

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE

MAYSA ALVARENGA FERREIRA

DETERMINANTES DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE USUÁRIOS COM
HIPERTENSÃO CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE

UBERABA-MG

2015

MAYSA ALVARENGA FERREIRA

DETERMINANTES DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE USUÁRIOS COM
HIPERTENSÃO CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde *Stricto Sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo Temático: Saúde da família.

Orientadora: Prof^a Dr^a Helena Hemiko Iwamoto.

UBERABA-MG

2015

MAYSA ALVARENGA FERREIRA

DETERMINANTES DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE USUÁRIOS COM
HIPERTENSÃO CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE

Uberaba, _____ de _____ de 2015.

Banca examinadora:

Profª Drª Helena Hemiko Iwamoto
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)
Orientadora

Profª Drª Sybelle de Souza Castro
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)
Membro

Profª Maria Rizioneide Negreiros de Araújo
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Membro

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

F442d

Ferreira, Maysa Alvarenga

Determinantes da adesão ao tratamento de usuários com hipertensão cadastrados no programa hiperdia da atenção primária à saúde / Maysa Alvarenga Ferreira. -- 2015.

86f. : il., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde). -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2015

Orientadora: Profª Dra. Helena Hemiko Iwamoto

1. Hipertensão arterial. 2. Adesão à medicação. 3. Atenção a saúde. I. Iwamoto, Helena Hemiko. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.12-008.331.1

À minha querida mãe, por estar sempre comigo, sonhar meu sonhos e dar-me força. Obrigada por demonstrar o seu amor por mim, todos os dias.

Agradeço a Deus por ter você em minha vida! Obrigada por tudo!

AGRADECIMENTOS

“Há pessoas que passam nas nossas vidas e deixam um pouco de si. Outras levam consigo um pouco de nós. Porém, existem outras que sempre permanecem, e nos fazem sentir que, para estarmos juntos, não é preciso estar próximos fisicamente, e sim, do lado de dentro”.

Charles Chaplin

A Deus, por ser luz em minha vida, ser meu refúgio, guiar meu destino e renovar minhas esperanças a cada dia.

À minha mãe, por ser minha amiga e companheira. E estar sempre disposta a escutar-me. Obrigada por tudo que passamos juntas.

Ao meu pai, por acreditar sempre no meu sucesso.

Aos meus irmãos, Marelize e Warley, por se fazerem presentes em minha vida, pelo apoio constante e por acreditarem em mim.

Ao David, meu amor, por fazer a minha vida mais feliz, ser meu fiel companheiro de todas as horas, ser paciente e compreensivo, constantemente. Amo você!

A Eva, pela confiança, carinho, amizade sincera e por me acolher sempre.

Aos meus familiares, por todo, carinho, apoio e incentivo.

À professora Helena Hemiko Iwamoto, orientadora desta pesquisa, pela paciência, compreensão e incentivo durante essa trajetória e pelos sábios conselhos, tão necessários.

Às professoras Sybelle de Souza Castro e Maria Rizioneide Negreiros de Araújo, pelas contribuições na construção desta dissertação e por aceitar, prontamente, o convite de compor a banca.

Às professoras Darlene Mara dos Santos Tavares e Ione Carvalho Pinto, pelas contribuições dadas na qualificação do projeto desta dissertação.

Ao professor Vanderlei, pela paciência e disposição em ensinar, pelos conselhos e por nos encorajar sempre.

Ao professor Shamy, pelo o empenho em ajudar e por ser exemplo de dedicação e amor à profissão de docente.

Aos docentes da Pós Graduação em Atenção à Saúde (PPGAS) e Graduação em Enfermagem, pela colaboração em nossa formação, oferecendo suporte e inspiração constante.

Às amigas Janaína e Mariana, por terem tornado os momentos difíceis, mais felizes, pela ajuda indispensável. Jana, foi ótimo ter ganhado uma amiga como você! Mari, nossa amizade se renova, tornando-se mais duradoura e sólida.

À Natália, pelo companheirismo em todas as situações que enfrentamos juntas, agradeço todo apoio e compreensão. A você toda minha admiração.

Aos colegas da Pós-Graduação, pela companhia, convivência e palavras de apoio. Compartilharmos angústias e sonhos e, assim conseguimos crescer juntos.

Ao Programa PPGAS-UFTM, pela a oportunidade.

Aos funcionários da Pós-Graduação, pelo comprometimento, dedicação e atenção.

A CAPES/DS, pelo auxílio financeiro e incentivo à pesquisa.

Aos hipertensos que participaram deste estudo, pela confiança depositada e tempo dispensado na colaboração para a construção do conhecimento científico.

Aos enfermeiros e funcionários das Estratégias de Saúde da Família (ESF) de Uberaba, pela presteza em colaborar e recepção em seus locais de trabalho.

A todos que, de algum modo, contribuíram para a construção e realização desta dissertação.

Obrigada por tudo.

RESUMO

FERREIRA, Maysa Alvarenga. **Determinantes da adesão ao tratamento de usuários com hipertensão cadastrados no programa hiperdia da atenção primária à saúde.** 2015. 86 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

A situação da saúde da população brasileira, atualmente, caracteriza-se pela mudança no padrão de adoecimento, mortalidade e acelerada transição demográfica. O que ocasiona crescimento na ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população. Entre as DCNT, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), por sua elevada prevalência, morbimortalidade e ampla dimensão terapêutica, o que a torna um preocupante problema de saúde pública em todo mundo. Além disso, a não adesão ao tratamento, agrava a situação contribuindo para a falta de controle de níveis pressóricos e o aumento de fatores de risco nos hipertensos. Assim sendo, este estudo objetivou identificar adesão ao tratamento; caracterizar os usuários com HAS segundo as variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas e de terapêutica medicamentosa; comparar as variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas e de terapêutica medicamentosa entre os hipertensos aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso e verificar os fatores associados à adesão ao tratamento segundo variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas e de terapêutica medicamentosa. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, descritivo e transversal. Do qual, participaram 150 hipertensos cadastrados no Programa Hiperdia de 29 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do município de Uberaba – MG. A coleta de dados ocorreu no período de março a julho de 2014 e os instrumentos utilizados foram: instrumento para a caracterização sociodemográfico e clínico, a Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) e o Questionário MARTÍN-BAYARRE-GRAU (MBG). Os dados foram submetidos à análise descritiva e teste qui-quadrado ($p < 0,05$). Para analisar as variáveis preditoras de adesão ao tratamento medicamentoso foi utilizado o modelo de regressão logística, por meio do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM, por meio da Plataforma Brasil, sob o protocolo N° 26422514.5.0000.5154. A adesão ao tratamento medicamentoso isolado foi de 90,7%, segundo a MAT e sendo 62,7% de adesão total, 35,3% parcial e 2,0 % não adesão, segundo

MBG. O maior percentual de adesão foi entre os do sexo masculino, idosos, casados, que moravam acompanhados, que tinham renda própria e renda familiar *per capita* de menos de um salário. Bem como, aqueles com presença de complicações, tempo de cadastro Hipertensão de mais de cinco anos, que usavam inibidores adrenérgicos e conheciam o tratamento. Ter renda própria foi preditor da adesão ao tratamento segundo a regressão logística. Considerando os múltiplos fatores que interferem a adesão ao tratamento, os dados apresentados contribuem na investigação dos elementos que levam a melhoria da adesão ao tratamento, tal como o conhecimento das principais características dessa população. Além de, colaborar para valorização e aprimoramento da Atenção Básica em Saúde na prevenção, tratamento e controle da HAS, bem como, no fornecimento de informações essenciais à programação de iniciativas de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão; Adesão à Medicação; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

FERREIRA, Maysa Alvarenga. **Determinants of adherence to treatment of hypertension users registered in HIPERDIA program of primary health care.** 2015. 86 f. Dissertation (Master in Health Care) - Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

Currently, the situation of population health in Brazil is characterized by the change in the pattern of illness, mortality and accelerated demographic transition what causes growth in the occurrence of chronic non-communicable diseases (NCDs) in the population. Among the NCDs stands out hypertension (SAH), due to its high prevalence, morbidity and mortality and broad therapeutic dimension, making it an alarming public health problem worldwide. In addition, non-adherence to treatment, aggravates the situation contributing to no control of blood pressure and increased risk factors in hypertensive patients. Therefore, this study aimed to identify the rate of adherence to treatment; characterize users with hypertension according to sociodemographic variables, economic, clinical and drug therapy; compare the socio-demographic, economic, clinical and drug therapy variables between members hypertensive and non-adherent to medication and identify factors associated with adherence to treatment according to sociodemographic variables, economic, clinical and drug therapy. This is a quantitative study, observational, descriptive and cross in which participated in 150 hypertensive registered in Hiperdia Program 29 Family Health Strategy (ESF), the city of Uberaba - MG. Data collection took place from March to July 2014 and the instruments used were: instrument for sociodemographic and clinical characterization, the Treatment Adherence Measure (MAT) and MARTIN-BAYARRE-GRAU Questionnaire (MBG). Data were submitted to descriptive analysis and chi-square test ($p < 0.05$). Logistic regression model was used to analyze the predictors of adherence to medication by the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 17.0. This research was approved by the Research Ethics Committee of UFTM through the Platform Brazil, under No. 26422514.5.0000.5154 protocol. Adherence to isolated drug treatment was 90.7%, according to MAT and being 62.7% of total membership, 35.3% and 2.0% partial noncompliance, according MBG. The highest percentage of membership was among the male, old, married, living together, they had their own income and per capita family income of less than one salary. As well as those with complications, the Hiperdia registration time of more than five years, and adrenergic inhibitors used known treatment. The accession predictor of treatment according to the logistic regression was to have personal income. Considering the multiple factors that affect treatment adherence, the data presented contribute to the research of the

elements that lead to improved treatment adherence, as is knowledge of the main characteristics of this population. Besides to the contribution to recovery and improvement of Primary Health Care in the prevention, treatment and control of hypertension, as well as in providing essential information to the lineup of health initiatives.

Keywords: Hypertension; Medication Adherence; Nursing; Primary Health Care.

RESUMEN

FERREIRA, Maysa Alvarenga. **Factores determinantes de la adherencia al tratamiento de la hipertensión usuarios registrados en el programa HIPERDIA de la atención primaria de salud. 2015.** 86 f. Tesis (Maestría en Atención de Salud) - Universidad Federal de Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

La situación de la salud de la población brasileña, actualmente, se caracteriza por el cambio en el padrón de enfermedad, mortalidad y acelerada transición demográfica. Lo que ocasiona crecimiento en la ocurrencia de enfermedades crónicas no transmisibles (DCNT) en la población. Entre las DCNT, se destaca la hipertensión arterial sistémica (HAS), por su elevada prevalencia, morbimortalidad y amplia dimensión terapéutica, lo que la hace un preocupante problema de salud pública en todo mundo. Además de eso, la no adhesión al tratamiento, agrava la situación contribuyendo para el no control de niveles de presión y el aumento de factores de riesgo en los hipertensos. Así siendo, este estudio objetivó identificar el cuantitativo de adhesión al tratamiento; caracterizar los usuarios con HAS según las variables socio demográficas, económicas, clínicas y de terapéutica medicamentosa; comparar las variables socio demográficas, económicas, clínicas y de terapéutica medicamentosa entre los hipertensos adherentes y no adherentes al tratamiento medicamentoso y verificar los factores asociados a la adhesión al tratamiento según variables socio demográficas, económicas, clínicas y de terapéutica medicamentosa. Se trata de un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. Del cual, participaron 150 hipertensos registrados en el Programa Hiperdia de 29 Estrategias de Salud de la Familia (ESF), del municipio de Uberaba – MG. La colecta de datos ocurrió en el período de marzo a julio de 2014 y los instrumentos utilizados fueron: instrumento para la caracterización socio demográfico y clínico, la Medida de Adhesión al Tratamiento (MAT) y el Cuestionario MARTÍN-BAYARRE-GRAU (MBG). Los datos fueron sometidos a la analice descriptiva e teste qui-quadrado ($p < 0,05$). Para analizar las variables predictivas de adhesión al tratamiento medicamentoso fue utilizado el modelo de regresión logística, por medio del Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 17.0. Esta pesquisa fue aprobada por el Comité de Ética en Pesquisa de la UFTM, por medio de la Plataforma Brasil, sobre el protocolo N° 26422514.5.0000.5154. La adhesión al tratamiento medicamentoso aislado fue de 90,7%, según la MAT y siendo 62,7% de adhesión total, 35,3% parcial y 2,0 % no adhesión, según MBG. Lo mayor porcentual de adhesión fue entre los del sexo masculino, mayores, casados, que viven acompañados, que tenían rienda propia y rienda familiar *per*

capita de menos de un sueldo. Así como, aquellos con presencia de complicaciones, tiempo de registro Hipertensión de más de cinco años, que usaban inhibidores adrenérgicos y conocían el tratamiento. Tener rienda propia fue predictor de la adhesión al tratamiento según la regresión logística. Considerando los múltiples factores que interfieren en la adhesión al tratamiento, los datos presentados contribuyen en la investigación de los elementos que llevan a la mejoría de la adhesión al tratamiento, tal como el conocimiento de las principales características de esa población. Además de colaborar para valoración y aprimoramiento de la Atención Básica en Salud en la prevención, tratamiento y control de la HAS, así como, en el fornecimiento de informaciones esenciales a la programación de iniciativas de salud.

Palabras-llave: Hipertensión; Adhesión a la Medicación; Enfermería; Atención Primaria a la Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos hipertensos segundo os dados sociodemográficos e econômicos Uberaba, MG. 2014.....	40
Tabela 2 -	Distribuição dos hipertensos segundo hábitos de vida. Uberaba, MG. 2014.	41
Tabela 3 -	Distribuição dos hipertensos segundo complicações, perfil antropométrico e controle da pressão arterial, Uberaba, MG. 2014.....	42
Tabela 4 -	Distribuição dos hipertensos segundo presença de complicações e terapêutica medicamentosa. Uberaba, MG. 2014.....	44
Tabela 5 -	Distribuição dos usuários do Hiperdia segundo o modelo final de regressão logística associadas à adesão ao tratamento medicamentoso. Uberaba, MG. 2014.....	46

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BRA - Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II

BMQ - *Brief Medication Questionnaire*

CA - Circunferência Abdominal

DASH - *Dietary Approach to Stop Hypertension*

DCNT - Doença Crônica Não Transmissível

DM - *Diabetes Mellitus*

ESF - Estratégia Saúde da Família

EUROASPIRE - *European Action on Secondary and Primary Prevention through Intervention to Reduce Events*

FRCV - Fatores de risco cardiovasculares

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

Hiperdia - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC - Intervalo de Confiança

IECA - Inibidores da enzima conversora da Angiotensina

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IMC - Índice de Massa Corporal

IPAQ - Questionário Internacional de Atividade Física

IRC - Insuficiência Renal Crônica

MAT - Medida de Adesão aos Tratamentos

MBG - Martín-Bayarre-Grau

MEMS - *Medication Events Monitoring System*

MG - Minas Gerais

MMAS-8 - *Morisky Medication Adherence Scale - 8*

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OR - *Odds Ratio*

PA - Pressão Arterial

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PPGAS - Programa de Pós-Graduação Atenção à Saúde

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

QAM-Q - Questionário de Adesão a Medicamentos - Qualiaids

RCQ - Razão Cintura-Quadril

SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão

SPSS - *Statistical Package for The Social Sciences*

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMG - Teste de Morisky Green

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

VIGITEL - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico

WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	CONCEITO, PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	20
1.2	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	21
1.3	ADESÃO AO TRATAMENTO E FATORES ASSOCIADOS.....	24
2	JUSTIFICATIVA.....	29
3	OBJETIVOS.....	30
3.1	GERAL.....	30
3.2	ESPECÍFICOS.....	30
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	31
4.1	NATUREZA DO ESTUDO.....	31
4.2	CAMPO DE ESTUDO.....	31
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	32
4.3.1	Critérios de inclusão.....	31
4.3.2	Critérios de exclusão.....	32
4.3.3	Número de sujeitos.....	32
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	33
4.4.1	Dados sociodemográficos e econômicos.....	33
4.4.2	Antecedentes de saúde.....	34
4.4.3	Hábitos de vida.....	34
4.4.4	Dados antropométricos e pressão arterial.....	34
4.4.5	Terapêutica medicamentosa.....	35
4.4.6	Adesão ao tratamento.....	36
4.5	OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS.....	36
4.5.1	Estudo piloto.....	36
4.5.2	Procedimento para coleta de dados.....	36
4.6	INSTRUMENTOS.....	36
4.6.1	Instrumento de caracterização dos usuários.....	37
4.6.2	Instrumento Medida de Adesão ao Tratamento.....	37

4.6.3	Questionário Martín-Bayarre-Grau.....	37
4.7	PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....	38
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	38
5	RESULTADOS.....	39
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS.....	39
5.2	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DE HÁBITOS DE VIDA.....	40
5.3	CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	43
5.4	ADESÃO MEDICAMENTOSA.....	43
5.5	FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO MEDICAMENTOSA.....	45
6	DISCUSSÃO.....	47
6.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS.....	47
6.2	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DE HÁBITOS DE VIDA.....	50
6.3	CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	54
6.4	ADESÃO MEDICAMENTOSA.....	57
6.5	FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO MEDICAMENTOSA.....	59
7	CONCLUSÃO.....	62
	REFERÊNCIAS.....	64
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	75
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, ECONÔMICO E CLÍNICA.....	77
	ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS.....	80
	ANEXO 2 – INSTRUMENTO MARTÍN-BAYARRE-GRAU ADAPTADO AO CONTEXTO BRASILEIRO.....	81
	ANEXO 3 – FICHA DE CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO.....	83
	ANEXO 4 – FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO.....	84
	ANEXO 5 – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/UBERABA-MG PARA COLETA DE DADOS.....	85
	ANEXO 6 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA.....	86

1 INTRODUÇÃO

O adoecimento populacional por enfermidades crônicas é considerado um problema de saúde pública em todo mundo. Em 2008, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foram responsáveis por 63% das mortes globais, sendo que aproximadamente 80% delas ocorreram em países de baixa e média renda. Destacam-se as doenças cardiovasculares, que representam 48% das mortes por DCNT (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Além disso, estima-se que em 2030, o Brasil tenha um perfil demográfico típico de sociedades envelhecidas, o que repercute no aumento relativo de condições crônicas (MENDES, 2012).

De forma semelhante, a situação atual da saúde brasileira se caracteriza pela mudança no padrão de adoecimento, mortalidade e acelerada transição demográfica. Entretanto, o país tem conseguido reduzir cada vez mais a carga das doenças transmissíveis e observa-se uma tendência decrescente tanto na incidência quanto na mortalidade de algumas doenças transmissíveis (BRASIL, 2010a). Até o ano de 1940, as principais causas de morte no Brasil, eram infecciosas e parasitárias (43,5%) e as doenças do aparelho circulatório correspondiam a 14,5% da mortalidade geral (ARAÚJO, 2012). Comparando esses dados aos de 2010, nota-se uma inversão de cenário, as afecções do aparelho circulatório apareceram como primeira causa de mortalidade (30,9%) e as causas infecciosas e parasitárias foram responsáveis por apenas 4,6% das mortes (BRASIL, 2011a).

Dentre as DCNT destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve a HAS como um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, aproximadamente 9,4 milhões de mortes são causadas por suas complicações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). A taxa bruta de mortalidade por HAS no Brasil para pessoas com 50 a 64 anos em 2009 foi de 57% (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2014).

Em 2008, segundo dados da OMS, cerca de 40% dos adultos com idade de 25 anos ou mais tinham sido diagnosticados com HAS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). O número de pessoas com a doença passou de 600 milhões em 1980, para um bilhão em 2008 (DANAIEI et al., 2011). Estima-se que de 2011 até 2025 serão gastos mais de sete trilhões de dólares devido as DCNT em países de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Inegavelmente a prevalência de HAS vem aumentando em todo mundo, apesar dos países desenvolvidos apresentarem taxas menores. No Brasil, as prevalências estão entre 40%

a 44,9%, o que é considerado nível intermediário em comparação à situação mundial. Preocupados com esse cenário, a OMS publicou em 2013 um documento que visa conscientizar os governos, os profissionais de saúde e a sociedade civil, para a atuação na prevenção e controle da HAS. Em resposta a publicação, autoridades de saúde de muitos países anunciaram medidas para reduzir a pressão arterial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

No Brasil, tendo em vista a necessidade de um acompanhamento constante e a redução de agravos em pacientes com doenças crônicas, foi criado em 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à HAS e Diabetes *Mellitus*. Este programa tem por objetivo ampliar as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, por meio da reorganização do trabalho de atenção à saúde e das unidades da rede básica dos Serviços de Saúde (BRASIL, 2001). Em complementaridade a esse programa a portaria conjunta nº 112 do ano de 2002 estabeleceu o monitoramento em nível nacional do Programa de Assistência Farmacêutica à Hipertensão Arterial e à Diabetes *Mellitus* por intermédio do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia). Assim, ficou determinada a alimentação, acompanhamento do processo de cadastramento dos pacientes hipertensos e ou diabéticos e a publicidade dos dados pelos municípios (BRASIL, 2002).

Com o objetivo de enfrentar e deter as DCNT nos próximos 10 anos, o Ministério da Saúde estabeleceu um conjunto de indicadores com metas previstas em plano de ações estratégicas, que aborda os quatro principais grupos de doenças (cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade). Ademais, define diretrizes e ações nas seguintes áreas: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e cuidado integral (BRASIL, 2011b). Ressalta-se que desde a implantação do Plano para o Enfrentamento das DCNT, o Brasil já atingiu melhora em muitos indicadores, demonstrando o potencial do país em alcançar as metas propostas para 2022 (MALTA et al., 2013).

1.1 CONCEITO, PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A HAS é uma doença crônica caracterizada pela elevação dos níveis de pressão arterial (PA), o que pode predispor ao aparecimento de outras doenças cardiovasculares ou

mortalidade precoce em indivíduos acometidos pela doença (BANCO MUNDIAL, 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010; WILLIAMS, 2009).

Em 2008, o estudo Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) entrevistou 54.353 pessoas nas 26 capitais e no Distrito Federal e encontrou prevalência de HAS de 23,1%, sendo superior entre as mulheres (25,5%), variando de 14,7% em Palmas a 29,5% no Rio de Janeiro. Em todas as capitais a prevalência de HAS teve acréscimo conforme o aumento da faixa etária (MURARO et al., 2013).

Quanto aos fatores relacionados à HAS, são descritas em estudos brasileiros associações da HAS com idade avançada, baixa escolaridade (CIPULLO et al., 2010; FERREIRA et al., 2009; ROSÁRIO et al., 2009; SCHMIDT et al., 2009), sobrepeso e/ou obesidade (CIPULLO et al., 2010; FERREIRA et al., 2009), sedentarismo, etilismo (ROSÁRIO et al., 2009), cor da pele negra, viuvez, ex-tabagista, dislipidemia (FERREIRA et al., 2009), diabetes (FERREIRA et al., 2009; CIPULLO et al., 2010), histórico familiar da doença e excreção urinária de sódio (CIPULLO et al., 2010).

Entre as principais consequências da HAS destaca-se o Acidente Vascular Cerebral (AVC), que está presente em 97% dos casos de complicações em pessoas com a doença (BARBOSA et al., 2009). Ademais, indivíduos hipertensos apresentavam maior frequência de disfunção renal e outras comorbidades (CIPULLO et al., 2010).

A HAS é uma doença de alta prevalência em todo mundo, com tratamento amplamente conhecido e disponível (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Nessa perspectiva, governo brasileiro tem disponibilizado gratuitamente várias medicações anti-hipertensivas, por meio da farmácia popular (BRASIL, 2012). No entanto, no Brasil as taxas de controle da PA são baixas, de acordo com revisão bibliográfica, o controle da PA variou entre 57,6% a 10% (PINHO; PIERIN, 2013). Enquanto que em pesquisas internacionais a taxa de controle esteve em 63% nos Estados Unidos, 46% na França, 40% na Espanha e Alemanha, 36% no Reino Unido e 31% na Itália (WANG; ALEXANDER; STAFFORD, 2007).

1.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

O reconhecimento da HAS é extremamente importante na redução de desfechos cardiovasculares (BRASIL, 2006a). Considera-se atualmente para o diagnóstico de HAS um valor de PA de 140/90 mmHg ou superior (JOINT NATIONAL COMMITTEE, 2013;

EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Para estabelecer de modo seguro o diagnóstico de HAS é necessário a sua validação, que consiste na aferição repetida da PA, em condições ideais, em três ocasiões pelo menos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). Recomenda-se a aferição da PA preferencialmente na posição sentada, contudo, em casos especiais, como nos idosos, diabéticos, pacientes com disautonomias, etilistas e pacientes em uso de medicação anti-hipertensiva, aconselha-se o uso da posição ortostática na primeira avaliação (BRASIL, 2006a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A aferição repetida da PA em dias diferentes em consultório é aconselhada para se obter a pressão usual e excluir a possibilidade da “hipertensão do avental branco”, que é a diferença de pressão obtida em ambiente de consultório e a realizada fora dele, desde que essa diferença seja igual ou superior a 20 mmHg na pressão sistólica e/ou de 10 mmHg na pressão diastólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). Estudo realizado com idosos encontrou 42% de efeito do avental branco, 7% de controle falso, 13% de HAS não controlada e 38% de HAS controlada (BASTOS-BARBOSA et al., 2012). Sendo assim, este procedimento valida o diagnóstico da doença e exclui a possibilidade de condutas terapêuticas errôneas.

Consideram-se no diagnóstico da HAS, além dos níveis pressóricos, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades (BRASIL, 2006a; EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION, 2013; JOINT NATIONAL COMMITTEE, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Devido à ampla dimensão terapêutica, muitos hipertensos têm dificuldades em seguir as recomendações para o controle da doença, estima-se que até 50% possuam baixa adesão ao tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). O tratamento da HAS pode ser medicamentoso ou não medicamentoso, visa o controle da PA e a redução da morbimortalidade por causas cardiovasculares, devendo ser conduzido por profissional médico e equipe multiprofissional (BRASIL, 2006a; EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION, 2013; JOINT NATIONAL COMMITTEE, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Os anti-hipertensivos podem ser diuréticos, inibidores adrenérgicos (ação central, betabloqueadores, alfabloqueadores), vasodilatadores diretos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor

AT1 da angiotensina II (BRA) e inibidor direto da renina (BRASIL, 2006a; EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Estudos internacionais enfatizam a intensificação do tratamento por meio de aumento de doses e número de medicações, devido à associação desse tipo de protocolo terapêutico e o controle da pressão (VIGEN et al., 2012; WANG; ALEXANDER; STAFFORD, 2007), o que vem sendo apresentado e discutido pelos órgãos competentes (EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010; JOINT NATIONAL COMMITTEE, 2013). A monoterapia pode ser prescrita para pacientes com HAS em estágio 1 e com risco cardiovascular de baixo a moderado. No insucesso e para pacientes com alto risco cardiovascular, diabetes e doença renal crônica opta-se pelo aumento de doses e/ou combinações medicamentosas (EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). Apesar das recomendações americanas não fazerem restrições quanto ao início do tratamento com combinação de fármacos (JOINT NATIONAL COMMITTEE, 2013).

Como componente do tratamento não medicamentoso estão as medidas de controle do peso, tendo como metas antropométricas um IMC menor que 25 kg/m^2 e a circunferência abdominal $< 102 \text{ cm}$ para os homens e < 88 para as mulheres (EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). O controle do peso é de suma importância na prevenção da HAS. Investigação realizada com 319 adolescentes da cidade de Salvador identificou um acréscimo na Pressão Arterial Sistêmica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD) conforme elevação do IMC e que um aumento no IMC e CA aumentaria a PAS em $1,198 \text{ mmHg}$ e $0,622 \text{ mmHg}$, respectivamente. Além disso, aqueles com IMC e CA inadequados tem mais chances de apresentar alteração nos valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD) (GUIMARÃES et al., 2008).

É aconselhada aos hipertensos a ingestão de legumes, produtos lácteos com baixo teor de gordura, fibras alimentares solúveis dietéticas, grãos integrais e proteínas de fontes vegetais, com redução de gordura saturada e colesterol (EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION, 2013). Ademais, salienta-se sucesso do padrão dietético *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH), rico em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura, sendo altamente recomendada devido a redução e controle da PA comprovados (PIPER et al., 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A redução da ingestão de sal também é uma recomendação, sendo indicado o consumo menor que 5 g/dia de cloreto de sódio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Estão entre ações previstas no Plano Nacional de Saúde 2012 - 2015 e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011 – 2022, iniciativas que colaborem para a redução do consumo de cloreto de sódio (BRASIL, 2011b; NILSON; JAIME; RESENDE, 2012).

Referente à atividade física recomenda-se pelo menos 30 minutos de exercícios aeróbicos para adultos, que devem ser iniciados com intensidade leve ou moderada, e conforme adaptação, podendo evoluir para exercícios vigorosos, segundo a autorização e avaliação médica (EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A atividade física praticada por hipertensos auxilia no controle da doença, bem como proporciona melhora dos sintomas físicos e emocionais, nas relações sociais e familiares e auxilia nas mudanças de hábitos. Estudos com idosos hipertensos, incluídos em uma revisão, verificaram que o exercício físico aeróbico de intensidade leve a moderada parece gerar mais benefícios do que os de alta intensidade na redução da PA, colaborando para o tratamento da população de hipertensos idosos, desde que supervisionado e com frequência semanal de três vezes por semana (NOGUEIRA et al., 2012).

1.3 ADESÃO AO TRATAMENTO E FATORES ASSOCIADOS

Quanto aos fatores associados à adesão medicamentosa, estudo descreveu associação com a maior idade (50 a 79 anos), comparecimento em pelo menos uma consulta ao ano, a não ingestão regular de bebidas alcoólicas e ao infarto prévio (GIROTTO et al., 2013).

Em relação ao tratamento não medicamentoso, pesquisa demonstrou que este esteve associado com a prática de atividade física à escolaridade igual ou superior à 4ª série, ao sexo masculino, ao comparecimento em pelo menos uma consulta ao ano, diabetes e taxas de colesterol controladas. Quanto a seguimento da dieta, esta se associou à menor escolaridade (até 3ª série) e comparecimento em pelo menos uma consulta ao ano (GIROTTO et al., 2013).

Já a não adesão associou-se às classes econômicas C/D/E, ter ocupações de trabalho não qualificadas, ao uso de medicamentos pagos, mais que seis meses desde a última consulta, interromper previamente o tratamento, estar em tratamento há menos de três anos, presença de transtorno mental comum (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010), excreção

menor de sódio na urina (BASTOS-BARBOSA et al., 2012) e autopercepção da saúde como boa/ótima (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012).

O investimento na adesão ao tratamento é essencial no gerenciamento de condições crônicas do usuário e traz benefícios aos pacientes, às famílias, aos sistemas de saúde e à economia dos países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

A adesão ao tratamento já foi definida como o grau que o paciente segue as instruções médicas, contudo essa definição vem sendo amplamente discutida por não abranger todo o cenário que permeia o tratamento de uma doença crônica. Além disso, o termo coloca o sujeito como ser passivo de condutas e instruções de profissional, centrando o tratamento no profissional médico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Na língua inglesa, duas palavras são utilizadas como terminologia para adesão, *compliance* e *adherence*, entretanto, não são sinônimas, já que denotam sentidos diferentes. O termo *compliance* está relacionado à obediência, caracterizando o sujeito como ser passivo. A palavra *adherence* faz referência à capacidade de o paciente seguir as recomendações de modo livre. Muitos autores defendem que o conceito adequado para definir adesão em inglês é *adherence*, pois coloca o paciente como ser pensante e sujeito ativo no processo de decisão terapêutica (GUSMÃO; MION-JR, 2006; LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Considerando-se a multidimensão do tratamento de doenças crônicas e a adesão, a OMS utiliza o conceito de adesão como a medida do comportamento de uma pessoa que corresponde ao uso da medicação, seguimento da dieta e/ ou mudança no estilo de vida recomendados por profissional de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Tendo em vista a imensa quantidade de tentativas em conceituar a adesão e os transtornos causados pela falta de uma uniformidade de nomenclaturas, um grupo europeu propôs uma nova taxonomia para todos os tipos de tratamento. A proposta define a adesão aos medicamentos como o processo pelo qual os pacientes tomam os medicamentos prescritos. O processo começa com a iniciação do tratamento, quando é tomada a primeira dose da medicação prescrita e prossegue com a implementação do regime de dosagem, que corresponde à quantidade real ingerida ser igual ao regime prescrito, da iniciação até a última dose e termina pela descontinuação que marca o fim do tratamento, quando não há mais doses a serem tomadas (VRIJENS et al., 2012). Entretanto, este conceito não se aplica totalmente as drogas de uso contínuo como é o caso dos anti-hipertensivos.

Nesta linha de pensamento, a adesão ao tratamento é fundamental para o sucesso da terapia, e envolvem comportamentos inerentes à saúde, que vão desde ao seguimento da prescrição médica até aspectos referentes ao sistema de saúde, aos fatores socioeconômicos,

além de se relacionar também ao tratamento, ao paciente e à própria doença (GUSMÃO; MION-JR, 2006).

Quanto aos métodos de medida de adesão aos tratamentos estes são realizados de duas formas. Os métodos diretos referem-se à mensuração sérica do nível de fármacos, são mais precisos, porém de alto custo, acesso restrito e de difícil execução no caso do uso de múltiplas drogas. Já os indiretos utilizam inquéritos ou métodos padronizados, são de fácil aplicação, baixo custo e oferecem informações relevantes para a prática clínica (GABARRÓ, 1999).

Existem vários métodos que utilizam como ferramenta o autorrelato, como o teste de Haynes-Sackett (SACKETT et al., 1975), teste de Batalla (BATALLA-MARTÍNEZ et al., 1984), *Escala de conductas em salud* (Miller et al., 1985), *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) (SVARSTAD et al., 1999), *Hill-Bone compliance to high blood pressure therapy scale* (KIM et al., 2000), Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (DELGADO; LIMA, 2001), Questionário de Adesão a Medicamentos-Qualiaids (QAM-Q) (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2008), *Cuestionário de valoración del comportamiento de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico* (VELANDIA-ARIAS; RIVERA-ÁLVAREZ, 2009), *Cuestionário Martín-Bayarre-Grau* (MBG) (ALFONSO; VEA; ÁBALO, 2008; MATTA; LUIZA; AZERREDO, 2013). Entretanto, não existe um consenso que defina qual a medida de adesão ideal (BORGES et al., 2012). Dessa forma, o modo de avaliação da adesão deve considerar a viabilidade e disponibilidade de cada método no contexto dos serviços de saúde, considerando a aplicabilidade e validade dos instrumentos.

Entre os métodos indiretos com instrumentos de autorrelato está o teste de Morisky-Green (TMG), um dos mais conhecidos e utilizados (BORGES et al., 2012; MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986). Atualmente, apresenta-se nas versões com quatro e oito itens, sendo a última nomeada Escala de Adesão Terapêutica de oito Itens de Morisky (MMAS-8), que é amplamente utilizada no exterior (TAN; PATEL; CHANG, 2014) e foi recentemente validada no Brasil (OLIVEIRA-FILHO, et al., 2012).

Os questionários são os mais utilizados por apresentarem custos relativamente baixos e facilidade de aplicação em grandes populações. Esses instrumentos podem ser úteis na diferenciação entre baixa adesão e não resposta ao tratamento anti-hipertensivo quando utilizados em associação com outros métodos, como o dispositivo de contagem eletrônica de pílulas (*Medication Events Monitoring System – MEMS*) (WETZELS et al., 2007).

Métodos realizados concomitantemente oferecem bons parâmetros, como a contagem de pílulas em conjunto com o registro de dispensação, mas oferecem a dificuldade de

dependem da memória do paciente sobre o dia de recebimento dos medicamentos e compartilhamento dos mesmos entre familiares (KROUSEL-WOOD et al., 2004).

Considerando a multidimensão do tratamento da HAS, alguns estudos procuram medir a adesão às recomendações dietéticas e a prática de atividade física, entretanto os instrumentos atuais para esse tipo de mensuração são escassos (UZUN et al., 2009). Para medir a adesão alimentar, geralmente são utilizados os inquéritos alimentares (FISBERG; MARCHIONI; COLUCCI, 2009) e para atividade física, um dos mais utilizados é o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) (MATSUDO et al., 2001).

Alguns fatores que interferem na adesão ao tratamento de doenças crônicas vão muito além do sujeito e dos prestadores de assistência, também dizem respeito ao nível de desenvolvimento dos países em que se reside, segundo estudo da OMS, a adesão ao tratamento tende a ser 50% menor nos países em desenvolvimento em comparação aos desenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

As taxas de adesão ao tratamento são variáveis em todo mundo, obtidos em diferentes tipos de população e com critérios diversos. Além disso, os dados são extremamente díspares da meta de ao menos 80%, como visto em estudos no Japão (65%), Noruega (58%), Estados Unidos (51%), China (43%), Alemanha (32,3%), Gâmbia (27%), Seychelles (26%), Grécia (15%) e Eslováquia (7%) (BARBOSA; LIMA, 2006).

No Brasil, as prevalências de adesão também são destoantes. Nos estudos que avaliaram a adesão medicamentosa foram identificadas prevalências entre 20 a 60%. (CARVALHO et al., 2012; EID et al., 2010; GIROTTO et al., 2013; PUCCI et al., 2012; REINERS et al., 2012).

No que se refere à adesão ao tratamento não medicamentoso, em um estudo com 385 hipertensos de 20 a 79 anos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Londrina-PR, observou-se que 16,9% eram tabagistas, 5,5%, faziam uso regular de bebidas alcoólicas, 29,6% praticavam atividade física e 69,1% seguiam a dieta, com redução de alimentos de risco, com destaque à restrição no consumo de sal de 84,2% (GIROTTO et al., 2013). Investigação realizada no Centro Saúde Escola da cidade de Umuarama- PR, com 72 hipertensos, demonstrou ser crítica a adesão às medidas não farmacológicas de atividade física e seguimento de dieta, sendo suas taxas de 38,8% e 2,8%, respectivamente (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009). Observação realizada com 100 hipertensos usuários de Unidade Municipal de Saúde no Município de Belém-PA identificou que 23% praticavam atividade física e a maioria ingeria uma alimentação com redução de sal, gordura e enlatados e não era tabagista nem etilista (LIMA; MEINERS; SOLER, 2010).

Levando em conta os aspectos que afetam positivamente a adesão, dentro das estratégias para melhorá-la estão ações como a redução no número de medicações com o uso preferencial de monoterapia (FLACK; NASSER, 2011), o acompanhamento farmacoterapêutico (AMARANTE et al., 2010), o uso de intervenções comportamentais (VAN DALEM, et al., 2012) e o incentivo financeiro aos profissionais (PETERSEN et al., 2013).

1. JUSTIFICATIVA

A HAS é uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo e responsável por consequências desastrosas e onerosas, as quais, muitas vezes são decorrentes da não adesão ao tratamento medicamentoso. Por essas razões é considerada um problema de saúde pública mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A prevalência de HAS tem se elevado, as causas provavelmente se referem aos hábitos de vida, visto as crescentes taxas de sobrepeso, obesidade e ingestão de bebidas alcoólicas (SCHMIDT et al., 2011). Há um baixo controle em hipertensos dos níveis pressóricos (PINHO; PIERIN, 2013) e manutenção de fatores de risco evitáveis (MURARO et al., 2013), o que ocasiona um aumento da morbimortalidade pela doença (SCHMIDT et al., 2011), principalmente pela baixa adesão ou não adesão ao tratamento da doença.

No Brasil, a produção bibliográfica na área de adesão ao tratamento de doenças crônicas tem sido crescente. Contudo, a maioria conduz a uma excessiva responsabilização da não adesão ao sujeito, eximindo dessa responsabilidade os profissionais, instituições de saúde, sistema de saúde e sociedade, além de os conceitos apresentados por vezes não levarem em conta o princípio da autonomia do usuário. Por isso, ainda são necessários mais estudos na temática que apontem para a valorização das relações dialógicas para práticas em saúde integradas e mais eficazes (MENDES et al., 2014; SANTOS et al., 2013).

Dessa forma, considera-se importante conhecer os fatores que interferem na adesão ao tratamento. Assim, poderemos construir ou direcionar estratégias de aumento da adesão ao tratamento e por meio delas atingir o controle terapêutico eficaz, reduzindo a ocorrências de comorbidades e o incremento da mortalidade em indivíduos hipertensos.

Diante dos dados apresentados foram elaboradas as seguintes perguntas de pesquisa: Qual é a prevalência de adesão ao tratamento e os níveis de adesão dos usuários cadastrados no programa Hiperdia no município de Uberaba-MG?

Quais são as características sociodemográficas e econômicas, antecedentes de saúde, hábitos de vida, perfil antropométrico, níveis pressóricos e terapêutica medicamentosa dos hipertensos cadastrados no Programa Hiperdia no município de Uberaba-MG?

Quais são os fatores que influenciam a adesão ao tratamento dos cadastrados no programa Hiperdia no município de Uberaba-MG?

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Descrever os determinantes da adesão ao tratamento de usuários com Hipertensão cadastrados no Programa Hiperdia da Atenção Primária à Saúde.

3.2 ESPECÍFICOS

- 1 Caracterizar os usuários com HAS segundo as variáveis sociodemográficas, econômicas, antecedentes de saúde, hábitos de vida, perfil antropométrico, níveis pressóricos e de terapêutica medicamentosa;
- 2 Verificar a concordância entre a terapêutica prescrita e o uso da medicação segundo os sujeitos da pesquisa;
- 3 Identificar a adesão ao tratamento e os níveis de adesão segundo os instrumentos MARTÍN-BAYARRE-GRAU (MBG) e a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT);
- 4 Comparar as variáveis sociodemográficas, econômicas, complicações e de terapêutica medicamentosa entre os hipertensos que aderem ao tratamento medicamentoso e aqueles que não aderem;
- 5 Verificar os fatores associados à adesão ao tratamento segundo variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas e de terapêutica medicamentosa.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 NATUREZA DO ESTUDO

A pesquisa caracteriza-se como um estudo quantitativo, com delineamento observacional de corte transversal. Os estudos quantitativos utilizam-se da mensuração e de procedimentos estatísticos para descrever algo ou gerar hipóteses (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado em 29 Estratégias de Saúde da Família (ESF) da cidade de Uberaba-MG. A cidade tem 27 UBS (Unidade Básica de Saúde) que oferece cobertura de até 55% da população da cidade pela Atenção Primária à Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2013).

Estima-se que a população uberabense seja de 315.360 pessoas, em uma área territorial de 4.523,957 Km², sendo a densidade demográfica de 65,43 hab/Km². Quanto as características da população, conforme último censo, 200.271 eram adultos, 36.703 idosos, os quais representam 12% da população total (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA, 2013).

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Participaram deste estudo usuários com HAS cadastrados no período de janeiro de 1999 a fevereiro de 2014 e ativos no Programa Hiperdia do Ministério da Saúde, no município de Uberaba - MG.

4.3.1 Critérios de inclusão

- Possuir diagnóstico de hipertensão.
- Estar cadastrado e ativo no programa Hiperdia do Ministério da Saúde no município de Uberaba – MG. Foi definido usuário ativo aquele que manteve frequente nas reuniões do grupo Hiperdia pelo período de três meses consecutivos, conforme as regras do Programa.

- Residir na zona urbana do município.
- Ser adulto com idade igual ou superior a 18 anos.
- Concordar em participar da pesquisa com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

4.3.2 Critérios de exclusão

- Foram excluídos os hipertensos com Diabetes devido a possível confusão durante o inquérito sobre o uso da medicação.
- Fazer apenas tratamento não medicamentoso de acordo com prescrição médica.
- Dificuldade em comunicação verbal.

4.3.3 Número de sujeitos

A cidade de Uberaba possui 20636 hipertensos cadastrados e ativos no programa Hiperdia segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Foram entrevistados 150 hipertensos segundo uma amostra de conveniência.

Para a coleta de dados foi confeccionada uma agenda considerando os dias de agendamento dos grupos Hiperdia de cada ESF. No período de março a julho de 2014, em que os dados foram coletados, foi possível coletar dados de 150 hipertensos que estavam presentes na UBS para atendimento no grupo Hiperdia, os quais consentiram participar da pesquisa e preencheram os critérios de inclusão deste estudo.

O quadro a seguir descreve a quantidade de entrevistados conforme ESF.

Quadro 1. Distribuição de usuários cadastrados no programa Hiperdia entrevistados segundo ESF, Uberaba-MG, 2014.	
ESF	Entrevistados
Abadia Olhos d'água	9
Beija Flor	2
Cássio Resende	7
Chica Ferreira	4
Cidade Nova	3
Costa Teles I	13
Costa Teles II	10
Elza Amuí	2

Fabício	5
Gameleiras II	4
Jardim Indianópolis	2
Jardim Triângulo	11
Leblon	2
Manhattan	2
Maringá	6
Morada do Sol	1
Morumbi	2
Nossa Senhora Aparecida	5
Pacaembu	5
Rene Barsan	4
Residencial 2000 I	3
Santa Terezinha	6
São Cristovão	7
São Vicente	11
Tutunas	4
Uberaba I	6
Valim de Melo	6
Vila Arquelau	3
Volta Grande	5
TOTAL	150

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.4.1 Dados sociodemográficos e econômicos

- Sexo: (masculino e feminino);
- Faixa etária (em anos): (≤ 59 anos, 60 anos e mais);

Para a estratificação das idades foi utilizado o critério descrito na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que define como idoso aquele com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2006).

- Escolaridade (anos de estudo): (0, < 4, 4|-8, >8);
- Arranjo familiar: (mora acompanhado, mora sozinho);
- Estado conjugal: (com companheiro, sem companheiro);
- Renda familiar (número de salários): (<1, 1, >1);

Utilizou-se como referência para a estratificação da renda familiar o salário mínimo vigente na época (BRASIL, 2013).

- Renda familiar *per capita*: renda familiar em salários / número de pessoas que dividem a renda;
- Renda do individual: (com renda, sem renda);
- Renda do individual (número salários).

Utilizou-se como referência para a estratificação da renda familiar o salário mínimo vigente na época (BRASIL, 2013).

4.4.2 Antecedentes de saúde

- Antecedentes familiares: Infarto Agudo Miocárdio (IAM), Diabetes *Mellitus* (DM), HAS, outras coronariopatias, AVC;
- Antecedentes pessoais: IAM, outras coronariopatias, AVC, doença renal.

4.4.3 Hábitos de vida

- Tabagismo (sim, não, número de cigarros/dia, por quantos anos, ex-tabagista);
- Consumo de álcool (sim, não);
- Prática atividade física: sim, não; frequência - 1 vez por semana, 2 vezes por semana, 3 vezes por semana, 4 vezes ou mais; duração - 15 a 30 minutos, 30 a 60 minutos, mais de 60 minutos.

4.4.4 Dados antropométricos e PA

- Circunferência abdominal (CA) (cm);
- Risco de complicações metabólicas: (sem risco, risco moderado, alto risco);

Para avaliar os valores de CC seguiu os critérios da WHO (2000) de risco de complicações metabólicas em que homens – sem risco (< 94 cm), risco moderado (94 a 102 cm), alto risco (\geq 102 cm); mulheres – sem risco (< 80 cm), risco moderado (80 a 88 cm), alto risco (\geq 88 cm) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

- IMC adulto: (baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade);

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado utilizando-se a fórmula $IMC = \text{Peso (Kg)} / [\text{Estatura}]^2$ (m), através dos valores de peso e estatura. A classificação do peso foi realizada

por meio do IMC, utilizando-se os seguintes pontos de corte: baixo peso ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$), peso adequado (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m^2), sobrepeso (IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m^2) e obesidade ($IMC \geq 30,0$) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

- IMC idoso: (baixo peso, eutrofia, sobrepeso);

Para idosos o IMC foi calculado utilizando-se a fórmula $IMC = \text{Peso (Kg)} / [\text{Estatura}]^2$ (m), através dos valores de peso e estatura. A classificação do estado nutricional será realizada por meio do IMC, utilizando-se como pontos de corte: baixo peso ($IMC \leq 22 \text{ kg/m}^2$), eutrofia (IMC entre 22 e 27 kg/m^2) e sobrepeso ($IMC > 27 \text{ kg/m}^2$) (LIPSCHITZ, 1994).

- PAS controle: (sim, não);

Para análise dos valores da PA adotou-se a classificação das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, considerando uma PAS < 140 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

- PAD controle: (sim, não).

Para análise dos valores da PA adotou-se a classificação das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, considerando PAD < 90 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

4.4.5 Terapêutica medicamentosa

- Tempo de cadastro no Hiperdia (anos);
- Tempo de cadastro no Hiperdia (anos): (1 ou menos, 2|-5, mais de 5);
- Você teve que fazer alguma mudança na alimentação por orientação do médico ou algum profissional de saúde? (sim, não);
- O médico ou profissional da saúde indicou que você fizesse atividade física? (sim, não);
- Tipo de medicamento, quantidade comprimidos/dia, frequência;
- Concordância entre a terapêutica prescrita e o uso da medicação segundo os sujeitos da pesquisa: (sim, não).

- 4.4.5 Terapêutica medicamentosa

- 4.4.6 Adesão ao tratamento

- Adesão ao tratamento pela MAT: (sim, não);
- Adesão ao tratamento pelo MBG: (aderidos totais, aderidos parciais, não aderidos).

4.5 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

4.5.1 Estudo piloto

Antes de iniciar a pesquisa, foi realizado um estudo piloto com 10 usuários escolhidos por conveniência nos grupos Hiperdia com objetivo de o pesquisador verificar a melhor forma de abordar os participantes e conhecer a eficácia da aplicabilidade do instrumento. Após o estudo piloto foi necessário realizar apenas pequenas adequações na sequência das perguntas no instrumento. Os sujeitos entrevistados não constituíram a amostra deste estudo.

4.5.2 Procedimento para coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado duas fontes de dados, a primária, em que as informações eram coletadas com os usuários nas suas respectivas UBS, durante a espera para o atendimento nos grupos do Programa Hiperdia. E, para a fonte secundária, utilizaram-se as fichas do programa cadastro do hiperdia (ANEXO 3), acompanhamento do hiperdia (ANEXO 4), e o prontuário.

Entre as informações coletadas nos prontuários foram a CA, peso, altura, PA e medicamentos anti-hipertensivos, sendo o último verificada a concordância com as informações primárias dos usuários. Esses dados são referentes ao dia da coleta de dados e foram obtidos por profissionais das equipes de ESF durante o atendimento nos grupos de Hiperdia.

4.6 INSTRUMENTOS

Foram utilizados nesta pesquisa, três inquéritos, um instrumento de caracterização dos usuários, elaborado pela autora e dois para a aferição da adesão ao tratamento de HAS, a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) e o questionário Martín-Bayarre-Grau (MBG).

4.6.1 Instrumento de caracterização dos usuários

Foi elaborado um questionário pela autora para identificar as características sociodemográficas e econômicas, antecedentes de saúde, hábitos de vida, perfil antropométrico, níveis pressóricos e tratamento anti-hipertensivo dos participantes (APÊNDICE B) baseada nos dados contidos nas fichas do programa cadastro do hiperdia (ANEXO 3) e acompanhamento do hiperdia (ANEXO 4).

4.3.4 Instrumento MAT

O instrumento foi utilizado para mensurar a adesão dos hipertensos aos tratamentos medicamentosos. Ele foi validado em 2001 na língua portuguesa em Lisboa e é composto por sete itens, apresentou consistência interna com valores de alfa de Cronbach em torno de 0,75. As respostas dos participantes são obtidas em uma escala tipo Likert, com escores que variam de 1 (sempre) a 5 (nunca). O escore total é dado pela soma dos escores individuais dividida pelo número de questões, valores altos do escore total indicam maior adesão ao tratamento. Os sujeitos foram classificados como aderentes ou não aderentes ao tratamento sendo atribuído como critério valor maior ou igual a 5 (cinco) (DELGADO; LIMA, 2001) (ANEXO 1). No Brasil, o mesmo instrumento foi aplicado em estudo com hipertensos (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014).

4.6.3 Questionário MBG

O instrumento MBG determina o nível de adesão ao tratamento do paciente hipertenso segundo a definição operacional de adesão terapêutica postulada pela OMS. A validação para o português ocorreu a partir de um processo formal de adaptação transcultural com pessoas em tratamento anti-hipertensivo e antidiabético com objetivo de utilização na pesquisa de avaliação do programa Remédio em Casa, da Prefeitura do Rio de Janeiro. Obteve alfa de Cronbach superior a 0,70 (0,78 no teste e 0,79 no reteste) e um coeficiente de correlação intraclassa para o total do instrumento de 0,81 indicando concordância (MATTA, 2010).

O questionário MBG consiste em 12 afirmações respondidas em uma escala Likert de cinco pontos (nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre). A pontuação mais elevada significa maior adesão. Devido a conformidade do instrumento brasileiro a sua versão

original cubana e não ser identificada critérios para estratificação dos escores, optou-se por classificar os sujeito em “aderidos totais” se obtivessem de 38 a 48 pontos, “aderidos parciais” se de 18 a 37 pontos e “não aderidos” de 0 a 17 pontos, conforme estudo de Alfonso; Vea; Ábalo (2008).

4.7 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Para a análise dos dados foi construída uma planilha eletrônica, no programa Microsoft Excel®, e os dados coletados foram digitados em dupla entrada. Posteriormente, foi verificada a consistência entre as duas bases de dados. Quando constatada inconsistência retornou-se à entrevista original, para correção. Para a análise dos dados, o banco de dados foi importado para o software *Statistical Package for The Social Sciences* – SPSS, versão 20.0.

Na análise descritiva dos dados foi utilizada na distribuição de frequências absolutas e relativas, para variáveis categóricas, e para variáveis quantitativas foram utilizadas medidas de centralidade de média, desvio padrão, valores máximos e mínimos.

Para comparar as variáveis categóricas com a adesão ao tratamento, foi realizada análise bivariada empregando-se teste *qui-quadrado* (X^2) e as medidas de razão de prevalência e razão de chances. Foi considerado um nível de significância de $p < 0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95%.

Para analisar as variáveis preditoras da adesão medicamentosa empregou-se o modelo de regressão logística. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi aprovado junto a Plataforma Brasil pelo ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFTM, sob número de parecer 001096/2014 (ANEXO 6). Houve ainda a autorização da SMS de Uberaba para a coleta de dados junto a ESF (ANEXO 5). Os sujeitos foram convidados a participar desta pesquisa, mediante a oferta de todas as informações sobre a sua natureza e os seus objetivos. Somente após anuência do entrevistado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, houve o início da pesquisa (APÊNDICE A).

5 RESULTADOS

Participaram deste estudo 150 hipertensos cadastrados no Programa Hiperdia, nos quais, foram investigados, a adesão medicamentosa; características sociodemográficas e econômicas, antecedentes de saúde, hábitos de vida, tratamento medicamentoso e por fim, verificado os fatores associados à adesão medicamentosa, os dados identificados estão abaixo descritos.

5.7 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS

Entre os indivíduos desta pesquisa, prevaleceu o sexo feminino (66,7%), a faixa etária de 60 anos ou mais (64,7%), a cor branca (58,7%), aqueles que possuíam companheiro (64%), os que viviam acompanhados (82,7%), com escolaridade de 4-8 anos (45,3%), os que possuíam renda individual (86%) e os que referiram renda familiar < 1 salário mínimo (42,7%).

No grupo dos que aderiram ao tratamento, os maiores percentuais eram daqueles do sexo masculino (92%), que eram adultos (94,3%), com companheiro (a) (91,7%), moravam acompanhados (92,7%), com escolaridade maior de 8 anos (95,5%) com renda própria (93%) e renda familiar *per capita* de menos de 1 salário mínimo (91,9%), (Tabela 1).

Maior proporção de hipertensos que aderiram ao tratamento tinham renda própria ($p=0,014$) e moravam acompanhados ($p=0,056$). Sendo que a variável morar acompanhado, esteve no limite para ser considerada significativa, (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos hipertensos segundo os dados sociodemográficos e econômicos Uberaba, MG. 2014.

	Adesão ao tratamento		RP (IC95%)	RCP (IC95%)	p*
	Sim n (%)	Não n (%)			
Sexo					
Masculino	46(92,0)	4(8,0)	1,022(0,92-1,13)	1,278(0,38-4,29)	0,691
Feminino	90(90,0)	14(10,0)			
Faixa etária (em anos)					
Adultos - <60	50(94,3)	3(5,7)	1,064(0,96-1,17)	2,132(0,56-8,00)	0,253
(idosos)- 60 ou mais	86(88,7)	11(11,3)			
Estado conjugal					
Com companheiro	88(91,7)	8(8,3)	1,375(0,45-4,19)	1,031(0,92-1,15)	0,575
Sem companheiro	48(88,9)	6(11,1)			
Arranjo de moradia					
Acompanhado	115(92,7)	9(7,3)	1,148(0,94-1,39)	3,042(0,92-9,98)	0,056
Sozinho	21(80,8)	5(19,2)			
Escolaridade (em anos)					
≥9	21(95,5)	1(4,5)	1,064(0,94-1,20)	2,410(0,28-20,75)	0,410
4-8	61(89,7)	7(10,3)	1,061(0,93-1,20)	2,333(0,26-20,56)	0,434
< 4	54(90,0)	6(10,0)			
Renda própria					
Com renda	120(93,0)	9(7,0)	1,221(0,95-1,55)	4,167(1,24-13,99)	0,014
Sem renda	16(76,2)	5(23,8)			
Renda familiar per capita					
Menos de 1 salário**	79(91,9)	7(8,1)	1,031(0,92-1,14)	1,386(0,46-4,17)	0,560
Um salário ou mais	57(89,1)	7(10,9)			

*Teste qui-quadrado; p<0,05; ** Salário mínimo vigente R\$724,00; IC=95%.

5.8 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DE HÁBITOS DE VIDA

Referente aos hábitos vida dos hipertensos entrevistados, relataram ser tabagistas 17 (11,3%), fazer uso de álcool 37 (24,7%), praticar atividade física 83 (55,3%), com frequência de 4 ou mais vezes por semana 44 (53%) e com duração de 30 a 60 minutos 53 (63,9%), (Tabela 2).

Quanto às orientações dos profissionais de saúde sobre a prática de atividade física, 112 (74,7%) referiu ter sido orientado por profissional. Acerca dos hábitos alimentares como parte do tratamento de hipertensão, 106(70,7%) alegou ter sido orientado por profissional. Tanto em relação à prática de atividade física quanto à mudança de hábitos alimentares o

número de pessoas que executaram a recomendação foi inferior a quantidade de pessoas que foram orientadas.

Tabela 2. Distribuição dos hipertensos segundo hábitos de vida. Uberaba, MG. 2014.

Hábitos de vida	N	%
Tabagismo		
Sim	17	11,3
Não	87	58,0
Ex-tabagista	46	30,7
Uso do álcool		
Sim	37	24,7
Não	113	75,3
Atividade física		
Sim	83	55,3
Não	67	44,7
Frequência (vezes/semana)		
1	3	3,6
2	21	25,3
3	15	18,1
4 ou mais	44	53,0
Duração (minutos)		
15 a 30	16	19,3
30 a 60	53	63,9
Mais de 60	14	16,9
Mudança de alimentação devido ao tratamento/doença		
Sempre	86	57,3
Quase sempre	28	18,7
Às vezes	18	12,0
Quase nunca	10	6,7
Nunca	8	5,3

Entre os usuários entrevistados, 124(82,7%) relataram ter antecedentes familiares para doenças cardiovasculares. As doenças relatadas foram: IAM 54 (34,0%), Diabetes 56 (37,3%), HAS 100 (66,7%), coronariopatias 54 (36%) e AVC 40(26,7%).

Dentre as complicações autorreferidas as coronariopatias tiveram destaque, representadas por 30 (20,0%) ocorrências, totalizaram 41 (27,3%) pessoas referiram ter sofrido complicações, (Tabela 3). Com relação ao número de complicações, 29(19,3%) relataram ter uma, 11(7,3%) duas e 2 (1,3%) três.

Quanto à classificação do IMC, estavam obesos 19 (41,3%) dos adultos e 45 (52,9%) dos idosos estavam com sobrepeso segundo dados de 131 prontuários.

No que se refere a classificação da circunferência abdominal, a maioria estava com risco elevado 77(51,3%).

Em relação ao controle da PA, 92 (61,3%) estavam com a PAS controlada e 100 (66,7%) tinham controle da PAD segundo dados de 138 prontuários, (Tabela 3).

A tabela 3 descreve a caracterização dos usuários com hipertensão segundo complicações, perfil antropométrico e controle da pressão arterial.

Tabela 3. Distribuição dos hipertensos segundo complicações, perfil antropométrico e controle da pressão arterial, Uberaba, MG. 2014.

	N	%
IAM		
Sim	10	6,7
Não	140	93,3
Coronariopatias		
Sim	30	20,0
Não	120	80,0
AVC		
Sim	7	4,7
Não	143	95,3
Doença renal		
Sim	4	2,7
Não	146	97,3
Retinopatia		
Sim	4	2,7
Não	146	97,3
Classificação IMC (adultos)		
Baixo peso	2	4,3
Peso adequado	14	30,5
Sobrepeso	11	23,9
Obesidade	19	41,3
Classificação IMC (idosos)		
Baixo peso	13	15,3
Eutrofia	27	31,8
Sobrepeso	45	52,9
Classificação circunferência abdominal		
Sem risco	40	26,7
Risco moderado	33	22,0
Risco elevado	77	51,3
PA controle sistólica		
Sim	92	61,3
Não	46	30,7
PA controle diastólica		
Sim	100	66,7
Não	38	25,3

O IMC variou de 13,32 a 56,39 sendo a média de $28,58 \pm 6,62 \text{ Kg/m}^2$. A CA variou de 64 a 149 sendo a média de $98,08 \pm 13,84 \text{ cm}$. A PAS variou de 90 a 180 com média de $128,67 \pm 18,45 \text{ mmHg}$ e PAD variou de 50 a 120 com média de $80,09 \pm 12,16 \text{ mmHg}$.

5.4 CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Entre aqueles cadastrados no Hiperdia, 66% faziam uso de 2 a 4 medicamentos anti-hipertensivos por dia, (Tabela 4). A média de número de comprimidos prescritos utilizados na terapêutica da HAS foi de $0,5 \pm 1,67$ variando de 0,5 a 9 comprimidos/dia. Desses, 73,3% faziam uso de diurético, 42,7% de BRA, 26,7% de IECA, 26% de betabloqueadores, 17,3% bloqueadores dos canais de cálcio e 2,7% de ação central (Tabela 4).

Verificou-se que 46 (30,7%) não tinham conhecimento sobre o tratamento que utilizavam e não souberam informar dados como nome da medicação e/ou dose e frequência. Sendo que 63 (42,0%) eram usuários do serviço de Hiperdia a mais de cinco anos. Enquanto aqueles que tinham um ano ou menos de cadastrado representavam 22 (14,7%), aqueles entre 2|-5 anos, 57 (38%) e 8(5,3%) tinham tempo de cadastro desconhecido.

Nos grupos dos que aderiram ao tratamento, o percentual maior era daqueles que tinham presença de complicações (95,1%), tinham mais de cinco anos de cadastro no Hiperdia (92,1%), não usavam diuréticos (95%), anti-hipertensivos de ação central (91,1%), IECA (90,9%), BRA (94,2%), antagonistas dos canais de cálcio (91,1%) e usavam betabloqueadores (94,9%). Quanto ao conhecimento sobre o tratamento, 91,3% entre os que aderiram ao tratamento relataram ter conhecimento (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos hipertensos segundo presença de complicações e terapêutica medicamentosa. Uberaba, MG. 2014.

Tratamento	Adesão ao tratamento		RP (IC95%)	RCP (IC95%)	p*
	Sim N (%)	Não N (%)			
Presença de complicações					
Sim	39(95,1)	2(4,9)	1,069 (0,97-1,17)	2,412 (0,51-11,28)	
Não	97(89,0)	12(11,0)			
Tempo de cadastro Hipertensão					
Mais de 5 anos	58(92,1)	5(7,9)	1,029 (0,91-1,15)	1,365 (0,39-4,74)	0,623
2-5 anos	51(89,5)	6(10,5)	1,013 (0,87-1,17)	1,16 (0,20-6,45)	0,825
1 ano ou menos	20(90,9)	2(9,1)			
Classe do anti-hipertensivo					
Diuréticos					
Não	38(95,0)	2(5,0)	1,066 (0,96-1,17)	2,327 (0,49-10,88)	0,271
Sim	98(89,1)	12(10,9)			
Betabloqueadores					
Sim	37(94,9)	2(5,1)	1,064 (0,96-1,17)	2,242 (0,47-10,50)	0,294
Não	99(89,2)	12(10,8)			
Ação Central					
Não	133(91,1)	13(8,9)	1,215 (0,68-2,14)	3,410 (0,33-35,18)	0,352
Sim	3(75,0)	1(25,0)			
IECA					
Não	100(90,9)	10(9,1)	1,010 (0,89-1,13)	1,111 (0,32-3,76)	0,866
Sim	36(90,0)	4(10,0)			
BRA					
Não	81(94,2)	5(5,8)	1,096 (0,98-1,22)	2,651 (0,84-8,33)	0,86
Sim	55(85,9)	9(14,1)			
Antagonistas dos canais de Cálcio					
Não	113(91,1)	11(8,9)	1,030 (0,88-1,19)	1,340 (0,34-5,18)	0,671
Sim	23(88,5)	3(11,5)			
Conhecimentos do tratamento					
Sim	95(91,3)	9(8,7)	1,025 (0,91-1,15)	1,287 (0,40-4,07)	0,667
Não	41(89,1)	5(10,9)			

*Teste qui-quadrado; p<0,05;IC=95%.

5.1 ADESÃO MEDICAMENTOSA

A adesão ao tratamento medicamentoso isolado, no momento da entrevista, segundo a MAT, foi de 136 (90,7%). Os níveis de adesão de adesão a terapêutica, no momento da entrevista, segundo MBG, 94 (62,7%) tem adesão total, 53 (35,3%) parcial e 3 (2,0 %) não adesão.

No item do cumprimento do tratamento do instrumento MBG, 99 (66%) tomavam as medicações no horário estabelecido, 136 (90,7%) tomavam todas as doses indicadas, 86 (57,3%) seguiam as regras da dieta, 139 (92,7%) compareciam às consultas marcadas, e 65 (43,3%) realizavam os exercícios físicos indicados.

Em relação implicação pessoal, 129 (86%) encaixavam os horários do remédio nas atividades do seu dia a dia, 124 (82,7%) cumpriam o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos, 126 (84%) levavam o tratamento sem grandes esforços e 102 (68%) faziam uso de lembretes para realização do tratamento.

Quanto à relação mútua, 98 (65,3%) referiram que decidiam junto com o médico o tratamento a ser seguido, 93 (62%) discutiam com o médico como cumprir o tratamento e 76 (50,7%) podia dar a sua opinião no tratamento que o médico prescreveu.

5.5 FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO MEDICAMENTOSA

Verificou-se que entre aqueles que possuíam renda própria têm 5,5 vezes mais chance de aderir ao tratamento (OR = 5,59; IC=1,20-26,01; $p=0,028$) quando comparados aqueles sem renda própria (Tabela 5).

A Tabela 5 apresenta o modelo final de regressão logística para as variáveis associadas a adesão ao tratamento medicamentoso de hipertensão entre os usuários do Hiperdia.

Tabela 5 - Distribuição dos usuários do Hiperdia segundo o modelo final de regressão logística associadas à adesão ao tratamento medicamentoso. Uberaba, MG. 2014.

Variáveis	Adesão ao tratamento			
		OR	IC95%	<i>p</i> *
Sexo	Masculino	1,12	0,26-4,80	0,879
	Feminino			
Faixa etária (em anos)	<60	2,88	0,62-13,45	0,179
	60 ou mais			
Escolaridade (em anos)	< 4anos	1,43	0,15-13,96	0,76
	4-8anos	1,28	0,36- 4,55	0,70
	>8anos			
Mora acompanhado	Não	3,66	0,90-14,77	0,069
	Sim			
Número de morbidades		0,37	0,07-1,97	0,246
Número de comprimidos		0,86	0,62-1,18	0,341
Renda própria	Não	5,59	1,20-26,01	0,028
	Sim			

IC: Intervalo de confiança; *p**<0,05.

6 DISCUSSÃO

A discussão a seguir, organiza-se nos seguintes tópicos: adesão medicamentosa; características sociodemográficas e econômicas; características clínicas; tratamento medicamentoso e fatores associados à adesão medicamentosa.

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS

Os indivíduos desta pesquisa eram em sua maioria do sexo feminino, com 60 anos ou mais, de cor branca, com escolaridade de 4-8 anos, com companheiro, viviam acompanhados, possuíam renda individual e renda familiar < 1 salário mínimo. Entre aqueles que aderiram ao tratamento, os maiores percentuais eram do sexo masculino, adultos, com escolaridade maior de 8 anos, com companheiro(a), que moravam acompanhados, com renda própria e renda familiar *per capita* de menos de 1 salário mínimo.

Investigações apontam maior porcentagem de adesão entre homens (CARVALHO et al., 2012; EID et al., 2013), o que corrobora com os dados desse estudo. Uma revisão apontou, em estudos internacionais, a associação entre a adesão ao tratamento e o sexo masculino (FAVA et al., 2014). Em contraste, outras pesquisas evidenciaram adesão superior em mulheres (CAVALARI et al., 2012; GIROTTO et al., 2010; GOMES e MARTINS et al., 2014; OLIVEIRA-FILHO et al., 2012). Entretanto, não foi identificada associação entre essas variáveis em âmbito nacional (CAVALARI et al., 2012; GIROTTO et al., 2010; GOMES e MARTINS et al., 2014; SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010). Assim, devido às divergências encontradas não se pode estabelecer consenso entre gênero e adesão ao tratamento farmacológico.

A inserção da mulher no mercado de trabalho, a busca por qualificação e reconhecimento, desvincula cada vez mais a figura feminina de apenas atividades domiciliares. Segundo o IGBE, 34,5% dos lares brasileiros são mantidos por mulheres (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). Por conseguinte, essas mudanças afetam o comportamento, as escolhas, bem como, os hábitos de vida, o que impacta sobre os riscos de adquirir doenças e o modo de prevenção e tratamento das mesmas. Atualmente, observa-se uma prevalência superior de HAS em pessoas do sexo feminino (CIPULLO et al., 2010; MURARO et al., 2013). Contudo, em estudo realizado no Rio de Janeiro com funcionários de uma universidade verificou-se que as mulheres tendem a reconhecer sua condição, tratar e controlar a doença (NOGUEIRA et al., 2010), talvez pela

ocorrência em maior porcentagem de fatores de risco cardiovasculares (FRCV) simultâneos (FERREIRA et al., 2010).

Em contrapartida, de modo crescente ocorre melhoria e maior oferta de serviços de saúde voltados ao gênero masculino, como o lançamento e implantação da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (BRASIL, 2009). Desse modo, as condições de vida e saúde entre os gêneros se direcionam a uma futura uniformização e atenuação das diferenças. Até então, o homem encontra-se em condições superiores referente a renda e escolarização em relação às mulheres, que ainda são a maioria dos analfabetos do país (50,5%), e rendimento mensal inferior ao masculino (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013).

Em diversos estudos a idade esteve associada a adesão ao tratamento, evidenciando uma relação diretamente proporcional entre a idade e adesão (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; KROUSEL-WOOD et al., 2011; LEE et al., 2013; SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010). De modo oposto, assim como neste estudo, vários outros não encontraram associação significativa entre as variáveis (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014; EID et al., 2014; GOMES e MARTINS et al., 2014).

A prevalência de HAS é superior em idosos, com tendência de crescimento dos diagnósticos desta doença conforme o aumento de idade (CIPULLO et al., 2010; MURARO et al., 2013). Os indivíduos com menor faixa etária, reconhecem e tratam menos a HAS (NOGUEIRA et al., 2010). No caso de idosos, percebe-se uma adesão constante entre as mulheres, sendo o sexo feminino um fator de proteção para uma adesão permanente (KROUSEL-WOOD et al., 2011).

A HAS é uma doença multidimensional e crônica, que quando ocorre junto ao período do envelhecimento tem seus riscos acentuados e peculiaridades. O controle da doença, por vezes, não ocorre nos idosos (NOGUEIRA et al., 2010; PIERIN et al., 2011). As prevalências de FRCV em neste grupo ultrapassam os 80%, sendo que a grande maioria apresenta dois ou mais FRCV (FERREIRA et al., 2010).

A equipe multiprofissional deve estar atenta na prestação de uma assistência pautada e direcionada às particularidades da HAS na velhice, para evitar problemas relacionados a não adesão. Em investigação com 1242 idosos atendidos pela APS do município de Bagé-RS, estiveram entre os fatores significativamente associados à baixa adesão, a presença de três ou mais morbidades, a incapacidade instrumental para a vida diária e o uso três ou mais medicamentos (TAVARES et al., 2013b).

Em pesquisas, com populações semelhantes à deste estudo, não se identificaram associação significativa entre a variável ser casado ou ter companheiro e adesão (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014; EID et al., 2014; GOMES e MARTINS et al., 2014; LIMA; MEINERS; SOLER, 2010). Entretanto, o estado civil casado associou-se positivamente a menores chances de declínio da adesão, entre idosos hipertensos (KROUSEL-WOOD et al., 2011).

O apoio familiar no controle das DCNT é fundamental, sendo primordial no fornecimento de auxílio e suporte na condução e prosseguimento do tratamento em domicílio, pois cabe ao profissional ser um guia e ao paciente o seguimento da conduta. Entre 77 hipertensos usuários de um Centro de Hipertensão e Metabologia, a maioria 59,7% dos que estiveram aderentes ao tratamento referiram receber motivação familiar para tomarem os medicamentos (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014).

Em consonância ao estudo em questão, outras pesquisas também não evidenciaram relação entre escolaridade e adesão (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014; DEMONER; RAMOS; PEREIRA et al., 2012; GOMES e MARTINS et al., 2014). Já em uma investigação na Colômbia, a adesão esteve associada significativamente à educação (CASTAÑO-CASTRILLÓN et al., 2012). No Brasil, ocorreu não adesão em pessoas que ocupavam posições não qualificadas no mercado de trabalho (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010).

A baixa renda e escolaridade são fortes barreiras para o alcance da adesão ao tratamento, pois agem como determinantes de saúde. São consideradas condições de vulnerabilidade humana, por limitar o acesso dos indivíduos a melhores condições de vida e saúde (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2014). Visto que, em um estudo as pessoas brancas e pertencentes a classes sociais A/B, apresentaram anos a mais de estudo quando comparados a não-brancos e aos pertencentes às classes C/D/E (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010). Aqueles que possuem melhores renda e escolaridade utilizam menos os serviços públicos (SILVA et al., 2011). Todos esses fatores sociais intermediam a adesão ao tratamento, dado que o apoio social esteve relacionado a adesão medicamentosa (CASTAÑO-CASTRILLÓN et al., 2012; KROUSEL-WOOD et al., 2010).

Estabelece-se uma correlação inversa entre não adesão e renda (SHAW; BOSWORTH, 2013), o que corrobora com os dados apresentados no presente estudo, em que adesão esteve associada a renda. Outros elementos subsidiam a importância dessa relação, posto que, em estudos brasileiros, a não adesão esteve associada a indivíduos pertencentes às

classes sociais C, D, E (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010), aos que precisavam comprar seus medicamentos (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010; TAVARES et al., 2013b) e àqueles que não possuíam plano de saúde (TAVARES et al., 2013b).

Assim, o enfermeiro deve trabalhar para identificar e minimizar fatores que podem influenciar a adesão, já que o sucesso no controle da HAS depende diretamente da adesão ao tratamento, a baixa adesão está associada a maiores níveis tensionais quando comparada com pacientes aderentes (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012), os pacientes aderentes se revelaram mais propensos a ter a pressão arterial controlada (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012).

6.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DE HÁBITOS DE VIDA

O tratamento da hipertensão consiste na adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Assim como evidenciado neste estudo, que a maioria dos hipertensos relatou não ser tabagista e não usar álcool, do mesmo modo do que outras investigações também demonstram baixos índices de tabagismo e alcoolismo (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009; DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; GIROTTO et al., 2013; LIMA; MEINERS; SOLER, 2010).

As políticas públicas de redução do tabagismo e alcoolismo (MACHADO; BOARINI, 2013) bem como, o controle crescente da regulação da publicidade e venda do tabaco e do álcool, com a lei 9.294 de 1996, que vem sofrendo diversas alterações desde o ano de 2000 (BRASIL, 1996), tem sido eficazes na redução do consumo desses produtos, além da implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, em 2011. Na mesma direção está a mudança comportamental das pessoas, pelo conhecimento e consciência crescente em torno dos riscos elevados da ocorrência de doenças crônicas e aumento da mortalidade (MALTA et al., 2013).

Quanto à prática de atividade física, a maioria dos participantes da pesquisa referiu ter sido orientado sobre a sua prática e fazer exercícios físicos, sendo a frequência mais relatada a de 4 ou mais vezes por semana tendo como duração de 30 a 60 minutos as atividades. Os dados descritos em outras pesquisas sobre a prática de atividade física são bastante inferiores aos aqui descritos (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009; DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; GIROTTO ET AL., 2013; LIMA; MEINERS; SOLER, 2010; SANTOS; MOREIRA, 2012). Houve associação em estudo do controle da pressão com a prática de exercícios físicos (GOMES; ROCHA E SILVA; SANTOS, 2010).

A atividade física beneficia os hipertensos, pois colabora no controle da PA e na redução do peso. Trabalho realizado com 440 hipertensos, em UBSs localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo, observou que os hipertensos não controlados referiram não praticar mais exercícios físicos regularmente do que os controlados (PIERIN et al., 2011). Segundo dados presentes em revisão bibliográfica, evidências demonstram que a atividade física é recomendada por ser benéfica na preservação da saúde e no tratamento e prevenção das DCNT (COELHO; BURINI, 2009).

Diferente dos dados descritos pelo presente estudo, a maioria entre 41 hipertensos de uma ESF em Dourados - MS relataram não ter recebido informação sobre alimentação (COCA et al., 2010). Em conjunto à atividade física está a alimentação adequada, fundamental na aquisição do peso ideal e níveis pressóricos normais. Para isso, é necessário que o profissional de saúde conheça os hábitos alimentares da população com quem trabalha, assim como utilizar os instrumentos adequados para este fim (FISBERG; MARCHIORI; COLUCCI, 2009), já que o seguimento de uma dieta saudável dificilmente é conquistado com sucesso (COCA et al., 2010), principalmente no que diz respeito à dieta hipossódica (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010), tão importante no controle da PA.

Quanto à classificação do IMC em adultos, 41,3% dos adultos estavam obesos e 52,9% dos idosos estavam com sobrepeso. Em pesquisa realizada com 42 hipertensos acompanhados pelo programa Hiperdia de uma UBS da cidade de Céu Azul-PR encontrou como principal classificação o sobrepeso em idosos 48,0% e obesidade grau I/II em 46,0% dos adultos (PIATI; FELICETTI; LOPES, 2009), dados bastante semelhantes aos desse estudo.

Em relação ao risco cardiovascular e metabólico, a maioria estava com risco elevado. A prevalência de HAS pode aumentar progressivamente, à medida que os valores de circunferência abdominal progredem. Em uma população de 1.003 indivíduos adultos residentes na região urbana do município de Nobres – MT, a comparação entre normotensos e hipertensos revelou diferenças significativas em relação circunferência abdominal (ROSÁRIO et al., 2009). Na cidade de São José do Rio Preto- SP, entre 1.717 adultos, a prevalência de hipertensão aumentou progressivamente de acordo com o aumento da circunferência abdominal em todos os grupos etários (CIPULLO et al., 2010).

A circunferência abdominal representa um critério seguro para a verificação de risco cardiovascular. No ambiente da APS, nos grupos de Hiperdia, pode ser facilmente aferida, por ser de baixo custo e oferecer uma ótima ferramenta de prevenção de danos cardiovasculares em grupos de risco, como o de Hipertensos. Para avaliar os valores de circunferência

abdominal, são seguidos os critérios da WHO de risco de complicações metabólicas, tendo como meta os valores de < 94 cm, em homens, < 80 cm em mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Dentre as ações de monitoramento de risco, pelo Hiperdia, está a aferição do peso, altura e averiguação do IMC, com o intuito de avaliar o sobrepeso e a obesidade (BRASIL, 2002). Entretanto, tanto no grupo estudado quanto em outros estudos realizados com hipertensos atendidos em serviços de APS é descrita uma população acometida de obesidade e sobrepeso (ALVES et al., 2012; BERLIZE; SCHNEIDER, 2009; CIPULLO et al., 2010; DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013; SANTOS; MOREIRA, 2012), o que evidencia uma falha no trabalho de educação de saúde feito com esse tipo de população, apesar de existir nos serviços estudados a avaliação antropométrica periódica.

Os fatores como o tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e obesidade, isoladamente já representam risco cardiovascular. No entanto, por vezes esses fatores aparecem nos indivíduos de modo conjunto. O estudo VIGITEL encontrou associação entre tabagismo, excesso de peso e consumo de álcool e entre excesso de peso/obesidade e consumo de bebidas alcoólicas (MURARO et al., 2013), o que dificulta muito o controle de FRCV e aumenta as chances de desfechos cardiovasculares. Nesse sentido, estudo identificou o AVC como complicação mais frequente em hipertensos tabagistas, sedentários e com sobrepeso/obesidade (SANTOS; MOREIRA, 2012).

A Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) realizou três pesquisas com o EUROASPIRE (Ação Européia sobre a Prevenção Primária e Secundária por meio de intervenção para redução de Eventos), entre os anos 1995 e 2007, em pelo menos 22 países, estes inquéritos mostram que o estilo de vida de pacientes coronarianos e de alto risco é preocupante pelo tabagismo persistente e alta prevalência de obesidade e obesidade central. A pressão arterial, a ingestão de lipídios e o controle da glicose são inadequados na maioria dos pacientes (KOTSEVA, 2011).

Atividades de intervenções educativas podem ser eficazes na redução e controle de fatores de risco modificáveis. Uma pesquisa realizada com 27 diabéticos e/ou hipertensos atendidos por duas UBSs na cidade de Diamantina-MG teve como objetivo avaliar o efeito de um programa de educação sobre fatores de risco modificáveis para risco de doenças cardiovasculares e conseguiu reduzir em doze meses de acompanhamento, o consumo de óleo, açúcar e sal e também o uso de bebidas alcoólicas e cigarros (NOBRE et al., 2012) Isso evidencia a importância do investimento e elaboração de estratégias eficazes de educação em

saúde. Ressalta-se que uma das principais atribuições do enfermeiro na APS é conduzir atividades de educação em saúde, fornecendo orientações voltadas para a prevenção de doenças e redução de danos em grupos especiais, tais como controle do peso e CA, incentivo a prática de atividades físicas, cessação do tabagismo/ alcoolismo e alimentação saudável (MANOEL; MARCON; BALDISSERA, 2013).

Quanto aos antecedentes familiares, estudo documental realizado em Fortaleza-CE, que analisou os dados de 2671 fichas de cadastro do Hiperdia de usuários atendidos nos Centros de Saúde da Família, verificou histórico familiar de doença cardiovascular em 29,8% dos casos de HAS e esteve associado com a ocorrência da doença (SANTOS; MOREIRA, 2012). Esses dados demonstram-se inferiores ao descritos na presente investigação, que encontrou 82,7% de relatos de antecedentes familiares para doenças cardiovasculares, sendo a principal a HAS.

A apuração de antecedentes familiares na população é de grande valia na identificação de indivíduos com riscos potenciais em desenvolver a HAS e outras DCNT. Em pesquisa feita com 1.717 adultos da cidade de São José do Rio Preto-SP, comparou-se hipertensos a normotensos e observou histórico familiar positivo de hipertensão maior no grupo de hipertensos quando comparado aos normotensos (CIPULLO et al., 2010). Em usuários cadastrados no Hiperdia, verificou-se que a doenças cardiovascular familiar precedente esteve associada às coronariopatias e ao IAM (SANTOS; MOREIRA, 2012). Dessa forma, o enfermeiro da APS tem suma importância na efetivação de estratégias de rastreamento das DCNT, antevendo-se aos fatos e trabalhando a redução de danos (BRASIL, 2002).

No que diz respeito às complicações, 27,3% dos hipertensos referiram ter sofrido complicações, a coronariopatias foram as mais relatadas entre os entrevistados dessa pesquisa 30 (20,0%). As pessoas com complicações estiveram em maior porcentagem no grupo daqueles que aderiram ao tratamento. Em outro estudo a doença arterial coronária, o IAM, a doença renal e o AVC estiveram associados à HAS, sendo o AVC a complicação mais frequente neste grupo (SANTOS; MOREIRA, 2012). Dados que divergem do estudo em questão, entretanto em conjunto com os apresentados na presente investigação alertam para a necessidade e importância do monitoramento e prevenção de complicações em grupos vulneráveis como os de hipertensos.

Por vezes, as complicações e comorbidades não são limitantes para a adesão ao tratamento, desde que o profissional estimule efetivamente o autocuidado e a assistência familiar. Em estudo com meta análise, a maior adesão foi associada com percepções superiores de necessidade de tratamento (HORNE et al., 2013). A adesão também se eleva

entre pessoas com maior nível de dependência, conseqüentemente por receberem mais auxílio nas atividades da vida diária (BEN-NATAN et al., 2013).

Quanto ao controle da PA, a maioria estava com PAS e PAD controladas. Dois estudos com adultos cadastrados no Programa Hiperdia evidenciaram que 55,2% (Antônio Prado – RS) (GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013) e 34,1% de controle (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012), resultados inferiores aos deste inquérito.

O controle da pressão arterial é influenciado pela combinação de fatores, alguns deles contribuem para a obtenção de valores de PA ideais, outros prejudicam o alcance dos mesmos. O enfermeiro tem importante papel na identificação do não controle da PA, como visto em investigação na qual o controle pressórico associou-se ao acompanhamento (SILVA et al., 2013).

Alguns fatores dificultam a avaliação do controle da PA, como é o caso do efeito do avental branco e a hipertensão mascarada. Um estudo com hipertensos descreveu a ocorrência de efeito do avental branco em 29,37% dos sujeitos avaliados e 12,58% de hipertensão mascarada (GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013).

A adesão ao tratamento e o controle da PA caminham juntos. Identificar problemas relacionados a não adesão são primordiais para que não ocorram equívocos na terapêutica medicamentosa, como evidenciado em averiguação na qual quem atingiu valores máximos de adesão foram mais propensos a ter a pressão arterial sob controle (PIERIN et al., 2011).

6.3 CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Sobre as características do tratamento, entre aqueles cadastrados no Hiperdia, a maioria fazia uso de 2 a 4 medicamentos anti-hipertensivos por dia e tinha conhecimento do tratamento. Em relação às classes dos medicamentos, 73,3% faziam uso de diurético, 42,7% de BRA, 26,7% de IECA, 26% de betabloqueadores, 17,3% bloqueadores dos canais de cálcio e 2,7% de ação central. Entre aqueles que aderiram ao tratamento, o percentual maior era daqueles, tinham mais de cinco anos de cadastro no Hiperdia, relataram ter conhecimento do tratamento e usavam betabloqueadores.

Quanto às classes medicamentosas utilizadas, investigação realizada com 261 hipertensos atendidos em um programa de gestão de doenças crônicas de uma instituição particular na cidade de São Paulo observou maior frequência de uso de BRA de 55,1% seguido pelos diuréticos 52,7%. Outros anti-hipertensivos tiveram menor uso, como betabloqueadores 38,2%; bloqueadores do canal de cálcio 27,6%; IECA 17% e agonistas

adrenérgicos centrais 1,4%. Uso semelhante foi identificado entre os sujeitos desta pesquisa (RAYMUNDO; PIERIN, 2014).

Entretanto, comparando-se os dados houve destaque para o maior uso de diuréticos na pesquisa em questão, assim como já verificado em estudos com hipertensos usuários de ESF (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012; PUCCI et al., 2012). Dentre os principais medicamentos adquiridos pela farmácia de dispensação do SUS estiveram aqueles que agem sobre o sistema cardiovascular. Os diuréticos foram os mais utilizados, seguidos pelos agentes com ação sobre o sistema renina-angiotensina, betabloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio (PEREIRA et al., 2012).

Em relação às classes medicamentosas e sua relação com a adesão, uma revisão descreveu a classe dos diuréticos como a responsável por uma menor adesão, segundo dados dos estudos analisados (FAVA et al., 2014), o que foi observado em outro trabalho naqueles em tratamento com a classe medicamentosa dos bloqueadores dos receptores de angiotensina (RAYMUNDO; PIERIN, 2014).

A quantidade de anti-hipertensivos utilizada pelos participantes deste trabalho se assemelha a utilizada em populações de outros estudos (BEN-NATAN et al., 2013; PIERIN, 2011; UNGARI; DAL FABRO, 2010). Uma melhor adesão é verificada naqueles que utilizam menor número de medicamentos anti-hipertensivos (BEN-NATAN et al., 2013; GOMES; ROCHA E SILVA; SANTOS, 2010; PIERIN, 2011; UNGARI; DAL FABRO, 2010). Dentre as possíveis causas está o aumento na complexidade do tratamento, pela maior quantidade de medicamentos e por conseguinte, risco superior em ocorrer reações adversas por interações medicamentosas, o que esteve associado à interrupção do tratamento, principalmente entre aqueles que consumiram mais medicamentos (LIMA; MEINERS; SOLER, 2010; SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010).

Assim como descrito nesta investigação, a maioria entre os 150 hipertensos atendidos em uma UBS da cidade de Maringá-PR referiram ter conhecimento foi sobre o nome, a dose e frequência do anti-hipertensivo prescrito. A maioria dos não aderentes não tinha conhecimento do nome do medicamento e ou dose e frequência, sendo associação significativa com a não adesão, não saber o nome do anti-hipertensivo. Já no estudo em questão os que aderiram mais tinham conhecimento sobre o tratamento medicamentoso e não foi identificada associação entre o conhecimento e adesão ao tratamento (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012).

Quanto ao tempo de cadastro no Hiperdia, a maioria tinha mais de cinco anos de cadastro no programa. O tempo de tratamento descrito em outros estudos se assemelha ao

tempo de cadastro no Programa Hiperdia apresentado neste estudo (GOMES; ROCHA E SILVA; SANTOS, 2010; SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010). Assim, o tempo de cadastro demonstra a duração do acompanhamento frequente da doença, dessa forma estar cadastrado no Hiperdia pode ser positivo no controle da PA, visto que já foi identificada associação entre tempo maior de tratamento e de doença, com melhor controle da PA (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010).

O enfermeiro tem seu papel fundamental na execução e funcionamento do Hiperdia e também na exploração das potencialidades do programa, colaborando para sua efetividade. As atribuições da enfermagem são referentes à promoção, proteção e redução dos agravos, por meio da educação em saúde e consulta de enfermagem, além da integração interdisciplinar entre os profissionais da equipe de saúde (BRASIL, 2002).

É evidente que o Hiperdia colabora no controle da PA e contribui para a melhoria da adesão ao tratamento (LIMA; GAIA; FERREIRA, 2012). Entretanto, o programa tem falhas e características que dificultam o seu sucesso, como no caso da baixa adesão de usuários nas atividades propostas pelo programa (FILHA-CARVALHO; NOGUEIRA; VIANA, 2011). Portanto, os programas de gestão de doenças devem se adaptar e caminhar com os avanços tecnológicos e mudanças nas demandas dos indivíduos, a fim de reduzir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde. No contexto mundial, já são vistas melhorias na adesão e no controle de doenças pelo uso de estratégias inovadoras, tais como a telemonitorização (SIVAKUMARAN; EARLE, 2014) e uso de tecnologias remotas, como *tablets*, celulares e *smartphones*, entre outros (FREE et al., 2013).

As características dos sujeitos descritas pela presente observação convergem com o perfil de ativos de um programa de controle de hipertensão, identificado em estudo comparativo entre usuários assíduos e não-assíduos. Dessa forma, o grupo tinha idade superior a 50 anos, sem companheiro, menor escolaridade, sem ocupação e renda mensal individual e familiar abaixo de um salário mínimo, diferindo apenas no que diz respeito a não ter companheiro (OSHIRO, CASTRO, CYMROT, 2010). Assim, a regularidade ao Programa Hiperdia pode colaborar na adesão ao tratamento, visto que indivíduos frequentes em um programa de controle de doenças tenderam a manter o tratamento regular e usar de forma adequada os medicamentos (OSHIRO, CASTRO, CYMROT, 2010).

O profissional de saúde deve se manter em uma posição de apoio, caminhando paralelamente ao usuário, agindo como facilitador do conhecimento e não como apenas o detentor do mesmo. O conhecimento sobre a doença e seu tratamento instrumentaliza o sujeito, tornando-o mais capacitado para dar melhor continuidade às orientações para o

tratamento da hipertensão (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010).

6.4 ADESÃO MEDICAMENTOSA

A adesão ao tratamento medicamentoso isolado, no momento da entrevista, segundo a MAT, foi de 136 (90,7%). Os níveis de adesão de adesão a terapêutica, no momento da entrevista, segundo MBG, 94 (62,7%) tem adesão total, 53 (35,3%) parcial e 3 (2,0 %) não adesão.

Investigações realizadas com usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) em diferentes regiões do país utilizando o instrumento TMG identificaram taxas de adesão que variaram de 19,7% em Maceió - AL a 65,7% em Antônio Prado - RS (BEN, NEUMANN, MENGUE, 2012; CARVALHO et al., 2012; EID et al., 2013; DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; GIROTTO et al., 2013; GOMES e MARTINS, 2014; GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013; OLIVEIRA-FILHO et al., 2012; UNGARI; DAL FABBRO, 2010), as quais, demonstram-se inferiores às apresentadas na atual pesquisa.

Entretanto, estudo paulista realizado com hipertensos atendidos em um serviço ambulatorial, que utilizou o questionário MAT, encontrou uma adesão ao anti-hipertensivo de 87% (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014), semelhante a apresentada neste estudo.

Não foram localizados estudos brasileiros publicados em periódicos que utilizaram o instrumento MBG para mensurar a adesão ao tratamento, provavelmente pela validação recente do mesmo (BORGES et al., 2012; MATTA, 2010; MATTA; LUIZA; AZEREDO, 2013). Contudo, em Cuba foi verificada aproximadamente 50% de adesão total (ALFONSO, 2009) e 51% na Colômbia (CASTAÑO-CASTRILLÓN et al., 2012).

A vasta dimensão territorial e populacional brasileira proporciona enorme diversidade, conseqüentemente em um mesmo território geográfico notam-se diferentes estilos de vida, cultura e comportamento, bem como surpreendente contraste socioeconômico. Todos estes aspectos relacionados à diversidade humana e comportamental interferem direta e indiretamente nos processos de saúde e adoecimento, do mesmo modo que afetam a adesão ao tratamento.

Segundo o último censo, realizado em 2010, o país conta com uma população de mais de 200 milhões de habitantes, distribuída em 27 estados (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011) e é o quinto país em dimensão territorial (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007). Quanto ao Índice de desenvolvimento Humano (IDH), ocupa a 79ª posição no *ranking* mundial (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, 2014).

Na capital federal, localizada na região Centro-Oeste, está o melhor índice de IDH do país, de 0,824, assemelhado ao IDH de países como Portugal, Emirados Árabes e Hungria. Em contrapartida, o estado de Alagoas possui um IDH de 0,631, o pior do país, semelhante a realidade de países como a Namíbia, Timor-Leste e Guatemala (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, 2014; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013a). Enquanto as regiões Sul e Sudeste têm respectivamente 65% e 52% dos seus municípios em uma faixa de IDH alto, a região nordeste tem 61% dos seus municípios com IDH baixo. Desse modo, os elementos descritos evidenciam as grandes disparidades socioeconômicas presentes no país, uma vez que o IDH avalia as condições de renda, longevidade e educação de uma população (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013b).

O panorama mundial referente à adesão medicamentosa de HAS é equidistante ao contexto brasileiro, já que do mesmo modo tem se mostrado irregular, apesar de apresentar escalas superiores de heterogeneidade entre os povos. Em hospitais de ensino de Gana, Coréia do Sul e França, as taxas foram 6,7%, 34,05% e 44,2%, respectivamente (KIM et al., 2014; KRETCHY, OWUSU-DAAKU, DANQUAH, 2014; KORB-SAVOLDELLI et al., 2012). Em populações atendidas em clínicas de cuidados primários vinculadas a hospitais, os índices foram de 36,2% entre palestinos, 42,9% entre nigerianos e 65,1% entre chineses (ILOH et al., 2013; LEE et al., 2013; ZYOUD et al., 2013). Ressalta-se que todos os dados apontados foram aferidos com o mesmo método, o MMAS-8.

Os diferentes delineamentos dos estudos, a escolha dos métodos de aferição, assim como as características das populações estudadas e dos tamanhos de amostras, dificultam a análise dos escores de adesão ao tratamento de HAS, pois geram valores bastante variáveis (BORGES et al., 2012). Assim, utilizando-se quatro métodos diferentes de avaliação de adesão à terapêutica anti-hipertensiva, encontrou-se que 36% dos indivíduos apresentavam adesão de acordo com o teste de Morisky-Green, 64% tiveram atitudes positivas em relação à ingestão de medicamentos, 52% utilizavam 80% ou mais dos fármacos anti-hipertensivos prescritos e 55% na avaliação da adesão por parte do enfermeiro em consultório (BASTOS-BARBOSA et al., 2012). Todavia, predominam os baixos índices de adesão tanto no contexto nacional quanto internacional, o que emerge a dimensão continental da problemática referente ao controle eficaz das DCNT.

Segundo a OMS, a adesão é dotada de multidimensões, dessa forma, o sucesso no tratamento depende de vários fatores que se comunicam e harmonizam para que ocorra adesão ao tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Deste modo, cabe ao

profissional de saúde oferecer ferramentas para que o hipertenso consiga aderir da melhor maneira ao tratamento, integrando todas as interfaces da terapêutica, necessárias para o sucesso na condução do tratamento.

Dado o exposto, os problemas em relação à adesão ao tratamento, refletem a deficiência na comunicação de saúde, que repercutem na assimilação e execução do autocuidado. É imperativo que ocorra a adequação dos serviços às demandas individuais dos sujeitos, para que os processos de saúde ocorram de modo eficaz.

6.5 FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO MEDICAMENTOSA

Estudo transversal, em que foram estudadas variáveis demográficas, socioeconômicas e de conhecimento sobre a doença, cujo instrumento para medir utilizado foi o TMG, encontrou associação significativa entre renda e adesão por meio da regressão logística múltipla (GOMES E MARTINS et al., 2014). Assim como observado na presente investigação a qual verificou que entre aqueles que possuíam renda própria ocorreu 5,5 vezes mais chance de adesão ao tratamento (OR = 5,59; IC=1,20-26,01; $p=0,028$) quando comparados aqueles sem renda própria.

A renda é um fator que pode associar-se a adesão (CUFFEE et al., 2013), pois interfere na dieta alimentar, na realização de exames médicos e no uso de medicamentos quando não oferecidos pelo sistema público de saúde (TAVARES et al., 2013a).

A renda superior está atrelada também a melhores índices de escolarização, o que proporciona aos indivíduos melhores condições de vida, por meio do acesso a informação e melhor assimilação da mesma (SALVATO; FERREIRA; DUARTE, 2010; SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010).

Entretanto, o estado de saúde das pessoas também pode interferir na aquisição de renda, o grupo em questão é vulnerável pelo fato de possuir uma condição crônica de saúde, o que pode predispor, em alguns casos, a complicações que interferem na realização do trabalho. Estudo sobre a causalidade entre renda e saúde no Brasil aponta que evidências refletem uma causalidade no sentido da saúde para a renda (SANTOS; JACINTO; TEJADA, 2012). Estudo realizado na cidade de Campina Verde- PR mostra que as doenças circulatórias (sequelas de doenças cerebrovasculares, as doenças cardíacas hipertensivas e insuficiência e isquemia cardíaca) representaram 25,3% da prevalência das causas de invalidez do estado da Paraíba, o que ilustra o impacto das DCNT (SANTOS et al., 2012).

A renda não deveria afetar o acesso dos hipertensos ao tratamento de saúde. Os princípios norteadores do SUS preveem acesso universal, igualitário e integral à saúde (BRASIL, 1990). Porém, os dados apresentados demonstram uma das falhas do sistema de saúde público.

O governo brasileiro disponibiliza os principais anti-hipertensivos pelo Programa Farmácia Popular e os estados agem de modo a completar com ações locais, como o Programa Farmácia de Minas. Contudo, usuários do SUS referem problemas em conseguir seus medicamentos. Em investigação sobre o perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com HAS e DM em municípios da Rede Farmácia de Minas, 22,8% referiram problema para a obtenção do medicamento, sendo o maior problema observado (75,4%) a falta do medicamento na farmácia do SUS. Além disso, foi referido um gasto mensal médio de até 20% do salário mínimo vigente à época (PEREIRA et al., 2012).

A renda interfere em alguns fatores em relação à adesão ao tratamento, pois esteve associada aos motivos do abandono ou seguimento inadequado do tratamento pela compra de medicamentos não disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou devido a falta do mesmo no sistema; realização de tratamento em serviços de saúde privado e pela forma de aquisição do medicamento (ALVES et al., 2012).

Dessa forma, a APS deve se instrumentalizar para trabalhar com os pontos de vulnerabilidade humana e conseguir reduzir ou amenizar as desigualdades sociais por meio de assistência de qualidade, primando pelo cumprimento dos princípios norteadores dos SUS.

Em estudo que utilizou quatro métodos diferentes de avaliação de adesão à terapêutica anti-hipertensiva, encontrou-se que 36% dos indivíduos apresentavam adesão de acordo com o TMG, 64% tiveram atitudes positivas em relação à ingestão de medicamentos, 52% utilizava 80% ou mais dos fármacos anti- hipertensivos prescritos e 55% na avaliação da adesão por parte do enfermeiro em consultório (BASTOS-BARBOSA et al., 2012). Estes dados ilustram o quanto a escolha do instrumento interfere na identificação da adesão, o que demonstra a imensa variação das taxas de adesão levando-se em conta o método, o instrumento utilizado e a população estudada.

Assim, estudos futuros poderão utilizar métodos comparativos entre grupos de hipertensos cadastrados e não cadastrados no programa Hiperdia a fim de conhecer a efetividade do programa e suas potencialidades na melhoria da adesão ao tratamento de hipertensão ou estabelecer comparação entre grupos de hipertensos frequentes e não frequentes nas atividades propostas pelo programa Hiperdia.

Considerando os múltiplos fatores que interferem na adesão ao tratamento, faz-se necessário enfatizar a importância de estudos que busquem conhecer e investigar os padrões que levam a melhoria da adesão (MOURA; NOGUEIRA, 2013).

7 CONCLUSÃO

Prevaleceu o sexo feminino (66,7%), de cor branca (58,7%), com faixa etária de 60 anos ou mais (64,7%), com escolaridade entre 4-8 anos (45,3%), com companheiro (64,0%), que morava acompanhado (82,7%), com renda própria, que recebia menos de um salário mínimo de renda *per capita* familiar (42,7%) e renda própria (86,0%).

Quanto aos antecedentes de saúde, a maioria não era tabagista (88,7%), não ingeria álcool (75,3%), praticava atividades físicas (55,3%) e seguia as recomendações sobre a dieta (57,3%). Em relação as orientação de profissionais, a maioria referiu ter sido orientada sobre a prática de atividade física (74,7%) e mudanças de hábitos alimentares como parte do tratamento de hipertensão (70,7%). A maioria tiveram antecedentes familiares (82,7%), o tipo mais citado foi a HAS (66,7%) e 20,0% não tinha complicações.

Em relação ao perfil antropométrico, 41,3% dos adultos estavam com IMC indicativo de obesidade e 52,9% dos idosos estavam com sobrepeso, 51,3% apresentaram risco cardiovascular elevado a partir da medida de circunferência abdominal.

Quanto ao controle da PA, 61,3% estavam com PAS controlada e 66,7% tinham controle da PAD.

No que diz respeito a terapêutica medicamentosa, 66,0% utilizavam 2|-4 comprimidos/dia, 73,3% usavam diuréticos, 69,3% tinham conhecimento sobre o tratamento que utilizavam e 42,0% eram usuários do serviço de Hiperdia até cinco anos.

Este estudo verificou que a adesão ao tratamento medicamentoso de 90,7% e 62,7% que são elevadas quando comparados à média nacional.

O perfil dos usuários que aderiram ao tratamento de hipertensão caracterizou-se por ser do sexo masculino (92,0%), < 60 anos (94,3%), com escolaridade maior a 8 anos (95,5%), tinham companheiro (91,7%), moravam acompanhados (92,7%), com renda própria 93,0% e renda familiar *per capita* de menos de um salário (91,9%), os que tiveram presença de complicações (95,1%), tempo de cadastro Hiperdia de mais de cinco anos(92,1%), usavam betabloqueadores (94,9%) e conheciam o tratamento (91,3%), entretanto tais variáveis não foram estatisticamente significativas. Sendo o preditor de adesão ao tratamento a renda.

Os dados demonstrados neste estudo são positivos, pois demonstram a efetividades de programas de gestão da doença, com as características do Programa do Hiperdia, visto que foram entrevistadas somente pessoas que frequentavam o grupo de Hiperdia da UBS em que estavam cadastrados.

Contudo, os resultados encontrados reforçam a importância de ações centradas no

estímulo de autocuidado em saúde, que visem à inserção do sujeito como agente modificador de suas condições de vida e saúde, considerando o indivíduo hipertenso em todos os aspectos sociais e culturais, valorizando suas individualidades.

REFERÊNCIAS

- ALFONSO, L. M. **Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario**. 2009. 145. tesis - Escuela Nacional de Salud Pública. Habana. 2009.
- ALFONSO, M. L.; BAYARRE, H. D. V.; ÁBALO, J. A G. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. **Revista Cubana de Salud Pública**, Habana, v. 34, n. 1, 2008.
- ALVES, B.H.S et al. Caracterização de usuários hipertensos e adesão ao tratamento em unidade de saúde da família. **Cogitare Enferm**, v.17, n.1, p. 91-8, jan./mar. 2012.
- AMARANTE, L.C. et al. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. **Rev Ciências Farm Básica e Apl**, v. 31, n. 3, p. 209–15, 2010.
- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 533–538, 2012.
- BALDISSERA, V. D. A; CARVALHO, M. D. B; PELLOSO, S. M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um Centro de Saúde Escola. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre , v. 30, n. 1, p. 27-32, mar. 2009.
- BANCO MUNDIAL. **Enfrentando o Desafio das Doenças Não Transmissíveis no Brasil**. Unidade de Gerenciamento do Brasil. Unidade de Gestão do Setor de Desenvolvimento Humano. Região da América Latina e do Caribe. 2005.
- BARBOSA, M.A.R. et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico, atendidos na emergência de um hospital público terciário. **Rev Bras Clin Med**, v. 7, p. 357–360, 2009.
- BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo Adherence. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 35–38, 2006.
- BASTOS-BARBOSA, R. G. et al. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 99, n. 1, p. 636–641, 2012.
- BATALLA-MARTÍNEZ, C. et al. Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. **Atención Primaria**, v. 1, n. 4, p.185-191, 1984.
- BEN, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 279–289, 2012.
- BEN-NATAN, M. et al. Adherence to Medication among Older Israeli Arabs : a Cross-Sectional. **IJCS**, v. 6, n. 3, p. 506–515, 2013.
- BERLEZI, E. M.; SCHNEIDER, R. H. Análise de Risco Cardiovascular em Hipertensos Adscritos a uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Revista Contexto Saúde**, v. 9, n. 17, p. 45–52, 2009.

BEZERRA, A.S.M.; LOPES, J.L.; BARROS, A.L.B.L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 4, aug. 2014 .

BORGES, J.W.P. et al . Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, abr. 2012.

BRASIL. Decreto 8166/13. Regulamenta a Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/topicos/27245029/paragrafo-1-artigo-1-do-decreto-n-8166-de-23-de-dezembro-de-2013>. Acesso 18 set.2013.

_____. Lei Nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19294.htm. Acesso em 24 jan.2014.

_____. Lei 8080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: www.saude.gov.br/legislacao/. Acesso em 20 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Análise da situação das doenças transmissíveis no Brasil no período de 2000 a 2010**. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica - Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília - DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. 2011b. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_cartilha_dcnt.pdf. Acesso em 20 set.2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**, 2001. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em out 2014.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em 17 set.2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria Conjunta Nº 112, de 19 de Junho de 2002. 2002.

_____. Portaria Nº 1.944 de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html7. Acesso em 15 jan.2015

_____. Portaria Nº 971, de 15 de maio de 2012. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_971.pdf. Acesso em 24 out 2013.

_____. Rede Interagencial de Informações Para a Saúde (RIPSA). **Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2011: Indicadores de mortalidade**. 2011a.

CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciênc. saúde colet.**, v. 17, n. 7, p. 1885–1892, 2012.

CASTAÑO-CASTRILLÓN, J. J. et al. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ese , Manizales (Colombia), **Rev Fac Med**. v.60, n. 3, p. 179-197. 2012.

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

CIPULLO, J.P. et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arq Bras de Card**, v. 94, n. 4, p. 519–526, 2010.

COCA, A.L. et al. Consumo alimentar e sua influência no controle da hipertensão arterial de adultos e idosos de ambos os sexos em uma unidade básica de saúde em Dourados – MS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. v. 7, n. 2, 2010.

COELHO, C.F.; BURINI, R.C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.22, n.6, p.937-946, nov./dez., 2009.

CUFFEE, Y. L.; HARGRAVES, J. L.; ROSAL, M.; et al. Reported Racial Discrimination, Trust in Physicians, and Medication Adherence Among Inner-City African Americans With Hypertension. **American Journal of Public Health**, v. 12, p. 1–8, 2013.

DANAEI, G. et al. National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5·4 million participants. **The Lancet**, v.377, n. 9765, p.568–577, 2011.

DALFOVO, M.S.; LANA, R.A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, sem II. 2008.

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

DEMONER, M.S.; RAMOS, E.R.P; PEREIRA, E.R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta Paul Enferm.**, v.25, n. esp. 1, p.27-34. 2012

EID, L. P. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de Morisky-Green. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v,15, n.2, p.362-7, abr./jun.2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15599>. doi: 10.5216/ree.v15i2.15599. Acesso em 19 out.2014

EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION. ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension. **European Heart Journal**. v. 34, p.2159–219, 2013.

FAVA, S.M.C.L. et al. Fatores relacionados à adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Rev Rene**.v.15, n.2, p.354-61. mar./abr. 2014

FERREIRA, C.C.C. et al . Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 5, oct. 2010.

FERREIRA et al. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados : Brasil , 2006. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. Supl 2, p. 98–106, 2009.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, 2010.

FILHA-CARVALHO, F.S.S.; NOGUEIRA, I.I; VIANA, L.M.M. HiperDia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Rene**, Fortaleza,v.12, n. esp., p.930-6. 2011

FISBERG, R.M.; MARCHIONI, D. M. L.; COLUCCI, A.C. A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica.**Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 53, n. 5, jul. 2009.

FLACK, J.M.; NASSER, S.A. Benefits of once-daily therapies in the treatment of hypertension. **Vasc Health Risk Manag**, v.7, p.777–87. Jan. 2011.

FREE, C. et al. The effectiveness of mobile-health technology-based health behaviour change or disease management interventions for health care consumers: a systematic review. **PLoS Med** [Internet]. v.10, n.1, Jan. 2013. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3548655&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Acesso em 10 July. 2014.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. Projeto Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. **Mortalidade por Hipertensão**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=B06&tab=1>. Acesso em: 19 dez. 2014.

GABARRÓ, M. B. El cumplimiento terapéutico. **Pharm Care Esp**, v. 1, p. 97–106, 1999.

GIROTTO, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde colet.**, v. 18, n. 6, p. 1763–1772, 2013.

GOMES E MARTINS, Aurelina et al . Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 3, jun. 2014.

GOMES, T. J. O.; ROCHA E SILVA, M. V.; SANTOS, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Bras Hipertens**, v. 17, n. 3, p. 132–139, 2010.

GREZZANA, G.B.; STEIN, A.T.; PELLANDA, L.C. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitorização ambulatorial de 24 horas. **Arq Bras Cardiol**, v. 100, n.4, p.355-361, 2013.

GUSMÃO, J. L.; MION-JR, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 23–25, 2006.

GUIMARAES, I.C.B. et al. Pressão arterial: efeito do índice de massa corporal e da circunferência abdominal em adolescentes. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 90, n. 6, jun. 2008.

HORNE, R. et al. Understanding patients' adherence related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the Necessity Concerns Framework. **PLoS One** [Internet], v.8, n.12, Jan. 2013 Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3846635&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Acesso em: 23 set.2014.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**: características da população e dos domicílios - resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <[HTTP://WWW.CENSO2010.IBGE.GOV.BR/SINOPSE/INDEX.PHP?DADOS=26&UF=31](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=31)> Acesso em: 17 de set. 2013.

_____. **Coordenação de População e Indicadores Sociais. Informações Sobre os Municípios Brasileiros**. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317010>>. Acesso em 28 de setembro de 2013.

_____. **Síntese dos indicadores 2013**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/default_sintese.shtm. Acesso em 19 dez. 2014.

ILOH, J.U et al. Medication adherence and blood pressure control amongst adults with primary hypertension attending a tertiary hospital primary care clinic in Eastern Nigeria. **Afr J Prm Health Care Fam Med**, v.5, n.1, p.1-6, 2013. Disponível em: <http://www.phcfm.org>. Acesso em 10 jan. 2015.

JAMES, P.A. et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). **JAMA**, v.311, n.5, p.507-520, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24352797>. Acesso em: 12 out. 2014.

KIM, J.H. et al. Psychometric Properties of a Short Self-Reported Measure of Medication Adherence Among Patients With Hypertension Treated in a Busy Clinical Setting in Korea. **J Epidemiol**,v.24, n.2, p.132–40.2014.

KORB-SAVOLDELLI, V. et al. Validation of a French Version of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale in Hypertensive Adults. **J Clin Hypertens**, Greenwich, v.14, n.7, p.429–34. 2012.

KOTSEVA , K. Lessons from EUROASPIRE I , II , and III surveys. **Heart Metab**, v.50, p.32–5. 2011

KRETCHY, I.A.; OWUSU-DAAKU, F.T.; DANQUAH, S. Locus of control and anti-hypertensive medication adherence in Ghana. **Pan Afr Med J**, v.17, suppl. 1 n.13, Jan. 2014.

KROUSEL-WOOD, M. et al. Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. **Curr Opin Cardiol**. v. 19, n. 4, p:357-62. 2004.

KROUSEL-WOOD, M. et al. Predictors of Decline in Medication Adherence: Results From the Cohort Study of Medication Adherence Among Older Adults. **Hypertension**, v, 58, p.804-810, 2011. Disponível em: <http://hyper.ahajournals.org/> . Acesso em dez.18, 2014

LEE, G.K.Y. et al. Determinants of Medication Adherence to Antihypertensive Medications among a Chinese Population Using Morisky Medication Adherence Scale. v.8, n.4, 2013.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa : elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775–782, 2003.

LIMA, A. S.; GAIA, E. S. M.; FERREIRA, M. A. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em Debate**, v. 2, n.1, p. 30-29, 2012

LIMA, T. M.; MEINERS, M. M. M. A.; SOLER, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima , em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Rev Pan-Amaz saúde**, v. 1, n. 2, p. 113–120, 2010.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, Bethesda, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

MACHADO, L.V.; BOARINI, M.L. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.33, n.3, p.580-595, 2013.

MALTA, D.C. et al. Balanço do primeiro ano da implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p.171-178, jan./mar. 2013.

MANOEL, M.F.; MARCON, S.S.; BALDISSERA, V.D.A. Estratégias educativas para pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Rev. enferm. UERJ.**, v.2, p. 403-408. 2013.

MATSUDO, T. A. et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev bras ativ fís saúde**. v. 6, n. 2, p. 05-18, 2001.

MATTA, S. R.; LUIZA, V. L.; AZEREDO, T. B. Adaptação brasileira de questionário para avaliar adesão terapêutica em hipertensão arterial. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 2, p. 292–300, 2013.

- MATTA, S.R. **Adaptação transcultural de instrumento para medida da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético.** 2010.88. dissertação - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília - DF: Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012.
- MENDES, L. M. O. et al. Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 20, n. 35, 2014.
- MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**, v.24, p.67-74, 1986.
- MOURA, A. A. NOGUEIRA, M.S. Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura. **J Manag Prim Health Care**, v.4, n.1, p.36-41, 2013.
- MURARO, A. P. et al. Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, mai 2013.
- NILSON, E.A.F.; JAIME, P.C.; RESENDE, D.O. Iniciativas desenvolvidas no Brasil para a redução do teor de sódio em alimentos processados. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 32, n. 4, out. 2012.
- NOBRE, L. N. et al. Fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares: efeito de um programa de educação. **Alim. Nutr.**, Araraquara, v. 23, n. 4, p. 671-679, out./dez. 2012.
- NOGUEIRA, D. et al. Reconhecimento , tratamento e controle da hipertensão arterial : Estudo Pró-Saúde , Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 27, n. 7, p. 103–109, 2010.
- NOGUEIRA, I. C. et al. Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, Set. 2012.
- OLIVEIRA-FILHO, A.D. et al. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o Controle da Pressão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 1, 2012;
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. United Nations Statistics Division. **Demographic Yearbook—Table 3: Population by sex, rate of population increase, surface area and density.**2007.
- OSHIRO ML, CASTRO LLC, CYMROT R. Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS. **Rev. ciênc. farm. básica apl.** v.31, n.1, p.95-100. 2010

PEREIRA, V.O.M. et al . Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 8, Aug. 2012 .

PETERSEN, L. A. et al. Effects of individual physician-level and practice-level financial incentives on hypertension care: a randomized trial. **JAMA : the journal of the American Medical Association**, v. 310, n. 10, p. 1042–50, 2013.

PIERIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1389-1400, 2011.

PINHO, N.A.; PIERIN, A.M.G. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 101, n. 3, Set. 2013.

PIATI, J.; FELICETTI, C.R.; LOPES, A.C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. **Rev Bras Hipertens**, v.16, n.2, p.123-129, 2009.

PIPER, V.A. et al. Dieta DASH na redução dos níveis de pressão arterial e prevenção do acidente vascular cerebral. **Scientia Medica**, Porto Alegre,v.22, n.2, p. 113-118, 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013**. 2014.Disponível em: <http://www.pnud.org.br/arquivos/idhm-do-brasil.pdf>. Acesso em: 20 dez.2014.

_____. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Ranking - Todos os Estados. (2010). Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>. Acesso em 15 jan. 2015.

_____. **Relatório de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013**. 2014.Disponível em: <http://www.pnud.org.br/arquivos/idhm-do-brasil.pdf>. Acesso em: 20 dez.2014.

PUCCI, N. et al. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. **Rev Bras Cardiol**, v. 25, n. 4, p. 322–329, 2012.

RAYMUNDO, A.C.N., PIERIN, A.M.G. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.5, p.811-9. 2014.

REINERS, A. A. O. et al. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 581–587, 2012.

ROSÁRIO, T.M. et al. Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres - MT. **Arq Bras Cardiol**, v. 93, n. 6, p. 672–678, 2009.

SACKETT, D.L. et al. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. **Lancet**. v.1, n.7918, p.1205-1207, 1975.

- SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF NETO, J. 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, dez, 2010.
- SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 764–767, 2008.
- SANTOS, A.M.A.; JACINTO, P.A.; TEJADA, C. A.O. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. **Estud. Econ.**, São Paulo, v.42, n. 2, p. 229-261, abr./ jun. 2012.
- SANTOS, J.C.; MOREIRA, T.M.M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, Oct. 2012.
- SANTOS, M.V.R. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, v. 11, n, 1, p. 55-61, 2013.
- SALVATO, M.A.; FERREIRA, P.C.G.; DUARTE, A.J.M. O Impacto da Escolaridade Sobre a Distribuição de Renda. **Est. Econ.**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 753-791, out-dez. 2010.
- SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, n. 377, 2011.
- SCHMIDT, M.I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. Supl 2, p. 74–82, 2009.
- SHAW, R.; BOSWORTH, H. B. Baseline Medication Adherence and Blood Pressure in a 24-month Longitudinal Hypertension Study Ryan. **NIH Public Access**, v. 21, n. 919, p. 1401–1406, 2013.
- SILVA, Z.P. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 9, set. 2011.
- SIVAKUMARAN, D, EARLE, K.A. Telemonitoring: use in the management of hypertension. **Vasc Health Risk Manag**, v.10, p.217–24. Jan. 2014.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n.1 supl.1, p: 1-51. 2010.
- SVARSTAD, B.L et al. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. **Patient Educ Couns.** v.37, n.2, p.113-24. Jun.1999.
- TAN, X.; PATEL, I.; CHANG, J. Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). **Innovations in pharmacy**, v. 5, n. 3, 2014. Disponível em: <http://z.umn.edu/INNOVATIONS>. Acesso em: 10 set.2013.

- TAVARES, D.M.S. et al. Características sociodemográficas e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica que residem na zona rural: importância do papel do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]., v.21, n.2, p. 515-522.2013. a
- TAVARES, N.U.L. et al . Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, n. 6, Dec. 2013 .b
- UBERABA (MG). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014/2017**. Uberaba, MG: Assessoria de Planejamento em Saúde, p. 66, 2013.
- UNGARI, A. Q.; DAL FABRO, A. L. Adherence to drug treatment in hypertensive patients on the Family Health Program. **Braz. J. Pharm. Sci.**, São Paulo, v. 46, n. 4, out./dez. 2010.
- UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Human Development Report 2014**. Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience. 2014. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014.pdf>. Acesso em: 20 dez.2014.
- UZUN, S. et al. The assessment of adherence of hypertensive individuals to treatment and lifestyle change recommendations. **Anadolu Kardiyol Derg** [Internet]. v. 9, n. 2, p.102–9. Apr. 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19357051>. Acesso em 28 out 2013.
- VAN DALEM, J.; KRASS, I.; ASLANI, P. Interventions promoting adherence to cardiovascular medicines. **IJCP**, v. 34, n. 2, p. 295–311, 2012.
- VELANDIA-ARIAS, A.; RIVERA-ÁLVAREZ, L.N. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. **Rev Saúde Pública**. v.11, n.4, p.538-48. 2009.
- VIGEN. R. et al. A Comparison Between Antihypertensive Medication Adherence and Treatment Intensification as Potential Clinical Performance Measures. **Circ Cardiovasc Qual Outcomes**. v.5, p. 276-282. 2012.
- VRIJENS, B. et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. **Brit J Clin Pharmacol**, v. 73, n. 5, 691–705. 2012.
- WANG, Y. R.; ALEXANDER, G. C.; STAFFORD, R. S. Outpatient hypertension treatment, treatment intensification, and control in Western Europe and the United States. **Archives of internal medicine**, v. 167, n. 2, p. 141–7, 2007.
- WETZELS, G.E.C. et al. Electronic monitoring of adherence as a tool to improve blood pressure control. A randomized controlled trial. **Am J Hypertens.**; v. 20, n. 2, p: 119–25. Feb. 2007.
- WILLIAMS, B. The year in Hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 55, n. 1, p. 65–73, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20117366>>. Acesso em 21 set. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: Evidence for action.** 2003. Disponível em:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>. Acesso em 10 set. 2013.

_____. **A global brief on Hypertension: Silent Killer, global public health crisis.** 2013. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf.
 Acesso em: 10 set. 2013.

_____. **Causes of death 2008: data sources and methods.** Geneva, World Health Organization. Disponível em:
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.p. Acesso em set. 2013.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases.** 2010. Disponível em:
http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf>. Acesso em 10 out.2013.

_____. **Guideline: Sodium intake for adults and children.** 2012. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77985/1/9789241504836_eng.pdf?ua=1&ua=1 Acesso em 03 fev.2015.

_____. **From Burden to “ Best Buys ”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries.** World Economic Forum. p.12, 2011. Disponível em:
<http://www.weforum.org/EconomicsOfNCD>>. Acesso em 25 out 2013.

_____. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Geneva: Report of a WHO Consultation, 2000. Technical Report Series, 894, p. 256.

ZYOUNG, S.H, et al. Relationship of treatment satisfaction to medication adherence: findings from a cross-sectional survey among hypertensive patients in Palestine. **Health Qual Life Outcomes**, v.11, n.1, p.191.Jan. 2013.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“Determinantes da não adesão ao tratamento de usuários com Hipertensão cadastrados no programa HIPERDIA da atenção primária à saúde”

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “Determinantes da não adesão ao tratamento de usuários com Hipertensão cadastrados no programa HIPERDIA da atenção primária à saúde” por ser hipertenso e estar cadastrado no programa HiperDia do Ministério da Saúde em Uberaba, MG. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são:

1. Caracterizar os usuários com hipertensão segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas;
2. Identificar os usuários com hipertensão segundo tabagismo, alcoolismo e atividade física;
3. Caracterizar os usuários com hipertensão segundo as variáveis clínicas;
4. Caracterizar os usuários segundo terapêutica prescrita medicamentosa e não medicamentosa;
5. Verificar concordância entre a terapêutica prescrita e o uso da medicação referida pelo sujeito da pesquisa;
6. Identificar a prevalência de adesão ao tratamento geral e os níveis de adesão segundo o instrumento MARTÍN-BAYARRE-GRAU (MBG);
7. Identificar a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso segundo a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT);
8. Relacionar as variáveis do estudo com a adesão ao tratamento geral;

Caso você participe, será necessário responder a um questionários sobre hipertensão e permitir consultar seus dados cadastrais do HiperDia e no prontuário na UBS em que é cadastrado. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer risco à sua vida. Todos os riscos e desconfortos serão minimizados, mediante cumprimento rigoroso da ética profissional. Em momento algum você será identificado, pois seu registro ficará marcado como um número.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua

participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

“Determinantes da não adesão ao tratamento de usuários com Hipertensão cadastrados no programa HIPERDIA da atenção primária à saúde.”

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores

Maysa Alvarenga Ferreira – (34) 91140940 Helena Hemiko Iwamoto –(34) 91057075

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO
SOCIODEMOGRÁFICA, ECONÔMICO E CLÍNICA**

Controle de coleta de dados		
Nº do instrumento:	Data: / /	Pesquisador:
ESF/UBS de origem:		
Situação da entrevista: () Efetuada () Incompleta (retornar) () Recusa		
Dados sociodemográficos e econômicos		
A. Sexo: 1.() Masculino Feminino	2.()	B. Idade (anos): _____ C. DN: ____/____/____
D. Tempo de Cadastro no HIPERDIA (prontuário/ficha de cadastro): _____		
E. Cor: 1.() Branca 2.() Preta 3. () Amarela 4. () Parda 5. () Indígena		
F. Anos de estudo (sem repetição de série): _____		
G. Situação familiar/conjugal:		
1. () Convive com companheiro(a) e filho(a). 2. () Convive com o companheiro(a) com laços conjugais e sem filhos. 3. () Convive com companheiro(a), filhos e/ou outros familiares. 4. () Convive com familiares, sem companheiro (a) 5. () Convive com outras pessoas, sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais. 6. () Vive só. 7. () Convive com companheiro(a)		
H. Renda Familiar (nº/salários): _____	I. Nº de pessoas que dividem a renda: ____	J. Renda do entrevistado (nº/salários): _____
Dados clínicos		
K. Antecedentes familiares	4.() Hipertensão arterial 5. () Outras coronariopatias 6. () AVC	L. Antecedentes pessoais 1.() Sobrepeso 2.() Obesidade 3.() Colesterol
1. () Infarto agudo miocárdio		
2.() Diabetes		

M. Tabagismo 1. () Sim Número de cigarros/dia: _____ Por quantos anos: _____ 2. () Não 3. () Ex-tabagista		N. Consumo de álcool: 1. () Nunca 2. () Mensalmente 3. () De duas a quatro vezes por semana 4. () De duas a três vezes por semana 5. () Quatro ou mais vezes por semana						
O. Presença de complicações: 1. () Infarto agudo miocárdio 2. () Outras coronariopatias 3. () AVC 4. () Doença renal 5. () Angina 6. () retinopatia		P. Pratica atividade física? 1. () Sim 2. () Não T. Duração: S. Frequência: 1.() 15 a 30 minutos 1.() 1 vez por semana 2.() 30 a 60 minutos 2.() 2 vezes por semana 3.() Mais de 60 minutos 3.() 3 vezes por semana 4.() 4 vezes ou mais						
Dados antropométricos (dados do prontuário)								
Q. Cintura (cm): __	R. Peso (Kg): ____	S. Altura (cm): ____	T. IMC: ____					
U. Pressão arterial:								
Informações sobre o tratamento								
W. Você teve que fazer alguma mudança na alimentação por orientação do médico ou algum profissional de saúde? 1. () Sim 2. () Não								
X. O médico ou profissional da saúde indicou que você fizesse atividade física? 1.() Sim 2. () Não								
Y. Tipo de medicamento (prontuário)								
	Medicamento	Z. Comprimidos/dia						AA. Frequência
		½	1	2	3	4	5	
1	Hydroclorotiazida 25mg							
2	Propranolol 40mg							

3	Captopril 25mg								
4	Glibenclamida 5 mg								
5	Metformina 850mg								
6	Losartana								
7	Outros:								
AB. Tipo de medicamento (paciente)									
	Medicamento	AC. Comprimidos/dia						AD. Frequência	
		½	1	2	3	4	5	6	
1	Hidroclortiazida 25mg								
2	Propranolol 40mg								
3	Captopril 25mg								
4	Glibenclamida 5 mg								
5	Metformina 850mg								
6	Losartana								
7	Outros:								
AF. Conhecimento do paciente sobre os medicamentos. (após conferência com prontuário):									
1.() Sabe todos medicamentos, doses e frequência 2. () Não soube informar 3. () Esqueceu algum medicamento 4.() Não sabe a dose 5. () Não sabe a frequência									

ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS
(MAT) VALIDADO EM PORTUGUÊS (DELGADO; LIMA, 2001)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?				
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?				
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?				
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?				
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?				
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?				
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?				
Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

**ANEXO 2 – INSTRUMENTO MARTÍN-BAYARRE-GRAU ADAPTADO AO
CONTEXTO BRASILEIRO. (MATTA et al., 2013)**

1. Toma as medicações no horário estabelecido.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

2. Toma todas as doses indicadas.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

3. Segue as regras da dieta.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

4. Vai a consultas marcadas.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

5. Realiza os exercícios físicos indicados.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

6. Encaixa os horários do remédio nas atividades do seu dia a dia.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

7. O(a) Senhor(a) e seu médico decidem juntos o tratamento a ser seguido.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

8. Cumpre o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

9. Leva o tratamento sem grandes esforços.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

10. Faz uso de lembretes para realização do tratamento.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)


11. O(a) Senhor(a) e seu médico discutem como cumprir o tratamento.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

12. Tem a possibilidade de dar a sua opinião no tratamento que o médico prescreveu.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)


ANEXO 3 – FICHA DE CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO

		MS – HIPERDIA PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS		1.ª Via: Enviar para digitação CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO					
Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIA/SUS (*)		Número do Prontuário					
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)									
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)				Data Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai						
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira		País de Origem					
Data Naturalização									
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento		Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS				
DOCUMENTOS GERAIS									
Título de Eleitor	Número		Zona	Série					
CTPS	Número		Série	UF	Data de Emissão				
CPF	Número		PIS/PASEP	Número					
DOCUMENTOS OBRIGATORIOS (**)									
Identidade	Número		Complemento	Órgão (TV)	UF				
	Data de Emissão								
	Tipo		Nome do Cartório		Livro				
Certidão (TV)	Folha		Termo		Data de Emissão				
ENDEREÇO (*)									
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Número	Complemento				
Bairro	CEP		DDD	Telefone					
DADOS CLINICOS DO PACIENTE									
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)		Peso (kg) (*)					
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)		<input type="checkbox"/> Em jejum <input type="checkbox"/> Pós prandial						
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim	Presença de Complicações					
Antecedentes Familiares - cardiovasculares				Infarto Agudo Miocárdico					
Diabetes Tipo 1				Outras coronariopatias					
Diabetes Tipo 2				AVC					
Tabagismo				Pé diabético					
Sedentarismo				Amputação por diabetes					
Sobrepeso/Obesidade				Doença Renal					
Hipertensão Arterial									
TRATAMENTO									
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>									
Medicamentoso									
		Comprimidos/dia				Unidades/dia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Tipo		1/2	1	2	3		4	5	6
Hidroclorotiazida 25mg									
Propranolol 40mg									
Captopril 25mg									
Glibenclamida 5mg									
Metformina 850 mg									
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO						Insulina <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Data da Consulta (*)		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)							

Legenda: (*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone.
 (**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.

Fonte: http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/hiperdia/Ficha_Cadastro_Hipertenso_Diabetico_1via_v3.1.pdf

ANEXO 4 – Ficha de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético

 MS – HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS		FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO																															
(*) Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde															Código SIA/SUS ou CNEs (EAS)																		
Nº	Identificação do Paciente (*) <small>(Preencher com Nº do Cartão SUS ou Cartão Provisório SUS. Não possuindo CNS ou Nº Cartão Provisório SUS, preencher com Nome Completo do Usuário)</small>	Data de Nascimento <small>DD/MM/AAAA</small>		Hipertensão / Diabetes <small>(Preencher com X)</small>		Verificar a cada consulta <small>(Preencher com valor)</small> (*)									Intercorrências desde a última consulta referidas pelo paciente <small>(Preencher com X, para existência de complicações)</small> (*)								Tratamento para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (*)				Exames <small>(**)</small>						
						Peso (kg)	Altura (cm)	Cintura (cm)	Pressão Arterial	Síndroma	Diastólica	Glaucoma, catarata ou cataratas	Retinopatia ou emetropia	Complicações referidas	Angina	IAM	AVC	Pd Diabético	Amputação	Dor no peito	Edema	Insuficiência cardíaca	Insuficiência renal	Insuficiência hepática	Insuficiência pulmonar	Insuficiência renal	Insuficiência hepática	Insuficiência pulmonar	(Marcar X)				
															Número de comprimidos/dia <small>(%, 1, 2, 3, 4, 5 ou 6)</small>																		
															Medicamento	Medicamento	Medicamento	Medicamento	Medicamento	Medicamento	Medicamento	Medicamento	Medicamento	Medicamento	Medicamento	Medicamento	Medicamento	Medicamento	Medicamento	Medicamento	Medicamento	Medicamento	
1																																	
2																																	
3																																	
4																																	
5																																	
6																																	
7																																	
8																																	
9																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	


(*) Responsável pelo atendimento (**) Assinatura (*) Data da Consulta

Legenda: (*) Campos de preenchimento obrigatório (**) Marcar com X quando receber o resultado (***) Marcar P para pós prandial e J para em jejum

Ficha de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos_v1.3 Versão 1.3 Data Emissão:17/07/2002

Fonte: http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/hiperdia/FAcomp_HiperDia_v1.3.pdf

**ANEXO 5 – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE/UBERABA-MG PARA COLETA DE DADOS**



 Secretaria de Saúde **UBERABA**
 PARA O BEM DE NOSSA GENTE

INFORMAÇÃO Nº 0044/2013

Uberaba, 23 de Dezembro de 2013.

Senhor Secretário,

Chega a este Departamento a solicitação de autorização para realização de pesquisa:

Instituição de ensino: UFTM.

Curso: Enfermagem.

Título: "Determinantes da não adesão ao tratamento de usuários com Hipertensão cadastrados no programa Hipertensão da Atenção Primária à saúde".

Local de realização: Unidades Básicas de Saúde da cidade de Uberaba.


Objetivo: Caracterizar os usuários com hipertensão segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas, identificar os usuários com hipertensão segundo tabagismo, alcoolismo e atividade física, caracterizar os usuários segundo terapêutica prescrita medicamentosa e não medicamentosa e com hipertensão segundo as variáveis clínicas.

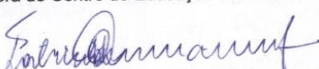
Justificativa: Considera-se importante conhecer os fatores que interferem positivamente ou negativamente a adesão ao tratamento, os métodos e os instrumentos utilizados. Certamente, somente desta forma poderemos construir ou direcionar estratégias de aumento da adesão ao tratamento e através delas atingir o controle terapêutico eficaz, reduzindo a ocorrência de comorbidades e taxas de mortalidade em hipertensos.

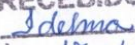
Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, analítico. Serão convidados a participar deste estudo usuários com hipertensão cadastrados no programa Hipertensão do Ministério da Saúde, do município de Uberaba- Minas Gerais.

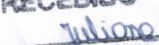
Comitê de Ética em pesquisa: A ser encaminhado ao CEP. Após conclusão da pesquisa o solicitante se responsabiliza pelo encaminhamento de uma cópia e apresentação da mesma para a equipe técnica desta Secretaria.

As considerações do Secretário Municipal de Saúde.

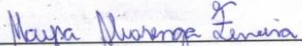

 Cheysa Alves Mendonça
 Coordenadora do Centro de Educação em Saúde


 Patrícia Emmanuelle da Cruz
 Diretora do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

RECEBIDO POR:

 AS 17:49 HRS
 DATA: 26/12/13

RECEBIDO POR:

 AS 09:18 HRS
 DATA: 26/12/13

Deferido
 Indeferido

Ciente do solicitante: 
 Helena Hemiko Iwamoto – CPF 744.433.138-34
 Data: 01/01/2013

Av. Guilherme Ferreira, 1539 – CEP 38022-200 – (34) 3331-2732 – www.uberaba.mg.gov.br

ANEXO 6 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DETERMINANTES DA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DE USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Helena Hemiko Iwamoto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26422514.5.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 567.124

Data da Relatoria: 14/03/2014

Apresentação do Projeto:

Pertinente.

Objetivo da Pesquisa:

Pertinente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pertinentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador atendeu às recomendações do CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador atendeu às recomendações do CEP.

Recomendações:

As recomendações foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendamos a aprovação do projeto.

Endereço: Rua Frei Paulino, 30 - Centro Educ. e Adm. UFTM

Bairro: 2º andar - Sala H **CEP:** 38.025-180

UF: MG **Município:** UBERABA

Telefone: (34)3318-5854 **Fax:** (34)3318-5854 **E-mail:** cep@pesqpg.uftm.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



Continuação do Parecer: 567.124

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acatou o parecer do relator.

UBERABA, 25 de Março de 2014

Assinador por:
ANA PALMIRA SOARES DOS SANTOS
(Coordenador)

Endereço: Rua Frei Paulino, 30 - Centro Educ. e Adm. UFTM
Bairro: 2º andar - Sala H **CEP:** 38.025-180
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3318-5854 **Fax:** (34)3318-5854 **E-mail:** cep@pesqpg.ufm.edu.br