

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

Maria Emilia Marcondes Barbosa^I; Ellen Vanuza Martins Bertelli^{II}; Cristiane de Mello Aggio^{III};
Giovana Aparecida de Souza Scolari^{IV}; Sonia Silva Marcon^V; Lígia Carreira^{VI}

RESUMO

Objetivo: avaliar os fatores que influenciam na adesão de adultos/idosos ao tratamento de hipertensão arterial. **Metodologia:** pesquisa quantitativa transversal, realizada em duas Unidades Básicas de Saúde, no interior do Paraná, Brasil. Utilizou-se de questionário estruturado para obtenção dos dados sociodemográficos e escala do tipo *likert* de avaliação do tratamento, sendo a adesão atribuída à pontuação de 73 a 120. A análise foi a partir do *software R*. O escore de adesão foi descrito pela média, pelo desvio padrão e coeficiente de variação. Para associações entre a adesão ao tratamento, aplicou-se a regressão logística univariada. A pesquisa seguiu os preceitos éticos, obtendo aprovação CAAE: 61218216.8.0000.0106 e parecer Nº 1.838.418.

Resultados: participaram do estudo 257 hipertensos, a maioria mulheres. Destes, 91,05% foram aderentes ao tratamento. Não houve diferença significativa entre as Unidades de Saúde. **Conclusão:** contribuíram para maior chance de adesão: idade superior a 60, aposentado e tempo diagnóstico superior a seis anos.

Descritores: Atenção Básica à Saúde; Hipertensão Arterial; Equipe de assistência ao paciente; Cooperação e adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the factors that influence the adherence of adults / elderly to the treatment of arterial hypertension.

Methodology: cross-sectional quantitative research, carried out in two Basic Health Units in the interior of Paraná, in 2016. A structured questionnaire was used to obtain sociodemographic data and a likert scale for assessing treatment, with adherence attributed to a score of 73 to 120. The analysis was based on software R. The adherence score was described by the mean, standard deviation and coefficient of variation. For associations between treatment adherence, univariate logistic regression was used. The research followed the ethical precepts, obtaining CAAE approval: 61218216.8.0000.0106, opinion No. 1.838.418.

Results: 257 hypertensive patients, mostly women, participated in the study. Of these, 91.05% were adherent to the treatment. There was no significant difference between the Health Units. **Conclusion:** They contributed to a greater chance of adherence, being over 60, retired and having been diagnosed for more than six years.

Descriptors: Primary Health Care; Arterial hypertension; Patient care team; Cooperation and adherence to treatment.

RESUMEN

Objetivo: evaluar los factores que influyen en la adherencia de adultos / ancianos al tratamiento de la hipertensión arterial.

Metodología: investigación cuantitativa transversal, llevada a cabo en dos Unidades Básicas de Salud en el interior de Paraná, Brasil, en 2016. Se utilizó de cuestionario estructurado para obtener datos sociodemográficos y escala likert para evaluar el tratamiento, con adherencia atribuida a puntuación de 73 a 120. El análisis se basó en el *software R*. La puntuación de adherencia se describió por la media, la desviación estándar y el coeficiente de variación. Para las asociaciones entre la adherencia al tratamiento, se utilizó la regresión logística univariada. La investigación siguió los preceptos éticos, obteniendo la aprobación del CAAE: 61218216.8.0000.0106, opinión No. 1.838.418. **Resultados:** 257 pacientes hipertensos, en su mayoría mujeres, participaron en el estudio. De estos, 91.05% se adhirió al tratamiento. No hubo diferencias significativas entre las Unidades de Salud. **Conclusión:** contribuyeron a mayor probabilidad de adhesión: tener más de 60 años, retirarse y haber sido diagnosticados por más de seis años.

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Hipertensión arterial; Grupo de atención al paciente; Cumplimiento y adherencia al tratamiento.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição crônica multifatorial, constituindo grave problema de saúde pública no mundo. Requer medidas de assistência que resultem em controle e, consequentemente, diminuição da ocorrência de internações, complicações e óbitos¹. Influenciada por complexas interações genéticas, psicossociais e ambientais, a HAS possui como principal risco o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares, cardíacas e renais². Atinge de 30% a 45% da população global, taxa que aumenta cada vez mais³. Ainda que o tratamento consiga diminuir esse risco, a doença continua sendo subtratada, subdimensionada e mal controlada⁴.

^IDoutora, Professora Associada da Universidade Estadual do Centro Oeste, Departamento de Enfermagem, Guarapuava, Paraná, Brasil. E-mail: prof.mariaemilia10@gmail.com.

^{II}Mestra, Professora Adjunta do Centro Universitário Estácio da Amazônia, Curso de Enfermagem, Boa Vista, Roraima, Brasil. E-mail: ellenvanuza@gmail.com

^{III}Mestra, Doutoranda em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: crisaggio@hotmail.com

^{IV}Mestra, Doutoranda em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: giscolari@hotmail.com

^VDoutora, Professora Titular da Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

^{VI}Doutora, Professora Associada da Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: ligiacarreira.uem@gmail.com

^{VI}Agradecimento aos pacientes e às equipes das UBS, pelo acolhimento durante a realização do estudo.

Calcula-se que a hipertensão acarrete de 22% a 44 % da população do Brasil, ademais possui ligação direta com a idade, sendo 60% maior entre idosos⁵. Contudo, devido à característica da HAS, de início brando, podendo evoluir para quadros graves², abrem-se precedentes novos estudos envolvendo distintos métodos para o controle desta. Portanto, a investigação dessas abordagens no manejo da HAS torna-se oportuna para os rumos do cuidado, a eficácia frente ao comportamento e o enfrentamento da doença.

Nesse sentido, compreender os fatores associados ao processo da adesão ao tratamento é fundamental para avaliar e/ou nortear as ações da equipe multiprofissional da APS, no estímulo à adesão ao tratamento da HAS, em contexto global.

Logo, objetivou-se avaliar os fatores que influenciam na adesão de adultos/idosos ao tratamento de hipertensão em duas Unidades Básicas de Saúde.

REVISÃO DE LITERATURA

O adequado manejo da Pressão Arterial (PA) pode exigir tratamento farmacológico e não farmacológico. As ações não farmacológicas favorecem a redução da dose diária de anti-hipertensivos e retardam a progressão do agravo da doença. Entre as estratégias para prevenir complicações, têm-se a mudança de estilo de vida, os exercícios físicos, entre outros⁴. Além disso, a adoção de dieta equilibrada e a restrição do consumo de sal e tabaco são fundamentais. Entretanto, essa mudança é um processo proativo e requer adesão contínua, multifatorial e diversificada, ou seja, comprometimento do paciente com a própria saúde⁶.

Frente ao envelhecimento populacional e à dificuldade de contratação de médicos no país, abordagens para o tratamento anti-hipertensivo, envolvendo outros profissionais, podem ser estratégia promissora para melhorar o controle da HAS⁵. O cuidado em equipe é um tipo coordenado de assistência que inclui diferentes profissões da saúde, desenvolvendo ações em colaboração, respeitando cada especialidade⁷. Esse método de manejo da HAS, apoiado na equipe, foi recomendado pela Força-Tarefa de Serviços Preventivos da Comunidade dos Estados Unidos da América (EUA), sendo nova proposta, ainda em avaliação nos países europeus, portanto alvo de muitas pesquisas em todo o mundo⁴.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pela avaliação dos níveis pressóricos e pelo estímulo de adesão ao tratamento, incluindo as terapias farmacológica e não farmacológica como condições essenciais para controle da PA e consequente redução de complicações². Recentes investimentos e iniciativas vêm ocorrendo no país, tanto em pesquisas como em novas estratégias políticas, no sentido de controlar a epidemia de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como o Modelo de Atenção às Condições Crônicas⁷.

METODOLOGIA

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em município do interior do Paraná, Brasil, com população estimada para 2018 de 180.334 habitantes⁸. Conta em rede com 33 Unidades Básicas de Saúde (UBS), duas sediaram a pesquisa, sendo denominadas de UBS A e UBS B. A opção dessas Unidades foi por apresentarem diferenças estruturais, bem como característica da equipe e população distintas.

A primeira, localizada na região central da cidade, com equipe composta por: um enfermeiro, três técnicos de enfermagem, três médicos, um odontólogo, um auxiliar de odontologia e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com um psicólogo, um nutricionista, um educador físico e um fonoaudiólogo. Nesta, estão instituídos programas de ginástica para idosos; atividades de alongamento corporal; oficina da memória; grupo do Hiperdia, com periodicidade quinzenal⁹.

A segunda, localizada às margens da cidade, com estrutura mais frágil, população de baixa renda, possui equipe formada por três médicos, um odontólogo, um auxiliar de odontologia, duas enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, um agente de endemias e dez agentes comunitários. A Unidade integra a Residência Multiprofissional da Universidade sediada no município, com uma nutricionista, um fisioterapeuta, um educador físico e uma enfermeira. Nesta, são disponibilizados para população grupos de caminhada, aula de ritmo, educação alimentar e um Grupo de Alívio da Dor¹⁰.

Segundo cadastro do Hiperdia, em 2016, eram aproximadamente 8.200¹¹. O tamanho amostral foi calculado, através do *software Stat Calc*, obedecendo aos critérios para populações finitas, considerando prevalência de 50%, nível de confiança de 95% e erro padrão de 3%. Desta forma, resultou em população a ser entrevistada de 250 indivíduos.

Incluíram-se hipertensos, com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, com capacidade de compreender e responder aos questionários, sem recorrer a ajuda de terceiros, no momento da entrevista. A captação ocorreu na sala de espera das referidas unidades e no domicílio, a partir de indicação dos ACS, as quais acompanharam as visitas. Os dados foram coletados entre janeiro e fevereiro de 2016, por meio de questionário sociodemográfico (sexo, idade,

ocupação, cor, tempo de diagnóstico, controle de aferição) e Instrumento de Avaliação de Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial, desenvolvido e validado no Brasil¹². Embora o questionário possa ser autoaplicável, pela diversidade de questões, optou-se por realizar entrevistas.

O referido instrumento é composto por 24 questões que avalia o indivíduo em quatro dimensões: da pessoa; da doença/tratamento; do serviço de saúde e do ambiente. Os dados são medidos por meio de escala do tipo *Likert*. Para cálculo da pontuação obtida por cada pessoa, assinalou-se o valor 1 para a coluna sempre, 2 quase sempre, 3 às vezes, 4 para quase nunca e 5 para nunca, totalizando 170 pontos possíveis a alcançar. A classificação foi estabelecida a partir de estimativa de pontuação que dividiu em proporções a totalidade de pontos obtidos pelos respondentes: não adesão total: os que obtiverem 24 a 48 pontos; risco para não adesão de 49 a 72 pontos; adesão de 73 a 120 pontos¹².

Os dados foram lançados em planilha do *Excel* 2016 e, em seguida, analisados com o auxílio do *software* R, versão 3.3.1. O escore de adesão ao tratamento foi descrito pela média aritmética simples, desvio padrão e coeficiente de variação.

Para investigar possíveis associações entre a adesão ao tratamento com as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes, utilizou-se da regressão logística uni variada, estimando como medida de efeito as *odds ratios*, com intervalo de confiança de 95%. Para investigar a possível associação entre as variáveis consideradas, aplicou-se o teste exato de *Fisher*.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual do Centro Oeste, CAAE: 61218216.8.0000.0106 e parecer nº 1.838.418, mediante a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve recusas em participar da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram 257 hipertensos, pertencentes às UBS integrantes do estudo. O escore obtido pelos entrevistados, relacionado à adesão ao tratamento, apresentou média e mediana de 86,91 e 87,00 pontos, respectivamente. Em relação à dispersão, obteve-se desvio padrão de 10,69 pontos, com respectivo coeficiente de variação de 12,30%, indicando dispersão baixa, como demonstrado na Figura 1.

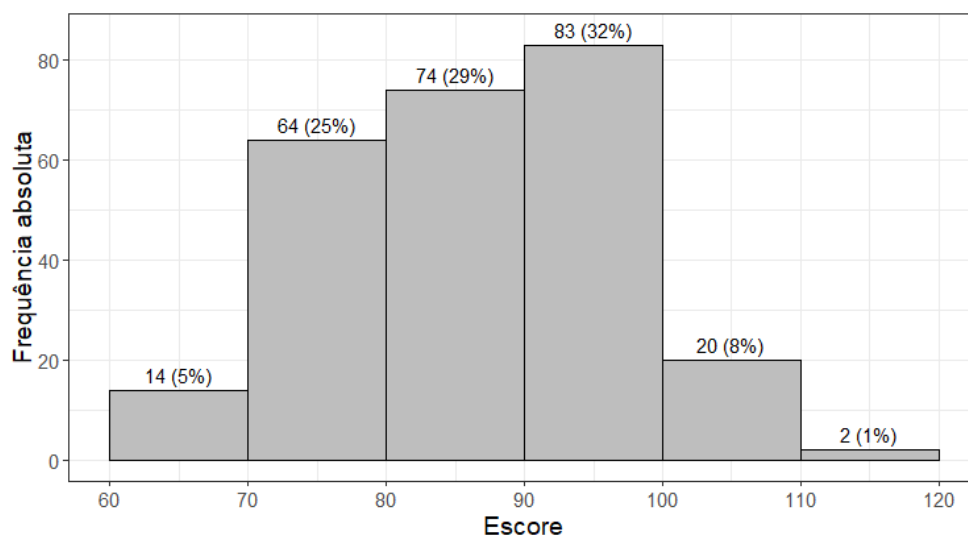


FIGURA 1: Histograma do escore de Adesão ao Tratamento. Guarapuava, Brasil, 2016.

A concentração das pontuações apresentadas na Figura 1 está entre 80 e 100 pontos, sendo que 61% dos participantes da pesquisa obtiveram pontuação nesta faixa. Ainda, 5% apresentaram pontuações inferiores a 70 pontos, enquanto que 1% obtiveram pontuações superiores a 110 pontos.

Em relação à classificação da adesão ao tratamento, nenhum dos hipertensos entrevistados obteve pontuação entre 24 e 48 pontos, que caracteriza a não adesão total, enquanto que 8,95% apresentaram risco para não adesão (23

pacientes), com escores entre 49 e 72 pontos, e os 91,05% demais (234) foram classificados como aderentes ao tratamento, de acordo com o instrumento proposto, com escores entre 73 e 120 pontos (Tabela 1).

Embora a maioria dos entrevistados, independentemente da UBS, tenha sido classificada como aderente ao tratamento, a UBS B apresentou maior percentual, pois 92,25% foram incluídos em tal classificação, enquanto que tal porcentagem recai para 89,84% na UBS A.

TABELA 1: Análise univariada da adesão ao tratamento relacionada a fatores sociodemográficos. Guarapuava, Brasil, 2016.

Fatores demográficos	Tratamento		OR Bruta	IC (95%)	Valor p
	Risco para não adesão	Adesão			
UBS					
A	13 (5%)	115 (45%)	1,00	-	-
B	10 (4%)	119 (46%)	1,35	0,57-3,27	0,501
Sexo					
Feminino	16 (6%)	150 (58%)	1,00	-	-
Masculino	7 (3%)	84 (33%)	1,28	0,52-3,44	0,602
Idade					
De 20 a 39 anos	4 (2%)	8 (3%)	1,00	-	-
De 40 a 59 anos	14 (5%)	103 (40%)	3,68	0,89-13,4	0,054
60 anos ou mais	5 (2%)	123 (48%)	12,30	2,62-56,39	< 0,001
Cor					
Branca	21 (8%)	192 (75%)	1,00	-	-
Parda	1 (0%)	10 (4%)	1,09	0,19-20,56	0,933
Negra	1 (0%)	31 (12%)	3,39	0,67-61,86	0,241
Estado civil					
Com companheiro	17 (7%)	158 (61%)	1,00	-	-
Sozinho	3 (1%)	30 (12%)	1,08	0,33-4,81	0,911
Viúvo	3 (1%)	46 (18%)	1,65	0,53-7,29	0,440
Ocupação					
Pensionista/Aposentado	4 (2%)	98 (38%)	1,00	-	-
Desempregado/Do lar	12 (5%)	69 (27%)	0,23	0,06-0,71	0,015
Emprego formal/Diarista	7 (3%)	60 (23%)	0,35	0,09-1,21	0,105
Religião					
Católico	16 (6%)	189 (74%)	1,00	-	-
Evangélico	6 (2%)	40 (16%)	0,56	0,22-1,65	0,261
Sem religião	1 (0%)	0 (0%)	#	#	0,990
Escolaridade					
Analfabeto	3 (1%)	33 (13%)	1,00	-	-
Ensino fundamental	16 (6%)	157 (61%)	0,89	0,2-2,87	0,862
Ensino médio	4 (2%)	36 (14%)	0,82	0,15-3,98	0,802
Ensino superior	0 (0%)	6 (2%)	#	#	0,988
Renda					
Menos de 1 salário	2 (1%)	35 (14%)	1,00	-	-
Mais de 1 salário	12 (5%)	178 (69%)	0,85	0,13-3,29	0,833
Tabagismo					
Sim	6 (2%)	54 (21%)	1,00	-	-
Não	17 (7%)	180 (70%)	1,18	0,41-2,99	0,745
Lazer					
Sim	13 (5%)	150 (58%)	1,00	-	-
Não	10 (4%)	84 (33%)	0,73	0,31-1,77	0,473

Não foi possível estimar a razão de chances devido à baixa frequência.

Os resultados mostraram que pacientes com 60 anos ou mais apresentaram maiores chances de aderirem ao tratamento, se comparados com os que possuíam entre 20 e 39 anos (OR = 12,30; IC95% 2,62 – 56,39). Com relação à ocupação, os indivíduos que se classificaram como desempregado e/ou do lar apresentaram menores chances de aderirem ao tratamento em relação aos aposentados ou pensionistas (OR = 0,23; IC95% 0,06 – 0,71).

Embora não apresentem diferenças significativas, destacam-se as variáveis faixa etária e raça, cujos indivíduos com idades entre 40 a 59 anos e da raça negra demonstraram tendência de adesão ao tratamento, com OR = 3,68 e OR = 3,39, respectivamente. Enfatiza-se que os participantes que se denominaram com emprego formal e os evangélicos obtiveram menor chance de adesão ao tratamento, com OR = 0,35 e OR = 0,56, respectivamente (Tabela 2).

TABELA 2: Análise univariada da adesão ao tratamento em função de fatores clínicos. Guarapuava, Brasil, 2016.

Fatores clínicos	Tratamento		OR Bruta	IC (95%)	Valor p
	Risco para não adesão	Adesão			
Tempo de diagnóstico					
5 anos ou menos	16 (6%)	90 (35%)	1,00	-	-
De 6 a 10 anos	4 (2%)	69 (27%)	3,07	1,07-11,07	0,054
De 11 a 15 anos	2 (1%)	33 (13%)	2,93	0,78-19,19	0,166
Mais de 16 anos	1 (0%)	42 (16%)	#	#	0,989
Intervalo entre as consultas					
Até 4 meses	8 (3%)	100 (39%)	1,00	-	-
De 5 a 10 meses	14 (5%)	121 (47%)	0,69	0,27-1,68	0,426
Mais de 11 meses/Não consulta	1 (0%)	11 (4%)	0,88	0,14-17,1	0,908
Tipo de consulta					
SUS	23 (9%)	214 (83%)	1,00	-	-
Convênio/Plano/Particular	0 (0%)	4 (2%)	#	#	0,994
SUS + Convênio/Plano/Particular	0 (0%)	14 (5%)	#	#	0,988
Frequência de aferição da pressão arterial					
Menos de 1 mês	20 (8%)	182 (71%)	1,00	-	-
Mais de 1 mês/Não verifica	3 (1%)	51 (20%)	1,87	0,61-8,15	0,328
Local de aferição					
Domicílio	1(0%)	50 (19%)	1,00	-	-
UBS	20 (8%)	158 (61%)	0,16	0,01-0,79	0,075
Outros	0 (0%)	8 (3%)	#	#	0,991

Não foi possível estimar a razão de chances devido à baixa frequência.

Fonte: Coleta de dados, Guarapuava, 2016.

Os pacientes que possuíam maior tempo de diagnóstico (6 a 10 anos) apresentaram chances maiores para adesão ao tratamento em relação aos diagnosticados a menos de cinco anos, com OR = 3,07 (IC95% 1,07 – 11,07). Para as demais características clínicas consideradas, não foram observadas evidências amostrais suficientes de que as diferenças na razão de chances de se aderir ao tratamento sejam significativas, ao nível 5%.

Embora a razão de chances não tenha sido significativa, os participantes que relataram aferir a pressão arterial ao menos uma vez ao mês, apresentaram maiores chances de adesão ao tratamento. Já as pessoas que consultaram em intervalo de 5 a 10 meses ou mais de 11 meses/não consultaram, apresentaram menores chances de adesão ao tratamento, se comparados aos que consultaram em até quatro meses.

Portanto, identificaram-se os fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo e não farmacológico, reconhecendo, desta forma, a consequência da hipertensão arterial na vida das pessoas, das famílias e para sociedade. Doença que, após diagnosticada, incorre em acompanhamentos profissionais regulares para controle, estímulo para mudanças de hábitos, entre outras orientações¹³.

Nas Unidades estudadas, os achados evidenciaram que em ambas o índice de adesão foi alto, cerca de 90%, não havendo diferença significativa, entretanto, pelas características da região e da população na Unidade B, esperava-se pior índice de adesão, o que não se confirmou. Esses dados corroboram a outros estudos que reforçam a importância da ação interdisciplinar no perfil pressórico da população estudada, em que o nível de controle da PA foi em torno de 91%, tendo como principal propulsor desse resultado as ações de cuidado das equipes de APS¹⁴.

A meta das equipes de saúde no cuidado a pessoas com HAS é assegurar-las o máximo possível a adesão ao tratamento, com vistas ao controle. Diversas ferramentas podem ser utilizadas para essa finalidade, como protocolos específicos, visita domiciliar, tecnologias educativas, entre outras. Entretanto, enfatiza-se que estas ferramentas não devem ficar limitadas ao domínio de um único profissional, possibilitando assim, atenção integral. A integralidade do

cuidado à saúde resulta do esforço da equipe multiprofissional, pela motivação do coletivo, a fim superar as práticas profissionais isoladas, apoiadas no diálogo e na socialização dos conhecimentos¹⁵.

Nesse sentido, recente revisão integrativa para avaliar o uso de protocolos na gestão do cuidado da HAS na APS enaltece a importância do uso de protocolos, por propiciar visão integral do paciente e melhor vínculo profissional/paciente. Mas, alerta há lacunas nos existentes, no quesito integralidade, prejudicando o cumprimento desse princípio, desvinculados de ação integral com equipe multiprofissional, priorizando categorias específicas¹⁶.

Nas correlações com as variáveis sociodemográficas, foram relacionadas com maior chance de adesão ao tratamento a faixa etária maiores de 60 anos, a prevalência para o sexo feminino, aposentados e/ou pensionistas, com companheiro. Houve também tendência de adesão ao tratamento entre homens, com idades entre 40 a 59 anos, pardos ou negros. Menores chances de adesão ao tratamento foram detectadas em pessoas com emprego formal, evangélicos, com ensino fundamental ou médio, renda de mais de um salário, mas que não realizavam exercícios físicos e atividades de lazer.

Estudo sobre aprendizagem de pessoas com HAS em sala de espera, realizado em Unidade da Estratégia Saúde da Família (UESF), no Município de Minas Gerais, corrobora com os achados da presente pesquisa, no tocante aos aspectos sociodemográficos, revelando, ainda, a relação do maior tempo de diagnóstico (nove anos) e do uso de medicação anti-hipertensiva, exclusivamente farmacológica (84%) e em uso de terapias não farmacológicas (16%), como dieta saudável, entre outros. Tais dados associam a adesão ao tratamento às ações educativas de saúde como estratégia da equipe multiprofissional, denunciando fragilidade na adesão às terapias não farmacológicas¹⁷.

Pesquisa realizada em Fortaleza, CE, Brasil, avaliou a adesão ao tratamento da hipertensão arterial, sob perspectiva diferente, utilizando outros parâmetros. Os resultados também demonstram alto índice de adesão ao tratamento na população estudada, bem como relacionou menores chances de adesão a fatores socioeconômicos e baixo nível de escolaridade¹⁸.

Com relação às atividades físicas e de lazer, embora os benefícios sejam conhecidos, envolve a mudança de estilo de vida, desafio para as equipes. O sedentarismo e a baixa adesão nas atividades físicas têm sido igualmente relatados em outros estudos, mostrando a dificuldade das pessoas para mudança de comportamento e autoajuda¹⁹.

Denota-se, portanto, que essa é uma tendência, não somente no Brasil, como mostra estudo realizado em Gaza, na Palestina, sobre fatores de risco para Acidente Vascular Cerebral, com amostra de 2.240 pessoas, em que apontou o principal fator de risco para HAS, detectando baixa proporção de ativos fisicamente, com 48,3%, especialmente com o aumento da idade²⁰. Envolver o paciente no próprio tratamento torna-se caminho adequado. A equipe precisa analisar a visão do indivíduo e a vivência deste com a doença. O profissional deve estar preparado, saber ouvi-lo, compreendê-lo e, posteriormente, tomar decisões conjuntas²¹.

O maior tempo de diagnóstico e a frequência de aferição também emergiram como fatores que influenciaram na adesão ao tratamento. Esse resultado pode estar relacionado com a aceitação da doença e o acompanhamento pelos serviços de saúde disponíveis para população. Estudo realizado com 135 hipertensos, acompanhados pela ESF, mostrou que a atuação das equipes do programa Hiperdia obteve resultados positivos no manejo da comorbidade em questão e na gestão de algumas condições de risco relacionados a agravos cardiovasculares. O referido estudo evidenciou que a redução dos níveis pressóricos esteve associada à adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico desenvolvido para aquela população²².

A frequência da aferição da pressão arterial também foi fator atrelado a maiores chances de adesão ao tratamento. Diverge desse achado estudo realizado com idosos hipertensos, em Guantánamo-Cuba, em que a maioria da população não aderiu ao tratamento. Ademais da baixa adesão, tem-se a falta de controle da pressão arterial e, ainda, a as reações adversas dos medicamentos e/ou a desistência quando se sentem bem. E quando apresentam os sintomas, negligenciam ou esquecem de tomar a medicação²³.

A partir dos resultados observados neste estudo, a adesão ao tratamento de hipertensão pode estar atrelada ao trabalho da equipe multiprofissional. Entre os estudos que corroboram com esse achado, encontra-se pesquisa conduzida para avaliar a eficácia das ações realizadas por equipe multiprofissional no controle de hipertensão, em população de 4.762 hipertensos. Concluiu-se redução nos níveis pressóricos e aumento no controle em pacientes acompanhados por equipe da atenção primária, capacitada na resolução de problemas, composta por médico, enfermeiro, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta e psicólogo²⁴.

Outra pesquisa aponta, ainda, que intervenções interprofissionais colaborativas no cuidado ao hipertenso contribuem para adesão ao tratamento medicamentoso, bem como para mudança de estilo de vida, envolvendo atividade física e dieta, por meio de orientações²⁵.

CONCLUSÃO

Este estudo identificou os fatores associados à adesão ao tratamento de adultos/idosos, em duas Unidades de Atenção Básica, sendo uma com equipe NASF atuante, localizada na região mais central da cidade e outra na periferia, com população de baixa renda e sede de uma Residência Multiprofissional. Os resultados apontaram alto índice de adesão ao tratamento, em ambas as Unidades, sem diferença significativa entre estas. Entre os fatores que contribuíram para adesão, evidenciou-se a idade, a ocupação e o maior tempo de diagnóstico. Contudo, quanto ao comportamento, como mudança de estilo de vida, o estudo revelou baixa adesão.

REFERÊNCIAS

- Magnabosco P, Oliveira EM, Toneti NA, Anjos ACY, Marchi-Alves L. Prevalence and control of hypertension: comparison between urban and rural population. *Rev. Min. Enferm.* [Internet]. 2017[cited 2019 Dec 10]; 21:e 999. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170009>
- Reis LLM, Silva HCDA, Sousa CC, Silva RCM, Silva MRB, Cunha, AL. Non-pharmacological methods used by the Nurse in the prevention and control of Systemic Arterial Hypertension. *Rev. Nursing.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 10]; 21 (244): 2338-41. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-946670>
- Greco A, Cappelletti ER, Luyckx K, D'Addario M, Giannattasio C, Steca P. A longitudinal inquiry into directionality of effects between coping and information needs in hypertensive patients. *Psychology Research and Behavior Management.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 10]; 11: 557. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6233703/pdf/prbm-11-567.pdf>
- Santschi V, Wuerzner G, Chiolerio A, Burnand B, Schaller P, Cloutier L et al. Team-based care for improving hypertension management among outpatients (TBC-HTA): study protocol for a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Cardiovasc Disord.* [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec 10]; 17(1):39. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12872-017-0472-y>
- Reis GMS, Almeida AF. Clinical and nutritional parameters of patients served in a nutrition ambulatory. *BRASPEN J.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 10]; 33 (2):199-205. Available from: <http://arquivos.braspen.org/journal/abr-mai-jun-2018/15-AO-Parametros-clinicos.pdf>
- Mahmood S, Shah KU, Khan TM, Nawaz S, Rashid H, Baqar SWA, et al. Non-pharmacological management of hypertension: in the light of current research. *Ir J Med Sci.* [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 10]; 188 (2): 437-52. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11845-018-1889-8>
- Brasil. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; [Internet]. 2012 [cited 2019 Nov 10]. 512 p.: il. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
- Paraná. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico de Guarapuava. Guarapuava; [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 10]. Available from: <http://www.ipardes.gov.br/>
- Guarapuava. Secretaria municipal de saúde. Relatório de prestação de contas [Internet]. 2017[cited 2019 Nov 10]. Available from: <https://www.guarapuava.pr.gov.br/administracao-direta/saude/>
- Bispo Júnior JP, Moreira DC. Collaborative care among the Family Health Support Centers and the supported teams. *Physis.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 18]; 28(3): e280310. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280310>
- Guarapuava. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Hipertensão [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec 11]. Available from: <https://www.guarapuava.pr.gov.br/administracao-direta/saude/>
- Borges JWP. Instrumento de avaliação da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial: desenvolvimento e validação de conteúdo. [Master's thesis]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2012. [cited 2019 Sep 12]. Available from: <http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/JOSE%20WICTO%20PEREIRA%20BORGES.pdf>
- Gomes ET, Bezerra SMMS. Pressure levels of patients followed by the Hipertensão Program. *ABCS Health Sci.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 18]; 43(2):91-6. Available from: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/rukjk>
- Peralta MR, Sánchez GB. Impacto de los nuevos criterios para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica sugeridos por la American College of Cardiology/American Heart Association. *Gaceta Médica de México.* [Internet]. 2018[cited 2019 Apr 18]; 154 (6):633-37. Available from: http://gacetamedicademexico.com/files/gmm_6_18_634-638.pdf
- Conteras ME, Rivero MS, Garcia RE, Ramos LGL, Vilas PJC, Suárez BA, et al. Specific hypertension smartphone app to improve medication adherence in hypertension: a cluster-randomized trial. *Send to Curr Med Res Opin.* [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 18]; 35 (1): 167-173. DOI: <https://doi.org/10.1080/03007995.2018.1549026>
- Dantas RCO, Dantas DCO, Lima VV, Silva JPT, Amador AE, Lopes M S et al. The use of protocols in the care management of hypertension in primary health care: an integrative review. *Revista Ciência Plural.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 19]; 4(1):117-31. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13662/9826>
- Negrão MLB, Silva PCS, Paraizo CMS, Gomes RG, Dázio EMR, Rezende EG, et al. The waiting room: potential for people with arterial hypertension to learn. *Rev. bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Set 21]; 71(6):2930-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0696>
- Massa KHC, Duarte YAO, Chiavegatto Filho ADP. Analysis of the prevalence of cardiovascular diseases and associated factors among the elderly, 2000-2010. *CSC* [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 18]; 24(1):105-14. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n1/105-114/pt>

19. Sousa ASJ, Moreira TMM, Machado ALG, Silva AZ. Association between antihypertensive treatment adherence and comprehensive nursing care. *Rev. enferm. UERJ*. [Internet]. 2018 [cited 2019 Set 21]; 26:e25250. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.25250>
20. Cunha GH, Ramalho AKL, Cruz AMM, Lima MAC, Franco KB, Lima RCRO. Nursing Diagnostics According to the Self-care Theory in Patients with Myocardial Infarction. *Aquichan* [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr18]; 18(2): 222-33. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.9>
21. Park JE, Park JH, Chang SJ, Lee J, Kim SY. The determinants of and barriers to awareness and treatment of hypertension in the Korean population. *Asia Pacific Journal of Public Health* 1–15 [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr18]; 31 (2):121-35. DOI: <https://doi.org/10.1177/1010539518825006>
22. Jardim LMSSV, Jardim TV, Sousa WKS, Pimenta CD, Sousa ALL, Jardim PCBV. Multiprofessional treatment of high blood pressure in very elderly patients. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec 18]; 108(1):53-9. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20160196>
23. González BY, Cardoso AE, Carbonell NA. Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. *Rev. Inf. Cient.* [Internet]. 2019 [cited 2019 Set 23]; 98(2): 146-56. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000200146&lng=es.
24. Lee P, Pham L, Oakley S, Eng K, Freydin E, Rose T et al. Using lean thinking to improve hypertension in a community health centre: a quality improvement report. *BMJ Open Quality* [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 15]; 8:e000373. In Pubmed. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-000373>
25. Santana JO, Peixoto SV. Physical Inactivity and Adverse Health Behaviors Among University Teachers. *Rev. Bras. Med. Esporte.* [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec 10]; 23 (2): 103-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v23n2/1517-8692-rbme-23-02-00103.pdf>