

UNIVERSIDADE FEEVALE

JULIANA LOFF

**ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO
DOS HIPERTENSOS DE UM MUNICÍPIO DO VALE DO CAÍ - RS**

Novo Hamburgo

2017

JULIANA LOFF

**ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACÓLOGICO E NÃO FARMACOLÓGICO
DOS HIPERTENSOS DE UM MUNICÍPIO DO VALE DO CAÍ - RS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem pela Universidade Feevale

Orientadora: Me. Andreia Orjana Ribeiro Coutinho

Novo Hamburgo

2017

JULIANA LOFF

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem, com título: “ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACÓLOGICO E NÃO FARMACOLÓGICO DOS HIPERTENSOS DE UM MUNICÍPIO DO VALE DO CAÍ – RS”, submetido ao corpo docente da Universidade Feevale, como requisito necessário para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: _____ de _____ de 2017, por:

Orientadora: Me. Andreia Orjana Ribeiro Coutinho

(Banca examinadora)

(Banca examinadora)

Novo Hamburgo, 2017.

*Dedico esta monografia ao meu finado
avô paterno Alfredo Miguel,
que se fez presente em minhas
lembranças, me encorajando
diante das dificuldades, me guiando e
iluminando meu caminho.*

Agradecimentos

Agradeço a Deus por ter-me dado a existência neste mundo e que me permite ser o que sou e conquistar novos conhecimentos guiada por sua fé.

Agradeço a mim mesma por ter conseguido chegar até aqui, por ter vencido milhares de medos e inseguranças.

Ao chimarrão que foi meu parceiro durante toda essa caminhada, que não me abandonou em nenhum sábado com sol ou com chuva, calor ou frio, esteve presente, amenizando o cansaço, aquecendo, e tornando os estudos um momento de prazer e descontração ao lado dos colegas.

Agradeço ao meu companheiro Vitor, pela paciência, pelo apoio e compreensão, por ter suportado minhas ausências e meu estresse.

A meus pais José e Lourdes que amo infinitamente, e com esse mesmo amor, carinho e apoio não mediram esforços para que eu alcançasse meu objetivo, e que se orgulham por eu ter chegado até aqui.

A minha irmã Patrícia, que eu admiro demais, por ter dom de sempre estar pronta para ajudar, e que possui uma incrível habilidade para solucionar qualquer problema.

Ao meu irmão Leonardo, que mesmo sem entender muito sempre me apoiou, a minha cunhada Carla, que tanto se preocupava comigo, com minhas ausências, mandando milhares de mensagem perguntando se eu estava bem, obrigada por compreender as vezes que deixei de tomar uma caipirinha contigo. Meu afilhado Ramon, que é o motivo de alegria pra toda família, peço desculpas pelos momentos que fiquei longe e não pude te dar a atenção que merecia.

Agradeço a minha orientadora Andreia, pela paciência e pelos ensinamentos, e por ter feito parte da minha formação no decorrer deste curso.

A minha segunda família tios Norma e Celso, obrigada pelo abrigo, pelo carinho, pelo cuidado e preocupação que tiveram comigo ao longo desta caminhada, adoro vocês demais.

Meu profundo agradecimento a minha melhor amiga Lilian, o que teria sido de meus dias sem você. Minha irmã do coração, meu grude, minha colega, parceira e confidente. Os dias se tornaram mais alegres por ter você perto de mim. Te adoro demais. Também não poderia deixar de citar aqui minha amiga Mirian, minha

pretinha, obrigada pelo apoio, pelos chimas, pelo colo e pelas risadas que só você é capaz de me proporcionar.

Aos meus colegas de trabalho da UBS Campestre Baixo agradeço a compreensão. Em especial as colegas da enfermagem Carol, Micheli e Salete, que tiveram que se desdobrar na minha ausência, mas que sempre estiveram me incentivando, me ajudando na coleta de dados, obrigada de coração gurias.

Agradeço a cada um dos pacientes Hipertensos da UBS onde coletei meus dados, que se dispuseram a responder minha pesquisa.

A minhas colegas “estudiosas” companheiras de graduação, Fabi, Ângela, Ana e Carol, obrigada pela parceria de sempre, pelas risadas, pelas lágrimas, pela amizade conquistada que certamente levarei pra vida toda.

Agradeço a minhas amigas “musas do Campestre” por ouvirem minhas lamentações, meus medos, por compreender que era necessário estudar até mesmo nos jogos de futebol, na praia, e até mesmo em nossas jantinhas.

Aos motoristas da secretaria de saúde agradeço pelas inúmeras caronas para os estágios, aos patrões agradeço a flexibilidade com horários.

Finalizando agradeço a todos que de modo geral me ajudaram, participaram e me incentivaram, nessa caminhada, em especial a uma pessoa que entrou na minha vida, de maneira conturbada talvez, porém, encheu de cor e deu sentido aos meus dias, esteve comigo ao longo desta trajetória, foi por muitas vezes meu amparo, meu abrigo, me aconselhou, me confortou, me fez feliz e sempre acreditou na minha capacidade. Sem ele do meu lado tudo teria se tornado mais difícil, obrigada por fazer parte da minha história.

“Não é a morte que me importa, porque ela é um fato. O que me importa é o que eu faço da minha vida, enquanto a minha morte não acontece, para que essa vida não seja banal, superficial, fútil e pequena.”

Mario Sergio Cortella

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, tendo alta prevalência e baixo controle. A HAS é uma doença silenciosa, assintomática, sendo este um dos principais fatores que dificultam o diagnóstico, bem como a adesão do paciente ao tratamento farmacológico e não farmacológico. O objetivo geral deste estudo foi avaliar a adesão da referida população ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Os objetivos específicos foram caracterizar o perfil sociodemográfico destes hipertensos e correlacionar os níveis tensionais com a adesão ao tratamento farmacológico. Esse estudo foi de caráter exploratório descritivo, com abordagem quantitativa e delineamento transversal. Foram abordados pacientes com diagnóstico de HAS que fazem parte da área de abrangência delimitada para a pesquisa. A amostra foi consecutiva, e contemplou 110 indivíduos, onde o período de coleta compreendeu os meses de agosto e setembro de 2017. A coleta de dados foi por meio de uma entrevista individual, contemplando duas etapas, constituídas de um questionário referente as características sociodemográficas e tratamento não farmacológico e a aplicação do teste de Morisky (MMAS-8) que reportou-se a adesão farmacológica. As análises estatísticas, foram realizadas no programa SPSS versão 20 e no Stata versão 12.0 (Stata Corporation, College Station, Texas, Estados Unidos). Estatística descritiva e bivariada foram utilizadas para caracterizar a população em estudo e verificar os fatores associados à adesão terapêutica. Os resultados mostram que a média de idade da amostra foi de 63,9 anos, sendo a mínima de 32 e máxima 96 anos, houve o predomínio do sexo feminino (60,9%). A maioria eram casados 69,1%, a baixa escolaridade prevaleceu em 90,9%, bem como a aposentadoria representou a ocupação em 72,7% deles. Em relação as características de adesão ao tratamento não farmacológica a maioria mostrou-se não aderente as medidas. A restrição do sal da dieta foi relatada por 29,1%. Do total da amostra 19,1% estavam com peso desejável, e apenas 8,2% praticavam alguma atividade física, sendo estes os que obtiveram uma maior adesão ao tratamento farmacológico. Quanto as doenças associadas, houve o predomínio da dislipidemia, seguida pelo DM, ICC, DPOC. Os fatores de risco como tabagismo e etilismo não representaram significância. Referente ao tratamento farmacológico, a maioria referiu utilizar dois medicamentos, sendo a hidroclorotiazida utilizada por 74,6% deles. Porém a maior

adesão, foi apresentada por aqueles que utilizavam apenas um medicamento ao dia. O teste de Morisky, reportou adesão por apenas 43,6% da amostra, entre os considerados não aderentes 19,1% apresentaram média adesão, 37,3% baixa adesão, e apenas 42,7% dos hipertensos apresentaram valores de PA controlada. Além disso, destaca-se que 42,5% dos indivíduos com PA controlada referiram uma alta adesão ao tratamento farmacológico, enquanto 44,4% dos indivíduos com PA não controlada foram considerados aderentes. Conclui-se que as características sociodemográficas encontradas assemelham-se com a maioria dos estudos sobre a HAS. A não adesão foi encontrada tanto no tratamento farmacológico como também no não farmacológico. O descontrole pressórico prevaleceu relacionando-se com a piora na adesão terapêutica desta amostra.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Adesão ao tratamento. Enfermagem.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a public health issue in Brazil and around the world, it is of high prevalence but low control. SAH is a silent killer, it has no symptoms, which is one of the reasons why it is so hard to diagnose and has so few patients adhering to pharmacological or non-pharmacological treatment. The general aim of this study was to evaluate the adherence of the referred population into pharmacological and non-pharmacological treatment. The specific aims were to characterize the sociodemographic profile of these hypertensive patients and to correlate the tensioning levels to the adherence to pharmacological treatment. This was an exploratory descriptive study, with a quantitative approach and across-sectional design. Patients who were diagnosed with SAH in the limited area of this survey were interviewed. The sample was consecutive, and it consisted of 110 individuals, the period of collecting comprehended the months of August and September of 2017. The data was collected through interviews, these interviews consisted of a questionnaire about the sociodemographic characteristics of the individuals, a non-pharmacological treatment, and Morisky's test (MMAS-8) which was reported to pharmacological engagement. The statistical analysis, were on the program SPSS version 20 and on Stata version 12.0 (Stata Corporation, College Station, Texas, U.S.A.). Descriptive Double-Varied Statistics were used to characterize the population in the study and to check the therapeutic adherence. The results showed that the average age of the sample was 63.9 years old, being 32 the youngest and 96 the oldest, also a prevalence of the female sex 60.9%. The majority of the individuals were married 69.1%, most of them had little schooling 90.9%, and also the majority of people were already retired 72.7%. On the adherence of non-pharmacological treatment, the majority of the sample did not engage. The reduction of salt was reported by 29.1%. From the whole sample 19.1% were on the desirable body-weight, and only 8.2% did some sort of physical activity, those were the ones who engaged the most on pharmacological treatment. Dyslipidemia was the most common associated disease, followed by Melitus Diabetes, Congestive Heart Failure and Obstructive Pulmonary Disease. The risk factors such as smoking and alcoholism were not representative. About the pharmacological treatment, most individuals reported the use of medication, hydrochlorothiazide was used by 74.6% of them. However, most of them only used one medication a day. Morisky's test,

showed adherence by only 43.6% of the sample, among those who did not adhere 19.1% presented medium adherence, 37.3% presented a low adherence, and only 42.7% of the hypertensive presented controlled blood pressure. Besides that, 42.5% of the individuals with controlled blood pressure reported high adherence on pharmacological treatment, while 44.4% of those without controlled blood pressure were considered adherent. The conclusion is that sociodemographic characteristics found in the study are similar to the majority of SAH studies. The non-adherence was found not only in the pharmacological treatment but in the non-pharmacological treatment as well, the lack of controlled pressure, prevailed and had a relation with the decrease on therapeutic adherence from this sample.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension. Adherence to treatment. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação da PA	20
Figura 2 - Dimensões do manguito de acordo com a circunferência do membro.....	23
Figura 3 - Escala de adesão terapêutica MMAS - 8	31

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Características sociodemográficas, comportamentais e de presença de morbidades da amostra total e estratificada segundo a adesão terapêutica em indivíduos hipertensos, Vale do Caí, RS, 2017.42
- Tabela 2 - Características comportamentais (adesão não farmacológica) e de presença de fatores de risco e morbidades da amostra total e estratificada segundo a adesão terapêutica em indivíduos hipertensos, Vale do Caí, RS, 201745
- Tabela 3 - Características do tratamento farmacológico, de saúde e de controle da hipertensão da amostra total e estratificada segundo a adesão terapêutica em indivíduos hipertensos, Vale do Caí, RS, 201749
- Tabela 4 - Valores médios da Pressão Arterial e seus respectivos desvios-padrão (DP) em relação a adesão terapêutica em indivíduos hipertensos, Vale do Caí, RS, 201753
- Tabela 5 - Proporção do nível de adesão conforme o controle da PA e valores médios da PA e seus respectivos desvios-padrão (DP) em relação a adesão terapêutica em indivíduos hipertensos, Vale do Caí, RS, 2017 ...54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
AP - Atenção Primária
APS - Atenção Primária à Saúde
AVE - Acidente Vascular Encefálico
CNS - Conselho Nacional de Saúde
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV - Doença Cardiovascular
DM - Diabetes Mellitus
ESF - Estratégia de Saúde da Família
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOA - Lesão de Órgão Alvo
MAPA - Medida Ambulatorial da Pressão Arterial
MRPA - Medida Residencial da Pressão Arterial
OMS - Organização Mundial da Saúde
PA - Pressão Arterial
PAD - Pressão Arterial Diastólica
PAL - Pressão Arterial Limítrofe
PAS - Pressão Arterial Sistólica
PH - Pré-Hipertensão
PSF - Programa de Saúde da Família
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD - Termo de Consentimento para Utilização de Dados
UBS - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)	17
2.2	CLASSIFICAÇÃO DA HAS	20
2.3	AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	21
2.4	TRATAMENTO.....	25
2.4.1	Tratamento Farmacológico	26
2.4.2	Tratamento Não Farmacológico	27
2.5	ADESÃO AO TRATAMENTO.....	28
2.6	ESCALA DE ADESÃO MORISKY (MMAS-8).....	30
2.7	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	32
2.8	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)	33
2.9	HIPERDIA	34
2.10	ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM AO HIPERTENSO.....	36
3	MÉTODO	38
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	38
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	38
3.3	ASPECTOS ÉTICOS	39
3.4	COLETA DE DADOS	40
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	41
4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	42
5	CONCLUSÃO	56
	REFERÊNCIAS	58
	APÊNDICES	67
	APÊNDICE A – Termo de Compromisso para Utilização dos Dados (TCUD)	68
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).....	69
	APÊNDICE C – Formulário para Coleta de Dados.....	71
	APÊNDICE D – Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 Itens – MMAS-8... 74	

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, tendo alta prevalência e baixo controle (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo a Pesquisa de Saúde do IBGE (2014), a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referiram diagnóstico médico de HAS no Brasil em 2013, correspondeu a 21,4%. Isso se refere a 31,3 milhões de pessoas com o diagnóstico da doença no país, sendo que a região Sul manteve-se em segundo lugar no ranking nacional apresentando a mesma proporção de diagnosticados que a média nacional.

A HAS consiste no fator mais importante no desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares (DCV) e outras doenças associadas e tem crescido devido ao aumento da expectativa de vida da população. Contudo, as complicações e a morbimortalidade decorrente da doença podem ser diminuídas significativamente com um controle adequado (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2017).

A HAS é uma doença silenciosa, assintomática que, enquanto lesa o organismo não provoca sintomas ou alterações no cotidiano do indivíduo, sendo este um dos principais fatores que dificultam a ocorrência da perfeita adesão do paciente ao tratamento farmacológico. A eficácia e o benefício do tratamento só poderão ser alcançados se o paciente seguir corretamente as recomendações e o tratamento prescrito pelo médico. Nesse contexto, a adesão irá depender do conhecimento, das habilidades, da motivação e dos recursos do paciente para que ele seja capaz de compreender e seguir a recomendação dos profissionais da saúde (MODOLO; MORENO JR., 2017).

O interesse da acadêmica pesquisadora pelo tema surgiu no ambiente de trabalho, nos atendimentos diários realizados e na experiência profissional como técnica de enfermagem de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF). Frequentemente é possível observar que os hipertensos em atendimento na unidade pesquisada, vêm apresentando descompensações agudas nos níveis pressóricos, o que sobrecarrega a demanda espontânea dos atendimentos e aumenta o risco para o surgimento de complicações evitáveis.

Nesta perspectiva, e devido à alta prevalência e o difícil controle da HAS, surge a seguinte questão de estudo: qual a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico dos hipertensos de um município do Vale do Caí/RS?

Assim, almeja-se levar os dados referentes a este estudo para a equipe multidisciplinar que, então, poderá utilizá-los na abordagem e no manejo dos usuários. Podendo intervir de forma acessível e dinâmica, utilizando uma linguagem clara e objetiva que possibilite ao usuário entendimento e conhecimento em relação ao acompanhamento da própria doença, proporcionando-lhe, não somente maior autonomia em relação a sua própria saúde, mas também, melhora da qualidade de vida de toda a família.

A promoção da adesão ao tratamento na HAS é muito importante para ajudar os usuários a lidar e a viver melhor com a sua doença, através de ações planejadas que são promotoras de conhecimento acerca da medicação e estilos de vida, em que a equipe de saúde da família tem um papel primordial.

Frente ao difícil controle da HAS, o objetivo geral desta monografia é avaliar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico dos hipertensos de um município do Vale do Caí. Seguida pelos objetivos específicos que são: caracterizar o perfil sociodemográfico destes hipertensos, e correlacionar os níveis tensionais com a adesão ao tratamento farmacológico.

A presente pesquisa contemplou a realização de um estudo de caráter exploratório descritivo, com abordagem quantitativa e delineamento transversal.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No referencial teórico serão apresentados conceitos pertinentes a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). O objetivo é contribuir para o embasamento do assunto supracitado.

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

A HAS representa um grave problema de saúde pública, não somente pelo enorme impacto que causa ao organismo humano, mas, também, devido as consequências e agravos causados pelas baixas taxas de diagnóstico correto; tratamento e controle inadequados (BRANDÃO; AMODEO; NOBRE, 2012).

As doenças cardiovasculares são atualmente responsáveis por 32% do total de óbitos no Brasil. Raramente a HAS ocorre de forma isolada e geralmente está associada a outros fatores como dislipidemia, obesidade e sedentarismo, que são potencialmente modificáveis com a mudança do estilo de vida (MASCARENHAS, 2016).

A Hipertensão Arterial Sistêmica ocorre quando a média da pressão arterial sistólica é maior que 140 mmHg e/ou a diastólica é maior que 90 mmHg em indivíduos adultos, em pelo menos duas aferições sequentes em um pequeno intervalo de tempo, obtidas em dias diferentes, em condições de repouso e ambiente tranquilo (SILVA; SOUZA, 2006).

A HAS pode ser desenvolvida como consequência de outras doenças. O valor da PA pode variar de acordo com a hora do dia, com o grau de atividade física e com o estado emocional do paciente (SOARES et al., 2016).

A HAS é uma doença multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados da PA. Geralmente, está acompanhada de alterações na função e nas estruturas dos órgãos alvo como o coração, o cérebro, os vasos sanguíneos e os rins, além das alterações metabólicas aumentando a aparição das Doenças Cardiovasculares (DCV) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Classicamente, a etiologia da HAS é caracterizada como uma alteração da complacência vascular relacionada com a ativação simpática, alterações metabólicas, vasculares ou renais. Entretanto, estudos recentes comprovam a

participação da inflamação e da resposta imune inata e adaptativa neste processo, demonstrando que na ausência de linfócito T, a HAS não se desenvolve (FONSECA; IZAR, 2017).

Embora possa haver diferentes estímulos que conduzam a HAS como a remodelação vascular, o comprometimento da função endotelial, o desenvolvimento da aterosclerose, o aumento do estresse oxidativo ou as alterações na complacência vascular, são dependentes da participação dos linfócitos T (FONSECA; IZAR, 2017).

A HAS não controlada atinge uma parcela considerável da população hipertensa, e muitas situações que levam a esse descontrole poderiam ser evitadas. É o caso do uso concomitante de outros fármacos que podem elevar os níveis pressóricos, os quais são utilizados rotineiramente e com frequência pelos pacientes, passando despercebidos pelo médico no momento da consulta. As elevações farmacodependentes são passageiras e de pequena importância, entretanto, em algumas situações, o efeito pode ser expressivo. É importante salientar que há uma variedade de medicamentos, alguns alimentos e substâncias venenosas que podem elevar os níveis da PA (PÓVOA; CARNEIRO, 2017).

Em relação aos fatores de risco, de acordo com Fucks (2012) o efeito idade é o predominante entre as características ou condições que aumentam a probabilidade do desenvolvimento da HAS, acompanhado de fatores como: raça negra, história familiar, obesidade, ingestão excessiva de sal, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, sedentarismo, estresse e baixa escolaridade.

Para Costa e Burgos (2017), a obesidade é um dos principais fatores de risco da HAS e das DCVs associadas e o aumento da sua prevalência no Brasil representa uma grande preocupação. Por isso, é necessário intervir com ações em todos os níveis da sociedade na tentativa de frear um futuro desastroso devido aos altos índices de obesidade no país.

Nesta perspectiva, relacionando os principais fatores de risco da HAS, é possível classificá-los como modificáveis e não modificáveis. Os fatores modificáveis são caracterizados pelo consumo excessivo de bebida alcoólica, tabagismo, sedentarismo, obesidade, especialmente a gordura abdominal, a dislipidemia e o estresse. Já os não modificáveis caracterizam-se pelo fator genético, raça negra e idade (DE BRITO et al., 2016).

Em relação a características sociodemográficas dos hipertensos no Brasil, segundo levantamento do IBGE (2014), houve o predomínio da HAS entre as mulheres 24,2%, os homens obtiveram 18,3%. A proporção de pessoas que referiram este diagnóstico aumentava com a idade, chegando a proporção de 55,0% em pessoas com 75 anos ou mais, 52,7% entre pessoas de 65 a 74 anos, 44,4% dos 60 aos 64 anos, 17,8% dentre as pessoas de 30 a 59 anos e de 18 aos 29 anos observou uma prevalência em 2,8% da população. Em relação a raça e cor, 24,2% das pessoas consideradas pretas obtiveram diagnóstico de HAS, seguidas pelas brancas com 22,1% e pardas 20,0%. Quanto ao nível de instrução, esta proporção reduzia com o aumento do nível de escolaridade, apresentando 31,1% das pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto com diagnóstico de HAS;

Quanto ao diagnóstico, este geralmente é dificultado por ser uma doença silenciosa, assintomática e indolor. Entretanto, quando ocorrem sintomas, esses muitas vezes decorrem das complicações cardiovasculares, podendo levar à morte (SILVA; SOUZA, 2006).

Desta forma, como já foi abordado anteriormente, o diagnóstico da HAS é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade, portanto, a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial (GUIMARÃES, 1999).

Desta forma, a adoção de medidas de prevenção primária da HAS, segundo Brandão, Amodeo e Nobre (2012) deve iniciar na infância, pois a presença da aterosclerose na infância, na adolescência e na fase adulta jovem representam fator de risco para o desenvolvimento das DCVs. Neste intuito, é necessário levar o conhecimento e intervir sobre estes fatores o mais cedo possível, desenvolvendo programas racionais e efetivos com o objetivo de educar sobre a atuação precoce e preventiva contra a HAS, garantindo um estilo de vida sadio influenciando favoravelmente sobre as altas taxas de morbidade e mortalidade cardiovascular.

2.2 CLASSIFICAÇÃO DA HAS

De acordo com as VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), a HAS pode ser classificada por meio de valores obtidos nas medidas casuais e de consultório. Conforme apresentado na figura 1.

Figura 1 - Classificação da PA

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

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

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

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016, p. 11)

NORMOTENSÃO: ou pressão normal é definida quando as medidas de consultório e fora dele confirmam os valores considerados normais PAS ≤ 120 mmHg e PAD ≤ 80 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

PRÉ-HIPERTENSÃO (PH): a pré-hipertensão ou também conhecida como Pressão Arterial Limítrofe (PAL) é caracterizada quando os valores da PAS estão entre 121 e 139 e ou PAD entre 81 e 89 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Pessoas com PAL possuem maior probabilidade de desenvolverem HAS e risco aumentado para as demais complicações CDV, e devem ser estimuladas pela equipe de saúde a adotarem hábitos de vida saudáveis (BRASIL, 2014 b).

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS): se um indivíduo apresentar uma média de três aferições da PA e essas forem iguais ou maiores de 140/90mmHg, está confirmado o diagnóstico de HAS, e o indivíduo deverá receber acompanhamento e tratamento médico adequado (BRASIL, 2014 b).

O estudo realizado por Porto (2005), ainda classifica a HAS em: Primária ou Essencial e Secundária. Primária é assim chamada quando não se consegue caracterizar sua etiologia, sendo dependente de diversos fatores como: hereditariedade, ingestão excessiva de sal, obesidade, estresse e uso de bebidas alcólicas. Na Secundária por sua vez, o mecanismo patogênico é bem conhecido,

como por doenças renais, endócrinas, vasculares, medicamentos, toxemia gravídica entre outras causas.

Outro fator relevante no que diz respeito a identificação da aferição PA é a hipertensão do avental branco, o qual ocorre quando há valores anormais na medida da PA no consultório $\geq 140/90$ mmHg e valores normais tanto na Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e na Medida Residencial de Pressão Arterial (MRPA). Os principais grupos acometidos são as mulheres, os jovens e os idosos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2011).

Conforme Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), a HAS controlada é aquela que quando sob tratamento anti-hipertensivo, o paciente mantém sua PA controlada dentro dos valores normais tanto no consultório, como fora dele. Já HAS não controlada ocorre quando mesmo sob tratamento anti-hipertensivo o paciente permanece com a PA acima dos valores normais, tanto no consultório, como fora dele.

2.3 AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

A Pressão Arterial é a pressão que o sangue exerce na parede das artérias. A medida da PA é determinada por duas pressões: Pressão Arterial Sistólica (PAS) que é a máxima ocorre com a contração do coração e Pressão Arterial Diastólica (PAD) que é a mínima ocorrendo quando o coração se dilata. A diferença entre as pressões sistólica e diastólica é denominada Pressão de Pulso, sendo que a diferença é de aproximadamente 40mmhg. A unidade padrão para a medição da PA é descrita em milímetros de mercúrio (mmHg) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2017).

A aferição da PA deve ser obrigatoriamente realizada em toda avaliação clínica de pacientes de ambos os sexos. O procedimento pode ser realizado por médicos de todas as especialidades, e por qualquer profissional da saúde devidamente treinado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2011).

Todo adulto com 18 anos ou mais, ao se dirigir à Unidade Básica de Saúde (UBS) para realizar qualquer procedimento e não tiver registro em prontuário de, ao menos uma verificação da Pressão Arterial (PA) nos últimos dois anos, deverá tê-la aferida e registrada em prontuário (BRASIL, 2014 b).

O método mais utilizado na prática clínica para realizar a medida da PA, é o indireto, com técnica auscultatória e esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneróide. Entretanto, os aparelhos automáticos vêm ganhando espaço no mercado, oferecendo boa precisão na leitura dos resultados, minimizando os erros do observador. Estes equipamentos, por sua vez têm a necessidade de serem validados. Já os aparelhos automáticos de punho representam uma técnica recente e geralmente são menos confiáveis que os do antebraço, de forma que não são recomendados pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (MION JR.; ORTEGA, 2012).

É importante enfatizar que todos os aparelhos devem ser verificados uma vez ao ano, conforme estabelece a Portaria INMETRO nº. 24, de 22 de fevereiro de 1996, para os esfigmomanômetros mecânicos do tipo aneróide, e nº. 096, de 20 de março de 2008, para os esfigmomanômetros eletrônicos digitais de medição não-invasiva (INMETRO, 2017).

A aferição da PA pode ser realizada no consultório e/ou fora dele, devendo seguir a técnica adequada e utilizando equipamentos devidamente validados. No consultório as condições padronizadas para realizar a aferição da PA no preparo do paciente são:

- a) explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo;
- b) instruir o paciente a não conversar durante o procedimento;
- c) certificar-se de que o paciente não tenha ingerido bebidas alcoólicas, café, chimarrão ou demais bebidas e alimentos estimulantes;
- d) certificar-se de que o paciente não tenha fumado a menos de 30 minutos ou praticado atividade física a menos de 60 minutos e que não esteja com a bexiga cheia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Quanto ao posicionamento, o paciente deve estar sentado confortavelmente, relaxado, dorso recostado na cadeira, com as pernas descruzadas e pés apoiados no chão. O braço deve estar na altura do coração, apoiado com a palma da mão voltada para cima, livre de roupas que possam garrotear o membro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

É fundamental determinar a circunferência do braço para selecionar o manguito de tamanho adequado, sendo que o mesmo deverá ficar bem ajustado de

2 a 3 cm acima da fossa cubital, centralizado no meio da parte sinalizada no manguito sobre a artéria braquial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). As dimensões com base na circunferência do manguito constam na figura 2.

Figura 2 - Dimensões do manguito de acordo com a circunferência do membro

Circunferência do braço (cm)	Denominação do manguito	Largura do manguito (cm)	Comprimento da bolsa (cm)
≤ 6	Recém-nascido	3	6
6-15	Criança	5	15
16-21	Infantil	8	21
22-26	Adulto pequeno	10	24
27-34	Adulto	13	30
35-44	Adulto grande	16	38
45-52	Coxa	20	42

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016, p. 8)

Para determinar o nível da Pressão Arterial Sistólica (PAS) é preciso palpar o pulso radial, então inflar o manguito até que ocorra o seu desaparecimento, desinflar rapidamente o manguito, aguardar um minuto e prosseguir com o procedimento (V DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2007). Tatear a artéria braquial na fossa cubital e posicionar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva. Inflar de 20 a 30 mmHg acima do nível estimado da PAS obtido pela palpação, prosseguir a deflação lentamente a uma velocidade de 2 mmHg por segundo, determinar a PAS (pressão arterial sistólica) pela ausculta do primeiro som, e a PAD (pressão arterial diastólica) no desaparecimento dos sons. Auscultar de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento, então realizar a deflação rápida e completa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Entre as recomendações para a realização do procedimento, é recomendado verificar a PA em ambos os braços na primeira consulta, registrando o valor do braço que apresentar maior medida. Por fim, é informado o valor obtido da PA para o paciente e registrado (prontuário) os valores exatos bem como o membro em que foi aferida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Na impossibilidade de verificar a PA nos membros superiores, utiliza-se os membros inferiores. As principais contraindicações para a aferição nos membros superiores são: fraturas, queimaduras de membros superiores, esvaziamento

ganglionar pós-mastectomia, e presença de fístula artério-venosa (BAPTISTA, 2017).

A medida da PA fora do consultório pode ser obtida através da aferição residencial, com protocolo específico. Esse procedimento deve ser estimulado, podendo ser realizado por equipamentos semiautomáticos do próprio paciente ou das equipes de saúde. As principais vantagens incluem aferição realizada considerando as atividades usuais dos examinados, maior número de medidas obtidas, redução do efeito avental branco e maior engajamento dos pacientes com o diagnóstico e tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Nesta mesma direção, a aferição da PA fora do consultório, também denominada automedida, realizada exclusivamente pelo próprio paciente ou familiar, representa fator de informação importante, pois possibilita a obtenção de valores da PA mais reais por tratar-se do ambiente em que os pacientes estão habituados (BRASIL, 2014).

Entre outros métodos, pode-se salientar a utilização da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e da Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A MAPA é indicada em suspeita de hipertensão do avental branco e da hipertensão mascarada, avaliação da eficácia terapêutica nas 24 horas e avaliação de sintomas. O emprego da MAPA contribui para estabelecer diagnóstico, prognóstico e avaliar a eficácia terapêutica anti-hipertensiva (NOBRE; MION JR., 2016).

A MRPA não deve ser confundida com a Aferição da PA fora do consultório. A MRPA é o método destinado a fazer registro da PA fora do ambiente de consultório, pelo próprio paciente ou pessoa capacitada para tal, durante o período de vigília, por pelo menos quatro dias com duas medidas consecutivas pela manhã e à noite, sem desprezar as medidas obtidas no primeiro dia de exame, concluindo, ainda, que o número de medidas é o mais importante fator para a realização da MRPA. Esta deverá ser realizada com aparelhos submetidos aos protocolos de validação e por esses aprovados, sendo automáticos ou digitais, com possibilidade de armazenamento dos dados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2011).

Embora pareça fácil, a execução da aferição da PA exige muita atenção e responsabilidade do profissional que a executa. O que tem se observado é que a

falta de conhecimento e padronização da técnica, levam os profissionais da saúde a aferirem a PA sem critérios e, portanto os valores obtidos podem não refletir exatamente a PA para aquele determinado paciente, acarretando em tratamentos desnecessários ou pior privando os hipertensos dos benefícios do tratamento. A confiabilidade do resultado pode ser atribuída a alguns elementos que interferem no momento da aferição como ao ambiente, ao paciente ao equipamento e ao observador propriamente dito (OLIVA; BIANCOLINO, 2014).

2.4 TRATAMENTO

A escolha adequada no tratamento da HAS irá depender, não apenas do nível da PA, mas também deverá considerar a presença de fatores de risco, lesão de órgãos alvo (LOA) e/ou DCV estabelecida. Atualmente, o tratamento farmacológico da HAS está mais seguro e bem tolerado devido a vasta disponibilidade de fármacos anti-hipertensivos existentes no mercado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

No Cadernos de Atenção Básica nº. 37 (2014) se descreve que o paciente hipertenso deve ser avaliado integralmente para iniciar o tratamento farmacológico, sendo importante os níveis pressóricos e o risco cardiovascular, além da motivação para mudança de estilo de vida.

Para Machado e Kayanuma (2010), o tratamento da hipertensão foi uma das maiores conquistas da medicina na segunda metade do século passado, entretanto a HAS continua sendo um dos maiores problemas de saúde pública, sua prevalência vem aumentando e o número de pessoas com PA não controlada também, apesar dos avanços terapêuticos.

Segundo Feitosa e Moura (2017) a terapia nutricional deve fazer parte do tratamento do paciente hipertenso, seja ele farmacológico ou não farmacológico. Os padrões alimentares influenciam no desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), entre elas a HAS. Diante disso, os autores acima citados abordam a importância da redução do sal, do açúcar refinado e das gorduras saturadas da dieta, e da inclusão de alimentos ricos em potássio, magnésio, cálcio, fibras, gorduras monoinsaturadas e proteínas, salientando o benefício da restrição calórica e a perda de peso corporal.

A atenção primária e as Estratégias de Saúde da Família (ESF) possuem os melhores requisitos para promoverem a adesão ao tratamento das DCNT como a hipertensão, pois estimulam o bom relacionamento usuário/profissional e favorecem a corresponsabilização do tratamento. As ações educativas promovidas pelos profissionais da atenção primária auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo e possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida (OLIVERA et al., 2013).

Considerando o Programa de Farmácia Popular no Brasil, conforme dados estatísticos do IBGE, em 2014, 35,9% dos hipertensos afirmaram obter pelo menos um medicamento para hipertensão neste programa. Dentre as regiões, apenas a Nordeste apresentou proporção estatisticamente diferente da encontrada para o Brasil (28,7%).

A seguir será apresentado o tratamento farmacológico e não farmacológico da HAS.

2.4.1 Tratamento Farmacológico

Os fármacos constituem atualmente ferramentas poderosas para atenuar o sofrimento humano. Produzem curas, prolongam a vida e retardam o surgimento de complicações associadas às doenças, facilitando o convívio entre o indivíduo e sua doença (PEPE et al., 2000).

São características importantes do anti-hipertensivo, conforme Brasil (2010), ser eficaz por via oral; ser seguro e tolerado, trazendo benefícios favoráveis ao paciente hipertenso; ser administrado em menor número possível de tomadas, dando preferência para dose única diária, podendo a dosagem ser aumentada gradativamente. É importante esclarecer para se evitar a obtenção do fármaco em estabelecimentos de manipulação, devido ao fato de que só o fármaco industrializado possui certificação comprovada em pesquisas laboratoriais da capacidade de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular associada à HAS.

A decisão terapêutica deve levar em conta, além dos valores da PA, a presença ou não de LOA e de fatores de risco para as DCVs associadas. O objetivo primordial do tratamento da HAS é a redução da morbidade e da mortalidade

cardiovascular do paciente hipertenso. Os medicamentos anti-hipertensivos de uso corrente nesse meio podem ser divididos em seis grupos, são eles: os diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas dos canais de cálcio e antagonistas do receptor da angiotensina II (KOHLMANN JR. et al., 1999).

Esclarece Kohlmann Jr. et al. (1999) que o tratamento deve ser individualizado e a escolha inicial do fármaco como monoterapia deve basear-se no mecanismo fisiopatológico predominante nas doenças associadas, nas condições socioeconômicas e na capacidade de o medicamento ter influência sobre a morbidade e a mortalidade por DCVs.

Os diuréticos são considerados a classe de fármacos anti-hipertensivos de primeira escolha, sendo os mais utilizados em virtude da sua eficácia terapêutica. São substâncias com uma ação sobre os rins, atuando de forma a aumentar a taxa do débito e volume urinário e, conseqüentemente, a excreção urinária de solutos, em especial o sódio e cloreto. O diurético preferencial deve ser a clortalidona, que detém maior eficácia hipotensora, entretanto, como esse medicamento não é disponível pela atenção farmacêutica e ou farmácia popular, emprega-se a hidroclorotiazida como diurético de primeira escolha no tratamento da HAS (MARTELLI; LONGO; SERIANI, 2008).

2.4.2 Tratamento Não Farmacológico

O tratamento não farmacológico tem como principal objetivo diminuir a morbidade e a mortalidade das DCVs, por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. As razões que tornam as modificações do estilo de vida úteis são o baixo custo, o risco mínimo e a redução da PA, favorecendo o controle de outros fatores de risco, aumentando a eficácia do tratamento farmacológico e reduzindo o risco cardiovascular. Vale ressaltar que é de fundamental importância o envolvimento dos familiares do hipertenso na busca das metas a serem atingidas pelas modificações do estilo de vida (KOHLMANN JR et al., 1999).

Conforme Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), o tratamento não farmacológico da HAS, envolve medidas nutricionais, controle ponderal, prática de

atividades físicas, eliminação do tabagismo, controle do estresse, entre outras. Dentre as medidas nutricionais ressalta-se a redução no consumo de sódio e a restrição do consumo de bebidas alcoólicas. A inclusão de determinados alimentos à dieta como ácidos graxos insaturados, fibras, alho, oleaginosas, laticínios e vitamina D, café, chá verde e chocolate amargo também apresentou-se benéfica no tratamento não farmacológico da HAS.

Cabe ressaltar que a equipe multiprofissional que lida diretamente com os pacientes hipertensos possui papel fundamental na adesão do paciente ao tratamento não farmacológico, pois é essa equipe que acompanha, orienta e realiza avaliação periódica da adesão das medidas propostas. Constatando a falta ou piora dos valores pressóricos, o paciente deverá iniciar precocemente a terapia farmacológica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Nesta mesma perspectiva foi realizado um estudo no Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, no ano de 2006, que avaliou o manejo da HAS e descreveu as características predominantes dos indivíduos classificados com cuidados inadequados. O estudo atingiu pacientes sedentários, fumantes e com dieta rica em gorduras. As recomendações não farmacológicas para o manejo da HAS mais realizadas pelos médicos foram restringir o sal, interromper o consumo de bebidas alcoólicas, aconselhar dieta balanceada, reduzir a ingestão de gorduras, parar de fumar e praticar atividades físicas. Mesmo ainda sendo pouco utilizadas, a incorporação efetiva dessas recomendações e estratégias de manejo na prática clínica mostraram-se comprovadamente eficazes na redução da PA, na melhora da efetividade anti-hipertensiva e na diminuição do risco de DCVs associadas (STURMER et al., 2006).

2.5 ADESÃO AO TRATAMENTO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou uma definição para adesão como sendo: “O grau em que o comportamento de uma pessoa – tomar o medicamento, seguir um regime alimentar e executar mudanças no estilo de vida – corresponde às recomendações acordadas com um prestador de assistência sanitária” (MENDONÇA; MICHELINE; SOLER, 2010, p. 114).

Adesão ao tratamento da HAS é o fator mais importante para o seu controle. Cerca de 40% a 60% dos pacientes em tratamento não fazem uso regular da medicação anti-hipertensiva e essa porcentagem é ainda maior quando a adesão se relaciona ao tratamento não farmacológico como mudança no estilo de vida, dieta, atividade física, tabagismo e etilismo. Esses fatores associados são responsáveis pela falta de controle da PA em mais de dois terços dos indivíduos hipertensos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Em pacientes com HAS, a não adesão ao tratamento é um fator de risco significativo, frequentemente não reconhecido, que contribui para o controle inadequado da PA. Isso acaba favorecendo o desenvolvimento de outras doenças, tais como: insuficiência cardíaca, doença coronariana, insuficiência renal e acidente vascular cerebral. Estas doenças, por sua vez, exigem intervenções através de programas interdisciplinares, tecnológicos e educacionais que abordem a comunicação dinâmica entre a equipe de saúde e o paciente como fator chave na promoção da adesão ao tratamento farmacológico a longo prazo. Assim como as novas modalidades terapêuticas com maior eficácia e menos efeitos adversos, também podem contribuir para uma maior adesão do paciente ao tratamento (MUNGER; VAN TASSELL; LAFLEUR, 2007).

Um estudo realizado por Munger; Van Tassel e Lafleur (2007), baseado na análise de várias populações, evidencia que a escolha do fármaco, o uso de medicamentos simultâneos, a tolerabilidade ao fármaco e a duração do tratamento influenciam na prevalência de não adesão ao tratamento farmacológico da HAS. Segundo o autor referenciado, a não adesão ao fármaco é definida como a falha passiva de um paciente em seguir a prescrição médica.

Em outro estudo, realizado em 15 países, com um total de 12.603 pacientes hipertensos adultos, aos quais foram aplicadas a escala de adesão de 8 itens de Morisky (MMAS-8), o autor concluiu que a não adesão aos medicamentos anti-hipertensivos foi observada em 45% dos sujeitos e uma maior proporção de PA não controlada (83,7%) não foi aderente à medicação. Em relação ao gênero, observou-se que as mulheres obtiveram menor adesão ao tratamento (54%), porém, o risco de não adesão foi 1,3 vezes maior em homens. Quanto a etnia, quase dois terços (62,5%) da não adesão à medicação foi observada em africanos e asiáticos (43,5%) (ABEGAZ et al., 2017).

2.6 ESCALA DE ADESÃO MORISKY (MMAS-8)

Para compreender a adesão, ou falta dela, é preciso avaliá-la ou medi-la, por meio de uma ferramenta válida, confiável e com boa relação custo-benefício que seja aceita, tanto pelos profissionais de saúde, quanto pelos pacientes (MORISKY, 2008).

Existem várias abordagens para investigar a adesão. Os métodos tradicionais como a contagem de comprimidos, os relatórios clínicos, as recargas de prescrição e medidas relatadas pelos pacientes são alguns dos mais baratos e aceitáveis para fornecer informações de adesão à medicação. Questionários auto relatados são frequentemente utilizados para avaliar a adesão à medicação em pacientes com doenças crônicas, incluindo os hipertensos. Algumas das escalas adequadas para medir a adesão em pacientes com hipertensão incluem Morisky (MMAS-8), que é bastante conhecida e utilizada em estudos que objetivam identificar a adesão farmacológica dos hipertensos (ABEGAZ et al., 2017).

A escala de Morisky foi criada em 1986, na versão em inglês e, inicialmente, compreendia quatro itens, sendo considerada o método de auto relato mais utilizado para determinar a adesão terapêutica dos hipertensos. Recentemente uma nova versão foi estabelecida, traduzida e validada para versão português, contendo oito perguntas. Cada pergunta mensura um comportamento aderente específico, sendo sete perguntas com respostas fechadas de caráter dicotômicas, sim/não, e a última questão respondida segundo uma escala de cinco opções: nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente, sempre. O grau de adesão terapêutica é determinado de acordo com a pontuação resultante da soma de todas as respostas corretas: alta adesão (oito pontos), média adesão (6 < 8 pontos) e baixa adesão (< 6 pontos) (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012). As perguntas referentes a escala de adesão de Morisky podem ser vistas na figura 3.

Figura 3 - Escala de adesão terapêutica MMAS - 8

Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 Itens - MMAS-8
1) Você às vezes esquece de tomar os seus remédios para pressão?
2) Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta?
3) Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?
4) Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?
5) Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?
6) Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?
7) Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?
8) Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão?
Nunca/ Quase Nunca/ Às Vezes/ Frequentemente/ Sempre

Fonte: Oliveira-Filho et al., (2012)

A escala de Morisky-8 é simples e prática de ser aplicada em contextos clínicos, podendo ser facilmente utilizada para identificar e monitorar pacientes com problema de adesão (MORISKY et al., 2008).

Os resultados obtidos pela aplicação da escala de Morisky-8, juntamente com a verificação da PA podem ser úteis, por exemplo, no caso de um paciente apresentar alta aderência ao fármaco e bom controle pressórico, podendo ser contemplado pelo bom controle e lembrado dos benefícios e importância da adesão continuada. Com outro olhar, um paciente com controle inadequado da PA com alta adesão, poderia ser considerado um paciente com hipertensão de difícil controle, ou com tratamento inadequado, necessitando investigar a conduta terapêutica, a fim de atingir a resposta adequada da PA. Isso implica na necessidade de educar o paciente, objetivando aumentar o conhecimento sobre o tratamento de sua doença e favorecendo uma comunicação eficaz entre médico e paciente (MORISKY et al., 2008).

2.7 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo utilizada como estratégia de organização do sistema de saúde. No Brasil, esta reorganização iniciou com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que definiu a APS como porta de entrada do sistema. Alguns anos mais tarde, a implantação do Programa de Saúde da Família, se tornou a principal estratégia para alcançar a organização desejada (LEÃO; CALDEIRA, 2011).

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 com o objetivo de promover acesso público de saúde para toda população brasileira. A Constituição Brasileira de 1988 passou a preocupar-se diretamente com a cidadania do povo e com os direitos sociais como educação, saúde, moradia, trabalho e lazer (BRASIL, 2009).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Em dezembro de 1990, o artigo 198 da Constituição Federal regulamentou a lei nº. 8.080, conhecida como lei do Sistema Único de Saúde (SUS), que estabelece como deve funcionar o sistema de saúde em todo território nacional e define quem são os gestores em cada esfera de governo, bem como suas competências e responsabilidades. Ao SUS cabe a tarefa de promover e proteger a saúde, garantindo atenção contínua e com qualidade aos indivíduos e às coletividades, de acordo com as diferentes necessidades. Para o cumprimento desta tarefa, o SUS segue alguns Princípios e diretrizes que são: Universalidade, Integralidade, Equidade, Participação Social, Descentralização, Regionalização e Hierarquização (BRASIL, 2009).

Complementar à lei nº. 8.080, se apresenta a lei nº. 8.142/90 que incentiva a participação da comunidade na construção do SUS, por intermédio dos Conselhos e das Conferências de Saúde e participa da organização da transferência e alocação de recursos provindos do Fundo Nacional de Saúde a fim de custear as ações em saúde em todos os níveis de atenção (BRASIL, 1990).

2.8 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)

A Atenção Primária é quem realiza o contato inicial dos usuários com o SUS, sendo a principal porta de entrada das redes de atenção à saúde. É regida pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade, da participação social e da continuidade do cuidado. Seguindo estes princípios, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão instaladas o mais próximo possível de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, a fim de garantir a população de acesso uma atenção à saúde de qualidade, com toda infraestrutura necessária oferecendo atendimento universal, integral e gratuito (BRASIL, 2011).

Atualmente, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) vem sendo substituídas por Estratégias de Saúde da Família (ESF), as quais são caracterizadas por um sistema de atendimento diferenciado (BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) teve início na década de 90 e foi inspirada nas experiências e políticas de saúde de outros países. Inicialmente, no ano de 1991, foi implantada o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, somente em 1994 começaram a ser formadas as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), incorporando e ampliando a atuação dos ACS (BRASIL, 2001).

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da Atenção Primária no Brasil, frente a evolução do sistema, em 28 de março de 2006, mediante a portaria nº 648 com a expansão do PSF, se consolidou a estratégia prioritária para reorganização da Atenção Primária, passando a denominar-se ESF (BRASIL, 2006).

A ESF, através de uma equipe multidisciplinar é responsável pelo cadastramento e acompanhamento de uma população que não deverá ultrapassar 4.000 pessoas sendo que o recomendado é de 3.000 usuários, residentes de uma delimitada área geográfica. Segundo a portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011, cada equipe é composta por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem acrescentar à equipe os profissionais da saúde bucal como dentista e

auxiliar ou técnico em saúde bucal, outros como nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta. O número de ACS é de no máximo 12, devendo estes serem suficientes para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS, por equipe (BRASIL, 2011).

A ESF visa à reorganização da Atenção Primária no País, de acordo com os preceitos do SUS e tem como objetivos: atuar com ações de promoção, prevenção da saúde, recuperação, reabilitação de doenças e agravos, desenvolvendo ações educativas que possam interferir no processo saúde doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida e assistência básica integral e contínua, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias, desenvolvendo atividades de acordo com as circunstâncias encontradas, buscando a integração com instituições e organizações sociais visando a construção de cidadania (BRASIL, 2006).

É na equipe multiprofissional que as situações levantadas no diagnóstico de saúde devem ser enfrentadas, valorizando-se a soma de olhares dos distintos profissionais que compõem esta equipe, obtendo-se, desta forma, um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. Para isso, é imprescindível que a estruturação do trabalho, na ESF, consolide-se nos princípios da vigilância à saúde, rompendo assim com a dinâmica médico-centrada. (UNASUS, 2017, p. 57).

Assim a ESF, segue se aprimorando no caminho de afirmar os compromissos do SUS de equidade, universalidade, regionalidade, descentralização e outros. Apesar da ESF ter sido nos últimos anos uma das mais importantes mudanças estruturais já feita na saúde pública do Brasil, ainda apresenta dificuldades, na implementação de seus princípios e diretrizes que parecem distantes ao que foi proposto na reorganização da atenção primária em saúde (DE SOUZA; ABRAHÃO, 2017).

2.9 HIPERDIA

O HIPERDIA, que foi criado em 2002, sendo implantado pelo Ministério da Saúde a partir do Plano de Reorganização de Atenção a Hipertensão e Diabetes, é um programa informatizado que possibilita cadastrar e acompanhar os portadores de HAS e ou Diabetes Mellitus (DM) vinculados às unidades ou equipes da Atenção

Básica do SUS, gerando informações para os profissionais, para os gestores em todas as esferas e para o Ministério da Saúde (DATASUS, 2017).

O programa tem como objetivos cadastrar, acompanhar e monitorar de forma contínua a qualidade clínica e a situação da doença e seus agravos. A partir disso, o programa permite conhecer o perfil epidemiológico da HAS e do DM, orienta os gestores públicos na tomada de decisões para a adoção de estratégias de intervenção gerais e pontuais e fornece informações sobre aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos por meio do Programa de Assistência Farmacêutica à HAS e ao DM (DATASUS, 2017).

No caso da HAS, a Assistência Farmacêutica é uma prática muito importante para o tratamento do paciente, já que essa patologia não têm cura e somente pode ser controlada, amenizando, assim, seus malefícios e trazendo melhor qualidade de vida ao paciente (SOUZA et al., 2016).

A Secretária Executiva, Substituta e o Secretário de Políticas de Saúde, no uso de suas atribuições e considerando: a implantação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus em curso no país e a Portaria/GM/MS nº. 371 de 04/03/02 que institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2002 p, 3).

O Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos HIPERDIA envia dados para o Cartão Nacional de Saúde (CadSUS), garantindo a identificação única do usuário do SUS, o que disponibiliza informações de acesso público, mas não identifica o portador (DATASUS, 2017).

Desde 2012, com a criação do e-SUS, o Sistema HIPERDIA foi descontinuado, e deverá ser substituído pela Estratégia e-SUS AB (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico (BRASIL, 2014 a).

Com a implantação do e-SUS os registros de atendimento e informações de saúde são realizados por meio de prontuário eletrônico do cidadão, que trazem informações individualizadas com o intuito de agilizar e melhorar o atendimento à

população. O sistema oferece maior agilidade do atendimento e menor tempo de espera, possibilita informatização do registro das consultas, direciona para a melhoria nos investimentos dos recursos financeiros para a área de saúde (BRASIL, 2014 a).

2.10 ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM AO HIPERTENSO

Convencer um paciente, muitas vezes assintomático, de que ele é doente, é um objetivo difícil de alcançar, especialmente quando isto implica em mudanças no estilo de vida ou, ainda, na necessidade de usar medicamentos diariamente. Por isso, se faz necessário o profissional de enfermagem buscar estratégias que estimulem a mudança de comportamento e a adoção eficiente do tratamento farmacológico e não farmacológico por parte do usuário (ARAÚJO-GIRÃO, 2015).

O enfermeiro como integrante da equipe multidisciplinar possui papel importante no processo educativo de pacientes com HAS. E é por meio da consulta de enfermagem que o enfermeiro deve buscar a promoção da saúde através da interação profissional/paciente. Para isso, utiliza-se a comunicação como forma de adaptação do paciente com a sua doença; de prevenção de complicações; adesão ao tratamento; adoção a uma dieta hipossódica, rica em frutas e legumes, além da prática de exercícios físicos, respeitando as condições econômicas e culturais de cada indivíduo e buscando alternativas que possam abolir o tabagismo e o consumo de álcool, tornando-o agente do autocuidado e multiplicador das suas ações junto à família e à comunidade (COSTA et al., 2014).

A aferição da PA é um procedimento corriqueiramente realizado em consultas e acompanhamento de tratamento da HAS, assim cabe aos profissionais de saúde em especial aos enfermeiros, atentarem-se aos protocolos que referenciam a exata maneira da realização da técnica. Nesse intuito para diminuir problemas advindos de erros da prática, o profissional enfermeiro deve assumir a responsabilidade de estabelecer normatização da técnica ou utilização de protocolo, capacitando sua equipe, evitando a verificação de valores pressóricos hiperestimados ou hipostimados (OLIVA; BIANCOLINO, 2014).

Sendo assim, é necessário que o profissional da enfermagem busque fundamentos teóricos e metodológicos que o auxiliem no processo da educação em

saúde e que, desta forma, promovam uma relação de parceria entre o profissional e o usuário portador da HAS (JUNIOR et al., 2016).

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A presente pesquisa contemplou a realização de um estudo de caráter exploratório descritivo, com abordagem quantitativa e delineamento transversal.

A pesquisa exploratória descritiva, segundo Prodanov e Freitas (2013), busca proporcionar mais informações sobre o tema abordado, possibilitando sua definição e seu delineamento. Também visa descrever as características de determinado grupo, fenômeno ou estabelecimento; registrar e descrever os fatos observados sem interferir ou manipulá-los.

A abordagem quantitativa discorre de que tudo pode ser quantificável, o que possibilita traduzir em números os dados, opiniões e informações para, assim, analisá-los e especificá-los usando recursos e técnicas estatísticas (PRODANOV; FREITAS, 2013).

O delineamento do estudo refere-se ao planejamento da pesquisa em sua dimensão, considera o ambiente, o tempo as formas de coleta de dados e suas variáveis e expressa as linhas gerais do desenvolvimento da pesquisa, podendo ser adquirido através de fontes de papel ou fornecidos pela pessoa. Assim, o delineamento é um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade (GIL, 2010).

Com isso, um delineamento de estudo transversal acontece quando a exposição e o desfecho são avaliados simultaneamente no mesmo período, não podendo distinguir com exatidão a sequência temporal dos eventos estudados (DYNIEVICZ, 2007).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população estudada compreende, 223 indivíduos hipertensos conforme relatório mensal de visitas domiciliares dos ACS, dados confirmados pelo prontuário dos usuários atendidos pela Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do Vale do Caí. Foram abordados pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica que fazem parte da área de abrangência da UBS, devidamente atendidos

pela Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e ou são frequentadores dos grupos de hipertensos e diabéticos. A amostra foi consecutiva, abordando o maior número de pacientes hipertensos dentro do tempo estipulado para coleta. A presente pesquisa contemplou assim, 110 indivíduos hipertensos conforme os critérios de inclusão e exclusão apresentados a seguir.

Os critérios de inclusão compreenderam indivíduos abrangidos pela área delimitada anteriormente, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com diagnóstico de HAS e ou demais doenças crônicas associadas, confirmadas através de prontuário médico, que estejam em tratamento há mais de seis meses e que aceitem participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que consta no apêndice B.

Os critérios para exclusão compreenderam indivíduos com alteração no nível de consciência ou que não apresentarem condições para responder a pesquisa que será aplicada.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), qualquer pesquisa que envolva seres humanos deverá atender aos critérios éticos dos participantes, respeitando os valores morais e culturais, bem como a dignidade, autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, manifestando sua vontade de contribuir e de permanecer ou não no estudo proposto (BRASIL, 2012).

Os participantes concordaram a participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e o mesmo conteve duas vias conforme as normas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Resolução 466/2012, onde uma das vias foi entregue ao participante e a outra retornou para a acadêmica pesquisadora.

Através desse termo foi garantido, confidencialidade do participante e a possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento, bem como, a isenção de riscos pela exposição aos dados coletados. Os participantes do estudo não correram riscos e não foram identificados.

É importante ressaltar que as informações coletadas foram utilizadas somente e exclusivamente para a realização deste estudo e permanecerão em posse da

pesquisadora durante toda elaboração da pesquisa. A divulgação dessas informações terá unicamente fins acadêmicos de forma a garantir o anonimato. Os dados coletados ficarão guardados por um período de cinco anos e, após, serão incinerados.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto de pesquisa pela banca examinadora do curso de enfermagem da Universidade Feevale, assim como autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município que abrange a área estudada em questão, após a entrega do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD), assinado pelas pesquisadoras (apêndice A).

A coleta de dados iniciou após a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde, o período de coleta compreendeu os meses de agosto e setembro de 2017. Ocorreu de segunda a sexta-feira, na Unidade Básica de Saúde, e nas atividades realizadas pela equipe de (ESF) Estratégia de Saúde da Família, como, nos grupos de (HIPERDIA) hipertensos e diabéticos.

A pesquisa foi aplicada pela acadêmica pesquisadora, tendo em vista que a amostra da população alvo, em sua maioria, é de origem alemã e comunica-se na linguagem do alemão dialeto, tendo dificuldades em se expressar na língua portuguesa.

Para que a coleta de dados ocorresse de maneira eficaz, a mesma foi aplicada e traduzida pela pesquisadora em questão, respeitando os horários de funcionamento da instituição.

Os dados foram coletados utilizando-se uma entrevista individual que contemplou duas etapas, sendo que a primeira abordou um questionário próprio semiestruturado, baseado na revisão de literatura com perguntas simples referentes a questões sociodemográficas, sexo, idade, escolaridade, estilo de vida, alimentação, atividade física, referindo-se a adesão não farmacológica conforme apêndice C.

Já a segunda parte, refere-se a adesão ao tratamento farmacológico e ocorreu por meio da aplicação do teste de “Morisky” versão MMAS-8 (APENDICE D) o qual é composto por oito perguntas fechadas de caráter dicotômico sim/não. O

valor da Pressão Arterial (PA) foi aferido ao término da entrevista assegurando que o paciente se mantivesse em condições de repouso físico e mental.

A verificação da PA seguiu as normas preconizadas pelas V e VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007; 2016).

O valor da PA foi estipulado através da média de PA de duas aferições, obtidos em momentos distintos: no momento da entrevista e a última aferição encontrada no prontuário eletrônico e ou cadastro de retirada e controle de medicação da farmácia da UBS (CHOBANIAN, 2003; SILVA; SOUZA, 2006).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados, segundo Prodanov e Freitas (2013), tem como objetivo, confirmar ou rejeitar as hipóteses ou os pressupostos da pesquisa, comparando e confrontando os dados coletados.

A análise de dados compreende a etapa pela qual o pesquisador terá condições de responder ao problema de pesquisa de forma clara e estruturada, formulando a conclusão precisa do presente estudo (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Os dados coletados foram transferidos para uma planilha do programa Excel. Esse banco de dados foi enviado para análise estatística. A verificação de inconsistências no banco de dados, assim como todas as análises estatísticas dos dados foram realizadas no programa SPSS versão 20 e no Stata versão 12.0 (*Stata Corporation, College Station, Texas, Estados Unidos*).

Estatística descritiva e bivariada foram utilizadas para caracterizar a população em estudo e verificar os fatores associados à adesão terapêutica. As variáveis categóricas foram descritas por meio de medidas de frequência absoluta (n) e relativa (%), e as variáveis numéricas contínuas foram descritas por meio de medidas de tendência central (média), incluindo os seus respectivos valores de desvio-padrão (DP). Para avaliar a heterogeneidade das proporções foi utilizado o teste Exato de Fisher e para verificar diferença entre médias utilizou-se teste t. Para avaliar a consistência interna do instrumento MMAS-8, utilizou-se o alfa de Cronbach. O nível de significância foi estabelecido em $p \leq 0,05$.

Os resultados foram apresentados através do uso de tabelas.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados serão apresentados e discutidos seguindo a seguinte ordem: caracterização dos portadores de HAS segundo as variáveis sociodemográficas; características relacionadas a adesão ao tratamento não farmacológico e fatores de risco; características relacionadas a adesão ao tratamento farmacológico realizado pela avaliação da escala de Morisky-8 e controle Pressórico.

Na Tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas, comportamentais e de presença de morbidades da amostra total e estratificada segundo a adesão terapêutica. Destaca-se, que apenas as variáveis escolaridade e aposentadoria apresentaram associação limítrofe com a adesão terapêutica. A adesão terapêutica foi maior entre aqueles que possuem ensino médio e recebem aposentadoria.

A amostra final deste estudo inclui um total de 110 portadores de Hipertensão Arterial. A média de idade da amostra investigada foi de 63,9 anos (\pm 12,8), com idade mínima de 32 e máxima de 96 anos, sendo a maioria da amostra composta por indivíduos do sexo feminino (60,9%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas, comportamentais e de presença de morbidades da amostra total e estratificada segundo a adesão terapêutica em indivíduos hipertensos, Vale do Caí, RS, 2017.

Características	Amostra Total (n = 110)	Não aderentes* (n = 62)	Aderentes* (n = 48)
	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo			
Feminino	67 (60,9)	34 (50,8)	33 (49,3)
Masculino	43 (39,1)	28 (65,1)	15 (34,9)
Idade (anos)			
< 60	36 (32,8)	24 (66,7)	12 (33,3)
≥ 60	74 (67,3)	38 (51,4)	36 (48,7)
Situação conjugal			
Sem companheiro	34 (30,9)	18 (52,9)	16 (47,1)
Com companheiro	76 (69,1)	44 (57,9)	32 (42,1)
Escolaridade			
Fundamental completo	100 (90,9)	59 (59,0)	41 (41,0)
Médio completo	10 (9,1)	3 (30,0)	7 (70,0)**

Ocupação			
Remunerado	12 (10,9)	8 (66,7)	4 (33,3)
Agricultor,	19 (17,3)	12 (63,2)	7 (36,8)
Aposentado	69 (62,7)	36 (52,2)	33 (47,8)
Do lar	9 (8,2)	5 (55,6)	4 (44,4)
Desempregado	1 (0,9)	1 (100,0)	0 (0,0)
Recebe aposentadoria			
Sim	80 (72,7)	41 (51,3)	39 (48,8)***
Não	30 (27,3)	21 (70,0)	9 (30,0)

Fonte: elaborada pela autora

* Não aderentes (MMAS-8 < 8 pontos) e aderentes (MMAS-8 = 8 pontos).

** Valor P=0,077 para teste Exato de Fisher de comparação de proporções.

*** Valor P=0,059 para teste Exato de Fisher de comparação de proporções.

MMAS-8: Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 Itens.

Sabe-se que a PA aumenta com o avanço da idade, o que pode justificar o maior predomínio de idosos neste estudo. Em decorrência do envelhecimento ocorre uma redução da flexibilidade e distendibilidade vascular, resultando no aumento do diâmetro e da rigidez da parede dos vasos arteriais (CESARINO et al., 2008).

Essas alterações provocam aumento da resistência vascular periférica, que desencadeia a HAS. Isto se deve, em parte, pelas alterações morfológicas e teciduais relacionadas ao processo normal do envelhecimento (CESARINO et al., 2008).

O maior percentual de mulheres nas pesquisas decorre da sua maior longevidade, pois, dentre outras causas, estas possuem menor exposição a fatores de risco, como tabagismo e etilismo. Além disso, a mulher procura mais o serviço de saúde em relação aos homens o que facilita o diagnóstico da HAS (VICTOR et al., 2009).

A alto percentual de baixa escolaridade encontrada neste estudo, registrado em 90,9% dos hipertensos, onde estes possuíam apenas ensino fundamental, se assemelha com o estudo realizado por Caetano (2008), pois assim como autor descreve em seus registros, os entrevistados relataram que desde cedo precisavam trabalhar para ajudar a família, dificultando a oportunidade aos estudos.

Considerando ainda que 67,3% da amostra é composta por idosos, que vêm de uma época na qual o acesso à educação era precário e por vezes, em algumas localidades, inexistente (CAETANO, 2008).

O baixo grau de escolaridade pode ter influenciado indiretamente na capacidade de compreender o esquema terapêutico, demonstrado neste estudo pela

melhor adesão entre os entrevistados com ensino médio, representando apenas 9,1%.

Nesse sentido, é de fundamental importância que o médico, utilize linguagem clara, de fácil compreensão, esclareça os conceitos básicos quanto a doença, sua etiologia, evolução, consequências, cuidados necessários e principalmente no que diz respeito ao tratamento farmacológico e não farmacológico da HAS (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010).

No que diz respeito à ocupação, a aposentadoria é a ocupação mais frequentemente encontrada nos estudos sobre adesão ao tratamento da HAS (PIERIN. et al., 2011; CAVALARI, 2012). Assim confirmam os achados deste estudo, onde 72,7% dos entrevistados eram aposentados, seguida das outras ocupações como agricultor, atividade remunerada, do lar e desempregado.

Quanto a influência da aposentadoria no controle da PA, Gomes, (2010) explica que há uma melhora da adesão ao tratamento, que pode ser justificada pela maior disponibilidade e dedicação ao tratamento.

Por outro lado os trabalhadores da agricultura, pescadores e comerciários, tem menor adesão devido a ocupação exigir maior carga horária, maior distanciamento do lar e maior desgaste físico e emocional. Fatores estes que podem ter influenciado nos achados deste estudo que relacionaram melhor adesão entre os que relataram receber aposentadoria.

Acerca do estado civil, a condição de casado e ou vive com companheiro, prevaleceu entre os entrevistados, representando 69,1%, seguido por 21% viúvos, sendo os demais solteiros ou divorciados.

Dentre os viúvos houve predomínio das mulheres, o que confirma a maior longevidade do sexo feminino. Outros fatores influenciadores são os sócio culturais, onde podemos observar que as mulheres casam-se com homens mais velhos, tornando-se viúvas em maior frequência que os homens (BARRETO, 2003).

Na Tabela 2 constam as principais características comportamentais relacionadas com a adesão não farmacológica, assim como as características de presença de fatores de risco e morbidades na amostra total e estratificada segundo a adesão terapêutica. Observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre atividade física e adesão terapêutica, sendo esta maior entre aqueles que relatam realizar atividades físicas regularmente.

Tabela 2 - Características comportamentais (adesão não farmacológica) e de presença de fatores de risco e morbidades da amostra total e estratificada segundo a adesão terapêutica em indivíduos hipertensos, Vale do Caí, RS, 2017

Características	Amostra Total (n = 110)	Não aderentes* (n = 62)	Aderentes* (n = 48)
	n (%)	n (%)	n (%)
Tabagismo			
Sim	5 (4,6)	3 (60,0)	2 (40,0)
Não	105 (95,5)	59 (56,2)	46 (43,8)
Consumo de álcool			
Sim	3 (2,7)	2 (66,7)	1 (33,3)
Não	107 (97,3)	60 (56,1)	47 (43,9)
Prática de atividade física			
Sim	9 (8,2)	2 (22,2)	7 (77,8)**
Não	101 (91,8)	60 (59,4)	41 (40,6)
Dieta restritiva de sal			
Sim	32 (29,1)	18 (56,3)	14 (43,8)
Não	78 (70,9)	44 (56,4)	34 (43,6)
Índice de Massa Corporal (IMC)			
Normal	21 (19,1)	9 (42,9)	12 (57,1)
Sobrepeso	42 (38,2)	23 (54,8)	19 (45,2)
Obeso	47 (42,7)	30 (63,8)	17 (36,2)
Presença de Diabetes			
Sim	33 (30,0)	21 (63,6)	12 (36,4)
Não	77 (70,0)	41 (53,3)	36 (46,8)
Presença de Dislipidemia			
Sim	50 (45,5)	25 (50,0)	25 (50,0)
Não	60 (54,5)	37 (61,7)	23 (38,3)
Presença de ICC			
Sim	5 (4,6)	4 (80,0)	1 (20,0)
Não	105 (95,4)	58 (55,2)	47 (44,8)
Presença de DPOC			
Sim	4 (3,6)	3 (75,0)	1 (25,0)
Não	106 (96,4)	59 (55,7)	47 (44,3)

Fonte: elaborada pela autora

* Não aderentes (MMAS-8 < 8 pontos) e aderentes (MMAS-8 = 8 pontos).

** Valor P=0,035 para teste Exato de Fisher de comparação de proporções.

MMAS-8: Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 Itens.

No que diz respeito à prática de atividade/exercício físico, os resultados foram significantes, onde 91,8% dos hipertensos foram classificados como sedentários. Na entrevista (29) 26% relataram praticar algum tipo de exercício físico, porém, seguindo a VII Diretrizes Brasileira de Hipertensão (2016), apenas 8,2% dos participantes se enquadraram nas normas consideradas eficazes na prevenção e no

tratamento não farmacológico da HAS, os quais também se mostraram mais aderentes ao tratamento farmacológico.

Segundo a VII Diretrizes, o indivíduo deve praticar, no mínimo, 30 min/dia de atividade física moderada, de forma contínua (1 x 30 min) ou acumulada (2 x 15 min ou 3 x 10 min) de 5 a 7 dias da semana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O exercício físico, também se apresentou de difícil seguimento em um estudo realizado no Paraná, onde 80,7% dos hipertensos se mostraram sedentários, e assim não aderentes ao tratamento não farmacológica da HAS (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009).

A baixa adesão à prática de atividade física pode estar diretamente ligada à característica da amostra, em maior número aposentados que ainda exercem atividades agrícolas em sua propriedade, cultivando hortas, roças, ordenhando vacas, criando animais (galinhas, porcos, ovelha, vaca entre outros), atividades estas que tomam tempo, exigem cuidados específicos e dedicação dos mesmos.

Outra fator relevante é a localização, moradias no interior, com ruas não pavimentadas, sem transporte coletivo ou público disponível, falta de acesso à locais para a realização de atividades físicas, como academias da saúde e privadas, necessitando deslocar-se para tal. Neste contexto a atividade física mais realizada pela pequena parcela da amostra foi a caminhada, por apresentar maior praticidade para sua execução.

Para Serour et al., (2007) as barreiras principais da falta de adesão à atividade física encontrada em seu estudo, foi a falta de tempo, os verões muito intensos e extensos que dificultavam a realização do exercício físico. O que talvez difere com os achados deste estudo. Por outro lado, a porcentagem de pacientes sedentários 64,4% e que não aderiam a algum regime de dieta 63,5%, se mostrou semelhante aos achados deste estudo.

Em relação aos hábitos e estilos de vida, sabe-se que a adoção de medidas como, restrição da ingestão de bebida alcoólica, abolição do tabagismo, redução do sal e atividade física regular, devem fazer parte da assistência direcionada aos hipertensos pois está intimamente relacionada à melhoria da qualidade de vida e interfere positivamente no controle da HAS (PIERIN, 2011).

Em relação ao tabagismo (5) 4,6% dos entrevistados mantinham esse hábito, e relataram consumir em média de 7 a 20 cigarros por dia. Achado este que vem ao encontro do estudo realizado por Fortes (2011), onde 6% dos hipertensos eram tabagistas.

Outros estudos indicam que o hábito de tabagismo aumenta em 36% a chance de HAS em idosos, assim como também agrava as DCV porque aumenta a aterosclerose (ROMERO et al., 2010).

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, obteve-se resultados insignificantes, onde apenas (3) 2,7% dos entrevistados eram alcólatras, no entanto (26) 23,6% deles referiram ingerir bebidas alcoólicas eventualmente, não sendo considerados nesta pesquisa.

O etilismo é considerado como um fator de risco que contribui para o agravamento da HAS. Altas taxas de álcool no sangue podem aumentar em média 2mmHg no valor da PA, sendo que a redução desse consumo é uma das principais medidas orientadas no tratamento não farmacológico da HAS (ROMERO et al., 2010).

O fato de quase a totalidade dos entrevistados não serem tabagistas e/ou etilistas, mostra que pelo menos nesses aspectos o tratamento não farmacológico da HAS é seguido.

Apenas (32) 29,1% dos hipertensos entrevistados relataram mudanças nos hábitos alimentares, como redução do sal na dieta. Porcentagem esta que contradiz os estudos de Oliveira e Magalhães (2010) onde a porcentagem de adesão à medida não farmacológica de redução do sal da dieta foi de 74%, como também de Girroto et al., (2013) que apresentou uma porcentagem de 84,2% de adesão.

Segundo a VII Diretrizes de Hipertensão (2016) o consumo de sódio na dieta dos brasileiros excede duas vezes o recomendado, havendo predomínio maior na zona rural em relação à urbana. Fator que talvez justifique a baixa adesão da amostra estudada.

Os níveis tensionais estão diretamente ligados ao aumento do peso corporal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016), o que se confirmou com os resultados deste estudo, o qual identificou (42) 38,2% de hipertensos com sobrepeso, (47) 42,7% com obesidade e apenas (21) 19,1% estavam dentro dos padrões normais de índice de massa corporal (IMC).

Em relação à adesão os entrevistados com peso normal se mostraram mais aderentes, 57,1%, já os com sobrepeso e obesidade foram considerados em maior número não aderentes.

Para obter o IMC foi aferido peso (kg) e altura (m), calculando kg/m². Indivíduos com IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m² foram considerados com sobrepeso, e aqueles com IMC >30 kg/m² foram classificados como obesos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990).

Conforme mencionado anteriormente por Costa e Burgos (2017), a obesidade representa um dos principais fatores de risco no desenvolvimento da HAS e suas complicações, o aumento da sua prevalência no Brasil pode também ser afirmada mediante este estudo, onde (89) 80,9% dos hipertensos estudados apresentaram sobrepeso e obesidade.

Semelhante resultado foi encontrado em um estudo de Ribeiro et al., (2015), que objetivou analisar a qualidade de vida de hipertensos em Jequié-BA, e identificou que 44% dos entrevistados estavam com sobrepeso e 31,2% obesidade, evidenciando que 75,2% estavam acima do peso recomendado.

Em relação às doenças associadas, houve o predomínio da dislipidemia, onde (50) 45,5% dos entrevistados estavam em tratamento e tiveram o diagnóstico confirmado em prontuário médico, seguido pelos DM tipo dois que representaram (33) 30%, ICC, (5) 4,6% e DBPOC (4) 3,6%.

Dentre os achados 21 (19%) dos pacientes apresentaram duas morbidades simultaneamente, DM e Dislipidemia, fator este que pode ter contribuído para piora na adesão.

No presente estudo, assim como encontrou Ferreira et al., (2006) a HAS associou-se ao DM e à dislipidemia. Estas três doenças estão entre os principais fatores de risco CV, e conseqüentemente decorrem da maior probabilidade de IAM e AVC, confirmando resultados de estudos conduzidos no Brasil e no mundo.

Segundo estudo realizado por Romero, et al., (2010) a associação da HAS e a DM, também se mostrou elevada, e está apoiada na literatura específica, principalmente quando falamos de idosos, sedentários e obesos. Muitas vezes o diagnóstico da HAS ocorre junto com o da DM, ou pouco tempo após a sua manifestação.

A possibilidade de associação da HAS e do DM é de 50%, o que requer, na maioria dos casos, o cuidado destas num mesmo paciente, considerando que a abordagem de ambas as doenças pode ser justificada pela apresentação dos fatores comuns, como difícil adesão ao tratamento, mudança nos hábitos de vida e participação ativa do paciente (ABREU; MOREIRA, 2004).

Em relação às características de tratamento farmacológico dentre os indivíduos hipertensos, verificou-se que a maioria da amostra utiliza dois medicamentos ao dia (Tabela 3), porém a quantidade de medicamentos utilizados que esteve associada com uma maior adesão ao tratamento foi naqueles que tomam apenas um medicamento por dia (Tabela 3). A maioria da amostra investigada (74,6%) reportou utilizar o medicamento 'Hidroclorotiazida' como diurético (Tabela 3).

Tabela 3 - Características do tratamento farmacológico, de saúde e de controle da hipertensão da amostra total e estratificada segundo a adesão terapêutica em indivíduos hipertensos, Vale do Caí, RS, 2017

Características	Amostra Total	Não aderentes*	Aderentes*
	(n = 110)	(n = 62)	(n = 48)
	n (%)	n (%)	n (%)
(Continua)			
Quantidade de medicamentos ao dia			
Um	17 (15,5)	4 (23,5)	13 (76,5)**
Dois	66 (60,0)	42 (63,6)	24 (36,4)
Três	23 (20,9)	14 (60,9)	9 (39,1)
Quatro ou mais	4 (3,6)	2 (50,0)	2 (50,0)
Diurético utilizado			
Não utiliza	11 (10,0)	4 (36,4)	7 (63,6)
Hidroclorotiazida	82 (74,6)	48 (58,5)	34 (41,5)
Furosemida	11 (10,0)	7 (63,6)	4 (36,4)
Espironolactona	2 (1,8)	0 (0,0)	2 (100,0)
Furosemida + Espironolactona	4 (3,6)	3 (75,0)	1 (25,0)
Betabloqueador utilizado			
Não utiliza	77 (70,0)	46 (59,7)	31 (40,3)
Atenolol	9 (8,2)	4 (44,4)	5 (55,6)
Metoprolol	19 (17,3)	8 (42,1)	11 (57,9)
Propranolol	3 (2,7)	2 (66,7)	1 (33,3)
Carvedilol	2 (1,8)	2 (100,0)	0 (0,0)
Antagonista canais de cálcio utilizado			
Não utiliza	94 (85,5)	52 (55,3)	42 (44,7)
Anlodipino	11 (10,0)	7 (63,6)	4 (36,4)
Nifedipino	2 (1,8)	1 (50,0)	1 (50,0)
Verapamil	3 (2,7)	2 (66,7)	1 (33,3)

IECA utilizado			
Não utiliza	57 (52,3)	30 (52,6)	27 (47,4)
Captopril	16 (14,7)	9 (56,3)	7 (43,8)
Enalapril	36 (33,0)	23 (63,9)	13 (36,1)
AT II utilizado			
Não utiliza	78 (70,9)	43 (55,1)	35 (44,9)
Losartana	32 (29,1)	19 (59,4)	13 (40,6)
Autopercepção de saúde			
Regular/ruim	35 (31,8)	22 (62,9)	13 (37,1)
Boa/muito boa	75 (68,2)	40 (53,3)	35 (46,7)
Frequente serviços de saúde (UBS)			
Sim	96 (87,3)	54 (56,2)	42 (43,8)
Não	14 (12,7)	8 (57,1)	6 (42,9)
Última consulta médica			
Menos de 6 meses	73 (66,4)	39 (53,4)	34 (46,6)
De 6 meses a 1 ano	31 (28,2)	19 (61,3)	12 (38,7)
Mais de 1 ano	6 (5,5)	4 (66,7)	2 (33,3)
Pressão arterial controlada			
Sim	47 (42,7)	27 (57,5)	20 (42,5)
Não	63 (57,3)	35 (55,6)	28 (44,4)

Fonte: elaborada pela autora

* Não aderentes (MMAS-8 < 8 pontos) e aderentes (MMAS-8 = 8 pontos).

** Valor P=0,022 para teste Exato de Fisher de comparação de proporções.

MMAS-8: Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 Itens.

IECA: Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina.

AT II: Antagonista do Receptor da Angiotensina II.

UBS: Unidade Básica de Saúde.

O fato da terapia associada a dois fármacos ter sido a mais utilizada nesta amostra, pode ser explicada por Chobanian (2003) ressaltando que a recomendação inicial do tratamento da HAS deve compreender na maioria dos casos dois fármacos, um dos quais deverá ser um diurético. Sendo este o que reportou maior utilização entre os entrevistados desta amostra.

Embora o uso da dupla terapia foi a que representou piora na adesão neste estudo, poderia estar relacionada ao próprio uso do diurético. Como já mencionado pelos autores Martelli; Longo; Seriani (2008) os diuréticos possuem ação sobre os rins, atuando na taxa do débito e volume urinário e, conseqüentemente, a excreção urinária, que poderia deixar de ser utilizado pois seus efeitos dificultariam a rotina diária e do trabalho. Razão talvez pela qual, os pacientes que neste estudo não utilizavam diuréticos, reportaram-se mais aderentes a terapia prescrita.

A melhor adesão ao tratamento terapêutico esteve entre os pacientes que utilizavam apenas um medicamento ao dia, representando 76,5% de adesão. Resultado também encontrado por Yiannakopoulou et al., (2005) em seu estudo

realizado com 1000 hipertensos de um hospital Grego, que visou analisar a aderência ao tratamento da HAS, obtendo uma melhor adesão entre aqueles que tomaram apenas um comprimido por dia e que nunca mudaram o esquema terapêutico.

Ao contrário dos resultados encontrados neste estudo, Aquino et al. (2017) reportou que a melhor adesão ao tratamento farmacológico predominou nos pacientes que utilizaram menos de 3 comprimidos dia. A classe mais utilizada também refere-se à hidroclorotiazida.

A significativa parcela dos que utilizam o diurético hidroclorotiazida, (82) 74,6%, pode ser justificada, por diversos autores, como Kohlmann Jr. et al., (1999) Brasil (2014) e Perrotti et al. (2007) por este ser o medicamento de primeira escolha no tratamento da HAS e também o mais utilizado, devido sua maior tolerabilidade, fácil associação aos demais anti-hipertensivos.

Pacientes que utilizam medicamentos tendem a aderir menos ao tratamento não farmacológico, pois acreditam que o uso do medicamento é suficiente para se obter o controle da PA. Tal achado representa fator preocupante, tendo em vista que os objetivos do tratamento não farmacológico são, além de reduzir os níveis tensionais, reduzir os fatores de risco CVs (KYNGAS; LAHDENPERA, 1999).

Quanto a auto percepção de saúde, 68,2% da amostra referiu esta condição como boa/muito boa, levando em consideração que esta percepção envolve um amplo espectro de fatores determinantes, como idade, sexo, família, estado conjugal, vida social, educação, emprego, renda, capacidade funcional, condição de saúde, estilo de vida, entre outros.

Nesta mesma direção Borges et al., (2014) identificou em 61,3% da sua amostra uma condição de saúde boa/ótima. Reforçando que presença de problemas físicos, psíquicos, emocionais e sociais, levam a maior fragilidade e insegurança, refletindo de forma negativa na condição de saúde percebida pelos indivíduos.

Outra questão abordada foi o acesso ao serviço de saúde, onde 87,3% dos entrevistados referiram frequentar a UBS e ou participar do grupo de Hiperdia e demais atividades e serviços prestados pela ESF. Assim como também, 66,4% da amostra relatou ter realizado consulta médica a menos de 6 meses. Não houve associação significativa entre a adesão ao tratamento, número de consulta e utilização do serviço de saúde, pois mostraram-se em sua maioria não aderentes a

terapia. No entanto, pode observar uma maior adesão ao tratamento farmacológico entre aqueles que realizaram consulta a menos de 6 meses.

Assim, Dosse (2009) afirma que a presença do paciente no serviço de saúde, no caso na UBS, é fundamental para o controle da HAS, e contribui significativamente para a redução da PA. Além de propiciar melhor monitorização dos níveis pressóricos, oportunizando acesso às informações referentes a sua saúde, e auxilia para o cumprimento das orientações diante do tratamento farmacológico e não farmacológico.

O comparecimento às consultas médicas também pode ser um parâmetro para avaliar a adesão ao tratamento, e auxiliar para uma perfeita adesão ao tratamento, porém assim como neste estudo os achados de Pucci et al., (2012) e Strelec, Pierin, Mion Jr (2003) não se relacionaram com o controle ou não da PA, nem da adesão à terapia.

Apenas 42,7% dos hipertensos apresentaram valores de pressão arterial sob controle (PA controlada) (Tabela 3). Além disso, destaca-se que apenas 42,5% dos indivíduos com PA controlada referiram uma alta adesão ao tratamento farmacológico, enquanto 44,4% dos indivíduos com pressão arterial não controlada foram considerados aderentes (Tabela 3).

A obtenção desses achados indicam que a escala de Morisky-8, embora contenha várias questões relacionadas a comportamentos aderentes e não aderentes, não aborda questões como horário e modo de uso, o que poderia explicar o não controle da PA neste estudo. Ou ainda deve ser investigada a necessidade de readequação nas doses, classes e associações do tratamento farmacológico prescrito.

Foi inesperado que os hipertensos não aderentes, apresentassem melhor controle da PA, abrindo assim lacunas como a possibilidade de efeito do jaleco. Ou ainda em relação aos considerados aderentes a terapia farmacológica se mostrarem com valor de PA não controlada, o que poderia caracterizar uma hipertensão resistente, de difícil controle (BARBOSA et al., 2012).

Outra hipótese pode ser grau de severidade da condição clínica dos pacientes entrevistados, gerando uma maior dificuldade no controle da PA. Não podendo desconsiderar até mesmo a qualidade da farmacoterapia praticada no âmbito do SUS (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012).

Na Tabela 4 são apresentados os valores médios da pressão arterial em relação a adesão terapêutica. Tanto a pressão sistólica quanto a diastólica apresentaram médias menores dentre os hipertensos considerados aderentes quando comparados aos não aderentes, porém essas diferenças não foram estatisticamente significativas. Contudo, destaca-se que a diferença entre as médias da pressão sistólica apresentaram um valor de significância limítrofe ($p=0,086$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Valores médios da Pressão Arterial e seus respectivos desvios-padrão (DP) em relação a adesão terapêutica em indivíduos hipertensos, Vale do Caí, RS, 2017

Características	Amostra Total (n = 110)	Não aderentes* (n = 62)	Aderentes* (n = 48)
Pressão Arterial (mmg/Hg)			
Sistólica (média ± DP)	133,4 ± 18,3	136,0 ± 20,8	130,0 ± 14,0**
Diastólica (média ± DP)	79,5 ± 9,9	80,0 ± 10,9	79,0 ± 8,5

Fonte: elaborada pela autora

* Não aderentes (MMAS-8 < 8 pontos) e aderentes (MMAS-8 = 8 pontos).

** Valor $P=0,086$ para teste teste t de comparação de médias.

MMAS-8: Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 Itens.

Segundo a VII Diretrizes Brasileira de Hipertensão (2016) e Caderno de Atenção Básica nº 37 (2014), as metas pressóricas preconizadas variam de acordo com a classificação da HAS e suas particularidades, sendo elas mais conservadoras para idosos, pacientes com alto risco CV, lesões de órgão alvo, doenças associadas, incluindo os diabéticos. Desta forma, as metas de PA $\leq 140/90$ mmHg mostram benefícios na redução de risco de mortalidade CV, e as metas $\leq 130/80$ mmHg são seguras e agregam maior proteção também para o AVE.

Este estudo no entanto optou por recomendar metas pressóricas \leq a 130/80 mmHg como controle da PA no tratamento da HAS.

Mediante a confiabilidade dos resultados encontrados à cerca dos valores médios da PA é relevante lembrar que os valores obtidos podem não ser exatamente aquele determinado para cada paciente, atribuindo a alguns elementos que interferem no momento da aferição, como ao ambiente, ao paciente ao equipamento e ao observador propriamente dito (OLIVA; BIANCOLINO, 2014).

A tabela 5 mostra a prevalência de adesão terapêutica que foi de 43,6% (IC95%: 34,2 - 53,0), considerando-se aderentes aqueles indivíduos com pontuação igual a oito pontos na escala (MMAS-8 = 8) alta adesão). Entre os hipertensos

considerados não aderentes, 19,1% apresentaram adesão média (MMAS-8 = 6-7 pontos) e 37,3% baixa adesão terapêutica (MMAS-8 < 6 pontos). Destaca-se, que a escala de adesão terapêutica utilizada neste estudo (MMAS-8) apresentou confiabilidade adequada (alfa de Cronbach = 0,70).

Tabela 5 - Proporção do nível de adesão conforme o controle da PA e valores médios da PA e seus respectivos desvios-padrão (DP) em relação a adesão terapêutica em indivíduos hipertensos, Vale do Caí, RS, 2017

Características	Controle da Pressão Arterial*		Valores médios da Pressão Arterial	
	Não (%)	Sim (%)	Sistólica (mmg/Hg)** (média ± DP)	Diastólica (mmg/Hg)*** (média ± DP)
Baixa adesão (< 6)	63,4	36,6	138,8 ± 22,7	81,7 ± 11,1
Média adesão (6 a 7)	42,9	57,1	130,7 ± 15,7	76,4 ± 9,9
Alta adesão (8)	58,3	41,7	130,0 ± 14,0	79,0 ± 8,5

Fonte: elaborada pela autora

* Controle da pressão arterial: PA sistólica ≤130 mmHg, PA diastólica ≤ 80 mmHg

** Valor P=0,058 para teste ANOVA de comparação de médias

*** Valor P=0,122 para teste ANOVA de comparação de médias

MMAS-8: Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 Itens.

Semelhante características da amostra e dos resultados, foi encontrado por Aquino et al. (2017) onde a prevalência de adesão a terapia farmacológica por meio do teste de Morisky foi de 47%, sua amostra compreendeu maior número de idosos, prevaleceu o sexo feminino, e baixa escolaridade.

Valores mais significativos foram encontrados por Oliveira-Filho et al., (2012) onde o teste de Morisky-8 apresentou taxa de alta adesão terapêutica de 19,7%. Entre os pacientes considerados não aderentes, 33,2% apresentaram adesão média, e 47,1%, baixa adesão terapêutica. Os pacientes que atingiram valores máximos na MMAS-8, ou seja, dentre os aderentes, revelaram-se mais propensos a ter a PA sob controle do que aqueles que atingiram valores médios ou baixos de adesão. Apenas 34,1% dos pacientes apresentaram valores de pressão arterial sob controle.

Resultado ainda mais inferior foi encontrado em um estudo realizado em São Paulo, que evidenciou através da escala de Morisky uma adesão terapêutica de apenas 13,2% da amostra (DOSSE et al., 2009).

A adesão ao tratamento da HAS é fator primordial para o controle adequado da PA, entretanto, é difícil detectá-la e, sobretudo, quantificá-la. Foram identificadas

algumas limitações importantes na realização desta pesquisa, o período de coleta foi insuficiente para atingir 100% dos hipertensos cadastrados, a duração da entrevista tomou mais tempo que o esperado, por ser esta individual e na maioria das vezes traduzida pela pesquisadora, a dificuldade na interpretação das perguntas relacionadas ao teste de Morisky-8 foi expressiva, necessitando repetir e elucidar as perguntas em questão.

Optou-se especificamente nesta pesquisa pelo Teste de Morisky-8, como instrumento para avaliar a adesão ao tratamento da HAS, por apresentar baixo custo e maior confiabilidade. Foi inesperado porém que os hipertensos, embora com baixa adesão, tivessem melhor controle dos níveis da PA. Reforçando assim como já mencionado uma maior investigação a respeito destes resultados, ressaltando que não houve associação entre o controle da PA e a boa adesão.

O esquecimento no uso dos medicamentos, assim como reportado neste estudo, foi também apontado por Carvalho (2012) como a principal causa para não adesão, segundo Morisky-8 sendo este comportamento involuntário, sendo assim de fácil resolução.

Para tanto cabe aos profissionais da saúde, em especial, os enfermeiros maior envolvimento na educação em saúde e conscientização dos hipertensos em relação à sua doença e ao tratamento farmacológico e não farmacológico com propósito de uma melhor adesão e controle da PA (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012).

5 CONCLUSÃO

O presente estudo mostra o grande desafio do controle da HAS, em particular pela baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. A HAS é o principal fator de risco para as complicações cardiovasculares.

A evolução silenciosa, idiopática e assintomática da HAS influencia no diagnóstico, como também o abandono ou a não adesão ao tratamento. A não adesão à terapia é o principal fator para a falta de controle da PA.

As ações terapêuticas não farmacológicas apresentam dificuldades na comprovação de sua efetividade real e principalmente em sua adesão, tornando os fármacos a forma preferencial de tratamento.

De acordo com os resultados deste estudo, entende-se que há necessidade de organizar o atendimento a essa população, no sentido de fortalecer a importância da adesão e de mudanças no estilo de vida.

Os possíveis fatores que poderiam melhorar o controle da HAS é a participação ativa do paciente ao tratamento, simplificação do esquema terapêutico, ações educativas e efetivo relacionamento paciente e equipe multidisciplinar.

Consideram-se que as prováveis causas da falta de adesão foram às relacionadas ao paciente, à doença e ao tratamento. Levando-se em conta todos esses fatores, intimamente relacionados, é de fundamental importância a implementação de estratégias diversas, individuais e coletivas, a fim de melhorar a qualidade da atenção em saúde e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos.

A baixa escolaridade encontrada neste estudo influenciou na adesão ao tratamento, evidenciada pelos relatos e entendimento do paciente em relação a própria doença e seu devido tratamento.

Espera-se que o presente estudo contribua de alguma forma para buscar alternativas para aumentar a adesão do paciente. Acredita-se que a educação da população portadora de HAS seja o melhor caminho para o alcance desses objetivos.

Portanto o paciente não deve ser considerado apenas como um hipertenso, pronto para receber e aderir automaticamente o seu tratamento, é preciso compreender suas dificuldades, respeitar suas crenças, costumes e percepções,

não apenas a respeito da doença, mas também do medicamento que ingere e passa a fazer parte de sua vida.

Considerando-se que a não adesão é uma das principais causas da PA não controlada, e o uso de escalas de auto relato como o Morisky-8 é uma medida simples e de baixo custo que pode auxiliar no atendimento aos pacientes com hipertensão.

Assim conclui-se, que as características sociodemográficas encontradas assemelham-se com a maioria dos estudos sobre a HAS. A não adesão foi encontrada tanto no tratamento farmacológico como também no não farmacológico, o descontrole pressórico, prevaleceu relacionando-se com a piora na adesão terapêutica desta amostra.

Portanto este estudo vem ao encontro de proporcionar subsídios para intervenções sobre a assistência aos pacientes com HAS, com a finalidade de aumentar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico em prol da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ABEGAZ, T. M., Não adesão a fármacos anti-hipertensivos: Revisão sistemática e meta-análise. **Medicine**, 96 (4), e5641. 2017. Disponível em: <[Http://doi.org/10.1097/MD.0000000000005641](http://doi.org/10.1097/MD.0000000000005641)>. Acesso em: 20 mar. 2017.
- ABREU, R. N. D. C.; MOREIRA, T. M. M. Pós-graduação em enfermagem no Brasil: análise das dissertações e teses sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus de 1972 a 2004.
- AMODEO, C.; NOBRE, F. **Hipertensão**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- AQUINO, G. de A. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 111-122, Fev. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000100111&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Out. 2017.
- ARAÚJO-GIRÃO et al. A interação no ensino clínico de enfermagem: reflexos no cuidado à pessoa com hipertensão arterial. **Revista de Salud Pública** 17.1, 2015.
- ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. v. 108 nº. 2, fevereiro, 2017.
- 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.** 2009.
- BAPTISTA, G. L. **Fundamentos e Técnicas de Enfermagem**. 4 ed. Novo Hamburgo: Editora Feevale, 2017.
- BARBOSA, R. G. B. et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 99, n. 1, p. 636-41, 2012.
- BARRETO, K. M. L. et al. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Materno Infantil**. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000300013&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em 28 de Set. 2017.
- BORGES, A. M. et al. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 79-86, 2014.
- BRANDÃO, C.; AMODEO, C.; NOBRE, F.. **Hipertensão**. 2 ed.- RJ, 2012.

BRASIL, Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoafederal.pdf>. Acesso em: 08 maio 2017.

_____. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 06 maio 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 de setembro, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm Acesso em: 02 de mai. 2017

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. **Código Civil**. Planalto. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 08 mai. 2017.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. **Código Civil**. Planalto. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 08 mai. 2017.

_____. Ministério da saúde secretaria de políticas de saúde. **Portaria conjunta nº. 112**. 19 de junho, 2002. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_farm_b/SE_SPS_PC112_prog_farm_b.doc>. Acesso em: 14 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 abri. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 371 de 04 de março de 2002**. Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html>. Acesso em: 23 abri. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde e SUS: Atenção Básica.** DAB. HIPERDIA. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 27 abril. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes nacionais de implantação da estratégia e-SUS AB.** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica.** n. 37 – Brasília: Ministério da Saúde, 2014 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde (Série F. Comunicação e Educação em Saúde), 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)** - Brasília, 2001.

_____. Portal da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica.** 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

_____. **Portaria INMETRO/MDIC nº. 24 de 22/02/1996.** Disponível em: <<http://www.inmetro.rs.gov.br/esfigmomanometro.html>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

_____. **Portaria INMETRO/MDIC nº. 96 de 20/03/2008.** Disponível em: <<http://www.inmetro.rs.gov.br/esfigmomanometro.html>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

_____. **Portaria nº. 648 de 28 de março de 2006.** Política Nacional da Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf> Acesso em: 05 mai. 2017

CAETANO, J. A. et al. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 327-335, Junho, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 Out. 2017.

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

CAVALARI, E. et al. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. **Revista de Enfermagem da UERJ.** 2012.

CESARINO, C. B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo , v. 91, n. 1, p. 31-35, jul. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2017.

CHOBANIAN, A. V. (Org.). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. **Journal American Medicine Association**, Chicago, v. 289, n. 19, p. 2560-2572, 2003.

COSTA, W. da; BURGOS, P. Obesidade e dificuldade do controle pressórico. In: PÓVOA, R. (Org.) et al. **Hipertensão resistente na prática clínica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

COSTA, Y. F. et al. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. **O Mundo da Saúde**. 2014.

DATASUS. Portal da Saúde. **HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 08 abril 2017.

DE BRITO, G. M. G. et al. Fatores de risco para hipertensão arterial entre motoristas de ônibus. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 2, 2016.

DE SOUZA, R. F; ABRAHÃO, A. L. reflexão sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família (esf). **Revista Labor**. v. 1, n. 3, p. 82-95, 2017.

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

DOSSE, C. et al. Factors associated to patients' noncompliance with hypertension treatment. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto , v. 17, n. 2, p. 201-206, Apr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Out. 2017.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para iniciantes**. São Caetano do sul, São Paulo: Difusão, 2007.

FEITOSA, A.; MOURA, F. Dietas e controle pressórico. In: PÓVOA, R. (Org.) et al. **Hipertensão resistente na prática clínica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

FERREIRA, S. R. G. et al. Freqüência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 98-106, Nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Out. 2017.

FONSECA, F. A. H.; IZAR, M. C. de O. Aspectos inflamatórios da hipertensão resistente. In: PÓVOA, R. (Org.) et al. **Hipertensão resistente na prática clínica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

FORTES, A. et al. Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 15(2): 251-260, 2011. Acesso em 9 de novembro de 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127719099006>

FUCKS, S. C. Fatores de risco para hipertensão arterial. In: ARAUJO, A.; AMODEO, C.; NOBRE, F. **Hipertensão**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo, Atlas S. A, 2010.

GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2013.

GOMES, T. J. O.; SILVA, M. V. R.; SANTOS, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Bras Hipertens**. 2010. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/03-controle.pdf>>. Acesso em: 06 de outubro 2017.

GUIMARÃES, A. C. et al. III Congresso de Hipertensão Arterial, **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 43, nº 45 São Paulo, 1999.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação** [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em 09 abril 2016.

III Diretrizes para o uso da monitorização ambulatorial da pressão arterial. I Diretrizes para o uso da monitorização residencial da pressão arterial. **Rev Bras Hipertensão**, 2001.

INMETRO. Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia. Disponível em: <<http://www.inmetro.gov.br/consumidor/produtos/esfigmo2.asp>>. Acesso em 09 de setembro 20017.

JÚNIOR, J. E. M. et al. Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. **Northeast Network Nursing Journal**. 12, 2016.

KOHLMANN JR. et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq. Brás. Endocrinol Metab.**, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 257-286, Ago. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mai. 2017.

KYNGÄS, H.; LAHDENPERÄ, T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. **Journal of Advanced Nursing**. v.29, n.4, p.832–839, 1999.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 11, p. 4415-4423, Nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio 2017.

MACHADO, C. A.; KAYUNAMA, E. Estratégias para implementar medidas de prevenção primária da hipertensão. **Rev. Bras Hipertensão**. V. 17, n.2, p.111-116, 2010. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-2/12-estrategias.pdf>>. Acesso em: 15 abril 2017.

MARTELLI, A.; LONGO, M. A. T.; SERIANI, C. Aspectos clínicos e mecanismo de ações das principais classes farmacológicas usadas no tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Estud Biol**, Campinas-SP, v. 30, jan/dez, 2008.

MASCARENHAS, C. H. M.. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do bairro Joaquim Romão-Jequié/BA. **Saúde**. com 2.1, 2016.

MENDONÇA, L. T.; MICHELINE, M. M.; 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, jun, 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S2176-62232010000200014&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 abr. 2017.

MION JR., D.; ORTEGA, K. C. Medida casual ou de consultório da pressão arterial. In: ARAUJO, A.; AMODEO, C.; NOBRE, F. **Hipertensão**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MODOLO, R.; MORENO JÚNIOR, H.. A não adesão como causa do não controle pressórico. In: PÓVOA, R. (Org.) et al. **Hipertensão resistente na prática clínica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

MORISKY, D. E. et al. Validade Preditiva de uma Medida de Adesão de Medicação em Ambulatório. **The Journal of Clinical Hypertension**, 10: 348-354, 2008.

MUNGER, M.A.; VAN TASSELL, B.W.; LAFLEUR, J. Não adesão à medicação: um fator de risco cardiovascular não reconhecido. **Medscape Medicina Geral**. 2007; 9 (3): 58.). Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2100116/>> Acesso em: 01 mai. 2017.

NOBRE, M. JR.. Cinco décadas de MAPA. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2016nahead/pt_0066-782X-abc-20160065.pdf>. Acesso em: 28 de abril 2017.

NOBRE; F., PERIN; Â.; MION JR., D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

OLIVA M. da P. M.; BIANCOLINO, C. A. O impacto da inobservância da padronização da medida da pressão arterial segundo a AHA como evento adverso para o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial. **Anais do III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade - SINGEP**. São Paulo, SP, 2014.

OLIVEIRA, C. J. de; MAGALHÃES, T. M. M. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027969007>>. Acesso em: 13 de Out. 2017.

OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 179-184, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio 2017.

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. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 99, n. 1, p. 649-658, Jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001000011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2017.

PEPE, V. L. E. et al. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 815-22, 2000.

PERROTTI, T. C. et al. Tratamento farmacológico da hipertensão no idoso. **Revista Brasileira Hipertensão**. 2007.

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. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1 p. 1389-1400, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700074&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 8 Out. 2017.

PORTAL DA SAÚDE. **Hipertensão arterial e diabetes**. 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/814-sas-raiz/daet-raiz/doencas-cronica/l1-doencas-cronica/22067-hipertensao-arterial-e-diabetes>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**, 5 ed.: Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005.

PÓVOA, R. CARNEIRO, S. B. Uso de drogas que elevam a pressão arterial: abordagem prática. In: PÓVOA et al. **Hipertensão Resistente Na Prática Clínica**- 1. ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

PRODANOV, C. C; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <<https://www.feevale.br/cultura/editora-feevale/metodologia-do-trabalho-cientifico---2-edicao>>. Acesso em: 08 mai. 2017.

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. 322-9, 2012.

ROMERO, A. D. et al. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade de saúde da família. **Rev Rene**. 2010.

SANTOS, R. et al. Qualidade de Vida de hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341748012>>. Acesso em: 14 de Out. 2017.

SEROUR, M. et al. Cultural factors and patients' adherence to lifestyle measures. **The British Journal of General Practice**. 2007. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2043336/>>. Acesso em: 10 de outubro 2017.

SILVA, J. L. L. da; SOUZA, S. L. de. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 3, 2006.

SOARES, I. L. L. et al. Pacientes hipertensos e diabéticos tipo 2: fisiopatologia das comorbidades, adesão ao tratamento e complicações. **Anais da jic-jornada de iniciação científica e tecnológica**, v. 6, n. 1, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes Brasileiras de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2011.

_____. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2010.

_____. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 3, p. e24-e79, Sept. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 de Set. 2017.

_____. VII Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. V, 107 nº 3, supl. 3, setembro 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **O que é hipertensão**. 2017. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>> . Acesso em: 15 mai. 2017.

SOUZA, J. M. E. de et al. Atenção farmacêutica a hipertensos e diabéticos na Farmácia Escola UCDB. **Multitemas** 32, 2016.

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G; MION JÚNIOR, D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 81, n. 4, p. 343-54, 2003.

STURMER, G. et al. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 8, p. 1727-1737, Ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de abril 2017.

UNASUS. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. Modulo Político Gestor. 2017. Disponível em: </1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esfpdf>. Acesso em: 10 abri. 2017.

VICTOR, J. F. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 22, n. 1, p. 49-54, Fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Oct. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases**. WHO Technical Report Series 916. Geneva: World Health Organization, 2003.

_____. **Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases**. WHO Technical Report Series 797. Geneva: World Health Organization; 1990.

YIANNAKOPOULOU, E. C. et al. Adherence to treatment antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. **Eur J Cardiovasc Prev Rehabil**. 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Compromisso para Utilização de Dados (TCUD)

ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO DOS
HIPERTENSOS DE UM MUNICÍPIO DO VALE DO CAÍ – RS

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes da pesquisa, cujos dados serão coletados em prontuários e por meio de uma entrevista que será realizada em uma Unidade Básica de Saúde de um município do Vale do Caí – RS. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. Comprometem-se, igualmente, a fazer divulgação dessas informações coletadas somente de forma anônima.

Novo Hamburgo, _____ de _____ de 20____.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Juliana Loff	
Andreia Orjana Ribeiro Coutinho	

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar do TCC de graduação intitulado: Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico dos hipertensos de um município do Vale do Caí/RS. O trabalho será realizado pela acadêmica Juliana Loff do curso de Enfermagem da Universidade FEEVALE, orientado pelo pesquisador responsável, professora Andreia Orjana Ribeiro Coutinho. O objetivo deste estudo é avaliar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico dos hipertensos de um município do Vale do Caí.

Sua participação nesta pesquisa será voluntária e consistirá em uma entrevista individual, que ocorrerá em duas etapas. A primeira abordará um questionário semiestruturado referente a questões sociodemográfico, referindo-se à adesão não farmacológica. Já a segunda parte, refere-se a adesão farmacológica, por meio da aplicação do teste de Morisky versão MMAS-8 o qual é composto por 8 perguntas fechadas de caráter dicotômico sim/não. Ao término da entrevista será aferido o valor da Pressão Arterial (PA), para comparação entre o valor obtido na aferição da PA X adesão ao tratamento.

Não haverá riscos relacionados à sua participação na pesquisa. Haverá, por parte da pesquisadora, o devido cuidado ético com os participantes da pesquisa.

A sua participação nesta pesquisa contribuirá para apontar a adesão terapêutica dos hipertensos de uma determinada área, podendo promover melhora da qualidade de vida da população pesquisada.

Garante-se o sigilo de seus dados de identificação primando pela privacidade e por seu anonimato. Manterá-se em arquivo sob nossa guarda por 5 anos, todos os dados e documentos da pesquisa. Após transcorrido esse período, os mesmos serão destruídos. Você tem a liberdade de optar pela participação na pesquisa e retirar o consentimento a qualquer momento, sem a necessidade de comunicar-se com a pesquisadora.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será rubricado em todas as folhas e assinado em duas vias, permanecendo uma com você e a outra deverá retornar ao pesquisador. A seguir, você tem acesso ao telefone e endereço eletrônico institucional do pesquisador responsável, podendo esclarecer suas dúvidas sobre o projeto a qualquer momento no decorrer da pesquisa.

Nome do pesquisador responsável: Andreia Orjana Ribeiro Coutinho

Telefone institucional do pesquisador responsável: 51 3586 8800

E-mail institucional do pesquisador responsável: andreiar@feevale.br

Assinatura do pesquisador responsável

Local e data: _____, _____ de _____ 20____.

Declaro que li o TCLE: concordo com o que me foi exposto e aceito participar da pesquisa proposta.

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE C – Formulário para Coleta de Dados

1. IDENTIFICAÇÃO

Data da entrevista: ___/___/___

Gênero: () MASCULINO () FEMININO

IDADE: _____

2. DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS**2.1 QUAL O SEU ESTADO CIVIL?**

- () Solteiro(a)
() Casado(a)
() Separado(a)/Divorciado(a)
() Viúvo(a)

2.2 QUANTOS ANOS O SR(A) ESTUDOU? _____

- () Ensino fundamental
() Ensino médio
() Ensino superior
() Analfabeto

3. OCUPAÇÃO

- () Atividade renumerada
() Agricultor(a)
() Aposentado(a)
() Do lar
() Pensionista
() outros

4. SAÚDE E ESTILO DE VIDA

4.1 PESO: _____ Kg ESTATURA: _____ Cm IMC: _____

4.2 O (a) Sr (a) FUMA?

- () Sim
() Não

SE A RESPOSTA FOR SIM QUANTOS CIGARROS DIA: _____

4.3 COSTUMA INGERIR BEBIDAS ALCOÓLICAS?

() Sim

() Não

SE A RESPOSTA FOR SIM, COM QUE FREQUÊNCIA: _____

4.4 FAZ ATIVIDADE FÍSICA?

() Sim

() Não

SE A RESPOSTA FOR SIM, QUAL A ATIVIDADE: _____

QUAL A FREQUÊNCIA: _____

TEMPO DE DURAÇÃO: _____

4.5 FAZ ALGUMA DIETA OU TOMA ALGUM CUIDADO COM A ALIMENTAÇÃO? (Pode marcar 1 ou mais alternativas.)

() Sim

() Não

SE A RESPOSTA FOR SIM QUAL? (Pode marcar 1 ou mais alternativas)

() Dieta Hipocalórica;

() Restrição de sal;

() Restrição de açúcar;

() Restrição gorduras;

4.6 QUAL A QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS QUE VOCÊ UTILIZA POR DIA PARA TRATAMENTO DA HAS?

() Um

() Dois

() Três

() Quatro ou mais

4.7 QUAL(S) CLASSE MEDICAMENTOS VOCÊ UTILIZA?**DIURÉTICOS:**

() Hidroclorotiazida

() Furosemida

() Espironolactona

BETABLOQUEADORES:

- () Atenolol
- () Metoprolol
- () Propranolol
- () Carvedilol

ANTAGONISTAS DOS CANAIS DE CÁLCIO:

- () Anlodipino
- () Nifedipino
- () Verapamil

INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA (ECA):

- () Captopril
- () Enalapril

ANTAGONISTA DO RECEPTOR DA ANGIOTENSINA II (AT)

- () Losartana

4.7 COMO VOCÊ CONSIDERA QUE ESTÁ SUA SAÚDE (autopercepção)?

- () Muito boa
- () Boa
- () Regular
- () Ruim
- () Muito ruim

5. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**5.1 FAZ CONTROLE PRESSÓRICO?**

- () Sim
- () Não

5.2 FREQUENTA O POSTO DE SAÚDE PARA SABER COMO ESTÁ SUA SAÚDE?

- () Sim
- () Não

5.3 QUANDO FOI SUA ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA?

- () Há menos de 6 meses () De 6 meses a 1 ano () Há mais de 1 ano () Não lembra

5.4 DOENÇAS ASSOCIADAS? SE SIM QUAL?

APÊNDICE D – Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 Itens – (MMAS-8)

- 1) Você, às vezes, esquece de tomar os seus remédios para pressão?
 Sim Não

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

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

- 4) Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?
 Sim Não

- 5) Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?
 Sim Não

- 6) Quando sente que sua pressão está controlada, você por vezes para de tomar seus medicamentos?
 Sim Não

- 7) Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?
 Sim Não

8) Com que frequência você tem dificuldades para lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão alta?

- Nunca Quase nunca Às vezes
 Frequentemente Sempre