



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE CAXIAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

ALINE MARIA DA COSTA PINHEIRO

**FATORES ASSOCIADOS A ADEÇÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL**

CAXIAS- MA
2024

ALINE MARIA DA COSTA PINHEIRO

**FATORES ASSOCIADOS A ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado para a Coordenação do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Magnólia de Jesus Sousa Magalhães

CAXIAS- MA

2024

P654f Pinheiro, Aline Maria da Costa

Fatores associados a adesão ao tratamento da hipertensão arterial
/ Aline Maria da Costa Pinheiro. __Caxias: Campus Caxias, 2024.

51f.

Monografia (Graduação) – Universidade Estadual do Maranhão –
Campus Caxias, Curso de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Dra. Magnólia de Jesus Sousa Magalhães.

1. Hipertensão. 2. Tratamento farmacológico. 3. Vida - Estilo. I.
Título.

CDU 616.12-008.331.1

ALINE MARIA DA COSTA PINHEIRO

**FATORES ASSOCIADOS A ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado para a Coordenação do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 15 / 03 / 2024

Aline Maria da Costa Pinheiro

Aline Maria da Costa Pinheiro

Discente de Enfermagem

BANCA EXAMINADORA

Magnólia de Jesus Sousa Magalhães

Profa. Dra. Magnólia de Jesus Sousa Magalhães

Orientadora

Kelly Pereira Rodrigues dos Santos

Profa. Me. Kelly Pereira Rodrigues dos Santos

Examinador 1

Nayra Jaqueline da Silva

Enfa. Nayra Jaqueline da Silva

Examinador 2

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do curso e da realização deste trabalho.

Aos meu pais, Elizabete da Costa Gaspar e Valdir Pinheiro, em especial a minha mãe, por nunca ter medido esforços para me ajudar e sempre me incentivar a buscar o melhor e aos meus irmãos: Jailson Gaspar e Jair Gaspar.

A professora Magnólia de Jesus Sousa Magalhães, por ter sido minha orientadora e ter desempenhado tal função com dedicação e amizade.

Também agradeço à Universidade Estadual do Maranhão e todos os mestres que contribuíram com a minha formação acadêmica durante esses cinco anos.

As minhas amigas de graduação, Mariana, Daniela e Marcellly, por serem minhas companheiras ao longo do curso, por me incentivarem a continuar quando muitas vezes pensei em desistir e por tornar essa trajetória mais leve com momentos de descontração.

Aos meus amigos: Brenda, Carlos Eduardo, Vanessa, Emanuelle e minhas primas: Mirian e Victória, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período de tempo em que me dediquei a este trabalho.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A hipertensão é uma patologia crônica que ocupa o maior número de consultas nos serviços de saúde e, portanto, constitui um problema de saúde pública. A não adesão à terapia anti-hipertensiva soma-se a isso e acarreta preocupação em relação ao enfrentamento da doença, uma vez que este é capaz de diminuir o risco de possíveis complicações e de morte prematura. A adesão ao tratamento é complexa e vários fatores podem estar associados. **OBJETIVO:** Analisar os fatores associados à adesão ao tratamento de hipertensão arterial. **METODOLOGIA:** Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Caxias-Ma com uma amostra de 146 pacientes hipertensos. A coleta de dados foi realizada, através de um questionário adaptado com perguntas relativas ao perfil socioeconômico, fatores de tratamento não farmacológico e farmacológico, e pelo Teste de Morisky e Green (TMG) para medir o grau de adesão dos pacientes frente ao tratamento farmacológico. A análise dos dados ocorreu no software estatístico SPSS versão 20.0 para análise descritiva com cálculos de frequências absolutas e percentuais. Foi realizado teste de qui-quadrado para verificar associação entre o perfil socioeconômico e adesão ao tratamento medicamentoso. **RESULTADOS:** Observou-se que a maioria eram do sexo feminino 70,5%, na faixa etária de 56 a 65 anos 34,2%, 43,8% de raça parda, 43,2% casados e 45,2% referiram escolaridade “ensino fundamental incompleto”. Quanto à renda familiar 50,7% hipertensos declararam receber 1 salário mínimo e quanto à religião 72,6% são católicos. 72,76% dos pesquisados foram classificados como não aderentes ao tratamento farmacológico, sendo a principal barreira de adesão o esquecimento de tomar o medicamento, no entanto, este resultado demonstra que os pacientes não deixam de tomar de forma intencional. Quanto aos fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico, obteve-se percentuais significativos de maior chance de adesão, onde não houve interrupção do tratamento diante da ausência de sintomas, não houve dificuldade para tomada dos medicamentos, para adquiri-lo na UBS, ou para o comparecimento nas consultas agendadas para o tratamento. Em relação ao tratamento não farmacológico os pacientes demonstraram maior adesão às mudanças relativas aos hábitos alimentares com redução do consumo do sal, gordura, aumento da preferência por carne branca, no entanto, 57,93% afirmaram não praticar atividade física. Quando associado as características socioeconômicas com a adesão ao tratamento não farmacológico não houve associação estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis independentes. **CONCLUSÃO:** Por se tratar de uma doença de alta prevalência e capaz de contribuir negativamente para o surgimento de outras comorbidades e até mesmo levar a morte se não controlada, faz-se necessário a necessidade permanente do processo educativo junto a esses pacientes e da constante atenção para o esclarecimento da condição de saúde e necessidade de tratamento.

Palavras-chave: hipertensão; tratamento farmacológico; estilo de vida.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Hypertension is a chronic pathology that occupies the largest number of consultations in health services and therefore constitutes a public health problem. Non-adherence to antihypertensive therapy adds to this and raises concerns about coping with the disease, since it can reduce the risk of possible complications and premature death. Adherence to treatment is complex and several factors may be associated with it. **OBJECTIVE:** To analyze the factors associated with adherence to hypertension treatment. **METHODOLOGY:** This was a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach in three Basic Health Units (UBS) in the city of Caxias-Ma with a sample of 146 hypertensive patients. Data was collected using an adapted questionnaire with questions relating to socioeconomic profile, non-pharmacological and pharmacological treatment factors, and the Morisky and Green Test (MTG) to measure the degree of patient adherence to pharmacological treatment. The data was analyzed using SPSS version 20.0 statistical software for descriptive analysis with calculations of absolute frequencies and percentages. A chi-squared test was performed to verify the association between socioeconomic profile and adherence to drug treatment. **RESULTS:** The majority were female (70.5%), aged between 56 and 65 (34.2%), 43.8% were brown, 43.2% were married and 45.2% reported "incomplete primary education". With regard to family income, 50.7% of hypertensive patients reported receiving 1 minimum wage and 72.6% were Catholic. 72.76% of those surveyed were classified as non-adherent to drug treatment, with the main barrier to adherence being forgetting to take the medication; however, this result shows that patients do not stop taking it intentionally. As for the factors associated with adherence to pharmacological treatment, there were significant percentages of greater chance of adherence, where there was no interruption of treatment in the absence of symptoms, no difficulty in taking the medication, acquiring it at the UBS, or attending scheduled appointments for treatment. With regard to non-pharmacological treatment, patients showed greater adherence to changes in eating habits, with a reduction in salt and fat consumption and an increased preference for white meat, although 57.93% said they did not practice physical activity. When socioeconomic characteristics were associated with adherence to non-pharmacological treatment, there was no statistically significant association with any of the independent variables. **CONCLUSION:** Since hypertension is a highly prevalent disease and can contribute negatively to the onset of other comorbidities and even lead to death if left uncontrolled, there is a need for a permanent educational process with these patients and constant attention to clarifying their health condition and the need for treatment.

Keywords: hypertension; pharmacological treatment; lifestyle.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma de tratamento medicamentoso.	21
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade.....	18
Tabela 2 - Dados socioeconômicos dos participantes hipertensos entrevistados (n=146). Caxias, Maranhão, 2024.....	27
Tabela 3 - Prevalência da adesão/não adesão ao tratamento farmacológico da HA de acordo com o Teste de Morisky e Green (n=146). Caxias, Maranhão, 2024.	29
Tabela 4 - Frequência de respostas ao Teste de Morisky e Green entre idosos em uso de algum medicamento anti-hipertensivo (n=146). Caxias, Maranhão, 2024.....	30
Tabela 5 - Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica (n=146). Caxias, Maranhão, 2024.	31
Tabela 6 - Associação do perfil sociodemográfico com a adesão ao tratamento farmacológico (n=146). Caxias, Maranhão, Brasil, 2024.....	33
Tabela 7 - Distribuição das respostas dos hipertensos (n=146) em relação à manutenção de hábitos de vida saudáveis. Caxias, Maranhão, 2024.....	36

LISTA DE SIGLAS

- AVE** - Acidente Vascular Encefálico
- AVEH** - Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
- AVEI** - Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
- BB** - Beta Bloqueadores
- BCC** - Bloqueadores dos Canais de Cálcio
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CGD** - Carga Global das Doenças
- DAC** - Doença Arterial Coronária
- DAOP** - Doença Arterial Obstrutiva Periférica
- DC** - Débito Cardíaco
- DCNT** - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- DCV** - Doenças Cardiovasculares
- DM** - Diabetes Mellitus
- DRC** - Doença Renal Crônica
- EAB** - Efeito do Avental Branco
- EM** - Efeito Mascarado
- ESF** - Estratégia Saúde da Família
- FA** - Fibrilação atrial
- HA** - Hipertensão Arterial
- HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica
- IECA** - Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- PA** - Pressão Arterial
- PAD** - Pressão Arterial Diastólica
- PAS** - Pressão Arterial Sistólica
- RVP** - Resistência Vascular Periférica
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TMG** - Teste de Morisky e Green

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 Geral	13
2.2 Específicos	13
3 REVISÃO TEÓRICA	14
3.1 Definição de hipertensão arterial	14
3.2 Fisiopatologia da hipertensão	15
3.3 Fatores de risco para hipertensão arterial	15
3.4 Epidemiologia da hipertensão	16
3.5 Diagnóstico de hipertensão arterial	17
3.6 Tratamento da hipertensão arterial	19
3.6.1 Tratamento não farmacológico	20
3.6.2 Tratamento farmacológico	20
3.6.3 Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.....	22
4 METODOLOGIA	24
4.1 Tipo de pesquisa	24
4.2 Cenário da pesquisa	24
4.3 População-amostra	24
4.4 Instrumento e técnica de coleta de dados	25
4.5 Análise dos dados	25
4.6 Aspectos éticos e legais	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
5.1 Caracterização do perfil socioeconômico dos pacientes hipertensos	27
5.2 Adesão dos clientes hipertensos ao tratamento farmacológico	29
5.3 Associação do perfil socioeconômico com a adesão ao tratamento farmacológico	33
5.4 Adesão dos hipertensos ao tratamento não farmacológico	36
6 CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICES	46
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	46

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	48
ANEXO	51
ANEXO A – TESTE DE MORINSKY E GREEN	51

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão arterial (HA) é uma doença quase sempre assintomática e tende a se desenvolver e causar alterações na estrutura e/ou função de órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos. Constitui fator essencial de risco alterável com associação independente, linear e contínua para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte precoce. Ademais, implica significativamente gastos médicos e questões socioeconômicos em razão de complicações nos órgãos-alvo fatais e não-fatais (BARROSO *et al.*, 2021).

O manejo correto da pressão arterial (PA) pode ser por tratamento farmacológico e/ou não farmacológico. Mudanças no estilo de vida tendem a diminuir a PA, mas quando essas alterações não são suficientes, faz-se necessário o uso de medicação anti-hipertensiva. O tratamento não medicamentoso auxilia na redução da dose diária de medicamentos e retarda a evolução da doença. Alterações de estilo de vida, prática de exercícios físicos, dieta equilibrada e redução de consumo de sal e tabaco são algumas alternativas que contribuem para a prevenção de complicações (BARBOSA *et al.*, 2019).

O não tratamento das doenças crônicas não transmissíveis é um desafio que se verifica em países de diferentes níveis de complexidade de renda. A HA é uma patologia crônica que ocupa o maior número de consultas nos serviços de saúde e, portanto, constitui um problema de saúde pública. A não adesão à terapia anti-hipertensiva soma-se a isso e acarreta preocupação em relação ao enfrentamento da doença, uma vez que este é capaz de diminuir o risco de possíveis complicações e de morte prematura (NASCIMENTO *et al.*, 2021).

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo mostra-se um grande desafio para a saúde pública. A condução da abordagem à pessoa hipertensa deve levar em consideração diversos aspectos, relacionados não somente à doença, mas também ao sujeito doente, aos serviços de saúde, aos profissionais de saúde, a terapêutica (farmacológica ou não) e aos fatores socioeconômicos (SIMÕES *et al.*, 2022). Nesse sentido, é necessário identificar quais fatores contribuem para a melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo, uma vez que o controle da HA está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao tratamento.

O principal motivo do controle inadequado da HA parece ser o não cumprimento do tratamento a longo prazo, tanto com relação às modificações de estilo

de vida quanto no que se refere à observação da prescrição médica medicamentosa (BARROSO *et al.*, 2021). A adesão ao tratamento é complexa e vários fatores podem estar associados. Problemas de adesão nem sempre são fáceis de detectar, e quantificá-los é ainda mais difícil. Ante o exposto, surge o seguinte questionamento: quais são os fatores que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso de hipertensão arterial sistêmica?

No cenário de saúde pública, a HA ganha destaque devido às altas taxas de prevalência. No entanto, a problemática dessa doença não está relacionada somente à elevada prevalência, mas à adesão ao tratamento anti-hipertensivo, que ainda é relativamente baixa. Esse fato representa um risco, pois contribui para elevados níveis pressóricos e complicações cardiovasculares indesejáveis (NASCIMENTO; BEZERRA, 2020).

O tratamento da HA comumente é negligenciado por se tratar de uma doença, muitas vezes, silenciosa e de desenvolvimento assintomático. Dessa forma, mesmo havendo várias recomendações, programas e protocolos mundialmente existentes, a adesão à terapia anti-hipertensiva ainda é baixa por parte dos pacientes (GHELMAN, 2018).

A prevalência da HA é influenciada por diversos fatores, quais sejam os demográficos, genéticos, socioeconômicos, comportamentais e antropométricos os principais. A maioria desses fatores podem ser controlados ou modificados, reduzindo potencialmente a incidência de hipertensão e suas complicações. Dessa forma, determinar os fatores relevantes e entender sua magnitude são, portanto, elementos fundamentais para subsidiar as ações de controle da HAS (MARQUES *et al.*, 2020).

Nesse sentido, o presente estudo busca analisar os fatores associados a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Com esses dados será possível compreender os motivos e as fragilidades que levam alguns pacientes hipertensos a não seguir o tratamento, além de servir de embasamento para os profissionais no que diz respeito ao planejamento de intervenções terapêuticas e educativas.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os fatores associados à adesão ao tratamento de hipertensão arterial.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil socioeconômico dos participantes hipertensos.
- Correlacionar o perfil socioeconômico com a adesão ao tratamento farmacológico.
- Identificar os fatores relacionados à adesão ao tratamento de hipertensão arterial.
- Descrever as dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

3 REVISÃO TEÓRICA

3.1 Definição de hipertensão arterial

A HA é uma patologia crônica, não transmissível, caracterizada por nível persistente e elevado de PA, na qual os benefícios do tratamento (não farmacológico e/ou farmacológico) superam os riscos. É uma doença multifatorial, que pode estar associada a condições de origem genética/epigenética, ambiental e social. A hipertensão se caracteriza por níveis pressóricos repetidamente superiores ou iguais a: pressão arterial sistólica (PAS) 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, aferida com a técnica correta e sem uso de tratamento anti-hipertensivo (BARROSO *et al.*, 2021).

Os níveis pressóricos constantemente elevados na HA causam danos às artérias de grande, médio e pequeno calibre e, de várias maneiras, podem danificar o coração e outros órgãos vitais, como o cérebro e os rins. Órgãos estes, responsáveis por receber o maior fluxo sanguíneo. Além dessas alterações físicas causadas pelo remodelamento/hipertrofia vascular e hipertrofia cardíaca, a HA também está associada a alterações metabólicas que são exacerbadas na presença de fatores de risco, como dislipidemia, obesidade, tabagismo, estresse psicoemocional, diabetes mellitus (DM), obesidade visceral e história familiar de HAS e outras doenças cardiovasculares precoces na família (MAGALHÃES; AMORIM; REZENDE, 2018).

Atualmente a HA é uma das doenças que mais se destacam em se tratando de saúde pública. Representa um fator de risco independente para todas as manifestações clínicas da aterosclerose e de todas as doenças cardiovasculares. Seus custos médicos e socioeconômicos são altos, principalmente devido às suas principais complicações: doença cerebrovascular, incluindo acidente vascular cerebral, doença arterial coronariana (DAC), insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e aguda e doença arterial periférica (MANCIA *et al.*, 2013; MALACHIAS, 2016).

O forte impacto na morbidade e mortalidade cardiovascular desperta interesse nos estudiosos sobre a epidemiologia da HA, por isso a doença é foco de longa data, desde o estudo promissor de Framingham em 1949 até o presente (SCALA *et al.*, 2015).

3.2 Fisiopatologia da hipertensão

A pressão arterial é o resultado de múltiplos processos complexos envolvidos no controle da homeostase circulatória. Existe uma forte interdependência entre os fatores que controlam o fluxo sanguíneo, a resistência vascular, o volume circulante e o débito cardíaco para manter o fluxo sanguíneo para os órgãos vitais. O organismo primeiro mobiliza recursos imediatos para responder a desequilíbrios súbitos na perfusão tecidual, enquanto gradualmente promove mudanças estruturais para restaurar a harmonia perdida. A falha de alguns mecanismos reguladores é compensada pelo comportamento alternativo de outros, numa espécie de malha de segurança tecida ao longo do processo evolutivo das espécies (KAISER, 2011).

A regulação da PA é uma das funções fisiológicas mais complexas do corpo humano, pois depende das ações integradas dos sistemas cardiovasculares, renal, neural e endócrino. A PA é definida pelo produto do débito cardíaco (DC) e da resistência vascular periférica (RVP). Há uma diferença na variação do DC com respostas concomitantes da RVP para um determinado nível de PA em indivíduos saudáveis e pacientes portadores de hipertensão arterial essencial. A RVP é influenciada por diversos mecanismos vasoconstrictores e vasodilatadores, incluindo os sistemas nervoso simpático, renina angiotensina e a modulação endotelial. Além de depender também da espessura da parede das artérias. Nos pacientes hipertensos, a elevação da PA é decorrente do aumento da RVP enquanto em alguns, a elevação do DC é o responsável pela HA (SANJULIANI, 2002).

3.3 Fatores de risco para hipertensão arterial

Existem fatores que podem aumentar a predisposição ao desenvolvimento de HA, sendo eles: fatores genéticos, idade, sexo, etnia, obesidade, ingestão de sódio e potássio, sedentarismo, álcool, fatores socioeconômicos e outros de risco relacionado. Os fatores genéticos podem influenciar os níveis de PA entre 30-50%. Já a idade está relacionada ao enrijecimento e a perda da capacidade de distensão das grandes artérias que acontece conforme o envelhecimento, o que explica a prevalência de HA em torno de 65% entre os indivíduos acima dos 60 anos (BARROSO *et al.*, 2021).

Com relação ao sexo, a prevalência de PA tende a ser maior nos homens em faixas etárias mais jovens e a elevação pressórica por década é maior entre as mulheres. Apesar da etnia ser um fator de risco importante para HA, condições socioeconômicas e de hábitos de vida parecem ser mais relevantes. Há uma relação direta, contínua e quase linear entre o excesso de peso (sobrepeso/obesidade) e os níveis de PA (BARROSO *et al.*, 2021).

O consumo elevado de sódio constitui um fator que influencia a elevação da PA e da maior prevalência de HA. Vale ressaltar que a ingestão elevada de sódio é um dos hábitos modificáveis para a prevenção e controle da HA e das DCV. De forma inversa, o consumo excessivo de potássio diminui os níveis pressóricos (BARROSO *et al.*, 2021).

Sedentarismo e álcool também possuem impacto para elevação da PA e da HA. Há maior predominância de HA ou elevação dos níveis pressóricos naqueles que ingeriam seis ou mais doses ao dia, o equivalente a 30 g de álcool/dia. No que diz respeito aos fatores socioeconômicos baixa escolaridade, condições de moradia inadequada e baixa renda contribuem significativamente para o desenvolvimento da patologia. Ressalta-se que além dos fatores citados, medicações utilizadas sem prescrição médica e drogas ilícitas também corroboram negativamente (BARROSO *et al.*, 2021).

3.4 Epidemiologia da hipertensão

De acordo com um estudo o número de indivíduos hipertensos entre 30 e 79 anos aumentou significativamente no período de 1990 a 2019. Durante esses 30 anos houve um aumento de 650 milhões para 1,28 bilhões de pessoas hipertensas no mundo. Essa alta foi maior entre os homens, que em 1990 eram 331 milhões e em 2019 passaram a ser 652, um aumento de 335 milhões de pessoas (ZHOU *et al.*, 2021).

Segundo uma pesquisa realizada em 2013, 21% dos adultos brasileiros afirmaram ser hipertensos, porém, levando em consideração as medidas de PA aferidas e utilização de medicação anti-hipertensiva esse percentual subiu para 32,3%. Notou-se que HA é uma patologia mais predominante entre homens e como esperado as taxas de prevalência tendem a ser maiores conforme aumenta a idade.

Entre os indivíduos com mais de 70 anos 71,7% eram hipertensos (MALTA *et al.*, 2018).

Dados da Carga Global das Doenças (GBD) demonstraram que em 2017 28,8% das mortes foram por DCV entre as DCNT. Nesse mesmo ano ocorreram 18 milhões de mortes por causas cardiovasculares e ainda segundo o GBD, notou-se que a elevação da PA foi o principal fator de risco relacionado a 10, 4 milhões de mortes, sendo também fator responsável por 40% das mortes em pacientes com DM (BARROSO *et al.*, 2021).

A HA tem impacto significativo nos custos médicos e socioeconômicos, relacionados as complicações nos órgãos-alvo, fatais e não fatais, como: coração: doença arterial coronária (DAC), insuficiência cardíaca, fibrilação atrial (FA) e morte súbita; cérebro: acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico (AVEI) ou hemorrágico (AVEH), demência; rins: DRC; e sistema arterial: doença arterial obstrutiva periférica (DAOP). Em termos de custo do SUS, o custo atribuível à HA foi maior que o da obesidade e do DM. Em 2018, o gasto estimado do SUS foi de US\$ 523,7 milhões, incluindo hospitalização, tratamento ambulatorial e farmacológico. Na última década, 77% dos custos de internação por DAC no SUS foram representados por DCV relacionada à HA, e isso aumentou 32% de 2010 a 2019, passando de R\$ 1,6 bilhão para R\$ 2,2 bilhões (BARROSO *et al.*, 2021).

3.5 Diagnóstico de hipertensão arterial

A avaliação inicial do paciente com hipertensão arterial (HA) inclui a confirmação do diagnóstico, suspeita e identificação de causas secundárias e avaliação do risco cardiovascular. Danos em órgãos-alvo e doenças associadas também devem ser investigados. Fazem parte desta avaliação: aferição da pressão arterial no consultório e/ou fora do consultório, com técnica adequada e equipamentos validados e calibrados, coleta de história médica (pessoal e domiciliar), realização de exame físico, clínico e estudos laboratoriais. A avaliação geral é recomendada para todos os pacientes hipertensos, com avaliação complementar apenas para subgrupos específicos (BARROSO *et al.*, 2021).

O limite de PA considerado normal é arbitrário. O quadro 1 mostra valores para classificar o comportamento da pressão arterial em adultos por medições casuais ou de consultório. Indivíduos com PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg foram

considerados hipertensos. Ao usar medições em consultório, o diagnóstico de HA deve sempre ser verificado por medições repetidas, preferencialmente em duas ou mais consultas com alguns dias ou semanas de intervalo; ou, mais decisivamente, por medições fora do consultório (MAPA ou MRPA), exceto aqueles pacientes com lesões em órgãos-alvo pré-existente ou doença CV. As categorias são definidas com base na pressão arterial do consultório e no nível máximo de pressão arterial (sistólica ou diastólica) (WILLIAN *et al.*, 2018).

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade.

Classificação*	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110

Fonte: Diretrizes Brasileiras da Hipertensão Arterial, 2020.

A diferença de PA entre as medidas obtidas no consultório e fora do consultório é chamada de Efeito do Avental Branco (EAB) ou Efeito Mascarado (EM) quando seus valores são positivos ou negativos, respectivamente. De acordo com estudos de MRPA, diferença de PAS igual ou maior que 15 mmHg e/ou PAD de 9 mmHg indica EAB significativo, enquanto diferença de PAS e/ou PAD igual ou menor que -1 mmHg indica EM significativo. Essas condições não alteram o diagnóstico, ou seja, se um indivíduo for normotenso, ele permanecerá normotenso; e, se for hipertenso, permanecerá hipertenso. No entanto, pode ser útil identificar indivíduos em risco de diferenças significativas na pressão arterial dentro e fora do consultório, o que pode permitir um melhor gerenciamento do tratamento (PEDROSA; DRAGER, 2017).

Como a PA pode ser altamente variável, o diagnóstico de HA não deve ser baseado apenas em uma medição de PA em uma única visita, a menos que esteja significativamente elevada (estágio 3 de HA) ou se houver diagnóstico de LOA ou DCV estabelecido. Para os demais pacientes, a pressão arterial deve ser aferida nas

consultas subsequentes para confirmar a elevação persistente e o estágio da HA. Quanto maior o estágio de HA, mais visitas são necessárias e em menor intervalo de tempo. Assim, pacientes com estágio 2 ou 3 podem necessitar de mais consultas com curtos intervalos entre as consultas (dias ou semanas), enquanto pacientes com estágio 1 podem necessitar de consultas meses depois, principalmente na ausência de LOA e baixo risco CV (BARROSO *et al.*, 2021).

3.6 Tratamento da hipertensão arterial

O tratamento da HAS visa reduzir a morbimortalidade dos portadores da patologia. Existem dois aspectos para a abordagem de tratamento. O tratamento não farmacológico da HA é um desses aspectos e envolve controle de peso, medidas nutricionais, exercícios físicos, cessação do tabagismo, controle do estresse e entre outros. Por outro lado, a farmacoterapia baseia-se no uso de formulações farmacêuticas, sendo sujeito então a efeitos paralelos ao que é desejado da substância farmacológica absorvida (MONTEIRO *et al.*, 2020).

As decisões de tratamento devem ser baseadas nos níveis de pressão arterial, presença de fatores de risco, lesão de órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida. As medidas não farmacológicas têm se mostrado eficazes na redução da pressão arterial, mas são limitadas pela queda da adesão a médio e longo prazo (MACETE; BORGES, 2020).

A terapia não farmacológica com modificações no estilo de vida deve ser implementada a princípio para todos os estágios de HA e também para aqueles pacientes com PA de 135-139/85-89 mmHg. Nos indivíduos hipertensos estágio 1 com risco cardiovascular moderado ou baixo, pode-se iniciar com mudanças de estilo de vida e esperar de 3 a 6 meses antes da decisão de iniciar o tratamento farmacológico. Nos demais estágios, recomenda-se iniciar o tratamento farmacológico tão logo tenha sido feito o diagnóstico (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Segundo Oliveira *et al.*, (2017) recomenda-se meta pressórica inferior a 130/80 mmHg para pacientes com alto risco cardiovascular, incluindo os diabéticos. Os indivíduos hipertensos de estágio 3 tem como meta a PA < 140/90 mmHg. Para aqueles com doença coronariana, a PA não deve ser menor que 120/70 mmHg pela relação com o risco de hipoperfusão coronariana, lesão miocárdica e eventos cardiovasculares. Para hipertensos idosos ≥ 80 anos, recomenda-se PA < 145/85

mmHg. E a atenção deve ser redobrada para com os pacientes com fenótipo de pele escura que irão se beneficiar mais do uso de bloqueadores de cálcio.

3.6.1 Tratamento não farmacológico

O principal objetivo do tratamento não farmacológico é reduzir a morbimortalidade cardiovascular por meio de mudanças no estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. Intervenções não medicamentosas são importantes por serem de baixo custo, baixo risco e eficazes na redução dos níveis pressóricos (WHELTON *et al.*, 2018).

Os hábitos de vida abrangem diversas práticas que podem ser modificadas com o intuito de trazer benefícios para a saúde do paciente. Dentre estas, pode se elencar: exercício físico, tabagismo, etilismo, relações interpessoais, inteligência emocional, medidas antropométricas e nutricionais. Com relação as mudanças nutricionais, vários hábitos podem ser implementados no cotidiano, como: redução de sódio, lipídios, alimentos não protetores, bebidas gaseificadas, açúcares, entre outros. Já foi comprovado em estudo que a obesidade, sedentarismo e estresse aumentam a chance de surgimento da HA e das complicações decorrentes dessa patologia, sendo assim, modificações de estilo de vida contribuem para melhora da qualidade de vida do paciente hipertenso (PELAZZA *et al.*, 2020).

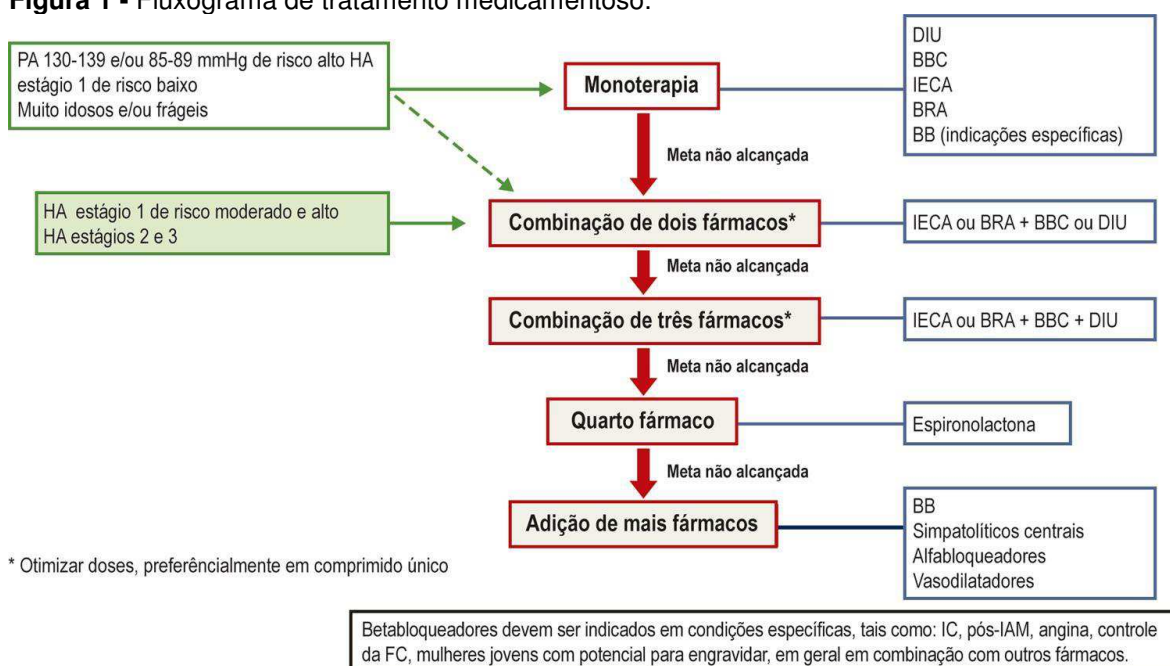
3.6.2 Tratamento farmacológico

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 2021) é recomendado o início do tratamento farmacológico anti-hipertensivo de indivíduos com diagnóstico confirmado de hipertensão e pressão arterial sistólica de 140 mmHg ou pressão arterial diastólica de 90 mmHg. Tendo como meta reduzir os níveis pressóricos para <140/90 mmHg para todos aqueles pacientes com hipertensão arterial e sem comorbidades. Os valores de meta podem variar de acordo com cada situação. A OMS sugere que a terapia medicamentosa da hipertensão pode ser fornecida por profissionais não médicos, como farmacêuticos e enfermeiros, desde que sejam atendidas as seguintes condições: treinamento adequado, autoridade de prescrição, protocolos de gerenciamento específicos e supervisão médica.

As cinco principais classes de fármacos anti-hipertensivos – diuréticos (DIU), bloqueadores dos canais de cálcio (BBC), inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA) e betabloqueadores (BB) demonstraram reduções significativas da PA comparadas com placebo, acompanhadas de diminuições consideráveis dos desfechos CV fatais e não fatais, benefício relacionado fundamentalmente com a redução da PA. BB é útil em determinadas situações: pós-infarto agudo do miocárdio e angina do peito, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER), para o controle da frequência cardíaca e em mulheres com potencial de engravidar (BARROSO *et al.*, 2021).

O tratamento medicamentoso pode começar com monoterapia ou uma combinação de medicamentos conforme demonstrado na figura 1. A terapia combinada deve ser enfatizada como a estratégia preferencial para a maioria dos pacientes hipertensos. Para pacientes com HA em estágio 1 com baixo risco CV ou alto risco CV com PA 130-139/85-89 mmHg, ou idosos e/ou indivíduos frágeis, a monoterapia pode ser a estratégia inicial de redução da PA. Independentemente do estágio da HA e do risco CV associado, a combinações de fármacos é a estratégia de tratamento preferencial para a maioria dos pacientes hipertensos (BARROSO *et al.*, 2021).

Figura 1 - Fluxograma de tratamento medicamentoso.



Fonte: Diretrizes Brasileiras da Hipertensão Arterial, 2020.

O uso dos diversos anti-hipertensivos recomendados pela OMS e pela Sociedade Internacional de Hipertensão deve ser baseado em diversos parâmetros, como custo, presença de doenças associadas, eficácia, efeitos colaterais, tolerabilidade ou impacto na qualidade de vida, devendo ser feito monitoramento da terapia medicamentosa (GIROTTO *et al.*, 2013).

Para todos os pacientes, o tratamento começa a partir do momento em que a pressão elevada começa a representar um risco. O risco depende da combinação de valores de níveis pressóricos, idade, associação com outros fatores de risco, presença de lesão orgânica subclínica ou estabelecida e diabetes mellitus. Os benefícios surgem quando as metas são alcançadas, especialmente quando são feitas o mais rápido possível e mantidas (LONGO, MARTELLI, ZIMMERMANN, 2011).

3.6.3 Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico

A definição de adesão varia dependendo da fonte utilizada, mas, em geral, significa o grau de acordo entre as orientações recebidas (sobre frequência de consultas, cuidados, tratamentos não farmacológicos e farmacológicos) e comportamento do paciente. O grau de adesão também pode ser verificado e tem como extremo o abandono do tratamento (GUSMÃO *et al.*, 2009).

A mudança de hábitos é uma variável importante na determinação do comportamento do hipertenso, ou seja, quanto mais mudanças no estilo de vida ele precisar fazer em decorrência do tratamento, menor será a probabilidade de ele aderir ao tratamento. Acredita-se que a adesão ao tratamento da HA ao longo da vida seja baixa. Em média 40% dos pacientes abandonam o tratamento convencional no primeiro ano, deixando de se beneficiar da redução de lesões em órgãos-alvo, redução de eventos cardiovasculares, ocorrência de infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Possivelmente, a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica seja a mais importante causa de falha terapêutica, além de ser um dos principais problemas enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, uma vez que a morbimortalidade da hipertensão aumentou (ROCHA; BORGES; MARTINS, 2017).

A adesão ao tratamento farmacológico inclui diversos elementos que fazem parte da vida do paciente, como: o próprio paciente, o tratamento, a doença, a rotina,

os profissionais de saúde e a qualidade de vida do usuário e sua família. Todos esses fatores precisam estar em equilíbrio para a adesão ao tratamento (NASCIMENTO *et al.*, 2021).

O tratamento não medicamentoso da hipertensão é considerado uma dificuldade na adesão ao tratamento. Essa prática exige paciência e disciplina para ver os resultados, além de adoção de estilo de vida saudável e mudanças necessárias na rotina, o que não é fácil para muitos (FALCÃO *et al.*, 2018).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem de natureza quantitativa. O estudo transversal é muito útil na descrição de fenômenos, além de servir para pesquisas que buscam saber relações do tipo causa e efeito, avaliar relações entre fatores de risco, determinantes e o que se supõe serem as consequências ou desfechos, exemplo: sequelas e danos ou até benefícios. O estudo descritivo tem por objetivo observar, registrar, analisar e relacionar fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los (RAIMUNDO; OLIVEIRA; LEONE, 2018).

A pesquisa quantitativa visa demonstrar a significância dos dados coletados na validação de forma quantificável. Adequada para medir opiniões, atitudes, preferências, estimar o potencial ou tamanho de algo (PROETTI, 2018).

4.2 Cenário da pesquisa

O cenário desta investigação foi a cidade de Caxias, localizada no estado do Maranhão. O município contém uma área da unidade territorial de 5.201,927 km², com população estimada em 166.159 em 2021 e uma densidade demográfica de 30,12 habitantes/km² (IBGE, 2017).

A pesquisa foi realizada em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana, localizadas nos bairros Nova Caxias, Cohab e Castelo Branco escolhidas aleatoriamente.

4.3 População-amostra

A amostragem ocorreu por conveniência. A população do estudo é composta por 146 pacientes hipertensos cadastrados e atendidos pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas referidas unidades básicas de saúde do município de Caxias-Ma, selecionadas para o estudo.

Foram incluídos no estudo os pacientes diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica, em tratamento anti-hipertensivo, acompanhados e atendidos nas unidades básicas de saúde do estudo, com idade entre 18 a 81 anos. Foram excluídos

aqueles pacientes com contraindicação a terapia com anti-hipertensivos, problemas mentais graves que não tenham capacidade mental para responder os questionamentos e gestantes hipertensas.

4.4 Instrumento e técnica de coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: questionário adaptado de Rodrigues e Moreira (2012) (APÊNDICE B), para coleta dos dados socioeconômicos, do tratamento não farmacológico (prática de atividade física e os hábitos alimentares), bem como, para coleta de informações relativas aos fatores associados à adesão ao tratamento. Também foi utilizado o Teste de Morisky e Green, utilizado para medir o grau de adesão dos pacientes frente ao tratamento farmacológico (ANEXO 1).

O Teste de Morisky e Green é uma escala de quatro questões estruturadas sobre os seguintes itens: O paciente alguma vez esqueceu de tomar a medicação? É descuidado com o horário de tomar os medicamentos? Toma quando está se sentindo bem? Quando se sente mal com o uso dos remédios, deixa de tomá-los? O grau de adesão foi determinado pela pontuação das respostas: sim=0 e não=1. Os resultados variam de 0 a 4, correspondendo ao menor valor para não aderentes e ao maior valor para aderentes. O critério adotado para a pontuação foi de 0 a 3 pontos para os não aderentes e a pontuação máxima de 4 pontos para os aderentes.

A coleta dos dados ocorreu durante o período de novembro de 2023 a janeiro de 2024. Os participantes hipertensos, foram abordados pela pesquisadora na sala de espera das UBSs, onde foram convidados a participar da pesquisa. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora que assinalava as alternativas indicadas como resposta pelo paciente.

4.5 Análise dos dados

Para análise, os dados foram organizados em planilhas do *Excel*®, posteriormente, foram exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 20.0) para análise descritiva com cálculos de frequências absolutas e percentuais. O teste qui-quadrado foi aplicado para avaliar a associação entre a adesão ao tratamento farmacológico e as características sócio demográficas.

4.6 Aspectos éticos e legais

O estudo trata-se de uma pesquisa de campo envolvendo seres humanos, e conforme o previsto na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) primeiramente o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e em seguida encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), aprovado sob o CAAE 70198523.5.0000.5554, com parecer de nº 6.156.554, e somente após foi iniciado.

Os participantes do estudo foram orientados sobre o anonimato das informações, natureza, objetivos, coleta de dados, riscos e benefícios da pesquisa e confirmaram sua presença na pesquisa assinando um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), documento assinado em duas vias, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora.

A participação na pesquisa poderia apresentar risco mínimo ou pequeno para os participantes. Estes poderiam se sentir desconfortáveis com as perguntas relacionadas a questões socioeconômicas e de hábitos alimentares e/ou cansados. No entanto, para minimizar esses riscos era assegurado a garantia do sigilo em relação as respostas dadas, além do anonimato por meio da identificação não nominal no formulário e no banco de dados. Também era informado sobre o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento sem danos e prejuízo a pesquisa e a si próprio.

Os benefícios podem ser diretos ou indiretos e dizem respeito a produção de conhecimento sobre a temática que pode servir de subsídio para que os profissionais criem intervenções terapêuticas e educativas para melhora da qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização do perfil socioeconômico dos pacientes hipertensos

Os resultados são referentes as respostas de 146 participantes. Com relação a caracterização socioeconômica, observou-se que a maioria eram do sexo feminino 103 (70,5%), na faixa etária de 56 a 65 anos, com 50 participantes (34,2%), 64 (43,8%) de raça parda, 63 (43,2%) casados e 66 (45,2%) referiram escolaridade “ensino fundamental incompleto”. Quanto à renda familiar, 74 (50,7%) hipertensos declararam receber 1 salário mínimo e quanto à religião, 106 (72,6%) são católicos, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Dados socioeconômicos dos participantes hipertensos entrevistados (n=146). Caxias, Maranhão, 2024.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	43	29,5
Feminino	103	70,5
Faixa etária		
30-39	3	2,1
40-45	10	6,8
46-55	21	14,4
56-65	50	34,2
66-70	34	23,3
71-75	22	15,1
76-81	6	4,1
Raça/ cor		
Branca	30	20,5
Preta	51	34,9
Parda	64	43,8
Amarela	-	-
Indígena	1	0,7
Estado civil		
Casado (a)	63	43,2
Solteiro (a)	28	19,2
Viúvo (a)	36	24,7
Divorciado (a)	19	13,0
Escolaridade		
Analfabeto (a)	25	17,1
Ensino fundamental incompleto	66	45,2
Ensino fundamental completo	9	6,2
Ensino médio incompleto	4	2,7
Ensino médio completo	27	18,5
Ensino superior incompleto	5	3,4
Ensino superior completo	10	6,8
Renda familiar		
Menor que 1 salário mínimo	40	27,4
1 salário mínimo	74	50,7
De 1 a 2 salários mínimos	20	13,7
Acima de 2 salários mínimos	12	8,2

Religião		
Católica	106	72,6
Evangélica	34	23,3
Espírita	2	1,4
Não possui	1	0,7
Outra	3	2,1
Total	146	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

A prevalência de mulheres entre os participantes corrobora com a análise de Almeida *et al.* (2017). De acordo com seu estudo o predomínio do sexo feminino está associado ao fato de que as mulheres são mais preocupadas com sua própria saúde, dessa forma, procuram os serviços de saúde com maior frequência e, portanto, são diagnosticadas antes dos homens. Segundo Leão (2020), a menor busca aos serviços de saúde pelos homens tem como razão a falta de conhecimento, o que acarreta na negligência dos sintomas apresentados, além de desculpas relacionadas à ausência de tempo devido a rotina e a responsabilidade de ser o provedor da família.

A faixa etária foi semelhante a encontrada por Leão (2020), com predominância de indivíduos de 51 a 60, seguido de hipertensos com mais de 60 anos. Observa-se que o risco de desenvolver hipertensão aumenta conforme o envelhecimento. Macedo *et al.* (2017) destaca que, de acordo com o avançar da idade ocorrem diversas alterações na anatomia e fisiologia cardiovascular que influenciam o aumento da pressão arterial e surgimento da HAS, e quando associada a outros fatores de riscos podem desenvolver complicações metabólicas ou cardiovasculares. Ademais, a presença de agravos simultâneos faz com que o paciente procure mais os serviços de saúde, o que contribui para o diagnóstico de HAS.

Com relação a variável raça, o achado do presente estudo divergiu com o de Chaves e Dantas (2022), no qual houve predominância de hipertensos que autodeclararam ser de raça branca. Segundo Malta *et al.* (2022), pessoas de raça/cor de pele preta são predispostos geneticamente ao surgimento de HAS, aliado a esse fator, determinantes sociais como condições econômicas e estresse devido ao estilo de vida ou situações de racismo também influenciam negativamente a contrair a patologia.

Quanto ao quesito “estado civil”, houve prevalência de pacientes hipertensos casados. O casamento/união estável é uma condição que acarreta sobrecarga de funções e responsabilidades devido a constituição de família, o que

pode ocasionar estresse, que configura um dos fatores de risco para o desenvolvimento de HAS (CHAGAS *et al.*, 2016).

Na caracterização de perfil epidemiológico de hipertensos realizada em uma UBS de Minas Gerais por Chaves e Dantas (2022) também houve prevalência de pacientes com ensino fundamental incompleto. Indivíduos com baixa escolaridade são mais expostos aos fatores de riscos e a dificuldades de acesso aos serviços de saúde devido à baixa condição socioeconômica, ademais possuem menor alcance a orientações sobre modificações de estilo de vida e menor chance de acesso a obter alimentação saudável e autocuidado em saúde.

No tocante à renda familiar, o resultado converge com o da pesquisa de Castro *et al.* (2018) e contrapõe o de Leão (2020), no qual a maioria referiu renda de mais de 1 salário a 3. A renda é um fator importante no tratamento, uma vez que, pode interferir no acesso aos medicamentos, que nem sempre estão disponíveis gratuitamente nas unidades de saúde, e na adesão a hábitos alimentares saudáveis (BARROSO *et al.*, 2021). Na investigação de Tonus *et al.* (2021), a religião católica foi a mais prevalente com 53,9%, seguida da evangélica com 32,9%, em concordância com esta análise.

5.2 Adesão dos clientes hipertensos ao tratamento farmacológico

A aplicação do Teste de Morinsky e Green demonstrou predominância de não adesão ao tratamento farmacológico entre os participantes. 115 (78,77%) não aderem integralmente ao tratamento medicamentoso, pois não pontuaram em todas as perguntas, obtendo score menor ou igual a 3, e somente 31 (21,23%) foram caracterizados como aderentes (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência da adesão/não adesão ao tratamento farmacológico da HA de acordo com o Teste de Morisky e Green (n=146). Caxias, Maranhão, 2024.

Adesão ao tratamento farmacológico	N	%
Aderentes	31	21,23
Não aderentes	115	78,77
Total	146	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Campos *et al.* (2019) utilizou o mesmo instrumento do presente estudo e identificou que apenas 27% da sua amostra apresentaram alta adesão ao tratamento

farmacológico, resultado similar ao encontrado neste. Uma avaliação da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial com 71 indivíduos atendidos por um ambulatório da Atenção Primária na Bahia, constatou que, 54,9% da amostra estudada eram não aderentes ao tratamento farmacológico, corroborando com o presente levantamento (PEREIRA *et al.*, 2021).

A adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão é algo de extrema relevância no cenário da atenção básica, pois controla a patologia, previne complicações e conseqüentemente melhora o prognóstico. Múltiplos fatores estão associados a adesão a medicação anti-hipertensiva, o que torna um problema complexo, e evidencia a importância da educação continuada em saúde para instruir o paciente sobre a importância de realizar o tratamento adequadamente (NASCIMENTO; FERREIRA; SANTOS, 2022).

Com relação a frequência de respostas nos itens do Teste de Morisky e Green (Tabela 4), notou-se que o comportamento não aderente mais relatado foi o de recordar de tomar o medicamento, sendo reportado por 95 (65,07%) pacientes hipertensos, seguido pelo item de descuido quanto ao horário de administração dos medicamentos com 86 (58,90%) respostas “sim”.

Tabela 4 - Frequência de respostas ao Teste de Morisky e Green entre idosos em uso de algum medicamento anti-hipertensivo (n=146). Caxias, Maranhão, 2024.

Teste de Morisky e Green	Sim n (%)	Não n (%)
1 – Você alguma vez esquece de tomar seu remédio?	95 (65,07)	51 (34,93)
2 - Você às vezes, se descuida quanto ao horário de tomar seu remédio?	86 (58,90)	60 (41,10)
3 - Quando você se sente bem, às vezes deixa de tomar seu remédio?	35 (23,98)	111 (76,02)
4 - Quando você se sente mal com seus remédios, às vezes deixa de tomá-los?	26 (17,81)	120 (82,19)

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Os itens identificados como mais prevalentes foram os mesmos da análise de Aquino *et al.* (2017). Nos dados de Oliveira *et al.* (2020) a distribuição de frequências foi o inverso do achado neste, com predominância de pontuação no item de “descuido em relação ao horário correto de tomar o remédio” com 80%, e na sequência o outro problema mais citado “a dificuldade de lembrar de tomar o remédio”

com 56%. Entretanto, ressalta-se que, neste estudo não houve discrepância exorbitante entre os dois itens prevalentes, portanto, o apurado não diverge significativamente do encontrado pelos autores.

Um dos principais fatores para a não adesão ao tratamento farmacológico é o esquecimento, o que contribui negativamente para o insucesso do tratamento farmacológico e do controle dos níveis pressóricos (NASCIMENTO; FERREIRA; SANTOS, 2022). Por outro lado, o baixo percentual de respostas “sim” para os itens 3 e 4 do teste de adesão reflete uma postura positiva dos pacientes, pois a maioria não interrompe o tratamento de forma intencional.

O descuido de lembrar de tomar a medicação, nos horários e doses corretas está intrinsecamente ligado à idade dos pacientes, sendo fator diretamente proporcional. Nesse sentido, os mais jovens tendem a ter menores falhas de adesão ao tratamento farmacológico do que os idosos (NASCIMENTO; FERREIRA; SANTOS, 2022). Isso poderia explicar a prevalência desses comportamentos neste estudo, uma vez que, a faixa etária mais predominante foi a de pessoas com mais de 50 anos.

Ademais, o número de doses prescritas também contribui para a baixa adesão, pois assim o paciente fica mais propenso a esquecer de tomar a medicação nos horários corretos ou até mesmo de não lembrar de forma alguma, principalmente quando precisa se ausentar do domicílio no decorrer do dia (AQUINO *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2021).

Os percentuais das variáveis envolvidas na adesão ao tratamento farmacológico revelaram boa chance de adesão entre os participantes hipertensos (Tabela 5). 130 (89,04%) negaram utilizar o tratamento medicamentoso somente na presença de sintomas, 124 (84,93%) relataram não ter dificuldade de tomar a medicação devido à frequência, 135 (92,47%) referiram não possuir dificuldade de adquirir a medicação mesmo quando não disponível sua distribuição na unidade de saúde e 117 (80,14%) afirmaram comparecer nas consultas agendadas para o tratamento da HAS.

Tabela 5 - Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica (n=146). Caxias, Maranhão, 2024.

Variáveis	N	%
Tratamento medicamentoso apenas com sintomas		
Sim	16	10,96

Não	130	89,04
Dificuldade para tomar a medicação devido à frequência		
Sim	22	15,07
Não	124	84,93
Dificuldade para adquirir o medicamento quando em falta na unidade de saúde		
Sim	11	7,53
Não	135	92,47
Comparecimento nas consultas marcadas para tratamento		
Sim	117	80,14
Não	29	19,86
Total	146	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Os valores para o item “tratamento medicamentoso apenas com sintomas” foram similares aos de Bernardi *et al.* (2022), no qual, 87,9% dos participantes relataram não fazer uso de medicação somente na presença de sintomas, isso reflete que os mesmos fazem uso regular dos medicamentos. Na análise de Santos e Ferreira (2018), quando questionado aos pacientes com que frequência eles decidiam não tomar o medicamento, 98,44% afirmaram que nunca fazem isso, o que demonstra que são cientes da importância da terapêutica farmacológica. A conduta de achar necessário fazer uso do medicamento apenas na presença de sintomas é perigosa, pois a HAS é uma doença silenciosa, que quando não tratada de forma adequada, pode ser agravada, sem o paciente perceber. Contudo, neste trabalho e nos dos autores acima citados a maioria dos participantes demonstraram postura positiva em relação a essa variável.

Costa *et al.* (2021) analisou a adesão ao tratamento de 562 portadores de HAS assistidos pela ESF e verificou que 52% do público participante do seu estudo responderam não ter dificuldade para tomar os medicamentos devido à frequência, corroborando com o presente estudo.

Apesar da presença de uma grande variedade de medicamentos nos programas de atenção primária do SUS, ocorre frequentemente a escassez de produtos, resultando em interrupções no tratamento e no difícil controle da HA para indivíduos em vulnerabilidade social, levando ao abandono ou a não adesão. (GEWER *et al.*, 2018). Em contrapartida, nesta análise notou-se que, a ausência da

disponibilidade gratuita do medicamento pelo SUS, não constitui barreira de acesso e adesão para a maioria dos participantes.

Na investigação de Almeida *et al.* (2018) também foi demonstrado assiduidade nas consultas médicas, assim como nesta pesquisa. Ainda segundo os autores, a HAS é uma patologia que uma vez diagnosticada, preconiza acompanhamento médico periódico. Além disso, a frequência nas consultas médicas e educação em saúde dos pacientes por meio de orientações contribui para aumentar a adesão ao tratamento e controlar os níveis pressóricos.

Um resultado promissor em relação a adesão ao tratamento medicamentoso é de grande relevância, pois não seguir o tratamento corretamente pode gerar redução da eficácia farmacoterapêutica (PIRES; ANDRADE, 2021).

5.3 Associação do perfil socioeconômico com a adesão ao tratamento farmacológico

Quando relacionado o perfil socioeconômico a adesão ao tratamento farmacológico (Tabela 6) não foi encontrada associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com nenhuma das variáveis independentes. Com relação a caracterização socioeconômica de maior prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso, destacaram-se: sexo masculino 10 (23,3%), idade entre 40 a 45 anos 5 (50,0%), indígenas 1 (100%), na sequência a raça preta 12 (23,5%), viúvos 10 (27,8%), ensino médio incompleto 3 (75,0%), renda de 1 a 2 salários mínimos 7 (35%). Quanto a religião, “outras” 3 (100%) e em seguida a religião evangélica 9 (26,5%).

Tabela 6 - Associação do perfil socioeconômico com a adesão ao tratamento farmacológico (n=146). Caxias, Maranhão, Brasil, 2024.

Variáveis	n	Aderentes n (%)	Não aderentes n (%)	p-valor
Sexo				
Masculino	43	10 (23,3)	33 (76,7)	0,903
Feminino	103	23 (22,3)	80 (77,7)	
Faixa etária em anos				
30-39	3	1 (33,3)	2 (66,7)	0,159
40-45	10	5 (50,0)	5 (50,0)	
46-55	21	5 (23,8)	16 (76,2)	
56-65	50	6 (12,0)	44 (88,0)	
66-70	34	7 (20,6)	27 (79,4)	
71-75	22	7 (31,8)	15 (68,2)	

76-81	6	2 (33,3)	4 (66,7)	
Raça/ cor				
Branca	30	7 (23,3)	23 (76,7)	
Preta	51	12 (23,5)	39 (76,5)	0,302
Parda	64	13 (20,3)	51 (79,7)	
Amarela	-	-	-	
Indígena	1	1 (100,0)	-	
Estado civil				
Casado (a) /união consensual	63	17 (27,0)	46 (73,0)	
Solteiro (a)	28	5 (17,9)	23 (82,1)	0,182
Viúvo (a)	36	10 (27,8)	26 (72,2)	
Divorciado (a)	19	1 (5,3)	18 (94,7)	
Escolaridade				
Analfabeto (a)	25	6 (24,0)	19 (76,0)	
Ensino fundamental incompleto	66	15 (22,7)	51 (77,3)	
Ensino fundamental completo	9	2 (22,0)	7 (77,8)	
Ensino médio incompleto	4	3 (75,0)	1 (25,0)	0,160
Ensino médio completo	27	6 (22,2)	21 (77,8)	
Ensino superior incompleto	5	2 (40,0)	3 (60,0)	
Ensino superior completo	10	10 (100,0)	-	
Renda familiar				
Menor que 1 salário mínimo	40	9 (22,5)	31 (77,5)	
1 salário mínimo	70	14 (18,9)	60 (81,1)	
De 1 a 2 salários mínimos	20	7 (35,0)	13 (65,0)	0,499
Acima de 2 salários mínimo	12	3 (25,0)	9 (75,0)	
Religião				
Católica	106	21 (19,8)	85 (80,2)	
Evangélica	34	9 (26,5)	25 (73,5)	0,180
Espírita	2	-	2 (100,0)	
Não possui	1	-	1 (100,0)	
Outra	3	3 (100,0)	-	
Total	146	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Barreto *et al.* (2014) aponta associação entre adesão ao tratamento farmacológico da HAS e diversos atributos sociodemográficos, neste estudo, entretanto, não houve significância estatística entre adesão e não adesão dentro dos estratos das categorias socioeconômicas, assim como no de Pereira *et al.* (2021), que não verificou associação nas categorias: sexo, cor e renda.

A prevalência do sexo masculino na adesão ao tratamento da HAS, foi igual ao observado por Pereira *et al.* (2021). Porém, Bernardi *et al.* (2022), Monteiro *et al.* (2020) e Rocha, Borges e Martins (2017) encontraram prevalência do sexo feminino. A possível causa da predominância de adesão entre o sexo feminino pode estar associada a maior percepção dos cuidados da saúde familiar e o maior número de programas voltados à saúde da mulher. Além das mulheres serem mais propensas a maiores níveis de estresse, fator de risco para HAS, devido à dupla jornada de trabalho (doméstico e profissional) (BERNARDI *et al.*, 2022).

A faixa etária convergiu com a da avaliação de Ghelman *et al.* (2018), no qual a faixa etária de maior adesão foi a de 40 anos. De acordo com estes autores, idades mais avançadas tendem a possuir menor seguimento à terapia, por isso a prevalência dessa faixa etária. Além disso, os idosos costumam agir de acordo com suas opiniões e experiências socialmente compartilhadas, o que dificulta o tratamento.

Na análise de Pereira *et al.* (2021), a raça preta obteve adesão superior as demais, com 36,8% do total, e para a variável renda, aqueles que recebem entre 1 a 2 salários mínimos são os principais aderentes ao tratamento farmacológico, em consonância com os resultados desta pesquisa.

Na variável “estado civil”, divorciados e solteiros foram os menos aderentes ao tratamento farmacológico, e os viúvos e casados foram os mais aderentes, Souza e Stival (2014) encontraram resultado igual ao apresentado. De acordo com Alves e Calixto (2012) a família exerce um papel fundamental no processo de tratamento do paciente, pois quando a mesma demonstra preocupação com o tratamento e condição do portador de DCNT, o mesmo mostra-se mais comprometido e envolvido com a sua própria saúde, por isso pessoas que compartilham a vida com um parceiro tem maior chance de adesão ao tratamento. Este fato difere da prevalência de viúvos encontrada nesta análise, no entanto, ressalta-se que houve pouca diferença percentual de adesão entre viúvos e casados. Em compensação a afirmação dos autores explica a predominância de não adesão entre divorciados e solteiros.

No Brasil, a HAS é mais preeminente em indivíduos com baixa escolaridade, e possivelmente um dos principais fatores que influenciam na adesão ao tratamento. Taxas elevadas de não adesão em pacientes hipertensos com menor escolaridade pode ser justificada pela dificuldade de compreensão das informações comunicadas pelo profissional de saúde, da prescrição médica e de informações obtidas na bula do medicamento (interpretação da dosagem correta, indicações,

contraindicações e advertências), e aumenta o risco de erros na administração da medicação (GEWEHR *et al.*, 2018).

5.4 Adesão dos hipertensos ao tratamento não farmacológico

Quanto aos aspectos da terapia não farmacológica (Tabela 7), 93 (63,70%) dos pacientes relataram possuir 10 anos ou mais de tempo de diagnóstico de HAS, após o início do tratamento 100 (68,50%) afirmaram reduzir o consumo de sal pela metade, 72 (49,32%) reduziram gordura pela metade e a redução de consumo de doce também foi parcial 42 (28,77%). Com relação ao consumo de carne branca houve empate entre os que referiram comer até 3 vezes na semana e os que consomem 4 vezes ou mais durante a semana 55 (37,67%). Grande parte não pratica atividade física 84 (57,93%) e não perderam peso após o início do tratamento 76 (52,05%).

Tabela 7 - Distribuição das respostas dos hipertensos (n=146) em relação à manutenção de hábitos de vida saudáveis. Caxias, Maranhão, 2024.

Variáveis	n	%
Tempo de diagnóstico de HAS		
0 a 5 anos atrás	36	24,66
6 a 9 anos atrás	17	11,64
10 ou mais	93	63,70
Redução do sal		
Não reduziu	18	12,33
Pela metade	100	68,50
Alimentação praticamente ensossa	10	6,84
Sempre fez uso de uma alimentação pobre em sal	18	12,33
Redução da gordura		
Não reduziu	23	15,75
Pela metade	72	49,32
Alimentação praticamente sem gordura	37	25,34
Sempre fez uso de uma alimentação com pouca gordura	14	9,59%
Preferência por consumo de carne branca		
Não	28	19,18
Sim, até 3 vezes na semana	55	37,67
Sim, 4 vezes ou mais na semana	55	37,67
Sempre consumiu carne branca no mínimo 4 vezes por semana	8	5,48

Redução do consumo de doces

Não	35	23,97
Reduziu pela metade	42	28,77
Alimentação praticamente sem açúcar	32	21,92
Sempre fez uso de uma alimentação pobre em doces e bebidas com açúcar	37	25,34
Exercício físico		
Não	84	57,93
Menos de 3 vezes por semana	30	20,69
De 3 a 5 vezes por semana	21	14,48
Mais de 5 vezes por semana	10	6,90
Redução do peso		
Sim	76	52,05
Não	70	47,95
Total	146	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

No estudo de Nascimento *et al.* (2021) também houve prevalência de diagnóstico de HAS de mais de 10 anos com 33,5% das respostas. Pinto *et al.* (2021) obteve um resultado de 96,2% de adesão a hábitos alimentares saudáveis, enquanto nesta investigação houve adesão positiva em relação a adoção de uma alimentação mais saudável após o início do tratamento, pois poucos relataram não ter alterado a alimentação. Na avaliação de Bernardi *et al.* (2022), os resultados também demonstraram uma adesão promissora em relação a modificações na alimentação, pois somente 17,7% relataram não diminuir o uso de sal ao iniciar o tratamento, 20,6% não diminuíram consumo de gordura com início de tratamento, 31,9% não reduziram o consumo de doces e bebidas açucaradas e, somente em relação ao consumo de carnes brancas que o percentual de não adesão foi relativamente alto com 41,8% das respostas.

A prática de atividade física é fundamental no auxílio da redução dos níveis pressóricos. Esse fato é corroborado pelo estudo de Nogueira *et al.* (2012), no qual verificou que a prática de exercícios físicos reduziu a hipertensão e melhorou a qualidade de vida dos indivíduos. Contudo, o sedentarismo é considerado o fator de risco de maior incidência, fato demonstrado neste estudo e no de Almeida *et al.* (2019) que na sua análise encontrou uma taxa de 91% de participantes que referiram ser sedentários. Os benefícios de praticar exercícios vão além do controle da PA, também é responsável pela diminuição dos fatores de risco cardiovasculares e menor morbimortalidade, por estas razões, é tão recomendado na prevenção primária e no tratamento da hipertensão arterial (COSTA *et al.*, 2021).

Na variável de redução de peso os resultados tiveram valores próximos. O controle do peso é um fator importante na prevenção e tratamento de HAS, visto que a obesidade é um fator de risco para o surgimento da patologia, pois, o aumento de gordura no sangue pode ocasionar a aderência da mesma nos vasos sanguíneos e levar a formação de placas que podem vir a obstruir esses vasos e aumentar a PA (ALMEIDA *et al.*, 2019).

6 CONCLUSÃO

Em síntese, com relação ao perfil socioeconômico, verificou-se que prevaleceram mulheres, faixa etária de 56 a 65 anos, de raça parda, casados, com escolaridade ensino fundamental incompleto, com renda de 1 salário mínimo e católicos.

Com a aplicação do teste de Morisky e Green, observou-se prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso entre os participantes, sendo a principal dificuldade em relação a adesão “recordar de tomar o medicamento”. Todavia, foi observado que os pacientes não deixam de tomar de forma intencional, e sim, em razão de descuido. Quando associado os dados socioeconômicos com a adesão ao tratamento farmacológico, não houve associação significativa em nenhuma das variáveis.

Quanto aos fatores relacionados a adesão ao tratamento farmacológico, constatou-se participação efetiva do paciente em seu processo terapêutico, pois não interromperam o tratamento diante da ausência dos sintomas, não referiram dificuldade em seguir o esquema terapêutico ou adquirir a medicação quando não disponível na UBS, tampouco afirmaram não comparecer nas consultas agendadas para o tratamento.

Na avaliação dos fatores associados ao tratamento não farmacológico, notou-se adesão relativamente positiva a modificações nos hábitos alimentares, porém houve predominância de sedentarismo e percentual considerável de indivíduos que não perderam peso após o início do tratamento.

Por se tratar de uma doença de alta prevalência e capaz de contribuir negativamente para o surgimento de outras comorbidades e até mesmo levar a morte se não controlada, faz-se necessário a necessidade permanente do processo educativo junto a esses pacientes e da constante atenção para o esclarecimento da condição de saúde e necessidade de tratamento.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Amanda Santos de et al. Estilo de vida e perfil socioeconômico de pacientes hipertensos. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 4826-4837, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22299p4826-4837-2017>. Acesso em: 15 fev. 2024.
- ALVES, Bruna Araújo.; CALIXTO, Amanda Aparecida Teixeira Ferreira. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst**, v. 30, n. 3, p. 255-60, 2012. Disponível em: http://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/V30_n3_2012_p255a260.pdf. Acesso em: 15 fev. 2024.
- AQUINO, Glenda de Almeida et al. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, p. 111-122, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160098>. Acesso em: 17 fev. 2024.
- BARBOSA, Maria Emília Marcondes *et al.* Fatores associados à adesão de adultos/idosos ao tratamento da hipertensão arterial na atenção básica [Factors associated with adult/elderly adherence to the treatment of arterial hypertension in primary care][Factores asociados con la adherencia de adultos/ancianos al tratamiento de la hipertensión arterial en atención primaria]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. 45894, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.45894>. Acesso em: 21 set. 2022.
- BARRETO, Mayckel da Silva; REINERS, Annelita Almeida Oliveira; MARCON, Sonia Silva. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, p. 491-498, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3447.2442>. Acesso em: 05 fev. 2024.
- BARROSO, Weimar Kunz Sebba *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial–2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, p. 516-658, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>. Acesso em: 21 set. 2022.
- BERNARDI, Nathalya Rossini et al. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: fatores associados. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 43, p. e11842-e11842, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reac.e11842.2023>. Acesso em: 23 fev. 2024.
- CAMPOS, Karen Jacyara et al. Factors associated with adherence to pharmacological treatment by hypertensive patients: Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico por pacientes hipertensos. **Concilium**, v. 23, n. 11, p. 291-302, 2023. Disponível em: 10.53660/CLM-1446-23G16A. Acesso em: 01 mar. 2024.
- CASTRO, Leônida da Silva et al. Perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica em uma população da zona urbana do Maranhão. **Revista Eletrônica**

Acervo Saúde, n. 18, p. e125-e125, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e125.2019>. Acesso em: 25 fev. 2024.

CHAVES, Rayanne Monielle dos Santos; DANTAS, Isa Ribeiro de Oliveira. Perfil epidemiológico de pacientes com hipertensão arterial sistêmica em uma Unidade Básica de Saúde no interior de Minas Gerais. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**, v. 9, p. 103-116, 2022. Disponível em: <https://revistas.unipam.edu.br/index.php/revistasaude/article/view/3018/3039>. Acesso em: 20 fev. 2024.

COSTA, Magnania Cristiane Pereira et al. Hipertensão arterial: caracterização sociodemográfica e a adesão ao tratamento da população assistida pelas estratégias de saúde da família. **Saúde (Santa Maria)**, 2021. Disponível em: 10.5902/2236583464756. Acesso em: 01 mar. 2024.

COSTA, Nathália Santa Cruz Pinheiro et al. Exercício físico auxiliando no tratamento da hipertensão arterial. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 19627-19632, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-552>. Acesso em: 09 fev. 2024.

DE GUSMÃO, Josiane Lima *et al.* Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens**, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009. Disponível em: [https://www.saudedireta.com.br/docsupload/134036436611-adesao%20\(1\).pdf](https://www.saudedireta.com.br/docsupload/134036436611-adesao%20(1).pdf). Acesso em: 12 dez. 2022.

DE SOUSA FALCÃO, Aline *et al.* Estilo de vida e adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica em homens idosos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/vie>. Acesso em: 11 dez. 2022.

GEWEHR, Daiana Meggiolaro et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em debate**, v. 42, p. 179-190, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811614>. Acesso em: 01 fev. 2024.

GHELMAN, Liane Gack *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial e fatores associados. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1273-1280, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a230606p1273-1280-2018>. Acesso em: 03 out. 2022.

GIROTTTO, Edmarlon *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1763-1772, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3GdPqvmzdkBXNvFmywt6hWJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Maranhão, Caxias infográficos**: dados gerais do município. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/caxias/panorama>. Acesso em: 06 nov. 2022.

KAISER, Sergio Emanuel. Contribuição do estudo da microcirculação à fisiopatologia da hipertensão arterial. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE)**, v. 10, n. 3, 2011. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8859>. Acesso em: 08 dez. 2022.

LEÃO, Flávia Pâmela Miguins Evangelista. O perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos atendidos na unidade básica de saúde do bairro Infraero no município de Oiapoque. 2020. Disponível em: <http://repositorio.unifap.br:80/jspui/handle/123456789/436>. Acesso em: 15 fev. 2024.

LONGO, Marco Aurelio Tosta; MARTELLI, Anderson; ZIMMERMANN, Anita. Hipertensão arterial sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de psicogeriatría do Instituto Bairral de Psiquiatria, no município de Itapira, SP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 271-284, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/hGNLkCdCVRvH79GbTr3S8WWv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2022.

MACEDO, J. L. et al. Perfil epidemiológico da hipertensão arterial em um município maranhense. **ReonFacema**, v. 3, n. 4, p. 693-698, 2017. Acesso em: 15 fev. 2024.

MACETE, Katuscia Galavotti; BORGES, Grasiely Faccin. Não Adesão ao Tratamento não Medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica/Not Adhering to Non-Drug Treatment of Systemic Hypertension. **Saúde em Foco**, p. 128-154, 2020. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/1976/491492342>. Acesso em: 11 dez. 2022.

MAGALHÃES, Lucélia Batista Neves Cunha; AMORIM, Andrea Monteiro de; REZENDE, Edna Pereira. Conceito e aspectos epidemiológicos da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v. 25, n. 1, p. 6-12, 2018. Disponível em: http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/25-1/02_revista%20brasileira%20de%20hipertens%C3%A3o_25_n1.pdf. Acesso em: 11 dez. 2022.

MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial: apresentação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, p. XV-XIX, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20160140>. Acesso em: 11 dez. 2022.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180021, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.1>. Acesso em: 23 nov. 2022.

MANCIA, Giuseppe *et al.* 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. **Journal of hypertension**, v. 31, n. 10, p. 1925-1938, 2013. Disponível em: [10.1097/HJH.0b013e328364ca4c](https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e328364ca4c). Acesso em: 11 dez. 2022.

MARQUES, Aline Pinto *et al.* Fatores associados à hipertensão arterial: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2271-2282, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.26972018>. Acesso em: 08 dez. 2022.

MONTEIRO, Ariane Alice Fernandes *et al.* Estudo sobre a adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica na UBSF de Três Poços. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 1, p. 1289-1305, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-099>. Acesso em: 08 dez. 2022.

NASCIMENTO, Ana Luiza et al. Fatores associados ao tratamento não medicamentoso por pacientes hipertensos. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, p. 37946-37958, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-315>. Acesso em: 08 mar. 2024.

NASCIMENTO, Graciele; FERREIRA, Nikacya; SANTOS, Rômulo. Adesão ao tratamento farmacológico dos pacientes hipertensos cadastrados na farmácia básica de Massaranduba PB: aplicação da escala de Morisky-Green. **Acta Farmacêutica Portuguesa**, v. 11, n. 2, p. 48-60, 2022. Disponível em: <https://actafarmacaceuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/328>. Acesso em: 25 fev. 2024.

NASCIMENTO, Monique Oliveira do *et al.* Fatores associados à adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão na atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0173>. Acesso em: 21 set. 2022.

NASCIMENTO, Monique Oliveira do; BEZERRA, Simone Maria Muniz da Silva. Adesão à medicação anti-hipertensiva, controle pressórico e fatores associados na atenção primária à saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0049>. Acesso em: 03 out. 2022.

NYLANDER, Bertho Vinícius Rocha *et al.* Prevalência e fatores associados á adesão de pacientes à terapia anti-hipertensiva: uma revisão narrativa de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 3194-3206, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-252>. Acesso em: 03 out. 2022.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de *et al.* 2017: Diretrizes em Hipertensão Arterial para Cuidados Primários nos Países de Língua Portuguesa. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, p. 389-396, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20170165>. Acesso em: 08 out. 2022.

OLIVEIRA, Guilherme Lacerda et al. Fatores relacionados à adesão ao tratamento sob a perspectiva da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.200160>. Acesso em: 08 fev. 2024.

PEDROSA, Rodrigo Pinto; DRAGER, Luciano Ferreira. Diagnóstico e classificação da hipertensão arterial sistêmica. **MedicinaNET** [Internet],[S. l.], 2017. Disponível em:

https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revis%C3%B5es/1430/diagnostico_e%20classifica%C3%A7%C3%A3o_da_%20hipertens%C3%A3o%20arterial_sistematica.htm. Acesso em: 12 dez. 2022.

PELAZZA, Bruno Bordin *et al.* Ações específicas para o controle da pressão de pulso em hipertensos e diabéticos. **Nursing**. São Paulo, v. 23, n. 261, p. 3596-3599, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i261p3596-3599>. Acesso em: 08 dez. 2022.

PEREIRA, Isabela dos Santos *et al.* Avaliação da não adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica em uma população de Salvador-BA. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 153-174, 2021. Disponível em: [10.34117/bjdv7n1-013](https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-013). Acesso em: 08 fev. 2024.

PIRES, Priscilla Julia de Lima Macedo; DE ANDRADE, Leonardo Guimarães. Atenção farmacêutica ao paciente hipertenso. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 9, p. 1090-1109, 2021. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/2313>. Acesso em: 02 mar. 2024.

PROETTI, Sidney. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: Um estudo comparativo e objetivo. **Revista Lumen**, v. 2, n. 4, 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.unifai.edu.br/index.php/lumen/article/view/60>. Acesso em: 23 nov. 2022.

ROCHA, Maria Luciene; BORGES, José Wicto; MARTINS, Martha Fonseca Soares. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial entre usuários da estratégia saúde da família em um município do Piauí. **Revista de APS**, v. 20, n. 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15749>. Acesso em: 11 dez. 2022.

RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; ANDRADE, Dalton Francisco de. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. **Revista de saúde pública**, v. 48, p. 232-240, 2014. Disponível em: [10.1590/S0034-8910.2014048005044](https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005044). Acesso em: 08 fev. 2024.

SANJULIANI, Antonio Felipe. Fisiopatologia da hipertensão arterial: conceitos teóricos úteis para a prática clínica. **Rev SOCERJ**, v. 15, n. 4, p. 210-218, 2002. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2002_04/a2002_v15_n04_art02.pdf. Acesso em 08 dez. 2022.

SANTOS, Clécia Juliana Santana Souza *et al.* Percepção do hipertenso sobre o processo patológico e adesão ao tratamento em uma unidade de saúde da família no Município de Serra Talhada-PE. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 52813-52827, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv.v7i5.30434>. Acesso em: 09 fev. 2024.

SANTOS, Marcilio Sampaio; FERREIRA, Adriano Borges. Avaliação da Adesão ao Tratamento da hipertensão arterial em pessoas Idosas. **Revista Kairós-**

Gerontologia, v. 21, n. 1, p. 395-410, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i1p395-410>. Acesso em: 11 fev. 2024.

SCALA, L. C. *et al.* Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica In: Moreira S. M.; Paola, A. V. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2 ed. São Paulo: Manole, p. 780-5, 2015. Disponível em: Acesso em: 11 dez. 2022.

SOUZA, Amanda Rodrigues Ferreira de. Fatores associados à não-adesão de pessoas com hipertensão arterial sistêmica ao tratamento medicamentoso. 2014. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/8286>. Acesso em: 05 mar. 2024.

WHELTON, Paul K. *et al.* ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 71, n. 19, p. e127-e248, 2018. Disponível em: [10.1016/j.jacc.2017.11.006](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.006). Acesso em: 11 dez. 2022.

WILLIAMS, Bryan *et al.* ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). **European heart journal**, v. 39, n. 33, p. 3021-3104, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>. Acesso em: 12 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults: web annex A: summary of evidence. **World Health Organization**, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344384/9789240033993-eng.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2022.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, Juliana; ECHEIMBERG, J. de O.; LEONE, Claudio. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **J Hum Growth Dev**, v. 28, n. 3, p. 356-60, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/152198/149017/323795>. Acesso em: 23 nov. 2022.

ZHOU, Bin *et al.* Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. **The Lancet**, v. 398, n. 10304, p. 957-980, 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piiS0140-6736\(21\)01330-1/fulltext#seccestitle130](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piiS0140-6736(21)01330-1/fulltext#seccestitle130). Acesso em: 23 nov. 2022.

APÊNDICES

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

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo intitulado “**Fatores associados a adesão ao tratamento da hipertensão arterial**”, que será realizada na Unidade Básica de Saúde, cujo pesquisador responsável é a Profa. Dra. Magnólia de Jesus Sousa Magalhães.

O objetivo do estudo do estudo é caracterizar o perfil sociodemográfico e econômico dos participantes hipertensos; identificar os fatores relacionados a adesão ao tratamento de hipertensão arterial; descrever as dificuldades relacionadas a adesão ao tratamento anti-hipertensivo; correlacionar o perfil socioeconômico com o nível de adesão e verificar o nível de adesão a terapia farmacológica e não farmacológica.

O presente estudo busca identificar os principais fatores associados a adesão ao tratamento de hipertensão arterial. Com esses dados será possível compreender os motivos e as fragilidades que levam alguns pacientes hipertensos a não seguir o tratamento. Além de servir de embasamento para os profissionais no que diz respeito ao planejamento de intervenções terapêuticas e educativas.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que isso acarrete qualquer penalidade. Caso decida aceitar o convite, você será submetido a uma entrevista, onde será requisitado (a) a responder um questionário já estruturado com perguntas referentes a sua saúde, em especial sobre a hipertensão, seus hábitos alimentares, utilização de medicamentos, e sobre sua condição socioeconômica.

A participação neste estudo pode apresentar risco mínimo ou pequeno para os participantes. Estes podem se sentir desconfortáveis com as perguntas relacionadas a questões socioeconômicas e de hábitos alimentares e/ou cansados. Para minimizar esses riscos será assegurado a garantia do sigilo em relação as respostas dadas, além do anonimato por meio da identificação não nominal no formulário e no banco de dados. Também é assegurado o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento sem danos e prejuízo a pesquisa e a si próprio.

Os benefícios podem ser diretos ou indiretos e dizem respeito a produção de conhecimento sobre a temática que pode servir de subsídio para que os

profissionais criem intervenções terapêuticas e educativas para melhora da qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

Caso queira participar, terá garantido o sigilo de seu nome e dados coletados. As despesas porventura acarretadas pela pesquisa serão de responsabilidade da equipe, não havendo qualquer compensação financeira. Em caso de dúvidas ou perguntas, poderá solicitar a qualquer momento explicações adicionais, dirigindo-se a pesquisadora Magnólia de Sousa Magalhães, que estará a disposição na Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), pertencente ao Centro de Estudos Superiores de Caxias. Rua Quininha Pires, nº 746, Centro. Anexo Saúde. Caxias-MA. Telefone: (99) 3521-3938.

Declaro ter sido suficientemente informada e concordo com a participação na pesquisa.

Eu, _____, declaro que li as informações contidas neste documento, fui devidamente informado(a) pelo(s) pesquisador(es) dos objetivos e procedimentos da pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo em participar voluntariamente desse estudo sendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Caxias ____ de _____ 2023.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**QUESTIONÁRIO DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA**

Adaptado (RODRIGUES e MOREIRA, 2012)

Paciente nº: _____

Data: ____/____/____

1 DADOS SÓCIOECONÔMICOS**Sexo:** () Masculino () Feminino**Faixa etária:**

() 30-39

() 40-45

() 46-55

() 56-65

() 66-70

() 71-75

() 76-81

Raça/Cor

() Branca

() Preta

() Parda

() Amarela

() Indígena

Nível de Instrução:

() Analfabeto (a)

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

Renda Familiar Mensal:

- Menor que 1 salário mínimo
- 1 salário mínimo
- De 1 a 2 salários mínimos
- Acima de 2 salários mínimos

Estado civil:

- casado(a)
- solteiro(a)
- viúvo(a)
- divorciado(a)

Religião:

- Católica
- Evangélica
- Espírita
- Não possui
- Outra

2 INFORMAÇÕES DO TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO**2.1 Quando foi diagnosticado com HAS?**

- 0 a 5 anos atrás.
- 6 a 9 anos atrás
- 10 ou mais

2.2 Ao iniciar o tratamento para HAS, reduziu o sal da alimentação?

- não
- sim, reduzi a metade
- sim, como praticamente ensosso
- sempre fiz uso de uma alimentação pobre em sal

2.3 Ao iniciar o tratamento para HAS, reduziu a gordura da alimentação?

- não
- sim, reduzi a metade
- sim, como praticamente sem gordura
- sempre fiz uso de uma alimentação pobre em gordura

2.4 Ao iniciar o tratamento para HAS, passou a preferir o consumo de carnes brancas (aves, peixe)?

- não

- sim, consumo carne branca até 03 vezes na semana
- sim, consumo carne branca 04 vezes ou mais na semana
- sempre consumi carnes brancas no mínimo 04 vezes por semana

2.5 Ao iniciar o tratamento para HAS, reduziu o consumo de doces e bebidas com açúcar?

- não
- sim, reduzi a metade
- sim, como praticamente sem açúcar
- sempre fiz uso de uma alimentação pobre em doces e bebidas com açúcar

2.6 Com o início do tratamento para a HAS, passou a realizar 30 minutos de exercício físico (caminhada, natação, ciclismo)?

- não
- sim, menos de 3 vezes por semana
- sim, de 3 a 5 vezes por semana
- sim, mais de 5 vezes por semana
- sempre fiz exercício físico pelo menos 3 vezes por semana

2.7 Houve redução do peso corporal com o início do tratamento da HAS?

- sim
- não

3 FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO AO TRATAMENTO DA HAS

3.1 Faz uso do medicamento para o tratamento da HAS somente quando apresenta algum sintoma?

- sim
- não

3.2 Sente dificuldade para tomar a medicação ao ter de fazê-lo mais de uma vez ao dia?

- sim
- não

3.3 Tem dificuldade para adquirir o medicamento quando a unidade de saúde não os oferece?

- sim
- não

3.4 Comparece as consultas agendadas para o tratamento da HAS?

- sim
- não

ANEXO**ANEXO A – TESTE DE MORINSKY E GREEN****TESTE DE MORINSKY E GREEN (As respostas SIM = 0 e NÃO = 1)**

		NÃO	SIM
1.	Você alguma vez esquece de tomar seu remédio?	1	0
2.	Você as vezes, se descuida quanto ao horário de tomar seus remédio?	1	0
3.	Quando você se se bem, às vezes deixa de tomar seus remédio?	1	0
4.	Quando você se sente mal com seus remédios, às vezes deixa de tomá-los?	1	0