



ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E RASTREIO DE DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Adherence to treatment of systemic arterial hypertension and diabetes mellitus screening in primary health care

Andréia Pereira dos Santos Gomes¹, Zeferino Gomes da Silva Neto², Cláudia Maria Sousa de Carvalho³, Francisco Laurindo da Silva⁴, Maria Edileuza Soares Moura⁴, Joseneide Teixeira Câmara⁴.

1. Mestre; Programa de Pós-Graduação em Biodiversidade, Ambiente e Saúde, Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias, MA, Brasil.
2. Doutorando; Doutorado em Estatística Aplicada e Biometria, Universidade Federal de Viçosa - MG, Viçosa, MG, Brasil.
3. Doutoranda; Doutorado em Engenharia Biomédica, Universidade Brasil, São Paulo, SP, Brasil.
4. Doutor; Docente Universidade Estadual do Maranhão, Caxias, MA, Brasil.

andrea_santos
@hotmail.com

RESUMO

Introdução: as doenças cardiovasculares, o câncer, a diabetes *mellitus* e as doenças respiratórias crônicas representam as principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), estas são responsáveis por aproximadamente 70% das mortes no planeta. Considerando o alto risco para esses indivíduos, os atendimentos presenciais nos serviços públicos de saúde foram adaptados conforme a estratificação de risco e a condição clínica do paciente. **Objetivo:** analisar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, com o uso do instrumento QATHAS - Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, rastreando e identificando o conhecimento sobre diabetes *mellitus* neste grupo de participantes. **Método:** estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa, desenvolvido em parceria com 9 equipes de saúde da família, e uma amostra de 128 participantes. Os instrumentos de coleta de dados foram: o QATHAS e o *Finnish Diabetes Risk Score* (FINDRISC). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** identificou-se com o QATHAS que 38% dos participantes atingiram o nível 90 e 36% o nível 100. Observou-se nas médias de índice de massa corporal e circunferência abdominal dos participantes sobrepeso e acúmulo de gordura abdominal (principalmente nas mulheres). Foi possível correlacionar dentro do público feminino uma adesão positiva em relação ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo e o controle das taxas de glicemia. Com o uso do FINDRISC foi possível verificar uma associação estatisticamente significativa entre a escolaridade e o risco de diabetes. **Conclusão:** identificou-se adesão mediana ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso para hipertensão arterial sistêmica. E relacionou-se baixo nível de escolaridade, fator predisponente, com aumento do risco de o indivíduo com hipertensão arterial sistêmica desenvolver diabetes *mellitus*.

Palavras-Chave:
Doenças não
Transmissíveis;
Atenção Primária
à Saúde;
Autocuidado.

ABSTRACT

Introduction: cardiovascular diseases, cancer, diabetes mellitus and chronic respiratory diseases represent the main non-communicable chronic diseases (NCDs), which are responsible for approximately 70% of deaths on the planet. Considering the high risk for these individuals, face-to-face care at public health services was adapted according to risk stratification and the patient's clinical condition. **Objective:** to analyze adherence to systemic arterial hypertension treatment, using the QATHAS instrument - Systemic Arterial Hypertension Treatment Adherence Questionnaire, tracking and identifying knowledge about diabetes mellitus in this group of participants. **Method:** cross-sectional, analytical study with a quantitative approach, developed in partnership with 9 family health teams, and a sample of 128 participants. The data collection instruments were: the QATHAS and the Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC). The project was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** it was identified with the QATHAS that 38% of the participants reached the level 90 and 36% the level 100. It was observed in the averages of body mass index and abdominal circumference of the participants overweight and accumulation of abdominal fat (mainly in women). It was possible to correlate, within the female audience, a positive adherence to antihypertensive drug treatment and the control of blood glucose levels. With the use of FINDRISC, it was possible to verify a statistically significant association between education and the risk of diabetes. **Conclusion:** median adherence to drug and non-drug treatment for systemic arterial hypertension was identified. And a low level of education, a predisposing factor, was associated with an increased risk of individuals with systemic arterial hypertension developing diabetes mellitus.

Keywords:
Noncommunicable
Diseases;
Primary Health
Care; Self-care.



INTRODUÇÃO

Com o manejo progressivo de um crescente número de casos foram considerados grupos de risco para agravamento da Covid-19 os portadores de doenças crônicas, como diabetes *mellitus* (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), indivíduos tabagistas, idosos, obesos, dentre outros.¹ Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu que os portadores de doenças crônicas, como a HAS e DM, estão sujeitos a complicações mais graves causadas pela Covid-19. Considerando o alto risco para esses indivíduos, os atendimentos presenciais nos serviços públicos de saúde foram adaptados conforme a estratificação de risco e a condição clínica do paciente.²

Por consequência, em 29 de outubro de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu em caráter excepcional e temporário por meio da Portaria nº 2.994, incentivo financeiro federal para atenção às pessoas com obesidade, DM e ou HAS no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), no Sistema Único de Saúde (SUS), priorizando ações de busca ativa, cadastro, acompanhamento e estratificação de risco.¹ As doenças cardiovasculares, o câncer, o diabetes *mellitus* e as doenças respiratórias crônicas representam as principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), estas são responsáveis por aproximadamente 70% das mortes no planeta. As DCNT têm causalidade complexa, compreendendo a intersecção de diversos fatores, levam a mortes prematuras, prejuízo da qualidade de vida, impactando em amplos gastos econômicos para os indivíduos, suas famílias e a sociedade, conforme Malta et al.³

Assim, as equipes que compõem a APS, especialmente as equipes da Estratégia Saúde da Família, têm o desafio de identificar, cadastrar e garantir o acompanhamento longitudinal deste grupo de pacientes portadores de HAS e ou DM.

Como também o objetivo de estabilização clínica e fortalecimento da capacidade de autocuidado do usuário, priorizando intervenções nos fatores de risco, prevenção primária e secundária.

Segundo a “Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde” com foco na Atenção Primária à Saúde, Garcia et al.,⁴ no nível micro, a Equipe de Saúde da Família (ESF) deve identificar e abordar diretamente as pessoas, apoiando-as em um plano individual para redução ou eliminação dos fatores de risco. No cuidado longitudinal, a principal estratégia apoia-se na promoção do autocuidado, utilizando tecnologias que favoreçam passos efetivos para as mudanças necessárias.

A APS deve ser a porta de entrada preferencial do usuário com DM e ou HAS no SUS. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando acompanhamento continuado e longitudinal. Desta forma, o objetivo geral desse estudo foi analisar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, com o uso do instrumento QATHAS - Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, rastreando e identificando o conhecimento sobre diabetes *mellitus* neste grupo de participantes.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa, desenvolvido em parceria com 9 equipes de saúde da família que contam com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Maranhão. Para definição da amostra de 128 participantes utilizou-se a fórmula para cálculo amostral de população finita, considerou-se uma população de 3.515 indivíduos com HAS e 963 com HAS e DM associadas, que estavam em acompanhamento na rede de

atenção à saúde selecionada em maio de 2021.

Foram critérios de inclusão: ter a condição crônica HAS e HAS e DM associadas; ser residente na zona urbana de Caxias, Maranhão, e fazer acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde selecionadas para o estudo. Foram critérios de exclusão: apresentar deficiência auditiva, ser portador de deficiência mental e apresentar sequela de algum agravo que prejudique a fala ou cognição.

Os instrumentos de coleta de dados foram: o Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (QATHAS), um instrumento elaborado e validado no Brasil,⁵ que se mostrou adequado para avaliar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica; o *Finnish Diabetes Risk Score* (FINDRISC), um instrumento finlandês utilizado para estimar o risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 nos próximos dez anos que foi traduzido, adaptado e validado para o Brasil em 2020, conforme Barim et al.⁶

A técnica de coleta de dados foi a entrevista estruturada com o uso dos instrumentos já citados. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de novembro de 2021 a maio de 2022, por meio de visitas domiciliares e atendimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Para caracterização da amostra utilizou-se cálculos das frequências absolutas e relativas das variáveis, além das medidas de tendência central e de dispersão. Para testar a associação entre duas variáveis qualitativas, foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson (X^2), ou o teste exato de Fisher, quando os dados apresentavam frequências esperadas menores que cinco, e razão de chances (OR - IC 95%). Na verificação da associação de variáveis dicotômicas com contínuas, foi aplicado o MannWhitney U test (teste não-paramétrico) quando o teste K-S indicou heterogeneidade de distribuição da variável contínua. Para

variáveis contínuas normais, o *t* de Student para duas amostras foi aplicado na comparação de médias. Os dados foram analisados com auxílio do software SPSS, versão 22, e um nível de significância de 5% foi usado em todo o processo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 5.013.941. Todos os pacientes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os pesquisadores deste estudo assumem a responsabilidade que todos os preceitos éticos foram seguidos.

RESULTADOS

Foram recrutados 128 participantes, destes a maioria mulheres (71,4%), idade acima dos 60 anos (60,7%), não fumantes (95,2%), não alcoolistas (78,5%). A adesão ao tratamento pelo QATHAS foi avaliada, e dentre as pessoas que aderiram destaca-se que 57% tinham HAS, somente. Em relação ao sexo, predominantemente, as pessoas com adesão eram mulheres (64,5%). Para a faixa etária, as pessoas com mais de 60 anos foram as que tiveram maior percentual (60,7%) com relação às que apresentaram adesão.

Avaliando a escolaridade, destaca-se que em relação à não adesão pelo QATHAS, 71,4% que não aderiram são analfabetas ou tem o ensino fundamental incompleto. Em relação à renda, destaca-se também o grupo que não apresentou adesão ao tratamento, sendo que desse total, 85,7% tinham renda de até 1 salário. Com respeito ao IMC, das pessoas que tiveram adesão ao tratamento, 72% estavam com o IMC classificado como sobrepeso ou algum grau de obesidade.

Para o estado civil, pessoas separadas, viúvas ou solteiras (52,3%) apresentaram maior percentual de adesão quando comparadas às casadas ou com união estável (47,7%). Por fim, pessoas não fumantes e que não bebem são as que mais se destacaram dentro do grupo de

adesão ao tratamento, tendo 80,4% e 78,5%, respectivamente. É importante ressaltar que não foi verificada associação estatística entre a adesão ao QATHAS e as

variáveis sociodemográficas e clínicas, uma vez que a amostra apresentou homogeneidade entre os grupos, não diferindo significativamente (tabela 1).

Tabela 1 – Associação entre adesão questionário QATHAS e variáveis sociodemográficas e clínicas (n=128).

	Adesão QATHAS				P-valor	OR (IC 95%)
	Adere		Não adere			
	N	%	N	%		
Condição de tratamento						
HAS	61	57	14	66,7	0,413 ¹	0,663 (0,248-1,775)
HAS e DM	46	43	7	33,3		
Sexo						
Masculino	38	35,5	6	28,6	0,365 ¹	1,051 (0,901-1,226)
Feminino	69	64,5	15	71,4		
Faixa Etária						
< 60 anos	42	39,3	10	47,6	0,316 ¹	0,944 (0,803-1,110)
≥ 60 anos	65	60,7	11	52,4		
Escolaridade						
Analfabeto - ensino fundamental incompleto	64	59,8	15	71,4	0,227 ¹	0,953 (0,795-1,072)
Ensino fundamental/ médio/superior	43	40,2	6	28,6		
Renda Familiar						
Até 1 salário	78	72,9	18	85,7	0,168 ²	0,897 (0,774-1,039)
Mais de 1 salário	29	27,1	3	14,3		
IMC						
Peso baixo/adequado	30	28,0	10	47,6	0,068 ¹	0,857 (0,705-1,042)
Sobrepeso/Obesidade	77	72,0	11	52,4		
Estado Civil						
Casado/UC	51	47,7	9	42,9	0,436 ¹	1,032 (0,886-1,203)
Separado/Viúvo/Solteiro	56	52,3	12	57,1		
Tabagismo						
Sim	21	19,6	1	4,8	0,082 ²	4,151 (0,588-29,327)
Não	86	80,4	20	95,2		
Etilismo						
Sim	23	21,5	5	23,8	0,506 ¹	0,896 (0,360-2,232)
Não	84	78,5	16	76,2		

*N: amostra; ¹ refere-se ao X²; ² refere-se ao teste exato de fisher.

*OR: *Odds ratio* (razão de chances); IC: Intervalo de confiança.

A Tabela 2 resume a associação entre o risco de diabetes dos pacientes com as variáveis analisadas. Observando as variáveis independentes, foi verificada associação estatisticamente significativa entre a escolaridade e o risco de diabetes. Pelo FINDRISC, a maioria (75%) das pessoas com risco alto ou muito alto, tem a escolaridade baixa, sendo analfabetos ou com ensino fundamental incompleto, enquanto pessoas com risco pouco elevado ou moderado, na maioria (55%) são pessoas com ensino fundamental completo, médio ou superior. Isso mostra que o maior grau de instrução pode reduzir o risco de desenvolver diabetes. O *Odds ratio* aponta que pessoas com a escolaridade mais baixa têm 1,727 vezes mais chance de ter o risco alto/muito alto para desenvolver a doença.

Tabela 2 – Associação entre risco questionário FINDRISC e variáveis sociodemográficas e clínicas (n=52).

	FINDRISC		P-valor	OR (IC 95%)
	Risco Alto/ Muito Alto	Risco pouco elevado/Moderado		

	N	%	N	%		
Sexo						
Masculino	8	25	8	40	0,202 ¹	0,750 (0,436-1,289)
Feminino	24	75	12	60		
Faixa Etária						
< 60 anos	16	50	13	65	0,220 ¹	1,473 (0,704-3,081)
≥ 60 anos	16	50	7	35		
Escolaridade						
Analfabeto - ensino fundamental incompleto	24	75	9	45	0,030¹	1,727 (0,980-3,046)
Ensino fundamental/médio/superior	8	25	11	55		
Renda Familiar						
Até 1 salário	24	75	17	85	0,310 ²	0,805 (0,516-1,255)
Mais de 1 salário	8	25	3	15		
IMC						
Peso baixo/adequado	7	21,9	5	25	0,525 ¹	0,933 (0,547-1,594)
Sobrepeso/Obesidade	25	78,1	15	75		
Estado Civil						
Casado/UC	15	46,9	12	60	0,638 ¹	0,817 (0,513-1,258)
Separado/Viúvo/Solteiro	17	53,1	8	40		
Tabagismo						
Sim	3	9,4	6	30	0,068 ²	0,488 (0,260-0,918)
Não	29	90,6	14	70		
Etilismo						
Sim	11	34,4	9	45	0,317 ¹	0,764 (0,387-1,510)
Não	21	65,6	11	55		

*N: amostra; ¹ refere-se ao X²; ² refere-se ao teste exato de fisher.

*OR: *Odds ratio* (razão de chances); IC: Intervalo de confiança.

A Tabela 3 resume a associação entre a condição de tratamento dos pacientes com as variáveis clínicas. Em média, os valores de níveis pressóricos foram semelhantes entre pacientes com HAS e com HAS e DM. Também não houve diferença estatística para os tratamentos levando em conta o peso, altura e IMC. Os níveis de circunferência abdominal e de glicemia foram subdivididos por sexo, foi verificado que, em média, pacientes da condição de tratamento HAS, têm valores estatisticamente equivalentes de circunferência abdominal e de glicemia quando comparados com os pacientes da condição de tratamento HAS e DM. Além disso, para tabagismo e etilismo também não houve associação estatística com a condição de tratamento.

Tabela 3 – Características clínicas dos participantes de acordo com a condição em tratamento. Caxias, Maranhão, 2022 (n=128).

Variáveis	HAS	HAS e DM	p-valor
Níveis pressóricos (mmHg)			
PAS; mediana (IIQ)	130 (20)	140 (30)	0,101 ₃
PAD; mediana (IIQ)	80 (10)	80 (10)	0,253 ₃
Peso; média (DP)	70,1 (15,5)	67,6 (12,4)	0,301 ₂
Altura; média (DP)	1,57 (0,08)	1,58 (0,08)	0,248 ₂
IMC; média (DP)	28,4 (5,8)	26,8 (4,2)	0,085 ₂
Circunferência abdominal; média (DP)			
Mulheres	96 (13)	92 (11)	0,581 ₂

Homens	99 (12)	101(13)	0,170 ₂
Glicemia; mediana (IIQ)			
Mulheres	98(20)	130(70)	0,081 ₃
Homens	-	155 (20)	-
Tabagismo; f (%)			
Sim	10 (13,3)	12 (22,6)	0,169 ₁
Não	65 (86,7)	41 (77,4)	
Etilismo; f (%)			
Sim	19 (25,3)	9 (17)	0,260 ₁
Não	56 (74,7)	44 (83)	

*f. frequência absoluta; DP: desvio-padrão; IIQ: intervalo interquartil;

*¹ refere-se ao X²

*² refere-se ao t de Student

*³ refere-se ao Mann-Whitey U test

A Tabela 4 resume a associação entre a condição de tratamento dos pacientes com os níveis de adesão ao tratamento, por sexo. Somente uma pessoa alcançou o nível mínimo de adesão (60 = não toma o anti-hipertensivo ao menos uma vez por semana. E também não o toma, ao menos uma vez por semana, na dose prescrita), o que impossibilitou a realização do teste de associação para este nível. O mesmo ocorreu para o nível seguinte (70 = deixa de tomar a medicação para hipertensão nos horários estabelecidos ao menos uma vez por semana e comparecem às consultas agendadas). Para os níveis subsequentes não foi encontrada associação estatística significativa, observou-se que as mulheres têm o maior percentual nos dois grupos dentro de cada nível, com destaque para o nível máximo (110 = não deixa de tomar a medicação para hipertensão, come praticamente sem sal e seguem o tratamento não medicamentoso rotineiramente), onde a quantidade de respondentes é relativamente baixo, porém, as mulheres se sobressaem em ambos os grupos de condição de tratamento.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes nos níveis de adesão do QATHAS, por condição de tratamento, de acordo com o sexo. Caxias, Maranhão, 2022.

Nível da escala	Descrição	Sexo	HAS	HAS e DM	p-valor
			f (%)	f (%)	
60	Neste nível, os hipertensos não tomam o anti-hipertensivo ao menos uma vez por semana. E também não o tomam, ao menos uma vez por semana, na dose prescrita.	M	0 (0)	0 (0)	-
		F	1 (100)	0 (0)	
70	Neste nível, os hipertensos deixam de tomar a medicação para hipertensão nos horários estabelecidos ao menos uma vez por semana e comparecem às consultas agendadas.	M	0 (0)	0 (0)	-
		F	0 (0)	1 (100)	
80	Neste nível, os hipertensos deixam de tomar a medicação conforme a dose prescrita ao menos uma vez por mês, fazem uso da medicação independente de sentir algum sintoma, seguem o tratamento medicamentoso rotineiramente e reduziram a terça parte do sal, da gordura e de doces e bebidas com açúcar.	M	4 (30,8)	2 (33,3)	0,652 ₂
		F	9 (69,2)	4 (66,7)	
90	Neste nível, os hipertensos deixam de tomar a medicação, nos horários estabelecidos ao menos uma vez por mês; reduziram à metade o sal, gordura, doces e bebidas com açúcar.	M	14 (48,3)	9 (45)	0,526 ₁
		F	15 (51,7)	11 (55)	

100	Neste nível, os hipertensos deixam de tomar a medicação para hipertensão ao menos uma vez por ano, e comem praticamente sem gordura e sem doces e bebidas com açúcar.	M	4 (14,8)	6 (31,6)	0,160 ²
		F	23 (85,2)	13 (68,4)	
110	A partir deste nível, os hipertensos não deixam de tomar a medicação para hipertensão, comem praticamente sem sal e seguem o tratamento não medicamentoso rotineiramente.	M	2 (40)	3 (42,9)	0,689 ²
		F	3 (60)	4 (57,1)	

*f: frequência absoluta; M: masculino; F: feminino.

*¹ Teste X²

*² Teste exato de Fisher

A Tabela 5 resume a correlação entre as variáveis quantitativas do estudo e os níveis de adesão ao tratamento, por sexo. Foi verificada correlação positiva e significativa somente para os níveis de glicemia do sexo feminino, que foi 0,483. Esse resultado mostra que, para as mulheres, quanto maior o nível de glicemia, maior o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Cabe salientar que este coeficiente é medido a força quanto mais ele se afasta do zero, e como é positivo o aumento da glicemia que gera o aumento da adesão, uma correlação diretamente proporcional. O mesmo não é observado para o sexo masculino, que tem o valor do coeficiente de correlação muito próximo de zero.

Tabela 5 – Correlação entre as variáveis quantitativas do estudo e os coeficientes de adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos participantes, de acordo com o sexo. Caxias, Maranhão, 2022.

	Masculino			Feminino		
	n	r	p-valor ¹	n	r	p-valor ¹
Idade	44	0,038	0,807	84	0,058	0,602
PAS	44	-0,138	0,370	84	-0,006	0,954
PAD	44	-0,267	0,080	84	0,107	0,335
Peso	44	-0,041	0,791	84	0,069	0,532
Altura	44	-0,003	0,983	83	0,198	0,073
IMC	44	0,009	0,955	83	-0,025	0,824
CA	44	-0,043	0,782	84	-0,066	0,552
Glicemia	20	-0,047	0,843	42	0,483	0,001

*n: amostra; r: coeficiente de correlação de Spearman;

*¹ refere-se à correlação de Spearman.

DISCUSSÃO

A HAS é uma condição clínica de causas multifatoriais, relacionadas a aspectos genéticos, ambientais e sociais, caracterizada por níveis elevados e persistentes da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, aferida em dois momentos distintos, com a técnica correta e na ausência de medicação anti-hipertensiva, de acordo com Barroso et al.⁷ O DM pertence a um grupo heterogêneo de doenças metabólicas que tem em comum o aumento dos níveis de açúcar no sangue, a hiperglicemia,

resultante de falhas na absorção ou secreção do hormônio da insulina. Como consequência, tem-se uma alteração no metabolismo da glicose e nas taxas de glicemia, desencadeando problemas agudos ou crônicos em alguns sistemas do corpo, a exemplos, o sistema cardiovascular e renal, conforme Francisco et al.⁸

Homens e mulheres apresentam diferenças na sua percepção de saúde, no risco de adoecimento, no reconhecimento de sinais e sintomas, na procura por serviços de saúde e no seu autocuidado, segundo Francisco et al.⁸ A pressão arterial descompensada é um sinal de alerta significativo e comum entre os

idosos de ambos os sexos, devido a rigidez progressiva e diminuição da complacência das grandes artérias. Além disso, o aumento dos níveis pressóricos atinge principalmente as mulheres na terceira idade, segundo Barroso et al.⁷

Um estudo de Martins et al.⁹ realizado com 224 usuários em uma Estratégia de Saúde da Família, no município de Santa Cruz do Sul (RS), evidenciou que as desigualdades entre os níveis de escolaridade caracterizam um perfil de risco dentro de uma microárea. A baixa escolaridade é um fator que limita o usuário no seu cuidado em saúde, tendo em vista a dificuldade de compreensão e adesão aos tratamentos indicados, segundo Alves et al.¹⁰ Além disso, a baixa formação escolar interfere na qualificação profissional do trabalhador diminuindo as suas chances de ascensão no mercado de trabalho, ocasionando os subempregos, com condições precárias de serviços e baixos salários, interferindo na qualidade de vida do indivíduo, conforme Martins et al.⁹

Uma pesquisa realizada em João Pessoa (Paraíba) que investigou o risco para o desenvolvimento do diabetes *mellitus* tipo 2 com o uso do FINDRISC em usuários da rede de atenção à saúde evidenciou na maioria dos participantes risco discretamente elevado (31,2%); no entanto, o risco baixo foi encontrado em 16,2% dos entrevistados, segundo Lima et al.¹¹ Resultados semelhantes também foram encontrados no estudo realizado com 155 enfermeiras da cidade do México que buscou identificar o risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 com o uso do FINDRISC e identificou em 59% das participantes risco moderado e muito alto para diabetes tipo 2, de acordo com Sánchez-Jiménez et al.¹²

O índice de massa corporal (IMC) é um parâmetro utilizado para avaliação do peso em relação à altura. Assim como a circunferência abdominal serve para avaliar o acúmulo inadequado de gordura corporal e os riscos de desenvolver problemas cardiovasculares ou outras

patologias, conforme Barroso et al.⁷ A circunferência abdominal (CA) ideal para a mulher é até 80 cm. Para o homem a CA indicada é até 94 cm. Identificou-se nas médias de IMC e circunferência abdominal dos participantes sobrepeso e acúmulo de gordura abdominal (principalmente nas mulheres). Resultados semelhantes foram identificados no estudo de Dias et al.¹³ que buscou o perfil clínico-epidemiológico dos idosos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica em Belém (Pará), com o intuito de avaliar as dificuldades de adesão e permanência do tratamento proposto no qual também identificaram que homens e mulheres apresentaram medidas de circunferência abdominal acima de 88 cm, de forma que homens (42,11%) e mulheres (31,58%) apresentaram estas medidas aumentadas, quanto ao IMC os homens apresentaram valores variando entre peso saudável (15,79%), sobrepeso (26,32%) e obesidade (21,05%), enquanto que as mulheres se concentraram no sobrepeso (31,58%).

Um estudo de Oliveira et al.¹⁴ desenvolvido em João Pessoa (PB) com 368 idosos cadastrados na atenção primária à saúde, encontrou a associação entre viuvez e médio risco para hospitalização, enquanto que o baixo risco esteve associado a indivíduos casados. Um outro estudo de Evedove et al.¹⁵ desenvolvido no município de Cambé (PR), com indivíduos entre 40 anos ou mais, conclui que deixar de ter companheiro(a) se associou com maior incidência de abandono ao tabaco e menor incidência do consumo regular de frutas, enquanto que passar a ter companheiro(a) se associou com maior incidência do consumo regular de frutas. Logo, o estado civil tem interferência significativa na vida de uma pessoa, o que o torna um fator protetor de saúde.

Responsável pelo desenvolvimento de mais de 25 doenças, entre elas as doenças cardiovasculares, o tabagismo é prejudicial no tratamento do indivíduo hipertenso. E o uso excessivo do álcool de

forma rotineira aumenta a incidência de HAS, onde a ingestão de 10g/dia de álcool aumenta a pressão em 1 mmHg, e a redução do seu consumo diminuiu a PA. Em contrapartida, a interrupção do uso do tabaco não demonstra redução da pressão arterial, conforme Malachias et al.¹⁶

Identificou-se que entre os participantes 38% atingiu segundo o QATHAS nível 90 e 36% nível 100. Estudo conduzido por Lima¹⁷ no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão, em Fortaleza (Ceará), objetivando analisar a influência do sentimento de impotência na adesão ao tratamento anti-hipertensivo utilizando QATHAS e o Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência entre 300 participantes, identificou que a maioria apresentou nível 90 de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, (45,7%) deixou de tomar a medicação nos horários estabelecidos, ao menos uma vez por mês; reduziram à metade o sal, gordura e doces; nesse grupo apenas 7,3% alcançaram o nível satisfatório máximo de adesão 110. Outro estudo conduzido por Silva et al.¹⁸ em Unidades de Saúde da Família no município de Dois Vizinhos (Paraná) que se refere à adesão ao tratamento, o escore médio do QATHAS para os participantes desta pesquisa foi de 94,3, indicando a necessidade de intervenções para a melhora na adesão.

Em um estudo de Falcão et al.¹⁹ desenvolvido com 254 idosos hipertensos do sexo masculino, verificou-se um predomínio do nível 100 na escala do QATHAS, ou seja, um nível de adesão positivo em relação ao tratamento medicamentoso e hábitos alimentares. Além disso, constatou-se também a relação entre a adesão do tratamento da HAS e o consumo de um grupo de alimentos saudáveis (grelhados e frutas, por exemplo), compondo fatores de proteção.

A adesão ao tratamento medicamentoso requer a concordância e interesse do paciente em seguir as orientações dos profissionais de saúde e mudanças de comportamento. Segundo a

OMS, aderir a um tratamento de saúde requer não apenas tomar a medicação conforme prescrição, como também adotar novos hábitos de vida, entre eles, uma dieta alimentar balanceada pobre em gorduras e açúcares, prática de atividade física, uma boa ingestão hídrica, evitar o tabagismo e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, conforme Nylander et al.²⁰

Identificou-se que a mediana de glicemia se manteve acima de 150mg/dl enquanto a meta para as pessoas em tratamento, embora seja individualizada, costuma ser inferior a 150mg/dl. É necessário frisar que o tratamento farmacológico isolado não garante um controle eficiente da HAS e DM, sendo ideal as mudanças de hábitos como: prática regular de atividade física e uma alimentação adequada para as suas necessidades. Haja vista a realização de uma atividade física atuar na prevenção das doenças crônicas e auxiliar de forma significativa no tratamento, controlar a glicemia, reduzir os problemas cardíacos e o peso corpóreo, segundo Kremer et al.²¹

Corroborando com o nosso estudo, foi possível correlacionar dentro do público feminino uma adesão positiva em relação ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo e as taxas de glicemia, com um nível de significância de 0,001. Fatores fisiológicos do organismo interferem na clínica de uma doença, entre eles pode-se citar a glicemia. Segundo a OMS estima-se que a taxa de glicemia elevada está entre os três fatores de interesse responsáveis por mortes prematuras, ultrapassada pela pressão arterial descompensada e o tabagismo que estão no topo da lista, conforme Golbert et al.²² Esses agravos trazem prejuízos tanto para o indivíduo portador como para o sistema público de saúde, logo, é necessária uma maior atenção para suas complicações.

CONCLUSÃO

Ao se analisar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, com o uso do instrumento QATHAS, identificou-se adesão mediana ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso para HAS. Não seguir corretamente a dosagem e os horários estabelecidos na prescrição médica foi observado em toda a população entrevistada, porém, a frequência variou conforme a pontuação alcançada. Os níveis 90 e 100 foram os mais presentes no estudo, os quais estão relacionados ao esquecimento de tomar a medicação ao menos uma vez por mês ou por ano na hora correta, e os hábitos alimentares (redução do sal, gordura, doces e bebidas com açúcar).

Com a aplicação do FINDRISC, foi possível observar que o baixo nível de

escolaridade é um fator que predispõe e aumenta o risco do indivíduo com HAS em desenvolver DM. Os resultados mostram que o estado civil influenciou no comportamento do paciente em relação a sua disposição em aderir ou não ao seu tratamento de saúde, tendo em vista que o indivíduo que é casado ou mantém um relacionamento com outra pessoa mostra-se mais aberto e disposto a seguir as recomendações dos profissionais de saúde.

Os resultados apresentados apontam para um esforço adicional das equipes da estratégia saúde da família no acolhimento, manejo e vínculo com esse público que mostra potencial para alcance de melhores níveis de adesão ao tratamento e diminuição no risco de desenvolver o diabetes *mellitus*.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-graduação em Biodiversidade, Ambiente e Saúde (PPGBAS). E a Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria nº 2.994, de 29 de outubro de 2020. Ministério da Saúde. Dispõe sobre o incentivo financeiro federal para atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNTS). Brasília, nov. 2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção a pessoas com doenças crônicas na APS diante da situação de pandemia de COVID-19. Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde; 2020.
3. Malta DC, Bernal RTI, Vieira Neto E, Curci KA, Pasinato MTM, Lisbôa RM et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e fatores de risco e proteção em adultos com ou sem plano de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2020;25(8):2973-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020258.32762018>
4. Garcia EC, Barbosa Filho JA, Matos MAB, Lopes PRR, Chomatás ERV, Barra RP. Saúde da pessoa com diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; 2020.

5. Rodrigues MTP, Moreira TMM, Andrade DF. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. *Revista de Saúde Pública* 2014;48(2):232-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005044>
6. Barim EM, McLellan KCP, Ribeiro RS, Carvalho JAM, Lindström J, Tuomilehto J, et al. Translation and cultural adaptation into Brazilian Portuguese of the Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) and reliability assessment. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2020;23: E200060. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200060>
7. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2021;116(3):516-658. doi: <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20201238>
8. Francisco PMSB, Segri NJ, Borim FSA, Malta DC. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018;23(11):3829-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.29662016>
9. Martins BR, Bertelli C, Almeida KO, Zell CV, Franz EBT, Oliveira L, et al. Construção do perfil sociodemográfico e clínico de indivíduos de uma microárea pertencente a uma estratégia de saúde da família: ações do pet-graduassus. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde* 2018;1(4):267-273. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/rips.v1i4.13097>
10. Alves LMS, Müller FE, Mocelin G, Vargas ES, Somavilla VEC, Krug SBF. Agente comunitário de saúde na atenção integral à saúde da mulher: dificuldades para o desenvolvimento das ações. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde* 2020;3(1):10-17. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/rips.v3i1.15776>
11. Lima CLJ, Costa MML, Oliveira JS, Ferreira TMC, Ferreira JDL, Nascimento JA. Rastreamento do risco para desenvolvimento do diabetes *mellitus* em usuários da Atenção Básica de Saúde. *Enfermería Global* 2018;52:110-122. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.3075213>
12. Sánchez-Jiménez B, Chico-Barba G, Rodríguez-Ventura AL, Sámano R, Veruete-Bedolla D, Morales-Hernández RM. Risco de desenvolvimento do diabetes tipo 2 em enfermeiras e sua relação com alterações metabólicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2019;27:e3161. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3002.3161>
13. Dias JRP, Andrade RL, Fernandes ACM, Laurindo BM, Fonseca ERS. Análise do perfil clínico-epidemiológico dos idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica nas microáreas 4, 6 e 7 da USF tenoné. *Brazilian Journal of Health Review* 2019;2(1):2-41. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/837>
14. Oliveira FMRL, Barbosa KTF, Fernandes WAAB, Brito FM, Fernandes MGM. Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos ao risco de hospitalização de idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Revista Mineira de Enfermagem* 2019;23:e-1224. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190072>
15. Evedove AUD, Dellaroza MS, Carvalho WO, Loch MR. Mudança na situação conjugal e incidência de comportamentos de proteção à saúde em adultos com 40 anos ou mais: estudo VigiCardio (2011-2015). *Cadernos Saúde Coletiva* 2021;29(3):433-43. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1414-462X202129030453>

16. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2016; 107 (3 Supl 3):1-83.
17. Lima BS. Influência do sentimento de impotência na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Mestrado [dissertação]. Repositório Institucional UFC: Universidade Federal do Ceará; 2018.
18. Silva ATM, Mantovani MF, Moreira RC, Arthur JP, Souza RM. Manejo de casos de enfermagem para pessoas com hipertensão na atenção primária à saúde: um estudo controlado randomizado. Research in Nursing & Health 2020;43(1):68-78. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/nur.21994>
19. Falcão AS, Silva MGC, Rodrigues Junior AF, Moura SR, Silva FRS, Sousa ASJ, et al. Estilo de vida e adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica em homens idosos. Revista Brasileira em Promoção da Saúde 2018;31(2):1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2018.7402>
20. Nylander BVR, Santana JM, Barreiros PGL, Silva JAC, Moraes ASA, Brito CRA, et al. Prevalência e fatores associados á adesão de pacientes á terapia anti-hipertensiva: uma revisão narrativa de literatura. Brazilian Journal of Health Review 2021;4(1):3194-3206. doi: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n1-252>
21. Kremer CMS, Gomes MFP, Santos MS, Carvalho VCS, Lazarini CA, Fracolli LA. Percepção de hipertensos e diabéticos sobre a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Revista Saúde em Redes 2022; 8(2):131-143. doi: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n2p131-143>
22. Golbert A, Vasques ACJ, Faria ACRA, Lottenberg AMP, Joaquim AG, Vianna AGD et al. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Clannad Editora Científica. 2019. 489 p.

Submissão: 07/03/2023.

Aceite: 17/04/2023.