

Perfil da adesão dos usuários do programa HIPERDIA na Unidade Básica de Saúde da Família Dom Manoel Pestana Filho em Anápolis (GO)

Adhesion profile of HIPERDIA's program users in Basic Health Unit Family in Dom Manoel Pestana Filho at Anápolis (GO)

Abrahão Afiune Neto¹, Willian Alvares¹, Jorge Luiz Martinelli Filho¹, Lorena Cabral Pazetto¹, Maria Eduarda Cordeiro Barroso Rocha¹, Thays de Oliveira Carmo Borges¹

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) bem como o *diabetes mellitus* (DM) configuram-se como doenças de grande impacto na sociedade brasileira. Este trabalho teve como objetivo identificar o perfil da adesão dos usuários do Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Dom Manoel Pestana Filho. Trata-se de um estudo descritivo. A técnica utilizada foi a observação direta extensiva por intermédio de questionário. A amostra foi não probabilística, formada por 79 usuários, por acessibilidade, não fazendo uso de forma aleatória de seleção. A pesquisa forneceu informações sobre hábitos de vida e adesão farmacológica e não farmacológica dos pacientes entrevistados. Concluiu-se por meio dos resultados obtidos que a maioria possui HAS e DM, predominando HAS dos tipos I e II. Não se pôde concluir se a adesão do paciente usuário do programa HIPERDIA na UBSF Dom Manoel Pestana Filho é ineficaz ou se a forma de mensuração é falha.

PALAVRAS-CHAVE

Hipertensão; *diabetes mellitus*; tratamento.

ABSTRACT

The systemic arterial hypertension (SAH) and *diabetes mellitus* (DM) are characterized as high-impact diseases in Brazilian society. This work aims to identify the adhesion profile of HIPERDIA program's users to pharmacological and non-pharmacological treatments in Unit Basic Family Health Dom Manoel Pestana Filho. This is a descriptive study. The technique used was extensive direct observation through a questionnaire. The sample was non-probabilistic, formed by 79 users, accessibility, not making use of random selection basis. The survey provided information on the patients' habits interviewed and pharmacologic and non-pharmacological adhesion. It was concluded through the results that the majority has SAH and DM, SAH predominantly type I to II. And it can't be concluded whether the adhesion of HIPERDIA's users program in UBSF Dom Manoel Pestana Filho is ineffective or if the form of measurement is flawed.

KEYWORDS

Hypertension; *diabetes mellitus*; therapeutics.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) bem como o *diabetes mellitus* (DM) configuram-se como doenças de grande impacto na sociedade brasileira. No Brasil, são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial e ainda hoje se estima que 11% da população com idade igual ou superior a 40 anos, o que representa cerca de 5 milhões de pessoas, seja portadora de diabetes. Ambas as patologias crônicas geralmente são encontradas associadas e estão entre as principais causas de internações no país, além de serem,

notadamente, importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) e cerebrovasculares (DCEV).¹

Em geral, os fatores denominados de risco para a elevação da incidência de HAS e DM podem ser divididos em dois grupos: os hereditários, que incluem idade, raça e sexo; e os adquiridos, que são obesidade, sedentarismo e dieta inadequada, tabagismo e consumo de álcool.²

Sendo os fatores adquiridos sujeitos a mudanças, uma das etapas do tratamento seria o tratamento não farmacológico, que

consiste na orientação do indivíduo a respeito da sua doença, a importância do tratamento e a mudança em seu estilo de vida. A conscientização do paciente depende do médico, dos profissionais de saúde envolvidos e da promoção e prevenção por meio dos órgãos públicos de saúde, haja vista que diversas pesquisas demonstram que o número de portadores de HAS e DM é inversamente proporcional ao grau de instrução, orientação adequada no tratamento e de campanhas realizadas de forma eficaz.³

A fim de controlar esse quadro, bem como diminuir a morbimortalidade por essas mazelas, foi criado, em 2002, pelo Ministério da Saúde, em parceria com diversas instituições públicas e privadas, o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA).⁴ No entanto, no período de 2001 a 2010 houve aumento de 63% dos gastos com internações associadas à hipertensão, fator que onerou, em 2010, quase 20 milhões de dólares o sistema brasileiro de saúde.⁵ Portanto, apenas o programa em si não é eficaz na resolução do problema, uma vez que, além da atuação dos profissionais de saúde no esclarecimento e na orientação aos usuários, é imprescindível a adesão do paciente ao esquema terapêutico proposto.⁶

A adesão, neste caso, é definida como o comportamento de uma pessoa, no caso o paciente, diante das recomendações do médico e da equipe de saúde, sendo avaliada pela concordância ao tratamento e pela conduta do paciente, havendo, assim, uma reciprocidade entre a orientação recebida (frequência de consultas, cuidados e terapias medicamentosa e não medicamentosa) e a aceitação do paciente ao tratamento proposto.⁷⁻⁹

Em vista da extrema importância de ambas as doenças, é preciso verificar até onde vai o conhecimento dos usuários do HIPERDIA acerca de suas próprias comorbidades e também avaliar sua adesão às medidas propostas pela equipe da saúde.

MÉTODOS

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Dom Manoel Pestana Filho, na cidade de Anápolis (GO), no período de agosto de 2013 a outubro de 2014 (15 meses), desde a elaboração do projeto e a coleta de dados até a conclusão do relatório final. A cidade de Anápolis possui 334.613 habitantes, de acordo com estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013. O estudo foi feito em dias reservados ao programa HIPERDIA pela unidade, no qual estavam cadastrados 336 pacientes.

Para tanto, foi adotada a metodologia proposta por Togatlian classificada como descritiva. O questionário utilizado foi estruturado, com questões mistas (abertas e fechadas), gerando dados tanto discretos como contínuos.¹⁰ Tal instrumento foi aplicado a 80 pacientes na própria unidade de saúde e direcionado aos participantes devidamente cadastrados do programa HIPERDIA.

A amostra foi não probabilística, por acessibilidade, não fazendo uso de forma aleatória de seleção. Foram abordados

todos os elementos voluntários que pertencem ao universo delimitado que estavam disponíveis na UBSF nos dias das execuções das coletas.

Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas, sendo que as variáveis contínuas foram submetidas ao programa *Genes* (2006), sendo realizada a análise inferencial dos dados (medidas de dispersão). Os dados discretos foram tratados descritivamente e representados em forma de gráficos do tipo setorial, apresentados em sua frequência relativa (percentual).

1. Idade, sexo e etc.;
2. Adesão do paciente ao programa HIPERDIA;
3. Adesão ao tratamento farmacológico;
4. Adesão ao tratamento não farmacológico (hábitos de vida, alimentação saudável, atividades físicas);
5. Participação em atividades, ações educativas propostas pelo programa HIPERDIA;
6. Frequência de acompanhamento médico;
7. Frequência de realização de exames laboratoriais para acompanhamento.

Como critério de inclusão foram aceitos todos os pacientes cadastrados e usuários do programa HIPERDIA, incluindo pacientes analfabetos, que tiveram o direito de ter um acompanhante para auxiliá-los. Como critério de exclusão foram considerados os pacientes que se recusaram a participar ou que não frequentaram o programa HIPERDIA no dia da coleta.

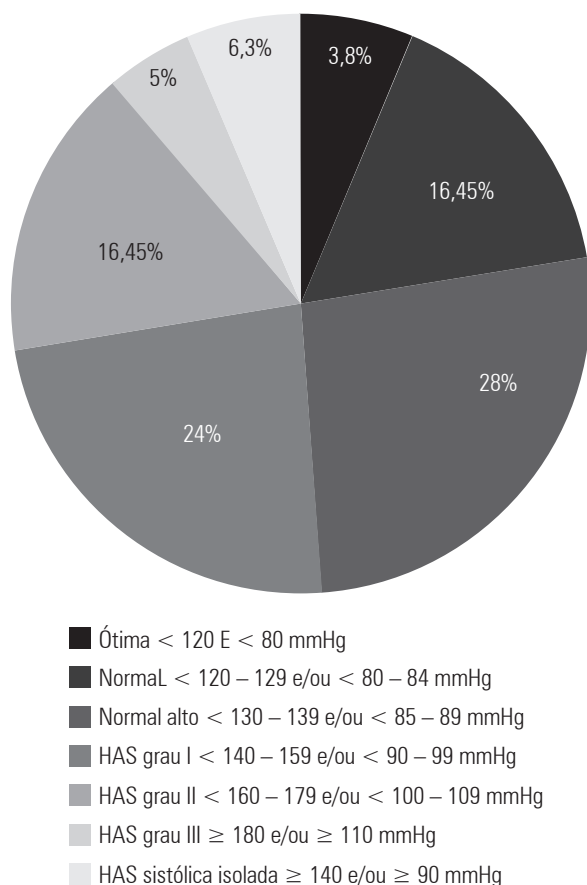
Todos os dados obtidos na pesquisa foram digitados e arquivados em computador (apenas os pesquisadores e os orientadores tiveram acesso), sendo tabulados em uma planilha do *Excel*.

Os resultados foram analisados com o programa *Stata version 13.1* (StataCorp, Texas, USA), atribuindo-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A normalidade dos dados foi avaliada com o teste de Shapiro-Wilk. As variáveis contínuas com distribuição normal foram descritas utilizando-se média e desvio padrão, enquanto as que não preencheram esse critério foram descritas utilizando-se mediana e intervalo interquartil. As variáveis qualitativas foram descritas utilizando-se valores absolutos e proporções. As variáveis contínuas foram analisadas utilizando-se o teste *t* de Student, para comparação de duas médias, ou o teste de Mann-Whitney, para comparação de duas medianas. O teste do χ^2 ou o teste exato de Fisher para pequenas amostras foram usados para analisar as variáveis categóricas. Foram calculadas as estimativas de risco relativo (*odds ratio*) não ajustadas da associação entre a presença de adesão e cada variável estudada, com intervalo de confiança de 95% (IC95%). Todas as possíveis variáveis preditivas foram incluídas em um modelo de regressão logística multivariada para avaliar a associação entre o desfecho (adesão) e cada variável independente.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E ADESÃO TOTAL AO TRATAMENTO

Foram avaliados na UBSF Dom Manoel Pestana Filho, no período de 7 a 31 de março de 2014, 79 indivíduos. Os indivíduos atendidos pelo programa, em sua maioria, foram do sexo feminino, 60/79 (76 %), eram idosos (média de idade de $61,5 \pm 9,7$ anos), apresentavam sobrepeso ou obesidade (índice de massa corporal – IMC – médio de $29,7 \pm 5,4$) e tinham a medida de pressão arterial normal ou normal alta (Figura 1). Dos 79 indivíduos avaliados, 30 pacientes (38%) referiam adesão aos tratamentos farmacológico e não farmacológico. Considerando parâmetros antropométricos, níveis de pressão arterial, níveis glicêmicos e comorbidades, não se observou diferença estatisticamente significativa entre o grupo que apresentava adesão farmacológica e não farmacológica, em relação ao grupo que não apresentava adesão total ao tratamento (Tabela 1).



HA: hipertensão arterial
HAS: hipertensão arterial sistêmica.

Figura 1. Pressão arterial aferida durante a pesquisa.

CARACTERIZAÇÃO DA ADESÃO FARMACOLÓGICA

Considerando somente a adesão ao tratamento farmacológico, verificou-se que a maioria dos pacientes, 67 (84,8%), referiu adesão farmacológica ao tratamento oferecido pelo programa HIPERDIA. Não houve diferença estatisticamente significativa entre idade, gênero, IMC, pressão arterial ou comorbidades entre o grupo que apresentava adesão farmacológica e o grupo que não apresentava. No entanto, os níveis glicêmicos do grupo com adesão farmacológica estavam significativamente mais baixos que os níveis de glicemia do grupo sem adesão farmacológica ($p = 0,01$) (Tabela 2).

A maior parte dos indivíduos avaliados (54/79; 68,4%) recebia os medicamentos pela unidade básica de saúde (UBS). Comparando os grupos de adesão farmacológica e de não adesão farmacológica em relação ao local de aquisição de medicação (UBS, farmácia popular, farmácia particular e sem local de aquisição), verificou-se que o local de aquisição não influencia a adesão ao tratamento farmacológico ($p = 0,86$) (Tabela 3).

Em relação ao relato de efeitos colaterais, 25/79 indivíduos (32,9%) referiram apresentar ao menos um efeito colateral com a medicação utilizada.

CARACTERIZAÇÃO DA ADESÃO NÃO FARMACOLÓGICA

Considerando somente a adesão ao tratamento não farmacológico, verificou-se que a maioria dos pacientes, 44 (55,7%), referiu não aderir ao tratamento não farmacológico (Figura 2), apesar de 82,3% dos indivíduos avaliados assumirem ter recebido orientação sobre as questões de alimentação e atividade física. Comparando os grupos que aderiram ou não à terapia não farmacológica, verificou-se que não havia diferença estatisticamente significativa entre qualquer característica avaliada entre os dois grupos (Tabela 4).

Não havia diferença estatisticamente significativa entre a proporção de indivíduos que receberam ações educacionais proporcionadas pela UBSF nos grupos com e sem adesão não farmacológica (31 indivíduos, 88,6% no grupo com adesão farmacológica *versus* 34 indivíduos, 77,6% no grupo sem adesão farmacológica; $p = 0,19$).

ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO

FARMACOLÓGICA E À ADESÃO NÃO FARMACOLÓGICA

A análise de regressão logística mostrou que a idade, o gênero, o tipo de comorbidade e o número de consultas médicas e exames de sangue não influenciaram a adesão farmacológica e não farmacológica (Tabelas 5 e 6).

DECLARAÇÃO DE HÁBITOS QUE TENDEM A AMENIZAR A HIPERTENSÃO

ARTERIAL SISTÊMICA E O DIABETES MELLITUS

A maioria dos entrevistados (48%) declarou que não pratica atividade física (Figura 2). Em relação à alimentação, 45,6 e 30,4%

Tabela 1. Características de toda a amostra em estudo e dos grupos de pacientes que apresentaram adesão farmacológica e não farmacológica na Unidade Básica de Saúde da Família Dom Manoel Pestana Filho em 2014.

	Adesão total			Valor p
	Todos os indivíduos n = 79	Sim n = 30	Não n = 49	
	Média ± DP n (%)	Média ± DP n (%)	Média ± DP n (%)	
Idade, anos	61,5 ± 9,71	61,2 ± 9,90	61,7 ± 9,68	0,84
Sexo feminino (%)	60 (76)	25 (83,3)	35 (71,4)	0,29
IMC, kg/m ²	29,7 ± 5,44	30,7 ± 5,47	29,1 ± 5,38	0,19
Glicemia, mg/dL	116 (39)†	114 (39)†	117 (38)†	0,42
Pressão arterial sistólica, mmHg	140,3 ± 19,3	138 ± 20,1	142 ± 19,35	0,42
Pressão arterial diastólica, mmHg	85 (10)†	85 (10)†	85 (10)†	0,81
Hipertensão arterial sistêmica	32 (40,5)	16 (53,3)	16 (32,7)	
<i>Diabetes mellitus</i>	6 (7,6)	1 (3,4)	5 (10,2)	0,18
Hipertensão arterial sistêmica e diabetes	41 (51,9)	13 (43,3)	28 (57,1)	

IMC: índice de massa corporal. †mediana (intervalo interquartil). A adesão total foi definida como adesão farmacológica e não farmacológica.

Tabela 2. Características dos pacientes em relação à adesão farmacológica na Unidade de Saúde Dom Manoel Pestana Filho em 2014.

	Adesão farmacológica		Valor p
	Sim n = 67	Não n = 12	
	Média ± DP n (%)	Média ± DP n (%)	
Idade, anos	61,2 ± 9,91	62,8 ± 8,71	0,61
Sexo feminino (%)	51 (76,1)	9 (75)	0,59
IMC, kg/m ²	29,89 ± 5,62	28,85 ± 4,37	0,55
Glicemia, mg/dL	114 (33)†	174 (93)†	0,01*
Pressão arterial sistólica, mmHg	139 ± 19,5	142 ± 23	0,68
Pressão arterial diastólica, mmHg	85 (10)†	85 (20)†	0,99
Hipertensão arterial sistêmica	28 (41,8)	4 (33,4)	
<i>Diabetes mellitus</i>	5 (7,4)	1 (8,3)	0,89
Hipertensão arterial sistêmica e diabetes	34 (50,8)	7 (58,3)	

IMC: índice de massa corporal. †mediana (intervalo interquartil).

*resultado estatisticamente significativo.

Tabela 3. Características das formas de aquisição de medicamentos dos pacientes cadastrados no HIPERDIA da Unidade Básica de Saúde da Família Dom Manoel Pestana Filho em 2014.

Local de aquisição	n = 79	%	Valor p
Unidade Básica de Saúde da Família Dom Manoel Pestana Filho	54	68,4	0,86
Farmácia popular	17	21,5	0,86
Rede particular	3	3,8	0,86
Não recebem/não compram	5	6,3	0,86

Tabela 4. Características dos pacientes em relação à adesão não farmacológica na Unidade Básica de Saúde da Família Dom Manoel Pestana Filho em 2014.

	Adesão não farmacológica		Valor p
	Sim n = 35	Não n = 44	
	Média ± DP n (%)	Média ± DP n (%)	
Idade, anos	61,5 ± 9,69	61,4 ± 9,83	0,98
Sexo feminino (%)	28 (80)	32 (72,7)	0,60
IMC, kg/m ²	30 ± 5,5	29,5 ± 5,44	0,65
Glicemia, mg/dL	114 (43)†	116,5 (34)†	0,87
Pressão arterial sistólica, mmHg	137 ± 20,6	143 ± 19,3	0,20
Pressão arterial diastólica, mmHg	80 (10)†	90 (15)†	0,37
Hipertensão arterial sistêmica	17 (48,6)	15 (34)	0,20
<i>Diabetes mellitus</i>	1 (2,8)	5 (11,4)	0,20
Hipertensão arterial sistêmica e diabetes	17 (48,6)	24 (54,6)	0,20

IMC: índice de massa corporal. †mediana (intervalo interquartil).

dos entrevistados consomem mais carboidratos e lipídeos, respectivamente, em suas dietas alimentares.

Em relação ao acompanhamento ou aos aspectos ligados ao tratamento, a maioria dos entrevistados (44,3%) tem o hábito de realizar consultas com o médico trimestralmente. Na maior parte das vezes, essa consulta é feita com o próprio médico da UBFS.

Quanto à frequência de coleta de sangue para exames de rotina, a grande maioria, 32 indivíduos (40,5%), realiza exames laboratoriais anualmente (Tabela 7).

Tabela 5. Análise de regressão logística multivariada ao avaliar o valor preditivo da adesão farmacológica na Unidade Básica de Saúde da Família Dom Manoel Pestana Filho em 2014.

Variáveis	OR	IC95%	Valor p
Idade	0,98	0,92 – 1,05	0,57
Sexo feminino	1,06	0,26 – 4,40	0,93
Comorbidade	0,83	0,43 – 1,61	0,57
Número de consultas médicas realizadas	0,86	0,46 – 1,60	0,62
Número de exames de sangue realizados	1,17	0,69 – 1,98	0,56

IC95%: intervalo de confiança de 95%; OR: odds ratio.

Tabela 6. Análise de regressão logística multivariada ao avaliar o valor preditivo da adesão não farmacológica na Unidade Básica de Saúde da Família Dom Manoel Pestana Filho em 2014.

Variáveis	OR	IC95%	Valor p
Idade	1,00	0,95 – 1,05	0,96
Sexo feminino	1,50	0,52 – 4,33	0,45
Comorbidade	0,80	0,50 – 1,29	0,37
Número de consultas médicas realizadas	1,18	0,75 – 1,85	0,47
Número de exames de sangue realizados	1,21	0,84 – 1,75	0,31

IC95%: intervalo de confiança de 95%; OR: odds ratio.

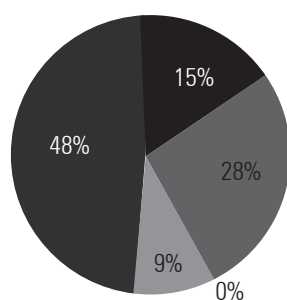
DISCUSSÃO

Em relação à faixa etária de ocorrência de HAS e DM, os dados apresentados neste estudo estão de acordo com os demais estudos realizados abordando essa temática e que avaliam pacientes de idade avançada, na faixa entre 49 e 61 anos, como mostram os estudos de Queiroz e Nogueira¹¹, Lima et al.¹² e Cunha.¹³

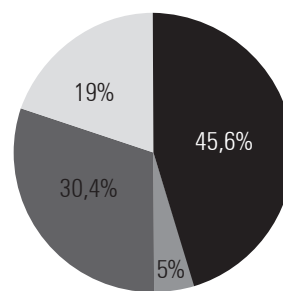
Observou-se na amostra analisada que maioria dos participantes do programa HIPERDIA é do sexo feminino (76%). Esse fato foi observado por Queiroz e Nogueira¹¹ e Lima et al.¹² (69%). É possível que esse achado seja explicado pela atitude diferenciada da mulher em relação a sua própria saúde. As mulheres têm uma maior preocupação com a saúde e buscam tratamentos preventivos com mais frequência que os homens, que, no geral, procuram tratamento somente quando os sintomas estão exacerbados, já em um estado mais avançado da doença.¹⁴

Tabela 7. Aspectos ligados ao tratamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Variáveis	n	%
Periodicidade entre consultas		
Mensal	12	15,2
Trimestral	35	44,3
Semestral	12	15,2
Anual	20	25,3
Frequência na realização de exames laboratoriais		
Mensal	11	14
Trimestral	12	15,1
Semestral	17	21,5
Anual	32	40,5
Nunca	7	8,9



- Todos os dias
- Pelo menos 3x na semana
- Final de semana
- Raramente
- Não realiza nunca atividade física



- Carboidratos
- Lipídeos
- Proteínas
- Hortaliças

Figura 2. Hábitos alimentares e de atividade física declarados pelos entrevistados.

Em relação aos hábitos alimentares e à atividade física, ou seja, a adesão não farmacológica, os resultados denotam que 62% da amostra não realiza nenhuma atividade física e possui uma alimentação inadequada a sua condição de saúde. Tal resultado é similar ao encontrado na literatura. Queiroz e Nogueira,¹¹ em seu estudo, afirmam que a maioria dos entrevistados em uma população de 1.024 pacientes (65%) se encontra na mesma situação.

Logo, a parcela restante (38%) afirma aderir ao tratamento não farmacológico. Todavia, após análise do IMC desses grupos nota-se que não há discrepância significativa entre as partes. Esses resultados vão de encontro ao esperado, já que indivíduos que adotam uma dieta balanceada e a prática de exercícios frequentes têm um IMC adequado.

Tomando por base as referências da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁵ em que são considerados diabéticos aqueles com índice glicêmico maior que 126 em jejum, a média geral dos entrevistados foi de 116 mg/dL. Não houve associação entre os níveis glicêmicos e os grupos de adesão (Tabelas 1 e 4).

No que se refere à pressão arterial sistólica (PAS), é também detectado que a média dos que aderiram ao tratamento é menor (138 mmHg) que a dos que não aderiram (142 mmHg). Apesar de clinicamente eles serem classificados de maneira diferente, não houve uma relevância estatística entre esses dois grupos. O mesmo resultado é encontrado nas demais tabelas, podendo ser estendido para a pressão arterial diastólica (PAD), que, apesar de mostrar diferenças clínicas, não apresentou relevância estatística.

Entretanto, observou-se uma forte associação quanto à adesão farmacológica em relação à glicemia. A média da pressão arterial estava em nível normal (140,3), ou seja, semelhante nos dois grupos, enquanto a mediana da glicemia estava fora da normalidade. Deixar de tomar medicação seria muito mais perceptível em um parâmetro consideravelmente fora da normalidade (glicemia) (116) que em um quase dentro da normalidade (pressão) (140,3).

Na média, utilizando como base os valores de referência da Sociedade Europeia de Cardiologia,¹⁶ a maioria dos entrevistados possui pressão arterial alta (graus I a III) e DM (52%). Barretto¹⁷ afirma em seu trabalho que a população hipertensa no país tende a apresentar classificação graus I e II de HAS, como encontrado neste estudo. As complicações desse cenário refletem nas DCV, principalmente em relação à insuficiência cardíaca, e nos onerosos gastos que isso acarreta ao Sistema Único de Saúde (SUS) todos os anos.

Considerando o tratamento proposto pelo programa, as questões relacionadas às consultas e à realização de exames laboratoriais, e não somente os realizados durante a consulta, os resultados são similares aos encontrados por Carvalho Filha et al.,¹⁸ que constataram que as consultas e a realização de

exames são semestrais. Esses autores ressaltam, ainda, que devido às consequências dessas doenças tais exames deveriam ser feitos, no mínimo, trimestralmente.

Verificou-se que, na amostra analisada, a idade, o gênero, o tipo de comorbidade e o número de consultas médicas e exames de sangue não influenciaram no grau de adesão farmacológica e não farmacológica. Tal achado está em conflito com o esperado, com base na literatura.¹⁹

Em avaliação geral era esperado que os pacientes que tivessem aderido ao tratamento estivessem com parâmetros mais adequados em relação ao grupo que não aderiu, como observado no estudo comparativo de Martins et al.²⁰ Neste estudo observou-se uma associação entre grupos e níveis de adesão (teste do χ^2 ; $p < 0,05$). Daqueles pacientes que apresentaram níveis de pressão arterial controlados, 59,5% apresentaram níveis de adesão total, e 40,5%, níveis parciais de adesão. Comprovando o que Bond e Hussar afirmam: o resultado clínico, quando usado como medida de adesão a um dado tratamento, está associado a um resultado clínico preciso (ex.: nível de glicose e pressão arterial normais).

Entretanto, o que ocorreu foi que os que não aderiram e os que aderiram ao tratamento proposto tiveram o mesmo resultado, fenômeno também encontrado em outras literaturas. Como no estudo de Villa Boas,²¹ que também concluiu que não houve correlação da adesão dos entrevistados com o controle metabólico em pacientes com DM. Já este resultado comprova o que Delgado e Lima²² defendem: tentar avaliar a adesão pelos resultados clínicos é ingenuidade médica na medida em que pressupõe uma relação direta entre a adesão e os resultados desejados.

O resultado controverso também pode ser explicado pela metodologia utilizada para determinar a adesão (instrumentos subjetivos — autorrelato). Foi observado que os doentes mentem frequentemente quando lhes é perguntado se tomaram os medicamentos.²³ Isso poderia ter influenciado a acurácia das respostas da adesão não farmacológica.

Outra possibilidade para explicar os dados encontrados seria o tamanho da amostra. Por exemplo, a média de pressão arterial nos indivíduos sem adesão em todos os grupos (total, farmacológica e não farmacológica) foi sempre numericamente maior que em relação aos indivíduos com adesão. É possível que ao analisar uma amostra maior o resultado numérico encontrado fosse estatisticamente mais significativo.

CONCLUSÃO

Verificou-se que a maioria dos participantes do HIPERDIA é do sexo feminino, de idade avançada e com IMC elevado. No programa predomina o perfil de HAS dos tipos I e II; de acordo com a literatura, a frequência do acompanhamento médico e laboratorial

dos usuários, bem como a frequência de atividade física e a alimentação em relação à maioria dos usuários, é inadequada.

Não se pode concluir se a adesão do paciente usuário do HIPERDIA foi ineficaz ou se a forma de mensuração foi falha, uma vez que o questionário estava suscetível a respostas enviesadas e não verdadeiras.

De qualquer forma, ainda que a adesão não tenha se correlacionado de forma estatisticamente significativa ao controle clínico metabólico, é imprescindível a sua importância clínica.

Portanto, faz-se necessária a conscientização social e de saúde da população adscrita da UBSF, bem como é necessário adotar políticas públicas eficazes para promoção e prevenção da saúde não apenas no campo teórico, mas também no prático, e elaborar, em trabalhos futuros, métodos mais eficazes e confiáveis na detecção da adesão ao tratamento desses pacientes.

O cadastramento do usuário no HIPERDIA para garantir a recepção de medicamentos de nada vale se o perfil da adesão do paciente e o seu entendimento sobre esses fatores são falhos.

REFERÊNCIAS

1. Portal da Saúde – SUS [Internet]. [cited 2012 Mar 2]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=36868&janela=1
2. Hollenberg NK. Hypertension: mechanisms and therapy. In: Braunwald E. Atlas of heart diseases. Philadelphia: Current Medicine; 1994. v. 1.
3. Afiune Neto A. Inércia Médica como causa da refratariedade. In: Passarelli OJ. Hipertensão arterial de difícil controle: da teoria à prática clínica. São Paulo: Segmento Farma; 2008. p. 107-16.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 101 p.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Campanha quer reduzir o consumo de sal [Internet]. [cited 2012 Mar 4]. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu++noticias+anos/2011+noticias/campanha+quer+reduzir+o+consumo+de+sal>
6. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI); 2012 [Internet]. [cited 2012 Apr 12]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700028
7. Almeida HO, Versiani ER, Dias AR, et al. Adesão a tratamentos entre idosos. *Comun Ciências Saúde*. 2007;18(1):57-67.
8. Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens*. 2009;16(1):38-43.
9. Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV, et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de Hipertensão Arterial. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(2).
10. Cruz VAG. Metodologia da pesquisa científica: processos gerenciais. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2009. 182 p.
11. Queiroz R, Nogueira PA. Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo no distrito de saúde da Freguesia do Ó/Brasília - São Paulo. *Saúde Soc*. 2010;19(3):627-37.
12. Lima LM, Schwartz E, Muniz RM, et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(2):323-9.
13. Cunha CW. Dificuldades no Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Básica de Saúde Através do Hiperdia – Plano de Reorganização da atenção [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
14. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e de homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(3):565-74.
15. World Health Organization. The top 10 causes of death; 2003 [Internet]. [cited 2012 Mar 10]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>
16. Sociedade Europeia de Cardiologia. Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial [Internet]. [cited 2014 Apr 03]. Available from: <http://www.sbh.org.br/pdf/guidelines2014.pdf>
17. Barretto ACP. Hipertensão arterial e insuficiência cardíaca. *Rev Bras Hipertens*. 2001;8(3).
18. Carvalho Filha FSS, Nogueira LTV, Mello LM. HiperDia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene*. 2011;12(n. esp.):930-6.
19. Brandão AA, Sanjuliani AF, Avezum A, et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão; 2009 e 2010 [Internet]. [cited 2014 Mar 03]. Available from: http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf
20. Martins LC, Aragão CCV, Santos BRM, et al. Adesão ao tratamento farmacológico, controle da pressão arterial e qualidade de vida em pacientes hipertensos; 2009 [Internet]. [cited 2014 Nov 01]. Available from: http://www.uscs.edu.br/pesquisasacademicas/images/download_inici_cientifica/prof_brigitte_rieckmann_e_daniela_araujo.pdf
21. Villas Boas LCG, Foss MC, Freitas MCF, et al. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(1):[08 telas].
22. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol Saúde & Doenças*. 2001;2(2):81-100.
23. Mosca C, Castel-Branco MM, Caramona MM, Figueiredo IV. Efeito da adesão à terapêutica no estado de saúde do idoso; 2009 [Internet]. [cited 2014 Oct 22]. Available from: <http://www.actafarmacaceuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/13/14>