

Fatores de influência da não adesão do tratamento de pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial

Influencing factors of non-adherence to treatment in patients diagnosed with hypertension

Factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial

Recebido: 07/12/2022 | Revisado: 20/12/2022 | Aceitado: 23/12/2022 | Publicado: 27/12/2022

Cristiane da Fonseca Simões

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9245-5699>
Centro Universitário Adventista de São Paulo, Brasil
E-mail: cristianesimoessa@gmail.com

Adriely Rodrigues Ferraz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6675-8090>
Centro Universitário Adventista de São Paulo, Brasil
E-mail: adrielyrf18@gmail.com

Mirian Borralho de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5864-9756>
Centro Universitário Adventista de São Paulo, Brasil
E-mail: mirianbe13@gmail.com

Ana Carolina de Lima Prates

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5083-2575>
Centro Universitário Adventista de São Paulo, Brasil
E-mail: amilanalima.lima@gmail.com

Gabrielly Rylary da Silva Lemos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5848-0279>
Centro Universitário Adventista de São Paulo, Brasil
E-mail: glemos232@gmail.com

Elias Ferreira Porto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8326-2054>
Centro Universitário Adventista de São Paulo, Brasil
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil
E-mail: eliasfporto@gmail.com

Resumo

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos principais fatores de riscos de mortalidade cardiovascular. A adesão ao tratamento é um desafio para a saúde pública. O objetivo do estudo foi avaliar os principais fatores que levam à descontinuação do tratamento farmacológico. Foram avaliados 100 indivíduos de ambos os sexos, hipertensos e com idade superior a 30 anos. Eles foram divididos em dois grupos; Grupo 1, composto de 77 indivíduos que aderem ao tratamento farmacológico e o Grupo 2, formado por 23 indivíduos que descontinuaram o tratamento medicamentoso para controle da pressão arterial. Aplicaram-se em ambos o escore cardiovascular de framingham, questionário de perfil individual (NAHAS), questionário morisky-green e questionário sociodemográfico. Para a análise de significância foram utilizados os testes chi-quadrado e o teste exato de fisher e para análise estatística, os softwares estatísticos EPI 6.0 e Graph Prima 5.0. Verificou-se que o grupo de indivíduos que não aderem ao tratamento medicamentoso apresentam pressões sistólicas e diastólicas mais elevadas do que o grupo que adere ao tratamento. Foi possível concluir que vários fatores têm direta influência na adesão ao tratamento farmacológico e o estilo de vida deve estar aliado a medicação.

Palavras-chave: Hipertensão; Tratamento medicamentoso; Risco cardiovascular; Estilo de vida.

Abstract

Systemic arterial hypertension (SAH) is one of the main risk factors for cardiovascular mortality. Adherence to treatment is a challenge for public health. The objective of the study was to evaluate the main factors that lead to discontinuation of pharmacological treatment. We evaluated 100 hypertensive individuals of both sexes, aged over 30 years. They were divided into two groups; Group 1, composed of 77 individuals who adhered to pharmacological treatment, and Group 2, formed by 23 individuals who discontinued drug treatment for blood pressure control. The framingham cardiovascular score, individual profile questionnaire (NAHAS), morisky-green questionnaire, and sociodemographic questionnaire were applied in both groups. Chi-square and Fisher's exact test were used for significance analysis, and for statistical analysis, the statistical software EPI 6.0 and Graph Prima 5.0. It was found

that the group of individuals who do not adhere to drug treatment present higher systolic and diastolic blood pressures than the group that adheres to treatment. It was possible to conclude that several factors have a direct influence on the adherence to pharmacological treatment and that lifestyle must be allied to medication.

Keywords: Hypertension; Drug treatment; Cardiovascular risk; Lifestyle.

Resumen

La hipertensión arterial sistémica (HSA) es uno de los principales factores de riesgo de mortalidad cardiovascular. La adherencia al tratamiento es un reto para la salud pública. El objetivo del estudio era evaluar los principales factores que conducen a la interrupción del tratamiento farmacológico. Se evaluó a 100 hipertensos de ambos sexos, mayores de 30 años. Se dividieron en dos grupos; el Grupo 1, compuesto por 77 individuos que se adhirió al tratamiento farmacológico y el Grupo 2, formado por 23 individuos que interrumpieron el tratamiento farmacológico para el control de la presión arterial. En ambos grupos se aplicaron la puntuación cardiovascular de Framingham, el cuestionario de perfil individual (NAHAS), el cuestionario morisky-green y el cuestionario sociodemográfico. Para el análisis de significación se utilizaron la prueba de Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher, y para el análisis estadístico, los programas informáticos estadísticos EPI 6.0 y Graph Prima 5.0. Se verificó que el grupo de individuos que no adhiere al tratamiento farmacológico presenta presiones arteriales sistólica y diastólica más elevadas que el grupo que adhiere al tratamiento. Se pudo concluir que varios factores influyen directamente en la adherencia al tratamiento farmacológico y que el estilo de vida debe ir unido a la medicación.

Palabras clave: Hipertensión; Tratamiento farmacológico; Riesgo cardiovascular; Estilo de vida.

1. Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica e um importante problema de saúde pública, pois é um fator de risco de morbimortalidade cardiovascular e a principal causa de mortalidade no Brasil. (Andrade et al., 2015).

É caracterizada pelo aumento da pressão que o sangue faz para movimentar-se na parede das artérias, diagnosticada quando os valores pressóricos se mantêm frequentemente acima de 140 por 90 mmHg. Estima-se que cerca de 30% da população brasileira é hipertensa (Conceição et al., 2006).

A adesão ao tratamento mostra-se um grande desafio para a saúde pública. A condução da abordagem à pessoa hipertensa deve levar em consideração múltiplos fatores, relacionados não apenas à doença, mas também ao sujeito doente, aos serviços de saúde, aos profissionais de saúde, à terapêutica (medicamentosa ou não) e aos fatores socioeconômicos. (De Gusmão et al., 2009).

Exige dos profissionais envolvidos nessa tarefa habilidade para trazer possibilidade de mudanças de atitudes necessárias, trazendo com isso um impacto favorável na prevenção e controle da hipertensão arterial. O fator informação torna-se ampliado a partir da soma de esforços dos profissionais gerando um aumento da possibilidade de incorporação dos conhecimentos transmitidos, importantes para as alterações nos hábitos de vida (Lessa, 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2006), a ausência de sintomas e o fato da hipertensão ser uma doença crônica são dois aspectos que contribuem fortemente para a baixa adesão ao tratamento. Outro aspecto sobre o abandono do tratamento envolve a falta de informações sobre a necessidade de tratamento continuado, efeitos adversos, interação com álcool e outras drogas, manutenção da conduta terapêutica ao normalizar a pressão e ao esquecer de tomar as doses.

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial afirmam que o abandono do tratamento é observado mais frequentemente nos primeiros meses do tratamento, reforçando a importância do incentivo e apoio profissional nesta etapa do tratamento. (Barroso et al., 2020).

A hipertensão arterial, mesmo que reconhecida como um problema relevante, ainda apresenta seu tratamento e controle inadequados, embora os avanços científicos e tecnológicos nas últimas décadas venham facilitando a identificação dos fatores de risco, do diagnóstico precoce de seus agravos, o emprego de nova terapêutica medicamentosa e as ações educativas para as mudanças no estilo de vida, promovidas por diferentes meios de comunicação, destacando-se a atuação dos profissionais de saúde, em especial, os da rede básica, em todos os municípios brasileiros (Silva et al., 2008).

Apesar do Brasil não dispor de estatísticas sobre a magnitude dessa doença em todo território nacional, estimativas

realizadas baseadas em estudos nas regiões Sul e Sudeste, de base populacional, indicam que, aproximadamente, 20% da população adulta brasileira têm HAS (Andrade et al., 2015). 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 portador. O tratamento da hipertensão pode ser sem ou com medicamentos. O primeiro é feito por meio do controle do peso, da melhora do padrão alimentar, da redução do consumo do sal, da moderação no consumo de bebidas alcoólicas, da prática regular de exercício físico, da abstenção do tabagismo e do controle do estresse psicoemocional; já o medicamentoso tem por base o uso de drogas prescritas pelo médico, conforme a gravidade do quadro (Magnabosco et al., 2015).

A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, assim como o diagnóstico tardio e o curso prolongado e assintomático da doença, é descrita como um dos principais desencadeadores dos agravos da HAS, suscitando o desenvolvimento de estudos na área (Magnabosco et al., 2015). Estimativas indicam que o grau de não adesão mundial aos tratamentos de Doenças Crônicas (DC) varia de 25% a 50% (Barreto et al., 2014). Outra explicação para a elevada taxa de não adesão é que muitos pacientes não compreendem a doença e o tratamento medicamentoso. O curso assintomático da HAS contribui para essa falta de entendimento e assim muitos indivíduos acabam acreditando que a doença é intermitente e pode ser tratada exclusivamente com terapias não farmacológicas, como alívio do estresse ou remédios caseiros (Barreto et al., 2014).

A adesão ao tratamento relaciona as ações e comportamentos a respeito do paciente clínico, compreendendo consultas, palestras, grupos de apoio, utilização correta das medicações e prática de exercícios (Silva et al., 2013). Essas ações e comportamentos são caracterizados como integrantes do comportamento do paciente em todos os aspectos, agregando todos à sua volta como familiares e amigos e influenciado por sua cultura (Silva et al., 2013). Um dos principais problemas dos profissionais da saúde é a adesão ao tratamento de forma irregular e assistemática, devido ao longo prazo e a dificuldade de alterar sua rotina, para isso os profissionais necessitam da participação e cooperação dos pacientes que convivem com a cronicidade para conseguirem alterar seu estilo de vida (Gusmão & Mion, 2006).

Santos et al. (2013) descreve que a adesão do paciente ao tratamento de uma doença significa seguir o tratamento exatamente da forma que foi proposto pelos profissionais de saúde.

Para se realizar a adesão ao tratamento é necessário que o comportamento do paciente esteja de acordo com as orientações estabelecidas pelos profissionais de saúde, essas orientações estão intimamente ligadas à terapia medicamentosa e as mudanças no estilo de vida. (Mendes et al., 2014).

Mendes et al. (2014) comentam que, mesmo com o grande avanço científico e tecnológico no manejo da hipertensão arterial ocorrido nos últimos anos, uma das grandes dificuldades atuais refere-se à adesão dos pacientes aos tratamentos instituídos, ou seja, até que ponto o paciente segue as recomendações dadas pelo médico ou outro profissional de saúde para o controle do seu problema. Consideram a adesão a um tratamento o grau de coincidência entre a prescrição médica, o que inclui as orientações não farmacológicas e o comportamento adotado, concretamente, pelo paciente.

No caso da HAS, envolve a extensão em que o comportamento do indivíduo (em termos de uso efetivo do medicamento, realização de mudanças no estilo de vida e comparecimento às consultas médicas) coincide com o conselho médico. Assim, o controle inadequado da pressão arterial pode estar relacionado à falta de adesão do paciente hipertenso ao tratamento indicado (Manfroi & Oliveira, 2006).

Carvalho et al. (2012) refere que na concepção de muitos estudiosos, as dificuldades de controle da HAS estão relacionadas às características da doença, como o caráter assintomático, a evolução lenta, a cronicidade, que fazem com que não seja considerada doença ou algo que precise ser cuidado. Embora muitos pesquisadores relacionem adesão ao tratamento com adesão à medicação, esse termo se refere a numerosos outros comportamentos inerentes à saúde que vão além do simples seguimento da prescrição de medicamentos e envolve aspectos referentes ao sistema de saúde, fatores socioeconômicos, além

de aspectos relacionados ao tratamento, ao paciente e à própria doença (Gusmão & Mion, 2006).

A adesão ao tratamento é definida e caracterizada quando o conselho médico ou de saúde coincide com o comportamento do indivíduo, em relação ao hábito de usar medicamentos, isso é, seguir as mudanças no estilo de vida preconizadas e comparecer às consultas médicas (Dosse et al, 2009).

Várias são as formas de se estimar a adesão ao tratamento. Dentre elas destacam-se a frequência às consultas e o comportamento frente ao uso dos fármacos prescritos (Dosse et al., 2009).

Em relação à hipertensão arterial, alguns fatores podem estar relacionados com a adesão do paciente ao tratamento, ressaltando-se a falta de conhecimento sobre a doença e motivação para tratar uma doença crônica; o baixo nível socioeconômico; aspectos culturais (crenças inadequadas adquiridas no seu contexto familiar); baixa autoestima; relacionamento ineficaz com a equipe de saúde; tempo prolongado de atendimento; dificuldades no acesso aos serviços de saúde (consultas); custo dos medicamentos, bem como seus efeitos indesejáveis, os quais interferem na adesão ao tratamento e consequentemente, na qualidade de vida (Bezerra, et al., 2014). Outros fatores que podem estar associados são fatores demográficos, clínicos e comportamentais, além de fatores psicológicos e sociais (Bezerra, et al., 2014, 2014).

Por outro lado, a não adesão medicamentosa possui relação não somente com ingerir o medicamento prescrito, mas também como a forma como o paciente conduz o tratamento, sendo influenciada por várias dimensões (Bezerra, et al., 2014).

A não-adesão é um impedimento para o alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se em uma fonte de frustração para os profissionais. Cabe enfatizar que essa situação é um problema a ser enfrentado por todos os envolvidos na situação: o paciente hipertenso, sua família, a comunidade, as instituições e as equipes de saúde (Silva et al., 2013).

Borges et al. (2013) descrevem que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adesão ao tratamento de enfermidades crônicas como um fenômeno multidimensional determinado pela conjugação de cinco conjuntos de fatores, denominados de dimensões: sistema de saúde, doença, tratamento, paciente e fatores relacionados ao cuidador (Figura 1).

Figura 1 – As cinco dimensões da adesão.



Fonte: ResearchGate (2006).

De acordo com a Organização Mundial da saúde a adesão ao tratamento de doenças crônicas por parte do indivíduo deve ser o resultado analítico da união de cinco fatores, denominados de dimensões (Figura 1). São eles os sistema e equipe de saúde, fatores socioeconômicos, fatores relacionados ao paciente, fatores relacionados a doença, fatores relacionados ao tratamento. Dessa forma, este método de classificação nos diz que os pacientes não são os únicos responsáveis pela não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, uma vez que está relacionado com a soma de um conjunto de fatores que

podem impedir a adesão do mesmo.

Dentre as doenças crônicas, a hipertensão arterial e o Diabetes mellitus são as mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. A não adesão ao tratamento proposto pode comprometer a saúde do indivíduo, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas doenças. Segundo Costa et al. (2021), o apoio profissional é essencial no tratamento medicamentoso devido à dificuldade de adaptação às mudanças exigidas. Tendo em vista o alto índice de pacientes com hipertensão arterial, é de suma importância um estudo que avalie os fatores positivos de adesão ao tratamento.

Em um estudo com 401 pacientes concluiu que a maioria dos fatores relacionados ao abandono do tratamento da HAS está relacionada à desinformação do paciente e que apesar da evolução das drogas anti-hipertensivas, os efeitos colaterais ainda são responsáveis por grande parte do abandono ao tratamento (J. Andrade et al., 2002). Outros mostraram que cerca de 30% abandonam o tratamento no primeiro ano (Feldman et al., 1998).

Nossa hipótese é que o paciente que adere de forma integral ao tratamento medicamentoso tem melhor controle da doença e diminuição do risco cardiovascular em contrapartida, aos pacientes que não aderem ao tratamento.

O objetivo principal do estudo foi avaliar quais são os principais fatores que levam o paciente a descontinuar com o tratamento farmacológico para controle da pressão arterial. Já os objetivos secundários foram avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e o controle da hipertensão arterial, conhecer o perfil do indivíduo que descontinua ou não o tratamento farmacológico de hipertensão arterial, verificar se o estilo de vida e o risco cardiovascular são fatores positivos para o não abandono do tratamento do paciente hipertenso.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal descritivo de caráter exploratório com abordagem quantitativa.

Este estudo descritivo teve por objetivo descrever, selecionar e compreender fatos ou eventos adversos do tratamento da HAS, além disso, por meio dele foi analisado a frequência com que os pacientes abandonavam seus respectivos tratamentos em relação a HAS e o que possivelmente resultou em tal decisão. Para realizar esse trabalho foram utilizados questionários como instrumentos para coleta de dados (Leite, et al., 2009). Pesquisas de cunho exploratório são norteadas a teste de hipótese visando obter resultados que respondam a indagação norteadora (Hair et al., 2005).

Em um estudo transversal o investigador tem que primeiramente, definir a questão a ser respondida, posteriormente definir a população a ser estudada e um método de escolha para a amostra; posteriormente devem-se definir os fenômenos a ser estudados e os métodos de medição das variáveis de interesse.

Estes tipos de estudos são apropriados para descrever características das populações no que diz respeito a algumas variáveis e os seus padrões de distribuição. Os estudos transversais podem, igualmente, ser usados para delinear associações entre variáveis. Neste caso, a definição de quais as variáveis independentes e quais as dependentes depende, da hipótese de causalidade colocada pelo investigador e não do próprio desenho de estudo.

Esta pesquisa envolve um grupo populacional e estes pacientes eram atendidos na Policlínica Universitária do UNASP-SP. O recrutamento e a entrevista foram realizados nos dias que os mesmos estavam agendados no tratamento na policlínica onde foram aplicados os questionários para aqueles com diagnósticos de Hipertensão Arterial que se adequam aos critérios de escolhas.

Os pacientes a priori foram classificados em dois grupos. Grupo I aderente, Grupo II abandono. Aderente foi considerado aquele que autodeclara que faz uso regular do seu medicamento conforme prescrito e orientações recebidas da equipe de saúde. Abandono foi considerado o indivíduo que autodeclara que não faz uso regular da medicação conforme

prescrito.

Os critérios de inclusão do estudo foram:

- a) Pacientes que: estão cadastrado na Unidade Básica de Saúde (UBS), ser hipertenso (com diagnóstico clínico);
- b) Moram na área de abrangência de UBS onde a policlínica funciona como contra referência;
- c) Assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de exclusão do estudo foram:

- a) Mulheres hipertensas e gestantes;
- b) Indivíduos hipertensos com idade inferior a 30 anos.

Neste estudo foram respeitadas as diretrizes preconizadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2012). Neste âmbito, o Conselho Nacional de Saúde afirma que os participantes deverão ser esclarecidos quanto à possibilidade de desistência na participação do estudo, em qualquer etapa do seu desenvolvimento, sem que este acarrete nenhum prejuízo ou constrangimento, bem como o esclarecimento acerca da identidade dos participantes a qual será mantida no anonimato e no qual estes assinaram um TCLE, o qual informa o teor científico e as características da pesquisa no momento da coleta de dados.

Foram analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, classe social tempo de doença (tempo decorrido desde o primeiro diagnóstico de hipertensão referido pelo paciente, pressão arterial classificada durante avaliação inicial, tratamento prévio (uso no passado de medicação anti-hipertensiva ou início do acompanhamento no ambulatório, já em uso de medicação), atividade física, tabagismo, alcoolismo, história familiar de hipertensão e danos em órgão-alvo (repercussões da hipertensão em órgãos, como cérebro, coração, rins, retina e vasos periféricos), estilo de vida, e risco cardiovascular. Efeitos colaterais da medicação, presença de orientação sobre o medicamento, custo do medicamento e hospitalizações.

Primeiramente foi solicitado autorização de pesquisa na Policlínica do UNASP. Posteriormente este projeto foi submetido a avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), o qual recebeu aprovação para início da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada na Policlínica Universitária do UNASP – SP onde a pesquisadora fez aplicação dos questionários, e esteve disponível para sanar possíveis dúvidas que surgirem pelos participantes e assim garantir de forma fidedigna as respostas dos questionários.

Todos os participantes responderam a quatro questionários, e realizaram a aferição da pressão arterial. O primeiro questionário é de autoria própria que tem por objetivo avaliar o perfil sociodemográfico, questões relacionadas à doença e tratamento do paciente. O segundo é o questionário de Score cardiovascular de Framingham, que tem por objetivo avaliar o risco cardiovascular do paciente. O terceiro é o questionário de estilo de vida de NAHAS para avaliarmos se o estilo de vida contribui para o paciente aderir ao tratamento. E quarto questionário o Morisky-Green que avalia especificamente a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso.

Foram utilizados métodos padrões de análises exploratórias de dados. Inicialmente foi feita uma análise de estatística descritiva, bem como a criação de tabelas e gráficos para uma melhor visualização dos resultados do estudo. Para a análise da significância de diferenças de proporções (variáveis qualitativas) entre variáveis discretas dicotômicas foi utilizado o teste de Chi- Quadrado. Já nos casos em que a frequência esperada de um determinado evento foi inferior a cinco utilizaremos o Teste Exato de Fisher.

Para as comparações entre médias (variáveis quantitativas), quando necessário, foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) ou o Teste T de Student em caso de variáveis com distribuição normal. Nos casos onde os pressupostos anteriores

não forem observados foram utilizados os testes não paramétricos de Kruskal-Wallis ou Mann-Whitney como apropriado. O coeficiente de confiança será de 95% e a significância de $\alpha=0,05$.

Todas as análises estatísticas foram realizadas usando os softwares estatísticos EPI 6.0 e Graph Prima 5.0.

Foi calculada a amostra considerando um $\alpha = 0,05$ com um poder estatístico de 80% ($\beta = 0,20$) e considerando que existam três pontos de diferença pelo questionário de perfil de estilo de vida individual de NAHAS entre os indivíduos que tem ou não o estilo de vida considerável saudável. A diferença de três pontos foi escolhida por ser a mínima diferença clinicamente importante para esta medida. Esta consideração foi do pressuposto que o indivíduo com melhor estilo de vida tem melhor adesão ao tratamento em relação àqueles indivíduos com hábitos de vida não saudáveis. Foi considerada uma variação amostral de 5%, um desvio padrão de 5,4 unidades e uma diferença de 3% a ser detectada. Para responder o principal objetivo foi necessário avaliar 100 indivíduos.

2.1 Escore cardiovascular de Framingham

Para avaliação do risco cardiovascular foi aplicado o Escore de Framingham, que segundo Lotufo (2008), é um instrumento utilizado para o cálculo do risco de evento cardiovascular. E para obtenção do escore leva-se em consideração os seguintes parâmetros: pressão arterial sistólica, colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol, idade, tabagismo e presença de diabetes. A pontuação do Escore de Framingham é de zero a 25 pontos, e quanto maior a pontuação obtida, maior foi o risco cardiovascular. Para avaliar o nível de colesterol sanguíneo será considerado o último lipidograma apresentado pelo hipertenso com um tempo inferior a 12 meses prévio ao início da pesquisa.

2.2 Questionário de perfil individual (NAHAS)

O questionário Perfil do Estilo Individual de NAHAS (Both, 2008) trata-se de um questionário sobre estilo de vida que avalia as seguintes componentes: “Nutrição”, “Atividade”, Física”, “Comportamento Preventivo”, “Relacionamentos Sociais” e “Controle do Estresse”. Este questionário é composto por 15 questões que estão divididas de forma uniforme em cinco componentes como citado acima. Cada questão possui uma escala likert de resposta que varia de “0” a “3”. Os valores “0” e “1” estão vinculados ao perfil de estilo de vida negativo. As respostas associadas ao perfil de Estilo de Vida positivo são respostas “2” e “3”.

Se o indivíduo apresentasse uma pontuação inferior a 15 no geral e até três pontos em um dos componentes, o estilo de vida adotado era negativo, se para o geral a pontuação fosse entre 15 e 30 pontos e no componente se a pontuação fosse entre quatro e seis pontos o estilo de vida era considerado regular. Entretanto para o geral se a pontuação fosse maior do que 30 pontos ou no componente maior do que seis pontos o estilo de vida era positivo. Este questionário levou em consideração o estilo de vida que o indivíduo praticou na maioria dos anos vividos.

2.3 Questionário de Morisky-Green

O Questionário de Morisky-Green é validado para uso no Brasil e costumeiramente utilizado para medição da adesão ao tratamento em doentes crônicos. É composto por quatro perguntas relacionadas ao uso de medicação, para as quais é possível assinalar a resposta sim ou não. Conforme instruções de aplicação, havendo ao menos uma resposta afirmativa para qualquer uma dessas perguntas, a respondente será considerada como não aderente ao uso de medicação (Helena, et al., 2008).

3. Resultados

Neste estudo foram analisados dados de 100 participantes que foram distribuídos em dois grupos, grupo I que aderem ao tratamento medicamento, grupos II que descontinuaram o tratamento medicamentoso para o controle da hipertensão arterial sistêmica. Estes pacientes foram distribuídos em dois grupos obedecendo os critérios de Morisky. Ao analisar os dados vimos que o grupo que não adere ao uso de medicamento tem as pressões sistólicas e diastólicas mais elevadas do que o grupo que adere ao tratamento medicamento. E a proporção de casados, solteiros e divorciados é maior entre aqueles que fazem o uso correto da medicação em relação a quem não faz uso correto da medicação (Tabela 1).

Tabela 1 – Características antropométricas, clínicas, sociais e de estilo de vida para os participantes.

Variáveis	Descontinuou o tratamento n (23)	Continua o tratamento n (77)	p
PAS (mmHg)	141,3±22,0	134,5±19,4	0,008
PAD (mmHg)	99,1±15,3	87,1±15,5	0,008
Idade (anos)	63,7±9,0	63,1±9,2	0,37
Mulheres (%)	25	75	0,28
Homens (%)	15	85	
IMC (kg/m ²)	30,66±5,72	28,4±5,2	0,44
Casado (%)	39	61	0,2
Solteiro (%)	13	87	<0,0001
Divorciado (%)	13	87	<0,0001
PEVI Total	26,3±7,0	27,8±6,1	0,45
Nutrição	5,21±1,95	5,94±2,13	0,14
Atividade física	3,08±3,02	3,83±2,56	0,44
preventivo	5,34±2,12	5,72±2,02	0,43
Relacionamento	6,56±2,29	6,31±2,29	0,64
Controle de estresse	6,17±2,44	6,05±2,29	0,44

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Foi aplicado para 100 hipertensos o questionário Morisky-Green que avalia a adesão ao tratamento medicamentoso para o paciente hipertenso. Foi visto que 20% dos hipertensos apresentaram baixa adesão ao tratamento medicamentoso, 80% dos hipertensos com média adesão e não verificamos hipertensos com alta adesão ao tratamento medicamentoso (Tabela 2).

Tabela 2 - Adesão ao tratamento medicamentoso segundo o questionário Morisky.

Baixa adesão n(%)	Média adesão n(%)	Alta adesão n(%)
20(20)	38(80)	0(0)

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Segundo a aplicação do questionário de Morisky no grupo que não aderiu ao tratamento foi averiguado que 95% responderam de forma afirmativa à questão 1 e 5% de forma negativa; para a Questão 2 foi encontrado que 91% do grupo responderam de forma afirmativa e 9% de forma negativa; Na questão 3 foi averiguado que 91% responderam de forma afirmativa e 9% de forma negativa; Questão 4 apresentaram 39% de resposta afirmativa e 61% de forma negativa (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequência de respostas para as questões 1 a 4 do questionário Morisky.

Respostas	Você, alguma vez, esquece de tomar o seu remédio?	Você, às vezes, descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio?	Quando você se sente bem, algumas vezes, você deixa de tomar o seu remédio?	Quando você se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?
Sim n (%)	22(95)	21(91)	21(91)	9(39)
Não n (%)	1 (5)	2(9)	2(9)	14(61)

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Quanto aos fatores que influenciam ou não a adesão ao tratamento medicamentoso, foram avaliados 19 fatores nos grupos que abandonou e não abandonou o tratamento medicamentoso (Tabela 4).

Tabela 4 - Fatores que influenciam ou não a adesão ao tratamento medicamentoso.

FATORES	SIM	NÃO	P
Desemprego			
Abandonou (%)	52	47	0,63
Não abandonou (%)	66	33	0,0012
Alto custo do medicamento			
Abandonou (%)	34	65	0,0014
Não abandonou (%)	28	71	<0,0001
Fornecimento dos medicamentos			
Abandonou	39	60	0,002
Não abandonou	27	72	<0,0001
Não saber sobre o gerenciamento dos sintomas			
Abandonou	56	43	0,08
Não abandonou	47	52	0,089
Desconhecer custos e benefícios do tratamento			
Abandonou	52	47	0,087
Não abandonou	28	71	0,0021
Não aceitação de monitoramento da equipe do PSF			
Abandonou	9	91	0,0001
Não abandonou	27	72	0,0001
Saber sobre a doença			
Abandonou	30	69	0,0014
Não abandonou	25	74	0,0012
Apoio familiar			
Abandonou	26	73	0,0091
Não abandonou	31	68	0,0085
Demora atendimento da equipe de saúde			
Abandonou	52	47	0,098
Não abandonou	48	51	0,089
Pouca interação com membros da equipe de saúde			
Abandonou	39	60	0,002
Não abandonou	36	63	0,0014

Horário de atendimento da unidade			
Abandonou	21	78	<0,0001
Não abandonou	23	77	<0,0001
Dificuldade de acesso a unidade			
Abandonou	21	78	
Não abandonou	23	77	
Dificuldade de agendar consulta			
Abandonou	47	52	0,21
Não abandonou	48	51	0,21
Dificuldade de atendimento com equipe multiprofissional			
Abandonou	43	56	0,15
Não abandonou	35	64	0,0012
Efeitos adversos causados pela medicação			
Abandonou	30	69	0,0021
Não abandonou	20	79	<0,0001
Horário dos medicamentos			
Abandonou	39	60	0,0014
Não abandonou	28	71	<0,0001
Frequência e número de medicamentos			
Abandonou	39	60	0,001
Não abandonou	29	70	<0,0001
Complexidade de terapias longas			
Abandonou	56	43	0,095
Não abandonou	28	71	<0,0001
Dificuldade de adaptações no estilo de vida			
Abandonou	47	52	0,058
Não abandonou	48	51	0,52

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

No que se refere aos fatores de abandono do tratamento medicamentoso, observou-se que 52% dos pacientes que abandonam o tratamento responderam "sim" para a interferência do desemprego na adesão. Por outro lado, o número de respostas "não" quanto ao fator desemprego por aqueles que abandonam o tratamento foi de 47%. Já no grupo de não abandono, 66% disseram que o fator desemprego influencia na adesão do tratamento. Contudo, 33% deles se opuseram quanto à influência do fator desemprego.

Quanto ao alto custo dos medicamentos, 65% dos participantes que abandonam o tratamento responderam que o alto custo não interfere na adesão do tratamento. Em contraposição, 34% desse grupo respondeu positivamente que há relação entre o alto custo e o abandono do tratamento medicamentoso. Paralelamente, o grupo de não abandono apresentou 71% de indivíduos que disseram "não" para a influência do alto custo comparado a 28% de respostas "sim".

No que diz respeito à interferência do fator de fornecimento dos medicamentos na adesão do tratamento, houveram 60% de respostas "não" pelo grupo abandono contraposto por 39% de respostas "sim" do mesmo grupo. De modo similar, no grupo de não abandono, o número de respostas "não" foi de 72% e 27% de respostas "sim" no que se refere ao fator de fornecimento dos medicamentos.

Quanto ao conhecimento inadequado e habilidades de gerenciamento dos sintomas e tratamento influenciar ou não na adesão, foi observado que 56% dos participantes afirmaram que não saber sobre o tratamento influencia na adesão e 43% deles informaram que não. Não obstante, 47% dos participantes do grupo de não abandono afirmaram que há relação do desconhecimento do tratamento interferir na adesão e 52% responderam que “não”.

Acerca do fato de desconhecer os custos e benefícios do tratamento interferir na adesão, o grupo abandono apresentou 52% de respostas afirmativas contra 47% de respostas negativas. Em contrapartida, 28% das respostas foram afirmativas para o grupo não abandono comparado a 71% de respostas negativas para a influência do desconhecimento dos custos e benefícios na adesão do tratamento medicamentoso.

No estudo foi possível identificar que, quanto a não aceitação de monitoramento (acompanhamento da equipe do PSF) estar relacionado com a adesão, notou-se menos de 10% de respostas “sim” no grupo de abandono em oposição a cerca de 90% de respostas “não”. Já no grupo de não abandono, o número de respostas “sim” para a não aceitação de monitoramento influenciar a adesão foi de 27% contra 72% de respostas “não”.

Além disso, sobre os fatores que influenciam ou não na adesão do tratamento, 30% dos indivíduos hipertensos do grupo abandono informaram que saber sobre a doença interfere na adesão ou não adesão do tratamento. Todavia, cerca de 70% do mesmo grupo disse que o fator mencionado não apresenta relação com a adesão. Ainda sobre o fator de questões culturais, como entendimento e percepção sobre a hipertensão, no grupo de não abandono observou-se que 25% dos participantes afirmaram que há relação com a adesão, enquanto 74% afirmaram que não há relação.

Quando questionados sobre o pouco apoio familiar interferir na adesão, 26% dos participantes do grupo abandono informaram que há influência desse fator na adesão. Por outro lado, 73% dos indivíduos do mesmo grupo disseram que não há relação. Já no grupo de não abandono, 31% dos participantes afirmaram que há interferência do pouco apoio familiar na adesão do tratamento medicamentoso comparado a 68% de negativas sobre a interferência na adesão.

Foi verificado que referente ao fator de demora no atendimento da equipe de saúde, 52% dos indivíduos hipertensos que abandonam o tratamento afirmou ter influência na adesão do tratamento, enquanto 47% informaram que não. No grupo não abandono, os valores foram opostos, onde 48% responderam que há influência da demora no atendimento, contra 51% participantes que não apontaram tal fator como influência na adesão do tratamento.

A respeito da pouca interação com membros da equipe do PSF afetar a adesão, cerca de 60% das respostas em ambos os grupos, abandono e não abandono, foram que não há relação entre tal fator e a adesão do tratamento. Por outro lado, cerca de 30% das respostas dos dois grupos mencionados foram que o fator de pouca interação está relacionado à adesão do tratamento.

Ainda sobre os fatores de adesão, notou-se que mais de 70% dos componentes no grupo abandono e não abandono informaram que o horário de atendimento da unidade não interferia na adesão. Entretanto, aproximadamente 20% dos componentes destes dois grupos relataram que o horário de atendimento interfere na adesão do tratamento medicamentoso.

Cabe ressaltar também que, entre os constituintes do grupo abandono houve 21% de respostas afirmativas sobre a dificuldade de acesso à unidade influenciar na adesão, contra 78% de respostas negativas. O grupo não abandono apresentou 23% de respostas positivas e 77% dos componentes responderam de forma negativa.

No que se diz respeito a dificuldade de agendamento, verificou-se que no grupo abandono houve 52% de respostas negativas e 47% dos componentes responderam de forma afirmativa, relatando que o processo de agendamento interfere na adesão ao tratamento, entretanto o grupo não abandono contrapôs essa afirmação com 51% de respostas negativas e teve uma porcentagem de 48% de respostas afirmativas.

Ao analisar a interferência dos efeitos adversos na adesão ao tratamento medicamentoso observou-se que os dois grupos exibiram uma maior porcentagem de respostas negativas, o grupo abandono com 30% de respostas assertivas e 69% de

respostas negativas tal como o grupo não abandono que demonstrou através de 79% de negação que os efeitos adversos interferem no tratamento e apenas 20% consideram um fator relevante, respondendo de forma afirmativa.

Dentre os fatores que influenciam a adesão ao tratamento medicamentoso, temos o horário de tomar a medicação, foi observado que 39% dos componentes do grupo abandono responderam de forma afirmativa e 60% de forma negativa. O grupo não abandono apresentou 28% de respostas positivas e 71% dos componentes responderam de forma negativa.

Acerca da quantidade e frequência de medicamentos estar influenciando a adesão ao tratamento medicamentoso, nota-se que no grupo abandono 39% dos componentes responderam de forma assertiva e 60% de forma negativa à questão em evidência. Contudo, o grupo não abandono apontou 29% de componentes assertivos e 70% de negação nas respostas.

Toda a complexidade do tratamento pode ter influência sobre a adesão ou não do tratamento medicamentoso. Ao indagar os componentes dos grupos em estudo observou-se que no grupo abandono não houve uma diferença tão discrepante nos resultados pois 56% responderam de forma positiva e 43% de forma negativa. Já no grupo não abandono 28% dos componentes responderam de forma assertiva e 71% de forma negativa, havendo grande discrepância.

Foi perguntado aos participantes sobre diversos fatores que poderiam influenciar no abandono do tratamento, eles poderiam responder sim ou não para cada questão (Tabela 5).

Tabela 5 - Fatores que mais influenciaram a descontinuidade do tratamento medicamentoso para controle da hipertensão arterial.

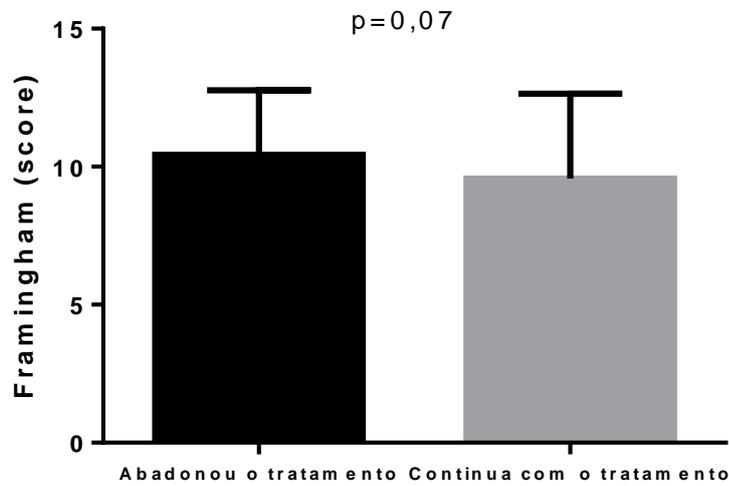
FATORES	SIM (%)
Desemprego	52
Não saber sobre o tratamento	56
Desconhecer os custos e benefícios	52
Demora atendimento	52
Complexidade	56

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Dentre os fatores que influenciam no abandono do tratamento se destacaram com uma porcentagem acima de 50% o desemprego, não saber sobre o tratamento, a falta de conhecimento dos custos benefícios, a demora no atendimento e a complexidade de regimes terapêuticos longos (Tabela 5).

Foi avaliado o risco cardiovascular para os grupos que declararam ter ou não abandonado o tratamento medicamentoso (Figura 2).

Figura 2 - Avaliação do risco cardiovascular por meio do Framingham score entre os pacientes que declararam ter abandonado ou não o tratamento farmacológico.

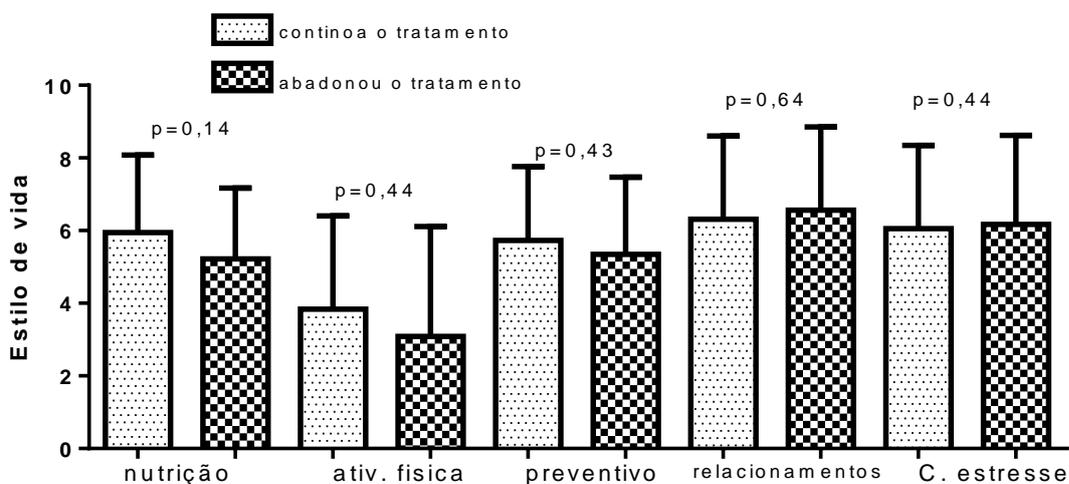


Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Embora o risco cardiovascular tenha sido menor em 59 % dos participantes que não abandonaram o tratamento em relação ao grupo que abandonou, não houve diferença estatisticamente significativa (Figura 2).

Foi analisado se o estilo de vida poderia influenciar na adesão ao tratamento medicamentoso para controle da hipertensão arterial (Figura 3).

Figura 3 – Componentes do estilo de vida entre os pacientes que declararam ter descontinuado ou não o tratamento farmacológico.



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Após a análise se o estilo de vida poderia influenciar na adesão ao tratamento medicamentoso para controle da hipertensão arterial, foi visto que nenhum dos cinco domínios do questionário estilo de vida individual foi diferente para os grupos continuidade do tratamento, ou seja, o estilo de vida não influencia. (Figura 3).

4. Discussão

Este estudo tem como principal objetivo avaliar quais são os principais fatores que levam o paciente a descontinuar com o tratamento farmacológico para controle da pressão arterial, dentre os principais resultados podem ser discutidos que os pacientes têm baixa ou média adesão ao tratamento medicamentoso para controle da pressão arterial, posteriormente foi visto que a pressão sistólica e diastólica está mais alta entre os pacientes que descontinuaram o tratamento, assim como o risco cardiovascular apresentou um aumento em maior proporção neste grupo de paciente. Também foi constatado que o desemprego, o não conhecimento sobre o tratamento, sobre os custos-benefícios do medicamento, a demora no atendimento nas unidades básicas de saúde e a complexidade dos horários de tomar o medicamento são fatores que contribuem para a descontinuidade do tratamento medicamentoso.

O estudo foi realizado de forma transversal descritiva de caráter exploratório onde os participantes informaram os diversos fatores que poderiam influenciar no abandono do tratamento medicamentoso. Foram tomados todos os possíveis cuidados para que não ocorresse viés no processo amostral ou fatores confundidores no decorrer da pesquisa. Desse modo, foi um processo seguro para responder aos nossos objetivos.

De acordo com Miranda, et al., (2017), dentre os fatores associados a não adesão ao tratamento encontram-se baixa escolaridade, menor idade, nível socioeconômico baixo, etilismo, curto tempo de diagnóstico da doença, baixo grau de conhecimento sobre a doença e maior número de medicamentos usados, estes são fatores significantes para a não adesão. Em um estudo de revisão sistemática foram encontrados resultados parecidos, nos quais os fatores mais prevalentes relacionados aos contextos sociodemográficos mencionados são o fator de renda, falta de apoio familiar, baixa escolaridade e estado civil. (Costa et al., 2021).

Verifica-se, de acordo com a pesquisa das autoras Gewehr et al. (2018), que em relação a associação de medicamentos anti-hipertensivos verificou-se que quanto maior o número de medicamentos utilizados, menor a adesão por parte dos pacientes. Os fatores relacionados com a diminuição da adesão de forma geral são: baixa renda, uso de dois ou mais anti-hipertensivos e dificuldade para ler a embalagem dos medicamentos.

Pessoas idosas que estão tomando remédio para controle da hipertensão arterial ou como forma de prevenção primária de doenças cardíacas podem em algum momento parar de tomar seus anti-hipertensivos, porém é importante salientar que os adultos mais velhos não devem parar nenhum dos seus remédios sem falar com um profissional de saúde (Freitas, et al., 2015). Um paciente que sob efeito de medicação estava com a pressão controlada, quando para o tratamento pode ter a pressão elevada abruptamente, o que é chamado de efeito rebote (Freitas, et al., 2015).

Pacientes com pressão alta geralmente têm os seus vasos endurecidos e estreitados, se essa pressão não é controlada com o passar dos anos, os vasos afetados podem entupir ou romper, quando isto acontece no coração, pode causar infarto. Já no cérebro pode causar derrame, além de um quadro de demência precoce. Entre outros malefícios, destacam a baixa visão e paralisação do funcionamento dos rins (Freitas, et al., 2015).

De acordo com os autores Malta et al. (2021), doenças cardiovasculares são grupo de doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos e constitui a primeira causa de morte em escala a nível global, sendo responsáveis por mais de 16 milhões de mortes em 2016. Ainda de acordo com os autores é extremamente importante políticas de saúde que incentivem a criação de ambientes propícios às escolhas saudáveis desses pacientes, que sejam acessíveis e disponíveis à população. Essas políticas devem se apoiar em estratégias que motivem as pessoas a adotar e sustentar comportamentos saudáveis, como o

aconselhamento e o uso de medicamentos e controle, especialmente da hipertensão e do diabetes com o intuito de diminuir o risco dessa doença. Nesse sentido, Verdecchia, et al., (2022) mencionam que alterações no estilo de vida como controle de peso, cessação do tabagismo e o desenvolvimento de uma dieta hipossódica são cruciais para o tratamento da hipertensão, no qual o autor aponta que o tratamento medicamentoso deve ser aplicado em casos de ineficácia de medidas não farmacológicas.

Além disso, é importante conceder acesso às informações de manejo da hipertensão arterial a população por meio de acompanhamento continuado e ensino de técnicas de aferição independente conforme descrito no Guideline do Canadá e descrito em estudos recentes (Hypertension Highlights, 2020; Rabi et al., 2020). A. Costa et al. (2021) aponta a importância de espelhar as medidas de controle de países considerados referências mundiais no controle epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica como o Canadá.

Ainda é válido ressaltar que com a falta de cuidados, a pessoa hipertensa pode progredir silenciosamente, afetando assim órgãos como olhos, rins, coração e o cérebro, levando assim a insuficiência renal e cardíaca e em casos mais graves a perda da visão, a suspensão do uso de remédios para pressão é preditor importante no desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Malta et al., 2021). O desemprego interfere diretamente no tratamento, uma vez que devido ao preço dos medicamentos quando não ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o paciente tende a abandonar o tratamento (Malta et al., 2021).

Na pesquisa dos autores Moura et al. (2016), evidenciou-se que pessoas com pouca escolaridade e baixa condição econômica é um fator crucial no tratamento da hipertensão, assim como fatores culturais, acesso aos serviços de saúde e grau de conhecimento sobre a doença, muitas vezes o não acesso da informação que o tratamento será custeado pelo SUS, impede com que essas pessoas que têm menos ou nenhum conhecimento da doença procurem ajuda. Indivíduos com baixa escolaridade apresentam maior dificuldade tanto no entendimento da prescrição e das informações nas bulas dos medicamentos, quanto na compreensão das informações comunicadas pelo profissional de saúde (Malta et al., 2021).

Uma das principais questões que fazem os pacientes abandonar o tratamento da pressão arterial são os efeitos colaterais, uma vez que as medicações podem interferir em questões psicológicas, desenvolvimento de estresse e alterações no padrão de sono, além de modificações no estilo de vida do paciente (Moura et al., 2016). Ainda segundo os autores a prevalência maior para não adesão do tratamento farmacológico é alteração no estilo de vida e a mudança dos hábitos de vida (Moura et al., 2016). O principal benefício da medicação é a diminuição da pressão, porém para uma parcela de pacientes os efeitos colaterais são maiores, fazendo com que os mesmos interrompam o tratamento (Moura et al., 2016).

A demora de atendimento médico e o sistema que costuma ser burocrático é preditor importante da não adesão ao tratamento da hipertensão. A demora no atendimento é uma problemática recorrente no SUS, a demora para receber tratamento é um dos grandes desafios da saúde pública no mundo contemporâneo e isso faz com que muitos pacientes interrompam seu tratamento (Rêgo et al., 2018).

É necessário que o paciente portador da doença de hipertensão mude seu estilo de vida, como mencionado anteriormente, esse é um dos maiores desafios, uma vez que os pacientes não querem diminuir o uso de sal, fazer atividade física, prevenir ganho de peso e ter um sono de qualidade, tomar a medicação diariamente no horário marcado é outro grande desafio. Muitos pacientes acabam esquecendo de tomar a medicação em suas rotinas, outros utilizam-se de desculpas que já tomam muitas medicações e esquecem a medicação da pressão alta, muitas vezes esses fatores acabam interferindo na continuidade do tratamento do paciente hipertenso (Freitas, et al., 2015).

No que se refere a atividade física, Miranda, et al., (2021) encontraram que a não adesão à prática de atividades físicas pode estar relacionado com a ausência de companhia de familiares e amigos durante a realização dos exercícios e caminhadas.

Além disso, Barbosa et al. (2020) aponta a importância da adesão da meditação ao estilo de vida, visto que pode contribuir para o controle do estresse e melhor funcionamento do metabolismo devido a sua ação nos marcadores bioquímicos

do corpo.

A pressão arterial é uma das doenças mais prevalentes do mundo, acometendo cerca de um terço da população adulta, nas últimas décadas o número de hipertensos tem aumentado progressivamente devido a fatores como maior expectativa de vida, maior incidência de obesidades e, sedentarismo e maus hábitos alimentares (Souza, et al., 2016).

É válido salientar que a hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de arteriosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico, sendo responsável por 25 a 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente (Souza, et al., 2016).

É importante mencionar que não é apenas o fármaco, mas sim a alimentação e a nutrição, bem como mudança de estilo e hábito de vida, todos esses fatores combinados são importantes para o sucesso do tratamento (Souza, et al., 2016).

Diante de todos os dados aqui levantados faz-se necessário que os profissionais de saúde reconheçam os principais fatores que contribuem para não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial, identificando os grupos que são mais vulneráveis, para assim contribuir para um controle pressórico mais eficiente (Miranda, et al., 2017).

5. Conclusão

Com base nos resultados encontrados nesta pesquisa, concluímos que os principais fatores que influenciam na descontinuidade do tratamento farmacológico se destacando com uma porcentagem acima de 50% são; o desemprego, não saber sobre o tratamento, desconhecer os custos e benefícios, demora no atendimento e a complexidade de regimes terapêuticos longos. Observou-se que indivíduos que não aderem ao tratamento medicamentoso tem as pressões sistólicas e diastólicas mais elevadas, porém foi analisado que o estilo de vida desses indivíduos não interferem no risco cardiovascular. O presente estudo contribuiu para a melhor adesão ao tratamento medicamentoso e incentivo do controle da doença por parte dos hipertensos.

Ainda se faz necessário mais estudos que avaliem a relação do estilo de vida no risco cardiovascular de indivíduos diagnosticados com hipertensão arterial e que analisem os fatores relacionados ao maior envolvimento desses indivíduos no tratamento da hipertensão arterial.

Referências

- Andrade, J. P., Vilas-Boas, F., Chagas, H., & Andrade, M. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. *Arg Bras Cardiol*, 79 (4), 375-9.
- Andrade, S. S. A., Brito, A. S., Chueri, P. S., Malta, D. C., Stopa, S. R., & Szwarcwald, C. L. (2015). Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2013;24(2), 297-304.
- Barbosa, J. de S., Costa, L. B. D., A. C. L. F., & Correia, D. M. S. (2020). Meditation as a complementary practice in health for hypertensive. *Research, Society and Development*, 9(11), e819119549. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9549>.
- Barreto, M. S., Marcon, S. S., & Reiners, A. A. O. (2014). Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3).
- Barroso, W. K. S., Rodrigues, C. I. S., Bortolotto, L. A., Mota-Gomes, M. A., Brandão, A. A., Feitosa, A. D. de M., & Nadruz, W. N. (2020). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 116 (3):. 516-658.
- Bezerra, A. S. M., Lopes, J. L., & Barros, A. L. B. L. (2014). Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4):550-5.
- Borges, J. W. P., Moreira, T. M. M., Rodrigues, M. T. P., Souza, A. C. C., & Silva, D. B. (2013). Validação de conteúdo das dimensões constitutivas da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(5):1077-83.
- Both, J., Borgatto, A. F., Nascimento, J. V., Sonoo, C. N., Lemos, C. A. F., & Nahas, M. V. (2008). Validação da escala "perfil do estilo de vida individual". *Revista Brasileira de atividade física & saúde*, 13(1):5- 14.
- Canadá (2020). Hypertension Highlights (Guideline). *Hypertension Canada*. <https://hypertension.ca/wp-content/uploads/2020/10/2020-22-HT-Guidelines-E>

WEB_v3b.pdf.

- Carvalho, A. L. M., Cunha, C. P., Leopoldino, R. W. D., & Silva, J. E. G. (2012). Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7) 1885-1892.
- Conceição, T. V., Gomes, F. A., Rosa, T. T., & Tauil, P. L. (2006). Valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovasculares em servidores da Universidade de Brasília. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 86(1).
- Costa, A. J. R., Ghidetti, C. A., Macedo, R. F., Godoy, J. S. R., & Teixeira, C. A. B. (2021). Non-pharmacological treatment of arterial hypertension in primary care: An integrative review. *Research, Society and Development*, 10(7), e46110716644. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16644>.
- Costa, M. E. S., Braga, L. C., Cardoso, L. R., Mokfa, G. V., & Santos, F. R. dos. (2022). Principais fatores assinalados por pacientes hipertensos para não adesão ao tratamento e controle da pressão arterial. *Scientia Generalis*, 3(1);206-2014.
- Dosse, C., Cesarino, C. B., Martin, J. F. V., & Castedo, M. C. A. (2009). Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2).
- Feldman, R., Bacher, M., Campbell, C., Drover, A., & Chockalingam, A. (1998). Adherence to pharmacologic management of hypertension. *Can J Public Health*. 89(5): 116-8.
- Freitas, J. G. A., Nielson, S. E. O., & Porto, C. C. (2015). Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Soc Bras Clin Med*, 13(1):75-84.
- Gewehr, D. M., Bandeira, V. A. C., Gelatti, G. T., Colet, C. F., & Oliveira, K. R. (2018). Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, 42(116): 179-190.
- Gusmão, J. L., & Mion Jr, D. (2006). Adesão ao tratamento—conceitos. *Rev Bras Hipertens.*, 13(1):23-25.
- Gusmão, J. L., Ginani, G. F., Mion JR D., Silva, G. V., & Ortega, K. C. (2009). Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens.*, 16(1):38-43.
- Hair JR., J., Babin, B., Money, A., & Samouel, P. Fundamentos de métodos de pesquisa em administração. Porto Alegre: Bookman. 2005.
- Helena, E. T. S., Nemes, M. I. B., & Eluf-Neto, J. (2008). Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. *Rev. de Saúde Pública*. 42:764-767.
- Leite, F. H. C., Bin, M. C., & Schmitz, W. O. Produção do artigo científico. *Dourados: Seriema*. 2009;32.
- Lessa, Í. (2006). Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens.*, 13(1):39-46.
- Lotufo, P. A. (2008). O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. *Revista de Medicina*, 87(4):232-237.
- Magnabosco, P., Teraoka, E. C., Oliveira, E. M., Felipe, E. A., Freitas, D., & Marchi-Alves, L. M. (2015). Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1)20-7.
- Malta, D. C., Pinheiro, P. C; Andrade, F. M. D., Sardinha, L. M. V., Matoso, L. F., Caixeta, R. B., & Ondarsuhu, D.(2021). População com risco cardiovascular elevado em uso de medicamento e aconselhamento: a situação do Brasil em relação à meta mundial. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2014-2015;30(2).
- Manfroí, A., & Oliveira, F. A. (2006). Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2,(7):165-176.
- Mendes, L. M. O., Barros, J. S. T., Loiola, N. N. L. A., & Silva, J. M. O. (2014). Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. *Revista Univap*, 20(35): 56-68.
- Miranda, L. N., Silva, J. M., & Vasconcelos, T. R. S. (2017). Fatores associados a não adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa da literatura. *Caderno de Graduação- Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS*, 4(2)385-385.
- Miranda, P.R. de O., Sacramento, D. de O., Diaz, F. B. B. de S., & Toledo, L. V. (2021). Percepção de pessoas com hipertensão arterial sobre aspectos que influenciam na adesão ao tratamento. *Revista de Enfermagem da UFSM.*, 11, e6, 1-22.
- Moura, A. A., Godoy, S., Cesarino, C. B., & Mendes, I. A. C. (2016). Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Enfermería Global*, 15(3) 1-39.
- Rabi, D. M., McBrien, K. A., Sapir-Pichhadze, R., Nakhla, M., Ahmed, S. B., Dumanski, S. M., & Daskalopoulou, S. S. (2020). Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *The Canadian journal of cardiology*, 36(5), 596–624. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2020.02.086>.
- Rêgo, A. S., Haddad, M. C. F. L., Salci, M. A., & Radovanovic, C. A. T. (2018). Acessibilidade ao tratamento da hipertensão arterial na estratégia saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39.
- Santos, M. V. R., Oliveira, D. C., Arraes, L. B., Oliveira, D. A. G. C., Medeiros, L., & Novaes, M. A. (2013). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, 11(1)55-61.
- Silva, C. S., Paes, N. A., Figueiredo, T. M. R. M., Cardoso, M. A. A., Silva, A. T. M. C., & Araujo, J. S. S. (2013). Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(3).

Silva, M. E. D. C. S., Barbosa, L. D. da C. S., Oliveira, A. D. da S., Gouveia, M. T. de O., Nunes, B. M. V. T., & Alves, E. L. M. (2008). As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (4) 500-7.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica. Hipertensão. *Arq Bras Cardio*. 2007;89(3).

Souza, A. C. C., Borges, J. W. P., & Moreira, T. M. M. (2016). Qualidade de vida e adesão ao tratamento em hipertensão: revisão sistemática com metanálise. *Rev. de Saúde Pública*, 50(71): 1-14.

Verdecchia, P., Cavallini, C., & Angeli, F. (2022). Advances in the Treatment Strategies in Hypertension: Present and Future. *J. Cardiovasc. Dev. Dis.*, 9(3), 72; <https://doi.org/10.3390/jcdd9030072>.