

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA**

**MICHELE ZIEGLER DE MATTOS
TCC**

**FATORES QUE DIFICULTAM A ADESAO AO TRATAMENTO EM PACIENTES
HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA DO
RIO GRANDE DO SUL**

**Porto alegre
2019**

MICHELE ZIEGLER DE MATTOS

**FATORES QUE DIFICULTAM A ADESAO AO TRATAMENTO EM PACIENTES
HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA DO
RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Comissão de Graduação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do Título de Bacharelado em Educação Física.

**Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio.
Co-orientador (a): Prof^a. Dr^a. Jamila Geri Tomaschewski Barlem - FURG**

**Porto alegre
2019**

**FATORES QUE DIFICULTAM A ADESAO AO TRATAMENTO EM PACIENTES
HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA DO
RIO GRANDE DO SUL**

Conceito final:

Aprovado em.....de.....de.....

BANCA EXAMINADORA:

Marcelo Francisco da Silva Cardoso – UFRGS

Os homens perdem a saúde para juntar dinheiro, depois perdem o dinheiro para
recuperar a saúde.

E por pensarem ansiosamente no futuro esquecem do presente de forma que
acabam por não viver nem no presente nem no futuro. E vivem como se nunca
fossem morrer... e morrem como se nunca tivessem vivido.

DALAI LAMA

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados de pressão arterial. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Estudos afirmam que um fator determinante para que se alcance o sucesso terapêutico em pacientes hipertensos é a adesão ao tratamento. A adesão ao tratamento está associada tanto ao tratamento medicamentoso, como o não medicamentoso. A prática de atividade física regular, nos seus diferentes domínios, é apresentada como um dos pilares que pode contribuir para reduzir o risco de doenças cardiovasculares, assim como a Hipertensão, que tem relação direta, quando esse risco é aumentado. A amostra foi constituída por pacientes hipertensos adultos de ambos os sexos, que estavam internados na Unidade de Clínica Médica e Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Rio Grande, no extremo sul do Rio Grande do Sul e que participaram do Centro de reabilitação física CID (Centro integrado de Diabetes), no ano de 2015. Foi realizado um estudo de levantamento quantitativo, do tipo descritivo e delineamento transversal, e para coleta de dados foi utilizada a escala de Avaliação da Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial e um instrumento para caracterização dos sujeitos. Os dados foram analisados mediante estatística descritiva e análises de variância. Portanto, o objetivo do estudo foi verificar as barreiras que impedem a adesão ao tratamento da hipertensão e as dificuldades encontradas para a prática regular de atividade física para o grupo em questão.

DESCRITORES: Hipertensão, Adesão, Reabilitação Física, Fatores de Risco.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. JUSTIFICATIVA	8
3. OBJETIVOS	9
3.2 Objetivo Geral.....	9
3.2 Objetivos Específicos.....	9
4. REVISÃO DE LITERATURA	10
4.1 HAS: relações com o estilo de vida da população.....	11
4.2 ADESÃO AO TRATAMENTO PARA HAS: fatores associados.....	13
5. METODOLOGIA	17
5.1 Caracterização da pesquisa.....	17
5.2 Local da pesquisa.....	17
5.3 Amostra.....	18
5.4 Procedimentos e instrumentos.....	18
5.5 Tratamento Estatístico.....	19
5.6 Aspectos éticos.....	20
5.6.1 Análise crítica dos riscos e benefícios.....	20
6. RESULTADOS	21
7. DISCUSSÃO	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFÊRENCIAS	27
APÊNDICE A.....	31
ANEXO I.....	32

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Gun e Feldman (2012), a Hipertensão Arterial constitui uma doença com alta prevalência em todos os países, sendo maior nas sociedades industrializadas. No Brasil, a Hipertensão Arterial é um dos problemas de saúde pública de maior prevalência na população, acometendo cerca de 23% da população adulta brasileira com idade superior a 25 anos. Representa um dos principais fatores de risco para morbidade e mortalidade cardiovasculares e, sua taxa de prevalência tem aumentado significativamente nos últimos anos (NEGRÃO; BARRETO, 2010).

A presença da Hipertensão Arterial Sistêmica aumenta o risco de doenças cardiovasculares como a doença arterial coronariana (DAC), acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico e hemorrágico, infarto agudo do miocárdio (IAM), entre outras doenças (GUN; FELDMAN, 2012). Sabendo que a Hipertensão Arterial tem relação direta com o aumento do risco de doenças cardiovasculares, salienta-se a importância de mudanças no estilo de vida, tanto através de tratamento medicamentoso como o não medicamentoso.

Deste modo, algumas mudanças são necessárias para que a adesão ao tratamento se torne efetiva. Sabate (2003), afirma que adesão é termo que define a forma de comportamento de uma pessoa em seguir orientações/recomendações de profissionais da saúde, e executar mudanças no seu estilo de vida para um melhor controle de saúde. Contudo, muitos são aqueles que não aderem às orientações/recomendações ou não as têm.

Algumas mudanças têm sido incentivadas para melhorar a qualidade de vida das pessoas, como por exemplo, reduzir o peso corporal, diminuir a ingestão de sal e de bebidas alcoólicas, não utilizar drogas que aumentem a pressão arterial e praticar exercícios físicos regularmente. Como destacam Negrão e Barreto (2010), modificações no estilo de vida têm se mostrado eficientes na prevenção e no controle dos níveis tensionais elevados. Contudo, sabe-se que os profissionais da área da saúde, mesmo sugerindo mudanças no estilo de vida das pessoas atendidas, ainda encontram resistência dos mesmos para adesão ao tratamento.

De acordo com Giroto et.al (2013),

são muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a

inadequação da relação médico-paciente, a característica assintomática da doença e a sua cronicidade (p. 2).

Este estudo corrobora com os achados de Maciel (2012) sobre os fatores que interferem na adesão, nos quais os pacientes relatam que existe pouco conhecimento sobre a patologia, situação socioeconômica, ambiente de trabalho, a posologia dos medicamentos e poucos programas de educação em saúde.

Para Spinato et. al (2010), grande ênfase tem-se dado às medidas não farmacológicas no tratamento da HAS, destacando-se a prática regular de atividades físicas, componente importante na melhoria da qualidade de vida. Para Silva et. al (2013), é preciso mais do que a adoção de um estilo de vida saudável, como o uso correto da medicação ou a associação de ambos.

2 JUSTIFICATIVA

Considera-se que a adesão ao tratamento da HAS é efetiva quando o paciente participa de forma ativa das metas estabelecidas, não se limitando apenas a cumprir as recomendações dos profissionais de saúde. Contudo, cerca de 50% dos indivíduos hipertensos não aderem ao tratamento, seja por aspectos biológicos e psicológicos ou culturais e sociais (MOURA; et al, 2011; MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

O reconhecimento por parte dos profissionais de saúde dos motivos que afetam a adesão dos pacientes ao tratamento pode auxiliar na construção de estratégias e ações que minimizem os fatores envolvidos à não adesão, beneficiando a saúde e qualidade de vida dos hipertensos, o que justifica a realização desse estudo.

Ainda, destaca-se que muitos pacientes hipertensos desconhecem que a adesão ao tratamento não necessita ser somente a partir do tratamento convencional, ou seja, o medicamentoso, mas também deve se considerar o tratamento não medicamentoso, sendo a prática regular de atividade física, por exemplo, recomendada para diminuir os níveis elevados de pressão arterial. Para tanto, a relevância do estudo, está em compreender de que modo o paciente hipertenso obtém sucesso terapêutico, aderindo ao tratamento, seja ele através de

anti-hipertensivos ou através de outras práticas não medicamentosas, como a atividade física, estresse, privação do sono.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar as barreiras que impedem a adesão ao tratamento em pacientes hipertensos atendidos em um Centro de Reabilitação Física do Rio Grande do Sul.

3.2 Objetivo Específico

Apresentar o perfil dos pacientes hipertensos atendidos em um Centro de Reabilitação Física do Rio Grande do Sul, em relação ao nível de atividade física, estilo e condição de vida e acesso aos serviços de saúde.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 HAS: relações com o estilo de vida da população

A Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada uma doença assintomática, ao mesmo tempo em que é crônica, dificultando a adesão do paciente ao tratamento. A doença, por não apresentar cura, exige tratamento adequado e para a vida inteira, a fim de se obter o controle da pressão arterial, a redução na incidência ou retardo na ocorrência de complicações cardiovasculares e a melhoria da qualidade de vida do paciente (FIGUEIREDO E ASAKURA, 2010).

Considera-se que a HAS está entre as doenças crônicas que mais se destacam na atualidade e, de fato, seu desenvolvimento não ocorre instantaneamente, existindo alguns fatores que contribuem para a sua evolução e agravo. Ainda, destaca-se que a HAS apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados decorrentes das suas possíveis complicações (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014).

A HAS tem relação direta com o aumento do risco de doenças cardiovasculares, doença renal crônica, AVC e doença arterial periférica, havendo acréscimo ao risco de doenças cardiovasculares quando níveis tensionais maiores do que 115x75 mmHg são verificados. Em até 80% a 95% dos casos a etiologia é primária, ou essencial, não existindo uma causa determinada para sua presença, sendo atribuída a condições ambientais e fatores poligênicos. É o maior fator de risco para AVC, sendo que a maior incidência de eventos se relaciona ao aumento de pressão arterial sistólica (GUN; FELDMAN, 2012).

De acordo com Campos, Maciel e Neto (2012), um fator importante sobre as doenças crônicas no Brasil é o aumento da prevalência de diabetes e hipertensão, paralelamente ao aumento da prevalência de excesso de peso. Na vida adulta o incremento de 2,4 Kg/m² no índice de massa corpórea (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão, mesmo nos indivíduos fisicamente ativos (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012). Martirés, Costa e Santos (2013) mencionam ainda que a predominância de diabetes e da HAS quase triplica em pessoas com mais de 20% de sobrepeso. Segundo os autores, estudos epidemiológicos demonstram que a obesidade é a principal causa predisponente tanto para a HAS como para o Diabetes *Mellitus* tipo II.

Assim, verifica-se que a obesidade e o excesso de peso podem ser associados a maior prevalência de hipertensão desde idades jovens (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012). Também, observa-se que cerca de 50% das pessoas com 65 ou mais anos de idade que apresentam sobrepeso e obesidade possuem HAS. Contudo, mesmo que se admita a associação entre obesidade e Hipertensão, vale destacar que alguns fatores de risco para Hipertensão são modificáveis e outros não.

Nos últimos anos pode se evidenciar que a população alterou o estilo de vida drasticamente e, por alterar o estilo de vida, passou a ser caracterizada como uma população, que em sua maioria se encontra sedentária e em excesso de peso. Considerando o estilo de vida atual e a modificação dos padrões alimentares, observa-se que gradativamente a população passou a substituir os alimentos naturais e minimamente processados, por alimentos industrializados e altamente processados (RIBEIRO et. al, 2012).

Salienta-se que as famílias brasileiras apresentam alto consumo de alimentos ricos em açúcar, principalmente refrigerantes, pouca ingestão de frutas e hortaliças e aumento do número de refeições feitas fora do domicílio, evidenciando que o estilo de vida das famílias brasileiras passou e continua passando por um processo de mudança. Essas mudanças nos padrões alimentares apontam para uma população com excesso de peso e obesidade (RIBEIRO et. al, 2012).

Martirés, Costa e Santos (2013) sustentam que na maior parte dos casos são os hábitos alimentares, através da ingestão excessiva de calorias e consumo excessivo de sal, com a correspondente retenção de líquidos, que provoca o aumento do peso corporal e da pressão arterial. Além disso, o sedentarismo também contribui para o aumento dos níveis tensionais. Spinato et. al (2010), evidenciam que 20% dos adultos são pouco ativos (apenas uma vez por semana) e 8% fazem atividade física regular (três vezes por semana) no Brasil.

Outro fator de risco para HAS é o tabagismo, uma vez que a nicotina presente no cigarro provoca o aumento do trabalho cardíaco, a disfunção do endotélio capilar, a liberação de catecolaminas e a hiper-reatividade vascular, aumentando, conseqüentemente, a pressão arterial. Já o alcoolismo está relacionado à hipertensão devido ao aumento da pressão arterial em 2 mmHg a cada 30ml de álcool etílico ingerido (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

Nesse sentido, destaca-se que controlar alguns fatores de risco como, por exemplo, o sal, o álcool, a obesidade e o sedentarismo, podem ajudar na redução dos riscos para HAS. Neste aspecto, a adesão ao tratamento se torna essencial e o profissional de Educação Física, atuando em equipes multiprofissionais da saúde pode contribuir e complementar a terapêutica medicamentosa, visto que o sedentarismo e a ingestão de gordura são os fatores menos controlados pelos hipertensos. (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

Já se sabe que a atividade física é recomendada para as pessoas que procuram melhorar as condições de saúde. Para Massa et. al (2012) a prática de atividade física é indicada como comportamento preventivo associado a saúde, bem como tratamento não-medicamentoso de algumas doenças de alta prevalência, como a HAS, diabetes e obesidade.

De acordo com Codogno et. al (2010), a prática regular de atividades físicas é indicada como importante forma de intervenção não farmacológica associada ao tratamento da Diabete Mellitus 2 e HAS. Mesmo assim, para Bielemann et. al (2010), os níveis de atividade física são cada vez mais baixos. Na investigação realizada em Pelotas, os autores destacam que:

O gasto total do SUS com medicamentos para tratar o diabetes foi equivalente a R\$ 289.907,01, sendo encontrado um maior custo na distribuição de insulina. Já para hipertensão, o gasto do SUS com a distribuição de fármacos na cidade de Pelotas, no ano de 2007, foi referente a R\$ 105.539,16. O medicamento de maior liberação foi o Captopril 25mg, o qual representou a maior parte dos custos com esses medicamentos (pag. 3, 2010).

Os autores ainda mencionam que os gastos com medicamentos seriam reduzidos se a população mencionada viesse a se tornar fisicamente ativa e, ainda, que o gasto com medicamentos para tratamento da hipertensão na cidade foi em torno de R\$ 100.000,00 anualmente, sendo possível, uma economia de aproximadamente R\$13.000,00 com a inclusão da atividade física (BIELEMANN; et. al, 2010).

Em outra investigação realizada por Codogno et. al (2010), no Município de São Paulo, também destacou a elevada prevalência de inatividade física na população idosa com HAS, ao contrário do expressado em outro estudo realizado em 2007, que mostrou que um ano de intervenção com exercícios foi capaz de reduzir em 25% a utilização de medicamentos e em 35% os custos ambulatoriais de

mulheres hipertensas, evidenciando a importância do profissional de Educação Física na Saúde.

Um estudo realizado por Pedrosa e Leal (2012), que tinha como objetivo analisar a percepção de médicos e enfermeiros sobre a inserção do profissional de Educação Física na atenção básica à saúde ressaltou que em vários momentos observa-se um anseio pela participação de outros profissionais da área da saúde na equipe multiprofissional como Assistente Social, Psicólogo, Nutricionista e profissional de Educação Física, o que não deixa de ser uma mudança positiva.

Para Faquinello et. al (2011), em se tratando do processo saúde-doença, observa-se que existem fatores individuais que predisõem os sujeitos ao adoecimento, tais como hábitos de vida e fatores genéticos. Já em nível comunitário, podemos enumerar como fatores indispensáveis para o bem-estar e a saúde das pessoas, a condição de vida, o acesso aos serviços de saúde e uma rede social de apoio. Nesse contexto, conhecer o usuário hipertenso que acessa os serviços de saúde é essencial. Além disso, como relatam Bezerra, Lopes e Barros (2014) deve-se considerar a vontade do indivíduo em participar e colaborar no tratamento, bem como o comportamento, sentimentos, posicionamentos e efeitos psicológicos relacionados ao processo de adoecer e conviver com a doença.

Cabe destacar que a HAS pode ser considerada um dos principais fatores de risco modificáveis em relação às doenças cardiovasculares, de modo que busca-se estimular no usuário a adesão ao tratamento, tanto a terapêutica medicamentosa como a não medicamentosa. Porém, fazer o paciente obter sucesso na adesão ao tratamento, não parece uma tarefa fácil, ao se considerar o cenário atual do qual a população faz parte.

4.2 ADESÃO AO TRATAMENTO PARA HAS: fatores associados

A adesão do paciente ao tratamento de uma doença significa seguir o tratamento da forma que foi proposto pelos profissionais de saúde (HAYNES et al., 2008; MARTINS et. al, 2014), mas em muitos casos, os pacientes apresentam dificuldades e, até mesmo, resistência para aderir ao tratamento. Tais dificuldades podem ser oriundas de recomendações prescritivas dos profissionais de saúde e da falta de participação do paciente no estabelecimento de seus cuidados, uma vez que

para obter sucesso, a adesão ao tratamento deve ultrapassar a simples aceitação do paciente às determinações do profissional de saúde, promovendo a autonomia e participação ativa do paciente no cuidados com sua saúde (HAYNES et al., 2008).

Como salientam Bezerra, Lopes e Barros (2014), a adesão ao tratamento ocorre efetivamente quando o comportamento adotado por uma pessoa reflete mudanças significativas no estilo de vida e está diretamente associada ao cumprimento de hábitos de vida saudáveis. Contudo, atualmente a não adesão ao tratamento de doenças crônicas é um problema de saúde pública de extensão mundial (MATTA et. al, 2013), visto que existem muitos fatores associados que impedem que o usuário hipertenso tenha controle sobre a doença.

Assim, chama-nos a atenção que o número de hipertensos tratados ainda é pequeno diante da dimensão da doença. Apenas 50% dos hipertensos sabem de sua condição e, destes, metade não se trata e os outros 50% não tem a pressão sob controle. Isso, de fato, dificulta o cumprimento de hábitos de vida saudáveis (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

A adesão terapêutica, nos últimos anos, tornou-se um grande problema enfrentado na prática em saúde em virtude de sua complexidade. Cerca de 40% a 60% dos pacientes não fazem uso da medicação prescrita e, quando a falta de adesão relaciona-se a itens como estilo de vida (dieta, sedentarismo, tabagismo, etilismo, entre outros fatores) a porcentagem aumenta ainda mais (OLIVEIRA; PEDROSA; GONÇALVES, 2008). Estima-se que somente um terço das pessoas acompanhadas em serviços de saúde tem sua pressão arterial mantida em níveis desejáveis e essa insuficiente adesão ao tratamento pode ser apontada como um dos importantes determinantes dessa enfermidade (OLIVEIRA et. al, 2013).

Verifica-se que as barreiras para a adesão ao tratamento estão relacionadas tanto ao paciente quanto à doença (GILSOGAMO, 2008; MARCUM; GELLAD, 2012). Em relação à doença, tem se a cronicidade, ausência de sintomatologia específica e a possibilidade de complicações tardias. Quanto ao paciente, fatores como idade, sexo, raça, escolaridade, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais, crenças e contexto socioeconômico pode influenciar diretamente na adesão ao tratamento (GILSOGAMO, 2008).

O tratamento deve ser constante, para o resto da vida, o que faz com que muitos desistam, não aderindo tanto aos medicamentos, quanto a alimentação saudável e a inclusão de atividade física.

Indivíduos de baixa escolaridade e com doenças crônicas apresentam dificuldades tanto no entendimento da receita como nas informações obtidas na bula do medicamento no que se refere à dosagem correta, indicações, contra indicações e advertências, destacando-se que essas limitações de compreensão podem aumentar o risco de erros com a medicação (RUPPAR; DOBBELS; GEEST, 2012; MARTINS et. al, 2014). Ainda, o fato de os pacientes não saberem os nomes dos medicamentos se deve não apenas a baixa escolaridade, mas também a inadequação das receitas médicas que, muitas vezes, não se encontram legíveis (BEZERRA et. al, 2009).

Em relação aos medicamentos, cabe destacar ainda, que o número de medicamentos prescritos, a frequência das doses e a ausência de instruções dos profissionais de saúde quanto a administração correta de tais medicações podem constituir importantes barreiras para a adesão ao tratamento, de forma que, quanto maior o número de medicamentos prescritos, menor é a adesão por parte do paciente, tendo em vista o maior número de cuidados e de ações para cumprir o tratamento de forma efetiva (RUPPAR; DOBBELS; GEEST, 2012). Além disso, o acesso e a disponibilidade das medicações prescritas de forma gratuita pelo sistema de saúde também constitui um importante fator que facilita a adesão ao tratamento pelos pacientes, especialmente, para aqueles com baixa condição socioeconômica (MARCUM; GELLAD, 2012).

Sobre as características socioeconômicas dos participantes de um estudo realizado em 2012, destacou-se que 73,3% afirmaram ter renda familiar mensal variando entre 01 a 03 salários mínimos. (MACHADO, PIRES E LOBÃO, 2012). Níveis socioeconômicos podem estar relacionados tanto a escolaridade, como a renda. Assim, os níveis socioeconômicos mais baixos também se associam a maior prevalência de HAS e de fatores de risco para a elevação da pressão arterial. (V DBHA, 2007).

Ainda, considera-se outros fatores relacionados a adesão, como, por exemplo, crenças inadequadas adquiridas no seu contexto familiar, baixa auto-estima, relacionamento ineficaz com a equipe de saúde, tempo prolongado de

atendimento, dificuldades no acesso aos serviços de saúde e efeitos indesejáveis dos medicamentos, os quais interferem na adesão ao tratamento e,conseqüentemente, na qualidade de vida (BEZERRA et. al, 2014).

Mudar as crenças inadequadas adquiridas no contexto familiar também é uma tarefa difícil para a pessoa hipertensa. Isso porque, a HAS destaca-se no contexto familiar como uma experiência de difícil adaptação, pois seu controle requer mudanças de comportamento que vão desde os hábitos alimentares, até o estilo de vida não só da pessoa hipertensa, como de toda a família (SARAIVA, et. al, 2007).

Além disso, o acesso aos serviços de saúde, também pode ser destacado como um dos fatores que mais favorecem a adesão ao tratamento por parte dos pacientes, enquanto que a falta de infraestrutura e de profissionais de saúde qualificados para o atendimento podem influenciar diretamente para a não adesão ao tratamento (IVERSEN et al, 2011). Do mesmo modo, o vínculo e o bom relacionamento dos profissionais de saúde com os pacientes são considerados fatores que favorecem a adesão ao tratamento, uma vez que tais características oportunizam que as orientações acerca do tratamento sejam recebidas e compreendidas de forma efetiva pelo paciente (CAMP et al., 2012).

5 METODOLOGIA

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, que tem como objetivo descrever, de forma quantitativa o grupo em destaque (CRESWELL, 2008).

É um estudo do tipo descritivo, o qual se propõe a delimitar características ou o perfil de um determinado grupo (CRESWELL, 2008), visando caracterizar precisamente as variáveis que envolvem o fenômeno da adesão ao tratamento pelos pacientes hipertensos que foram atendidos em um centro de reabilitação física do Rio Grande Do Sul. Conhecer os hipertensos que freqüentam os serviços de saúde, em especial, como convivem com uma doença que, muitas vezes, é assintomática, pode auxiliar a compreender os motivos pelos quais alguns aderem e outros não aderem ao tratamento.

O delineamento do estudo caracterizou-se como transversal, uma vez que os dados coletados foram contemplados por um recorte temporal, ou seja, os dados foram coletados em um momento do tempo, no período de abril a junho de 2015.

5.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida junto a Unidade de Clínica Médica e Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário do Rio Grande, caracterizado como uma instituição pública, que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui 195 leitos, divididos em 51 leitos cirúrgicos, 49 leitos de internação clínica, 24 leitos de UTI's (adulta, pediátrica, neonatal e intermediárias), 35 leitos obstétricos, 26 leitos pediátricos, 4 leitos referentes a outras especialidades e 6 leitos do hospital dia (CNES, 2013).

A Unidade de Clínica Médica da referida instituição dispõe de 49 leitos de internação distribuídos em oito enfermarias, atendendo a pacientes adultos com diferentes intercorrências clínicas. Já a Unidade de Clínica Cirúrgica conta com 37 leitos de internação distribuídos em 11 enfermarias, atendendo pacientes adultos para tratamento cirúrgico em pré-operatório e pós-operatório.

É importante salientar que o atendimento aos pacientes no ambiente hospitalar foi assistido por uma equipe multiprofissional composta por educadores físicos, enfermeiros e psicólogos, e que atuaram em conjunto, com médicos, fisioterapeutas e nutricionistas, quando necessário, colaborando desse modo para a educação em saúde, sendo esta, umas das principais atribuições dos profissionais pertencentes às equipes multiprofissionais do referido hospital.

5.3 AMOSTRA

A amostra foi constituída por pacientes hipertensos adultos de ambos os sexos que estavam internados na Unidade de Clínica Médica e Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário do Rio Grande. Para seleção dos sujeitos, utilizou-se a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, de forma que sujeitos foram selecionados de acordo com sua presença e disponibilidade no local e no momento da coleta de dados (CRESWELL, 2008). A

amostra final foi definida por pacientes que atenderam aos critérios de inclusão. Por se tratar de uma população homogênea para o cálculo amostral foi considerado cinco respondentes para cada questão do questionário, conforme indicação estatística, totalizando uma amostra mínima de 120 participantes (APOLINÁRIO, 2012).

Foram considerados como critério de inclusão: pacientes diagnosticados com HAS por um médico e que apresentaram o diagnóstico de HAS no prontuário. Os critérios de exclusão limitaram-se à: pacientes que apresentaram alterações cognitivas ou alguma condição de saúde que impossibilitou-os de responder o instrumento de coleta de dados, ou que se negaram a participar da pesquisa. Dos 120 participantes, 9 negaram –se a participar da pesquisa, tendo a amostra 111 participantes.

5.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

Para coleta de dados, foi utilizado um instrumento para caracterização sociodemográfica dos sujeitos, o qual contém questões que podem apresentar importantes correlações com a adesão ao tratamento da HAS, conforme Apêndice A. Após essa etapa, os pacientes responderam o instrumento de Avaliação da Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial (BORGES, 2012), o qual foi validado em 2012 e, se caracteriza como uma ferramenta importante para a verificação da Não Adesão ao tratamento da Hipertensão (ANEXO I). É válido mencionar que os instrumentos foram aplicados pelo pesquisador responsável pela pesquisa.

Segundo Borges (2012), o instrumento utilizado, trata-se de uma escala tipo Likert de cinco pontos que permite mensurar em cada dimensão e seus constituintes a não adesão, utilizando-se 1 para "sempre", 2 "quase sempre", 3 "às vezes", 4 para "quase nunca" e 5 para "nunca", sendo 170 a totalidade de pontos possíveis a alcançar. A classificação foi estabelecida a partir de uma estimativa de pontuação que dividiu em proporções a totalidade de pontos obtidos por cada pessoa.

Esse instrumento possui 24 questões que considera quatro dimensões constitutivas da não adesão ao tratamento da HAS: dimensão Pessoa, Serviço de Saúde, Doença Tratamento e Ambiente. Este instrumento permite chegar a um score total de 170 pontos, que classifica os indivíduos em três níveis: **Não adesão**

total (os que obtiverem 24 a 48 pontos), **risco para não adesão** (de 49 a 72 pontos) e **Adesão** (de 73 a 120 pontos).

Para aplicação dos instrumentos de coleta de dados, adotou-se como procedimento, após a verificação do prontuário do paciente, o convite para participar do estudo na própria unidade de internação. Nesse momento, era realizada a apresentação pessoal do pesquisador, que descrevia resumidamente os objetivos da pesquisa e a metodologia adotada.

Foi informado que qualquer dúvida seria esclarecida pessoalmente, por telefone ou mesmo por e-mail, sendo explicitados todos esses dados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após os procedimentos relacionados aos aspectos éticos e o aceite para participar da pesquisa, o pesquisador fazia a aplicação dos instrumentos de coleta de dados em um local que oportunizava a privacidade dos sujeitos, na própria unidade de internação.

Foi explicitado aos sujeitos a possibilidade de participar ou não da pesquisa, de acordo com a sua vontade, podendo, também, retirar sua permissão de participação a qualquer momento, sem nenhuma necessidade de justificativa. O TCLE foi entregue aos sujeitos e assinado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o informante.

5.5 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O trabalho foi iniciado com uma análise descritiva das variáveis para definir o perfil da amostra em estudo em relação aos dados sociodemográficos, referente aos cuidados da saúde e as variáveis da escala. Para descrição das variáveis foram empregados os procedimentos descritivos de frequência absoluta e frequência relativa (percentual), para as variáveis categóricas e as medidas de tendência central média e desvio-padrão para as variáveis numéricas.

Para a avaliação das relações entre as variáveis numéricas e as variáveis da escala foi utilizada a correlação de Spearman, sendo a classificação do grau de correlação, ou seja, da força entre as variáveis, o seguinte parâmetro: fraco quando $0 < r < 0,4$; moderado quando $0,4 < r < 0,7$ e forte quando $0,7 < r < 1,0$ (SIQUEIRA&TIBÚRCIO, 2011).

Para verificar a relação entre as variáveis categóricas do estudo com variáveis da escala foi utilizado o teste Qui-quadrado, quando os pressupostos deste teste eram atendidos, caso contrário, era utilizado o teste Exato de Fischer para avaliar essas relações.

Para a entrada, o processamento e a análise dos dados foi utilizado o software StatisticalPackage for the Social Sciences (SPSS), versão 21.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram respeitados conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos. Os usuários hipertensos foram incluídos no estudo mediante aceitação para participar da pesquisa e assinatura do TCLE¹.

5.6.1 ANÁLISE CRÍTICA DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

A pesquisa não impõe riscos físicos aos participantes. Foram orientados de que sua participação é livre e voluntária. A identidade dos mesmos permaneceu em sigilo absoluto durante todo o processo de coleta de dados e posteriormente publicação dos resultados. Os riscos de cunho psicológico ou físicos são mínimos aos participantes, e havendo qualquer tipo de constrangimento, desconforto ou mal-estar, os mesmos poderiam ser encaminhados para atendimento com a equipe multiprofissional, composta por enfermeiros (as) e o Serviço de Psicologia. O participante se quisesse desistir a qualquer momento, só precisava retirar o consentimento sem penalização alguma. Não houve custos ao participante e não houve nenhuma forma de compensação financeira.

A participação no estudo possibilitará o reconhecimento dos fatores que interferem na adesão dos pacientes ao tratamento, especialmente ao se tratar da prática regular de atividades físicas pela pessoa diagnosticada com HAS, o que poderá auxiliar na construção de estratégias e ações que minimizem os fatores envolvidos à não adesão, beneficiando a saúde e qualidade de vida dos hipertensos.

¹Esse termo foi entregue ao pesquisador (a) responsável pelo estudo, previamente ao início da coleta de dados assegurando a participação livre dos pacientes e da identidade do mesmo que permaneceu em sigilo absoluto durante todo o processo de coleta de dados e posteriormente publicação dos resultados.

6. RESULTADOS

O estudo envolveu 111 participantes, com média de 61 anos, com idade mínima de 24 anos e idade máxima de 87 anos, sendo que 81 (73%) deles eram do sexo feminino e 30 (27%) eram do sexo masculino. Os resultados obtidos através do questionário apontam que em relação à escolaridade, 45 (40,5%) dos inquiridos referiram possuir ensino fundamental completo e apenas 3 (2,7%) referiram possuir ensino superior completo. Em relação às condições socioeconômicas, 58 (52,3%) recebiam até um salário mínimo, 48 (43,2%) recebiam de 1 a 3 salários mínimos. Além disso, 66 (59,5%) eram casados/com companheiro, destacando-se como a maioria, conforme a tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas das pessoas com Hipertensão assistidas em um Hospital Universitário no sul do Brasil.(n=111).

VARIÁVEIS	Frequência	Percentual
Sexo		
Feminino	81	73,0%
Masculino	30	27,0%
Escolaridade		
Analfabeto	5	4,5%
Ensino Fundamental Incompleto	21	18,9%
Ensino Fundamental Completo	45	40,5%
Ensino Médio Incompleto	7	6,4%
Ensino Médio Completo	30	27,0%
Ensino Superior Completo	3	2,7%
Renda*		
Até um salário mínimo	58	52,3%
Mais 1 até 3 salários mínimos	48	43,2%
Mais de três salários mínimos	5	4,5%
Estado Civil		
Casado/com companheiro	66	59,5%
Solteiro	14	12,6%
Divorciado/separado	19	17,1%
Viúvo	12	10,8%

* Salário mínimo = 880,00

A tabela 2 mostra que 58 (52,7%) das pessoas diagnosticadas com Hipertensão, ou seja, mais da metade dos entrevistados adquirem o medicamento junto ao SUS, e que 76 (69,7%), afirmaram que a frequência de uso é 2 vezes ao dia. Verifica-se que a prevalência de tempo destinado para a verificação da pressão arterial (PA), ocorre semanalmente. Destaca-se ainda que 4 dos entrevistados, disseram nunca entender as orientações dos profissionais em relação ao tratamento da Hipertensão.

Tabela 2: Distribuição de frequência e acesso aos medicamentos.

VARIÁVEIS	Frequência	Percentual
Como adquire os medicamentos (n=110)		
SUS	58	52,7%
Compra na farmácia	29	26,4%
Gratuitamente na farmácia popular	23	20,9%
Com que frequência utiliza a medicação hipertensiva diariamente (n=109)		
1	20	18,3%
2	76	69,7%
3	12	11,1%
4	1	0,9%
Onde verifica a PA (n=108)		
1	55	50,9%
2	8	7,4%
3	45	41,7%
Com que frequência verifica a PA (n=111)		
Nunca	2	1,8%
Diariamente	30	27,0%
Semanalmente	42	37,9%
Mensalmente	36	32,4%
Anualmente	1	0,9%
Consegue compreender as orientações dos profissionais da saúde sobre a HAS		
Nunca	4	3,6%
Às vezes	17	15,3%
Sempre	90	81,1%

Diante desse panorama, ao buscar identificar os fatores que interferem na adesão ao tratamento, através das respostas obtidas através do questionário e especialmente quando inquiridos acerca da rotina diária sem exercícios físicos, dos inquiridos diagnosticados com Hipertensão, 34 (30,6%) deles relataram “sempre”

não possuir uma rotina de exercícios físicos e 4 (3,6%) relataram “quase sempre” para a mesma situação, totalizando 38 (34,2%) dos entrevistados que não incluem uma rotina de exercícios físicos no seu dia a dia, como podemos verificar na tabela 3.

Tabela 3: Avaliação da escala da não adesão ao tratamento da HAS, nos quesitos: exercício físico, estilo e condição de saúde e acesso aos serviços de saúde.

Variáveis	Escala				
	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
Referentes ao exercício físico					
Possui uma rotina diária sem exercícios físicos	34 (30,6%)	4 (3,6%)	11 (9,9%)	11(9,9%)	51 (45,9%)
Não tem tempo para realizar exercícios físicos	28(25,2%)	7(6,3%)	9(8,1%)	5(4,5%)	62(55,9%)
Falta local conveniente para realização de atividade física	51(45,9%)	3(2,7%)	11(9,9%)	10(9,0%)	36(32,4%)
Estilo e condição de vida					
Tem dificuldade quanto as pessoas da sua família ajudarem no tratamento da HAS (n=109)	24(22,0%)	6(5,5%)	5(4,6%)	4(3,7%)	70(64,2%)
Acredita que não precisa mudar o estilo de viver (n=103)	43(41,7%)	8(7,8%)	8(7,8%)	6(5,8%)	38(36,9%)
Mantêm um estilo de vida estressante	37(33,9%)	14(12,8%)	13(11,9%)	17(15,6%)	28(25,7%)
Acesso aos serviços de saúde					
Falta as consultas para tratamento da hipertensão	2 (1,8%)	0 (0,0%)	7(6,3%)	12 (10,8%)	90 (81,1%)

Conforme a tabela apresentada verifica-se ainda que 28 (25,2%) dos inquiridos responderam “sempre” não ter tempo e 7 (6,3%) responderam “quase sempre” não ter tempo para realizar exercícios físicos nos diferentes domínios, totalizando 35 (31,5%). Em relação ao local adequado para a prática de exercícios físicos, 51(45,9%) responderam “sempre” e 3 (2,7%) responderam “quase sempre”, totalizando 54 (48,6 %) que encontram dificuldade em encontrar local adequado para a prática de exercícios físicos e/ou realização de atividades físicas.

Observa-se ainda que quanto ao estilo e condição de vida, cerca de 70 (64,2%) relataram “nunca” ter dificuldade em receber apoio da família no que diz respeito ao tratamento da Hipertensão, o que de modo significativo colabora para o sucesso do terapêutico. Por outro lado, 38 (36,9%) dos inquiridos acreditam que não

precisam mudar o estilo de viver e cerca de 51 (46,7%) mantém um estilo de vida estressante, já que 37 (33,9%) responderam “sempre” e 14 (12,8%) responderam “quase sempre”, admitindo possuir um estilo de vida que interfere negativamente para o tratamento. Identificou-se de maneira positiva, que a maioria dos entrevistados 90 (81,1%), relataram nunca faltar as consultas para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Para as próximas análises, os dados da escala foram agrupados da seguinte forma: “sempre/quase sempre”, “às vezes” e “quase nunca/nunca”. Para variável referente ao acesso aos serviços de saúde a classificação: “sempre/às vezes” e “quase nunca/nunca” para que fosse possível fazer o cruzamentos das variáveis.

Tabela 04: Associação do sexo com as variáveis da escala.

Variáveis	Sexo		P-valor
	Feminino N(%)	Masculino N(%)	
Referentes ao exercício físico			
Possui uma rotina diária sem exercícios físicos			
Sempre/quase sempre	28(34,6%)	10(33,3%)	0,330
Às vezes	10 (12,3%)	1(3,3%)	
Quase nunca/nunca	43(53,1%)	19(63,4)	
Não tem tempo para realizar exercícios físicos			
Sempre/quase sempre	23(28,4%)	12 (40,0%)	0,336
Às vezes	8 (9,9%)	1 (3,3%)	
Quase nunca/nunca	50(61,7%)	17 (56,7%)	
Falta local conveniente para realização de atividade física			
Sempre/quase sempre	48 (59,3%)	6 (20,0%)	0,001
Às vezes	5(6,2%)	6 (20,0%)	
Quase nunca/nunca	28(34,6%)	18(60,0%)	
Estilo e condição de vida			
Tem dificuldade quanto as pessoas da sua família ajudarem no tratamento da HAS			
Sempre/quase sempre	24(30,0%)	6(20,7%)	0,171
Às vezes	2(2,5%)	3(10,3%)	
Quase nunca/nunca	54(67,5%)	20(69,0%)	

Acredita que não precisa mudar o estilo de viver			
Sempre/quase sempre	41(53,9%)	10(37,0%)	0,036
Às vezes	3(3,9%)	5(18,5%)	
Quase nunca/nunca	32(42,1%)	12(44,4%)	
Mantêm um estilo de vida estressante			
Sempre/quase sempre	44(55,0%)	7(24,1%)	0,007
Às vezes	10(12,5%)	3(10,3%)	
Quase nunca/nunca	26(32,5%)	19(65,5%)	
Acesso aos serviços de saúde			
Falta as consultas para tratamento da hipertensão			
Sempre/às vezes	8(9,9%)	1(3,3%)	0,243*
Quase nunca/nunca	73(90,1%)	29(96,7%)	

Avaliando os resultados apresentados na Tabela 4, verifica-se que existe associação significativa da variável “Falta local conveniente para realização de atividade física” em relação ao sexo, sendo que as mulheres estão associadas a relatar sempre/quase sempre, enquanto que os homens estão associados as respostas às vezes e quase nunca/nunca. Ainda identifica-se associação significativa das variáveis “Acredita que não precisa mudar o estilo de viver” e “Mantêm um estilo de vida estressante” em relação ao sexo sendo que as mulheres estão relacionadas a “sempre/quase sempre” e os homens associados “quase nunca/nunca”.

Quando analisadas as variáveis sociodemográficas escolaridade, estado civil em relação as variáveis da escala referentes aos exercícios físico, ao estilo de vida e ao acesso de saúde, não verificou-se significância estatística para nenhuma delas ($P > 0,05$), ou seja, a escolaridade e estado civil não influencia nessas questões. Ainda, observou-se que não existe associação das variáveis frequência de uso da medicação e frequência que mede a PA com as variáveis da escala.

Para analisar a renda em relação às variáveis do estudo foi classificada em “Até um salário mínimo” e “mais de um salário mínimo”. Verificou-se que existiu associação significativa da variável “Falta às consultas para tratamento da hipertensão” com a renda, sendo que as pessoas que relataram até um salário

mínimo estão associadas a “Sempre/às vezes” e as pessoas com renda maior que um salário estão associadas a “Quase nunca/nunca”.

Quando avaliada a relação entre a variável referente a onde o paciente adquire o medicamento, verificou-se que existe associação significativa com a variável “Falta as consultas para tratamento da hipertensão” ($p=0,029$), sendo identificado que os pacientes que relatam ganhar o medicamento de graça (SUS+gratuitamente na farmácia) estão associado as respostas “quase nunca/nunca” e as pessoas que comprar o medicamento na farmácia estão relacionados a “sempre/às vezes”.

Para a variável referente às orientações verifica-se que existe associação significativa com a variável “Não tem tempo para realizar exercícios físicos” ($p=0,020$), onde, observa-se que as pessoas que sempre entendem as orientações estão associadas a resposta “quase nunca/nunca” e as pessoas que nunca ou às vezes não entendem as orientações estão associados a resposta “sempre/quase sempre”. Concluí-se que as pessoas que tem uma melhor compreensão das orientações compreendem a necessidade de programar um tempo para fazer atividade física.

7 DISCUSSÃO

Foi verificada uma incidência maior de Hipertensão entre as mulheres, o que sugere que elas procuram mais os serviços de saúde, já que as mesmas relataram não faltar às consultas, na busca pelo sucesso no tratamento, aumentando com isso, a possibilidade de um diagnóstico precoce. Colaborando com os resultados obtidos, um estudo realizado com hipertensos de duas Unidades Básicas de Saúde da região oeste do município de São Paulo destaca que as mulheres apresentaram valores da pressão arterial, mais controlados do que os homens (SILVA et. al, 2016). Corroborando com nosso estudo, já que as mulheres destacaram se por verificar a PA semanalmente.

Em relação às condições socioeconômicas, 58 (52,3%) recebiam até um salário mínimo, 48 (43,2%) recebiam de 1 a 3 salários mínimos. Além disso, 66 (59,5%) eram casados/com companheiro, destacando-se como a maioria, conforme apresentado na tabela 1. Um estudo realizado por Gewehr et. al (2018), verificou que o estado civil e a renda familiar foram associados com a adesão ao tratamento

da HAS, com diminuição da adesão entre aqueles que declararam não ter companheiro (a) e renda familiar mais baixa.

Em relação aos fatores que interferem na adesão ao tratamento, um estudo realizado por Silva et. al (2016) destacou que o estresse emocional influencia o desencadeamento e a manutenção da hipertensão, podendo constituir-se em barreira para a adesão ao tratamento, corroborando com os achados deste estudo, visto que 38 (36,9%) dos inquiridos acreditam que não precisam mudar o estilo de viver e cerca de 51 (46,7%) mantém um estilo de vida estressante.

Conforme a tabela 2 verifica-se ainda que 28 (25,2%) dos inquiridos responderam “sempre” não ter tempo e 7 (6,3%) responderam “quase sempre” não ter tempo para realizar exercícios físicos nos diferentes domínios, totalizando 35 (31,5%). De acordo com Gomes, et. al (2018) apesar de quase metade das mulheres não participantes já terem ouvido falar da existência de um programa de exercícios físicos nas unidades de saúde próximo da sua casa, a falta de local apropriado foi considerada uma forte barreira, o que também se evidenciou neste estudo, já que 54 (48,6 %) afirmaram ter dificuldade em encontrar local adequado para a prática de exercícios físicos e/ou realização de atividades físicas.

Observa-se ainda que quanto ao estilo e condição de vida, cerca de 70 (64,2%) relataram “nunca” ter dificuldade em receber apoio da família no que diz respeito ao tratamento da Hipertensão, o que de modo significativo colabora para o sucesso do terapêutico, corroborando com os achados de Silva et. al (2016), onde afirma que esquemas terapêuticos complexos, compostos não só pelas drogas anti-hipertensivas, mas também para as comorbidades freqüentes, requerendo a adoção de estratégias facilitadoras para evitar o esquecimento, caracterizam situações em que familiares podem ser extremamente úteis. O estudo destacado por Bezerra et. al (2014) destaca que a estrutura familiar pode ser facilitadora na adesão, uma vez que o suporte social ajuda o paciente a reduzir atitudes negativas durante o tratamento, e oferece motivação para melhora.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde identificou-se de maneira positiva, que a maioria dos entrevistados 90 (81,1%), relataram nunca faltar as consultas para o tratamento da HAS, evidenciando como relata Bezerra et. al (2014) a necessidade do permanente processo educativo junto a esses pacientes e da

constante atenção para o esclarecimento da condição de saúde e necessidade de tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse sentido, infere-se que a adesão ao tratamento é um dos fatores fundamentais para o controle pressórico, e que a falta de controle da HAS, na maioria das vezes, está relacionada à baixa adesão ao tratamento. Os fatores relacionados com a diminuição da adesão ao tratamento foram: baixa renda, falta de local apropriado para a prática de exercícios físicos e especialmente um estilo de vida estressante. Em contrapartida, a participação dos familiares contribui de modo significativo no processo terapêutico. Ressalta-se a necessidade de novos estudos com amostras maiores no sentido corroborar os nossos achados.

REFERÊNCIAS

APOLINÁRIO, F. **Metodologia da Ciência: filosofia e prática da pesquisa**. 2ª Ed.; São Paulo: Cengage Learning, 2012.

BEZERRA, D. S.; SILVA, A. S.; CARVALHO, A. L. M. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ ou diabetes mellitus em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jabotão dos Guararapes-PE, Brasil. **Revista CiêncFarm Básica Aplicada**, v.30, n.1, p.69-73, 2009.

BEZERRA, A. S. de M.; LOPES, J. de L.; BARROS, A. L. B. L. de. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira Enferm**, v.67, n.4, p.550-5, 2014.

BIELEMANN, R. M.; KNUTH, A. G.; HALLAL, P.C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.15, n.1, 2010.

BORGES, J. W. P. **Instrumento de avaliação da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial: desenvolvimento e validação de conteúdo**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2012.

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Relatórios**. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 05 de novembro de 2013.

CAMP, Y. P. V.; et al. Nurse-led education and counselling to enhance adherence to phosphate binders. **Journal of Clinical Nursing**. v.21, n. 9-10, p.1304-13, 2012.

CRESWELL, J.W. **Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research** (3 Ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2008.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed.- Porto Alegre: Artmed, 2010.

CODOGNO, J. S.; et al. Adiposidade corporal e atividade física em diabéticos tipo 2 com e sem hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Atividade física e saúde**, v.15, n.4, 2010.

FAQUINELLO, P.; MARCON, S.S.; WAIDMANN, M. A. P.; A rede social como estratégia de apoio a saúde do hipertenso. **Revista Brasileira de Enferm**, vol.64 no.5 Brasília,2011.

FIGUEIREDO, N. N; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paul Enferm**, 23(6):782-7, 2010.

GAYA, A. (col). **Ciências do movimento humano**: introdução à metodologia da pesquisa. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GEWEHR, D. M; et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 179-190, jan-mar, 2018.

GIROTTI, E.; et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1763-72, 2013.

GILSOGAMO, C. A.; et al. Fatores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica em pacientes no Núcleo de atendimento ao hipertenso (NAHI) e no Programa Saúde da Família (PSF), no município de Barbacena. **Revista Bras. Med. Fam e Com**, v.4, n. 15, 2008.

GUN, C.; FELDMAN, A. Manual prático em cardiologia da sociedade brasileira das ligas de cardiologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

HAYNES, R.B.; et al. Intervention for Enhancing Medication Adherence. **The Cochrane Data base of Systematic Reviews**, n.16, v.2, 2008.

LIMA, L. L; MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Revista Bras Enferm**, v.66, n.4, p.514-22, 2013.

MACIEL, E. A. M. **A não adesão ao tratamento da hipertensão por pacientes trabalhadores**. Monografia de Especialização. Universidade Federal de Minas Gerais – Brumadinho, 2012.

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. da S.; LOBÃO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.5, p.1365-74,2012.

MARCUM, Z. A.; GELLAD, W. F. Medication adherence to multidrug regimens. **Clinics in Geriatric Medicine**, v.28, n. 2, p. 287-300, 2012.

MARTINS, A. G.; et al. Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial Sistêmica. **Acta Paul Enferm**, v.27, n.3, p.266-72, 2014.

MARTIRÉS, M. A. R.; COSTA, M. A. M.; SANTOS, C.S.V. Obesidade em idosos com hipertensão arterial sistêmica. **Text Contexto Enferm**, v.22, n.3, p.797-803, 2013.

MASSA, K. H. C.; et al. Prática de atividade física em quatro domínios em idosos com hipertensão Arterial referida no Município de São Paulo: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Atividade Física e saúde**, v.17, n.1, p.7-13, 2012.

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

MOURA, D. J. M; et al. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 4, 759-65, 2011.

NEGRÃO, C. E. BARRETO, A. C. P. **Cardiologia do exercício: do atleta ao cardiopata**. 3ª edição. 2010.

OLIVEIRA, T. R. P. de.; PEDROSA, L. A. K.; GONÇALVES, M. D. de A. Estudo da hipertensão arterial sistêmica: repercussões quanto a adesão ao tratamento. **Revista Triang.:Ens. Pesq**, v.1, n.1, p. 97-110, 2008.

OLIVEIRA, T. L.; MIRANDA, L. de P.; FERNANDES, P. de S.; CALDEIRA, A. P. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm**, v.26, n.2, p.179-84, 2013.

PEDROSA, O. P. LEAL, A. F. A inserção do profissional de Educação Física na estratégia saúde da família em uma capital do Norte do Brasil. **Movimento**. Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 235-53, 2012.

RUPPAR, T. M.; DOBBELS, F.; GEEST, S. Medication beliefs and antihypertensive adherence among older adults: a pilot study. **Geriatric Nursing**, v.33, n.2, p.89-95, 2012.

SABATE, E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva (Suíça): **World Health Organization**. 2003.

SARAIVA, K. R. de O; et al. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Text Contexto Enferm**, v.16, n.2, p.263-70, 2007.

SPINATO, I. T.; MONTEIRO, L. Z. SANTOS, Z. M. de S. A. Adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico – uma proposta educativa em saúde. **Text Contexto Enferm**, v.19, n.2, p.256-64, 2010.

SILVA, L. O. L; et al. Hipertensão arterial Sistêmica: representações sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. **Cad. Saúde Colet**,v.21, n.2, p.121-8.2013.

SILVA, S. S. B. E, et. al. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. **Rev Esc Enferm USP**. 2016.

SIQUEIRA, A. L.; TIBÚRCIO J. D. **Estatística na área da saúde**: conceito, metodologia, aplicações e prática computacional. Belo Horizonte (MG). Coopmed, 2011.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**. 2007; 89(3):24 - 78.

APÊNDICE A
CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

IDADE: _____

SEXO: () Feminino () Masculino

ESCOLARIDADE: () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior
() Analfabeto () Completo () Incompleto

PROFISSÃO: _____

RENDA FAMILIAR:

- () Até um salário mínimo
() Mais de um até três salários mínimos
() Mais de três salários mínimos

ESTADO CIVIL: () Casado/com companheiro () Solteiro () Separado/divorciado () Viúvo

IMC: _____

Onde adquire os medicamentos: () SUS () Compra na farmácia () Gratuitamente na farmácia popular () Doação () Outro.

Especificar: _____

Tempo de diagnóstico da HAS: _____

Número de medicações anti-hipertensivas que faz uso diariamente: _____

Com que frequência utiliza as medicações anti-hipertensivas diariamente? _____

Onde verifica a Pressão Arterial?

Com que frequência você verifica sua pressão arterial? () Nunca () Diariamente ()
Semanalmente () Mensalmente () Anualmente

Recebe informações de profissional da Saúde? Onde?

Consegue compreender as orientações que recebe dos profissionais de saúde sobre o tratamento da HAS? () Nunca () Às vezes () Sempre

ANEXO I

Instrumento de avaliação da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial.
Fortaleza. (BORGES, 2012).

	ITENS	SEMPRE 1	QUASE SEMPRE 2	ÀS VEZES 3	QUASE NUNCA 4	NUNCA 5
01	Quando você está bem, deixa de tomar medicação?					
02	Esquece-se de tomar o medicamento?					
03	Com o início do tratamento, faz uso de alimentação rica em sal?					
04	Com o início do tratamento, faz uso de alimentação rica em frituras/gorduras?					
05	Com o início do tratamento, faz uso de bebida alcoólica?					
06	Com o início do tratamento, faz uso de alimentação como pizzas, sanduíches, pastéis, batatas fritas, salgadinhos em geral e empanados?					
07	Procura com frequência a unidade de saúde porque sua pressão arterial está alta?					
08	Possui rotina diária sem exercícios físicos?					
09	Não tem tempo para realizar exercícios físicos?					
10	Tem dificuldade quanto as pessoas da sua família ajudarem no tratamento da hipertensão?					
11	Possui alimentação pobre em frutas e verduras?					
12	Acredita que não precisa mudar o estilo de viver?					
13	Deixa de tomar os medicamentos quando a Unidade de saúde não os oferece?					
14	Falta as consultas para tratamento da Hipertensão?					
15	Para de tomar a medicação por sentir-se mal com ela?					
16	Sente dificuldades para tomar a medicação ao ter de ingerir mais que dois comprimidos de uma só vez?					
17	Sente dificuldades para tomar a medicação ao ter de fazê-lo mais de uma vez ao dia?					
18	Quando aferida, sua Pressão Arterial encontra-se elevada?					
19	Mantém um estilo de vida estressante?					
20	Apresenta baixa participação em grupos de educação em saúde?					
21	Sente dificuldades em conversar com os profissionais de saúde que o atendem?					
22	Faltam medicamentos na unidade de saúde?					
23	Sente se mal atendido na unidade de saúde onde faz acompanhamento?					
24	Falta local conveniente para realização de atividades físicas?					

Para calcular a pontuação obtida por cada pessoa, assinala-se o valor 1 para a coluna "sempre", 2 "quase sempre", 3 "às vezes", 4 para "quase nunca" e 5 para "nunca", sendo 170 a totalidade de pontos possíveis a alcançar.

A classificação foi estabelecida a partir de uma estimativa de pontuação que dividiu em proporções a totalidade de pontos obtidos por cada pessoa que responder a escala, considerando:

- Não adesão total os que obtiverem 24 a 48 pontos;
- Risco para não adesão de 49 a 72 pontos;
- Adesão de 73 a 120 pontos.