

Hipertensão arterial: caracterização sociodemográfica e a adesão ao tratamento da população assistida pelas estratégias de saúde da família

Arterial hypertension: sociodemographic characterization and adherence to the treatment of the population assisted by family health strategies

Magnania Cristiane Pereira Da Costa, Gilvan Ramalho Guedes, Fernanda Fraga Campos, Maria Letícia Costa Reis, Luciana Maria Luar Almeida, Carlos Alberto Dias

Como citar este artigo:

Costa, M. C. P. da, Guedes, G. R., Campos, F. F., Reis, M. L. C., Almeida, L. M. L. de, & Dias, C. A. (2021). Hipertensão arterial: caracterização sociodemográfica e a adesão ao tratamento da população assistida pelas estratégias de saúde da família. *Saúde (Santa Maria)*, 47(1).

Autor correspondente:

Nome: Magnania Cristiane Pereira da Costa
E-mail: mcristianecosta@yahoo.com.br
Telefone: (38) 99805 4490
Formação Profissional: Doutora em saúde coletiva na área de epidemiologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas/SP (UNICAMP) e mestre em Ciências Biomédicas pela Fundação Hemínio Ometto (UNIARA-RAS). Especialista em Prevenção e Controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, em Docência do Ensino Superior e em Preceptoría no Sistema Único de Saúde. Formada em enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba. Membro dos grupos de pesquisa (i) Eventos adversos relacionados à assistência à saúde; (ii) Grupo de ensino, pesquisa e extensão em determinantes de saúde e (iii) Núcleo de educação em saúde coletiva: interface entre ensino, pesquisa e extensão, todos certificados pelo CNPq.

Filiação Institucional: Professora Adjunta da Faculdade de Medicina (FAMED) na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) em Diamantina/MG.
Endereço para correspondência:
Rua: Província nº 38 apto 103
Bairro: Jardim Imperial II
Cidade: Diamantino
Estado: MG
CEP: 13970000

Data de Submissão:
27/04/2021

Data de aceite:
02/09/2021

Conflito de Interesse: Não há conflito de interesse



RESUMO

Objetivo: analisar as características sociodemográficas e a adesão ao tratamento dos portadores de Hipertensão Arterial assistidos pelas Estratégias de Saúde da Família. **Método:** Estudo transversal, realizado com 562 portadores cadastrados nas unidades de estratégias de Saúde da Família. Os dados foram coletados entre novembro/2018 e janeiro/2020 utilizando um roteiro de entrevista com dados: sociodemográficos; referentes a adesão ao tratamento e a classificação da pressão arterial. Foram realizadas as frequências absolutas e relativas das variáveis e o teste do Qui-Quadrado de Pearson ($p \leq 0,05$). **Resultados:** verificou-se predomínio do sexo feminino (63,30%), cor/etnia parda (57,29%), que sabiam ler (90,57%), casados (59,79%), sem escolaridade e ensino fundamental incompleto (26,87%), aposentados (59,09%), com renda de até um salário mínimo (59,08%) e máxima adesão ao tratamento com 45,19% dos entrevistados. Referente à classificação da pressão e nível de adesão ao tratamento medicamentoso, o teste indicou relação muito significativa ($\chi^2 = 35,09$; $gl=8$, $p < 0,01$). Destaca-se que as características socioeconômicas desfavoráveis é uma realidade na população estudada e representa grande parte da população. **Considerações finais:** Os resultados demonstraram adesão ao tratamento e controle dos níveis pressóricos, possivelmente como reflexo do trabalho das equipes. Sugere-se o acompanhamento rigoroso e contínuo desta população, em todo território nacional, pelas equipes de estratégia de saúde da família para prevenção das complicações provenientes da hipertensão arterial.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial; Estratégia de Saúde da Família; Adesão ao Tratamento Medicamentoso.

ABSTRACT

Objective: to analyze the sociodemographic characteristics and adherence to treatment of patients with Arterial Hypertension assisted by Family Health Strategies. **Method:** Cross-sectional study, carried out with 562 patients registered in the units of Family Health strategies. Data were collected between November/ 2018 and January/ 2020 using an interview script with data: sociodemographic; regarding treatment adherence and blood pressure classification. The absolute and relative frequencies of the variables and the Pearson's Chi-Square test ($p \leq 0.05$) were performed. **Results:** there was a predominance of females (63.30%), color / mixed ethnicity (57.29%), who knew how to read (90.57%), married (59.79%), without schooling and elementary school incomplete (26.87%), retired (59.09%), with an income of up to one minimum wage (59.08%) and maximum adherence to treatment with 45.19% of the interviewees. Regarding the classification of pressure and level of adherence to drug treatment, the test indicated a very significant relationship ($\chi^2 = 35.09$; $gl = 8$, $p < 0.01$). It is noteworthy that the unfavorable socioeconomic characteristics is a reality in the population studied and represents a large part of the population. **Final considerations:** The results showed adherence to treatment and control of blood pressure levels, possibly as a reflection of the work of the teams. It is suggested the strict and continuous monitoring of this population throughout the national territory by the family health strategy teams to prevent complications from arterial hypertension.

KEYWORDS: Hypertension; Family Health Strategy; Adherence to Drug Treatment.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é considerada um imenso desafio para a saúde pública sendo mundialmente apontada como uma das principais causas de morte. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) 1.13 bilhão de pessoas estão diagnosticadas com HA no mundo e menos de um quinto tem a doença controlada⁽¹⁾.

Uma das morbidades mais citadas pelos entrevistados durante a pesquisa nacional de saúde, realizada no Brasil no ano de 2019 em 108.525 domicílios de todas as unidades de federação foi à hipertensão, autorreferida por 39,2% dos entrevistados⁽²⁾.

Para o sucesso de qualquer tratamento prescrito pelas equipes de saúde é extremamente importante a adesão. Logo, vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento da HA sendo eles relacionados ao paciente, à doença, às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais, ao tratamento dentro do qual se engloba a qualidade de vida, a instituição e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde⁽³⁾. A atuação e controle da equipe de saúde é determinante neste processo.

Espera-se que 80% dos problemas de saúde sejam resolvidos na Atenção Básica, representada, em sua maioria, pelas equipes das Estratégias Saúde da família (ESF)⁽⁴⁾. As ESF têm papel fundamental no controle da HA da população assistida através do acompanhamento e orientações sistemáticas aos portadores desta doença^(5,6). A Atenção Básica do Brasil obteve uma nota de 5,9 (considerada uma pontuação de 0 a 10) dos entrevistados durante a pesquisa nacional de saúde realizada em 2019⁽²⁾.

Estudos epidemiológicos do tipo transversais são importantes ferramentas para os serviços de saúde, pois permitem o diagnóstico e o monitoramento das condições de saúde das populações⁽⁷⁾. Portanto, o objetivo deste trabalho foi caracterizar os aspectos sociodemográficos de portadores de HA assistidos pelas ESF de Diamantina/MG e avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso por estes pacientes.

MÉTODO

Tipo de estudo

Foi realizado um estudo epidemiológico do tipo transversal, prospectivo, com a população portadora de HA cadastrada nas unidades de ESF da zona urbana do município de Diamantina/MG, Brasil.

População do estudo

O município de Diamantina/MG possui 187 anos, é reconhecido como Patrimônio Cultural da Humanidade está localizado na mesorregião do Vale do Jequitinhonha e possui uma população estimada de 47.723 habitantes. Quanto ao

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ocupa a 143^a posição no Estado e a 1427^a posição no país. A renda média de 38,4% da população é de apenas meio salário mínimo, colocando o município na 385^a posição entre as 853 cidades do Estado e na 2955^a posição entre as 5570 cidades brasileiras. Além disso, apenas 20,9% das pessoas que tem ocupação recebem em média até três salários mínimos mensais^(8,9).

A amostra foi constituída por 562 pessoas portadoras de HA com idade igual ou superior a 40 anos, de ambos os sexos, quantificados de acordo com o cálculo do tamanho amostral mínimo baseado na população do município. Para o estabelecimento do tamanho amostral admitiu-se um erro-padrão de 3%, com um intervalo de confiança de 97% e uma proporção de 13,7%. Para a seleção dos participantes foi realizado um levantamento dos portadores de HA cadastrados nas unidades de ESF, seguido de uma amostragem aleatória estratificada por faixas etárias: 40-49, 50-59, 60-69, 70 e mais.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados como critérios de inclusão portadores de HA que faziam uso de medicamentos anti-hipertensivos, por período superior a seis meses, com as funções cognitivas preservadas, funcionalmente independentes, ≥ 40 anos e que aceitaram participar da pesquisa com a leitura prévia e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Procedimentos de campo

Os procedimentos de campo ocorreram em quatro etapas: (i) capacitação dos 06 entrevistadores para padronização do processo de trabalho; (ii) visita as unidades de ESF para apresentação do projeto, levantamento da população portadora de HA cadastrada e sorteio para composição da amostra analítica (nome, endereço, idade e sexo); (iii) realização do estudo piloto com a participação de 10 portadores de HA seguindo os critérios de inclusão pré- estabelecidos; (iv) visita aos domicílios selecionados para apresentação do estudo, informação dos procedimentos, convite para participação, assinatura do TCLE e realização da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada entre novembro de 2018 e janeiro de 2020, com entrevista guiada por roteiro estruturado com a realização de três aferições da Pressão Arterial (PA) ao longo da entrevista seguindo os critérios estabelecidos na VII Diretriz Brasileira referente ao: 1. Preparo do “paciente”; 2. Certificação de ausência de impedimento para realização do procedimento no momento da aferição; 3. Posicionamento correto; e 4. Cumprimento das etapas para a realização da aferição (10).

Foi considerado para efeito de análise dos dados o valor da PA referente à média das três últimas aferições

realizadas durante a entrevista no domicílio. Para a medição dos níveis pressóricos foi utilizado um tensiômetro digital de braço com monitor automático da marca Omron, modelo HEM-7320.

Instrumento de coleta de dados

A coleta dos dados foi guiada por um roteiro estruturado de entrevista contemplando os seguintes blocos: (i) Dados sociodemográficos e indicadores socioeconômicos (idade; cor/etnia; sabe ler e escrever; estado civil; escolaridade; condição atual de trabalho, renda do entrevistado e renda por domicílio); (ii) Adesão ao tratamento com uso do teste de Morisky Green MMAS-8^(11,12,13), utilizado para verificação do nível de adesão ao tratamento este instrumento com oito questões que verificam se o paciente esquece-se de tomar seu medicamento, ocorrência do fato nas duas últimas semanas, alterações na dosagem por autodeterminação, esquecimento ao viajar, uso do medicamento no dia anterior à coleta de dados, suspensão ao sentir que a PA está “controlada” e o incômodo com uso do medicamento. As respostas são pontuadas em zero e um, sendo atribuído o valor um para cada resposta afirmativa (em relação a não adesão) e zero para cada resposta negativa (em relação à adesão). Escore 8 indica máxima adesão, de 6 a 7 moderada e < 6 baixa adesão. O roteiro contemplou ainda (iii) Classificação da PA conforme a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Normal (≤ 120 e ≤ 80 mmHg); Pré-hipertensão (121–139 e 81–89mmHg); Hipertensão Estágio 1 (140–159 e 90–99 mmHg); Hipertensão Estágio 2 (160–179 e 100–109mmHg) e Hipertensão Estágio 3 (≥ 180 e ≥ 110 mmHg)⁽¹⁰⁾.

Análise dos Dados

Os dados foram analisados com a utilização dos softwares: Sphinx Léxica; Grade of Membership (GoM) e Data Analysis and Statistical Software. Com realização das frequências absolutas e relativas das variáveis e aplicação do teste do Qui-Quadrado de Pearson.

Considerações éticas

Este estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do Município e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo os Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12, sob o parecer CAAE nº 68052717.1.0000.5108. Todos os participantes do estudo receberam informações detalhadas sobre o TCLE antes da solicitação da assinatura. Para a população analfabeta foram utilizadas as impressões digitais em substituição a assinatura do documento.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Neste estudo foram entrevistados 562 portadores de HA que faziam uso de anti-hipertensivos, com predomínio do sexo feminino (63,30%), cor/etnia parda (57,29%), que sabiam ler (90,57%), casados (59,79%), sem escolaridade/ensino fundamental incompleto (26,87%), aposentados (54,09%) e com renda de até um salário mínimo (59,08%)(tabela 1). A média da idade em ambos os sexos foi de 62 (DP= 10,05 vs 9,73).

O teste do χ^2 mostrou que a relação entre sexo e estado civil ($\chi^2 = 60,60$; gl=4, $p < 0,01$), sexo e escolaridade ($\chi^2 = 17,62$; gl=4, $p = 0,001$), sexo e condição atual de trabalho ($\chi^2 = 49,95$; gl=4, $p < 0,01$) e entre sexo e renda ($\chi^2 = 24,49$; gl=4, $p < 0,01$) foram muito significativas (tabela 1).

Tabela 1 – Características socioeconômicas de portadores de HAS assistidos pela atenção primária à saúde em um município do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, 2020.

Variáveis N=562	Total		Feminino		Masculino	
	N	%	N	%	N	%
Idade						
Menos de 50	62	11,04%	42	11,80%	20	9,70%
De 50 a 59	173	30,78%	111	31,20%	62	30,10%
De 60 a 69	182	32,38%	113	31,70%	69	33,50%
70 e mais	145	25,80%	90	25,30%	55	26,70%
Total	562	100,00%	356	100,00%	206	100,00%
Cor/Etnia						
Amarela	9	1,61%	8	2,20%	1	0,50%
Branca	120	21,35%	78	21,90%	42	20,40%
Parda	322	57,29%	205	57,60%	117	56,80%
Preta	111	19,75%	65	18,30%	46	22,30%
Total	562	100,00%	356	100,0%	206	100,0%
Sabem Ler						
Sim	509	90,57%	323	90,70%	186	90,30%
Não	53	9,43%	33	9,30%	20	9,70%
Total	562	100,00%	356	100,0%	206	100,0%
Estado Civil						
Casado	336	59,79%	175	49,20%	161	78,20%
Divorciado/Desquitado/Separado	53	9,43%	35	9,80%	18	8,70%
Solteiro	70	12,45%	55	15,40%	15	7,30%
União Estável/Amasiado/Convivente	22	3,90%	14	3,90%	8	3,90%
Viúvo	81	14,41%	77	21,60%	4	1,90%
Total	562	99,98%	356	100,0%	206	100,0%
Escolaridade						
Analfabeto/Fundamental incompleto	151	26,87%	101	28,40%	50	24,30%
Fundamental I /Fundamental II Incompleto	149	26,51%	88	24,70%	61	29,60%
Fundamental Completo/Médio Incompleto	71	12,63%	41	11,50%	30	14,60%
Médio Completo/Superior Incompleto	117	20,81%	65	18,30%	52	25,20%

Superior Completo	74	13,18%	61	17,10%	13	6,30%
Total	562	100,00%	356	100,0%	206	100,0%
Condição atual de trabalho						
Aposentado	304	54,09%	177	49,77%	127	61,70%
Em exercício	118	21,00%	59	16,66%	59	26,60%
Desempregado	78	13,88%	65	18,30%	13	6,30%
Pensionista	40	7,12%	40	11,20%	0	0,00%
Afastado	22	3,91%	15	4,20%	7	3,40%
Total	562	100,00%	356	100%	206	100,0%
Renda do Entrevistado						
Até um Salário Mínimo	332	59,08%	235	66,00%	97	47,10%
De um até dois Salários Mínimos	96	17,08%	53	14,90%	43	20,90%
De dois até três Salários Mínimos	52	9,25%	30	8,40%	22	10,70%
De três até quatro Salários Mínimos	29	5,16%	17	4,80%	12	5,80%
Acima de quatro Salários Mínimos	53	9,43%	21	5,90%	32	15,50%
Total	562	100,00%	356	100,00%	206	100,00%

Fonte: Pesquisa de Campo

Foi verificado o predomínio de até um salário mínimo de renda em domicílios com até dois moradores (27,70%) e acima de quatro salários mínimos em domicílios com 3 a 4 moradores (27,60%) e com cinco moradores ou mais (34,20%). O teste do χ^2 mostrou uma relação muito significativa entre renda e número de adultos por domicílios ($\chi^2 = 38,60$; $gl=8$, $p < 0,01$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Renda domiciliar e número de adultos residentes nos domicílios de portadores HA atendidos pela ESF de Diamantina-MG, 2020.

Renda por domicílio N=562	Número de Adultos por domicílio					
	Até 2		De 3 a 4		5 e mais	
	N	%	N	%	N	%
Até um Salário Mínimo	74	27,70%	38	14,80%	6	15,80%
De um até dois Salários Mínimos	65	24,30%	46	17,90%	4	10,50%
De dois até três Salários Mínimos	58	21,70%	49	19,10%	6	15,80%
De três até quatro Salários Mínimos	23	8,60%	53	20,60%	9	23,70%
Acima de quatro Salários Mínimos	47	17,60%	71	27,60%	13	34,20%
Total	267	100,0%	257	100,0%	38	100,0%

Fonte: Pesquisa de Campo

Houve predomínio no nível de máxima adesão ao tratamento medicamentoso com 45,19% do total de entrevistados (figura 1).

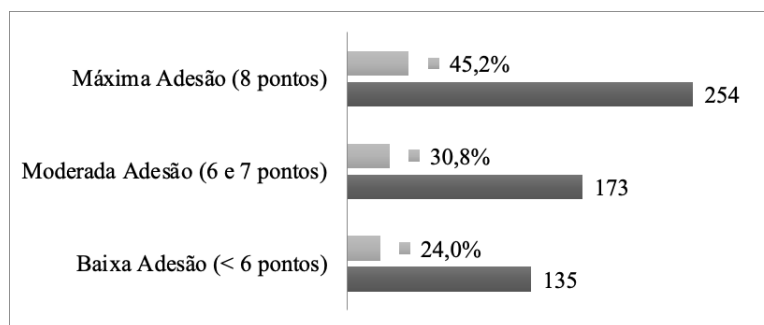


Figura 1. Representação do Resultado do Nível de Adesão ao Tratamento Medicamentoso entre os portadores de HA assistidos pela ESF de Diamantina-MG, 2020 (N=562).

Em relação à interrupção do tratamento, as mulheres se destacaram, pois mesmo quando a PA estava controlada elas continuaram com a medicação. Este dado foi confirmado, pois o χ^2 que indicou relação significativa entre parar com o medicamento por sentir que a PA está controlada e sexo ($\chi^2 = 6,31$; gl=1, p =0,01),

Tabela 3 – Ocorrências relativas à Adesão ao Tratamento entre os portadores de HA assistidos pela ESF de Diamantina-MG, 2020.

OCORRÊNCIAS RELATIVAS À ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO* N=562	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Esquece de tomar o medicamento anti-hipertensivo				
Sim	123	34,60%	75	36,40%
Não	233	65,40%	131	63,60%
Total	356	100,00%	206	100,00%
Reduzir ou parar de usar o medicamento por conta própria por se sentir pior ao tomá-lo				
Sim	55	15,40%	33	16,00%
Não	301	84,60%	173	84,00%
Total	356	100,00%	206	100,00%
Esquecer o medicamento em passeio ou viagem				
Sim	40	11,20%	31	15,00%
Não	316	88,80%	175	85,00%
Total	356	100,00%	206	100,00%
Parar com o medicamento quando a PA está controlada				
Sim	32	9,00%	33	16,00%
Não	324	91,00%	173	84,00%
Total	356	100,00%	206	100,00%
Sentir incomodado por seguir corretamente o tratamento				
Sim	58	16,30%	36	17,50%
Não	298	83,70%	170	82,50%
Total	356	100,00%	206	100,00%

Dificuldades de lembrar-se de tomar todos os medicamentos

Às Vezes	61	17,10%	29	14,10%
Frequentemente	10	2,80%	7	3,40%
Quase nunca	75	21,10%	37	18,00%
Nunca	185	52,00%	115	55,80%
Sempre	25	7,00%	18	8,70%
Total	356	100,00%	206	100,00%

Resultado do Nível de Adesão ao Tratamento Medicamentoso / Sexo

Baixa Adesão (< 6 pontos)	82	23,00%	53	25,70%
Moderada Adesão (6 e 7 pontos)	110	30,90%	63	30,60%
Máxima Adesão (8 pontos)	164	46,10%	90	43,70%
Total	356	100,00%	206	100,00%

Fonte: Pesquisa de Campo; Parte das questões referentes ao teste de Morisky Green MMAS-8*

Conforme visualizado na tabela 4, em relação à classificação da pressão arterial e nível de adesão ao tratamento medicamentoso, o teste do χ^2 indicou existir relação muito significativa ($\chi^2 = 35,09$; $gl=8$, $p < 0,01$).

Tabela 4 – Classificação da Pressão Arterial conforme o nível de Adesão ao Tratamento dos portadores de HA assistidos pela ESF de Diamantina-MG, 2020.

Classificação da Pressão Arterial / Classificação da Adesão ao tratamento medicamentoso N=562	Baixa Adesão		Moderada Adesão		Máxima Adesão	
	N	%	N	%	N	%
Normal (≤ 120 e ≤ 80)	17	12,60%	42	24,30%	58	22,80%
Pré-hipertensão (121–139 e 81–89)	38	28,10%	55	31,80%	109	42,90%
Hipertensão Estágio 1 (140–159 e 90–99)	44	32,60%	47	27,20%	64	25,20%
Hipertensão Estágio 2 (160–179 e 100–109)	28	20,70%	18	10,40%	19	7,50%
Hipertensão Estágio 3 (≥ 180 e ≥ 110)	8	5,90%	11	6,40%	4	1,60%
Total	135	100,00%	173	100,00%	254	100,00%

Fonte: Pesquisa de Campo

DISCUSSÃO

Neste estudo verificou-se predomínio de portadores de HA do sexo feminino, casados, com baixo nível de escolaridade (analfabetos ou ensino fundamental incompleto). Esses dados corroboram com resultados de estudos desenvolvidos em outras regiões brasileiras^(14,15,16).

Quanto à escolaridade, estudo de prevalência realizado em uma capital brasileira, os autores encontraram achados semelhantes onde indivíduos com menor nível de escolaridade apresentaram maior prevalência de HA autorreferida⁽¹⁶⁾. Entre os resultados acima, verifica-se o baixo nível de escolaridade como o maior impacto previsível, independente da região, que interfere desde a prevenção da HA até a adesão ao tratamento.

Em relação à cor/etnia, em estudo realizado em 2012 os autores verificaram a mortalidade crescente entre a população negra (pardos e pretos) com levantamento de algumas hipóteses como o subdiagnóstico, maior risco genético e maior vulnerabilidade social conduzindo a queda da qualidade da assistência, independente do diagnóstico já realizado⁽¹⁷⁾. Estes dados corroboram com nossos achados onde a população de cor/etnia parda e preta (57,29%; 19,75%) corresponderam juntas a 77,04% dos participantes e sinalizaram a necessidade da continuidade deste estudo de forma longitudinal, voltado ao acompanhamento desta população com intervenções de aconselhamento e orientações específicas.

Referente à idade dos entrevistados foi verificado predomínio entre os idosos (60 a 69= 32,38% e 70 ou += 25,80%/ Md=62) situação esperada com aumento desta população no Brasil e, conseqüentemente, das doenças crônicas não transmissíveis. Em estudo realizado no interior do Piauí, os autores consideraram que os profissionais das equipes de ESF podem contribuir de forma significativa para a melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida dos idosos portadores de HA, através da melhoria da comunicação e desenvolvimento de ações educativas, que constituem subsídios primordiais para uma assistência qualificada e integral⁽¹⁸⁾.

Quanto à renda houve um predomínio de participantes com até um salário mínimo (59,08%) parcela considerável entre as mulheres (66,00%) de forma muito significativa ($\chi^2 = 24,49$; gl=4, p <0,01). A baixa renda dos entrevistados é considerada um determinante social de saúde com impacto negativo^(19,20,21) desde a adesão até a manutenção do tratamento da HA e de possíveis comorbidades associadas. Condições econômicas semelhantes foram identificadas em vários estudos desenvolvidos no país com esta população específica^(15-16,22-24).

Um dos principais achados deste estudo se refere à adesão ao tratamento medicamentoso, onde predominou o nível de adesão máxima com 45,19% do total de participantes (mulheres= 46,10% e homens= 43,70%), de acordo com o resultado obtido através do teste de Morisky Green⁽¹¹⁾. Em estudo semelhante realizado na Índia, com a participação de 189 portadores de HA, foi observado predomínio de baixo nível de adesão ao tratamento, sendo esse dado considerado pelos autores uma grande barreira ao controle dessa doença assim como das doenças crônicas em geral⁽²⁵⁾. Em estudo realizado no Estado de São Paulo, Brasil, com 116 pacientes internados no Serviço de Emergência de um Hospital Universitário, os autores identificaram nível moderado de adesão (55,00%) e concluíram que não existe consenso na literatura sobre o melhor método de avaliar a adesão, mas, o importante é estimular a prática entre os pacientes e conscientizá-los quanto aos prejuízos da não aderência ao tratamento⁽²³⁾. Já em estudo realizado no Estado do Rio

Grande do Sul, Brasil, com a utilização da técnica de classificação do nível de aderência ao tratamento através do Brief Medication Questionnaire, os autores consideram que a identificação dos motivos da não adesão é essencial para evitar desfechos clínicos desfavoráveis como o descontrole pressórico⁽²⁶⁾.

Em relação ao controle pressórico, os resultados encontrados neste estudo indicaram uma relação muito significativa entre a classificação da PA e o nível de adesão ao tratamento medicamentoso. Os participantes com o nível de adesão máxima apresentaram níveis considerados como pré-hipertensão, hipertensão em estágio I e normal (42,9%; 25,2%; 22,8%), com uma porcentagem acima do esperado na pré-hipertensão, aspecto considerado positivo.

Apesar da possibilidade da classificação da PA em um único encontro ser considerada como uma limitação do estudo, mesmo com a realização do procedimento de verificação em três momentos durante a entrevista, os estudos transversais com a utilização de testes específicos validados auxiliam as equipes da ESF no diagnóstico de saúde da comunidade⁽²⁷⁾, principalmente no caso da HA, condição extremamente estudada em todo o mundo, mas considerada um desafio de difícil compreensão para as equipes, quando se trata dos determinantes sociais de saúde, com a possibilidade de interferência de particularidades locais^(19,20,28).

Este estudo tem como limitações o fato das informações serem autorreferidas e também pelas informações terem sido coletadas em apenas um município no estado de Minas Gerais, mas, extremamente representativo pelo IDH de 0,716 e sua respectiva posição no Estado e no País, com perfil semelhante a muitas cidades Brasileiras.

O diagnóstico de saúde da comunidade é extremamente necessário para a modelagem da linha de cuidado dos portadores de HA conforme as necessidades individuais, esta que, tem o objetivo de fortalecer a assistência primária com base na integralidade de modo longitudinal^(27,29).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi verificado que a caracterização sociodemográfica encontrada na população local não difere do perfil descrito em outras regiões do país, inclusive em relação à baixa renda. A condição econômica desfavorável é um dos maiores desafios para as equipes de ESF, diante da necessidade de recursos financeiros para a prevenção de complicações e controle da doença que vai além da terapêutica medicamentosa, como a alimentação saudável, a diminuição dos fatores estressores, boas condições de moradia e facilidade de acesso ao serviço de saúde. Referente à adesão ao tratamento verificou-se uma classificação acima do esperado, inclusive com resultados satisfatórios dos níveis pressóricos da maioria dos entrevistados. Portanto, sugere-se a continuidade do acompanhamento desta população junto às equipes da ESF, através da realização de estudos longitudinais com o monitoramento e orientações específicas, para prevenção de complicações e aprimoramento da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization. Hypertension: global vision. 2019. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/hypertension/#tab=tab_1.
2. IBGE. Pesquisa nacional de saúde: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 66p.
3. Gusmão JL, Mion Junior D. Adesão ao tratamento/conceitos. Rev Bra Hiper. 2006; 13 (1): 23-25. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2017.
5. Malachias MVB. The Challenges of Controlling Arterial Hypertension in the Elderly Arq Bras Cardiol. 2019; 112 (3): 279-280. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20190020>
6. WHO. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Genebra: World Health Organization; 2011. Disponível em: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_chapter1.pdf?ua=1.
7. Castilho EA, Goldbaum M. Doenças crônicas não transmissíveis e inquéritos populacionais. Rev. Sau Púb. 2017; 51 (1): 1-2. doi: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.201705100supl1ed>
- 8- PMD, 2020. Prefeitura Municipal de Diamantina/MG. Disponível em: <http://diamantina.mg.gov.br/o-municipio/historia-de-diamantina/>
9. IBGE, 2017. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/diamantina/panorama>.
10. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. Arq Bra de Cardiol. 2016; 107 (3): 1-103. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

11. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986 ; 24 (1) : 67-74. doi: <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>

12. Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JÁ, Neves SJF, Lyra Junior DP. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. *Arq. Bras. Cardiol*. 2012; 99 (1): 1-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop05012.pdf>

13. Bem AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev. Saú Púb*. 2012; 46 (2): 279-289. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>.

14. Paes NA, Silva CS, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Lima JO. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. *Rev Panam Salud Pub*. 2014; 36 (2):87–93. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v36n2/03.pdf>

15. Santos FGT, Mezzavila VAM, Rêgo AS, Salci MA, Radovanovic CAT. Enfoque familiar e comunitário da Atenção Primária à Saúde a pessoas com Hipertensão Arterial. *Saú deb*. 2019; 43 (121): 489-502. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912116>.

16. Sousa ALL, Batista SR, Sousa AC, Pacheco JAS, Vitorino PVO, Pagot V. Prevalência, Tratamento e Controle da Hipertensão Arterial em Idosos de uma Capital Brasileira. *Arq. Bras. Cardiol*. 2019; 112 (3): 271-278. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20180274>.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Temática Saúde da População Negra / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa*. - Brasília: Ministério da Saúde, 2016: 23-33. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v._7.pdf.

18. Falcão AS, Carvalho e Silva MG, Rodrigues Junior AF, Moura SR, Soares e Silva FR, Souza ASJ, Silva ES, Carvalho ILN. Estilo de vida e adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica em homens idosos. *Rev Bra Pro*

19. Buss PM, Pellegrini filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Rev. Physis*. 2007; 17 (1): 77-93. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>

20. Mill JG. Determinantes Sociais na Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol*. 2019; 113 (4): 696-698p. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20190220>

21. Santiago ERC, Diniz AS, Leal VS, Andrade MIS, Lira PIC. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Fatores Associados em Adultos do Semi-Árido de Pernambuco, Brasil. 2019; 113 (4): 687-695. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20190145>.

22. Souza FFR, Andrade KVF, Nascimento Sobrinho CL. Adesão ao tratamento farmacológico e controle dos níveis pressóricos de hipertensos acompanhados na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Hipertens*. 2015; 22(4): 133-138. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881227/rbh_v22n4_133-138.pdf.

23. Vancini-Campanharo CS, Oliveira GN, Andrade TFL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Batista REA. Hipertensão Arterial Sistêmica no Serviço de Emergência: adesão medicamentosa e conhecimento da doença. *Rev. Latino-Am*. 2015; 23(6): 1149-1156. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0513.2660>.

24. Araújo LU, Santos DF, Bodevan EC, Cruz, HL, Souza J, Silva-Barcelos NM. Segurança do paciente e polimedicação na Atenção Primária à Saúde: pesquisa transversal em pacientes com doenças crônicas. *Rev. Latino-Am Enfer*. 2019; 27(e3217): 1-11. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3123.3217>

25. Balasubramanian A, Nair SS, Rakesh P, Leelamoni K. Adherence to treatment among hypertensives of rural Kerala, India. *J Family Med Prim Car*. 2018; 7(1): 64-9. doi: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_423_16

26. Gewehr DM, Bandeira VAC, Gelatti GT, Colet CF, Oliveira KR. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Deb*. 2018; 42 (116): 179-19. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811614>

27. Gusso G, Lopes JMC, Dias, LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed; 2019.

28. Santimaria MR, Borim FSA, Leme DEC, Neri AL, Fattori A. Falha no diagnóstico e no tratamento medicamentoso da hipertensão arterial em idosos brasileiros – Estudo FIBRA. Ciên Sau Col. 2019; 24(10): 3733-3742. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182410.32442017>.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica, Cadernos de Atenção Básica, n. 37, 2013: 1-128. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf