)	
	Cardiopatía hipertensiva	2 (0,8%)	
Você às vezes esquece de tomar os seus remédios para pressão?	Não	171 (69,5%)	<0.0001
	Sim	75 (30,4%)	
Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta?	Não	166 (67,4%)	<0.0001
	Sim	80 (32,5%)	
Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?	Não	171 (69,5%)	<0.0001
	Sim	75 (30,4%)	
Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?	Não	170 (69,1%)	<0.0001
	Sim	76 (30,8%)	
Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?	Sim	175 (71,1%)	<0.0001
	Não	71 (28,8%)	

Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?	Não	173 (70,3%)	<0.0001
	Sim	73 (29,6%)	
Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?	Não	171 (69,5%)	<0.0001
	Sim	75 (30,4%)	
Com frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão?	Não	170 (69,1%)	<0.0001
	Sim	76 (30,8%)	
Aderente	Não	94 (38,2%)	0,0002
	Sim	152 (61,7%)	

A média do tempo de diagnóstico confirmado de HAS para a amostra estudada foi de 8,11 anos (Tabela 4). A média dos níveis séricos de colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol, triglicérides e glicemia de jejum se mantiveram dentro dos seus respectivos valores de referência, considerados normais (Tabela 4).

Tabela 4: Estatísticas descritivas das variáveis clínicas da população estudada.

Variável	Média	DP	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Tempo de Diagnóstico	8,11	5,35	1	4	8	10	27
Faltas	0,80	0,91	0	0	1	1	3
Colesterol Total	165,84	37,90	127	132	165	186,75	279
LDL	89,06	25,23	51	68,8	88	101	199,8
HDL	48,90	4,72	30	49	50	51	59
Triglicérides	115,68	58,83	60	66	89	150	321
Glicemia em jejum	91,57	12,12	68	85	89	95	201
PASistólica_E_1	123,32	12,91	100	115	120	130	175
PADiastólica_E_1	80,78	10,00	60	70	80	90	110
PASistólica_E_2	123,50	12,47	99	111	120	130	174
PADiastólica_E_2	80,91	9,90	63	72	79	85,75	111
PASistólica_E_3	123,59	12,29	100	112	120	130	175
PADiastólica_E_3	80,72	10,21	64	70,25	80	88,25	111
PASistólica_D_1	123,43	12,87	100	111	121	131	174
PADiastólica_D_1	80,98	10,29	66	70	80,5	86	112
PASistólica_D_2	123,50	12,56	100	112	120,5	130	175
PADiastólica_D_2	80,83	9,60	65	73	79	85,75	110
PASistólica_D_3	123,68	12,35	101	112	120	131	176
PADiastólica_D_3	81,11	9,83	65	72	80	85,75	110
PASistólica_E_4	123,12	12,90	100	111	120	131	174
PADiastólica_E_4	81,24	9,95	66	72	80	85,75	112
PASistólica_E_5	122,53	13,95	100	112	122	130	175

PADiastólica_E_5	81,32	9,27	65	73	81	85	110
PASistólica_E_6	121,84	14,46	100	112	120	131	176
PADiastólica_E_6	80,96	9,94	65	72	80	85	110
PASistólica_D_4	123,11	12,97	100	115	120	130	175
PADiastólica_D_4	80,73	9,98	60	70	80	88,75	110
PASistólica_D_5	123,33	12,38	99	111	120	130	174
PADiastólica_D_5	80,85	9,88	63	72	79,5	84,75	111
PASistólica_D_6	123,46	12,22	100	111	121	130	175
PADiastólica_D_6	80,65	10,23	64	71	80	86	111

Ao se considerar o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (aderentes e não aderentes), a média de idade observada entre os pacientes aderentes foi de 57,12 anos, mais baixa que os pacientes não aderentes (59,93 anos) (Tabela 5; Figura 3).

Tabela 5: Estatística descritiva da Idade da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Variável	Aderente	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Idade	Sim	57,12	11,39	40,00	48,00	54,50	65,25	89,00
	Não	59,93	11,35	41,00	50,00	60,00	68,00	91,00

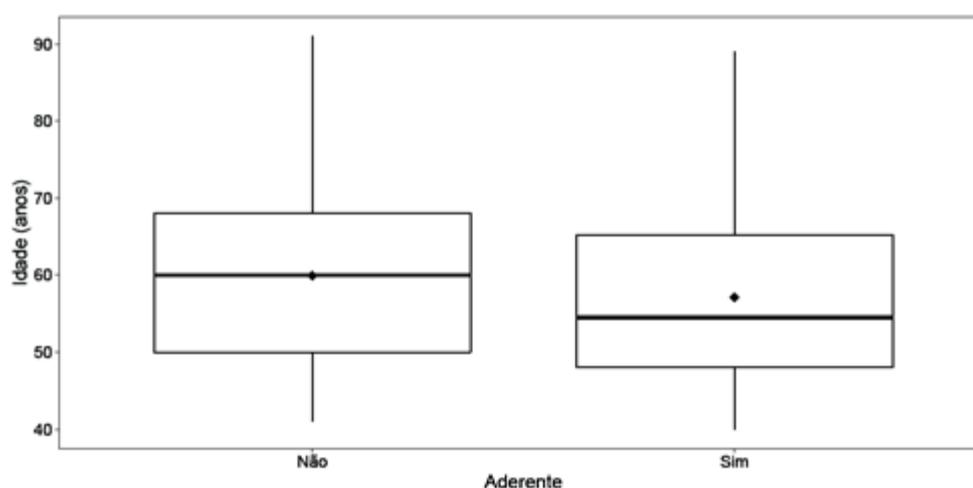


Figura 3: Mediana da Idade da população estudada, de acordo com o nível de adesão (Box-plot)

Tabela 6: Distribuição das variáveis sócio demográficas da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Variável	Categorias	Aderente		valor p*
		Sim	Não	
Sexo	Masculino	63 (63,6%)	36(36,3%)	0,69
	Feminino	89 (60,5%)	58 (39,4%)	
Etnia	Branco	91 (60,6%)	59 (39,3%)	0,75
	Negro	17 (58,6%)	12 (41,3%)	
	Pardo	42 (64,6%)	23 (35,3%)	
	Amarelo	2 (100%)	0 (0%)	
Procedência	Ribeirão Preto	152 (61,7%)	94 (38,2%)	1
Estado Civil	Solteiro	103 (63,9%)	58 (36,0%)	0,72
	Casado\Amasiado	25 (55,5%)	20 (44,4%)	
	Divorciado\Separado	18 (58,0%)	13 (41,9%)	
	Viúvo	6 (66,6%)	3 (33,3%)	
Escolaridade	Analfabeto	0 (0%)	1 (100%)	0,23
	Ensino Fundamental Incompleto	34 (50,7%)	33 (49,2%)	
	Ensino Fundamental Completo	34 (66,6%)	17 (33,3%)	
	Ensino Médio Incompleto	18 (69,2%)	8 (30,7%)	
	Ensino Médio Completo	56 (65,1%)	30 (34,8%)	
	Ensino Superior Completo	10 (66,6%)	5 (33,3%)	
Ocupação	Outro	7 (50%)	7 (50%)	0,60
	Aposentado	7 (41.2%)	10 (58.8%)	
	Autônomo	38 (70.4%)	16 (29.6%)	
	Desempregado	22 (61.1%)	14 (38.9%)	
	Do lar	63 (62.4%)	38 (37.6%)	
	Funcionário Público	4 (66.7%)	2 (33.3%)	
	Pedreiro	5 (71.4%)	2 (28.6%)	
	Porteiro	3 (50%)	3 (50%)	
	Secretária	3 (60%)	2 (40%)	
Classificação Econômica	B2	9 (69,2%)	4 (30,7%)	0,89
	C1	136 (61,5%)	85 (38,4%)	
	C2	7 (58,3%)	5 (41,6%)	

*Teste Exato de Fisher.

Tabela 7: Distribuição das variáveis clínicas da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Variável	Categorias	Aderente		valor p*
		Sim	Não	
Medicamento	Usa 1 classe de medicamentos	3 (50%)	3 (50%)	0,35
	Usa 2 classes de medicamentos	97 (63.816%)	55 (36.184%)	
	Usa 3 classes de medicamentos	42 (63.636%)	24 (36.364%)	
	Usa 4 classes de medicamentos	10 (45.455%)	12 (54.545%)	
Doenças Associadas	Não	30 (58.824%)	21 (41.176%)	0,13
	Dislipidemia	5 (45.455%)	6 (54.545%)	
	Dislipidemia, DM2	3 (33.333%)	6 (66.667%)	
	DM2	1 (50%)	1 (50%)	
	DM2, dislipidemia	0 (0%)	1 (100%)	
	Glicemia jejum alterada	113 (65.698%)	59 (34.302%)	
Complicações	Não	0 (0%)	3 (100%)	0,15
	IAM prévio	1 (50%)	1 (50%)	
	Cardiomegalia	4 (66.667%)	2 (33.333%)	
	Cardiopatía hipertensiva	147 (62.553%)	88 (37.447%)	

* Teste Exato de Fisher

Ao analisar a Tabela 8 e Figura 4, observa-se que os não-aderentes possuem tempo de diagnóstico maior em relação aos aderentes (os aderentes possuem média de tempo de diagnóstico de 7,3 anos, enquanto os não aderentes apresentam 9,35 anos de diagnóstico).

Tabela 8: Estatísticas descritivas das variáveis clínicas da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Variável	Aderente	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Tempo de Diagnóstico	Sim	7,34	5,22	1	3	7	9,25	27
	Não	9,35	5,36	1	5,25	9	11,75	25
Faltas	Sim	0,70	0,79	0	0	1	1	3

	Não	0,97	1,05	0	0	1	2	3
PASistólica_E_1	Sim	117,21	8,28	100	110	120	120	150
	Não	133,19	12,97	110	130	130	140	175
PADiastólica_E_1	Sim	76,43	6,51	60	70	75,5	80	100
	Não	87,80	10,67	70	80	90	95	110
PASistólica_E_2	Sim	117,57	8,12	99	110	120	120,25	151
	Não	133,09	12,34	110	129,25	131	141	174
PADiastólica_E_2	Sim	76,72	6,30	63	70	79	81,25	100
	Não	87,70	10,87	69	80	90	94	111
PASistólica_E_3	Sim	117,78	7,86	100	111	119	122	150
	Não	132,99	12,38	109	130	131	140,75	175
PADiastólica_E_3	Sim	76,23	6,50	64	70	80	80	99
	Não	87,99	10,95	68	80	89	95,75	111
PASistólica_D_1	Sim	117,22	8,27	100	110	119	121	151
	Não	133,46	12,68	110	130,25	131	142	174
PADiastólica_D_1	Sim	76,42	6,75	66	69	80	81	100
	Não	88,35	10,76	69	81	89	96	112
PASistólica_D_2	Sim	117,55	8,13	100	110	119	121	150
	Não	133,13	12,50	109	129	132	141	175
PADiastólica_D_2	Sim	76,47	5,90	65	71	79	79	99
	Não	87,88	10,25	69	80	89	95,75	110
PASistólica_D_3	Sim	117,82	7,78	101	112	118	121	152
	Não	133,15	12,54	110	130	131	140	176
PADiastólica_D_3	Sim	76,87	6,10	65	72	80	80	101
	Não	87,98	10,82	69	79	90	95	110
PASistólica_E_4	Sim	116,66	7,52	100	110	119	120	151
	Não	133,56	12,97	109	130	131	142	174
PADiastólica_E_4	Sim	76,74	6,02	66	72	80	80	100
	Não	88,51	10,75	69	81	89	96	112
PASistólica_E_5	Sim	116,14	9,83	100	110	120	122	150
	Não	132,86	13,47	102	129	132	140	175
PADiastólica_E_5	Sim	77,22	5,67	65	72	79	81	99
	Não	87,95	10,11	69	81	89	95,75	110
PASistólica_E_6	Sim	115,11	9,97	100	110	118	120	152
	Não	132,72	13,99	100	130	131	141	176
PADiastólica_E_6	Sim	76,61	6,11	65	70	80	80	101
	Não	87,99	10,89	70	79	90,5	95	110
PASistólica_D_4	Sim	116,97	8,08	100	110	120	120	150
	Não	133,04	13,26	101	130	130	140	175
PADiastólica_D_4	Sim	76,39	6,44	60	70	75,5	80	100
	Não	87,73	10,72	70	80	90	95	110
PASistólica_D_5	Sim	117,34	7,66	99	110	120	120	151

	Não	133,02	12,44	110	129,25	131	141	174
PADiastólica_D_5	Sim	76,64	6,20	63	70	79	80	100
	Não	87,65	10,91	69	80	90	94	111
PASistólica_D_6	Sim	117,60	7,46	100	111	119	121,25	150
	Não	132,95	12,48	109	130	131	140,75	175
PADiastólica_D_6	Sim	76,15	6,43	64	70	79	80	99
	Não	87,93	11,06	68	80	89	95,75	111
Colesterol Total	Sim	165,40	38,51	127	132	165	179	279
	Não	166,55	37,07	127	132	165	210,5	256
LDL	Sim	88,76	26,25	51	68,8	84	101	199,8
	Não	89,54	23,61	51	69	88	101	154,8
HDL	Sim	48,91	4,78	30	49	50	51	59
	Não	48,89	4,65	33	49	50	51	59
Triglicérides	Sim	115,47	60,19	60	66	89	150	321
	Não	116,02	56,88	60	78	89	150	285
Glicemia em jejum	Sim	90,59	8,32	71	85	89	95	117
	Não	93,16	16,45	68	85	89	97,75	201

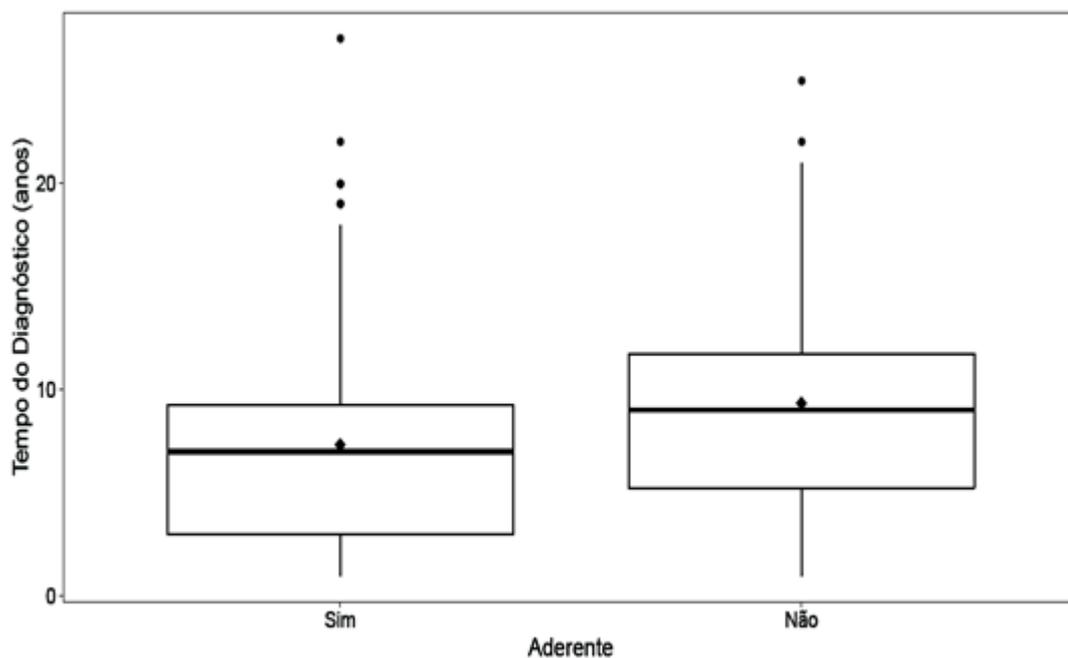


Figura 4: Mediana do tempo de diagnóstico da população estudada, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (Box-plot)

Observamos, ainda, um aumento nos valores de pressão sistólica e diastólica entre os não aderentes, em relação aos aderentes, em todas as aferições de pressão

arterial realizadas (Tabela 8 e Figuras 3 e 4), o que mostra claramente a associação entre adesão à terapia medicamentosa e o controle dos valores de pressão arterial sistêmica.

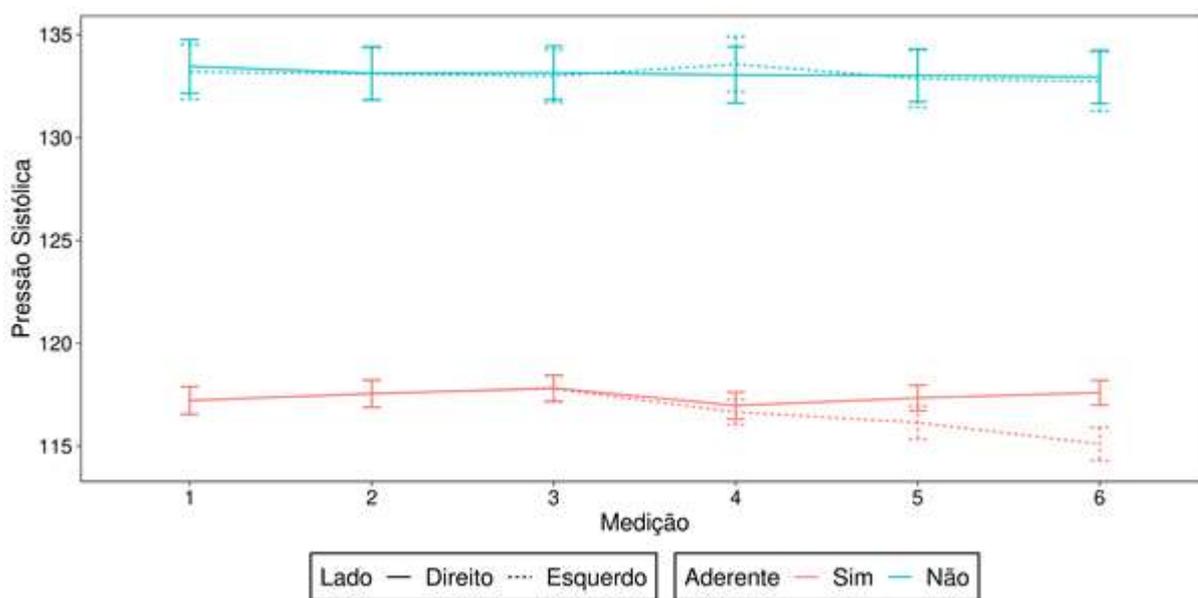


Figura 5: Dispersão dos níveis de pressão sistólica da população estudada ao longo do tempo, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo

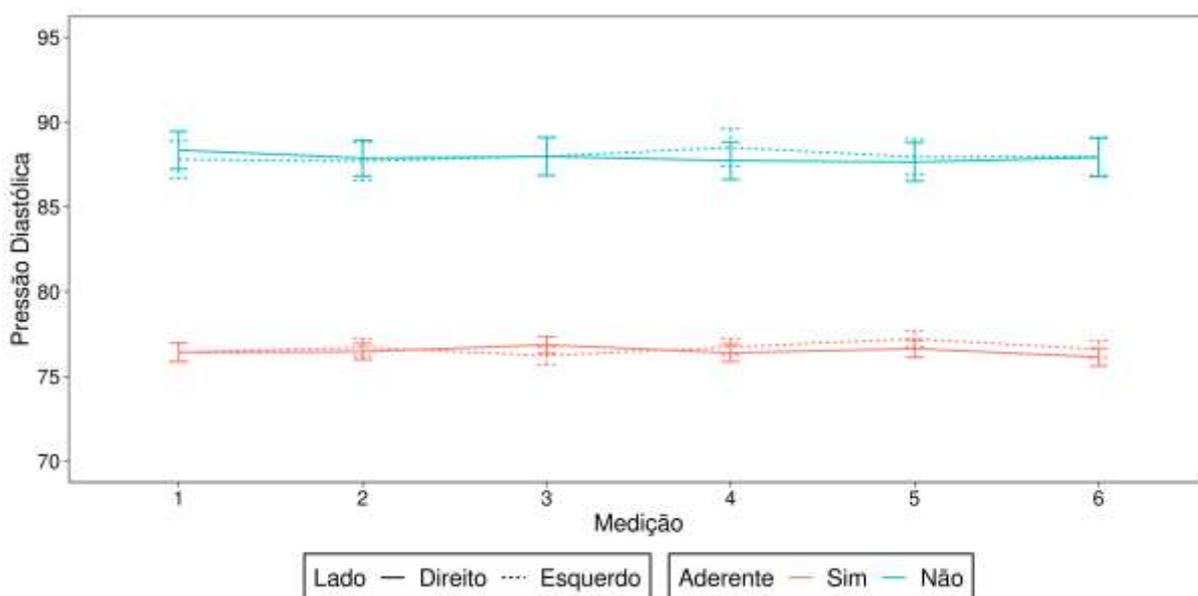


Figura 6: Dispersão dos níveis de pressão diastólica da população estudada ao longo do tempo, de acordo com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Com relação aos perfis bioquímicos da população estudada, não houve diferença entre as médias dos valores apresentados, considerando-se os níveis de adesão (aderentes e não aderentes) (Tabela 8).

5.2 Análise Inferencial (estatística e causal):

A fim de determinar quais variáveis estão associadas à adesão a terapia medicamentosa ajustamos Modelos de Regressão Logística, que visam modelar a chance de um paciente com determinada característica (valor de uma variável) ser aderente ou não. Para determinar, a partir desses modelos, quais variáveis estão associadas a aderência, comparamos a chance de indivíduos com diferentes valores da variável serem aderentes. Essa comparação foi feita através da Razão de Chances.

Os resultados do ajuste dos modelos estão presentes na Tabela 9. O Intervalo de Confiança é de 95% para as razões de chances.

Interpretando as variáveis qualitativas, comparamos a chance de um indivíduo de uma determinada categoria com um indivíduo de uma categoria de referência. Por exemplo, observando a linha referente à categoria Casado/Amasiado, observamos uma razão de chances de 0.70, o que significa que quando dividimos a chance de um indivíduo Casado/Amasiado ser aderente pela chance de um indivíduo solteiro ser aderente temos o valor de 0.70. Dessa forma, podemos interpretar que a chance de um indivíduo Casado/ Amasiado ser aderente é 30% menor do que a chance de um indivíduo solteiro. O mesmo vale para as outras categorias de estado civil: a razão de chances sempre compara a chance de um estado civil com a chance do estado Solteiro. Como todos os p-valores dos estados civis são maiores do que 0.1 e, logo, a uma significância de 10%, a chance de ser aderente é a mesma para todos os estados civil, isto é, observamos que não há associação entre estado civil e adesão à terapia medicamentosa. Interpretações análogas podem ser realizadas para as demais variáveis qualitativas.

Interpretando as variáveis quantitativas, comparamos a chance de um indivíduo que possui um determinado valor x nessa variável com um indivíduo que possui um valor $(x + \text{incremento})$ em que o incremento está representado na última coluna da Tabela 9. Por exemplo, considere a variável Idade. Vemos que a razão de chances é igual a 0:97 e o incremento é igual a 1. Isso significa que quando dividimos a chance de um paciente com idade $x+1$ ser aderente pela chance de um paciente com idade x ser aderente temos o valor 0:97, o que significa que o primeiro paciente tem uma chance 3% menor de ser aderente. Isso é equivalente a dizer que ao se aumentar em um ano a idade do paciente, se diminui em 3% sua chance de ser aderente. O p-valor da variável Idade é menor que 0:1 e logo, a uma significância estatística de 10%, há associação entre Idade e adesão à terapia medicamentosa. Interpretações análogas podem ser realizadas para as demais variáveis quantitativas.

Observamos na Tabela 9 que as seguintes variáveis estão associadas com a adesão à terapia medicamentosa:

- Idade a uma significância de 10%: quanto maior a idade, menor a chance de aderir à terapia medicamentosa.

- Tempo do Diagnóstico a uma significância de 1%: quanto maior o tempo do diagnóstico, menor a chance de aderir à terapia medicamentosa.
 - Faltas a uma significância de 5%: quanto maior o número de faltas, menor a chance de aderir à terapia medicamentosa.
 - Todas as Pressões Arteriais Sistólicas e Diastólicas a uma significância de 1%: quanto maior a pressão arterial, menor a chance de aderir à terapia medicamentosa.
- As demais variáveis não estão associadas à terapia medicamentosa a uma significância estatística de 10%. Não foram ajustados modelos para as variáveis Escolaridade, Ocupação, Procedência, Doenças Associadas e Complicações pois não há muita variabilidade nas categorias dessas variáveis: a maioria dos pacientes estão em uma determinada categoria, não havendo amostras suficientes nas demais categorias para ajustar os modelos.

Tabela 9 : Resultados obtidos a partir dos Modelos de Regressão Logística.

Parâmetro	Estimativa	Erro-padrão	Valor t	p-valor	Razão de Chances	Intervalo de Confiança 95%		Incremento
						Inferior	Superior	
Intercepto	1.74110	0.69230	2.51497	0.01190**				
Idade	-0.02155	0.01156	-1.86382	0.06235*	0.97900	0.95700	1.00100	1
Masculino	0.55962	0.20893	2.67851	0.00739**				
Feminino	-0.13142	0.26857	-0.48935	0.62460	0.87700	0.51600	1.48100	
Branco	0.43332	0.16715	2.59246	0.00953***				
Negro	-0.08502	0.41243	-0.20613	0.83669	0.91800	0.41200	2.10200	
Parda	0.16885	0.30859	0.54718	0.58425	1.18400	0.65000	2.18900	
Solteiro	0.57429	0.16416	3.49823	0.00047***				
Casado/Amasiado	-0.35114	0.34198	-1.02679	0.30452	0.70400	0.36000	1.38600	
Divorciado/Separado	-0.24886	0.39929	-0.62327	0.53311	0.78000	0.35800	1.73400	
Viuvo	0.11886	0.72591	0.16374	0.86994	1.12600	0.28600	5.49200	
Intercepto	1.06715	0.25009	4.26704	0.00002***				
Tempo Diagnóstico	-0.07074	0.02511	-2.81749	0.00484***	0.93200	0.88600	0.97800	1
1	0.00000	0.81650	0.00000	1.00000				
2	0.56738	0.83376	0.68050	0.49619	1.76400	0.31700	9.81300	
3	0.55962	0.85565	0.65402	0.51310	1.75000	0.30300	10.11500	
4	-0.18232	0.92195	-0.19776	0.84324	0.83300	0.12800	5.39900	
Intercepto	0.75164	0.18094	4.15404	0.00003***				
Faltas	-0.32766	0.14510	-2.25810	0.02394*	0.72100	0.54000	0.95600	1
Intercepto	18.82393	2.40679	7.82117	< 0.00001***				
PASistólica_E_1	-0.14799	0.01940	-7.62985	< 0.00001***	0.22800	0.15100	0.32500	10
Intercepto	12.82142	1.70017	7.54124	< 0.00001***				
PADiastólica_E_1	-0.15163	0.02080	-7.29091	< 0.00001***	0.22000	0.14200	0.32200	10
Intercepto	19.85632	2.53270	7.83997	< 0.00001***				
PASistólica_E_2	-0.15606	0.02036	-7.66532	< 0.00001***	0.21000	0.13700	0.30500	10
Intercepto	12.57709	1.70973	7.35619	< 0.00001***				
PADiastólica_E_2	-0.14854	0.02093	-7.09599	< 0.00001***	0.22600	0.14600	0.33300	10

Intercepto	19.80203	2.52534	7.84133	< 0.00001***				
PASistólica_E_3	-0.15565	0.02032	-7.65865	< 0.00001***	0.21100	0.13800	0.30600	10
Intercepto	13.19577	1.78063	7.41073	< 0.00001***				
PADiastólica_E_3	-0.15646	0.02185	-7.15965	< 0.00001***	0.20900	0.13200	0.31200	10
Intercepto	19.14631	2.39318	8.00036	< 0.00001***				
PASistólica_D_1	-0.15037	0.01924	-7.81560	< 0.00001***	0.22200	0.14800	0.31700	10
Intercepto	13.19256	1.76605	7.47011	< 0.00001***				
PADiastólica_D_1	-0.15558	0.02150	-7.23504	< 0.00001***	0.21100	0.13400	0.31300	10
Intercepto	19.55811	2.49172	7.84925	< 0.00001***				
PASistólica_D_2	-0.15367	0.02004	-7.66939	< 0.00001***	0.21500	0.14100	0.31100	10
Intercepto	14.62376	1.91811	7.62404	< 0.00001***				
PADiastólica_D_2	-0.17403	0.02359	-7.37818	< 0.00001***	0.17500	0.10700	0.27000	10
Intercepto	19.79791	2.49191	7.94486	< 0.00001***				
PASistólica_D_3	-0.15565	0.02008	-7.75324	< 0.00001***	0.21100	0.13900	0.30500	10
Intercepto	12.96199	1.74492	7.42842	< 0.00001***				
PADiastólica_D_3	-0.15306	0.02138	-7.15976	< 0.00001***	0.21600	0.13800	0.32100	10
Intercepto	20.99349	2.60792	8.04988	< 0.00001***				
PASistólica_E_4	-0.16582	0.02108	-7.86692	< 0.00001***	0.19000	0.12200	0.28000	10
Intercepto	14.04273	1.86149	7.56379	< 0.00001***				
PADiastólica_E_4	-0.16594	0.02276	-7.29165	< 0.00001***	0.19000	0.11800	0.28800	10
Intercepto	17.65279	2.38071	7.41493	< 0.00001***				
PASistólica_E_5	-0.13841	0.01904	-7.27015	< 0.00001***	0.25100	0.16700	0.35400	10
Intercepto	14.93246	2.01460	7.41211	< 0.00001***				
PADiastólica_E_5	-0.17681	0.02462	-7.18253	< 0.00001***	0.17100	0.10200	0.26800	10
Intercepto	17.38877	2.28896	7.59679	< 0.00001***				
PASistólica_E_6	-0.13713	0.01844	-7.43460	< 0.00001***	0.25400	0.17200	0.35500	10
Intercepto	13.05697	1.74254	7.49306	< 0.00001***				
PADiastólica_E_6	-0.15449	0.02139	-7.22396	< 0.00001***	0.21300	0.13600	0.31600	10
Intercepto	19.10059	2.45358	7.78478	< 0.00001***				
PASistólica_D_4	-0.15037	0.01978	-7.60164	< 0.00001***	0.22200	0.14700	0.31900	10
Intercepto	12.81705	1.70317	7.52543	< 0.00001***				
PADiastólica_D_4	-0.15167	0.02085	-7.27493	< 0.00001***	0.21900	0.14200	0.32200	10
Intercepto	20.93857	2.65167	7.89637	< 0.00001***				
PASistólica_D_5	-0.16500	0.02135	-7.72929	< 0.00001***	0.19200	0.12200	0.28400	10
Intercepto	12.68538	1.72429	7.35688	< 0.00001***				
PADiastólica_D_5	-0.15002	0.02114	-7.09644	< 0.00001***	0.22300	0.14300	0.32900	10
Intercepto	20.77862	2.63733	7.87867	< 0.00001***				
PASistólica_D_6	-0.16370	0.02125	-7.70331	< 0.00001***	0.19500	0.12400	0.28700	10
Intercepto	13.10280	1.76745	7.41338	< 0.00001***				
PADiastólica_D_6	-0.15549	0.02172	-7.15789	< 0.00001***	0.21100	0.13400	0.31400	10
Intercepto	0.61393	0.58977	1.04097	0.29789				
ColesteroTotal	-0.00080	0.00346	-0.23209	0.81647	0.99600	0.96300	1.03100	5
Intercepto	0.59101	0.48161	1.22714	0.21977				
LDL	-0.00124	0.00519	-0.23853	0.81147	0.99400	0.94500	1.04600	5
Intercepto	0.44917	1.36705	0.32857	0.74248				
HDL	0.00064	0.02783	0.02308	0.98158	1.00300	0.76000	1.31700	5
Intercepto	0.49917	0.28987	1.72203	0.08506				
Triglicéridos	-0.00016	0.00223	-0.07193	0.94265	0.99900	0.97800	1.02200	5
Intercepto	2.12375	1.07617	1.97343	0.04845**				
Glicose em Jejum	-0.01792	0.01165	-1.53827	0.12398	0.91400	0.80800	1.01900	5
B2	0.81093	0.60092	1.34947	0.17719				
C1	-0.34093	0.61663	-0.55289	0.58034	0.71100	0.18800	2.25700	
C2	-0.47446	0.83903	-0.56549	0.57174	0.62200	0.11300	3.22400	

* Significante a 10%
** Significante a 5%
*** Significante a 1%

6. Discussão

Entre os pacientes entrevistados, observamos predomínio do sexo feminino (59,7%), de pacientes que se autodeclararam brancos (60,9%), solteiros (63,9%) e com grau de escolaridade ensino médio completo (34,9%). A ocupação mais declarada foi a do lar (41,1%), que vai coincide com o gênero predominante (feminino). A população estudada, em sua maioria, possui classificação econômica C1 (89,8%), e faz uso de apenas um tipo de anti-hipertensivo (61,7%). Observamos que a população estudada não possui doenças associadas à HAS (69,9%) ou complicações decorrentes da doença (95,5%). Entretanto, observamos que 94 pacientes (38,2%) não aderem adequadamente ao tratamento anti-hipertensivo, enquanto 152 (61,8%) pacientes o fazem (Tabela 3).

Podemos observar que a maioria da população se autodeclarou solteira, mesmo morando com parceiros e tendo filhos. Atribuímos a isso o fato de, ao serem interpelados, parte dos entrevistados autodeclarados solteiros alegarem que só poderiam se declarar casados se fossem legalmente casados. Ao perguntarmos o porquê de não se autodeclararem amasiados, relatavam que não se consideravam amasiados, pois ainda moravam com os pais de um dos cônjuges, dividindo o mesmo terreno. Dessa forma, observamos uma fragilidade em nosso estudo, atentando ao fato de a maioria dos autodeclarados solteiros nesse estudo morarem com companheiro e possuem filhos.

O grau de escolaridade está relacionado com baixos índices de adesão à terapia medicamentosa, pois o analfabetismo ou poucos anos de escolaridade parecem prejudicar a assimilação das orientações médicas e da equipe de saúde, ocasionando um menor grau de compreensão sobre a doença ou mesmo sobre com seguir o tratamento prescrito.²¹

Estudos anteriores relacionam a condição socioeconômica e falta de adesão ao tratamento medicamentoso ^{21,22} porém, para a OMS²⁰ (2004), o nível socioeconômico não é um fator que pode ser relacionado de forma consistentemente com a adesão ao tratamento ²³

Neste estudo, temos em nossa área uma população alfabetizada, em sua maioria com ensino médio completo ou incompleto, e com classificação socioeconômica C1.

Não possuímos áreas de vulnerabilidade social, com favelas ou áreas dominadas pelo tráfico de drogas. Desse modo, não podemos alegar a falta de escolaridade, ou vulnerabilidade socioeconômica grave como justificativas para a não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo prescrito.

Como fatores dificultadores para a adesão medicamentosa ao tratamento, Daniel e Veiga²⁷ (2013) apontam, entre outros, a complexidade do regime terapêutico, efeitos colaterais e alto custo dos medicamentos ²¹. Remondi²⁶ vincula como componente não intencional do comportamento de não adesão os esquecimentos por parte do paciente, o número de medicamentos tomados, a complexidade do tratamento instituído, entre outros. Em nosso estudo, a maioria dos entrevistados faz uso de apenas uma classe de anti-hipertensivo para o seu tratamento (61,7%), e não possui doenças associadas à HAS (69,9%) ou complicações decorrentes da doença (95,5%). Dessa forma, não podemos correlacionar a complexidade do plano terapêutico, ou poli farmácia à baixa adesão à terapia medicamentosa observada no presente estudo.

A dificuldade de acesso ao sistema de saúde tem sido relacionada com a má-adesão da população à terapia medicamentosa. A má qualidade dos serviços de saúde, caracterizado por falta de medicamentos disponíveis nas unidades, estruturas físicas precárias, tempo de espera elevado para consultas, dificuldade de acesso físico à unidade, como a distância ou zonas de conflito e violência, por exemplo, causam uma menor taxa de adesão à terapia medicamentosa proposta pela equipe de saúde. Entretanto, à exceção de indisponibilidade temporária de medicamentos anti-hipertensivos nas farmácias da rede pública interrompendo a dispensação, as outras situações acima mencionadas não fazem parte da realidade dos pacientes usuários da Unidade de Saúde Jamil Cury. Além disto, o número de faltas encontradas no estudo demonstra que os pacientes frequentam regularmente a unidade e fazem o acompanhamento longitudinal conforme esperado, não sendo essa a questão que justificaria a baixa adesão encontrada.

Com relação ao sexo e os indicadores de adesão à terapia medicamentosa, estudos mostraram que os indivíduos do sexo masculino tendem a ser menos aderentes ao tratamento da HAS, uma vez que procuram menos os serviços de saúde. Além disso, maior parte das ações de estratégias mínimas da atenção básica são voltadas

para as mulheres.^{21,24,25} Porém, no estudo atual, observou-se o predomínio de mulheres, que não exercem atividades profissionais fora do domicílio (do lar) e que raramente faltam às consultas médicas agendadas, sugerindo bom acesso da população à unidade de saúde e um adequado relacionamento entre população e equipe de saúde. Ainda assim, observamos taxas de não-adesão à terapia medicamentosa próximas de 40% nesta população.

Ao analisar a Tabela 8 e Figura 3, observa-se que os não-aderentes possuem tempo de diagnóstico maior em relação aos aderentes. Isto nos faz pensar que, talvez, com o passar do tempo, após o diagnóstico e com o aparecimento de doenças associadas e, portanto, com o aumento do número de medicamentos a serem ingeridos a cada dia, o paciente pode se sentir desestimulado e mudar seu comportamento em relação à doença (HAS, no caso), diminuindo sua adesão à terapia medicamentosa.

A probabilidade do surgimento de complicações decorrentes da HAS aumenta com o tempo, à medida que o paciente hipertenso não controla seus níveis pressóricos adequadamente²⁸ e este risco está relacionado a não adesão à terapia medicamentosa proposta. Estudos anteriores sedimentam a compreensão de que, com o passar do tempo de diagnóstico, muitos pacientes tendem a diminuir sua adesão à terapia medicamentosa, ou mesmo a descontinuar o tratamento.²⁶

Observa-se nesse estudo que a média de tempo de diagnóstico firmado de HAS é de 8,11 anos. Logo, podemos perceber que se trata de uma população com tempo de diagnóstico inferior a uma década, com bom vínculo com a unidade, sem faltas, que comparece às consultas agendadas, portadora de HAS sem complicações ou morbidades associadas, mas ainda assim não aderentes. Trata-se de uma população ideal para ações de educação em saúde, com uma ampla margem para ações de promoção e prevenção de agravos em saúde, especialmente no que diz respeito à HAS.

Estudos demonstram que ações de educação permanente, de incentivo do autocuidado e aconselhamento sobre a doença se tornam cada vez mais necessárias para um combate à falta de adesão²⁷. Desse modo, propomos que sejam desenvolvidas ações de promoção de saúde à nível local, para melhor educação em saúde da população estudada, gerando o conhecimento por parte do

paciente das consequências em não aderir ao tratamento e as vantagens de se conseguir a prevenção desses agravos. Lembramos que os papéis do Médico de Família e da equipe de Saúde da Família são de extrema importância neste sentido, uma vez que o vínculo da equipe com a população permite que o conhecimento técnico adquirido possa ser repassado aos hipertensos de maneira adequada, gerando não só um fortalecimento da relação entre o paciente e equipe de saúde, mas também um melhor controle da Hipertensão Arterial Sistêmica. Através do vínculo gerado, pode-se perpetuar a continuidade e longitudinalidade do cuidado.

Ressaltamos o imenso potencial que os médicos de família têm de modificar a realidade de saúde da população que habita a área pela qual eles têm responsabilidade sanitária. Estas ações podem mudar os indicadores de saúde de regiões inteiras, melhorando a qualidade de vida de famílias e diminuindo custos para a saúde pública relacionada a doenças crônicas que por definição não têm cura, mas que podem ser perfeitamente controladas se adequadamente abordadas.

Os resultados do presente estudo embora de grande interesse local, podem não ser aplicáveis a outras áreas que apresentem características populacionais diferentes. Além disto, este foi um estudo transversal, desenhado para descrever o nível de adesão e as características da população de hipertensos da área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família do Distrito Oeste do Município de Ribeirão Preto – SP, um tipo de estudo que não permite estabelecer relações de causalidade. As informações foram obtidas a partir de entrevistas com os usuários e, portanto, sujeitas a vieses de memória e de informação. Entretanto, permite identificar fatores relevantes, associações e estabelecer novas hipóteses que poderão ser estudadas posteriormente, por meio de tipos de estudos mais robustos.

7. Conclusão

O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil clínico, epidemiológico e sociodemográfico, bem como as características da adesão à terapia medicamentosa de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica em uma Unidade de Saúde da Família. Tal estudo permitiu a identificação da ocorrência de falta de adesão em uma proporção significativa da população de hipertensos da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Jami Cury. A população estudada foi representada predominantemente por pacientes do sexo feminino, pacientes que se autodeclararam brancos, solteiros e com grau de escolaridade ensino médio completo. A ocupação mais declarada foi a do lar e se enquadram, em sua maioria, na classificação econômica C1. Observou-se que a população estudada apresenta condição clínica de pequena complexidade, faz uso de apenas um tipo de anti-hipertensivo, não possui doenças associadas à HAS ou complicações decorrentes da doença. Observou-se, ainda, um aumento nos valores de pressão sistólica e diastólica significativamente mais elevados entre os não aderentes, em relação aos aderentes, em todas as aferições de pressão arterial realizadas o que mostra claramente a associação entre adesão à terapia medicamentosa e o controle da doença.

Mesmo assim, cerca de 40% dos pacientes não aderem adequadamente ao esquema terapêutico prescrito, aumentando o risco de desfechos desfavoráveis no futuro.

Diante desse cenário, acreditamos ser imprescindível a elaboração de ações constantes para educação em saúde da população. Ressaltamos a importância dos papéis do Médico de Família e da equipe de Saúde da Família neste processo, exercendo a continuidade e longitudinalidade do cuidado.

Ressaltamos o imenso potencial que os médicos de família têm de modificar a realidade de saúde da população da área de abrangência de sua unidade, área pela qual eles têm responsabilidade sanitária.

8. Referências Bibliográficas¹

¹

1. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3Supl.3):1-83
2. Levington S, Clarke R, Oizilbash N, Peto R, Collins R, for the Prospective Studies Collaboration. Agespecific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002; 360:1903-1913. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)11911-8/abstract?cc=y=>](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)11911-8/abstract?cc=y=>)>. Acesso em: 10. set. 2015.
3. Kannel WB, Wolf PA, Mc Gree D, Dawber TR, McNamara P, Castelli P. Systolic blood pressure, arterial rigidity and risk of stroke. The Framingham Study. *J Am Med Assoc* 1981; 245(12):1225-1229.
4. Lessa I. Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. *Inf Epidemiol SUS* 1993; 2:59-75.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; ANDRADE, Dalton Francisco de. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. *Rev. Saúde Pública, São Paulo* , v. 48, n. 2, p. 232-240, Apr. 2014 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000200232&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005044..>
7. SANTA-HELENA, Ernani Tiaraju de; NEMES, Maria Ines Battistella; ELUF NETO, José. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* , v. 26, n. 12, p. 2389-2398, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200017&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200017..>
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
9. Calhoun DA, Jones D, Textor S, Goff DC, Murphy TP, Toto RD, et al. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment a scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. *Hypertension* 2008; 51:1403-19.

10. Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Jr D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG, organizadora. Hipertensão arterial - uma proposta para o cuidar. Barueri, SP: Manole; 2004. p.274-289..
11. SANTA HELENA, Ernani Tiaraju de; NEMES, Maria Ines Battistella; ELUF-NETO, José. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 42, n. 4, p. 764-767, Aug. 2008 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400025&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000400025>..
12. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Cienc Saude Coletiva. 2003;8(3)775-82. DOI:10.1590/S1413-81232003000300011.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2003. 211 p.
14. GIROTTO, Edmarlon et al . Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1763-1772, June 2013 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001400027&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001400027>..
15. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil, 2013. Disponível em: www.abep.org Acesso em: 30 set. 2013.
16. MORAES, Suzana Alves de; CHECCHIO, Michele Vantini; FREITAS, Isabel Cristina Martins de. O efeito independente da obesidade central sobre a hipertensão arterial em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP, 2007. Projeto EPIDCV. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 18, n. 1, p. 157-173, Mar. 2015 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000100157&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Nov. 2015.. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010013>.
17. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care 1986; 24(1):67-74.

18. Cavalari E. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2010.
19. BEN, Angela Jornada; NEUMANN, Cristina Rolim; MENGUE, Sotero Serrate. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 46, n. 2, p. 279-289, Apr. 2012. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Nov. 2015. Epub Feb 14, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>.
20. BLOCH, Katia Vergetti; MELO, André Nascimento de; NOGUEIRA, Armando R.. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 24, n. 12, p. 2979-2984, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001200030&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Nov. 2015.
21. LOPES, João Henrique Primini et al. Adesão do paciente à terapia medicamentosa da hipertensão arterial: revisão da literatura. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v. 27, n. 3, p. 235-243, 2017.
22. Mendes LMO, Barros JST, Batista NNLA, Silva JMO. Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. *Rev Univap*. 2014 jul; 20(35): 56-68
23. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Washington: OMS; 2004.
24. Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(Supl 1): 1389-1400.
25. Cavalari E, Nogueira MS, Fava SMCL, Cesarino CB, Martin JFV. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. *Rev Enferm. UERJ*. 2012 jan/mar; 20(1): 67-72.
26. ASSAN REMONDI, Felipe; ODA, Silas; CABRERA, Marcos Aparecido Sarria. Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria a prática clínica. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 35, n. 2, p. 177-185, 2015.
27. Daniel ACQG, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Einstein*. 2013; 11(3): 331-7.

28. Silva, Daniele Braz da Hipertensão arterial e complicações associadas: análise do risco cardiovascular e da adesão ao tratamento em usuários do Sistema Único de Saúde / Daniele Braz da Silva. — Fortaleza, 2011.
29. CARRETERO, Oscar A.; OPARIL, Suzanne. Essential hypertension: part I: definition and etiology. *Circulation*, v. 101, n. 3, p. 329-335, 2000.
30. LOPES, Heno Ferreira; GIL, Juliana dos Santos; CONSOLIM-COLOMBO, Fernanda Marciano. Ativação dos sistemas adrenérgicos, renina-angiotensina-aldosterona, endotelina e adrenomedulina na hipertensão arterial sistêmica. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, p. 102-107, 2008.
31. Poulter, NR; Prabhakaran, D; Caulfield, M (22 de agosto de 2015). «Hypertension.». *Lancet*. 386 (9995): 801–12.
32. James, J., Soyibo, A. K., Hurlock, L., Gordon-Strachan, G., & Barton, E. N. (2012). Cardiovascular risk factors in an eastern Caribbean island: prevalence of non-communicable chronic diseases and associated lifestyle risk factors for cardiovascular morbidity and mortality in the British Virgin Islands. *West Indian Medical Journal*, 61(4), 429-436.
33. GOMES, Marco Antônio Mota et al. Tratamento da hipertensão arterial com olmesartana medoxomila em escalonamento. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2008.
34. BLOCH, Michael J.; BASILE, Jan N. Ambulatory blood pressure monitoring to diagnose hypertension--an idea whose time has come. *Journal of the American Society of Hypertension: JASH*, v. 10, n. 2, p. 89, 2016.
35. MELLO, Louise Do Livramento et al. IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS HIPERTENSOS DA POPULAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA-DANIELE CRISTINA LAMANA-VOTUPORANGA/SP. In: ANAIS-UNIC-Congresso de Iniciação Científica-UNIFEV. 2017. p. 84-85.
36. SIMÃO, Raif R. et al. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). *Revista de Medicina*, v. 95, n. 1, p. 37-38, 2016.
37. Rosário, TMD, Scala, LCN, França, GVAD, Pereira, MRG, Jardim, PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres-MT. *Arq Bras Cardiol*. 2012;93(6):672-8.
38. Marin-Reyes F, Rodriguez-Moran M. Family support of treatment compliance in essential arterial hypertension. *Salud Publica Mex*. 2001;43:336–339
39. MANN, Johannes FE; HILGERS, Karl F. Renin-angiotensin system inhibition in the treatment of hypertension. 2016.
40. KEENAN, Nora L. et al. Prevalence of hypertension and controlled hypertension—

United States, 2005–2008. *MMWR Surveill Summ*, v. 60, n. Suppl, p. 94-97, 2011.

41. PENCINA, Michael J. et al. Predicting the thirty-year risk of cardiovascular disease: the Framingham Heart Study. *Circulation*, v. 119, n. 24, p. 3078, 2009.

42. ASMAR, Roland. Validation of the automatic blood pressure measurements device, the OMRON M3 COMFORT (HEM -7134-E)® in Pregnancy according to the Modified European Society of Hypertension International Protocol (ESH-IP). 2017.

43. MARTINEZ, E. Z. . *Bioestatística para os cursos de graduação da área da saúde*. 1. ed. São Paulo, SP: Editora Blucher, 2015. v. 1. 345p .

9. Apêndices

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Avaliação das adesão à terapia medicamentosa e sua associação com a falta de controle de doenças crônicas, em pacientes com hipertensão arterial sistêmica”, tendo como objetivo geral avaliar o perfil clínico, epidemiológico e sociodemográfico, bem como as características da adesão ao autocuidado de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. Este trabalho poderá ajudar profissionais e o governo a planejarem ações para melhoria no tratamento da Hipertensão Arterial. Você foi escolhido (a) por ter 40 anos ou mais, ter Hipertensão Arterial e estar cadastrado (a) e em acompanhamento clínico no Núcleo de Saúde da Família “Jamil Cury”. A coleta de dados será composta por três questionários. O primeiro é de caracterização dos participantes com informações pessoais. O segundo avalia o nível socioeconômico. O terceiro mede indiretamente a adesão ao regime terapêutico, através dos níveis de autocuidado. Além desses questionários, o seu prontuário médico também será consultado, para obter os seguintes dados: valor da pressão arterial; valor do colesterol - Total, LDL e HDL e valor de triglicérides.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento e sua recusa não trará nenhum dano a você com a pesquisadora ou com o serviço que realiza o tratamento.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação e seu nome jamais será identificado, principalmente se os resultados forem apresentados em eventos e/ou publicados em artigos científicos. Além disto, você tem direito à indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano permanente decorrente da sua participação nesta pesquisa.

Uma via deste termo, assinado e rubricado em todas as páginas pelo participante e pelo pesquisador, ficará com você e qualquer dúvida sobre o projeto poderá ser esclarecida pelo endereço abaixo.

Pesquisadoras Responsáveis: Fernanda Casals do Nascimento

Prof. Dra. Luane Marques de Mello

Endereço:

Departamento de Medicina Social - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

Avenida dos Bandeirantes 3900, Monte Alegre - Ribeirão Preto/SP - Brasil

CEP 14049-900 Tel: (16) 3602-2549 e/ou (16) 3602-3070. Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP: (016)3602-2228

Declaro que concordo em participar da pesquisa

Nome do participante: _____ assinatura: _____ data: _____

Nome do pesquisador: _____ assinatura: _____ data: _____

APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO

Data:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ anos

Endereço: _____

Naturalidade: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Gênero: (1) M (2) F

Etnia: (1) Branco (2) Negro (3) Pardo (4) Indígena (5) Mulato (6) Amarelo

Procedência: (1) Ribeirão Preto (2) Região de Ribeirão Preto Qual? _____

Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado/Amasiado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo

Escolaridade: (1) Analfabeto

(2) Ensino Fundamental Incompleto (3) Ensino Fundamental Completo

(4) Ensino Médio Incompleto (5) Ensino Médio Completo

(6) Ensino Superior Incompleto (7) Ensino Superior Completo

(8) Pós-Graduação Incompleta (9) Pós-Graduação Completa

Ocupação: _____

DADOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Tempo de Diagnóstico (em anos): _____ anos

Tipo de Tratamento:

Nome (s): _____

Dose (s): _____

Doenças Associadas: (1) Diabetes mellitus (2) Doença Arterial Coronariana

(3) Acidente Vascular Cerebral (4) Doença Arterial Periférica (5) Hipotireoidismo

Complicações: (1) Infarto Agudo do Miocárdio (2) Nefropatia Hipertensiva (3)

Acidente Vascular Cerebral

Faltas à Consultas no Último Ano: (1) Nenhuma (2) Uma (3) Duas ou Mais

Motivos: _____

Níveis pressóricos:

PA: _____ mmHg (braço direito)

PA: _____ mmHg (braço esquerdo)

Exames Laboratoriais

Colesterol (_ / _ / _): Total _____ mg/dL

LDL: _____ mg/dL HDL: _____ mg/dL

Triglicérides (_ / _ / _): _____ mg/dL

Valor da glicemia de jejum (_ / _ / _): _____ mg/dL

10. Anexos

ANEXO A - : CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL SISTEMA DE PONTOS

Variáveis

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7
Serviços públicos	
	Não Sim
Água encanada	0 4
Rua pavimentada	0 2

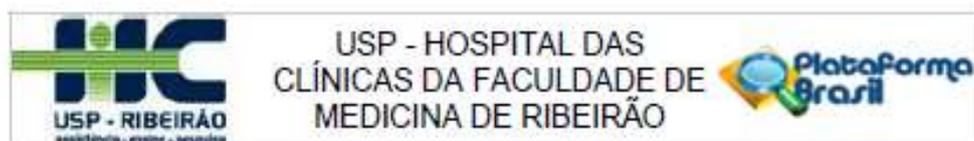
Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16

ANEXO B - : Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 Itens – MMAS-8

	Resposta Correta (0 ponto)	Resposta Errada (1 ponto)
Você às vezes esquece de tomar os seus remédios para pressão? (Resposta correta: NÃO)		
Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta? (Resposta correta: NÃO)		
Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava? (Resposta correta: NÃO)		
Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos? (Resposta correta: NÃO)		
Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem? (Resposta correta: SIM)		
Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos? (Resposta correta: NÃO)		
Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta? (Resposta correta: NÃO)		
Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão? Nunca/ Quase Nunca/ Às Vezes/ Frequentemente/ Sempre (Resposta correta: NUNCA)		
TOTAL		

ANEXO C - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ADEÇÃO À TERAPIA MEDICAMENTOSA E SUA ASSOCIAÇÃO COM A FALTA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Pesquisador: FERNANDA CASALS DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80680717.1.0000.5440

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.462.596

Apresentação do Projeto:

Contextualização: Estudos revelam que pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis que aderem adequadamente às recomendações médicas apresentam melhor controle da doença. **Objetivo:** Avaliar o perfil clínico, epidemiológico e sociodemográfico, bem como as características da adesão ao plano terapêutico e recomendações de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica em Unidade de Saúde da Família. **Métodos:** Estudo transversal conduzido para estudar perfil clínico, epidemiológico e sociodemográfico, bem como a adesão ao plano terapêutico e recomendações de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica em Unidade de Saúde da Família. O estudo terá início a partir da aprovação do projeto no CEP. **Resultados esperados:** Espera-se encontrar melhor controle da hipertensão arterial sistêmica, assim com menos complicações relacionadas à doença e melhor qualidade de vida entre os participantes que apresentarem escores mais elevados do teste de adesão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Avaliar o perfil clínico, epidemiológico e sociodemográfico, bem como as características da adesão ao autocuidado de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica em Unidade de Saúde da Família.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.049-900
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br