

Perfil de adesão de pacientes hipertensos atendidos em unidade básica de saúde no município de Imperatriz, Maranhão

Adherence profile of hypertensive patients assisted in basic health unit in Imperatriz, Maranhão

Bruna Cristina Cutrim Cardoso¹
brunacutrim@gmail.com

Guilherme Martins Gomes Fontoura^{*2}
guilherme.fontoura@discente.ufma.br

Aloiso Sampaio Souza²
aloisofilho@hotmail.com

Leonardo Hunaldo dos Santos¹
leonardo.hunaldo@ufma.br

Aramys Silva Reis¹
aramys.reis@ufma.br

Luecyia Alves de Carvalho Silva¹
luecyia.carvalho@ufma.br

**Autor correspondente*

¹Universidade Federal do Maranhão- UFMA,
Imperatriz- MA, Brasil.

²Afya Faculdades de Ciências Médicas, Bragança-
PA, Brasil.

Revista Científica do ITPAC,
v. 16, n. 1, 2023.
ISSN: 1983-6708

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por o maior número de mortes, hospitalizações e atendimentos ambulatoriais em todo o mundo, e ainda mais grave em países em desenvolvimento como o Brasil (NAGHAVI et al., 2017). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos fatores de risco modificáveis mais importantes para DCV e um dos maiores contribuintes para a morbidade e mortalidade em todo o mundo (BROUWERS et al., 2021).

A HAS é uma doença crônica não transmissível (DCNT), de caráter clínico multifatorial, definida pelo aumento sustentado da pressão arterial (PA), em que a pressão sistólica se apresenta ≥ 140 mmHg e a diastólica ≥ 90 mmHg, sendo aferida em pelo menos duas ocasiões diferentes, sem o uso de medicação anti-hipertensiva (BARROSO et al., 2021). Analisando informações da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, verificou-se que prevalência de HAS autorrelatada por adultos no Brasil foi de 21,4%, enquanto, considerando as medidas alteradas de PA e uso de medicação anti-hipertensiva, esse percentual aumentou para 32,3% (MALTA et al., 2018).

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil de adesão do paciente hipertenso atendido na Unidade Básica de Saúde Milton Lopes, município de Imperatriz, Maranhão. Realizou-se um estudo transversal com 227 pacientes através de entrevistas que avaliaram o perfil sociodemográfico, a adesão medicamentosa através do questionário de Morisky Green, hábitos de vida relacionados ao controle dos níveis pressóricos e conhecimento acerca da patologia. Prevaleceram entre o perfil sociodemográfico: mulheres, com idade maior que 60 anos, pardos, casados, ensino fundamental incompleto, aposentados e com renda entre 1 e 2 salários mínimos. Quanto a adesão do tratamento farmacológico, 46,7% dos entrevistados apresentaram alta adesão, 45,8% média adesão e 7,5% baixa adesão. Sobre o conhecimento, evidenciou-se que 59,9% apresentaram conhecimento satisfatório, com associação às variáveis sociodemográficas 'escolaridade' e 'estado civil'. Já o grau de adesão encontrou relação com a 'idade', 'renda', 'ocupação' e também com o nível de conhecimento. Ademais, observou-se que pacientes adeptos ao tratamento farmacológico também demonstraram maior autocuidado, a partir da adoção de medidas saudáveis recomendadas para o controle da hipertensão arterial.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica; adesão à medicação; serviços preventivos de saúde; atenção primária à saúde.

Abstract

This study aimed to evaluate the adherence profile of hypertensive patients treated at the Unidade Básica de Saúde Milton Lopes, in the city of Imperatriz, Maranhão. A cross-sectional study was carried out with 227 patients through interviews that evaluated the sociodemographic profile, medication adherence through the Morisky Green questionnaire, lifestyle habits related to blood pressure control and knowledge about the pathology. Prevailed among the sociodemographic profile: women, aged over 60 years, brown, married, incomplete elementary school, retired and with income between 1 and 2 minimum wages. As for adherence to pharmacological treatment, 46.7% of respondents had high adherence, 45.8% had medium adherence and 7.5% had low adherence. Regarding knowledge, it was evidenced that 59.9% had satisfactory knowledge, associated with the sociodemographic variables: 'education' and 'marital status'. The degree of adherence found a relationship with 'age', 'income', 'occupation' and also with the level of knowledge. Furthermore, it was observed that patients who adhered to pharmacological treatment also demonstrated greater self-care, based on the adoption of healthy measures recommended for the control of arterial hypertension.

Keywords: Systemic arterial hypertension; medication adherence; preventive health services; primary health care.

A crescente prevalência e carga global da hipertensão, juntamente com a conscientização sobre tratamento e controle insuficientes, levaram a colaboração de autoridades e organizações de saúde para reduzir as consequências negativas desse agravo. O desenvolvimento e implementação de estratégias que atuam em diferentes níveis de gestão, direcionadas ao paciente, bem como a toda a população, parece ser a melhor abordagem para o controle da doença (OLSEN et al., 2016).

No Brasil, o controle da doença é considerado um desafio e vem sendo priorizado pela Estratégia da Saúde da Família (ESF). Este controle está voltado e estreitamente associado ao sucesso da terapia anti-hipertensiva, que apesar de encontrar-se disponível na rede pública, apresentar eficácia na redução dos valores pressóricos e na redução da morbidade e mortalidade, ainda enfrenta dificuldades para adesão dos pacientes hipertensos (BARROSO et al., 2021)

Ao se falar em adesão à terapêutica, considera-se o cumprimento das medidas de tratamento recomendadas, medicamentosas ou não, com o objetivo de controlar os níveis pressóricos. É considerado um fenômeno comportamental complexo, fortemente influenciado por diversas dimensões,

externas ao paciente (meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica), ou intrínsecos a este (comportamento, sentimentos, posicionamentos e crenças) (GEWEHR et al., 2018).

Acredita-se também que um dos fatores associados à dificuldade no processo de adesão ao tratamento da HAS é a manifestação inicial da doença, que apresenta caráter insidioso, assintomático, evolução lenta e cronicidade, o que gera uma falsa percepção de que a doença não requer cuidados. Assim, os portadores não sentem necessidade de alterar suas rotinas, tanto em relação ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar, até que surjam as primeiras complicações provocadas pela doença (PIERIN et al., 2011).

Ainda nesse sentido, o conhecimento do indivíduo sobre sua patologia é também pode ser reportado fator decisivo para que haja envolvimento com a terapia, estando associado ao aumento da adesão a medicação e por consequência, ao melhor controle da PA (DE SÁ et al., 2021).

A falta de adesão continua apresentando um problema para profissionais e pesquisadores que buscam melhores informações para entender a adesão à medicação entre pacientes com HAS. Neste sentido, é necessário identificar os problemas associados à não adesão e sugerir melhorias.

Neste contexto, o objetivo deste trabalho é avaliar o perfil de adesão de pacientes hipertensos atendidos na unidade básica de saúde Milton Lopes no Município de Imperatriz, estado do Maranhão, evidenciando e relacionando variáveis sociodemográficas, grau de adesão terapêutico, hábitos de vida relacionados a terapêutica complementar e o conhecimento acerca de sua patologia.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, quanti-qualitativo e de corte transversal, realizado na Unidade Básica de Saúde Milton Lopes, município de Imperatriz, estado do Maranhão. Foram estudados 227 pacientes hipertensos. O cálculo da amostra foi realizado no software G*Power 3.1 (FAUL et al., 2007), utilizando uma análise de Qui-quadrado. O poder foi fixado em 0,95 ou 95% e nível de significância, (α) foi mantido em 0,05 ou 5%.

Os pacientes foram escolhidos de forma aleatória, através de dados disponibilizados na própria unidade de atendimento, em que se obteve nome e endereço para realização de visitas domiciliares e aplicação de questionários. Foram realizados o total de 293 visitas, porém 23 não estavam, 26 não aceitaram participar e 14 haviam falecido. Foram excluídos do delineamento da amostra pacientes menores de 18 anos, os com dificuldades cognitivas que comprometessem o entendimento do estudo e os que não aceitaram participar com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este estudo respeitou os aspectos éticos de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que institui as normas de pesquisa em saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, sob o parecer nº 3.178.348 (CAAE: 04276818.1.0000.5087).

Os dados foram obtidos através das aplicações de questionários que avaliaram o (i) perfil biosociodemográfico, (ii) adesão ao tratamento farmacológico, (iii) hábitos

adjuvantes ao tratamento medicamentoso e o (iv) grau de conhecimento do paciente sobre a HAS.

As variáveis sociodemográficas independentes avaliadas foram: sexo, idade, etnia (auto referida), estado civil, escolaridade, renda familiar (em salários mínimos) e profissão.

Avaliação da adesão medicamentosa foi realizada através do questionário de Morisky Green (QMG) (MORISKY et al., 2008). Trata-se de um questionário validado para avaliar a adesão do tratamento medicamentoso através de 4 perguntas fechadas. A cada resposta "sim" atribui-se a pontuação (0), e a cada resposta "não" atribui-se a pontuação (1). A avaliação da escala é classificada em níveis de adesão: alta adesão (escore 4), média adesão (escore 3 ou 2) e baixa adesão (escore 1 ou 0). Também pode-se utilizar o score aderentes (4 pontos) e não aderentes (≤ 3 pontos).

Posteriormente, para analisar o grau de conhecimento utilizou-se um questionário constituído de 10 perguntas sobre diferentes aspectos relacionados ao conhecimento geral sobre a HAS, em que as respostas podem ser sim ou não, considera-se conhecimento satisfatório quando 70% das questões forem respondidas de maneira correta (STRELEC et al., 2003).

Por fim, foram investigados os hábitos de vida do paciente que se relacionaram ao desenvolvimento da HAS, como: alimentação, prática de exercício físico e assiduidade no acompanhamento profissional. As perguntas dessas esferas foram retiradas do Instrumento da Não Adesão Arterial Sistêmica, um questionário validado nacionalmente (BORGES, 2012).

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico criado no software Microsoft Office Excel®, versão 2016. A análise estatística dos dados foi realizada através do Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24 (IBM, 2016). Inicialmente, realizou-se análises descritivas por meio de frequências relativas e absolutas das características sociodemográficas, de adesão ao tratamento e conhecimento sobre o assunto. Para avaliar possíveis associações entre as variáveis, foram utilizados testes de Qui-quadrado, Exato de Fisher ou de Fisher-Freeman-Halton, dependendo do comportamento dos dados. Todos os testes foram realizados a 5% de significância.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para atingir o número esperado da amostra (227 pacientes), foram realizadas 293 visitas, porém 23 pacientes não estavam presentes nas residências, 16 haviam mudado de endereço, 20 não aceitaram participar e 14 haviam falecido. Dos 227 que aceitaram participar, a maioria pertencia ao sexo feminino (72,7%), apresentava mais de 60 anos (81,1%), autodeclarados pardos (40,5%) e casados (59%). Aproximadamente metade dos participantes (52%) declararam ter ensino fundamental incompleto. Em relação a renda mensal, a maioria (67,8%) recebiam de 1 até 2 salários mínimos, além do fato da maioria declararem-se como aposentados (65,2%) (Tabela 1).

Quanto ao grau de adesão medicamentosa destes pacientes, avaliado pelo questionário de Morisky Green (QMG), 46,7% apresentaram alta adesão, 45,8% média adesão e 7,5%, baixa adesão. As variáveis sociodemográficas independentes que encontraram relação significativa ao grau de adesão, foram idade ($p < 0,001$), renda mensal ($p = 0,002$) e

ocupação ($p < 0,0031$). Pacientes mais velhos, com maior renda e os aposentados apresentaram índice maior de adesão medicamentosa. As demais variáveis não encontraram significância nas comparações (Tabela 2).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes hipertensos atendidos da Unidade Básica de Saúde Milton Lopes (n=227).

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	165	72,7
Masculino	62	27,3
Idade		
20 a 40 anos	9	4,0
> 40 a 60 anos	34	15,0
> 60 anos	184	81,1
Etnia		
Parda	92	40,5
Branca	81	35,7
Preta	49	21,6
Amarela	4	1,8
Indígena	1	0,4
Estado civil		
Casado(a)	134	59,0
Viúvo(a)	63	27,8
Solteiro(a)	20	8,8
Divorciado(a)	9	4,0
União estável	1	0,4
Escolaridade		
Nunca foi à escola	14	6,2
Fundamental incompleto	118	52,0
Fundamental completo	46	20,3

Salário mínimo vigente em 2019: R\$998,00.

Fonte: Dados da pesquisa.

O conhecimento avaliado foi considerado satisfatório em 59,9% do número total de pacientes, e comparando-o às variáveis sociodemográficas, encontrou-se significância relevante com a escolaridade ($p = 0,01$) e estado civil ($p = 0,05$). Pacientes com menor grau de instrução apresentaram menor índice de conhecimento: dentre os indivíduos que não frequentaram a escola, 50% apresentaram conhecimento insatisfatório. Dentre os pacientes que cursaram até o fundamental incompleto, este índice foi de 44,9%. Dentre os que cursaram até fundamental completo, 47,8%; médio incompleto, 27,8%; médio completo 8,7%; e superior, 25%. Quanto ao estado civil, o maior índice de conhecimento insatisfatório foi entre os viúvos, 54%, seguidos dos casados, 35,1%, divorciados, 33,3% e solteiros 30%.

O conhecimento também encontrou relação significativa ($p < 0,001$) com os resultados da adesão segundo QMG. Observou-se que pacientes com conhecimento satisfatório apresentaram maior adesão. E, dentre os pacientes com alta adesão, 58,8% apresentaram índice de conhecimento satisfatório. Dentre os pacientes com média adesão este percentual foi de 36,8% e com baixa foi de apenas 4,4%.

Ao comparar as respostas do teste de Morisky Green às respostas das perguntas do questionário de conhecimento, é evidente o baixo percentual de pacientes que consideraram o caráter silencioso da doença: apenas 17% dos pacientes com adesão perfeita e 17,4% dos pacientes com adesão imperfeita acreditam na ausência de sintomas da hipertensão. Encontrou-se, também, um baixo índice de acertos para a pergunta acerca dos valores pressóricos limítrofes da pressão arterial (38,7% dos aderentes perfeitos e 35,5% dos não aderentes) e para a pergunta sobre a efetividade de tratamentos não

farmacológicos (17,9% dos não aderentes e 21,5% dos não aderentes).

Em análise das questões do questionário do conhecimento comparadas à adesão, este trabalho evidenciou que pacientes que consideram o caráter crônico da doença ($p = 0,04$), bem como o tratamento vitalício ($p = 0,03$) e consideram a redução do estresse com impacto positivo na redução dos níveis pressóricos apresentam maior adesão ao tratamento farmacológico ($p = 0,002$).

A relação entre Morisky Green e hábitos individuais relacionados à hipertensão, mostrou que os percentuais de autocuidado foram, de forma geral, maiores nos pacientes considerados em total adesão a terapia medicamentosa, com exceção da baixa participação dos grupos de educação em saúde, em que 93,4% dos pacientes aderentes se consideraram faltosos e os não aderentes este o percentual é de 86,8%. Evidenciou-se, no entanto, um alto percentual de falta às reuniões.

Os fatores em que se encontrou significância com teste de Morisky Green, foram: "alimentação pobre em verduras e frutas" ($p = 0,002$), "vida estressante" ($p < 0,01$) e "falta às consultas de hipertensão" ($p = 0,001$). Pacientes que possuem adesão imperfeita ao tratamento medicamentoso possuem maior índice de alimentação pobre em frutas e verduras (45%) comparada aos que possuem adesão perfeita (25%). Pacientes que consideraram sua vida estressante também são menos aderentes ao tratamento medicamentoso: 50,4% dos pacientes não aderentes afirmaram possuir uma rotina estressante, enquanto dentro dos pacientes aderentes, 72,6% negaram o mesmo ritmo de rotina. Pacientes faltosos em suas consultas também estão relacionados à menor adesão à terapêutica medicamentosa: dos pacientes aderentes, apenas 4,7% afirmaram a falta, enquanto entre os não aderentes, 19,8% afirmaram o mesmo.

O processamento de adesão farmacológica no tratamento de doenças crônicas é um fenômeno multidimensional, determinado pela interação de um conjunto de fatores que afetam o comportamento e a capacidade do paciente de seguir o tratamento, e reflete em parte, o modo como as pessoas compreendem e assumem o cuidado com sua saúde (TAVARES et al., 2016).

No contexto da grande variabilidade de índices globais de adesão, o presente estudo demonstrou taxa de 'alta adesão' (46,7%) inferior à encontrada nos estudos em alguns países, como a Canadá (77,4%) e Espanha (50,7%) (NATARAJAN et al., 2013; JUSTE et al., 2019). O resultado comparativo pode ser explicado sob a ótica da relação do desenvolvimento e o nível de adesão. Países em desenvolvimento apresentam maiores taxas de não adesão, com taxa média estimada em 50% ou menos, dada maior a escassez de recursos para a saúde e dificuldades no acesso aos cuidados de saúde (REMONDI et al., 2014). Além disso, diferenças culturais, de idade, do estado de saúde e na origem da população estudada também são alguns dos elementos que podem determinar a variação entre as taxas de não adesão observadas (JUSTE et al., 2019; NATARAJAN et al., 2013; SARNO et al., 2020).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o grau de adesão também é influenciado diretamente pelos modelos de atenção estabelecidos para a saúde (OMS, 2004). Desta forma, o modelo de atenção à saúde ofertado pela estratégia do Programa Saúde da Família em território

nacional, provavelmente, explicaria o comportamento semelhante dos resultados obtidos nesta pesquisa quando comparados a outras, que obtiveram 45% dos pacientes com maior adesão e 55% dos pacientes com menor adesão em um estudo realizado no município de Belém (LIMA et al., 2010), e aos resultados encontrados em uma pesquisa conduzida em municípios do estado de Minas Gerais, que obtiveram 49,2% dos pacientes com maior adesão e 50,8% com menor adesão (MOTTA et al., 2014).

No âmbito da caracterização do perfil socioeconômico da população estudada na unidade de saúde obteve-se que mais de dois terços dos pacientes pertencem ao sexo feminino, predominância apontada por outros estudos desenvolvidos no Brasil (GOMES E MARTINS et al., 2014; MOTTA et al., 2014). É comum encontrar maior número de mulheres participantes de programas da Estratégia de Saúde da Família (ESF), devido ao fato de as mulheres buscarem tratamento com maior assiduidade, além que, na maioria das vezes, são as mulheres que têm maior acesso às atividades e às equipes multidisciplinares da ESF (FREITAS et al., 2012; SARNO et al., 2020).

Neste estudo, a população idosa encontrada foi superior as demais idades e esteve associada com o grau de adesão ao tratamento da HAS. Estudos realizados no município de Teresina, Belém e no estado de Minas Gerais também mostram a população idosa como público de maior frequência nos atendimentos básicos, além disso, a HAS está presente em sua maioria na população idosa, devido a um aumento da pressão sistólica com o passar da idade, podendo contribuir para maior busca aos estabelecimentos de saúde (CARVALHO et al., 2012; GOMES E MARTINS et al., 2014; MOTTA et al., 2014; SARNO et al., 2020)

Quanto a prevalência étnica dentre pacientes deste estudo, foi encontrado que a maior se considera parda, seguido de brancos e negros. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a etnia pode representar um fator de risco importante para a HAS, no entanto, as condições socioeconômicas desfavoráveis, e hábitos de vida ainda são fatores mais relevantes para as diferenças na prevalência da HAS, do que a implicação étnica (BARROSO et al., 2021). Segundo dados do Vigitel 2018, no Brasil, não houve uma diferença significativa entre a prevalência da HAS em pretos (24,9%) e brancos (24,2%) (BRASIL, 2016). Além disso, este estudo considerou a etnia autodeclarada, o que pode ser considerado um viés, pois varia conforme a auto percepção do indivíduo.

No Brasil, a HAS é mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade, e pode ser um dos principais fatores que interferem na adesão ao tratamento (BRASIL, 2016). A baixa escolaridade associada à não adesão do pode ser justificada pelas dificuldades no entendimento da receita médica, nas informações obtidas na da bula do medicamento - interpretação da dosagem correta, indicações, contraindicações e advertências -, podendo aumentar o risco de erros na administração da medicação (GEWEHR et al., 2018; DOS SANTOS PERERIA et al., 2021).

Em relação à renda, o resultado encontrado neste estudo assemelha-se à outras pesquisas que relatam os pacientes de baixa renda como mais vulneráveis a não adesão ao tratamento da HAS (GEWEHR et al., 2018; BARROSO et al., 2021). Tratando-se de uma população de baixo nível socioeconômico, há dificuldades na obtenção dos

medicamentos, sobretudo os pacientes hipertensos de difícil controle, que necessitam de outros anti-hipertensivos que não estão disponíveis na rede pública de saúde, e ainda, os baixos salários podem dificultar o acesso dos pacientes às consultas, bem como a adesão à uma alimentação mais saudável (GEWEHR et al., 2018). Neste contexto, os fatores que interferem na adesão ao tratamento da HAS citados acima, como, idade, escolaridade e etnia, quando associados ao baixo nível socioeconômico, podem influenciar negativamente no processo de tratamento do paciente (BARROSO et al., 2021).

O conhecimento do paciente sobre sua patologia é um fator considerado importante para estimular a adesão ao tratamento. Uma possível explicação para a elevada taxa de não adesão entre os pacientes com menor conhecimento, é que muitos pacientes não compreendem a doença e o tratamento medicamentoso, logo diminuem a sua importância ou fazem de maneira inadequada (DE SÁ et al., 2021). Os pacientes que não conhecem os valores adequados e esperados dos níveis pressóricos, possuem maiores dificuldades no processo de controle da doença, pois os valores encontrados durante a aferição da pressão arterial são fundamentais para o método de acompanhamento e eficácia do tratamento (MACETE; BORGES, 2020).

A respeito das medidas adjuvantes ao tratamento farmacológico da HAS, observou-se neste estudo, que indivíduos que demonstraram maior autocuidado também possuíam melhor adesão à terapia medicamentosa. Estudos semelhantes também verificaram que os pacientes que mantêm hábitos de vida saudáveis e prática de exercícios regulares, relatam maior adesão ao tratamento farmacológico (GEWEHR et al., 2018; NATARAJAN et al., 2013). Esse resultado sugere que intervenções para apoiar mudanças no estilo de vida saudável podem ser benéficas para melhorar a adesão à medicação.

Uma outra característica das medidas adjuvantes que chama atenção é a expressividade do número de indivíduos que afirmam não frequentar às reuniões voltadas para a educação e saúde. Apesar de não se ter encontrado projeções significantes sobre a adesão, é reconhecida a importância da participação dos usuários em atividades de grupo. Nelas, os pacientes podem interagir com outras pessoas que vivem a mesma situação, relatando e superando dificuldades através da reflexão, da troca de experiências e do apoio mútuo. Além disso, podem relacionar-se com a equipe de saúde de maneira distinta daquela a que estão acostumados no atendimento individual, construindo assim outros tipos de vínculo (BARBOZA et al., 2021).

A partir da identificação dos fatores envolvidos na não adesão ao tratamento farmacológico da HAS, é possível planejar e realizar ações com as equipes de saúde locais a fim de promover atividades direcionadas aos pacientes não aderentes. Dessa forma, além do acompanhamento farmacológico, é necessária implementação de ações que aumentem a adesão às medidas adjuvantes (SILVA et al., 2016; GEWEHR et al., 2018). Os profissionais da atenção primária podem auxiliar o paciente no desenvolvimento de conhecimentos e confiança necessária para tomada de decisões sobre sua própria saúde de maneira assertiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma melhor qualidade de vida (BARROSO et al., 2021).

Este estudo possui algumas limitações: um número relativamente pequeno foi realizado por amostragem de conveniência, um estudo com mais participante e em outras unidades básicas de saúde são necessárias para delinear o perfil de adesão dos pacientes com HAS no município de Imperatriz. Além disso, questionários autorrelatados podem gerar viés a depender da percepção e memória do indivíduo. Os participantes podem ter esquecido detalhes pertinentes ou podem tê-los superestimado ou subestimado, por tratarem de revelar informações que consideram privadas. No entanto, as pressões externas provavelmente não afetaram significativamente as respostas porque foi assegurado aos participantes que os resultados eram totalmente confidenciais. Outra limitação é a possibilidade de haver associação entre adesão, satisfação com o tratamento, qualidade de vida, quantidade e classes de medicamentos individuais que não foram identificados neste estudo. No entanto, este estudo apresenta alguns pontos fortes: (i) combinou vários questionários validados e examinou várias correlações entre eles, (ii) a simplicidade dos questionários tornou mais fácil para os participantes fornecerem informações precisas, e (iii) os resultados demonstraram-se importantes e novos, uma vez que ainda não foram publicados trabalhos semelhantes realizados no município de Imperatriz-MA.

5. CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico encontrado evidencia uma maioria constituída por mulheres, pardos, casados, com baixa

renda, baixa escolaridade e aposentados. Evidenciou-se um grau de adesão insatisfatório entre os pacientes estudados, podendo este, estar relacionado ao baixo nível socioeconômico, e baixo conhecimento do paciente sobre a patologia.

A ausência deste paciente às reuniões de educação em saúde também corrobora para que haja a perpetuação do desconhecimento e baixa adesão, uma vez que se tem como objetivo central o fomento do autocuidado com base na conscientização do indivíduo de sua condição.

No que diz respeito ao processo de adesão terapêutica, este é multifatorial, estando relacionado à aspectos do próprio indivíduo e ao cenário em que este está inserido. Elucidou-se fragilidade em suas duas vertentes, tanto no farmacológico, quanto em hábitos de vida saudáveis recomendados.

Conclui-se, através deste estudo, que uma adesão considerada “perfeita” ainda está longe de ser alcançada. Entretanto, ao estudar as características particulares e limitações do público atendido, as equipes de saúde podem elaborar um conjunto de ações e estratégias para melhorar a assistência desta população. Decisões compartilhadas no tratamento, explicações satisfatórias adaptadas ao perfil do paciente, e aumento do vínculo profissional-paciente podem representar um caminho a ser seguido.

REFERÊNCIAS

- AMADO GUIRADO, E. et al. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gaceta Sanitaria*, 25, p. 62-67, 2011. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.09.015
- BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 116, p. 516-658, 2021. doi: 10.36660/abc.20201238
- BORGES, J. W. P. Instrumento de Avaliação da Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão arterial: desenvolvimento e validação de conteúdo [Dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2012.
- BROUWERS, S. et al. Arterial hypertension. *The Lancet*, 398, n. 10296, p. 249-261, 2021. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00221-X
- CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, p. 1885-1892, 2012. doi: 10.1590/S1413-81232012000700028
- CORP., S. I. Released 2016. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0.: IBM Corp. Armonk, NY.
- DA MOTTA, P. G. et al. Adesão medicamentosa ao tratamento da hipertensão de pacientes do hiperdia em Ipatinga e Timóteo, Minas Gerais. *Revista Uningá*, 40, n. 1, p. 91-103, 2014.
- DE FREITAS, L. C. et al. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 7, n. 22, p. 13-19, 2012. doi: 10.5712/rbmfc7(22)288
- DE SÁ, E. M. R. et al. Adesão ao tratamento farmacológico de indivíduos com diabetes cadastrados no hiperdia em uma unidade de saúde baiana. *Revista Contexto & Saúde*, 21, n. 44, p. 54-67, 2021. doi: 10.21527/2176-7114.2021.44.11524
- DOS SANTOS PEREIRA, I. et al. Avaliação da não adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica em uma população de Salvador-BA. *Brazilian Journal of Development*, 7, n. 1, p. 153-174, 2021. doi: 10.34117/bjdv7n1-013
- FAUL, F. et al. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39, n. 2, p. 175-191, 2007. doi: 10.3758/bf03193146
- BARBOZA, B. R. L. et al. A importância do acompanhamento de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica na atenção primária em saúde. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, v. 2, n. 4, p. 391-391, 2021. doi: 10.51161/rem/s/3339
- GEWEHR, D. M. et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, 42, p. 179-190, 2018. doi: 10.1590/0103-1104201811614

- GOMES E MARTINS, A. et al. Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27, p. 266-272, 2014. doi: 10.1590/1982-0194201400045
- JUSTE, A. M. et al. Adherence to treatment of hypertension, hypercholesterolaemia and diabetes in an elderly population of a Spanish cohort. *Medicina Clínica (English Edition)*, 153, n. 1, p. 1-5, 2019. doi: 10.1016/j.medcli.2018.10.023
- LIMA, T. D. M. et al. Treatment adherence profile of hypertension patients from the Municipal Health Unit of Fátima, City of Belém, Pará, Amazônia, Brazil. *Rev Pan-Amaz Saude*, p. 113-120, 2010. doi: 10.5123/S2176-62232010000200014
- MACETE, K. G.; BORGES, G. F. Não Adesão ao Tratamento não Medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica. *Saúde em Foco*, p. 128-154, 2020. doi: 10.12819/rsf.2020.7.1.8
- MALTA, D. C. et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21, p. e180021, 2018. doi: 10.1590/1980-549720180021.supl.1
- MORISKY, D. E. et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The journal of clinical hypertension*, 10, n. 5, p. 348-354, 2008. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x
- NAGHAVI, M. et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The lancet*, 390, n. 10100, p. 1151-1210, 2017. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32152-9
- NATARAJAN, N. et al. Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes mellitus and hypertension. *Canadian family physician*, 59, n. 2, p. e93-e100, 2013.
- OLSEN, M. H. et al. A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: the Lancet Commission on hypertension. *The Lancet*, 388, n. 10060, p. 2665-2712, 2016. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31134-5
- PIERIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, p. 1389-1400, 2011. doi: 10.1590/S1413-81232011000700074
- REMONDI, F. A. et al. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, p. 126-136, 2014. doi: 10.1590/0102-311X00092613
- OMS - Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra, 2004. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>.
- SARNO, F. et al. Perfil de pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus de unidades de Atenção Primária à Saúde. *Einstein (São Paulo)*, 18:eAO4483, 2020. doi: 10.31744/einstein_journal/2020AO4483
- SILVA, A. P. D. et al. Fatores associados à não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, p. 4047-4055, 2016. doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i1.4047-4055
- STRELEC, M. et al. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq bras cardiol*, 81, n. 4, p. 343-354, 2003. doi: 10.1590/S0066-782X2003001200002
- TAVARES, N. U. L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 50(supl 2):10s, 2016. doi: 10.1590/S1518-8787.20160500061501.